**0. LISTA DE VERSIONES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **VERSIÓN** | **FECHA** | **RAZÓN DE LA ACTUALIZACIÓN** |
| 01 | 12/07/2010 | El procedimiento Acciones Preventivas y Correctivas (Plan de Mejoramiento Institucional por Procesos), cambia de nombre en razón a que los planes de mejoramiento de carácter institucional se trabajan a través de los suscritos con la Contraloría Municipal de Yumbo, por lo tanto se limita el alcance del mismo afectando el nombre. El procedimiento a adoptar es Plan de Mejoramiento por Procesos (Acciones Preventivas y/o Correctivas).Se actualiza la versión de la ISO 9001:2008 y la NTC GP1000:2009. Se incluye en el punto 1.1 **Identificación y registro de hallazgos,** el  Plan de mejoramiento suscrito con la Contraloría u otros órganos de control de superior jerarquía y el Informe de control interno enviado al DAFP y/o CGR.El pie de página incluye la columna elaboro y el punto 7 de la estructura del procedimiento cambia la palabra anexo por registro. |

**1. OBJETIVO**

Establecer las actividades para efectuar seguimiento a las acciones propuestas en el plan de mejoramiento para subsanar las falencias descritas en los hallazgos generados por diferentes instancias de control y/o autocontrol y evitar que se presente o que vuelva a ocurrir repetitivamente.

**2. ALCANCE**

Este procedimiento tiene lugar desde el momento en el cual se detectan o identifican los hallazgos reales o potenciales y finaliza con los informes de seguimiento de dichos hallazgos.

**3. DEFINICIONES**

3.1 ACCIÓN CORRECTIVA

Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada.

3.2 ACCIÓN PREVENTIVA

Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial.

3.3 CORRECCIÓN

Acción inmediata para eliminar una no conformidad detectada.

3.4 DESCRIPCIÓN

Características generales o las formas en que se observa o manifiesta el riesgo identificado.

3.5 EFECTIVIDAD

Medida del impacto de la gestión tanto en el logro de los resultados planificados, como en el manejo de los recursos utilizados y disponibles.

3.6 EFICACIA

Grado en el que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados.

3.7 HALLAZGO DE LA AUDITORIA

Resultados de la evaluación de la evidencia objetiva recopilada, frente a los criterios de auditoría.

3.8 NO CONFORMIDAD

Hallazgo del incumplimiento de un requisito.

3.9 PLANES DE MEJORAMIENTO POR PROCESOS

Elemento de Control, que contiene los planes administrativos con las acciones de mejoramiento que a nivel de los procesos y de las áreas responsables dentro de la
Organización Pública, deben adelantarse para fortalecer su desempeño y funcionamiento, en procura de las metas y resultados que garantizan el cumplimiento de los objetivos de la entidad en su conjunto.

3.9 REVISIÓN

Actividad emprendida para asegurar la conveniencia, adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad del tema objeto de la revisión, para alcanzar unos objetivos establecidos.

3.10 SUBSISTEMA CONTROL DE LA EVALUACIÓN

Componente Planes de mejoramiento-elemento Planes de mejoramiento institucional y por proceso.

 **4. RESPONSABLES**

Jefe de Control Interno y Responsables de los Procesos.

**5. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

***(PC: Punto de Control)***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ACTIVIDAD** | **DESCRIPCION** | **RESPONSABLE** | **REGISTRO** |
| **1. Identificación** **y registro de hallazgos** | 1.1 Efectuar seguimiento mensual a los planes de mejoramiento. **\* PC** Verificar las fechas compromiso de las actividades consignadas en el plan de acción para evitar demoras injustificadas.  | Responsables de los procesos y Jefe de Control Interno |  |
| 1.2 Identificar y registrar los hallazgos (No conformidades reales o potenciales, observaciones del órgano de control y oportunidades de mejora) que se evidencien en el proceso y documentarlas.  | Responsables de los procesos y Jefe de Control Interno  | Formato Hallazgo de Auditoría Interna, Informe Auditoria Órgano de Control y/o Recomendación para la mejora |
| 1.3 La identificación se realiza a partir de las siguientes fuentes:-Reportes de auditorías internas y externas.-Seguimiento y medición a planes, programas, proyectos a través de indicadores.-Aplicación del procedimiento de autoevaluación del control.-Revisión por la dirección-Quejas, reclamos, sugerencias, solicitudes, satisfacción del cliente.-Plan de manejo de los riesgos.-Producto o servicio no conforme.-Análisis de datos.-Planificación de la calidad.-Plan de mejoramiento suscrito con la Contraloría u otros órganos de control de superior jerarquía.-Informe de control interno enviado al DAFP y/o CGR, entre otros. | Responsables de los procesos y Jefe de Control Interno | Informes de auditorías internas y externas, análisis de indicadores, informe de revisión por la dirección, solicitudes de quejas y/o reclamos, informe satisfacción del cliente, Informe auditoria CMY. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ACTIVIDAD** | **DESCRIPCION** | **RESPONSABLE** | **REGISTRO** |
| **2. Análisis de hallazgos e identificación de causas** | 2.1 Analizar los hallazgos (la No Conformidad, No Conformidad Potencial, Observaciones del ente de control u oportunidad de mejora), establecer las causas y registrarlas en el Formato Plan de Mejoramiento Acciones Correctivas y Preventivas.El análisis debe enfocarse a las causas, es decir establecer el origen, la probabilidad de ocurrencia y su impacto o consecuencias ya sea en el SGC, o en los resultados de los procesos, diligenciando el Formato Análisis de Causa Raíz. | Responsables de los Proceso | Formato Análisis de Causa Raíz. |
| **PC** Verificar que los hallazgos identificados reciban el adecuado análisis de causas. |
| **3. Plan de acción para tratamiento de hallazgos.** | 3.1 Determinar las acciones a implementar, garantizando que estas se orienten a eliminar cada una de las causas identificadas, asegurando la asignación de responsables, recursos disponibles y la definición de tiempos para su ejecución.**Nota:** Control Interno revisará los análisis de causas y planes de mejoramiento para garantizar la adecuación y conveniencia de las acciones tomadas. | Responsables de los Procesos | Formato Plan de Mejoramiento Acciones Correctivas y Preventivas  |
| **4.Registro de las acciones** | 4.1 Registrar las acciones en Formato Acciones Correctivas y Preventivas, verificando que este diligenciado en su totalidad y que la información registrada este soportada en documentos. **\* PC** Verificar que los hallazgos identificados reciban la adecuada planificación de actividades para dar tratamiento a las causas, luego de reportado el hallazgo. | Responsables de los Procesos | Formato Plan de Mejoramiento Acciones Correctivas y Preventivas |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ACTIVIDAD** | **DESCRIPCION** | **RESPONSABLE** | **REGISTRO** |
| **4.Registro de las acciones** | **PC** Verificar que los hallazgos identificados reciban la adecuada planificación de actividades para dar tratamiento a las causas y que se diligencie en el Formato. | Jefe de Control Interno |  |
| **5. Implementación de acción tomada** | 5.1 Implementar la acción definida.  | Responsables de los Procesos |  |
| **6. Seguimiento al tratamiento de los hallazgos.** | 6.1 Programar el seguimiento a las acciones implementadas en los planes de mejoramiento (Dos veces durante el tiempo de ejecución del plan)El seguimiento se realiza así: - Cuando la acción correctiva o preventiva cuya fuente fue la auditoría interna, el seguimiento es realizado por auditores internos y/o Jefe de Control Interno y el responsable del proceso. - Cuando la acción correctiva o preventiva fue detectada por el responsable del proceso el seguimiento es realizado por el mismo responsable del proceso y el Jefe de Control Interno.- Cuando las acciones correctivas o preventivas son generadas por observaciones del ente de control, el Jefe de control interno será quien realice el seguimiento.**PC** Verificar el cumplimiento de los procesos en la ejecución de las acciones concertadas en los planes de mejoramiento.  | Auditores, Jefe de Control Interno y Responsables de los Procesos | Seguimiento Plan de Acción formulado en el Formato Plan de Mejoramiento Acciones Correctivas y Preventivas |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ACTIVIDAD** | **DESCRIPCION** | **RESPONSABLE** | **REGISTRO** |
| **7. Revisión** | 7.1 Una vez cumplidas las actividades propuestas en el Plan de Acción, revisar la eficiencia, eficacia, efectividad, conveniencia y adecuación de las acciones adelantadas en procura de prevenir o eliminar las causas de los hallazgos. (En caso de ser hallazgo de auditoría interna, comunicar al auditor correspondiente, para que verifique la evaluación de criterios).**Nota**: Cuando las acciones adelantadas no sean eficaces, eficientes, efectivas, convenientes y adecuadas, deben plantearse nuevamente por parte del responsable del proceso (Sigue actividad 3 y ss). | Jefe de Control Interno y Auditor  |  |
| **8. Cierre de las no conformidades reales u observaciones** | 8.1 Si de la revisión a los hallazgos, se evidencia que la causa real o potencial del problema fue eliminada, efectuar el cierre de la no conformidad u observación previa verificación de los criterios de cierre establecidos en la norma NTCGP.Para los hallazgos producto de auditoría interna, el cierre lo realiza el auditor correspondiente o el Jefe de Control Interno. En los demás casos los realiza Jefe de Control Interno. **Nota:** Cuando en la revisión se evidencie que la causa real o potencial del problema fue eliminada o el objetivo de mejoramiento se logró, en caso contrario, se dejará constancia en el campo de seguimiento del aplicativo de calidad, que por no haber sido efectiva se plantea otra acción. Para esto se procederá a partir de la actividad número 3 del presente procedimiento.  | Responsable del proceso o Auditado Auditor y Jefe de Control Interno  | Acciones Cerradas en el Formato Plan de Mejoramiento Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora Formato Listado Maestro de Acciones Correctivas y Preventivas.  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ACTIVIDAD** | **DESCRIPCION** | **RESPONSABLE** | **REGISTRO** |
| **8. Cierre de las no conformidades reales u observaciones** | 8.2 Elaborar el balance de los planes de mejoramiento.El informe debe presentar el número de hallazgos, los subsanados, los vencidos y no subsanados, los no subsanados próximos a vencer (un mes), no subsanados que vencen después de un mes. Junto con su porcentaje de avance del plan de mejoramiento. | Jefe de Control Interno | Formato Plan de Mejoramiento Acciones Correctivas y Preventivas |
| 8.3 Revisar, firmar y dar trámite para entrega del informe a la Gerencia. | Jefe de Control Interno | Informe del balance de los planes de mejoramiento.  |
| 8.4 Comunicar los resultados del balance de los planes de mejoramiento y del estado de las acciones a los responsables de los procesos y al Comité de Calidad. Dependiendo de la criticidad de la situación convocará a reunión extraordinaria.  | Jefe de Control Interno |  |

1. **REFERENCIAS**
* Decreto 4110 de 2004. "Sistema de Gestión de la Calidad de las entidades del Estado".
* Decreto 4485 de 2009 “Mediante el cual se adopta la NTCGP 1000:2009”
* Decreto 1599 de 2005. "Adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano”.
* NTCGP 1000:2009 numerales 8.5.2 y 8.5.3
* NTC ISO 9001:2008 numerales 8.5.2 y 8.5.3

**7. REGISTROS**

* Formato Plan de Mejoramiento Acciones Correctivas y Preventivas.