1. |Introducción y alcance

La Oficina de Control Interno, en el rol de evaluación y seguimiento, realiza la verificación al seguimiento de los Planes de Mejora, formulados y con seguimiento, presentados en el "Listado Maestro de Planes de Mejora" presentados en el enlace del mapa de procesos, ruta: http://www.defensoria.gov.co/public/manualdeprocesosyprocedimientos/febrero20de2017/LISTADO%20MAESTRO%20DE%20DOCUMENTOS/EXTERIORES/PLAN%20DE%20MEJORAMIENTO/LMPM.htm
Para las herramientas, correspondiente a la vigencia 1 de noviembre – 31 de diciembre del 2016.

2. Objetivo

Revisar los Planes de Mejora recibidos por parte de cada uno de los responsables de adelantar seguimiento (Trece planes de mejora (13)) a la fecha de corte formulados y con seguimiento y verificar la gestión adelantada a estas acciones, acorde a lo definido en el procedimiento: "Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora-ACPM" código: SQ-P04, versión: 5 y vigente desde: 29/08/2016.
Realizar seguimiento y presentar el consolidado por parte de la OCI a estos Planes de Mejora en el formato:
"Acciones correctivas, preventivas y de mejora (ACPM) - plan de mejoramiento y seguimiento"; código: SQ-F05, versión: 3 y vigente desde 29/08/2016

3. Desarrollo

Se realiza seguimiento a los planes de mejora adelantados con corte a 31 de diciembre de 2016. Durante ese seguimiento se revisan los trece (13) planes de mejora hasta la fecha de corte formulados y verificados en el informe anterior con corte a 31 de octubre de 2016.

Se revisa por parte del equipo de la Oficina de Control Interno, el seguimiento presentado por cada uno de los responsables, de estos Planes de Mejora y se verifica los soportes registrando las novedades en la columna "Observaciones OCI", del registro SQ- F05, versión 3, correspondiente al sexto bimestre, y que estará disponible en el Mapa de Procesos, publicado en la WEB, en el link:
http://www.defensoria.gov.co/public/manualdeprocesosyprocedimientos/febrero20de2017/LISTADO%20MAESTRO%20DE%20DOCUMENTOS/EXTERIORES/PLAN%20DE%20MEJORAMIENTO/LMPM.htm

De estos trece (13) planes de mejora, solo un (1) Plan de Mejora no se hace verificación y corresponde a la Regional Cesar, que no presenta seguimiento.

En el siguiente cuadro, se presenta el estado de avance y cumplimiento de los hallazgos de cada uno de estos planes de mejora por proceso.

Avance y cumplimiento de Planes de Mejora					
Id.	Unidad Organizacional	Cantidad Hallazgos	Cumplimiento [1]		Estado del Plan de Mejora
			31 oct2016	31 dic 2016	
1	R. Ocaña	37	43,2%	89,2%	Con seguimiento
2	Nivel central	6	83,3%	83,3%	Cerrado con observaciones
3	R. Cesar	45	0,0%	57,8%	No presentó Seguimiento, sin embargo se actualizó el cierre de acciones hasta el tercer bimestre de 2016 "Con seguimiento"
4	G. Contractual Nivel central	5	80,0%	100,0%	Cerrado
5	R. Guainia	46	73,9%	95,7%	Cerrado con observaciones
6	R. San Andrés	40	55,0%	67,5%	Cerrado con observaciones
7	Atención y Tramite (Nivel Central)- Subproceso de Defensoría Pública	14	21,4%	28,6%	Con seguimiento
8	GRAN: Recepción y Análisis Nacional - Nivel Central	16	62,5%	93,8%	Cerrado con observaciones
9	Pre – auditoría, nivel central, Antioquia, Valle del Cauca	6	16,7%	50,0%	Con seguimiento
10	Nivel central Gestión Talento Humano Indicadores	1	0,0%	100,0%	Cerrado
11	Auditoría certificación- Nivel central; Bolivar; Cundinamarca; Quindio; Tolima; Valle del Cauca (6)	5	0,0%	20,0%	Con seguimiento
12	D.D. Para los Asuntos Agrarios y Tierras.	6	50,0%	83,3%	Con seguimiento
13	D.D. Para la Salud, la Seguridad Social y la Discapacidad.	12	0,0%	83,3%	Con seguimiento

Con seguimiento: Identifica los planes de mejora, que han presentado seguimiento por parte de los responsables y aún quedan pendientes acciones para dar cumplimiento total y dar cierre a las acciones.

[1] Cumplimientos dados en porcentaje, para el avance de los hallazgos considerados como cumplidos.

Cerrado con observaciones : Identifica los planes de mejora , que se ha dado cierre a las acciones pero presenta los siguientes eventos: Las acciones propuestas por las Unidades Organizacionales no están a su alcance para su cumplimiento, deben trasladarse al Nivel Central; o se adelantó frente al nivel central la solicitud o gestión de la implementación total de la acción pero no se atendió la solicitud, se enmarca este cierre do a la finalización de la administración, programación del presupuesto, cambio de directivos de las regionales y nivel central, o la acción formulada no es posible adelantarla por esta Unidad Organizacional.

Se recomienda que estas acciones sean trasladadas al nivel central y se formule un plan de mejora que asegure la atención del hallazgo en todas las regionales.

Para la vigencia 2017, se adelantará seguimiento a las acciones pendientes por cierre de este seguimiento y a las acciones de los nuevos planes formulados correspondientes a la vigencia 2016

4. Conclusiones

1- Se adelantó, por parte de la Oficina de Control Interno, seguimiento a trece (13) Planes de Mejora, que están publicados actualmente en la web y que consolida el resultado de auditorías y un ejercicio de autoevaluación de la vigencia 2016 y algunos de la vigencia 2015. Ver anexo No. 2. Estado Planes de Mejora. En este Anexo se presenta cumplimiento final a estos planes de mejora con fecha de corte 31 de diciembre de 2017.

2- Se presenta este consolidado en la WEB, para consulta de los directivos y líderes de los procesos.

3- A esta fecha de corte, se requería un seguimiento a 20 planes de mejora, de los 21 ejercicios realizados en la vigencia 2017, (se excluye la auditoria de Delegada de Indígenas y Minorías Étnicas, cerrado el 29 de diciembre de 2016)

4- Con esta fecha de corte, 31 de diciembre de 2016, se encontraban siete (7) planes de mejora, sin formalizar y durante este periodo enero a febrero 2017, se formalizaron cuatro (4) de los ocho (8) planes de mejora, por solicitudes reiteradas a cada uno de los regionales por parte de la Oficina de Planeación y la Oficina de Control Interno.

5- Los planes de Mejora pendientes a la entrega de este informe, corresponden a:

Ident.	Unidad Organizacional	Fecha			Cantidad de Hallazgos *
		Apertura auditoria	Informe auditoria	Formulación Plan de Mejora	
14	Regional Choco	01-mar-16	05-abr-16	Sin Formular	27

Ident.	Unidad Organizacional	Fecha			Cantidad de Hallazgos *
		Apertura auditoria	Informe auditoria	Formulación Plan de Mejora	
16	Regional Cordoba	07-jun-16	07-jul-16	Con Observaciones sin Formalizar	33
18	Regional Guajira	26-jul-16	29-ago-16	Sin Formular	28
19	Contratación	11-ago-16	29-sep-16	Sin Formular	1

***** Hallazgos identificados en los informes reportados por la OCI a cada una de estas Unidades Organizacionales

6- El estado de cumplimiento de los trece (13) planes de mejora, con corte a 31 de diciembre para la vigencia 2016, se resumen así:

Estado de los Hallazgos			
Cantidad	Abierto	Cerrado	Cerrado Ineficaz
239	37	179	23
	15,5%	74,9%	9,6%

Estado de las Acciones				
Cantidad	Abierto	En Ejecución	Cerrado Eficaz	Cerrado Ineficaz
264	22	18	198	26
	8,3%	6,8%	75,0%	9,8%

Fuente: Tabla propia, resumen consolidado de Planes de Mejora con corte a 31 dic 2016

Se considera cerrada la acción cuando se cumple con la acción propuesta y se califica "cerrado" el hallazgo, cuando se ha dado cumplimiento a la totalidad de las acciones formuladas y cerradas.

7- Durante el seguimiento realizado por parte de cada uno de los responsables y verificados por el equipo de trabajo de la OCI, hay 22 acciones identificadas como "abierto", sin ningún avance, correspondientes a los siguientes, temas o unidades organizacionales:

No.	Unidad Organizacional	Abierto	Observaciones
3	Regional Cesar	17	No se ha presentado seguimiento a los siguientes hallazgos identificados en el Plan de mejora con los números: 601204; 601206;601214; 601216; 601217; 601219; 601221; 601222;601223; 601224; 601225; 601226; 601227; 601228; 601232; 601238; 601239. Auditoría realizada en la vigencia 2015 -Informe entregado en julio 2015
7	Atención y Tramite (Nivel Central)- Subproceso de Defensoría Pública	2	Hallazgos identificados en el Plan de mejora con los números: 304007 y 304008. Auditoría realizada el 18 dic 2015
9	1- Nivel central 2- Antioquia 3- Valle del Cauca	3	Pre-Auditoria Bureau Veritas 20 abr 2016. Hallazgos BV3, tema Diseño.

8- De los 13 planes con seguimiento, se encuentran el siguiente estado:

Estado	Cantidad	Observaciones
Con Seguimiento	7	Estos planes, se deberían cerrar en la vigencia 2016 y hay cuatro (4) que corresponden a auditorias de la vigencia 2015: Ocaña, Cesar, Sub proceso de Defensoría Pública y Delegada de Salud.
Cerrado con Observaciones	4	Tiene algunas acciones con "Cierre Ineficaz". Se recomienda unificar y trasladar hallazgos a los procesos de Nivel Central
Cerrado	2	Corresponde a: 1- Gestión Contractual vigencia 2015 (periodo 2014) No. 4 2- Autoevaluación enmarcado como el No. 10: Nivel central. Gestión Talento Humano Indicadores
Total de PM	**13**	

9- Dentro de los Planes de Mejora existen acciones, que no se cumplieron o no fueron efectivas al presentar su cierre y se marcan en su "*Estado de la Acción*" como "*Cerrado Ineficaz*". Para algunas acciones el cumplimiento corresponde al 0% o 100%, dependiendo del caso específico, por varias razones:

- En algunos casos, no es posible cumplir la acción, por lo que se registra: "avance 0%".Ejemplo: Plan de Mejora No 6. R. San Andrés, acción No. 602934 referida a que se proporcione por parte del Nivel Central los aires acondicionados necesarios para la regional; Plan de Mejora No. 8. GRAN: Recepción y Análisis Nacional, acción No. 30200207, referida a formular un plan de mejoramiento individual.
- En otros casos, se cumplen parcialmente las acciones, pero el ***cargo*** identificado en el Plan de Mejora, no es responsable de la totalidad de la acción (Responsable de la fuente- regional), sino que debe serlo un líder de proceso del nivel central como responsable especificó de la actividad, por lo que se registra el avance 100%.
- Otra situación que puede darse es que se formule una acción, pero al realizar el seguimiento se observa que se ha realizado **otra actividad** para subsanar la causa del hallazgo; razón por la cual se debe reformular la acción, ejemplo de casos: San Andrés - 602930, 602932 (100%).

10- Para el seguimiento de la vigencia 2017, se adelantará seguimiento a los planes de mejora de la vigencia 2016, que en su "Estado de la Acción", presenten acciones identificadas como: "Abierto" o "En Ejecución" y corresponden a 40 acciones.

5. Recomendaciones

1. Con el fin de ser oportunos en el cierre de las acciones, se debe asegurar que aún estén vigentes los procedimientos, para asegurar el cumplimiento de las acciones formuladas. Caso 602507 PM Ocaña.

2. Es importante considerar en el listado maestro de Plan de Mejora, sea visible dentro de cada plan de mejora la fecha de formulación, con el fin de identificar el inicio del primer seguimiento a realizar.

3. Durante el seguimiento adelantado por la OCI, se adelantaron cierres ineficaces, que se recomienda que los responsables tanto de ejecutar como del líder del proceso, con la asesoría de la Oficina de Planeación, deban revisar el hallazgo y determine si las acciones propuestas se cumplieron en su totalidad, si son o no de su competencia, si deben trasladarse al líder del proceso, o si se requiere formular otra acción que permita atender el hallazgo.

4. Es importante fortalecer el manejo de este procedimiento y su formato a todos los líderes de procesos, Defensores Regionales, considerando que se inició una nueva administración, que se requiere un alto compromiso por parte de la Dirección, para asegurar una buena gestión y se permita una mejora continua de los procesos. (Ver Norma NTCGP 1000 V 2009 numeral 5.1).

5. Se mantiene la recomendación dada en el anterior informe, con corte a 31 de octubre de 2016, sobre las fechas para presentar este seguimiento. Se reciben los seguimientos en los primeros cinco (5) días hábiles del mes siguiente con fecha de corte bimestral, es decir:

    - Primer bimestre: 5 día hábil de marzo
    - Segundo bimestre: 5 día hábil de mayo
    - Tercer bimestre: 5 día hábil de julio
    - Cuarto bimestre: 5 día hábil de septiembre
    - Quinto bimestre: 5 día hábil de noviembre
    - Sexto bimestre: 5 día hábil de enero, siguiente vigencia

6. Se recomienda para el formato “SQ- F05” en su nueva revisión y ajuste de versión, se adicione una columna de “Fecha de cierre” del hallazgo por parte de la Oficina de Control Interno e incluya la fecha del reporte para seguimiento a lo publicado.

7. Se recomienda presentar seguimiento a las actividades formuladas, que en el registro se encuentran identificadas como “abierto”. Es así como, dentro del registro del seguimiento SQ- F05 versión 3, para los trece (13) planes de Mejora y el consolidado, se

presentan 40 acciones marcadas como “Abierto” o con “seguimiento”, Considerando que las fechas ya están vencidas.

8. Empoderamiento de los líderes de proceso, así como de los defensores regionales y, en general, de los responsables de los hallazgos, para adelantar con oportunidad la formulación y seguimiento de planes de mejora como se indica en el procedimiento de “Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora-ACPM” código: SQ-P04, versión: 5, vigente desde: 29/08/2016.

Original firmado

Julio Cesar Moreno Bernal
Jefe Oficina de Control Interno.

Proyectó: María Helena Pedraza Medina
Fecha de elaboración: 06 marzo de 2017

Anexos:

- Anexo No. 1: Estado y avance de Planes de Mejora. – Corte 31 diciembre 2016
- Anexo No. 2: Estado de hallazgos por procesos - Seguimiento a 31 diciembre 2016
- Anexo No. 3: Estado de Cumplimiento Planes de Mejora con seguimiento- Corte 31 diciembre 2016
- Anexo No. 4: Consolidado de Planes de Mejora. SQ-F05 Versión 3. Seguimiento a 31 diciembre de 2016. Archivo digital
- Anexo No. 5: Resumen Consolidado Plan de Mejora – Corte 31 diciembre 2016.

Anexo No. 1: Estado y avance de Planes de mejora. - Corte 31 diciembre 2016

No.	Unidad Organizacional	Fecha cierre auditoria	Fecha form PM	Proceso afectado	Estado de los Hallazgos				Estado de las acciones					Estado
					Cant	Abierto	Cerrado	Cerrado Ineficaz	Cant.	Abierto	En Ejecución	Cerrado Eficaz	Cerrado Ineficaz	
1	R. Ocaña	14-dic-15	28-jun-16	1- Direccionamiento Estratégico; 2- Gestión del Talento Humano; 3- Promoción y Divulgación; 4- Atención y Tramite; 5- Servicios Administrativos; 6- Tecnologías de la Información	37	2	33	2	37	0	2	33	2	Con Seguimiento
2	Nivel central	17-jun-15		1- Direccionamiento Estratégico; 2- Evaluación de la Satisfacción de los Grupos de Interés; 3- Tecnologías de la Información; 4- Promoción y Divulgación	6	0	5	1	8	0	0	7	1	Cerrado con Observaciones
3	R. Cesar	30-jul-15	24-nov-15	1- Direccionamiento Estratégico; 2- Gestión del Talento Humano; 3- Promoción y Divulgación; 4- Atención y Tramite; 5- Gestión de Servicios Administrativos; 6- Tecnologías de la Información	45	19	26	0	45	17	2	26	0	Con Seguimiento
4	G. Contractual Nivel central	28-oct-15	28-jun-16	Gestión Contractual	5	0	5	0	5	0	0	5	0	Cerrado
5	R. Guainia	09-nov-15	28-jun-16	1- Direccionamiento Estratégico; 2- Gestión del Talento Humano; 3- Promoción y Divulgación; 4- Atención y Tramite; 5- Gestión de Servicios Administrativos; 6- Tecnologías de la Información; 7- Evaluación de la Satisfacción de Grupos de Interés	46	0	44	2	46	0	0	44	2	Cerrado con Observaciones

Anexo No. 1: Estado y avance de Planes de mejora. - Corte 31 diciembre 2016

No.	Unidad Organizacional	Fecha cierre auditoria	Fecha form PM	Proceso afectado	Estado de los Hallazgos				Estado de las acciones					Estado
					Cant	Abierto	Cerrado	Cerrado Ineficaz	Cant.	Abierto	En Ejecución	Cerrado Eficaz	Cerrado Ineficaz	
6	R. San Andrés	23-nov-15	11-ago-16	1- Direccionamiento Estratégico; 2- Gestión del Talento Humano; 3- Promoción y Divulgación; 4- Subproceso de Atención y Trámite de Quejas, Solicitudes y Asesoría; 5- Subproceso de Defensoría Pública; 6- Gestión de Servicios Administrativos; 7- Tecnologías de la Información	40	0	27	13	40	0	0	27	13	Cerrado con Observaciones
7	Atención y Tramite (Nivel Central)- Subproceso de Defensoría Pública	18-dic-15	28-jun-16	Subproceso de Defensoría Pública	14	9	4	1	14	2	6	5	1	Con Seguimiento
8	GRAN: Recepción y Análisis Nacional - Nivel Central	22-dic-15	28-jun-16	1- Subproceso de Defensoría Pública 2- Gestión de Servicios Administrativos	16	0	15	1	21	0	0	20	1	Cerrado con Observaciones
9	1- Nivel central 2- Antioquia 3- Valle del Cauca	20-abr-16		1- Direccionamiento Estratégico 2- Transversal 3- 0 4- Procesos Misionales 5- Subproceso de Defensoría Pública 6- Gestión de Servicios Administrativos	6	2	3	1	17	3	2	10	2	Con Seguimiento
10	Nivel central Gestión Talento Humano Indicadores	09-jun-16		Gestión del Talento Humano	1	0	1	0	1	0	0	1	0	Cerrado

Anexo No. 1: Estado y avance de Planes de mejora. - Corte 31 diciembre 2016

No.	Unidad Organizacional	Fecha cierre auditoria	Fecha form PM	Proceso afectado	Estado de los Hallazgos				Estado de las acciones					Estado
					Cant	Abierto	Cerrado	Cerrado Ineficaz	Cant.	Abierto	En Ejecución	Cerrado Eficaz	Cerrado Ineficaz	
11	Auditoria de certificación. 1- Nivel central; 2- Bolivar; 3- Cundinamarca; 4- Quindio; 5- Tolima; 6- Valle del Cauca	01-jul-16		1- Gestión de Servicios Administrativos; 2- Direccionamiento Estratégico 3- Procesos Misionales; 4- Subproceso de Defensoría Pública; 5- Promoción y Divulgación.	5	3	1	1	12	0	4	5	3	Con Seguimiento
12	D.D. Para los Asuntos Agrarios y Tierras.	18-abr-16	11-ago-16	1- Direccionamiento Estratégico; 2-Gestión de Servicios Administrativos; 3-Gestión Contractual.	6	1	5	0	6	0	1	5	0	Con Seguimiento
13	D.D. Para la Salud, la Seguridad Social y la Discapacidad.	29-dic-15	11-ago-16	1- Gestión de Servicios Administrativos 2-Evaluacion y Seguimiento	12	1	10	1	12	0	1	10	1	Con Seguimiento
14	Regional Choco	05-abr-16	Sin Formular		27	0	0	0	0	0	0	0	0	Sin Formulación
15	Regional Caqueta	02-may-16	29-dic-16	1- Direccionamiento Estratégico (Tecnologías de la información); 2- Promoción y divulgación; 3-Atencion y Tramite; 4- Subproceso de Defensoria Publica; 5-Subproceso de Recursos y Acciones Judiciales; 6-Gestion de Talento Humano; 7-Gestión de Servicios Administrativos	21	0	0	0	0	0	0	0	0	Sin Seguimiento
16	Regional Cordoba	07-jul-16	Con Observaciones sin Formalizar		33	0	0	0	0	0	0	0	0	Formulado con Observaciones

Anexo No. 1: Estado y avance de Planes de mejora. - Corte 31 diciembre 2016

No.	Unidad Organizacional	Fecha cierre auditoria	Fecha form PM	Proceso afectado	Estado de los Hallazgos				Estado de las acciones					Estado
					Cant	Abierto	Cerrado	Cerrado Ineficaz	Cant.	Abierto	En Ejecución	Cerrado Eficaz	Cerrado Ineficaz	
17	Regional Magdalena	19-jul-16	22-ene-17	1- Direccionamiento Estratégico; 2- Subproceso de Atención y Trámite de Quejas, Solicitudes y Asesoría.; 3- Subproceso de Defensoría Pública; 4- Gestión del Talento Humano; 5- Gestión de Servicios Administrativos; 6- Evaluación de la Satisfacción de Grupos de Interés.	23	0	0	0	0	0	0	0	0	Sin Seguimiento
18	Regional Guajira	29-ago-16	Sin Formular		28	0	0	0	0	0	0	0	0	Sin Formulación
19	Contratación	29-sep-16	Sin Formular	Gestión Contractual	1	0	0	0	0	0	0	0	0	Sin Formulación
20	Delegada de Indígenas y Minorías Étnicas	29-dic-16	14-feb-17	1- Promoción y Divulgación; 2- Gestión del Talento Humano;3- Gestión de Servicios Administrativos.	10	0	0	0	0	0	0	0	0	Sin Seguimiento
21	Tema Rendición de Cuentas	07-sep-16	20-feb-16	1- Direccionamiento Estratégico	4	0	0	0	0	0	0	0	0	Sin Seguimiento
				Total	**386**	**37**	**179**	**23**	**264**	**22**	**18**	**198**	**26**	

Datos sin completar – No se conocen

Anexo No. 2: Estado de hallazgos por procesos- Seguimiento a 31 diciembre 2016

No.	Proceso	Cantidad Hallazgos	Abierto	Cerrado	Cerrado Ineficaz	% Eficacia
1	Direccionamiento Estratégico	**44**	**3**	36	5	**93,2%**
	Procesos Misionales	**3**	**2**	1	0	**33,3%**
2	Gestión para la Magistratura Moral	**0**	**0**	0	0	**0,0%**
3	Promoción y Divulgación	**16**	**0**	15	1	**100,0%**
4	Prevención y Protección	**0**	**0**	0	0	**0,0%**
5	Atención y Trámite	**0**	**0**	0	0	**0,0%**
5.1	Subproceso de Atención y Trámite de Quejas, Solicitudes y Asesoría	**27**	**5**	20	2	**81,5%**
5.2	Subproceso de Recursos y Acciones Judiciales	**11**	**2**	9	0	**81,8%**
5.3	Subproceso de Defensoría Pública	**44**	**15**	26	3	**65,9%**
6	Investigación y Análisis	**0**	**0**	0	0	**0,0%**
7	Gestión del Talento Humano	**16**	**3**	13	0	**81,3%**
8	Gestión Financiera	**0**	**0**	0	0	**0,0%**
9	Gestión de Servicios Administrativos	**52**	**6**	38	8	**88,5%**
	Tecnologías de la Información	**11**	**1**	6	4	**90,9%**
10	Gestión Contractual	**7**	**0**	7	0	**100,0%**
11	Gestión Jurídica	**0**	**0**	0	0	**0,0%**
12	Evaluación y Seguimiento	**5**	**0**	5	0	**100,0%**
13	Control Disciplinario Interno	**0**	**0**	0	0	**0,0%**
14	Evaluación de la Satisfacción de los Grupos de Interés	**2**	**0**	2	0	**100,0%**
	Transversal	**1**	**0**	1	0	**100,0%**
	Total	**239**	**37**	**179**	**23**	**84,5%**

Hallazgos identificados, formulados y asignados a estos procesos en cada Plan de Mejora

Procesos con acciones “Cerrado Ineficaz”

Anexo No. 3: Estado de Cumplimiento Planes de Mejora con seguimiento. - Corte 31 diciembre 2016

No.	Unidad Organizacional	Fecha cierre auditoria	Fecha formulación PM	Proceso afectado	Hallazgos		Acciones		Cumplimiento Plan de Mejora		% Avance acciones	Estado
					Cant.	Abierto	Cant.	En Ejecución	Hallazgos	Acciones		
1	R. Ocaña	14-dic-15	28-jun-16	1- Direccionamiento Estratégico 2- Gestión del Talento Humano 3- Promoción y Divulgación 4- Atención y Tramite 5- Servicios Administrativos 6- Tecnologías de la Información	37	2	37	2	89,2%	89,2%	96,2%	Con Seguimiento
2	Nivel central	17-jun-15		1- Direccionamiento Estratégico 2- Evaluación de la Satisfacción de los Grupos de Interés 3- Tecnologías de la Información 4- Promoción y Divulgación	6	0	8	0	83,3%	87,5%	87,5%	Cerrado con Observaciones
3	R. Cesar	30-jul-15	24-nov-15	1- Direccionamiento Estratégico 2- Gestión del Talento Humano 3- Promoción y Divulgación 4- Atención y Tramite 5- Gestión de Servicios Administrativos 6- Tecnologías de la Información	45	19	45	2	57,8%	57,8%	60,0%	Con Seguimiento
4	G. Contractual Nivel central	28-oct-15	28-jun-16	Gestión Contractual	5	0	5	0	100,0%	100,0%	100,0%	Cerrado

Anexo No. 3: Estado de Cumplimiento Planes de Mejora con seguimiento. - Corte 31 diciembre 2016

No.	Unidad Organizacional	Fecha cierre auditoria	Fecha formulación PM	Proceso afectado	Hallazgos		Acciones		Cumplimiento Plan de Mejora		% Avance acciones	Estado
					Cant.	Abierto	Cant.	En Ejecución	Hallazgos	Acciones		
5	R. Guainia	09-nov-15	28-jun-16	1- Direccionamiento Estratégico 2- Gestión del Talento Humano 3- Promoción y Divulgación 4- Atención y Tramite 5- Gestión de Servicios Administrativos 6- Tecnologías de la Información 7- Evaluación de la Satisfacción de Grupos de Interés	46	0	46	0	95,7%	95,7%	97,8%	Cerrado con Observaciones
6	R. San Andres	23-nov-15	11-ago-16	1- Direccionamiento Estratégico 2- Gestión del Talento Humano 3- Promoción y Divulgación 4- Subproceso de Atención y Trámite de Quejas, Solicitudes y Asesoría 5- Subproceso de Defensoría Pública 6- Gestión de Servicios Administrativos 7- Tecnologías de la Información	40	0	40	0	67,5%	67,5%	90,0%	Cerrado con Observaciones
7	Atención y Tramite (Nivel Central)- Subproceso de Defensoría Pública	18-dic-15	28-jun-16	Subproceso de Defensoría Pública	14	9	14	6	28,6%	35,7%	33,3%	Con Seguimiento

Anexo No. 3: Estado de Cumplimiento Planes de Mejora con seguimiento. - Corte 31 diciembre 2016

No.	Unidad Organizacional	Fecha cierre auditoria	Fecha formulación PM	Proceso afectado	Hallazgos		Acciones		Cumplimiento Plan de Mejora		% Avance acciones	Estado
					Cant.	Abierto	Cant.	En Ejecución	Hallazgos	Acciones		
8	GRAN: Recepción y Análisis Nacional - Nivel Central	22-dic-15	28-jun-16	1- Subproceso de Defensoría Pública 2- Gestión de Servicios Administrativos	16	0	21	0	93,8%	95,2%	100,0%	Cerrado con Observaciones
9	Pre - Auditoria 1- Nivel central 2- Antioquia 3- Valle del Cauca	20-abr-16		1- Direccionamiento Estratégico 2- Transversal 3- 0 4- Procesos Misionales 5- Subproceso de Defensoría Pública 6- Gestión de Servicios Administrativos	6	2	17	2	50,0%	58,8%	75,0%	Con Seguimiento
10	Nivel central Gestión Talento Humano Indicadores	09-jun-16		Gestión del Talento Humano	1	0	1	0	100,0%	100,0%	100,0%	Cerrado
11	Auditoria de certificación 1- Nivel central; 2- Bolivar; 3- Cundinamarca; 4- Quindio; 5- Tolima; 6- Valle del Cauca	01-jul-16		1- Gestión de Servicios Administrativos 2- Direccionamiento Estratégico 3- Procesos Misionales 4- Subproceso de Defensoría Pública 5- Promoción y Divulgación.	5	3	12	4	20,0%	41,7%	77,8%	Con Seguimiento
12	D.D. Para los Asuntos Agrarios y Tierras.	18-abr-16	11-ago-16	1- Direccionamiento Estratégico 2-Gestión de Servicios Administrativos 3- Gestión Contractual.	6	1	6	1	83,3%	83,3%	98,3%	Con Seguimiento

Anexo No. 3: Estado de Cumplimiento Planes de Mejora con seguimiento. - Corte 31 diciembre 2016

No.	Unidad Organizacional	Fecha cierre auditoria	Fecha formulación PM	Proceso afectado	Hallazgos		Acciones		Cumplimiento Plan de Mejora		% Avance acciones	Estado
					Cant.	Abierto	Cant.	En Ejecución	Hallazgos	Acciones		
13	D.D. Para la Salud, la Seguridad Social y la Discapacidad.	29-dic-15	11-ago-16	1- Gestión de Servicios Administrativos 2-Evaluacion y Seguimiento	12	1	12	1	83,3%	83,3%	89,2%	Con Seguimiento
14	Regional Choco	05-abr-16	Sin Formular		27	0	1	0	0,0%	0,0%	0,0%	Sin Formulación
15	Regional Caqueta	02-may-16	29-dic-16	1- Direccionamiento Estratégico (Tecnologías de la información) 2- Promoción y divulgación 3-Atencion y Tramite 4- Subproceso de Defensoria Publica 5- Subproceso de Recursos y Acciones Judiciales 6-Gestion de Talento humano 7- Gestión de servicios administrativos	21	0	1	0	**Formulado**	**Formulado**	**Sin seguimiento**	Sin Seguimiento
16	Regional Cordoba	07-jul-16	Con Observaciones sin Formalizar		33	0	1	0	0,0%	0,0%	0,0%	Formulado con Observaciones

Anexo No. 3: Estado de Cumplimiento Planes de Mejora con seguimiento. - Corte 31 diciembre 2016

No.	Unidad Organizacional	Fecha cierre auditoria	Fecha formulación PM	Proceso afectado	Hallazgos		Acciones		Cumplimiento Plan de Mejora		% Avance acciones	Estado
					Cant.	Abierto	Cant.	En Ejecución	Hallazgos	Acciones		
17	Regional Magdalena	19-jul-16	22-ene-17	1- Direccionamiento Estratégico 2- Subproceso de Atención y Trámite de Quejas, Solicitudes y Asesoría. 3- Subproceso de Defensoría Pública 4- Gestión del Talento Humano 5- Gestión de Servicios Administrativos 6- Evaluación de la Satisfacción de Grupos de Interés.	23	0	1	0	**Formulado**	**Formulado**	**Sin seguimiento**	Sin Seguimiento
18	Regional Guajira	29-ago-16	Sin Formular		28	0	1	0	0,0%	0,0%	0,0%	Sin Formulación
19	Contratación	29-sep-16	Sin Formular	Gestión Contractual	1	0	1	0	0,0%	0,0%	0,0%	Sin Formulación
20	Delegada de Indígenas y Minorías Étnicas	29-dic-16	14-feb-17	1- Promoción y Divulgación 2- Gestión del Talento Humano 3- Gestión de Servicios Administrativos.	10	0	1	0	**Formulado**	**Formulado**	**Sin seguimiento**	Sin Seguimiento
21	Tema Rendición de Cuentas	07-sep-16	20-feb-16	1- Direccionamiento Estratégico	4	0	1	0	**Formulado**	**Formulado**	**Sin seguimiento**	Sin Seguimiento

Anexo No. 4: Consolidado de Planes de Mejora. SQ-F05 Versión 3. Seguimiento a diciembre de 2016
(Archivo digital enviado por correo)

Plan de Mejora, digital, publicado en la WEB junto a este informe con corte a 31 de diciembre de 2016 – Plan de mejora
Total 11 hojas
Ver ruta: http://www.defensoria.gov.co/es/public/despachodeldefensor/1273/Oficina-de-Control-Interno.htm

Anexo No. 5: Resumen Consolidado Plan de Mejora – Corte 31 diciembre 2016.

Dos (2) hojas, archivo digital enviado por correo
Publicado en la WEB.
Ver ruta: http://www.defensoria.gov.co/es/public/despachodeldefensor/1273/Oficina-de-Control-Interno.htm

ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO

| SECCIÓN 1: IDENTIFICACIÓN DEL HALLAZGO | | | | | | SECCIÓN 2: ANÁLISIS CAUSAS | | | | | | SECCIÓN 3: PLAN DE MEJORAMIENTO | | | | | | | | SECCIÓN 4: SEGUIMIENTO | | | | | | | |

| SECCIÓN 1: IDENTIFICACIÓN DEL HALLAZGO | | | | | | SECCIÓN 2: ANÁLISIS CAUSAS | | | | | | SECCIÓN 3. PLAN DE MEJORAMIENTO | | | | | | | | SECCIÓN 4: SEGUIMIENTO | | | | | | | |

ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO

Fecha de elaboración: 5/01/2015
Versión vigente: 20/12/2022

SECCIÓN 1: IDENTIFICACIÓN DEL HALLAZGO | **Acción Relacionada con Plan de mejoramiento** | **SECCIÓN 2: ANÁLISIS CAUSAS** | **SECCIÓN 3: PLAN DE MEJORAMIENTO** | **SECCIÓN 4: SEGUIMIENTO**

Nº	Fuente de Hallazgo	Gestión de Solicitud	Fecha Hallazgo	Proceso - Subproceso Afectado	Hallazgo y/o Situación		POR QUE?	POR QUE?	POR QUE?	POR QUE?	POR QUE?	Causa(s) Raíz	ACCIÓN	Tipo de Acción Correctiva	Responsable de Ejecución	Recursos	Antes de la acción	Indicador	Fecha Inicio	Fecha Terminación	1Cuatri Anterior: DOCUMENTO AVANCE PROCESO	1Cuatri Anterior: DOCUMENTO SOPORTE	1Cuatri Anterior: OBSERVACIONES	2Cuatri Anterior: DOCUMENTO AVANCE PROCESO	2Cuatri Anterior: DOCUMENTO SOPORTE	2Cuatri Anterior: OBSERVACIONES	3Cuatri Anterior: DOCUMENTO AVANCE PROCESO	3Cuatri Anterior: DOCUMENTO SOPORTE	3Cuatri Anterior: OBSERVACIONES	1Cuatri Actual: DOCUMENTO AVANCE PROCESO	1Cuatri Actual: DOCUMENTO SOPORTE	1Cuatri Actual: OBSERVACIONES	2Cuatri Actual: DOCUMENTO AVANCE PROCESO	2Cuatri Actual: DOCUMENTO SOPORTE	2Cuatri Actual: OBSERVACIONES	ACCIÓN EFECTIVA	OBSERVACIONES	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	Estado de la Acción
1	Auditoría Interna de Calidad	Auditoría Interna de Calidad	########	Direccionamiento Estratégico	Incumplimiento al numeral 8.2.1 de la NTCGP 1000:2009. Incumplimiento al numeral 8.2.2 de la NTCGP 1000:2009. Sin evidencia incumplimiento del numeral 8.2.3 de la NTCGP 1000:2009. Sin evidencia incumplimiento al numeral 7.5.1 de la norma NTCGP 1000:2009. Sin evidencia incumplimiento al numeral 8.2.4 de la norma NTCGP 1000:2009. Sin evidencia incumplimiento al numeral 8.5.1, 7.5.1, 7.5.3, 7.5.5 y 7.5.2 de la norma NTCGP 1000:2009.	No presenta	Desconocimiento de lineamientos para la elaboración y control de los documentos del Sistema Gestión de Calidad Desconocimiento de lineamientos para la elaboración y control de los documentos del Sistema Gestión de Calidad	No hay Divulgación de manera clara y oportuna	N/A	N/A			Desconocimiento de lineamientos para la elaboración y control de los documentos del Sistema Gestión de Calidad Desconocimiento de lineamientos para la elaboración y control de los documentos del Sistema Gestión de Calidad	Socializar Norma Sectorial, manual, procedimientos obligatorios para el proceso, delegado, para implementar metodología causa raíz Revisar y actualizar los Documentos del Proceso, Procedimientos, Instructivos, TRD, hoja de caracteres, Matriz, procesos relacionados, se anexa el procedimiento de acompañamiento de segundos, delegados.	Acción Correctivo Acción Correctivo	Henry Orlando Santana Henry Orlando Santana, Alexandra Baquero Alcon (2), Andrea Carolina Ramirez Valero (6), Jorge Enrique Cabrera Cabrera (1), Jenny Carolina Fernández Gil, Javier Orlando Tarapuz Perdomo (4), Irma Alexandra	Humano, Tecnológico Humano, Tecnológico	1 Nº de documentos socializados Nº de documentos actualizados / Nº de documentos a actualizar	1Nº de procedimiento y/o instructivo y/o otro procedimiento a revisar Nº de documentos actualizados / Nº de documentos a actualizar	05/01/15 05/01/15	05/01/15 05/01/15	Se realizo la socialización a los responsables de los procedimientos obligatorios y manual de procedimientos, se actualizo el procedimiento SQ PO4 Procedimiento acciones correctivas y de mejora Versión 4, vigencia del 11/05/2016 por publica en	Página Web-Mapa de Procesos de la entidad, actas de socialización		Se realizo la socialización a los dependientes, delegados de la Dirección de procedimientos obligatorios y manual de procedimientos, se actualizo el procedimiento SQ PO4 Procedimiento acciones correctivas y de mejora Versión 4, vigencia del 11/05/2016 por publica en	Página Web-Mapa de Procesos de la entidad, actas de socialización		

ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO

| SECCIÓN 1: IDENTIFICACIÓN DEL HALLAZGO | | | | | | | SECCIÓN 2: ANÁLISIS CAUSAS | | | | | | SECCIÓN 3: PLAN DE MEJORAMIENTO | | | | | | | | | SECCIÓN 4: SEGUIMIENTO | | | | | | | | |

| | | |

ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO

Fecha(dd/mm/aaaa): 1/01/2018
Vigente desde: 01/01/2018

| SECCIÓN 1: IDENTIFICACIÓN DEL HALLAZGO | | | | | | | Acción Reprocesos, no Plan de mejoramiento | SECCIÓN 2: ANÁLISIS CAUSAS | | | | | SECCIÓN 3: PLAN DE MEJORAMIENTO | | | | | | | | | SECCIÓN 4: SEGUIMIENTO | | | | | | | | |

Fecha(dd/mm/aaaa):	01/11/2022		
Versión:	1		
Fecha de Revisión:	01/11/2022		

ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO

| SECCIÓN 1: IDENTIFICACIÓN DEL HALLAZGO | | | | | | | SECCIÓN 2: ANÁLISIS CAUSAS | | | | | | SECCIÓN 3: PLAN DE MEJORAMIENTO | | | | | | | SECCIÓN 4: SEGUIMIENTO | | | | | | |

Código:	1210.32.23	Fecha:	2023/03/28
Versión:	1	Página:	1 de 1

ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)- PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO

Vigencia desde: 2023/03/28

| SECCIÓN 1: IDENTIFICACIÓN DEL HALLAZGO | | | | | | | SECCIÓN 2: ANÁLISIS CAUSAS | | | | | | SECCIÓN 3: PLAN DE MEJORAMIENTO | | | | | | | | SECCIÓN 4: SEGUIMIENTO | | | | | | | |

ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)- PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO

| SECCIÓN 1: IDENTIFICACIÓN DEL HALLAZGO | | | | | | Acción Asignada en Plan de mejoramiento o | SECCIÓN 2: ANÁLISIS CAUSAS | | | | | | SECCIÓN 3: PLAN DE MEJORAMIENTO | | | | | | | SECCIÓN 4: SEGUIMIENTO | | | | | | |

Fecha(dd/mm/aaaa):	1/01/2016		
Vigencia desde:	01/01/2016		

ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO

| SECCIÓN 1: IDENTIFICACIÓN DEL HALLAZGO | | | | | | | SECCIÓN 2: ANÁLISIS CAUSAS | | | | | | SECCIÓN 3: PLAN DE MEJORAMIENTO | | | | | | | SECCIÓN 4: SEGUIMIENTO | | | | | | |

ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO

Fecha(dd/mm/aaaa): 1/01/2016
Versión: 1
Vigente desde: 01/01/2016

| SECCIÓN 1: IDENTIFICACIÓN DEL HALLAZGO | | | | | | Acción Preventiva en Plan de mejoramiento | SECCIÓN 2: ANÁLISIS CAUSAS | | | | | | SECCIÓN 3: PLAN DE MEJORAMIENTO | | | | | | | | SECCIÓN 4: SEGUIMIENTO | | | | | | | |

Resumen consolidado de Plan de Mejora
Corte 31 diciembre 2016

							Estado de los Hallazgos				Estado de las acciones						Cumplimientos Plan de Mejora				
No.	Unidad Organizacional	Fecha apertura auditoria	Fecha cierre auditoria	Fecha form PM	Proceso afectado	Identificación	Cantidad	Abierto	Cerrado	Cerrado Ineficaz	Cantidad	Sin Formula	Abierto	En Ejecució	Cerrado Eficaz	Cerrado Ineficaz	% Hallazgos	% Acciones	% de avance	Estado	Observaciones
1	R. Ocaña	19-oct-15	14-dic-15	28-jun-16	1- Direccionamiento Estratégico 2- Gestión del Talento Humano 3- Promoción y Divulgación 4- Atención y Tramite 5- Servicios Administrativos 6- Tecnologías de la Información	602501 a 602537	37	2	33	2	37	0	0	2	33	2	89,2%	89,2%	96,2%	Con Seguimiento	Quedan pendiente dos acciones, con un avance del 80% de las cuales: La 602503 hace referencia a la implementación del formato TH-F68, V2 y se requiere verificar el registro total del formato. Y la 602515, no se reciben evidencias de las memorias de reunión. Se da el cierre a dos acciones: 602508 y 602525 de manera ineficaz. Se debe reformular las acciones, con el fin de eliminar la causa de estos hallazgos.
2	Nivel central		17-jun-15		1- Direccionamiento Estratégico 2- Evaluación de la Satisfacción de los Grupos de Interés 3- Tecnologías de la Información 4- Promoción y Divulgación	1 a 6	6	0	5	1	8	0	0	0	7	1	83,3%	87,5%	87,5%	Cerrado con Observaciones	Se cierra PM de Mejoramiento, se debe reformular la acción No. 2, sobre el PETIC Seguimiento a oct/2016: Cerrado cinco hallazgo, pendiente un hallazgo con el 70%. Seguimiento de la Oficina de Planeación Fechas: Inicio: 14-sep-15 - cierre: vigencia 2015, 18-mar-16; 30-jul-16.
3	R. Cesar	22-may-15	30-jul-15	24-nov-15	1- Direccionamiento Estratégico 2- Gestión del Talento Humano 3- Promoción y Divulgación 4- Atención y Tramite 5- Gestión de Servicios Administrativos 6- Tecnologías de la Información	601201 a 601245	45	19	26	0	45	0	17	2	26	0	57,8%	57,8%	60,0%	Con Seguimiento	Se encuentra sin reporte este PM. Se envió ultima comunicación a la regional el 5 de enero de 2017, solicitando el seguimiento a esta herramienta. Finalmente se envió memorando 1030-007 del 12 enero 2017 al a OCID y Defensor. Seguimiento de OCI a 31 oct 2016: Fechas: Inicio: 02-oct-15 cierre: 31-dic-15; 31-mar-16; 31-dic-16
4	G. Contractual Nivel central	01-ago-15	28-oct-15	28-jun-16	Gestión Contractual	500101 a 500105	5	0	5	0	5	0	0	0	5	0	100,0%	100,0%	100,0%	Cerrado	Se presentó de manera extemporánea su seguimiento, pero logra su cumplimiento total del Plan de mejora. Seguimiento de OCI a 31 oct 2016: Fechas: Inicio: 06-oct-15 cierre: 30/11/2015; 31-dic-15; 19-jul-16. Observación general: Acciones vencidas ya.
5	R. Guainia	10/08/2015	09-nov-15	28-jun-16	1- Direccionamiento Estratégico 2- Gestión del Talento Humano 3- Promoción y Divulgación 4- Atención y Tramite 5- Gestión de Servicios Administrativos 6- Tecnologías de la Información 7- Evaluación de la Satisfacción de Grupos de Interés	601601 a 601633	46	0	44	2	46	0	0	0	44	2	95,7%	95,7%	97,8%	Cerrado con Observaciones	Se cerraron todas sus 46 acciones, sin embargo dos (2) de ellas se cierran de manera ineficaz y la No. 601608, esta enmarcada en el manejo de adecuación de la infraestructura para mejorar la atención del servicio al usuario y la 601617, enmarcad en un control en las PQRSDF, se atendió con lo planeado y formulado en la acción, sin embargo la acción no atiende de manera eficaz el hallazgo. Fechas: Inicio: 01-mar-16 cierre: 31-dic-16; Observación general: Tiene errores en el registro de las fechas. 31-oct-15; 30-06-017
6	R. San Andrés	06/10/2015	23-nov-15	11-ago-16	1- Direccionamiento Estratégico 2- Gestión del Talento Humano 3- Promoción y Divulgación 4- Subproceso de Atención y Trámite de Quejas, Solicitudes y Asesoría 5- Subproceso de Defensoría Pública 6- Gestión de Servicios Administrativos 7- Tecnologías de la Información	602901 a 602926	40	0	27	13	40	0	0	0	27	13	67,5%	67,5%	90,0%	Cerrado con Observaciones	Se cierra este plan con 14 acciones con cierre ineficaz, centrados en la asignación de recursos y operación financiera que no están al alcance de la regional sino un directriz dada por el proceso de nivel central. Seguimiento de OCI: Fechas: Inicio: 09-oct-15; Cierre: nov-2015, dic-2015, ene-2016 y solo dos (2): 31-Dic-2016 Observación general: para diez (10), no se registran fechas completas tanto en inicio como terminación (NA, Determinado por el nivel central; vacías)
7	Atención y Tramite (Nivel Central)- Subproceso de Defensoría Pública	05-oct-15	18-dic-15	28-jun-16	Subproceso de Defensoría Pública	304001 a 304014	14	9	4	1	14	0	2	6	5	1	28,6%	35,7%	59,1%	Con Seguimiento	Se presentan nueve (9) hallazgos pendientes de cerrar, con seis (6) acciones que se adelanta seguimiento y 2 sin seguimiento. Seguimiento de OCI: Fechas: Inicio: 09-oct-15; Cierre: nov-2015, dic-2015, ene, mar, abr, jun, ago y Dic 2016.
8	GRAN: Recepción y Análisis Nacional - Nivel Central	01-sep-15	22-dic-15	28-jun-16	1- Subproceso de Defensoría Pública 2- Gestión de Servicios Administrativos	30200201 a 30200211	16	0	15	1	21	0	0	0	20	1	93,8%	95,2%	100,0%	Cerrado con Observaciones	Se cierran los 16 hallazgos, de los cuales queda uno marcado con cierre ineficaz, correspondiente al proceso "Subproceso de Atención y Trámite de Quejas, Solicitudes y Asesoría" Seguimiento de OCI: Fechas: Inicio: Feb-2016; Cierre: mar, jun, ago, nov y dic 2016,
9	Pre - auditoría, 1- Nivel central 2- Antioquia 3- Valle del Cauca		20-abr-16		1- Direccionamiento Estratégico 2- Transversal 3- 0 4- Procesos Misionales 5- Subproceso de Defensoría Pública 6- Gestión de Servicios Administrativos	BV1 a BV6	6	2	3	1	17	0	3	2	10	2	50,0%	58,8%	75,0%	Con Seguimiento	Se tiene pendiente aclarar los seguimientos de dos hallazgos identificados en BV1: Servicio al ciudadano, y BV3, definir controles de Diseño en los procesos misionales que apliquen este requisito. Los hallazgos están enmarcados en los siguiente procesos: 1- Direccionamiento Estratégico; 2- Transversal; 3- un hallazgo sin definir proceso (Diseño); 4- Procesos Misionales; 5- Subproceso de Defensoría Pública; 6- Gestión de Servicios Administrativos Seguimiento de OCI: No ha realizado seguimiento; lo reportado se presume es de la OP Cerrado al 100% uno de los cinco hallazgos, sin embargo se han
10	Nivel central Gestión Talento Humano Indicadores		09-jun-16		Gestión del Talento Humano	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	100,0%	100,0%	100,0%	Cerrado	Se adelanta el cumplimiento del seguimiento a este indicador, obteniendo un total de avance del indicador del 90%. Seguimiento de OCI: Los hallazgos están enmarcados en el no cumplimiento de la ejecución presupuestal Fechas: Inicio: 13-jun-16; Cierre: 12-ago-2016. Observación general: El análisis del hallazgo no con lleva a una "acción correctiva", sino a una corrección.

Resumen consolidado de Plan de Mejora
Corte 31 diciembre 2016

							Estado de los Hallazgos				Estado de las acciones						Cumplimientos Plan de Mejora				
No.	Unidad Organizacional	Fecha apertura auditoria	Fecha cierre auditoria	Fecha form PM	Proceso afectado	Identificación	Cantidad	Abierto	Cerrado	Cerrado Ineficaz	Cantidad	Sin Formula	Abierto	En Ejecució	Cerrado Eficaz	Cerrado Ineficaz	% Hallazgos	% Acciones	% de avance	Estado	Observaciones
11	Auditoría de Certificación 1- Nivel central 2- Bolivar 3- Cundinamarca 4- Quindio 5- Tolima 6- Valle del Cauca		01-jul-16		1- Gestión de Servicios Administrativos 2- Direccionamiento Estratégico 3- Procesos Misionales 4- Subproceso de Defensoría Pública 5- Promoción y Divulgación.	1 a 5	5	3	1	1	12	0	0	4	5	3	20,0%	41,7%	77,8%	Con Seguimiento	Se da un cierre ineficaz, considerando que se cumple la acción propuesta; sin embargo se recomienda formular un Plan de mejora que asegure la atención del hallazgo de Control de registros. Los hallazgos están enmarcados en los siguiente procesos: 1- Gestión de Servicios Administrativos 2- Direccionamiento Estratégico; 3- Procesos Misionales; 4- Subproceso de Defensoría Pública; 5- Promoción y Divulgación. Seguimiento de OCI: No ha realizado seguimiento Fechas: Inicio: Jul-16 - cierre: ago, oct-dic-2016. Observación General: Se formulo una acción para un hallazgo con fecha de inicio ene-2014 a dic 2018. 2- Se presentan dos hallazgos enmarcados en los procesos misionales, procesos Transversales?? liderado en? y Direccionamiento estratégico. Se recomienda definir la responsabilidad del líder responsable del seguimiento, (Direccionamiento estratégico)
12	D.D. Para los Asuntos Agrarios y Tierras.	12-feb-16	18-abr-16	11-ago-16	1- Direccionamiento Estratégico 2-Gestión de Servicios Administrativos 3- Gestión Contractual.	1 a 6	6	1	5	0	6	0	0	1	5	0	83,3%	83,3%	98,3%	Con Seguimiento	Pendiente solo una acción. Seguimiento de OCI: 31oct2016. Se recibió comunicación el pasado 27 sep 2016 con consecutivo 4060-180-2016 Fechas: Inicio: 01-feb-16; Cierre: abr, jun, jul y Dic 2016 y ene-2017. Observación general: Es una auditoria realizada en una dependencia y representan los hallazgos en tres (3) procesos
13	D.D. Para la Salud, la Seguridad Social y la Discapacidad.	07-dic-15	29-dic-15	11-ago-16	1- Gestión de Servicios Administrativos 2-Evaluacion y Seguimiento	1 a 12	12	1	10	1	12	0	0	1	10	1	83,3%	83,3%	89,2%	Con Seguimiento	Solo una acción con seguimiento del Plan de Mejora. La acción cerrada de manera ineficaz se enmarca en la convalidación de las TRD por parte del AGN. Seguimiento de OCI - 31oct2016: Fechas: Inicio: ene-2016; Cierre: Dic 2016. Observación general: Presenta avance en 11 acciones de las 12, pero no se registra % de avance en las acciones.
14	Regional Choco	01-mar-16	05-abr-16	Sin Formular			27	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%	Sin Formulación	Se encuentra en ajustes entre planeación y Choco, según copia de correo del 11 de agosto de 2016
15	Regional Caqueta	08-mar-16	02-may-16	29-dic-16	1- Direccionamiento Estratégico (Tecnologias de la información) 2- Promoción y divulgación 3-Atencion y Tramite 4- Subproceso de Defensoria Publica 5- Subproceso de Recursos y Acciones Judiciales 6-Gestion de Talento humano 7- Gestión de servicios administrativos	6009-1 a 6009-21	21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**Formulado**	**Formulado**	**Sin seguimiento**	Sin Seguimiento	Se formalizó por parte de la OP, el 29 de diciembre de 2017, se adelantará seguimiento en Marzo
16	Regional Cordoba	07-jun-16	07-jul-16	Con Observaciones sin Formalizar			33	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%	Formulado con Observaciones	Se recibe correo de planeación el 27 de septiembre de 2016, sin embargo, el 7 de octubre 2016 se responde por parte de la OCI y se hacen observaciones sobre las acciones formuladas. Pendiente reunión con la OP, OCI y la Regional, para ajustar y formalizar las acciones
17	Regional Magdalena	10-may-16	19-jul-16	22-ene-17	1- Direccionamiento Estratégico 2- Subproceso de Atención y Trámite de Quejas, Solicitudes y Asesoría. 3- Subproceso de Defensoría Pública 4- Gestión del Talento Humano 5- Gestión de Servicios Administrativos 6- Evaluación de la Satisfacción de Grupos de Interés.	Formato V3 602001 al 602023	23	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**Formulado**	**Formulado**	**Sin seguimiento**	Sin Seguimiento	Se formalizó por parte de la OP, el 22 de enero de 2017, se adelantará seguimiento en Marzo
18	Regional Guajira	26-jul-16	29-ago-16	Sin Formular			28	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%	Sin Formulación	
19	Contratación	11-ago-16	29-sep-16	Sin Formular	Gestión Contractual		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%	Sin Formulación	
20	Delegada de Indígenas y Minorías Étnicas	11-oct-16	29-dic-16	14-feb-17	1- Promoción y Divulgación 2- Gestión del Talento Humano 3- Gestión de Servicios Administrativos.	Formato V3 4012001 - 4012010	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**Formulado**	**Formulado**	**Sin seguimiento**	Sin Seguimiento	Se formalizó por parte de la OP, el 14 de febrero de 2017, se adelantará seguimiento en Marzo
21	Tema Rendición de Cuentas	07-sep-16	07-sep-16	20-feb-16	1- Direccionamiento Estratégico	1 a 4 Vicedefensoría	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**Formulado**	**Formulado**	**Sin seguimiento**	Sin Seguimiento	Se formalizó por parte de la OP el 20 de febrero de 2017, se adelantará seguimiento en Marzo
							386	**37**	**179**	**23**	**264**	**0**	**22**	**18**	**198**	**26**					

1. Introducción y alcance

Dentro de las funciones de la Oficina de Control Interno, en el tópico de evaluación y seguimiento, se realiza verificación a la formulación y seguimiento de los Planes de Mejora adelantados por la Entidad, correspondiente a la vigencia 1 de enero - 31 de octubre del 2016.

2. Objetivo

Revisar los Planes de Mejora publicados en la WEB y en Paloma y realizar verificación al seguimiento a estas acciones, acorde a lo definido en el procedimiento:
"Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora-ACPM" código: SQ-P04, versión: 5 y vigente desde: 29/08/2016.
Aplicar el formato:
"Acciones correctivas, preventivas y de mejora (ACPM) - plan de mejoramiento y seguimiento"; código: SQ-F05, versión: 3 y vigente desde 29/08/2016

3. Desarrollo

El pasado 11 de octubre del 2016 se revisaron los listados de Planes de Mejora publicados en estas rutas (web y Paloma) los cuales debían coincidir respecto del número de planes de mejora, pero se pudo establecer que no eran iguales: (Web: trece (13) planes, Paloma: dos (2) planes); por lo que la oficina de Control Interno presentó esta observación ante la Oficina de Planeación. A partir del 24 de octubre, se realizó el ajuste por parte de la Oficina de Planeación y, a la fecha, en ambos enlaces coinciden los Planes de Mejora publicados.

En este listado maestro de Planes de Mejora se presentaban los enlaces de los trece (13) Planes de Mejora formulados (SQ-F-05 , versión 2) desde el 2015.

La Oficina de Control Interno conoce, realiza seguimiento y controla nueve (9) de estos trece (13) Planes de Mejora; los cuatro (4) restantes, corresponden a seguimientos que venían siendo adelantados por la Oficina de Planeación, por estar enmarcados en el Sistema de Gestión de la Calidad, de los cuales la Oficina de Control Interno no conocía formalmente de su estado y por ende tampoco se había asignado a algún profesional dentro del equipo de auditores de esta oficina, para el cumplimiento del procedimiento "Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora-ACPM" código: SQ-P04, versión: 5; estos planes son:

1. Auditoria al "SIG", adelantado por la Oficina de Planeación (17/06/2015), Acciones con fecha de inicio septiembre 2015, de los cuales cuatro (4) hallazgos fueron cerrados por esa misma oficina, dentro del Plan de Mejora, queda un hallazgo abierto, de los cinco (5) formulados.
2. Auditoria externa. "Pre-auditoria" realizada por Bureau Veritas, 20/04/2016 y con seguimiento por la Oficina de Planeación. La Oficina de Control Interno no conocía este Plan de Mejora.

3. Autoevaluación del proceso de Gestión del Talento Humano, del 09-jun-16, una acción. Sin seguimiento. A la Oficina de Control Interno no se le informó de la formalización de este Plan de Mejora.
4. Auditoria Externa: "Certificación" realizada por Bureau Veritas, 20/04/2016.

En el enlace de la WEB y Paloma del "Sistema Integrado de Gestión", dentro del mapa de procesos, y concretamente en el botón derecho de "Plan de Mejora", se direcciona al "Listado Maestro de Planes de Mejora":

El Plan de Mejora, identificado como No. 1 "Auditoria de Gestión", "Ocaña", en su archivo PDF, registra en la columna "fecha del hallazgo": 14-oct-2014; pero se advierte por esta Oficina que realmente este hallazgo corresponde a la vigencia 2015; de manera que las fechas no coinciden; además, en la parte correspondiente a "Plan de acción", la "fecha de inicio" presentan celdas como "enero", "febrero", "marzo" y "octubre", y "fecha de terminación" presentan registros como "enero" "junio", "diciembre" entre otras, sin que se especifique la vigencia porque no se registra el año, entre otros datos.

Con el fin de tener claridad sobre la vigencia y publicar este registro en la WEB y Paloma, se ajustaron estas fechas considerando el siguiente criterio: fechas de inicio: el primer día del mes y, finalización: el último día de ese mes; enmarcándolos en la vigencia 2016.

En la herramienta con seguimientos, publicada por esta oficina sobre Planes de Mejora, se ajustaron algunos campos como:

- Nombres de procesos, como "Talento Humano" por "Gestión Talento Humano"; "Subproceso de Atención y Trámite" por "Subproceso de Atención y Trámite de Quejas, Solicitudes y Asesorías".
- Se ajustaron fechas de inicio, presentando en formato dd-mmm-aa.[1]
- Se ajustaron palabras por errores ortográficos y presentación.
- Se completaron cambios al registrar la misma acción con diferente meta e indicador; ej. caso de Cesar.

En esta herramienta se resaltan campos que no son claros, como:

1. Identificación de procesos frente a hallazgos, caso del Plan de Mejora No. 9, realizado por Bureau Veritas
2. No se formuló acción para el hallazgo 602917 del PM de San Andrés.
3. En la sección No. 3, en la columna "Tipo de acción Propuesta" se identifican acciones como "Mejora" cuando este concepto enmarca acciones derivadas del autocontrol; por el contrario, cuando la acción deriva de un hallazgo o recomendación se deben enmarcar en los siguientes tres (3) conceptos: corrección, acción correctiva, acción preventiva. Dentro de la norma NTCGP 1000:2009, se definen estos conceptos como[2]: *"**3.1 Acción correctiva**: Conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causas(s) de una no conformidad detectada u otra situación no deseable*

[1] Las fechas se presentan en formato: dd-mmm-aa, ejemplo: 07-jul-16.
[2] NTCGP 1000:2009: Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública. 3. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

....NOTA 3 Existe diferencia entre corrección y acción correctiva.

3.2 Acción preventiva: *Conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad potencial u otra situación potencial no deseable...*

3.19 Corrección: *Acción tomada para eliminar una no conformidad detectada...*

NOTA 1 Una corrección puede realizarse junto con una acción correctiva...

3.36 Mejora continua. *Acción permanente realizada, con el fin de aumentar la capacidad para cumplir los requisitos y optimizar el desempeño".*

Dentro de esta misma norma, se presentan los requisitos en el numeral 8.5.1 Mejora Continua, 8.5.2 Acción Correctiva y 8.5.3 Acción Preventiva, indicando los "debes" que se requieren cumplir.

En el anexo No. 3 Estado de los hallazgos por procesos, se presenta la cantidad de hallazgos para cada proceso, de acuerdo a la información que se identificó en consolidado de los Planes de Mejora formulados; de los cuales la Oficina de Control Interno presenta seguimiento a nueve (9) de los trece (13) formulados. (Ver anexo No. 6)

En el anexo No. 4 Estado de Cumplimiento Planes de Mejora. Seguimiento a octubre 2016, se presenta el resultado final de cumplimientos y avances del Plan de Mejora para cada fuente hasta la fecha publicados.

4. Conclusiones

1- Se adelantó, por parte de la Oficina de Control Interno, seguimiento a nueve (9) de los trece (13) Planes de Mejora, como resultado de auditorías, (ver anexo No. 2. Estado Planes de Mejora, se presenta seguimiento, con corte a 31 de octubre 2016). Ver seguimientos en la Web, en el sistema Integrado de gestión, en la pestaña del Mapa de Procesos, "Plan de Mejora".

2- Se han formulado 13 Planes de Mejora y se resume su estado, así:

Hallazgos			Acciones		
Cantidad inicial	Cerrados	% Cumplimiento	Acciones formuladas	Cerradas	% Cumplimiento
239	98	41%	264	137	51,5%

Se considera cerrada la acción cuando se cumple con la acción propuesta y se califica "cerrado" el hallazgo cuando se ha dado cumplimiento a la totalidad de las acciones formuladas y cerradas.

3- En el "Listado Maestro de Plan de Mejora" publicado en la Web, hasta antes del 31 de octubre del 2016 (anexo No. 1), para las auditorías realizadas por la firma Bureau Veritas (9 y 11), la identificación de los procesos afectados no corresponde a lo registrado dentro de la herramienta de "Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora (ACPM) Plan de Mejoramiento y seguimiento" en V2. Se ajusta consolida en el resumen presentado en el anexo No. 2, Estado planes de mejoramiento formulados en la Web y con seguimiento - corte 31 de octubre 2016, y publicado a la fecha en la Web.

4- De los siete (7) ejercicios de auditoría de gestión realizados por esta oficina, en la vigencia 2016, a la fecha de corte del informe se había oficializado un (1) Plan de Mejora correspondiente a la Delegada para Asuntos Agrarios y Tierras - DAAT del 18-abr-2016. Quedaba pendiente formalizar y oficializar lo correspondiente a:

- Regional Choco; fecha informe: 05-abr-16
- Regional Caquetá; fecha informe: 02-may-16
- Regional Córdoba; fecha informe: 07-jul-16, formulado con observaciones.
- Regional Magdalena; fecha informe: 19-jul-16
- Regional Guajira; fecha informe: 29-ago-16
- Contratación; fecha informe: 29-sep-16.

Estos planes de mejoramiento pendientes se deben formalizar desde la Oficina de Planeación. (Ver anexo No. 6. Estado de Cumplimiento Planes de Mejoramiento. Seguimiento a octubre 2016).

Los Planes de Mejora publicados en la WEB y Paloma están en versión V2, los que en su casilla de "Estado Inicial" se presentan como formulados en PDF. El seguimiento que adelantó la Oficina de Control Interno con corte a 31 de octubre de 2016, lo publicó en el formato SQ F05, versión: 3 y se ajustó en el "Listado maestro de planes de mejora" publicado en el siguiente link (ver anexo No. 5):

http://www.defensoria.gov.co/public/manualdeprocesosyprocedimientos/diciembre7de2016/LISTADO%20MAESTRO%20DE%20DOCUMENTOS/EXTERIORES/PLAN%20DE%20MEJORAMIENTO/LMPM.htm

En este listado, la oficina de Control Interno modificó y/o adicionó los siguientes campos, ver anexo No. 5 Listado Maestro Planes de Mejora, actualizando información al adicionar la consulta para los seguimientos en la página WEB:

- La columna No. 3: antes identificada como "Unidad Organizacional" se modificó el nombre a "*Regional/Proceso-Tema*"
- Se agrega una nueva columna: "*Fecha*", que reporta la fecha en que se oficializa el informe de la fuente al responsable.

- La columna siguiente se identificaba "Proceso" y se modificó a *"Procesos afectados"*. Se ajusta información de los planes de mejora No. 9 y 11 y se aclararon los nombres de los procesos de acuerdo a lo presentado en el mapa de proceso.
- La columna de "Estado" se ajusta *"Estado Inicial"*. En esta columna están los vínculos a los archivos formulados en formato SQ- F05 versión 2 y en formato PDF.
- Se adiciona nueva columna *"Seguimiento"*, donde se presentan los vínculos de los planes de mejora en formato SQ- F05 versión 3, de los cuales nueve (9) presentan seguimiento realizado por esta oficina.

5- Dentro de la herramienta de cada seguimiento a Planes de Mejora, publicada en la WEB, del "Listado Maestro de Plan de Mejora", esta oficina realizó varias marcaciones de celda con color amarillo, que corresponde a ajustes de forma, como:

- Presentación de fecha, en las columnas de: Fecha hallazgo; Fecha Inicio; Fecha Terminación ajustadas en formato "dd-mmm-aa"[3]
- En la columna "detalle de la fuente" se ajusta: nombre correcto del proceso, área, regional o dependencia, donde se desarrolló el ejercicio auditor.

6- Dentro de los Planes de Mejora existen acciones vencidas, que no se cumplieron o no fueron efectivas, se marcan en su *"Estado de la Acción"* como *"Cerrado Ineficaz"* y en algunas, su cumplimiento corresponde al 0% o 100%, dependiendo del caso específico, por varias razones:

- En algunos casos, no es posible cumplir la acción, por lo que se registra: "avance 0%".Ejemplo: Plan de Mejora No 6. R. San Andrés, acción No. 602934 referida a que se proporcione por parte del Nivel Central los aires acondicionados necesarios para la regional; Plan de Mejora No. 8. GRAN: Recepción y Análisis Nacional, acción No. 30200207, referida a formular un plan de mejoramiento individual.
- En otros casos, se cumplen parcialmente las acciones, pero el ***cargo*** identificado en el Plan de Mejora, no es responsable de la totalidad de la acción (Responsable de la fuente- regional), sino que debe serlo un líder de proceso

[3] Las fechas se presentan en formato: dd-mmm-aa, ejemplo: 07-jul-16.

del nivel central como responsable especificó de la actividad, por lo que se registra el avance 100%.

- Otra situación que puede darse es que se formule una acción, pero al realizar el seguimiento se observa que se ha realizado **otra actividad** para subsanar la causa del hallazgo; razón por la cual se debe reformular la acción, ejemplo de casos: San Andrés - 602930, 602932 (100%).

5. Recomendaciones

1. Dar a conocer el procedimiento ***"Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora-ACPM"*** Código: SQ-P04 Versión: 5, vigente desde: 29/08/2016 y su formato: ***"Acciones correctivas, preventivas y de mejora (ACPM)-plan de mejoramiento y seguimiento"***, Código: SQ- F05; versión: 3, vigente desde 29/08/2016, con especial énfasis en indicar quienes son los responsables de realizar el seguimiento y formalizarlo en la Oficina de Control Interno.

2. Asegurar la coherencia entre cada una de los elementos del formato, de tal manera que las acciones, metas e indicadores, permitan asegurar el cierre del hallazgo presentado, involucrando a los responsables requeridos para su atención. (ver acciones Regional Ocaña).

3. La Oficina de Control Interno, por una parte publicará, previa autorización de la Oficina de Planeación, la herramienta consolidada en la WEB y en Paloma en editable en Excel, con el fin de que el responsable de presentar el seguimiento de forma bimestral, lo baje de estas plataformas, diligencie las celdas correspondientes y lo haga llegar nuevamente a la OCI con los soportes en archivo PDF.

4. Se debe presentar este seguimiento en los primeros cinco (5) días hábiles del mes siguiente a este cierre de reporte, es decir:

    - Primer bimestre: 5 día hábil de marzo
    - Segundo bimestre: 5 día hábil de mayo
    - Tercer bimestre: 5 día hábil de julio
    - Cuarto bimestre: 5 día hábil de septiembre
    - Quinto bimestre: 5 día hábil de noviembre
    - Sexto bimestre: 5 día hábil de enero, siguiente vigencia

5. Se recomienda para el formato "SQ- F05" en su nueva revisión y ajuste de versión, se adicione una columna de "Fecha de cierre" del hallazgo por parte de la Oficina de Control Interno e incluir la fecha del reporte para seguimiento al publicable tanto en la Web, como Paloma.

6. Asegurar que se identifique, dentro del hallazgo, el proceso afectado; una vez advertido que el objetivo de un determinado proceso esté relacionado con dicho hallazgo, caso del Plan de Mejora:

   - No. 10 Autoevaluación del proceso de Gestión de Talento Humano, referido a gestión de indicadores.

   - No. 13 Auditoria al área D.D. para la Salud, la Seguridad Social y la Discapacidad, se enmarcaron cinco hallazgos al proceso de "Evaluación y Seguimiento", correspondientes a: 1, 3, 9, 11 y 12.

7. Para las acciones que cierra la Oficina de Control Interno, marcadas como "Cerrado Ineficaz", se recomienda formular una nueva acción a este hallazgo, considerando que el análisis de causa y/o la acción no atendió la eliminación del hallazgo.

8. Para el caso de los hallazgos identificados en el anterior proceso de Tecnologías de la Información, se debe definir su traslado al proceso de Direccionamiento Estratégico, considerando que se integró a este proceso con la actualización del mapa de procesos en septiembre del 2016.

9. Cada uno de los responsables del ejercicio auditor debería realizar el seguimiento a estos Planes de Mejora, y enviarlo a la Oficina de Control Interno, con el fin de verificar su seguimiento y cumplimiento. Ver anexo No. 4. Estado de Cumplimiento Planes de Mejora. Seguimiento a octubre 2016.

10. Se recomienda presentar seguimiento a las actividades formuladas, que en el registro se encuentran identificadas como "abierto". Es así como, dentro del registro del seguimiento SQ- F05 versión 3, para los trece (13) planes de Mejora y el consolidado, se presentan 53 acciones marcadas como "Abierto", de las cuales no se ha presentado seguimiento por parte del auditado.

11. Se recomienda la aplicación de los conceptos del procedimiento SQ-P04 versión 5: Numeral 1 capitulo o apartado "Definiciones"; ejemplo: la diferencia entre Corrección y Acción Correctiva así como la aplicación de acciones preventivas.

12. Finalmente, se recomienda el empoderamiento de los líderes de proceso, así como de los defensores regionales y, en general, de los responsables del sistema de control interno.

WILSON GEOVANY RAMÍREZ HERNÁNDEZ
Jefe Oficina de Control Interno.

Proyectó: María Helena Pedraza Medina
Fecha de elaboración: 17 de noviembre de 2016

Anexos:

- Anexo No. 1: Listado Maestro Planes de Mejora. Consultado en la Web el 31 de octubre de 2016.
- Anexo No. 2: Estado planes de mejoramiento formulados en la Web y con seguimiento - corte 31 de octubre 2016
- Anexo No. 3: Estado de hallazgos por procesos. Seguimiento a octubre 2016
- Anexo No. 4: Estado de Cumplimiento Planes de Mejora. Seguimiento a octubre 2016
- Anexo No. 5: Listado Maestro Planes de Mejora
- Anexo No. 6: Consolidado de Planes de Mejoramiento. SQ-F05 Versión 3. Seguimiento a octubre 2016. Archivo digital

Anexo No. 1: Listado Maestro Planes de Mejora Consultado en la Web el 31 de octubre de 2016

Listado Maestro de Planes de Mejora				
Numero	Fuente	Unidad Organizacional	Procesos	Estado
1	Auditoria de Gestion	Oca□a	Gestion del Talento Humano	Formulado
			Direccionamiento Estrategico	
			Promocion y Divulgacion	
			Atencion y Tramite	
			Servicios Administrativos	
			Tecnologias de la Informacion	
2	Auditoria Interna SIGI	Nivel Central	Direccionamiento Estrategico	Formulado
3	Auditoria de Gestion	Cesar□	Gestion del Talento Humano	Formulado
			Direccionamiento Estrategico	
			Promocion y Divulgacion	
			Atencion y Tramite	
			Servicios Administrativos	
			Tecnologias de la Informacion	
4	Auditoria de Gestion	Nivel Central	Gestion Contractual	Formulado
5	Auditoria de Gestion	Guainia	Gestion del Talento Humano	Formulado
			Direccionamiento Estrategico	
			Servicios Administrativos	
			Evaluacion de la Satisfaccion de Grupos de Interes	
			Promocion y Divulgacion	
			Atencion y Tramite	
			Tecnologias de la Informacion	
6	Auditoria de Gestion	San Andres	Gestion del Talento Humano	Formulado
			Direccionamiento Estrategico	
			Servicios Administrativos	
			Promocion y Divulgacion	
			Atencion y Tramite-ATQPA	
			Atencion y Tramite-DP	
			Tecnologias de la Informacion	
7	Auditoria de Gestion	Nivel Central	Atencion y Tramite-DP	Formulado
8	Auditoria de Gestion	Nivel Central	Atencion y Tramite-ATQPA	Formulado
			Servicios Administrativos	

Anexo No. 1: Listado Maestro Planes de Mejora
Consultado en la Web el 31 de octubre de 2016

Listado Maestro de Planes de Mejora

Numero	Fuente	Unidad Organizacional	Procesos	Estado
9	Auditoria externa SIGI	Nivel Central	Planeacion Estrategica	Formulado
		Antioquia	Atencion y Tramite	
		Valle del Cauca	Promocion y Divulgacion	
			Servicios Administrativos	
10	Autoevaluacion	Nivel Central	Gestion del Talento Humano	Formulado
11	Auditoria externa SIGI	Nivel Central	Direccionamiento Estrategico	Formulado
			Atencion y Tramite	
			Atencion y Tramite-DP	
			Investigacion y Analisis	
			Magistratura Moral	
			Prevencion y Proteccion	
			Promocion y Divulgacion	
			Gestion Contractual	
			Gestion del Talento Humano	
			Gestion Financiera	
			Servicios Administrativos	
			Evaluacion de la Satisfaccion de Grupos de Interes	
			Evaluacion y Seguimiento	
		Bolivar	Atencion y Tramite	
			Prevencion y Proteccion	
			Promocion y Divulgacion	
		Cundinamarca	Atencion y Tramite	
			Prevencion y Proteccion	
			Promocion y Divulgacion	
		Quindio	Atencion y Tramite	
			Prevencion y Proteccion	
			Promocion y Divulgacion	
		Tolima	Atencion y Tramite	
			Prevencion y Proteccion	
			Promocion y Divulgacion	
		Valle del Cauca	Atencion y Tramite	
			Prevencion y Proteccion	
			Promocion y Divulgacion	

Anexo No. 1: Listado Maestro Planes de Mejora
Consultado en la Web el 31 de octubre de 2016

Listado Maestro de Planes de Mejora				
Numero	Fuente	Unidad Organizacional	Procesos	Estado
12	Auditoria de Gestion	D.D. Para los Asuntos Agrarios y Tierras.	Gestion Contractual	Formulado
			Servicios Administrativos	
			Direccionamiento Estrategico	
13	Auditoria de Gestion	D.D. Para la Salud, la Seguridad Social y la Discapacidad.	Evaluacion y Seguimiento	Formulado
			Servicios Administrativos	

Anexo No. 2: Estado planes de mejoramiento formulados en la Web y con seguimiento - corte 31 de octubre 2016

No.	Nombre archivo (WEB) / Tema	Fecha	Fuente	Unidad Organizacional	Proceso afectado	Identificación Formulación	Cant. hallazgos	No. Acciones	Hallazgos Abiertos	Estado	% Avance PM/acciones
1	6025OCANA	14-dic-15	Auditoria de Gestión	R. Ocaña	1- Direccionamiento Estratégico 2- Gestión del Talento Humano 3- Promoción y Divulgación 4- Atención y Tramite 5- Servicios Administrativos 6- Tecnologías de la Información	Formato V2 602501 a 602537	37	37	21	Con Seguimiento	80,0%
2	PM-01 Aud Interna	17-jun-15	Auditoria Interna SIGI	Nivel central	1- Direccionamiento Estratégico 2- Evaluación de la Satisfacción de los Grupos de Interés 3- Tecnologías de la Información 4- Promoción y Divulgación	Formato V2 1 a 6	6	8	1	Con Seguimiento OP	96,0%

Anexo No. 2: Estado planes de mejoramiento formulados en la Web y con seguimiento - corte 31 de octubre 2016

No.	Nombre archivo (WEB) / Tema	Fecha	Fuente	Unidad Organizacional	Proceso afectado	Identificación Formulación	Cant. hallazgos	No. Acciones	Hallazgos Abiertos	Estado	% Avance PM/acciones
3	6012CESAR	30-jul-15	Auditoria de Gestión	R. Cesar	1- Direccionamiento Estratégico 2- Gestión del Talento Humano 3- Promoción y Divulgación 4- Atención y Tramite 5- Gestión de Servicios Administrativos 6- Tecnologías de la Información	Formato V2 601201 a 601245	45	45	45	Con seguimiento	60,0%
4	5001CONTRATACION	10-oct-15	Auditoria de Gestión	Nivel central	Gestión Contractual	Formato V2 500101 a 500105	5	5	1	Con seguimiento	80,0%
5	6016GUAINIA	09-nov-15	Auditoria de Gestión	R. Guainía	1- Direccionamiento Estratégico 2- Gestión del Talento Humano 3- Promoción y Divulgación 4- Atención y Tramite 5- Gestión de Servicios Administrativos 6- Tecnologías de la Información 7- Evaluación de la Satisfacción de Grupos de Interés	Formato V2 601601 a 601633	46	46	11	Con seguimiento	86,0%

Anexo No. 2: Estado planes de mejoramiento formulados en la Web y con seguimiento - corte 31 de octubre 2016

No.	Nombre archivo (WEB) / Tema	Fecha	Fuente	Unidad Organizacional	Proceso afectado	Identificación Formulación	Cant. hallazgos	No. Acciones	Hallazgos Abiertos	Estado	% Avance PM/acciones
6	6029SANANDRES	23-nov-15	Auditoria de Gestión	R. San Andrés	1- Direccionamiento Estratégico 2- Gestión del Talento Humano 3- Promoción y Divulgación 4- Subproceso de Atención y Trámite de Quejas, Solicitudes y Asesoría 5- Subproceso de Defensoría Pública 6- Gestión de Servicios Administrativos 7- Tecnologías de la Información	Formato V2 602901 a 602926	40	40	3	Con seguimiento	91,0%
7	3040 DNDP AudGes AtenciónyTramiteDP	18-dic-15	Auditoria de Gestión	Nivel central	Subproceso de Defensoría Pública	Formato V2 304001 a 304014	14	14	10	Con seguimiento	34,0%
8	302002GRAN	22-dic-15	Auditoria de Gestión	Nivel central	1- Subproceso de Defensoría Pública 2- Gestión de Servicios Administrativos	Formato V2 30200201 a 30200211	16	21	5	Con seguimiento	77,0%

Anexo No. 2: Estado planes de mejoramiento formulados en la Web y con seguimiento - corte 31 de octubre 2016

No.	Nombre archivo (WEB) / Tema	Fecha	Fuente	Unidad Organizacional	Proceso afectado	Identificación Formulación	Cant. hallazgos	No. Acciones	Hallazgos Abiertos	Estado	% Avance PM/acciones
9	PM-02 Nivel central PreAud Externa	20-abr-16	Auditoria externa SIGI	1- Nivel central 2- Antioquia 3- Valle del Cauca	1- Direccionamiento Estratégico 2- Transversal 3- 0 4- Procesos Misionales 5- Subproceso de Defensoría Pública 6- Gestión de Servicios Administrativos	Formato V2 BV1 a BV6	6	17	5	Con Seguimiento OP	41,0%
10	5001INDICADORESGTH Autoevaluación	09-jun-16	Autoevaluación	Nivel central	Gestión del Talento Humano	Formato V2 1	1	1	1	Sin Seguimiento	0,0%
11	PM-03 Nivel central Aud Externa	01-jul-16	Auditoria externa SIGI	1- Nivel central 2- Bolívar 3- Cundinamarca 4- Quindío 5- Tolima 6- Valle del Cauca	1- Gestión de Servicios Administrativos 2- Direccionamiento Estratégico 3- Procesos Misionales 4- Subproceso de Defensoría Pública 5- Promoción y Divulgación.	Formato V2 1 a 5	5	12	5	Sin Seguimiento	0,0%
12	Delegada para Asuntos Agrarios y Tierras - DAAT	18-abr-16	Auditoria de Gestión	D.D. Para los Asuntos Agrarios y Tierras.	1- Direccionamiento Estratégico 2-Gestión de Servicios Administrativos 3- Gestión Contractual.	Formato V2 1 a 6	6	6	3	Con seguimiento	85,0%

Anexo No. 2: Estado planes de mejoramiento formulados en la Web y con seguimiento - corte 31 de octubre 2016

No.	Nombre archivo (WEB) / Tema	Fecha	Fuente	Unidad Organizacional	Proceso afectado	Identificación Formulación	Cant. hallazgos	No. Acciones	Hallazgos Abiertos	Estado	% Avance PM/acciones
13	Salud	29-dic-15	Auditoria de Gestión	D.D. Para la Salud, la Seguridad Social y la Discapacidad.	1- Gestión de Servicios Administrativos 2-Evaluacion y Seguimiento	Formato V2 1 a 12	12	12	12	Con seguimiento	46,0%
14	Regional Choco	05-abr-16	Auditoria de Gestión				0	0	0	Sin Formulación	Sin acciones formuladas
15	Regional Caquetá	02-may-16	Auditoria de Gestión				0	0	0	Sin Formulación	Sin acciones formuladas
16	Regional Córdoba	07-jul-16	Auditoria de Gestión				0	0	0	Formulado con observaciones	Sin acciones formuladas
17	Regional Magdalena	19-jul-16	Auditoria de Gestión				0	0	0	Sin Formulación	Sin acciones formuladas
18	Regional Guajira	29-ago-16	Auditoria de Gestión				0	0	0	Sin Formulación	Sin acciones formuladas
19	Contratación	29-sep-16	Auditoria de Gestión				0	0	0	Sin Formulación	Sin acciones formuladas
						Total	**239**	**264**	**123**		

Nota: Documentos para el seguimiento, tomados de lo publicado en la WEB el 12 de octubre de 2016

Anexo No. 3: Estado de hallazgos por procesos
Seguimiento a octubre 2016

Hallazgos por procesos

No.	Proceso	Cantidad Hallazgos
1	Direccionamiento Estratégico	44
	Procesos Misionales	2
2	Gestión para la Magistratura Moral	0
3	Promoción y Divulgación	16
4	Prevención y Protección	0
5	Atención y Trámite	0
5.1	Subproceso de Atención y Trámite de Quejas, Solicitudes y Asesoría	27
5.2	Subproceso de Recursos y Acciones Judiciales	11
5.3	Subproceso de Defensoría Pública	44
6	Investigación y Análisis	0
7	Gestión del Talento Humano	16
8	Gestión Financiera	0
9	Gestión de Servicios Administrativos	52
10	Tecnologías de la Información	11
11	Gestión Contractual	7
12	Gestión Jurídica	0
13	Evaluación y Seguimiento	5
14	Control Disciplinario Interno	0
15	Evaluación de la Satisfacción de los Grupos de Interés	2
No identificados	Transversal	1
No identificados	0	1
	Total	**239**

Hallazgos identificados, formulados y asignados a estos procesos, acorde a lo publicado en la formulación, dentro de cada Plan de Mejora

Anexo No. 4: Estado de Cumplimiento Planes de Mejoramiento
Seguimiento a octubre 2016

No.	Regional/Proceso-Tema	Cumplimientos al 100%		%
		Hallazgos/PM	Acciones/PM	Avance de acciones
1	Ocaña	43,2%	45,9%	80,0%
2	SIG	83,3%	87,5%	96,0%
3	Cesar	0,0%	57,8%	60,0%
4	G. Contractual	80,0%	80,0%	80,0%
5	Guainía	73,9%	73,9%	86,0%
6	San Andrés	55,0%	55,0%	91,0%
7	Atención y Tramite	21,4%	21,4%	34,0%
8	GRAN: Recepción y Análisis Nacional	62,5%	66,7%	77,0%
9	SIG	16,7%	41,2%	41,0%
10	Gestión Talento Humano	0,0%	0,0%	0,0%
11	SIG	0,0%	0,0%	0,0%
12	Delegada para Asuntos Agrarios y Tierras – DAAT	50,0%	50,0%	85,0%
13	Salud	0,0%	0,0%	46,0%
14	Regional Choco	No ha formalizado PM		
15	Regional Caquetá	No ha formalizado PM		
16	Regional Córdoba	No ha formalizado PM		
17	Regional Magdalena	No ha formalizado PM		
18	Regional Guajira	No ha formalizado PM		
19	Contratación	No ha formalizado PM		
	Total:	**41,0%**	**51,9%**	**59,7%**

Anexo No. 5: Listado Maestro Planes de Mejora

Listado Maestro Planes de Mejora						
Numero	Fuente	Regional/Proceso Tema	Fecha	Procesos afectados	Estado Inicial	Seguimiento
1	Auditoria de Gestión	R. Ocaña	14/oct/2015	Gestión del Talento Humano Direccionamiento Estratégico Promoción y Divulgación Atención y Tramite Servicios Administrativos Tecnologías de la Información	Formulado	Seguimiento Octubre 2016
2	Auditoria Interna SIGI	Nivel Central	17/jun/2015	Direccionamiento Estratégico Evaluación de la Satisfacción de los Grupos de Interés Tecnologías de la Información Promoción y Divulgación	Formulado	Seguimiento Octubre 2016
3	Auditoria de Gestión	R. Cesar	30/jul/2015	Gestión del Talento Humano Direccionamiento Estratégico Promoción y Divulgación Atención y Tramite Gestión de Servicios Administrativos Tecnologías de la Información	Formulado	Seguimiento Octubre 2016
4	Auditoria de Gestión	G. Contractual	10/oct/2015	Gestión Contractual	Formulado	Seguimiento Octubre 2016
5	Auditoria de Gestión	R. Guainía	09/nov/2015	Gestión del Talento Humano Direccionamiento Estratégico Gestión de Servicios Administrativos Evaluación de la Satisfacción de Grupos de Interés Promoción y Divulgación Atención y Tramite Tecnologías de la Información	Formulado	Seguimiento Octubre 2016
6	Auditoria de Gestión	R. San Andrés	23/nov/2015	Gestión del Talento Humano Direccionamiento Estratégico Gestión de Servicios Administrativos Promoción y Divulgación Subproceso de Atención y Trámite de Quejas, Solicitudes y Asesoría Subproceso de Defensoría Pública Tecnologías de la Información	Formulado	Seguimiento Octubre 2016
7	Auditoria de Gestión	Atención y Tramite (Nivel Central)	18/dic/2015	Subproceso de Defensoría Pública	Formulado	Seguimiento Octubre 2016
8	Auditoria de Gestión	GRAN: Recepción y Análisis Nacional (Nivel Central)	22/dic/2015	Subproceso de Atención y Trámite de Quejas, Solicitudes y Asesoría Gestión de Servicios Administrativos	Formulado	Seguimiento Octubre 2016
9	Auditoria externa SIGI	Nivel Central Antioquia Valle del Cauca	20/abr/2016	Direccionamiento Estratégico Transversal 0 Procesos Misionales Subproceso de Defensoría Gestión de Servicios Administrativos	Formulado	Seguimiento Octubre 2016
10	Autoevaluación	Gestión del Talento Humano	09/jun/2016	Gestión del Talento Humano	Formulado	Seguimiento Octubre 2016
11	Auditoria externa SIGI	Nivel Central Bolívar Cundinamarca Quindío Tolima Valle del Cauca	01/jul/2016	Gestión de Servicios Administrativos Direccionamiento Estratégico Procesos Misionales Subproceso de Defensoría Pública Promoción y Divulgación	Formulado	Seguimiento Octubre 2016
12	Auditoria de Gestión	D.D. Para los Asuntos Agrarios y Tierras.	18/abr/2016	Gestión Contractual Gestión de Servicios Administrativos Direccionamiento Estratégico	Formulado	Seguimiento Octubre 2016
13	Auditoria de Gestión	D.D. Para la Salud, la Seguridad Social y la Discapacidad.	29/dic/2015	Evaluación y Seguimiento Gestión de Servicios Administrativos	Formulado	Seguimiento Octubre 2016
				Consolidado Planes de Mejoramiento V3		Seguimiento Octubre 2016

Anexo No. 6: Consolidado de Planes de Mejora. SQ-F05 Versión 3. Seguimiento a octubre 2016

Plan de Mejora, digital, publicado en la WEB junto a este informe con corte 31 de octubre de 2016 - Plan de mejora
Total 10 hojas
Ver ruta: http://www.defensoria.gov.co/es/public/despachodeldefensor/1273/Oficina-de-Control-Interno.htm

SECCIÓN 1: IDENTIFICACIÓN DEL HALLAZGO						SECCIÓN 2: ANÁLISIS CAUSAS						SECCIÓN 3: PLAN DE MEJORAMIENTO								SECCIÓN 4: SEGUIMIENTO																									
																				PRIMER BIMESTRE			SEGUNDO BIMESTRE			TERCER BIMESTRE			CUARTO BIMESTRE			QUINTO BIMESTRE			SEXTO BIMESTRE									
Nº	Fuente de hallazgo	Detalle de la fuente	Fecha hallazgo	Proceso - Subprocesos Afectado.	Hallazgo y/o Situación	Acción Registrada en Plan de mejoramiento	PORQUE1	PORQUE1	PORQUE1	PORQUE1	PORQUE1	Causa(s) Raiz	ACCIÓN	Tipo de acción Propuesta	Responsable de ejecución	Recurso	Meta de la acción	Indicador	Fecha Inicio	Fecha Terminación	SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO	DOCUMENTOS SOPORTE	OBSERVACIONES OCI	SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO	DOCUMENTOS SOPORTE	OBSERVACIONES OCI	SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO	DOCUMENTOS SOPORTE	OBSERVACIONES OCI	SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO	DOCUMENTOS SOPORTE	OBSERVACIONES OCI	SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO	DOCUMENTOS SOPORTE	OBSERVACIONES OCI	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	Estado de la Acción
602501	Auditoría Interna de Gestión	9. Ocaña	14-dic-15	Gestión del Talento Humano	Fallas en la realización de las reuniones mensuales que se deben realizar del COPASST de conformidad con lo establecido en la Resolución 2013 de Resolución 208 de 2014, por la cual se adopta el Reglamento Interno para la elección de los miembros del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Defensoría del Pueblo y se dictan otras disposiciones.	No presenta	Porque no se le da la verdadera importancia a la norma, siendo las demás funciones, las terminan absorbiendo el tiempo que le confiere el artículo 10 de la resolución 208 de 2014 para asumir las responsabilidades que se le confiere al comité.	Poco reconocimiento de la importancia del comité en todos los niveles administrativos (defensor regional y funcionarios)				Poco reconocimiento de la importancia del comité en todos los niveles administrativos (defensor regional y funcionarios)	Solicitar al nivel central capacitación sobre la resolución 208 de 2014, en lo concerniente a nuevas disposiciones reglamentarias, empoderamiento y organización empresarial	Acción Correctiva	Defensor Regional	Humanos y Físicos	Gestionar una capacitar con el nivel central y a través de la ESAP para el personal de la regional especialmente al COPASST en todos los asuntos de su competencia en el marco de la resolución 208 de 2014 de manera mensual. (12)	Solicitud de capacitación nivel central (1). Realización de reuniones mensuales de resolución 208 de 2014 de manera mensual. (12)	01-ene-16	31-dic-16																		

| SECCIÓN 1: IDENTIFICACIÓN DEL HALLAZGO | | | | | Acción Registrada en Plan de mejoramiento | SECCIÓN 2: ANÁLISIS CAUSAS | | | | | | | SECCIÓN 3: PLAN DE MEJORAMIENTO | | | | | | | SECCIÓN 4: SEGUIMIENTO | | | | | | |

SECCIÓN 1: IDENTIFICACIÓN DEL HALLAZGO					Acción Registrada en Plan de mejoramiento	SECCIÓN 2: ANÁLISIS CAUSAS							SECCIÓN 3: PLAN DE MEJORAMIENTO							SECCIÓN 4: SEGUIMIENTO																PORCENTAJA DE CUMPLIMIENTO	Estado de la Acción
																				PRIMER BIMESTRE			SEGUNDO BIMESTRE			TERCER BIMESTRE			CUARTO BIMESTRE			QUINTO BIMESTRE			SEXTO BIMESTRE					
Nº	Fuente de hallazgo	Estado de la fuente	Fecha hallazgo	Proceso - Subproceso Afectado.	Hallazgo y/o Situación	PORQUE1	PORQUE2	PORQUE3	PORQUE4	PORQUE5	Causa(s) Raiz	ACCIÓN	Tipo de acción - Propuesta	Responsable de ejecución	Recurso	Meta de la acción	Indicador	Fecha Inicio	Fecha Terminación	SEGUIMIENTO a AVANCE PROCESO	DOCUMENTOS SOPORTE	OBSERVACIONES OCI

ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO

Código: SQ. FOS
Versión: 2
Vigente desde: 29-08-2016

| SECCIÓN 1: IDENTIFICACIÓN DEL HALLAZGO | | | | | | SECCIÓN 2: ANÁLISIS CAUSAS | | | | | | SECCIÓN 3: PLAN DE MEJORAMIENTO | | | | | | | | SECCIÓN 4: SEGUIMIENTO | | | | | | | |

Código:		SQL FOS
Versión:		2
Vigente desde:		29-08-2016

ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO

SECCIÓN 1: IDENTIFICACIÓN DEL HALLAZGO						SECCIÓN 2: ANÁLISIS CAUSAS						SECCIÓN 3: PLAN DE MEJORAMIENTO								SECCIÓN 4: SEGUIMIENTO																					
																				PRIMER BIMESTRE			SEGUNDO BIMESTRE			TERCER BIMESTRE			CUARTO BIMESTRE			QUINTO BIMESTRE			SEXTO BIMESTRE				
Nº	Fuente de hallazgo	Sede de la fuente	Fecha hallazgo	Proceso - Subprocesos Afectado.	Hallazgo y/o Situación	Acción Registrada en Plan de mejoramiento	PORQUE1	PORQUE1	PORQUE1	PORQUE1	PORQUE1	Causa(s) Raiz	ACCIÓN	Tipo de acción Propuesta	Responsable ejecución	Recurso	Meta de la acción	Indicador	Fecha Inicio	Fecha Terminación	SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO	DOCUMENTOS SOPORTE	OBSERVACIONES OCI

ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO

Código: SQ_FOS
Versión: 3
Vigente desde: 29-08-2016

SECCIÓN 1: IDENTIFICACIÓN DEL HALLAZGO					Acción Registrada en Plan de mejoramiento	SECCIÓN 2: ANÁLISIS CAUSAS						SECCIÓN 3: PLAN DE MEJORAMIENTO								SECCIÓN 4: SEGUIMIENTO																	
																				PRIMER BIMESTRE			SEGUNDO BIMESTRE			TERCER BIMESTRE			CUARTO BIMESTRE			QUINTO BIMESTRE			SEXTO BIMESTRE			PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	Estado de la Acción
Nº	Fuente de hallazgo	Sede de la fuente	Fecha hallazgo	Proceso - Subprocesos Afectado.	Hallazgo y/o Situación		PORQUE1	PORQUE2	PORQUE3	PORQUE4	PORQUE5	Causa(s) Raiz	ACCIÓN	Tipo de acción Propuesta	Responsable de ejecución	Recurso	Meta de la acción	Indicador	Fecha Inicio	Fecha Terminación	SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO	DOCUMENTOS SOPORTE	OBSERVACIONES OCI	SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO	DOCUMENTOS SOPORTE	OBSERVACIONES OCI	SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO	DOCUMENTOS SOPORTE	OBSERVACIONES OCI	SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO	DOCUMENTOS SOPORTE	OBSERVACIONES OCI	SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO	DOCUMENTOS SOPORTE	OBSERVACIONES OCI	SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO	DOCUMENTOS SOPORTE	OBSERVACIONES OCI		
		K. Guainía										Elementos a los cuales no se les da ningún uso	Optimización de los bienes institucionales	Acción Correctiva	Grupo de Bienes - Inventarios	Humanos	Devolución de bienes	No. de bienes sin uso en la Regional / No. de bienes en devolución	01-mar-16	31-dic-16									DOCUMENTO SOPORTE. Cotizaciones para contratación de combustible, motomita, bonnga, lancha.	DOCUMENTO SOPORTE. Cotizaciones para contratación de combustible, motomita, bonnga, lancha.	No se ha dado respuesta a las cotizaciones enviadas a la División Administrativa.							100%	Cerrada Eficaz
601622	Auditoría Interna de Gestión	K. Guainía	09-nov-15	Tecnologías de la Información	No se ha realizado la adecuación del cable estructurado de la red en la Regional	No presenta	No se ha realizado la adecuación del cable estructurado de la red en la Regional	N/A				No existe un espacio en condiciones adecuado para los equipos que funcionan en el espacio que se dispone. Por una de las oficinas para la atención personalizada de usuarios. Además, la Regional no cuenta con un rack de comunicación que soporte el equipamiento electrónico, informático y de comunicaciones	Instalaciones optimas para los funcionarios de la Regional	Acción Correctiva	Oficina de Sistemas	Humanos, tecnológicos, financieros	Requerimiento adecuación infraestructura tecnológica de la red de Internet.	Recursos financieros asignados/recurs os financieros ejecutados	01-mar-16	31-dic-16									SOPORTE. Requerimientos enviados a la Division Administrativa y Financiera.	SOPORTE. Requerimientos enviados a la Division Administrativa y Financiera.	No hay estructura y adecuación del cableado para la conectividad de la Regional a la fecha. Asimismo, el cableado existente y el Router fueron adquiridos por los funcionarios adscritos a la Regional.							0%	Abierto
601623	Auditoría Interna de Gestión	K. Guainía	09-nov-15	Tecnologías de la Información	No se cuenta con un sistema ininterrumpido de potencia que garantice la contingencia de la operación de los equipos de cómputo ante eventuales fallas de energía	No presenta	No adecuación de las instalaciones de la red eléctrica en la Regional	N/A				No se tiene un sistema ininterrumpido de potencia UPS para la Regional garantizando la operación de los equipos apropiados eléctricos y que filtren la subidas y bajadas de tensión de la red que protejа a los equipos, teniendo en cuenta que la UPS que se encuentra en la Regional requiere de una revisión técnica para verificar el estado de sus baterías y la instalación en el piesdo de la respectiva acometida eléctrica para su funcionamiento	Instalación Red eléctrica óptima	Acción Correctiva	Subdirección de servicios Administrativos	Humanos, y financieros	Requerimiento adecuación Instalaciones eléctricas	Recursos financieros asignados/recurs os financieros ejecutados	01-mar-16	31-dic-16									SOPORTE. Requerimientos enviados a la División Administrativa y Financiera.	SOPORTE. Requerimientos enviados a la División Administrativa y Financiera.	La red eléctrica de la regional es obsoleta, no cumple con los estándares de prevención del riesgo.							0%	Abierto
601624	Auditoría Interna de Gestión	K. Guainía	09-nov-15	Tecnologías de la Información	La red eléctrica no cumple con estándares de seguridad industrial en la instalación de polo a tierra, ya que la Defensoría Regional no tiene instalada cavaletas que proporcionen el cableado una mayor protección en contra de posibles interferencias electromagnéticas	No presenta	actualmente en la Regional la Red electrica en trifilarica hasta la entrada, y al interior es monofásica y no tiene polo a tierra.	N/A				No cuenta con la debida instalación de polo a tierra por lo que los equipos y sus usuarios se encuentran en riesgo de descargas electromagnéticas. Se evidencia que la Defensoría Regional no tiene instaladas	Instalación Red eléctrica óptima	Acción Correctiva	Subdirección de servicios Administrativos	Humanos, y financieros	Requerimiento adecuación Instalaciones eléctricas	Recursos financieros asignados/recurs os financieros ejecutados	01-mar-16	31-dic-16									SOPORTE. Requerimientos enviados a la División Administrativa y Financiera.	SOPORTE. Requerimientos enviados a la División Administrativa y Financiera.	La red eléctrica de la regional es obsoleta, no cumple con los estándares de prevención del riesgo.							0%	Abierto
601625	Auditoría Interna de Gestión	K. Guainía	09-nov-15	Tecnologías de la Información	No se han asignado usuarios y contraseñas para el acceso a los sistemas de información SIJ27 y RUP a los servidores públicos al respecto	No presenta	No se ha habilo implementado los Sistemas de Información en la Regional.	N/A				no se habian asignado usuarios y contrasenhas para el acceso a los sistemas de Información SIJ27 y RUP, ni tampoco se habian realizado capacitaciones a los servidores públicos al respecto	Asignación usuarios funcionarios responsables manejo de los SI	Mejora	Oficina de Sistemas	tecnológicos	Comunicación Oficina de Sistemas para capacitación y creación usuarios SIJ27 y RUP	No. de usuarios asignados/usuario s creados	01-mar-16	31-dic-16									SOPORTE. Visoumbis - RUP. Todos los funcionarios tienen acceso a RUP. El SIJ27 es ejecutado por la servidora de la Dupla de Victimas.	SOPORTE. Visoumbis - RUP. Todos los funcionarios tienen acceso a RUP. El SIJ27 es ejecutado por la servidora de la Dupla de Victimas.	Se requiere el acceso al SIJ27 de la Defensoria Regional, para la realización de los controles de gestión pertinentes.							100%	Cerrada Eficaz
601626	Auditoría Interna de Gestión	K. Guainía	09-nov-15	Gestión de Servicios Administrativos	La Defensoría Regional Guainía no ha presentado al Comité de Gestión Ambiental los informes bimestrales establecidos en el numeral 4 del artículo 4 de la Resolución 1270 de 2013.	No presenta	No se evidencio el envio del informe que el Subcomité de Gestión Ambiental de la Regional Guainía debe presentar bimestralmente al Comité de Gestión Ambiental.	N/A				No se evidencio el envió del informe que el Subcomité de Gestión Ambiental de la Regional Guainía debe presentar bimestralmente al Comité de Gestión Ambiental.	Dar cumplimiento con la presentación bimestral de informes, al comité de gestión ambiental.	Acción Correctiva	Lucila Sandoval Ortega y Andrés Felipe Alzate Sanz	Humanos y tecnológicos	presentación de los informes los cinco (5) primeros días de cada bimestre	No de informes presentados / No. de Resolución mas informes presentados	01-mar-16	31-dic-16									DOCUMENTOS SOPORTES. Informes de Gestion Ambiental.	DOCUMENTOS SOPORTES. Informes de Gestion Ambiental.	Estos Informes se envian bimestralmente por correo electronico y correo 472.							100%	Cerrada Eficaz
601627	Auditoría Interna de Gestión	K. Guainía	09-nov-15	Direccionamiento Estratégico	Fallas en la socalizacion del codigo de etica de la entidad, adoptado mediante Resolución 931 del 2002, lo cual difculta el desplieque de este importante elemento de control.	No presenta	No implementacion de los programas de inducción y reinducción institucional	N/A				Con base a lo anterior, la Defensoria del Pueblo adopto mediante Resolución 931 del 2002 el Codigo de Etica, el cual debe ser conocido y aplicado por todos los funcionarios de la entidad	Empoderar a los funcionarios en el conocimiento y aplicación del código de etica (principios y valores institucionales)	Mejora	Equipo MECI - CALIDAD de la Regional	Humanos y tecnológicos	Aplicación de los principios y valores institucionales	No. de capacitaciones realizadas/ No. de funcionarios capacitados	01-mar-16	30-jun-16									DOCUMENTO SOPORTE. Capacitaciones brindadas a los funcionarios de la regional.	DOCUMENTO SOPORTE. Capacitaciones brindadas a los funcionarios de la regional.	Se han realizado capacitaciones a todos los funcionarios e inducción a los funcionarios que ingresan a la entidad.							100%	Cerrada Eficaz
601628	Auditoría Interna de Gestión	K. Guainía	09-nov-15	Direccionamiento Estratégico	Con base a la información recopilada, se evidenciaron fallas en la gestión de los riesgos del proceso de la Regional, teniendo en cuenta el escaso conocimiento del equipo de trabajo de sus mapas de riesgo y el no monitoreo y seguimiento de los controles para mitigar los riesgos identificados; incumpliendo con lo establecido en el literal a) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993, el artículo 4 del Decreto 1537 de 2001 y el componente administración del riesgo del Modelo Estándar de Control Interno, actualizado mediante Decreto 943 de 2014, así como las resoluciones internas 602 de 2013 y 522 de 2015.	No presenta	Desinterés por parte de los funcionarios en la consolidación de los riesgos de corrupción y gestión en la Regional	N/A				La Administración del Riesgo es un componente significativo en la administración pública actual, dado que todas las entidades y los procesos que la conforman se encuentran expuestos a eventos que pueden afectar el logro de los objetivos institucionales	Empoderamiento de los funcionarios en el seguimiento y control de los mapas de riesgo.	Mejora	Equipo MECI - CALIDAD de la Regional	Humanos	Aseguramiento cualitativo/cuali de los mapas de riesgo de la Regional	No. de monitoreos realizados/No. de monitoreos reglamentados	01-mar-16	31-dic-16									DOCUMENTO SOPORTE. Mapa de riesgos de la Regional. Monitoreo a los mapas de riesgos, enviados a la Oficina de Planeación.	DOCUMENTO SOPORTE. Mapa de riesgos de la Regional. Monitoreo a los mapas de riesgos, enviados a la Oficina de Planeación.	Los mapas de riesgos de la Regional fueron construidos de manera participativa con todos los funcionarios de la Regional, posteriormente los mapas de riesgos de conformidad a las directrices de la oficina de Planeación.							100%	Cerrada Eficaz
601629	Auditoría Interna de Gestión	K. Guainía	09-nov-15	Direccionamiento Estratégico	Deficiencias en los controles implementados en la Regional, toda vez que se evidencia la falta de derivaciones de cada proceso, afectando el logro de los objetivos institucionales, incumpliendo de esta forma, las disposiciones frente al control interno contenidas en el artículo 4 de la Ley 87 de 1993, el Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005, en su elemento corretivo y el literal B del artículo 5 de la Resolución Interna 602 de 2013.	No presenta	Durante la auditoría, se evidenció que la Regional ha establecido diversos controles en sus procesos, pero estos son de carácter directo más no preventivo, es decir, se espera a la realización de las actividades y se identifican las falencias para así poder establecer hallo planes. Para ello, se vale de distintas herramientas como los memorandos, controles a las actividades de carácter operativo, reportes de los Sistemas de Información, entre otros	N/A				Durante la auditoría, se evidenció que la Regional ha establecido diversos controles en sus procesos, pero estos son de carácter directo más no preventivos, es decir, se espera a la realización de las actividades y se identifican las falencias para así poder establecer hallo planes. Para ello, se vale de distintas herramientas como los memorandos, controles a las actividades de carácter operativo, reportes de los Sistemas de Información, entre otros	Empoderamiento de la política de autocontrol en todos los funcionarios de la Regional	Mejora	Equipo MECI - CALIDAD de la Regional	Humanos	Prevenir y reducir el impacto de las ocurrencias de cada proceso	No de controles realizados/No. de actividades del PAA	01-mar-16	31-dic-16									DOCUMENTOS SOPORTE. Actas MECI - CALIDAD, realizadas mensualmente. Actas de STRATEGOS.	DOCUMENTOS SOPORTE. Actas MECI - CALIDAD, realizadas mensualmente. Actas de STRATEGOS.	Se realizan reuniones mensuales de seguimiento a las actividades de la Regional.							100%	Cerrada Eficaz
601630	Auditoría Interna de Gestión	K. Guainía	09-nov-15	Direccionamiento Estratégico	Se evidenció que la Regional Guainía está llevando a cabo capacitaciones virtuales, sin embargo no encuentran documentadas dentro de los procesos y procedimientos de la entidad. incumpliendo los numerales 4.1 y 4.2.1 control de registros de la norma NTCGP 1000:2009	No presenta	Documentar las actividades realizadas en cumplimiento a la norma de calidad	N/A				Durante la auditoría se estableció que la Regional no participó en las capacitaciones virtuales realizadas por la Oficina de Planeación, entre ellas el curso virtual Inducción a la Administración Pública realizado en el mes de marzo 2015, tampoco remitió a la oficina de planeación evidencia de la socialización de los videos que se grabaron en estos cursos, de los cuales se les remitió en link respectivo para su descarga a todas las Defensorias Regionales.	Cumplimiento de las directrices institucionales en relación a la norma calidad	Mejora	Oficina de Planeación y Oficina de Control Interno	Humanos y tecnológicos	Socialización de las directrices institucionales	No. de capacitaciones realizadas por la oficina de Planeación y Control Interno/ No. de funcionarios capacitados	01-mar-16	31-dic-16									DOCUMENTOS SOPORTE. Capacitaciones virtuales ofrecidas por las oficinas de Control Interno y Planeación.	DOCUMENTOS SOPORTE. Capacitaciones virtuales ofrecidas por las oficinas de Control Interno y Planeación.	Estas capacitaciones se han realizado a través de emails. Skype.							100%	Cerrada Eficaz
601631	Auditoría Interna de Gestión	K. Guainía	09-nov-15	Direccionamiento Estratégico	Desconocimiento e inaplicabilidad de los procedimientos obligatorios del Sistema Control de documentos, Control de Registros, Control del Producto o servicio no conforme, Acciones correctivas, Acciones preventivas y auditorias), incumpliendo los numerales, 4.1 e, 4.1 f, 8.2.2, 8.3, 8.5.2 y 8.5.3	No presenta	Aplicación de los procedimientos obligatorios del sistema de calidad	N/A				La Regional Guainía lleva a cabo actividades y una dotación de documentos sin tener en cuenta el marco del Sistema de Gestión de Calidad y que no cuentan con la aprobación y codificación respectiva, vertiginaria el formato de acta de reparto del proceso de ATQ y la ficha de atención de usuarios	Empoderamiento de los funcionarios del sistema de calidad	Mejora	Oficina de Planeación y Oficina de Control Interno	Humanos y tecnológicos	cumplimiento de la norma de calidad	No. de capacitaciones realizadas por la oficina de Planeación y Control Interno en SGC/ No. de funcionarios capacitados	01-mar-16	31-dic-16									DOCUMENTO SOPORTE. Capacitación producto no conforme.	DOCUMENTO SOPORTE. Capacitación producto no conforme.	La capacitación de producto no conforme se realizo en el mes de septiembre de 2016.							70%	En Ejecución
601632	Auditoría Interna de Gestión	K. Guainía	09-nov-15	Direccionamiento Estratégico	La Política, Objetivos de calidad y principios de calidad no han sido lo suficientemente interiorizados por todos los funcionarios la Regional Guainía, incumpliendo el numeral 6.2.2 literal d.	No presenta	Continuar con la sensibilización de la importancia de la aplicación de las normas de calidad	N/A				A pesar de las actividades llevadas a cabo para socializar aspectos referidos al Sistema de Gestión de calidad (reuniones[2], folletos, entre otros), los funcionarios de la Regional no tienen claridad sobre los principios, política, objetivos de calidad de la entidad y procedimientos obligatorios del Sistema	Empoderamiento de los funcionarios del sistema de calidad	Mejora	Oficina de Planeación y Oficina de Control Interno	Humanos y tecnológicos	cumplimiento de la norma de calidad	No. de capacitaciones realizadas por la oficina de Planeación y Control Interno en SGC/ No. de funcionarios capacitados	01-mar-16	31-dic-16									DOCUMENTO SOPORTE. Actas MECI- CALIDAD.	DOCUMENTO SOPORTE. Actas MECI- CALIDAD.	La oficina de Planeación y Control Interno no han impartido capacitaciones continuas de Política, objetivos y principios de calidad.							50%	Abierto
601633	Auditoría Interna de Gestión	K. Guainía	09-nov-15	Direccionamiento Estratégico	Se evidenció la no aplicación de los procedimientos de los procesos misionales y que se encuentran dispuestos en el listado maestro de documentos, incumpliendo el numeral 4.1 de la Norma NTCGP 1000:2009.	No presenta	Solicitar a la oficina de planeación la construcción de procesos y procedimientos en articulación con las regionales del país	N/A				Los procedimientos dispuestos en el listado maestro de documentos no se están utilizando todo vez que muchos de estos no son acordes a la dinámica de la Defensoría Regional Guainía.	Procesos y procedimientos acordes con las dinámicas regionales	Mejora	Oficina de Planeación y Oficina de Control Interno	Humanos y tecnológicos	Aplicación de los procesos y procedimientos institucionales	No. de procesos y procedimientos actualizados/No. de regionales consecuadas en la caracterización y actualización de estos procesos y procedimientos	01-mar-16	31-dic-16									DOCUMENTO SOPORTE. Actas de socialización de procesos y procedimientos actualizados.	DOCUMENTO SOPORTE. Actas de socialización de procesos y procedimientos actualizados.	Los funcionarios aplican el listado maestro de documentos. Los procesos y procedimientos actualizados al enviarlos a los funcionarios del área pertinente.							100%	Cerrada Eficaz
601634	Auditoría Interna de Gestión	K. San Andrés	23-nov-15	Gestión del Talento Humano	Con relación al cumplimiento de los compromisos laborales, concertación de objetivos, se evidenció el envío a la Coordinación de Gestión y Talento Humano, cumpliendo con lo previsto en la Resolución 320 del 24 de mayo de 2005 y el Memorando 501001.09132011 del 21 de mayo de 2014, el formato de Acuerdo de Gestión y la concertación de objetivos y la evidencia de la evaluación final de la concertación de objetivos, respecto de los logros alcanzados, sin embargo no se evidencia la fecha de valoración definitiva de acuerdos laborales del Cando Stephens Steel, profesional especializado ATQ Shorlet Caleta Forbes, Auxiliar Administrativo Kelly Jaine, Profesional Administrativo y de Gestión, Jonhara Pedroza Forbes . Criminólogo, situación que crea incertidumbre en la concertación para la evaluación de desempeño[1]. [1] Información verificada y conciliada con la Subdirección de Talento Humano.	No presenta	Falta articular con el nivel central la entrega de la información solicitada.	N/A				Falta articular con el nivel central la entrega de la información solicitada	Articulación y trazabilidad de informe de actividades con la Subdirección administrativa	Acción Correctiva	Defensoria Regional de San Andrés	Humano	Ubicación de la documentación en archivo regional y nacional para la trazabilidad	Realizar 100% seguimiento de los datos faltantes	09-oct-15	10-ene-16									Articulación y trazabilidad de informe de actividades con la Subdirección administrativa		Correos electrónicos, archivo físico, copia CD información soporte.							100%	Cerrada Eficaz
601902	Auditoría Interna de Gestión	K. San Andrés	23-nov-15	Gestión del Talento Humano	En la relación con la evaluación de desempeño del personal de la Defensoría Regional San Andrés, la concertación de objetivos de desempeño; sin embargo, no se evidenció la evaluación final del periodo, ni la fecha de concertación de los siguientes funcionarios: Marinela Kelly Jaine; Auxiliar administrativa, Fidel Antonio Corpus Suarez; Profesional especializado ATQ ; situación que crea incertidumbre en la concertación para la evaluación propuestos, y falta de seguimiento y coordinación de la Subdirección de Talento Humano a la planta de personal de la Regional San Andrés.	No presenta	Falta articular con el nivel central la entrega de la información solicitada, con la evaluación final de Marinela Kely	N/A				Falta articular con el nivel central la entrega de la información solicitada, con la evaluación final de Marinela Kely	Solicitar a la subdirección de talento humano la evaluación final de la funcionaria, ya que el doctor Fidel Corpus ya cuenta con la evaluación	Acción Correctiva	Defensoria Regional de San Andrés	Humano	Ubicación de la documentación en archivo regional y nacional para la trazabilidad	Realizar 100% seguimiento de los datos faltantes	09-oct-15	10-ene-16									Solicitar a la subdirección de talento humano la evaluación final de la funcionaria, ya que el doctor Fidel Corpus ya cuenta con la evaluación		Correos electrónicos, archivo físico, copia CD información soporte.							100%	Cerrada Eficaz
601903	Auditoría Interna de Gestión	K. San Andrés	23-nov-15	Direccionamiento Estratégico	. La Regional San Andrés, para el periodo 2014 presentó incumplimientos en las metas proyectadas según reporte del programa Strategos, respecto del Plan Estratégico 2012 - 2015 (Resolución 1270 de 2013 y 1400 de 2013) incidiendo en el logro de los objetivos institucionales, en la toma de decisiones de la entidad y seguimiento a la gestión de la misma; adicional a lo anterior resulta importante recordar que la Defensoría Regional San Andrés del Pueblo ha recibido una función de advertencia de la Contraloría General de la República .	No presenta	La planificación de los años anteriores no eran acordes con la realidad	Al realizar el promedio con los años anteriores los valores siguieron destinados	N/A				Al realizar el promedio con los años anteriores los valores siguieron destinados	Se realizo una verificación por cada funcionario responsable y se revisaron las metas proyectas para el año 2015, se realizo un ajuste a dichas metas para poder acordar a acorde con la realidad, esto se realizo y se genera el documento anexo: PAA 2015 Regional San Andrés 2.xlm	Acción Correctiva	Defensoria Regional de San Andrés	Humano	Mejorar el plan de acción anual y recortar a responsables y fechas para su correcto funcionamiento	Realizar 100% seguimiento a las Estrategias	28-oct-15	31-dic-15									Se realizo una verificación por cada funcionario responsable y se revisaron las metas proyectas para el año 2015, se realizo un ajuste a dichas metas para poder acordar a acorde con la realidad, esto se realizo y se genera el documento anexo: PAA 2015 Regional San Andrés 2.xlm		Correos electrónicos, archivo físico, copia CD información soporte.							100%	Cerrada Eficaz
601904	Auditoría Interna de Gestión	K. San Andrés	23-nov-15	Direccionamiento Estratégico	Fallas en la realización de las reuniones mensuales que se deben realizar del COPASST de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13 de la Resolución 508 de 2014, por la cual se adopta el Reglamento interno para la elección de los miembros del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Defensoría del Pueblo y se dictan otras disposiciones.	No presenta	Falta de evidencias en la realización de las actividades de COPASO	N/A				Falta de evidencias en la realización de las actividades de COPASO	Realizacion de las actas de las reuniones mensuales por parte de la secretaria del comité	Acción Correctiva	Defensoria Regional de San Andrés	Humano	Mejorar la entrega de las evidencias de las actividades realizadas por COPASO	Realizar 100% seguimiento de las actas generadas en la reunión por parte del personal administrativo	28-oct-15	31-dic-15									Realizacion de las actas de las reuniones mensuales por parte de la secretaria del comité		Correos electrónicos, archivo físico, copia CD información soporte.							100%	Cerrada Eficaz
601905	Auditoría Interna de Gestión	K. San Andrés	23-nov-15	Direccionamiento Estratégico	No se ha conformado la Brigada de Emergencias, así como tampoco planes de emergencia de conformidad con lo establecido en el Decreto 1443 de 2014, a través del cual el Ministerio del Trabajo adopta el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST).	No presenta	No se había realizado la conformación de la brigada de emergencia	N/A				No se había realizado la conformación de la brigada de emergencia	Ya se conforma la brigada de emergencia, el acta se encuentra en los anexos	Acción Correctiva	Defensoria Regional de San Andrés.	Humano	Contar con una brigada de emergencia	Contar con una brigada de emergencia	28-oct-15	20-nov-15									Ya se conforma la brigada de emergencia, el acta se encuentra en los anexos		Correos electrónicos, archivo físico, copia CD información soporte.							100%	Cerrada Eficaz
601906	Auditoría Interna de Gestión	K. San Andrés	23-nov-15	Direccionamiento Estratégico	No se realizaron jornadas de inducción en la vigencia 2014, así como tampoco en el primer semestre de 2015 (Decreto Ley 1567 de 1998 - por el cual se crean el sistema nacional de capacitación y el sistema de estímulos para los empleados del Estado).	No presenta	Falta de conocimiento acerca de estos temas	N/A				Falta de conocimiento acerca de estos temas	Ya teniendo el conocimiento de la inducción a partir de este año se encuentran realizando dicha inducción, se encuentra prueba de ellos en los anexos	Acción Correctiva	Subdirección de Talento Humano	Humano	Ubicación de la documentación en archivo regional y nacional para la trazabilidad	Realizar 100% seguimiento de los datos faltantes	Determinar por el nivel central	Determinar por el nivel central	Ya teniendo el conocimiento de la inducción a partir de este año se encuentran realizando dicha inducción, se encuentra prueba de ellos en los anexos											Correos electrónicos, archivo físico, copia CD información soporte.							100%	Cerrada Eficaz
601907	Auditoría Interna de Gestión	K. San Andrés	23-nov-15	Direccionamiento Estratégico	Fallas en el registro y actualización de la información[1] que debe registrar de todos los funcionarios de la Defensoría Regional San Andrés en el Sistema de Información y Gestión del Empleo Público - SIGEP, teniendo en cuenta que la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional[2], el cual exige a la información de las personas que laboran o prestan o prestaban bien sea por controlo de prestación de servicios, en carrera o en provisionalidad.	No presenta	La falta de conocimiento del tema, produce que no se puedan realizar las actualizaciones pertinentes en el sistema de información SIGEP	Actualizacion del sistema de información SIGEP, por parte de los funcionarios y contratistas que lo requieran, teniendo como soporte al Ingeniero Jose David Arocha, teniendo el soporte de talento humano cada vez que se realiza una actualizacion	Acción Correctiva	Subdirección de Talento Humano	Humano	Información actualizada	Realizar 100% seguimiento a los datos faltantes									- Actualización del sistema de información SIGEP, por parte de los funcionarios y contratistas que lo requieran, teniendo como soporte al Ingeniero Jose David Arocha, teniendo el soporte de talento humano cada vez que se realiza una actualizacion		Correos electrónicos, archivo físico, copia CD información soporte.							100%	Cerrada Eficaz
601908	Auditoría Interna de Gestión	K. San Andrés	23-nov-15	Direccionamiento Estratégico	No se envió a la Subdirección de Gestión de Talento Humano el diagnóstico de necesidades de capacitación para el año 2015 de la Regional, de conformidad con lo solicitado en el memorando No. 70.208.66113 de noviembre de 2014.	No presenta	Se realizaron capacitaciones por parte del Sena	N/A				Se realizaron capacitaciones por parte del Sena	solicitar las necesidades de capacitación anual de la Regional	Acción Correctiva	Defensoria Regional de San Andrés	Humano	Realizar capacitaciones para una mejora continua	Realizar 100% seguimiento a las capacitaciones dadas									solicitar las necesidades de capacitación anual de la Regional		Correos electrónicos, archivo físico, copia CD información soporte.	Se solicitaron las capacitaciones a la Subdirección administrativa por parte de la Regional San Andres, no evidencio capacitación a la fecha.						100%	Cerrado Ineficaz
602909	Auditoría Interna de Gestión	K. San Andrés	23-nov-15	Direccionamiento Estratégico	Carencia de aire acondicionado.	No presenta	Nivel central no proporciones los aires acondicionados necesarios	N/A				Nivel central no proporciones los aires acondicionados necesarios	Nivel central proporcione los aires acondicionados necesarios para la regional	Acción Correctiva	Subdirector de Servicios Administrativos	Tecnológicos	Nivel central proporcione los aires acondicionados necesarios para la regional	09-oct-15	Depende del nivel central	Nivel central proporcione los aires acondicionados necesarios para la regional											Correos electrónicos, archivo físico, copia CD información soporte.	Se solicito requerimiento a la Subdirección administrativa por parte de la Regional San Andres, no evidencio entrega de aire acondicionado a la fecha.						0%	Cerrado Ineficaz
602910	Auditoría Interna de Gestión	K. San Andrés	23-nov-15	Direccionamiento Estratégico	Goteras y Humedad en algunas oficinas.	No presenta	Falta de un muro de contención y canales de desagüe del agua	N/A				Falta de un muro de contención y canales de desagüe del agua	Obras de mejoramiento y construcción del muro de contención	Acción Correctiva	Subdirector de Servicios Administrativos	Financieros	Obras de mejoramiento y construcción del muro de contención	09-oct-15	30-ene-16	Obras de mejoramiento y construcción del muro de contención											Correos electrónicos, archivo físico, copia CD información soporte.							100%	Cerrada Eficaz
602911	Auditoría Interna de Gestión	K. San Andrés	23-nov-15	Direccionamiento Estratégico	Infraestructura de las cajas eléctricas deficientes cables eléctricos a la vista).	No presenta	No identificación del cableado eléctrico, y peligro para el personal que interior manipularlas	Falta de cajas eléctricas y demarcación	N/A			Falta de cajas eléctricas y demarcación	Nivel central proporcione las herramientas necesarias	Acción Correctiva	Subdirector de Servicios Administrativos	Financieros	Mejoramiento de la infraestructura	Nivel central proporcione las herramientas necesarias	09-oct-15	Depende del nivel central	Nivel central proporcione las herramientas necesarias											Correos electrónicos, archivo físico, copia CD información soporte.	Se solicito requerimiento a la Subdirección administrativa por parte de la Regional San Andres, no evidencio acondicionamiento ni mano de obra por parte de la Subdirección Administrativa a la fecha.						0%	Cerrado Ineficaz
602912	Auditoría Interna de Gestión	K. San Andrés	23-nov-15	Direccionamiento Estratégico	Documentos para archivar sobre los escritorios, que evidencian que no se han apropiado las bases que fundamentan la gestión documental en la Entidad.	No presenta	Falta de conocimiento de gestión documental	No se a recibido ninguna capacitación acerca de gestión documental	N/A			No se a recibido ninguna capacitación acerca de gestión documental	Solicitar capacitación y seguimiento en gestión documental	Acción Correctiva	Defensoria Regional de San Andrés	Humano	Mejoramiento en la gestión documental	100% gestión documental en la Regional	09-oct-15	30-dic-15	Mejoramiento en la gestión documental											Correos electrónicos, archivo físico, copia CD información soporte.	Se solicito requerimiento a la Subdirección administrativa por parte de la Regional San Andres, no evidencio capacitación de la Subdirección Administrativa a la fecha.						100%	Cerrado Ineficaz
602913	Auditoría Interna de Gestión	K. San Andrés	23-nov-15	Gestión de Servicios Administrativos	No se evidencian puntos ecológicos.	No presenta	No se cuenta con puntos ecológicos	No se a suministrado los puntos ecológicos de nivel central	N/A			No se a suministrado los puntos ecológicos de nivel central	Solicitar a nivel central los puntos ecológicos	Acción Correctiva	Defensoria Regional de San Andrés	Humano	contar con puntos ecológicos en la regional	Contar con el 100% puntos ecológicos en la Regional	28-oct-15	28-dic-15	Solicitar a nivel central los puntos ecológicos											Correos electrónicos, archivo físico, copia CD información soporte.							100%	Cerrada Eficaz

SECCIÓN 1: IDENTIFICACIÓN DEL HALLAZGO					Acción Registrada en Plan de mejoramiento	SECCIÓN 2: ANÁLISIS CAUSAS						SECCIÓN 3: PLAN DE MEJORAMIENTO								SECCIÓN 4: SEGUIMIENTO																PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	Estado de la Acción
																				PRIMER BIMESTRE			SEGUNDO BIMESTRE			TERCER BIMESTRE			CUARTO BIMESTRE			QUINTO BIMESTRE			SEXTO BIMESTRE					
Nº	Fuente de hallazgo	Detalle de la fuente	Fecha hallazgo	Proceso - Subprocesos Afectado.	Hallazgo y/o Situación		PORQUE1	PORQUE1	PORQUE1	PORQUE1	PORQUE1	Causa(s) Raiz	ACCIÓN	Tipo de acción Propuesta	Responsable de ejecución	Recurso	Meta de la acción	Indicador	Fecha Inicio	Fecha Terminación	SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO	DOCUMENTOS SOPORTE	OBSERVACIONES OCI

SECCIÓN 1: IDENTIFICACIÓN DEL HALLAZGO						SECCIÓN 2: ANÁLISIS CAUSAS						SECCIÓN 3: PLAN DE MEJORAMIENTO								SECCIÓN 4: SEGUIMIENTO																	
																				PRIMER BIMESTRE			SEGUNDO BIMESTRE			TERCER BIMESTRE			CUARTO BIMESTRE			QUINTO BIMESTRE			SEXTO BIMESTRE				
Nº	Fuente de hallazgo	Detalle de la fuente	Fecha hallazgo	Proceso - Subprocesos Afectado.	Hallazgo y/o Situación	Acción Registrada en Plan de mejoramiento	PORQUE1	PORQUE1	PORQUE1	PORQUE1	PORQUE1	Causa(s) Raiz	ACCIÓN	Tipo de acción Propuesta	Responsable de ejecución	Recurso	Meta de la acción	Indicador	Fecha Inicio	Fecha Terminación	SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO	DOCUMENTOS SOPORTE	OBSERVACIONES OCI	SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO	DOCUMENTOS SOPORTE	OBSERVACIONES OCI	SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO	DOCUMENTOS SOPORTE	OBSERVACIONES OCI	SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO	DOCUMENTOS SOPORTE	OBSERVACIONES OCI	SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO	DOCUMENTOS SOPORTE	OBSERVACIONES OCI	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	Estado de la Acción
304007	Auditoría Interna de Gestión	Atención y Trámite Subprocesos de Defensoría Pública	18-dic-15	Subprocesos de Defensoría Pública	Existencia del riesgo de la prestación del servicio por incumplimiento de citaciones en los Programas ORB y 1207	No presenta	El sistema de Información VisionWeb no incluye los programas de Representación Judicial de Victimas (RJV)	N/A				El sistema de Información visionw no incluye los programas de Representación Judicial de Victimas (RJV)	Hacer al Grupo de Sistemas los requerimientos funcionales para desarrollar un módulo en el actual sistema de información del DHDP para manejar los programas de RJV	Acción Correctiva	Director DHDP	Humano	Información oportuna y confiable para el manejo de los Programas de RJV	Numero de requerimientos funcionales realizados al Grupo de Sistemas	01-mar-16	30-jun-16							Esta acción de mejora se suspendió debido a que su ejecución se tiene contemplada en el marco del Convenio de cooperación con USAID.	Carta de implementacion del convenio de cooperación.		SUSPENDIDA Archivo escaneado	COPIA CONVENIO USAID										0%	Abierto
304008	Auditoría Interna de Gestión	Atención y Trámite Subprocesos de Defensoría Pública	18-dic-15	Subprocesos de Defensoría Pública	No existe herramienta o sistema de información para la tabulación de la información correspondiente a los procedimientos de representación de víctimas.	No presenta	El sistema de Información VisionWeb no incluye los programas de Representación Judicial de Victimas (RJV)	N/A				El sistema de Información visionw no incluye los programas de Representación Judicial de Victimas (RJV)	Hacer al Grupo de Sistemas los requerimientos funcionales para desarrollar un módulo en el actual sistema de información del DHDP para manejar los programas de RJV	Acción Correctiva	Director DHDP	Humano	Información oportuna y confiable para el manejo de los Programas de RJV	Numero de requerimientos funcionales realizados al Grupo de Sistemas	01-mar-16	30-jun-16							Esta acción de mejora se suspendió debido a que su ejecución se tiene contemplada en el marco del Convenio de cooperación con USAID.	Carta de implementacion del convenio de cooperación.		SUSPENDIDA Archivo escaneado	COPIA CONVENIO USAID										0%	Abierto
304009	Auditoría Interna de Gestión	Atención y Trámite Subprocesos de Defensoría Pública	18-dic-15	Subprocesos de Defensoría Pública	Inapicabilidad del formato de estadísticas por delitos en la Representación Judicial de Victimas	No presenta	Falta de publicación en el listado maestro de documentos del SGC de los formatos ajustados de RJV	N/A				Falta de publicación en el listado maestro de documentos del SGC de los formatos ajustados de RJV	Implementar los formatos ajustados de estadísticas por delitos en la RJV	Acción Correctiva	Director DHDP	Humano	Estadísticas consolidadas por delitos en la RJV	Numero de reportes mensuales allegados/Numero total de reportes que deben realizar las Regionales	01-mar-16	31-dic-16										Se diseñaron e implementaron nuevos formatos de recolección de información estadística para los diferentes programas. (Pueden consultarse en el Mapa de Procesos página institucional)	Formatos: SD-PSI-F52, SD-PSI-F53, SD-PSI-F54, SD-PSI-F55, SD-PSI-F94 y SD-PSI-F95										0%	En Ejecución
304010	Auditoría Interna de Gestión	Atención y Trámite Subprocesos de Defensoría Pública	18-dic-15	Subprocesos de Defensoría Pública	Insuficiencia de personal con el perfil de Psicólogo así como de Contador Público para la prestación del servicio y la consecuente presentación de los dictámenes periciales	No presenta	Falta de peritos para la RJV	N/A				Falta de peritos para la RJV	Solicitar a la Subdirección de Talento Humano la vinculación de 4 Peritos Financieros (1 para la Regional Atlántico, 1 para Santander y 2 para el Nivel Central) y 3 Peritos Psicólogos (1 para la Regional Antioquia y 2 para el Nivel Central)	Acción Correctiva	Director DHDP	Humano	Sobrecarga laboral de los peritos de la RJV disminuida	Numero de Peritos asignados por la Subdirección de Talento Humano/Numero de Peritos solicitados	01-mar-16	30-abr-16							En junio se solicitó a la Subdirección de Gestión de Talento Humano de estudiar la posibilidad de vinculación de cuatro (4) Peritos Financieros y tres (3) Peritos Psicólogos para el Grupo de Representación Judicial a Victimas, teniendo en cuenta la carga laboral de las solicitudes de actividades periciales en los diferentes programas según los marcos legales y de parte de varias Regionales. CERRADA	Memorando. Archivo escaneado	No se puede cerrar. Solo se solicitó un nombramiento de profesional en el área financiera. No se solicitaron Psicólogos en el memorando aportado.									7%	En Ejecución
304011	Auditoría Interna de Gestión	Atención y Trámite Subprocesos de Defensoría Pública	18-dic-15	Subprocesos de Defensoría Pública	No se rinde informe por separado ni de manera estructurada sobre la acumnición en las jornadas de acopio documental en la RJV	No presenta	Los informes de las actividades realizadas en las jornadas de acopio documental de RJV se presentan en el mismo informe que se remite a la Subdirección Administrativa para la legalización de viáticos	N/A				Los informes de las actividades realizadas en las jornadas de acopio documental de RJV se presentan en el mismo informe que se remite a la Subdirección Administrativa para la legalización de viáticos	Elaborar e implementar un formato de informe de actividades realizadas en las jornadas de acopio documental en la RJV	Acción Correctiva	Director DHDP	Humano	Informes de actividades realizadas en las jornadas de acopio documental en la RJV presentados en forma independiente	Número de Informes de actividades realizadas en las jornadas de acopio documental en la RJV presentados/Número de jornadas de acopio documental en la RJV realizadas	01-mar-16	31-dic-16										Se diseñó un formato de informe de desplazamiento que está a la espera de revisión y aprobación. CERRADA	Formato Informe Comisiones Desplazamiento. Archivo escaneado										0%	En Ejecución
304012	Auditoría Interna de Gestión	Atención y Trámite Subprocesos de Defensoría Pública	18-dic-15	Subprocesos de Defensoría Pública	Falta de evidencia sobre la trazabilidad del ejercicio de acopio documental con miras a la presentación de solicitudes de compensación dentro de los procesos de la Ley 975/2005	No presenta	No se deja evidencia de la entrega a los Defensores Públicos de los documentos que se diligencian en las jornadas de acopio documental de RJV	N/A				No se deja evidencia de la entrega a los Defensores Públicos de los documentos que se diligencian en las jornadas de acopio documental de RJV	Elaborar e implementar una planilla en la cual conste el diligenciamiento y entrega por parte de los portiro a los defensores Públicos de los documentos que se diligencian en las jornadas de acopio documental de RJV	Acción Correctiva	Director DHDP	Humano	Evidencia sobre la trazabilidad del acopio documental con miras a la presentación de solicitudes de reparación dentro de los procesos de la Ley 975/2005	Numero de planillas diligenciadas en las jornadas de acopio documental de RJV/Numero de Defensores Públicos de la RJV que participan en estas jornadas	01-mar-16	31-dic-16										Se diseñó e implementó una planilla en la cual consta el diligenciamiento y entrega por parte de los portiros a los defensores Públicos de los documentos que se diligencian en las jornadas de acopio documental de RJV - CERRADA	Codigo: SD-PSI-F78 - Atención Personal Jornadas de Acopio Documental. Verifica en la página web Institucional.										0%	En Ejecución
304013	Auditoría Interna de Gestión	Atención y Trámite Subprocesos de Defensoría Pública	18-dic-15	Subprocesos de Defensoría Pública	Inconsistencias en la utilización del número CUI del proceso en el formato de participación en audiencia DEF-FTO-31	No presenta	El número único de identificación de los procesos judiciales no es el que se coloca en el formato de participacion en audiencia de los pentos DEF-FTO-31	N/A				El número único de identificación de los procesos judiciales no es el que se coloca en el formato de participacion en audiencia de los pentos DEF-FTO-31	Ajustar e implementar el Formato de Informe de Participación en audiencia de los pentos firmenes	Acción Correctiva	Director DHDP	Humano	Informacion coincidente entre la citacion de la autoridad judicial y el informe de participacion en audiencia del pentro forense	Número de informes de participación en audiencia del pentro forense con CUI coincidente con el de la citación de la autoridad judicial/Numero de citaciones de la autoridad judicial	01-mar-16	31-dic-16							En el mes de junio se publicaron los formatos del procedimiento de prestación del servicio de representación judicial, en el SGC. CERRADA	Listado maestro de documentos página web. SD-PSI-F68										0%	En Ejecución
304014	Auditoría Interna de Gestión	Atención y Trámite Subprocesos de Defensoría Pública	18-dic-15	Subprocesos de Defensoría Pública	Falta de un espacio adecuado para la guarda, custodia y archivo de los documentos que hacen parte tanto del procedimiento de Registro y Selección, así como de otros que hacen parte de las actividades de la DHDP, evidenda riesgo de perdida de documentos	No presenta	Exceso de espacios adecuados que se pueden destinar para este fin en la actual sede de la DHDP	N/A				Exceso de espacios adecuados que se pueden destinar para este fin en la actual sede de la DHDP	Reiterar la solicitud a la Secretaria General de los espacios físicos y mobiliario necesarios que permitan hacer una adecuado archivo de los documentos de la DHDP	Acción Correctiva	Director DHDP	Humano	Espacio adecuado para la guarda, custodia y archivo de los documentos de la DHDP	Solicitud Secretaria de la Secretaria General de los espacios físicos y mobiliario necesarios para el archivo de la DHDP	01-mar-16	30-abr-16							En el mes de noviembre de 2016 se solicitó a la Secretaría General mediante oficio. En junio se devolvió de la acción debido a los cambios que se hicieron por la construcción de la sede. CERRADA	Memorando. Archivo escaneado										0%	Abierto
303002	Auditoría Interna de Gestión	GRAN: Recepción y Análisis Nacional	22-dic-15	Subprocesos de Atención y Trámite de Quejas, Solicitudes y Asesoría	Error la Dirección Nacional de Atención y Trámite de Quejas y el Grupo de Recepción y Análisis Nacional de GRAN, incumplimientos de personal especificamente de los funcionarios Melissa Moncayo Cornelior, Professional Universitario Grado 14 y Eduardo Bernal Carvedes, Auxiliar Administrativo Grado 10, un contar con la experiencia requerida en el manual de funciones, según soporn el numeral 2b del artículo 25 DUDJ del Decreto 025 de 2014, tiene dentro de sus funciones la de "Nombrar y remover los servidores de la Entidad, así como definir sus situaciones administrativas", labor en la que se apoya de la Subdirectora de Gestión de Talento Humano, a través de la Resolución 0063 de 2014, "Coordinar la elaboración de actos administrativos y demás documentos relacionados con la gestión de talento humano, para garantizar el cumplimiento de las normas vigentes",	No presenta	El Director Nacional de Atención y Trámite de Quejas de manera verbal y mediante memorando 3020-050 señalo a los funcionarios de la DNATQ, en cumplimiento de sus funciones y señalo que: "Es importante resaltar que en el caso de peticiones, los manifestó que estos deben solicitarse por escrito con tres días de anticipación y acompañamiento de la prueba que les justifiquen ....", "Es importante resaltar que cualquier ausencia del sitio de trabajo debe ser comunicada al superior".	Los servidores públicos: Humberto Bocanegra, Eduardo Bernal y Jorge Soto siempre se encuentran vinculados en cargos administrativos, Grados 10 y 4 respectivamente, señalan que constantemente son requeridos para labores administrativas con el Director Nacional de Atención y Trámite de Quejas y cuando regresan de sus vacaciones entre febrero y marzo de 2014, les cumplieron los informes que debían ulticrar en los cargos de Profesional de Recepción y Análisis Nacional - GRAN por orden del Director en calidad de préstamo.	La servidora Nancy Romero señala que cuando fue a solicitar el permiso por un día para el 24 y 29 de septiembre de 2015, al Director Nacional de ATQ, en permisos de otro y tres días para los servidores les otorga la Subdirección de Talento Humano, que debe ser el debe presentar la solicitud por escrito con tres días de oportunidad. Y que el permiso por un (1) lo puede otorgar el Jefe Inmediato o Responsable del Grupo.	Los ordenes impartidas de manera verbal y por escrito por el Director Nacional en relación con el procedimiento establecido para el trámite de quejas, no son claras, no son de fácil entendimiento, no son claras cuando el Responsable del Grupo puede otorgar el permiso y si esto es por horas que soporte se debe aportar y con qué termino de antelación, pues el DNATQ señala que todo permiso le debe ser informado y con tres (3) días de antelación, así sea de carácter medico.	El Director Nacional no observó el procedimiento establecido por la administración para realizar la modulación del personal, ni tuvo en cuenta el perfil que requieren los servidores que deben estar adscritos al GRAN, a pesar de que la información fue remitida por los Grupos, mientras cuando le falta un servidor en el GRAN no está la constante desde que inició esta Administración.	Cumplir con lo dispuesto en el numeral 26 del artículo 5 del Decreto 025 de 2014 expedido por el Defensor del Pueblo.	1.Director (a) Nacional de Atención y Trámite de Quejas 2.Subdirector(a) de Gestión del Talento Humano.	Humanos	Hacer efectivo el movimiento del personal de conformidad con la modulación de la Resolución 1327 de 2015.	1. Memorando de solicitud de movimiento de personal. 2. Resolución de reubicación de personal.	01-mar-16	31-dic-16										Cumplida	Memorando 015 del 14 de enero de 2016 suscrito por el Director Nacional de Atención y Trámite de Quejas al Grupo de Sistemas de la DNATQ. - TH-FTO-72-1 Memorando 501003-015921-2 4153-1, suscrito por el Subdirectora de Gestión del Talento Humano (anexos) y resoluciones 241 de 2016, 430 de 2016 y 237 de 2016.										100%	Cerrada Eficaz
303003	Auditoría Interna de Gestión	GRAN: Recepción y Análisis Nacional	22-dic-15	Subprocesos de Atención y Trámite de Quejas, Solicitudes y Asesoría	Incumplimiento del procedimiento para el trámite de peticiones, toda vez que se evidenció que a los peticionarios no se les adjunta copia de la comunicación mediante la cual se remite al competente su petición de conformidad con lo establecido en el artículo 21 de la Ley 1755 de 2015.	No presenta	El Director Nacional de Atención y Trámite de Quejas de manera verbal y mediante memorando 3020-050 señalo a los funcionarios de la DNATQ, en cumplimiento de sus funciones y señalo que: "Es importante resaltar que en el caso de peticiones, los manifestó que estos deben solicitarse por escrito con tres días de anticipación y acompañamiento de la prueba que les justifiquen ....", "Es importante resaltar que cualquier ausencia del sitio de trabajo debe ser comunicada al superior".	El Director de ATQ a través de las órdenes verbales y del memorando enviado a los servidores de la DNATQ, desconoció lo señalado en la Resolución y 550 del 7 de abril de 2014, donde se señala que los permisos de dos y tres días para los servidores les otorga la Subdirección de Talento Humano, que debe ser el debe presentar la solicitud por escrito con tres días de oportunidad. Y que el permiso por un (1) lo puede otorgar el Jefe Inmediato o Responsable del Grupo.	La servidora Nancy Romero señala que cuando fue a solicitar el permiso por un día para el 24 y 29 de septiembre de 2015, al Director Nacional de ATQ, en cumplimiento de sus directrices y ante la negación del permiso. Situación que señala que la Subdirección de Talento Humano, que debe ser el debe entregar Talento Humano y que después de debatió en el Comité de Convivencia, al que fueron citados.	Las ordenes impartidas de manera verbal y por escrito por el Director Nacional en relación con el procedimiento establecido para el trámite de quejas, no son claras, no son de fácil entendimiento, no son claras cuando el Responsable del Grupo puede otorgar el permiso y si esto es por horas que soporte se debe aportar y con qué termino de antelación, pues el DNATQ señala que todo permiso le debe ser informado y con tres (3) días de antelación, así sea de carácter medico.	Cumplir con lo establecido en el parágrafo del artículo 1 de la Resolución 550 de 2014 expedida por el Defensor del Pueblo.	Acción Correctiva	1.Director (a) Nacional de Atención y Trámite de Quejas 2.Subdirector(a) de Gestión del Talento Humano.	Humanos	El Jefe Inmediato o Responsable del Grupo verificará los soportes y la pertinencia de los permisos, licencias y vacaciones solicitados a la dependencia, permisos remunerados hasta por un día de conformidad con lo señalado en el artículo 1 de la Resolución 550 de 2014.	Diligenciamiento de los formatos institucionales establecidos para autorización de permisos.	01-mar-16	31-dic-16										Cumplida	Los permisos por días se conocen de acuerdo con la regulación vigente. Los permisos por horas se aplican formas que lleva la Dirección y el GRAN en los formatos TH-FA2, TH-FA3 y TH-FA4.	Se verificaron los documentos soportes enviados mediante memorando 3020-247 de agosto 16 de 2016, referentes al hallazgo No. 1, encontrándose evidencia que demuestra el diligenciamiento de los formatos establecidos por el SGC para la autorización de permisos.										100%	Cerrada Eficaz
303004	Auditoría Interna de Gestión	GRAN: Recepción y Análisis Nacional	22-dic-15	Gestión de Servicios Administrativos	Faltas en el registro, envío y control del trámite de las comunicaciones oficiales del GRAN, teniendo en cuenta que: a). El sistema laserfiche, aún registran a cargo del GRAN peticiones que fueron remitidas por otras grupos a las dependencias del nivel central competentes.	No presenta	Las dependencias que reciben los documentos tramitados por el GRAN no realizan la revisión del Sistema de Gestion Documental - SGD	No se aplican los lineamientos dados sobre la utilización del Sistema de Gestion Documental - SGD, y no se hace seguimiento a los trámites.	Hay desconocimiento del funcionamiento del Sistema.			Hay desconocimiento del funcionamiento del Sistema.	Realizar una (1) capacitación al GRAN sobre la reasignacion de radicados.	Acción Correctiva	Magda Carolina Cardoso Cerquera Orlando Benavides Jefe de Dependencia	Logistico Humano Tecnologico	Que los radicados efectivamente queden tradados en el SGD a la dependencia que indica el GRAN.	Una (1) Capacitación realizada	18-feb-16	11-mar-16														Memoria reunión laserfiche GRAN 4/03/2016	Se verificó memoria de reunión.										100%	Cerrada Eficaz

SECCIÓN 1: IDENTIFICACIÓN DEL HALLAZGO					Acción Registrada en Plan de mejoramiento	SECCIÓN 2: ANÁLISIS CAUSAS					SECCIÓN 3: PLAN DE MEJORAMIENTO							SECCIÓN 4: SEGUIMIENTO																					PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	Estado de la Acción
																		PRIMER BIMESTRE			SEGUNDO BIMESTRE			TERCER BIMESTRE			CUARTO BIMESTRE			QUINTO BIMESTRE			SEXTO BIMESTRE										
Nº	Fuente de hallazgo	Detalle de la fuente	Fecha hallazgo	Proceso - Subprocesos Afectado.	Hallazgo y/o Situación		PORQUE1?	PORQUE?	PORQUE?	PORQUE?	PORQUE?	Causa(s) Raiz	ACCIÓN	Tipo de acción Propuesta	Responsable de ejecución	Recursos	Meta de la acción	Indicador	Fecha Inicio	Fecha Terminación	SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO	DOCUMENTOS SOPORTE	OBSERVACIONES OCI	SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO	DOCUMENTOS SOPORTE	OBSERVACIONES OCI	SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO	DOCUMENTOS SOPORTE	OBSERVACIONES OCI	SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO	DOCUMENTOS SOPORTE	OBSERVACIONES OCI	SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO	DOCUMENTOS SOPORTE	OBSERVACIONES OCI	SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO	DOCUMENTOS SOPORTE	OBSERVACIONES OCI		
30200206	Auditoria Interna de Gestión	GRAN: Recepción y Análisis Nacional	22-dic-15	Subproceso de Atención y Trámite de Quejas, Solicitudes y Asesoría	Fallas en el registro de las peticiones en el Sistema de Información VisionWeb v7Q, ya que las peticiones que se reciben telefónicamente y por correo electrónico no se están ingresando en este sistema.		No presenta	El GRAN no cuenta con el personal suficiente para atender las peticiones hecha que no se amplio conocimiento de la administración, a través de las múltiples solicitudes realizadas por la Responsable del Grupo desde el inicio esta Administración, en el año 2012.	Se requiere personal capacitado y con el perfil adecuado para que realice esta labor, y no ha sido posible su nombramiento	No obstante, las llamadas telefónicas se reciben en el conmutador y en el puesto de Grupo de Trabajo para tal fin o se puede radicar cuando esté el personal requerido. Y los correos se encuentran reportados en la cuenta del correo institucional donde se pueden consultar.			El Grupo de Recepción y Análisis Nacional desde su creación no ha contado con La planta del personal adscrita señalada en la Resolución 396 de 2003. A la fecha no se cuenta con esa planta y se hace necesario con CARÁCTER URGENTE la ampliación de la misma, para poder cumplir con los requerimientos de registro, radicación, atención y trámite de las peticiones que debe atender el Grupo delegada por los diferentes canales de comunicación.	Registrar las peticiones en el Sistema de Información VisionWeb.	Corrección	1. Director (a) Nacional de Atención y Trámite de Quejas 2. Subdirector(a) de Gestión del Talento Humano.	Humanos	1. Ampliar la planta de personal del Grupo de Recepción y Análisis Nacional con servidores públicos que tengan la capacidad y el perfil requerido para desarrollar las actividades señaladas y propias especialmente para registrar, radicar y atender las peticiones. 2. Tener registradas las peticiones en el Sistema de Información VisionWeb.	1. Reporte de peticiones registradas en el Sistema de Información VisionWeb - RUP.	01-mar-16	31-dic-16																																	100%	Cerrada Eficaz
30200207	Auditoria Interna de Gestión	GRAN: Recepción y Análisis Nacional	22-dic-15	Subproceso de Atención y Trámite de Quejas, Solicitudes y Asesoría	Esta situación solamente se refleja en el desempeño de la labor que ejerce la servidora María Gabriela Hinojosa, ya que no se evidencia en los requerimientos realizados por la Responsable del Grupo, de manera verbal y escrita, no ha logrado cupar el empalme de la función que debe desempeñar de acuerdo a las funciones señaladas en el procedimiento. Esta situación está siendo conocida por la oficina de Control Interno Disciplinario de la Entidad		No presenta	1) ZNA72. no tiene en cuenta el perfil, las cualidades y las calidades que requieren los servidores para desempeñar la función asignada al cargo. Se evidencia que la servidora en cuenta que el profesional tenga calidad humana, amplia experiencia en la atención al público y criterio jurídico definido en todas las áreas del derecho.	La falta de disposición frente al trabajo que demuestra la servidora es la causa principal para que no cumpla con la función en los términos que se han establecido, ya que no se evidencia reciente vacaciones ni en el cumplimiento de la función. No obstante, se debe aclarar que los demás servidores si cumplen su labor oportunamente				Indoamericana por parte del Director Nacional de atención y Trámite de Quejas, Solicitudes, calidades y perfil profesional que el único external los servidores adscritos al GRAN.	Adoptar el Plan de Mejoramiento individual reglamentado mediante la Resolución 1900 de 2010 expedida por el Defensor del Pueblo.	Acción Correctiva	Director (a) Nacional de Atención y Trámite de Quejas	Humanos	Implantar acciones de mejoramiento individual para lograr la efectividad en el cumplimiento de las funciones asignadas a los servidores adscritos al Grupo de Recepción y Análisis Nacional - GRAN - .	1)Diligenciamiento del Formato Plan de Mejoramiento Individual y Seguimiento y efectividad al plan de mejoramiento.	01-mar-16	31-dic-16																																	0%	Cerrado Ineficaz
30200208	Auditoria Interna de Gestión	GRAN: Recepción y Análisis Nacional	22-dic-15	Subproceso de Atención y Trámite de Quejas, Solicitudes y Asesoría	Inobservancia de la aplicación del protocolo general de atención al usuario en lo que respecta a la atención telefónica, así como fallas en la información suministrada a los usuarios de este canal a cerca del contenido y alcance de sus derechos para lograr su efectividad.		No presenta	Ningun servidor adscrito al GRAN conoce el Protocolo General de atención telefónica ni ha sido capacitado para desempeñar dicha función.	A pesar de los requerimientos de la Responsable del Grupo, los servidores del GRAN no son tenidos en cuenta para recibir las capacitaciones que dicta la Entidad sobre la atención a la población en general y con enfoque diferencial	No se considera procedente ni real el hecho que la auditora generalice y califique como falla en la orientación a los servidores del GRAN, cuando alguna llamada que se realizo de manera aleatoria, porque la generalidad de los usuarios agradecen la orientación que se les brinda y ello se pude corroborar llamando a los teléfonos de contacto que registran para establecer el nivel de satisfacción.				No se tiene en cuenta a los servidores públicos adscritos al GRAN para participar en las capacitaciones relacionadas con el tema de atención.	Brindar capacitación a los servidores públicos del Grupo de Recepción y Análisis Nacional en el protocolo general de atención al usuario.	Acción Correctiva	Dirección Nacional de Atención y Trámite de Quejas.	Humanos	Capacitar a los servidores públicos del GRAN en el protocolo general de atención al usuario y en los lineamientos para la atención a la población con enfoque diferencial y gobierno en linea.	Constancia de participación.	01-mar-16	31-dic-16																																	100%	Cerrada Eficaz
30200209	Auditoria Interna de Gestión	GRAN: Recepción y Análisis Nacional	22-dic-15	Subproceso de Atención y Trámite de Quejas, Solicitudes y Asesoría	Debilidades en la aplicación de las directrices del Archivo General de la Nación; Ley 594 de 2000 / Ley General de Archivos y la Resolución 452 de 2015 mediante la cual se aprueba la actualización del manual de archivo versión No. 2 de la Defensoría del Pueblo.		No presenta	Los Servidores que desempeñan esa función en el GRAN fueron capacitados por una persona enviada por la Subdirección Administrativa de la Entidad, quien les dio los parámetros y el procedimiento para archivar los documentos.	No se ha aprobado la nueva tabla de retención documental y se está aplicando la adoptada en el 2011.	La Subdirección Administrativa de la Entidad dictó capacitación a los servidores públicos encargados del archivo en GRAN, sin haber sido aprobado el procedimiento señalado en dicha capacitación.			La Subdirección Administrativa de la Entidad dictó capacitación a los servidores públicos encargados del archivo en GRAN, sin haber sido aprobado el procedimiento señalado en dicha capacitación.	Aplicar las directrices del Archivo General de la Nación; Ley 594 de 2000 / Ley General de Archivos y la Resolución 452 de 2015 y la tabla de retención documental adoptada a la fecha.	Acción Correctiva	Responsable del Grupo de Recepción y Análisis Nacional y servidores públicos adscritos a GRAN.	Humanos	1. Clasificar y organizar los documentos que se archivan en el GRAN de manera inmediata en la fecha o cuando se requiera. 2. Aplicar la norma de archivo general y la tabla de retención documental.	archivos de gestión Expedientes y ordenados de acuerdo a la normatividad vigente.	01-mar-16	31-dic-16																																	10%	En Ejecución
30200210	Auditoria Interna de Gestión	GRAN: Recepción y Análisis Nacional	22-dic-15	Subproceso de Atención y Trámite de Quejas, Solicitudes y Asesoría	No aplicación de los procedimientos del proceso GIG1 misional de Atención y Trámite de Quejas, Solicitudes y Asesorías en lo que respecta a la falta de dos disposiciones contenidas en la Norma de Calidad NTCGP: 1000:2009 y en el Modelo Estándar de Control Interno.		No presenta	Los procedimientos del Subproceso de Atención y Trámite de Quejas, solicitudes y Asesorías no se han actualizado de acuerdo con la normatividad vigente, debido hubo reestructuración de la entidad, creación de algunas dependencias y asignación de nuevas funciones.	Los procedimientos que están publicados en la pagina web de la Defensoría del Pueblo no corresponden a la Resolución vigente de la Entidad y expedición del Decreto 025 de 2014 y Resoluciones 61 y 65 de 2014.	Los procedimientos del Subproceso de Atención y Trámite de Quejas, Solicitudes y Asesorías no se han actualizado de acuerdo con la normatividad vigente.			Los procedimientos del Subproceso de Atención y Trámite de Quejas, Solicitudes y Asesorías no se han actualizado de acuerdo con la normatividad vigente.	Actualizar e implementar los procedimientos del proceso de atención y trámite	Acción Correctiva	Lider del Subproceso de Atención y Trámite de Quejas, Solicitudes y Asesorias	Humanos	Aplicar el Procedimiento de Atención de peticiones adoptado por la Entidad.	Registro de peticiones en el VisionWeb - RUP.	01-mar-16	31-dic-16																																	100%	Cerrada Eficaz
30200211	Auditoria Interna de Gestión	GRAN: Recepción y Análisis Nacional	22-dic-15	Subproceso de Atención y Trámite de Quejas, Solicitudes y Asesoría	Fallas en la intervtorización de los riesgos identificados en el proceso de Atención y Trámite GIG1 y GIG2 que pueden o no pueden impactar directamente en la gestión del GRAN, incumpliendo de esta forma las disposiciones contenidas en la Norma de Calidad NTCGP: 1000:2009 y en el Modelo Estándar de Control Interno.		No presenta	Se desconocen los riesgos	Los riesgos no han sido socializados con los servidores públicos del GRAN.	N/a				Los riesgos no han sido socializados con los servidores públicos del GRAN.	Socializar los riesgos con los servidores públicos del GRAN.	Acción Correctiva	Director (a) Nacional de Atención y Trámite de Quejas	Humanos	Conocer los riesgos identificados en el proceso de atención y Trámite de Quejas, Solicitudes y Asesorías.	Constancia de socialización.	01-mar-16	31-dic-16																																	100%	Cerrada Eficaz
30200212	Auditoria Interna de Gestión	GRAN: Recepción y Análisis Nacional	22-dic-15	Subproceso de Atención y Trámite de Quejas, Solicitudes y Asesoría	Se desconoce la capacidad de las sedes en menor a la necesaria debido al número de funcionarios y a la alta demanda de usuarios.		No presenta	Hay una falla en la aplicación de la Norma Técnica de Infraestructura en las sedes de la entidad, ya que no se previó que la infraestructura es insuficiente teniendo en cuenta que	Es reciente la expedición de la Norma Técnica de Infraestructura NTC 6047 de 2013.			Es reciente la expedición de la Norma Técnica de Infraestructura NTC 6047 de 2013.	Establecer lineamientos de servicio al ciudadano	Acción Correctiva	Líder proceso de Evaluación Satisfacción Grupos de Interés	Humano	Un documento con lineamientos de servicio al ciudadano establecido.	Numero de documento con lineamientos establecidos/1 *100	16-may-16	16-jun-16				Se evidencia la realización y publicación del los lineamientos de servicio integral al ciudadano.	Documento publicado en el Sistema Integrado de Gestión, página web de la Defensoria del Pueblo																					100%	Cerrado Eficaz
30200213	Auditoria Interna de Gestión	GRAN: Recepción y Análisis Nacional	22-dic-15	Subproceso de Atención y Trámite de Quejas, Solicitudes y Asesoría	No se observa la determinación de la infraestructura necesaria para la prestación de los servicios. No se evidencia en la Regional Cali . Sede Central condiciones adecuadas de ergonomía, aislación de sumos, orientación, señalización, áreas de servicio, fue asegurara la confidencialidad y hacer planeteen la experiencia del usuario.		No presenta	Hay una falla en la aplicación de la Norma Técnica de Infraestructura en las sedes de la entidad, ya que no se previó que la infraestructura es insuficiente teniendo en cuenta que	Es reciente la expedición de la Norma Técnica de Infraestructura NTC 6047 de 2013.			Es reciente la expedición de la Norma Técnica de Infraestructura NTC 6047 de 2013.	Diseñar e implementar un modelo de orientación e información al usuario y capacitar a los servidores públicos en servicio al ciudadano	Acción Correctiva	Líder proceso de Evaluación Satisfacción Grupos de Interés	Humano y Financiero	Implementar el modelo en las 36 Defensorias Regionales	Numero de Defensorias con el modelo implementado /36*100	01-jun-16	31-dic-16																																	0%	abierto
								Hay una falla en la aplicación de la Norma Técnica de Infraestructura en las sedes de la entidad, ya que no se previó que la infraestructura es				Es reciente la expedición de la Norma Técnica de Infraestructura NTC 6047 de 2013.				Gestionar proyectos de inversión y asignar recursos para adquirir y mejorar las sedes regionales y el nivel central de la Defensoría del Pueblo, conforme a la NTC 6047	Acción Correctiva	Secretaria General Líder proceso de Gestión de Servicios Administrati vos	Humano y Financiero	Un proyecto de inversión gestionados	Numero de proyectos implementados/1* 100	01-ene-14	31-dic-18																																	0%	abierto
BV1	Auditoria Externa de Calidad	Auditoria Externa de Calidad	20-abr-16	Transversal	No ha un adecuado seguimiento y medición de los procesos. Los procesos promoción y divulgación, prevención y protección, Atención y trámites, Gestión Contractual, Investigación y análisis, Defensoría Pública no cuentan con indicadores pertinentes que permitan evidenciar el logro de los objetivos con el fin de tener medidas sobre la eficiencia, eficacia y efectividad de los mismos. Las actuales indicadores establecidos en Estrategia no están alineados totalmente a los objetivos del proceso y a los objetivos de Calidad.		No presenta	Los indicadores no permiten la medición de objetivos.	Se deben establecer indicadores de acuerdo a los objetivos de calidad y de los procesos que permitan su medición.	Aunque se cuenta con las herramientas de medición PAA y POE se identifica debilidad en la alineación de los objetivos estratégicos con los objetivos de los procesos			Aunque se cuenta con las herramientas de medición PAA y POE se identifica debilidad en la alineación de los objetivos estratégicos con los objetivos de los procesos	Redefinir los objetivos de calidad de la Defensoría del Pueblo	Acción Correctiva	Oficina de Planeacion y Lideres de procesos.	Humano	Actualizar el manual de calidad de la entidad	Numero de actualizaciones de manual de calidad /1*10	02-may-16	31-dic-16																																	100%	Cerrado Eficaz
								Los indicadores no permiten la medición de objetivos.	Se deben establecer indicadores de acuerdo a los objetivos de calidad y de los procesos que permitan su medición.	Aunque se cuenta con las herramientas de medición PAA y POE se identifica debilidad en la alineación de los objetivos estratégicos con los objetivos de los procesos			Aunque se cuenta con las herramientas de medición PAA y POE se identifica debilidad en la alineación de los objetivos estratégicos con los objetivos de los procesos	Alinear los objetivos de los procesos	Acción Correctiva	Oficina de Planeacion y Lideres de procesos.	Humano	19 procesos revisados.	N° de procesos revisados/19* 100	02-may-16	31-dic-16																																	100%	Cerrado Eficaz
								Los indicadores no permiten la medición de objetivos.	Se deben establecer indicadores de acuerdo a los objetivos de calidad y de los procesos que permitan su medición.	Aunque se cuenta con las herramientas de medición PAA y POE se identifica debilidad en la alineación de los objetivos estratégicos con los objetivos de los procesos			Aunque se cuenta con las herramientas de medición PAA y POE se identifica debilidad en la alineación de los objetivos estratégicos con los objetivos de los procesos	Hacer un ejercicio de coherencia institucional	Acción Correctiva	Oficina de Planeacion y Lideres de procesos.	Humano			01-jun-16	31-dic-16																																					0%	abierto
BV3	Auditoria Externa de Calidad	Auditoria Externa de Calidad	20-abr-16	0	No se ha implementado claramente los controles de Diseño No se ha implementado claramente en los procedimientos misionales de Atención y Tratamiento de quejas, peticiones y asesorías SA-P1 03, Promoción y Divulgación. PD-PDT diseño grafica los mecanismos de control de revisión, verificación, validación y cambios del diseño.		No presenta	Se evidencia que el personal no cumple con el perfil requerido para desempeñar el cargo, no cumple con el numeral 7.2 de la norma, pero no se ha realizado la total implementación.	Se debe fortalecer el proceso de inducción del sistema de atención integral por parte del nivel central	Se cuenta con el talento humano suficiente que apoyen a los líderes los procesos en la realización de la caracterización del producto y servicio no conforme y los documentos relacionados.				Apropiación del instructivo General del Sistema de Atención Integral	Lider Proceso Atención	Humano, Financiero	1)1 instructivo GSAI aprobado	Instructivo GSAI aprobado/1*1 00	02-may-16	31-dic-16																																	100%	Cerrado Eficaz
																		Socializacion del Instructivo General del Sistema de Atención Integral	Lider Proceso Atención	Humano, Financiero	Realizar una jornada de socialización del IGSAI	jornadas de socialización del IGSAI /1*100	02-may-16	31-dic-16																																	0%	abierto
																		Articulación del instructivo con los procesos	Lider Proceso Atención	Humano, Financiero	Verificar semestralmente la aplicación del IGSAI en el proceso de Atención y Trámite	Verificación de la aplicación del IGSAI en el proceso Atención y Trámite -2*100	02-may-16	31-dic-16																																	0%	abierto
BV4	Auditoria Externa de Calidad	Auditoria Externa de Calidad	20-abr-16	Procesos Misionales	No se encuentran definidos cuáles son los posibles eventos que generan producto y servicio no conforme en los etapas intermedias de productos dentro de los procesos misionales para la prestación del servicio.		No presenta	No se tiene caracterización de Producto y Servicio No Conforme de los procesos misionales	No se han realizado las mesas de trabajo con los líderes de los procesos para la identificación del Producto y Servicio No Conforme	No se cuenta con el talento humano suficiente que apoyen a los líderes los procesos en la realización de la caracterización del producto y servicio no conforme y los documentos				Vincular profesionales de apoyo para el equipo de planeación de la Entidad	Dispacho del Defensor	Humano, Financiero	Vincular 2 profesionales de apoyo para el equipo de la oficina de planeación.	N profesionales vinculados a la OP-2*100	02-may-16	15-jun-16				Se realizó la vinculación de 1 profesional especializado, al igual que un contratista para apoyo a la oficina de Planeación	Resolución de nombramiento, acta de inicio de contrato																					100%	Cerrado Eficaz
								No se tiene caracterización de Producto y Servicio No Conforme de los procesos misionales	No se han realizado las mesas de trabajo con los líderes de los procesos para la identificación del Producto y Servicio No Conforme	No se cuenta con el talento humano suficiente que apoyen a los líderes los procesos en la realización de la caracterización del producto y servicio no conforme y los documentos relacionados.				Realizar mesas de trabajo con los líderes de los procesos para elaborar la caracterización del Producto y Servicio No Conforme de los procesos misionales	Oficina de Planeacion y Lideres de procesos.	Humano	Realizar una mesas de trabajo por proceso para la caracterización de PSNC	N de mesas de trabajo-9/ (procesos misionales*10)	02-may-16	31-jul-16				Se llevaron a cabo mesas de trabajo con los líderes de los procesos misionales para la elaboración de la caracterización del Producto y Servicio No Conforme	Actas de memoria de reunion, carpeta de PDSC archivo de gestión oficina de planeación.																					100%	Cerrado Eficaz
								No se tiene caracterización de Producto y Servicio No Conforme de los procesos misionales	No se han realizado las mesas de trabajo con los líderes de los procesos para la identificación del Producto y Servicio No Conforme	No se cuenta con el talento humano suficiente que apoyen a los líderes los procesos en la realización de la caracterización del producto y servicio no conforme y los documentos relacionados.				Normalizar y publicar para su implementación la caracterización de PNSC	Oficina de Planeacion y Lideres de procesos.	Humano	8 caracterizaciones de PSNC normalizada y publicada	caracterizacion n de PSNC normalizada y publicada/8 (procesos misionales*10)	02-may-16	31-jul-16					Página web Sistema Integrado de Gestión Institucional.																					100%	Cerrado Eficaz
BV5	Auditoria Externa de Calidad	Auditoria Externa de Calidad	20-abr-16	Subproceso de Defensoría Pública	No es eficaz el control de los equipos de Seguimiento y de medición. Al verificar el ensayo para identificar el funcionamiento del arma de fuego se observa que no utiliza un pie de rey digital Nº 49235 Serie 500-197.338 no obstante no tiene la identificación del estado de su calibración, no se pudo establecer con que fecha se realizó la última calibración No se evidencia el mecanismo de consulta del estado de calibración cuando el técnico no se encuentre en las instalaciones de la Defensoría. (2)		No presenta	El inventario de los equipos de laboratorio se encuentra asignado a un funcionario que no hace parte de la planta, razón por la cual las bases de las áreas donde se encuentran los mismos las maneja cada quien	Las hojas de vida de los equipos de laboratorio se archivan en las áreas donde se encuentran los mismos	N/A				Las hojas de vida de los equipos de laboratorio se archivan en las áreas donde se encuentran los mismos	Organizar las hojas de vida de los equipos fuera de las áreas de los laboratorios	Acción Correctiva	Dirección Nacional Defensoría Pública	Humano	Tener las hojas de vida de los equipos de laboratorio en la oficina controlada	Hojas de vida equipos de laboratorio/No de equipos de laboratorio	23-may-16	31-dic-16																																	0%	abierto
									N/A									Implementar el Plan de Mantenimiento y Calibración de los equipos de laboratorios del GI D	Acción Correctiva	Direccion Nacional Defensoria Pública	Humano - Financiero	Equipos de laboratorios del GI D calibrados y/o con mantenimiento	No. de equipos de laboratorios del GI D calibrados y/o con mantenimiento /No. de equipos de laboratorios del GI D	23-may-16	31-dic-16																																	0%	abierto
BV6	Auditoria Externa de Calidad	Auditoria Externa de Calidad	20-abr-16	Gestión de Servicios Administrativos	No se cuenta con un adecuado control de registros. Los procesos Gestión Documental, Gestión Contractual, Gestión Financiera (Tesorería), Defensoría Publica, carpeta que no cumplen con la identificación adecuada, y condiciones de almacenamiento que no cumplen con las orientaciones técnicas del instructivo de correspondencia y archivo xD-I 02		No presenta	Hay debilidad en el control de registros por parte de las dependencias	Los servidores públicos de cada dependencia no están realizando el control de registro y disposicion final de documentos	Falta de una estrategia integral que involucre las diferentes areas en el cumplimiento de los requisitos de Gestion Documental.			Falta de una estrategia integral que involucre las diferentes areas en el cumplimiento de los requisitos de Gestion Documental.	Realizar jornadas de control de registros y archivo por parte de cada dependencia,	Acción Correctiva	Gestión de Servicios Administrativos	Humano	Dos jornadas de control de registros y archivos por cada dependencia de la entidad	N de jornadas de control de registros y archivos por dependencia /2*100	01-jun-16	31-dic-16																																	0%	abierto
																		Falta de una estrategia integral que involucre las diferentes areas en el cumplimiento de los requisitos de Gestion Documental.	Solicitar a cada dependencia mediante memorando la actualización de la relación de las personas con funciones de archivo y correspondencia.	Acción Correctiva	Gestión de Servicios Administrativos	Humano	Un memorando con solicitud de información	un memorando enviado/ 1*100	01-jun-16	30-jun-16																																	0%	abierto
																		Falta de una estrategia integral que involucre las diferentes areas en el cumplimiento de los requisitos de Gestion Documental.	Realizar visitas de seguimiento por parte de la oficina de archivos establecidos en el instructivo de correspondencia y archivo xD-I 02	Acción Correctiva	Gestión de Servicios Administrativos	Humano y Financiero	1 visita de seguimiento por dependencia y 1 visita se seguimiento por regional	N de visitas realizadas por dependencia /2*100 N° visitas realizadas por regional /1*100	02-may-16	31-dic-16																																	0%	abierto
50101	Informe Seguimiento a Indicadores de Proceso	Informe Seguimiento a Indicadores de Proceso Gestión del Talento Humano	08-jun-16	Gestión del Talento Humano	Durante la medición de los indicadores del proceso en el primer trimestre de 2016, se detectó que el indicador "Porcentaje de ejecución del presupuesto de funcionamiento" no alcanzó la meta establecida la meta definida del 20% (2301.796.900.80), quedando tan solo un cumplimiento del 0,115 (\$ 908.984.506).		No presenta	Debido a que no se pudo contratar las actividades definidas en la programación inicial	Desde la Subdirección Financiera no se otorgó viabilidad presupuestal para la ejecución de las actividades programadas	Desde el Ministerio de Hacienda se definieron nuevos lineamientos frente a la programación presupuestal, lo cual afectó tanto en los rubros de funcionamiento como de inversión.			No se alcanzó el nivel de compromiso de recursos tanto de funcionamiento como de inversión debido a nuevos directrices de austeridad del gasto por parte del Gobierno Nacional, donde se realizaron recortes en los presupuestos asignados a la entidad, afectando varios aspectos que no permitió realizar un compromiso de los recursos en actividades hasta no tener con claridad la información de la asignación definitiva y de esta forma priorizar los aspectos más relevante para la Entidad.	Realizar ajuste y actualización de la planeación de actividades del proceso, donde se ajuste la asignación presupuestal de acuerdo a las necesidades reales y a los techos presupuestales asignados por el Gobierno Nacional y su debida aprobación por parte del DNP.	Acción Correctiva	Subdirección de Gestión del Talento Humano	Recurso Humano: Responsables de Grupo; Profesional Especializado	Planeación de actividades estratégicas, operativas e inversión, ajustadas	N° de Planes ajustados/ N° de Planes a Ajustar	13-jun-16	12-ago-16																																	0%	abierto
1	Auditoria Externa de Calidad	Auditoria Externa de Calidad	01-jul-16	Gestión de Servicios Administrativos	No Conformidad # 1 Se tienen deficiencia en el control de los registros. Se evidencia que en la Regional Cali - Sede Central Grupo de Promoción y Divulgación Dirección Nal unidades de almacenamiento de los archivos de Gestión sin cumplir con los lineamientos de organización de Gestión Documental, En la Regional Cundinamarca carpetas de expedientes sin identificación de serie y sub serie. En los procesos de Investigación y análisis, Defensoría Publica, Gestión Financiera (Tesorería), la TRD vigente es general y no cubre todos los registros que se usan en las dependencias, en el area de Contabilidad.		No presenta	No se cuenta con un instrumento que permita identificar el tiempo de retención de los registros del Sistema de Gestión de Calidad y su disposición final.	NA	NA				No se cuenta con un instrumento que permita identificar el tiempo de retención de los registros del Sistema de Gestión de Calidad y su disposición final.	Diseñar un instrumento que permita identificar el tiempo de retención de los registros del Sistema de Gestión de Calidad y su disposición final.	Acción Correctiva	Grupo de Gestión Documental/ Oficina de Planeacion	Humanos	Un (1) Instrumento diseñado y publicado.	Numero de documentos diseñados y publicados / 1*100	14-jul-16	31-ago-16																																	0%	abierto
								Falta de una estrategia integral que involucre las diferentes areas en el cumplimiento de los requisitos de Gestion Documental.	No se cuenta con los recursos (talento humano e infraestructura) necesarios para el cumplimiento de las directrices de almacenamiento de los archivos.	NA	NA				No se cuenta con los recursos (talento humano e infraestructura) necesarios para el cumplimiento de las directrices de almacenamiento de los archivos.	Presentar una propuesta para la inclusión en el Plan Anual de Adquisiciones de la necesidades a nivel de infraestructura para la gestión documental.	Acción Correctiva	Grupo de Gestión Documental.	Humanos, Financieros	Propuesta presentada ante el Secretario General.	Numero de propuestas presentadas ante el Secretario General/ 1 *100	18-jul-16	31-oct-16																																	0%	abierto
2	Auditoria Externa de Calidad	Auditoria Externa de Calidad	01-jul-16	Direccionamiento Estratégico	No Conformidad # 2 No se han implementado de manera sistemática acciones correctivas y preventivas. Se observó que en las regionales Bolivar, Quindío, Tolima, Valle, se realizan reuniones de seguimiento a indicadores, pero no se encuentran registrados en un plan de mejoramiento y no se lleva un control		No presenta	Pese a que se toman decisiones y se establecen acciones de mejoramiento cuando se analizan los resultados en el Comité Coordinador, no son registrados en un plan de mejoramiento y no se lleva un control	No son claras las fuentes dentro del procedimiento SQ.PD4 que aclaren en que momento se deben formular acciones correctivas, preventivas y de mejora.	NA				No son claras las fuentes dentro del procedimiento SQ.PD4 que aclaren en que momento se deben formular acciones correctivas, preventivas y de mejora.	Modificar y/o ajustar el procedimiento SQ-PD4 Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora-ACPM, para clarificar las fuentes para la formulación de acciones.	Corrección	Oficina de Planeación	Humano	1 procedimiento ajustado	N° de procedimiento s/N° de procedimiento s ajustados	27-jul-16	30-ago-16																																	0%	abierto
																			Socializar el procedimiento SQ-PD4 Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora-ACPM a la defensoría delegadas, direcciones nacionales y defensorias regionales que intervienen en la prestación del servicios de la Defensoría del Pueblo	Acción Correctiva	Oficina de Planeación	Humano, Tecnológicos	Procedimiento socializado a las Delegadas, Direcciones y Regionales que intervienen.	N° socializaciones realizadas/N° de socializaciones a realizar	27-jul-16	30-ago-16																																	0%	abierto
																			Revisar y/o Ajustar la herramienta de consolidación y divulgación de los planes de mejoramiento de la Entidad.	Acción Correctiva	Oficina de Planeación	Humano, Tecnológicos	Herramienta revisada y ajustada	N° de herramientas actualizadas / N° de herramientas de ACPM.	27-jul-16	30-ago-16																																	0%	abierto

ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO

Código:	SQ_FOS
Versión:	3
Vigente desde:	29-08-2016

SECCIÓN 1: IDENTIFICACIÓN DEL HALLAZGO					Acción Registrada en Plan de mejoramiento	SECCIÓN 2: ANÁLISIS CAUSAS							SECCIÓN 3: PLAN DE MEJORAMIENTO								SECCIÓN 4: SEGUIMIENTO																											
																					PRIMER BIMESTRE			SEGUNDO BIMESTRE			TERCER BIMESTRE			CUARTO BIMESTRE			QUINTO BIMESTRE			SEXTO BIMESTRE																											
Nº	Fuente de hallazgo	Detalle de la fuente	Fecha hallazgo	Proceso - Subprocesos Afectados.	Hallazgo y/o Situación		PORQUE1	PORQUE2	PORQUE3	PORQUE4	PORQUE5	Causa(s) Raiz	ACCIÓN	Tipo de acción Propuesta	Responsable de ejecución	Recurso	Meta de la acción	Indicador	Fecha Inicio	Fecha Terminación	SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO	DOCUMENTOS SOPORTE	OBSERVACIONES OCI	SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO	DOCUMENTOS SOPORTE	OBSERVACIONES OCI	SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO	DOCUMENTOS SOPORTE	OBSERVACIONES OCI	SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO	DOCUMENTOS SOPORTE	OBSERVACIONES OCI	SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO	DOCUMENTOS SOPORTE	OBSERVACIONES OCI	SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO	DOCUMENTOS SOPORTE	OBSERVACIONES OCI	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	Estado de la Acción
3	Auditoria Externa de Calidad	Auditoria Externa de Calidad	01-jul-16	Procesos Misionales	No Conformidad # 3 8.3 No se registra detección del Servicio No conforme. No se evidencia registro de detección de producto/ servicio no conforme en la prestación del servicio dentro de los procesos misionales, en las regionales Proceso Promoción y Divulgación, Prevención y protección, Investigación y análisis.	No presenta	Los servidores públicos de la Defensoría del pueblo desconocen el procedimiento SQ-PO3 Control del producto y/o servicio no conforme	El procedimiento se implementa recientemente en la Defensoría del Pueblo y se desconocen los cambios de reportes del PSNC.	Falta de socialización del procedimiento SQ-PO3 Control del producto y/o servicio no conforme a cada uno de los servidores públicos intervinientes para conocer los tiempos de reporte.				Falta de socialización del procedimiento SQ-PO3 Control del producto y/o servicio no conforme a cada uno de los servidores públicos intervinientes para conocer los tiempos de reporte.	Ajustar el procedimiento SQ-PO3 Control del producto y/o servicio no conforme, con el fin de establecer tiempos de reporte de PSNC.	Corrección	Oficina de Planeación	Humano	1 procedimiento ajustado	Nº de procedimiento ajustado	07-jul-16	30-ago-16																																	0%	Abierto
													Socializar el procedimiento SQ-PO3 Control del producto y/o servicio no conforme y los documentos relacionados a las defensorias delegada, direcciones nacionales y defensorias regionales que intervienen en la prestación del servicio de la Defensoría del Pueblo	Acción Correctiva	Oficina de Planeación	Humano	Procedimiento socializado a las Delegadas, Direcciones y Regionales que intervienen.	Nº socializaciones realizadas/Nº de Socializaciones a realizar	08-jul-16	30-ago-16																																	0%	Abierto
													Una vez socializados el procedimiento, emitir un comunicado interno mensual durante seis meses por parte de los líderes de los procesos a los servidores públicos que intervienen en la prestación del servicio, para generar cultura de reporte.	Acción Correctiva	Líderes de los procesos misionales	Humano	Generar cultura de reporte PSNC	Nº de comunicados emitidos / 6	05-ago-16	05-feb-16																																	0%	Abierto
4	Auditoria Externa de Calidad	Auditoria Externa de Calidad	01-jul-16	Subprocesos de Defensoría Pública	No Conformidad # 4 7.6 No es eficaz el control de los equipos de seguimiento y medición. Se observa en el formato Determinación de aptitud del proyecto de vivienda. Luego, se observa que se utilizan equipos de medición como pie de rey digital Serie CD-8"CSX-B y balanza Serie # 1490555, para los que se evidencia que no se tiene planificada la frecuencia de su calibración, no existen registros del resultado y estado de su calibración.	No presenta	No se encuentra los certificados de calibración de equipos de medición en la hoja de vida.	No se han realizado la calibración de los equipos de medición	No se cuenta con un plan de mantenimiento de calibración de equipos de medición, ya que no se contaba con los recursos para su realización				No se cuenta con un plan de mantenimiento de calibración de equipos de medición, ya que no se contaba con los recursos para su realización	Elaborar un plan de mantenimiento y calibración de los equipos de medición	Corrección	Subprocesos de Defensoría Pública	Humano	un plan de mantenimiento y calibración de los equipos de medición	Numero de planes de mantenimiento y calibración elaborados/1* 100	15-jul-16	31-dic-16																																	0%	Abierto
													Desarrollar un proyecto de inversión que permita la financiación del mantenimiento y calibración de los equipos de medición de la Defensoría del Pueblo.	Acción Correctiva	Subprocesos de Defensoría Pública	Humano, Financiero	Un proyecto de inversión	Numero de proyectos formulados y aprobados por el DNP/1*100	15-jul-16	31-dic-16																																			0%	Abierto
5	Auditoria Externa de Calidad	Auditoria Externa de Calidad	01-jul-16	Promoción y Divulgación	No Conformidad # 5 7.5.1 Debilidades en el control de la prestación del servicio. Se evidenció que en el proceso de promoción y divulgación sede central y regional Bolívar no se diligencia en todos los casos el formato de evaluación de las capacitaciones. En la Regional Quindío no se diligenció el registro solicitud del servicio para el radicado RUD- 34889-2016. En la regional Valle del cauca no se encuentra la	No presenta	Porque al momento de realizar las capacitaciones no se tenia conocimiento del formato de evaluación de la misma.	Falta de socialización de los formatos actualizados.	Falta una estrategia efectiva de Divulgación de los documentos y formatos del Listado Maestro de Documentos.	Falta una estrategia efectiva de Divulgación de los documentos y formatos del Listado Maestro de Documentos.	Divulgar cada dos semanas, mediante las herramientas de comunicación internas de la Defensoría del Pueblo los documentos actualizados y/o creados en el Listado Maestro de Documentos.	Acción Correctiva	Jefe Oficina de Planeación	Humanos	12 comunicados que contengan información de las modificaciones del Listado Maestro de Documentos.	Numero de comunicaciones realizadas/12* 100	15-jul-16	31-dic-16																																			0%	Abierto
													Socializar mediante memorando y en el boletín de la Dirección, la actualización o novedades del procedimiento de Formación en Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario a todas la regionales	Corrección	Dirección Nacional de Promoción y Divulgación	Humanos	36 socializaciones	Numero de socializaciones realizadas/ 36* 100	01-ago-16	31-ago-16																																			0%	Abierto
	406001	Delegada para Asuntos Agrarios y Tierras.	18-abr-16	Gestión Contractual.	1. No se evidencia actualización del RUT para contratistas 2015 y 2016 (Ejemplo: Contrato 406-2016 a partir de la reforma tributaria del 2015 entre otros cambios código de actividades 2015 frente a las realizadas en 2015) de la muestra seleccionada.	No presenta	El Punto de Control de la actividad en el procedimiento pre-contractual no fue eficaz.	No se verificó el cumplimiento de este requisito.	La lista de chequeo contiene el listado de documentos que se requieren para su contratación, pero no hay indicaciones sobre su contenido o sobre las actualizaciones que se den en la normatividad.			Se hizo una revisión de cumplimiento de documentos, pero no se revisa su actualización.	Verificación de la fecha de expedición del RUT.	Acción Correctiva	Delegada para Asuntos Agrarios y Tierras	Humano Tecnológico	Revisión actualización RUT	Numero de Contratos con Rut actualizados año 2016.	01-may-16	30-jun-16													Revisión RUT Actualizada en Contratos			Revisión RUT Actualizada en Contratos																					100%	Cerrada Eficaz
	406002	Delegada para Asuntos Agrarios y Tierras.	18-abr-16	Gestión Contractual.	2. En los informes de actividades reportados por el contratista Andrés López González, esta pendiente la firma del mismo, por los periodos de junio a diciembre del 2015	No presenta	No se verificó el cumplimiento de este requisito, por parte del Supervisor, el de la Delegada.	Había confusión sobre las firmas que debía contener el informe de actividades.	Había un error en el formato de informe de actividades de los contratistas.			Había un error en el formato de informe de actividades de los contratistas.	Corregir el formato de informe de actividades de los contratistas de la Delegada (Actividad ya realizada) Enviar un oficio a los supervisores de los contratos de la Defensoría Delegada para Asuntos Agrarios y Tierras con el fin de que verifiquen todos los requisitos para autorizar el pago de los contratistas.	Acción Correctiva	Delegada para Asuntos Agrarios y Tierras	Humano Tecnológico	Ajuste del formato de informe de actividades	Formato de informe de actividades corregido y socializado a supervisores de contratos de la Delegada.	01-may-16	01-jul-16													Informe reportado corregido			Informe reportado corregido			Informe reportado corregido			Se evidencio el cumplimiento de la recomendación.																					100%	Cerrada Eficaz
	406003	Delegada para Asuntos Agrarios y Tierras.	18-abr-16	Gestión de Servicios Administrativos	3. La Delegada no cuenta con Tabla de Retención Documental aprobada.	No presenta	La ultima tabla de retención documental aprobada se expidió en 2009, antes de la creación de la Delegada.	A pesar de que se cuenta con un TRD aprobada por el Comité de archivo, el archivo General de la Nación no ha aprobado la tabla propuesta.	N/a			El archivo General de la Nación no ha aprobado la TRD de la Delegada Agrarias	La Delegada para Asuntos Agrarios y Tierras ya remitió un memorando solicitando al Grupo de Gestión Documental la aprobación de la TRD, a partir de esta solicitud se realizaron dos reuniones entre la Delegada y el Grupo, una primera para dar lineamientos sobre lo que se podía hacer mientras se aprueba la TRD por parte del Archivo y en la segunda para revisar como se está avanzando en la organización del archivo.	Acción Correctiva	Delegada para Asuntos Agrarios y Tierras	Humano	Gestión para actualización de la TRD	Memorando de interacción solicitud de aprobación de TRD. Reuniones con el Grupo de Gestión Documental.	01-feb-16	30-abr-16													Se remitió memorando a Subdirección Administrativa - Grupo de gestión documental la aprobación de la TRD.	Se remitió memorando a Subdirección Administrativa - Grupo de gestión documental la aprobación de la TRD.	Se esta aplicando la normado y recomendado en la gestión documental.																					100%	Cerrada Eficaz
	406004	Delegada para Asuntos Agrarios y Tierras.	18-abr-16	Gestión de Servicios Administrativos	4. No existe el Formato Único de Inventario Documental para los archivo de gestión.	No presenta	El archivo esta en proceso de organización.	No se cuenta con la TRD de la Delegada.	El AGN no ha aprobado la TRD			El archivo General de la Nación no ha aprobado la TRD de la Delegada Agrarias	Organizar los archivos de acuerdo a los asuntos y temas previstos en la propuesta de TRD de la Delegada, siguiendo las normas de archivo y elaborar el inventario documental del archivo de gestion.	Acción Correctiva	Delegada para Asuntos Agrarios y Tierras	Humano	Formato Unico de Inventario Documental elaborado	Formato Unico de Inventario Documental	01-may-16	31-dic-16													Se elaboro Formato Unico de inventario documental.	Se elaboro Formato Unico de inventario documental.																					70%	En Ejecución
	406005	Delegada para Asuntos Agrarios y Tierras.	18-abr-16	Gestión de Servicios Administrativos	5. Las Cajas y Carpetas no están identificadas con el rotulo.	No presenta	El archivo esta en proceso de organizacion.	No se cuenta con la TRD de la Delegada.	El AGN no ha aprobado la TRD			El Archivo General de la Nación no ha aprobado la TRD de la Delegada Agrarias	Organizar los archivos de acuerdo a los asuntos y temas previstos en la propuesta de TRD de la Delegada y siguiendo las normas de archivo	Acción Correctiva	Delegada para Asuntos Agrarios y Tierras	Humano	Archivo de gestión de la Delegada organizado	Cajas, carpetas y cajas de archivo de la Delegada organizadas de acuerdo a las normas de archivo	01-may-16	31-dic-16													Se inicio la organización de carpetas y cajas de archivo de acuerdo a la TRD.	Se inicio la organización de carpetas y cajas de archivo de acuerdo a la TRD.																					70%	En Ejecución
	406006	Delegada para Asuntos Agrarios y Tierras.	18-abr-16	Direccionamiento Estratégico	6. Se evidencio en el Sistema Strategos, alertas en rojo en el indicador avance promedio y divulgación de la PQR con el indicador avance promedio de la PQR del 2015, se observa que Guías sobre rutas de acceso a derechos acceso a tierra, financiamiento, asistencia técnica...	No presenta	Durante el mes de abril se presentó un retraso en el cumplimiento del avance, sin embargo se tomaron las correcciones y esta actividad se pudo cumplir en el año.	No se dejo evidencia de la realización de las reuniones que se realizaron para el seguimiento del POE y Acciones correctivas.	N/a			No se dejo evidencia de la realización de las reuniones que se realizaron para el seguimiento del POE y Acciones correctivas.	Realizar el control mensual de los avances en el POE. Frente a las alertas que genera Strategos señalar las razones del retraso en el cumplimiento y las acciones correctivas.	Acción Correctiva	Delegada para Asuntos Agrarios y Tierras	Humano	Seguimiento mensual al POE	Ayudas de memoria de seguimiento y soportes de actividades del POE	01-may-16	31-ene-17													Se efectua seguimiento al Sistema Strategos.	Se efectua seguimiento al Sistema Strategos.	Se efectua seguimiento mensualmente.																					70%	En Ejecución
1	Auditoria Interna de Gestión	Delegada de Salud	29-dic-15	Evaluación y Seguimiento	No realizan dentro de la periodicidad requerida las reuniones de seguimiento a la gestión tal y como lo establece la Resolución 1692 de 2013, cada mes durante los cinco primeros días	No presenta	No se tenia claro el termino establecido en la resolución 1692 de 2013	Por interpretación errónea de la resolución 1692 de 2013	Desconocimiento del contenido de la norma			Desconocimiento del contenido de la norma	Realizar capacitación en normatividad relacionada con el seguimiento a la gestión Realizar (un) 1 cuadro de seguimiento POE y PAA a más tardar el quinto día hábil del mes siguiente al mes ejecutado	Acción Correctiva	Norberto Acosta	Logísticos y Humanos	Realizar reuniones de seguimiento a la gestión dentro de los términos establecidos en la resolución 1692 de 2013.	N° de reuniones realizadas	01-feb-16	31-dic-16													Se realizo reunión de seguimiento al PAA y POE.	Actas de reunión de Febrero, Marzo y Abril de 2016	Se verificó los documentos anexados en el menuipr electrónico del 21-09-2016 y son coincidentes con lo avanzado	Se realizo reunión de seguimiento al PAA y POE.	Actas de reunión de Mayo, Junio, Julio de 2016	Se verificó los documentos anexados en el menuipr electrónico del 21-09-2016 y son coincidentes con lo avanzado																					50%	En Ejecución
2	Auditoria Interna de Gestión	Delegada de Salud	29-dic-15	Gestión de Servicios Administrativos	Las actas que reposan en la carpeta no contienen todas las firmas en señal de aceptación y aprobación de los que asistieron a las reuniones	No presenta	No se encuentra la recolección de firmas	Actas de reunión que reposan en la carpeta de actas de comité.	Se verificó los documentos anexados en el menuipr electrónico del 21-09-2016 y son coincidentes con lo avanzado			Desconocimiento de la gestión documental del Sistema de Gestión de Calidad	Realizar una capacitación de la gestión documental existente en el proceso Hacer parte integral de las actas, las firmas de los participantes como señal de aceptación	Acción Correctiva	Norberto Acosta	Logísticos y Humanos	Contar con las actas firmadas por todos los participantes en los comités	N° de actas firmadas completamente	01-feb-16	31-dic-16													Se realizo recolección de firmas	Actas de reunión que reposan en la carpeta de actas de comité.	Se verificó los documentos anexados en el menuipr electrónico del 21-09-2016 y son coincidentes con lo avanzado	Se realizo recolección de firmas	Actas de reunión que reposan en la carpeta de actas de comité.	Se verificó los documentos anexados en el menuipr electrónico del 21-09-2016 y son coincidentes con lo avanzado																					50%	En Ejecución
3	Auditoria Interna de Gestión	Delegada de Salud	29-dic-15	Evaluación y Seguimiento	La Delegada no tiene riesgos identificados para el tema de gestión documental	No presenta	No se separaron los riesgos de información digital e información documental	En la identificación de riesgos no se tuvo en cuenta el de gestión documental	Se realizo el Análisis de Riesgo en la matriz general			Se interpreto que al incluirse en la matriz de riesgos no era necesario realizar la identificación de los mismos.	Realizar la identificación de riesgos de gestión documental	Acción Correctiva	Norberto Acosta	Logísticos y Humanos	Incluir en la matriz de riesgos, los asociados a la gestión documental	N° de Riesgo identificado	01-may-16	31-dic-16													Se realizo solicitud por medio de acta de memoria y correo electrónico donde se hace el Monitoreo y seguimiento a los riesgos identificados en la Oficina de Comunicación en la Delegada para la Salud, la Seguridad Social y la Discapacidad e incorporación de otros riesgos. Seguimiento 1 Mayo a 30 de Agosto de 2016	Acta de memoria	Se verificó los documentos anexados en el menuipr electrónico del 21-09-2016 y son coincidentes con lo avanzado	Se realizo solicitud por medio de acta de memoria y correo electrónico donde se hace el Monitoreo y seguimiento a los riesgos identificados en la Oficina de Comunicación en la Delegada para la Salud, la Seguridad Social y la Discapacidad e incorporación de otros riesgos. Seguimiento 1 Mayo a 30 de Agosto de 2016	Acta de memoria	Se verificó los documentos anexados en el menuipr electrónico del 21-09-2016 y son coincidentes con lo avanzado																					50%	En Ejecución
4	Auditoria Interna de Gestión	Delegada de Salud	29-dic-15	Gestión de Servicios Administrativos	Tabla de retención documental (TRD) desactualizada	No presenta	La Delegada no cuenta con TRD aprobada	No se encuentra utilizando la TRD debido a que la delegada fue creada mediante resolución 320 de 2012	No esta aprobada la TRD por el Archivo General de la Nacion			No esta aprobada la TRD por el Archivo General de la Nacion	Revisar en forma conjunta con el grupo de gestión documental los ajustes que requiere la TRD. Gestionar ante la subdirección Administrativa la aprobación de la TRD La delegada empezara a aplicar la TRD una vez este aprobada en el archivo general de la nación, pero se realizara toda la identificación y clasificación de la documentación segun las directrices establecidas por la dependencia de Gestión Documental	Acción Correctiva	Norberto Acosta	Logísticos y Humanos	Utilizar la TRD aprobada por el archivo general de la nación	TRD aplicada	Una vez esta aprobada la TRD	31-dic-16													Se realiza la Organización de Archivo de Gestión y Transferencias Documentales segun lo establecido en el procedimiento Código: AD-PO8 y los formatos establecidos para la ejecución del mismo	Formato único de inventario documental, identificación caja de archivo, identificación de carpetas y hoja de control	Se verificó los documentos anexados en el menuipr electrónico del 21-09-2016 y son coincidentes con lo avanzado	Se realiza la Organización de Archivo de Gestión y Transferencias Documentales segun lo establecido en el procedimiento Código: AD-PO8 y los formatos establecidos para la ejecución del mismo	Formato único de inventario documental, identificación caja de archivo, identificación de carpetas y hoja de control	La Delegada de Salud debe replantear la acción y el indicador, por cuanto no se puede exponer que la TRD esta convalidada por el Archivo General de la Nación.																					0%	En Ejecución
5	Auditoria Interna de Gestión	Delegada de Salud	29-dic-15	Gestión de Servicios Administrativos	Organizacion del archivo de gestion. Carpetas que no estan rotuladas conforme al Manual de Archivo y su disposicion en las estanterias no cumplen con organizacion establecida	No presenta	La Delegada no cuenta con TRD aprobada	No se encuentra utilizando la TRD debido a que la delegada fue creada mediante resolución 320 de 2012	No esta aprobada la TRD por el Archivo General de la Nacion			No esta aprobada la TRD por el Archivo General de la Nacion	Revisar en forma conjunta con el grupo de gestión documental los ajustes que requiere la TRD. Gestionar ante la subdirección Administrativa la aprobación de la TRD La delegada empezara a aplicar la TRD una vez este aprobada en el archivo general de la nación, pero se realizara toda la Organización de Archivo de Gestión y Transferencias Documentales segun las directrices establecidas por la dependencia de Gestión documental	Acción Correctiva	Norberto Acosta	Logísticos y Humanos	Organizar el Archivo de Gestión y Transferencia Documental segun el procedimiento Codigo: AD-PO8	100% de documentos organizados	01-ene-16	31-dic-16													Se realiza la Organización de Archivo de Gestión y Transferencias Documentales segun lo establecido en el procedimiento Codigo: AD-PO8 y los formatos establecidos para la ejecución del mismo	Formato único de inventario documental, identificación caja de archivo, identificación de carpetas y hoja de control	Se verificó los documentos anexados en el menuipr electrónico del 21-09-2016 y son coincidentes con lo avanzado	Se realiza la Organización de Archivo de Gestión y Transferencias Documentales segun lo establecido en el procedimiento Codigo: AD-PO8 y los formatos establecidos para la ejecución del mismo	Formato único de inventario documental, identificación caja de archivo, identificación de carpetas y hoja de control	Se verificó los documentos anexados en el menuipr electrónico del 21-09-2016 y son coincidentes con lo avanzado																					50%	En Ejecución
6	Auditoria Interna de Gestión	Delegada de Salud	29-dic-15	Gestión de Servicios Administrativos	Las cajas utilizadas para archivar las carpetas no están rotuladas conforme al Manual de Archivo y su disposicion en las estanterias no cumplen con organizacion establecida	No presenta	La rotulación de las cajas en la Delegada de la salud se estaba realizando con base en los formatos vigentes hasta el 01 de diciembre de 2015	Desconocimiento del Instructivo de Comunicaciones Oficiales y Organización de Archivos.	Falta de capacitación de los funcionarios			Falta de capacitación de los funcionarios	Capacitar a las funcionarios para la aplicación del procedimiento Codigo: AD-PO8 Organización Archivos de Gestión y Transferencias Documentales, el formato Codigo: AD-PO8-F12, el Instructivo de Comunicaciones Oficiales y Organización de Archivos.	Acción Correctiva	Norberto Acosta	Logísticos y Humanos	Rotular las cajas de archivo segun formato vigente y organizar el archivo de gestion	N° de cajas rotuladas y organizadas segun formato vigente	01-ene-16	31-dic-16													Se realiza la rotulación de las cajas segun el procedimiento Codigo: AD-PO8 Organización Archivos de Gestión y Transferencias Documentales y el formato Codigo: AD-PO8-F12, de igual manera se organiza segun el Instructivo de Comunicaciones Oficiales y Organización de Archivos.	Caja organizadas y rotuladas en la estanteria de la delegada de la salud	Se verificó los documentos anexados en el menuipr electrónico del 21-09-2016 y son coincidentes con lo avanzado	Se realiza la rotulación de las cajas segun el procedimiento Codigo: AD-PO8 Organización Archivos de Gestión y Transferencias Documentales y el formato Codigo: AD-PO8-F12, de igual manera se organiza segun el Instructivo de Comunicaciones Oficiales y Organización de Archivos.	Caja organizadas y rotuladas en la estanteria de la delegada de la salud	Se verificó los documentos anexados en el menuipr electrónico del 21-09-2016 y son coincidentes con lo avanzado																					50%	En Ejecución
7	Auditoria Interna de Gestión	Delegada de Salud	29-dic-15	Gestión de Servicios Administrativos	Inventario de documentos que tiene la delegada se realizó en formato diferente formato al aprobado por el Sistema de Gestión Documental: ADPO08-F11	No presenta	El inventario de documentos se estaba realizando con base en los formatos vigentes hasta el 01 de diciembre de 2015	No se revisa el formato actualizado el 2 de diciembre de 2015.	Falta de capacitación de los funcionarios			Falta de capacitación de los funcionarios	Capacitar a los funcionarios en la adopción del formato ADPO08-F11.	Acción Correctiva	Norberto Acosta	Logísticos y Humanos	Realizar el inventario documental en el formato vigente	N° de carpetas relacionadas en el formato	01-ene-16	31-dic-16													Se realiza el inventario conforme al formato único de inventario documental Codigo: AD-PO8-F11	Formato Código: AD-PO8-F11 en magnéticos y físico	Se verificó los documentos anexados en el menuipr electrónico del 21-09-2016 y son coincidentes con lo avanzado	Se realiza el inventario conforme al formato único de inventario documental Codigo: AD-PO8-F11	Formato Código: AD-PO8-F11 en magnéticos y físico	Se verificó los documentos anexados en el menuipr electrónico del 21-09-2016 y son coincidentes con lo avanzado																					50%	En Ejecución
8	Auditoria Interna de Gestión	Delegada de Salud	29-dic-15	Gestión de Servicios Administrativos	Se dispone de equipos para la atención de desastres como extintores de CO2, solkaflan o multipropósito pero con la carga vencida.	No presenta	No se realizó revisión de los equipos de atención de desastres por no ser de competencia de la delegada	La función especifica para la gestión de recursos físicos esta bajo la responsabilidad de la Subdirección administrativa, como lo establece el Decreto 025 de 2014.				Falta de capacitación de los funcionarios	Solicitar a la subdirección administrativa la recarga de los extintores existentes en la Delegada de la Salud	Acción Correctiva	Subdirección Administrativa	Logísticos y Humanos	Disponer de extintores para la atención de desastres	Extintor con recarga vigente	01-oct-16	31-dic-16													Se cuenta con extintores recargados vigentes fecha de vencimiento diciembre de 2016, por otro lado se realizo traslado a la sede Centro.	Extintor delegada de la salud	Se verificó los documentos anexados en el menuipr electrónico del 21-09-2016 y son coincidentes con lo avanzado	Se realizo traslado de sede a la Cra 9 No. 16 - 21		Se verificó los documentos anexados en el menuipr electrónico del 21-09-2016 y son coincidentes con lo avanzado																					50%	En Ejecución
9	Auditoria Interna de Gestión	Delegada de Salud	29-dic-15	Evaluación y Seguimiento	Por falla en los controles en gestión documental se encontraron los radicados numeros 20150082707, 20150027236 de Claudia Patricia Alvarado Pachon y 20150064631, 20150064771, 20150064771 y 20150064793, oficios del 23 de octubre de 2015 de Rodrigo Alberto Zapata Sierra.	No presenta	No se realiza el registro de estos radicados en el formato establecido en el procedimiento, ni se informa al jefe inmediato de los mismos	Se realiza devolución correspondencia por comunicación verbal				Se realiza devolución correspondencia por comunicación verbal	Aplicar el formato AD-P06-F24	Acción Correctiva	Norberto Acosta	Logísticos y Humanos	Mejorar los controles de correspondencia	N° de documentos Devueltos por falta de competencia	01-ene-16	31-dic-16													Se realiza diligenciamiento en el formato Codigo: AD-P06-F24	Oficio, memorando y formatos diligenciados Código: AD-P06-F24 en medio físico	Se verificó los documentos anexados en el menuipr electrónico del 21-09-2016 y son coincidentes con lo avanzado	Se realiza diligenciamiento en el formato Codigo: AD-P06-F24	Oficio, memorando y formatos diligenciados Código: AD-P06-F24 en medio físico	Se verificó los documentos anexados en el menuipr electrónico del 21-09-2016 y son coincidentes con lo avanzado																					50%	En Ejecución
10	Auditoria Interna de Gestión	Delegada de Salud	29-dic-15	Gestión de Servicios Administrativos	La planilla de entrega de correspondencia no cumple con los parámetros establecidos en el Sistema de Gestión de Calidad, uso del formato AD-P06-F26	No presenta	No se tenia conocimiento del formato establecido código: AD-P06-F26	Desconocimiento de la gestión documental de la oficina de correspondencia	Falta de capacitación en la gestión documental del Sistema de Gestión de Calidad			Falta de capacitación en la gestión documental del Sistema de Gestión de Calidad	Realizar capacitación para el manejo de la planilla de entrega de correspondencia formato AD-P06-F26	Acción Correctiva	Norberto Acosta	Logísticos y Humanos	Realizar entrega de correspondencia en la planilla vigente.	Correspondencia entregada	01-ene-16	31-dic-16													Se realiza entrega de correspondencia en el formato código AD-P06-F26	Formato código AD-P06-F26 en medio magnético e impreso	Se verificó los documentos anexados en el menuipr electrónico del 21-09-2016 y son coincidentes con lo avanzado	Se realiza entrega de correspondencia en el formato código AD-P06-F26	Formato código AD-P06-F26 en medio magnético e impreso	Se verificó los documentos anexados en el menuipr electrónico del 21-09-2016 y son coincidentes con lo avanzado																					50%	En Ejecución
11	Auditoria Interna de Gestión	Delegada de Salud	29-dic-15	Evaluación y Seguimiento	Correspondencia devuelta desde el mes de abril de 2015 sin realizarle ninguna gestión	No presenta	No se registro e informa la correspondencia devuelta al jefe inmediato	N/A				No se registro e informa la correspondencia devuelta al jefe inmediato	Aplicar el formato AD-P06-F24	Acción Correctiva	Norberto Acosta	Logísticos y Humanos	Mejorar los controles de correspondencia	Correspondencia de devoluciones gestionadas	01-ene-16	31-dic-16													Se realiza gestión a la oficina jurídica en relación al concepto en materia de notificación respuesta a petición ante la ausencia de información frente a la dirección de notificación. Se realiza diligenciamiento en el formato Código: AD-P06-F24	Oficio, memorando y formatos diligenciados Código: AD-P06-F24 en medio físico	Se verificó los documentos anexados en el menuipr electrónico del 21-09-2016 y son coincidentes con lo avanzado	Se realiza diligenciamiento de seguimiento en la planilla Codigo: AD-P06-F24. Planilla Devolución de Comunicaciones Oficiales Enviadas	Formato Código: AD-P06-F24	Se verificó los documentos anexados en el menuipr electrónico del 21-09-2016 y son coincidentes con lo avanzado																					50%	En Ejecución
12	Auditoria Interna de Gestión	Delegada de Salud	29-dic-15	Evaluación y Seguimiento	En la rotación de funciones no se halló la entrega de los documentos y archivos debidamente inventariados para garantizar la continuidad de la gestión (Acuerdo 038 de 2002)	No presenta	Se expidieron oficios de entrega y recibo de documentos, pero no se ha relación de los mismos	Desconocimiento de la normatividad aplicable en archivos e inventarios	Falta de capacitación en normas de archivo e inventarios por parte del personal			Falta de capacitación en normas de archivo e inventarios por parte del personal	Capacitar a las funcionarios en normas de archivo e inventarios	Acción Correctiva	Norberto Acosta	Logísticos y Humanos	Realizar la entrega de los documentos y archivos inventariados	N° de actas	01-ene-16	31-dic-16													Se realiza entrega de documentos, inventarios y archivos.	Acta de entrega e inventario de archivo	Se verificó los documentos anexados en el menuipr electrónico del 21-09-2016 y son coincidentes con lo avanzado	No se ha realizado rotación de funciones durante este periodo		Se verificó los documentos anexados en el menuipr electrónico del 21-09-2016 y son coincidentes con lo avanzado																					50%	En Ejecución
				229	239							263																																											

Nº: Número consecutivo ascendente de hallazgos , asignado por la Oficina de Control Interno
Fuente del hallazgo: Identificación de la fuente del hallazgo
Detalle de la fuente: Nombre del informe o documento dado por quien detecto el hallazgo (Revisión por la Dirección, PQRSDSF etc...)
Fecha hallazgo: Dia, mes, año del informe o documento de quien detecto el hallazgo
Proceso afectado: Tomado de la lista desplegable
Hallazgo y/o Situación: Transcripción del hallazgo presentado en el informe o documento
Acción Registrada en Plan de mejoramiento: Seleccionar de la lista desplegable SI o NO
Acción: Actividades que se realizaran para erradicar el hallazgo con el fin de corregir la situación detectada
Tipo de acción: Correctiva, preventiva, mejora
Meta de la acción: Resultado que se espera obtener al terminar las acciones
Indicador: Relación de variables con el fin medir el estado de avance de las acciones para subsanar la situación encontrada
Fecha inicio: Dia, mes año en el cual se inicia la acción
Fecha de terminación: Dia, mes año en el cual se termina la acción teniendo en cuenta el plazo considerado para realizar las acciones pertinentes
Estado de la acción: Abierta, cerrada, cerrada

Notas Control Interno:
1- Herramienta consolidada de los planes de mejoramiento formulados y publicados en la Web a 12 de octubre del 2016.
2- Se realiza seguimiento a estos planes de mejoramiento sobre la version 3 y se consolidan unos seguimiento aclaratorios previamente por la Oficina de Control Interno

INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO A LOS PLANES DE MEJORAMIENTO

1. Introducción y alcance

La Oficina de Control Interno, en desarrollo de su rol de evaluación al componente de planes de mejoramiento, realiza tareas y actividades de verificación y evaluación al cumplimiento de las metas y acciones de mejora propuestas por los líderes de los procesos frente al resultado de los informes generados por esta oficina.

Se debe entender que como elemento de control, los planes de mejora por proceso buscan fortalecer su desempeño y funcionamiento, en procura de garantizar el cumplimiento de los objetivos de la entidad en su conjunto.

Este seguimiento, toma en consideración para determinar su alcance, los hallazgos, conclusiones y recomendaciones realizadas en los informes que como producto del rol de auditoría interna, ha efectuado la Oficina de Control Interno desde la vigencia de 2013[1] hasta la fecha de cierre de este informe 31 de octubre de 2015 y los correspondientes planes de mejoramiento que las distintas dependencias han formulado y suscrito, teniendo en cuenta que es deber de todo servidor público asumir con responsabilidad el compromiso del mejoramiento continuo.

2. Objetivos

2.1. Verificar el cumplimiento de las acciones planteadas en los planes de mejoramiento presentados por las diferentes dependencias, como resultado de los hallazgos, conclusiones y recomendaciones efectuadas en los diferentes informes producidos por la Oficina de Control Interno.

2.2. Revisar la existencia de los soportes y evidencias para las acciones del plan de mejoramiento y/o sus metas.

2.3. Evaluar la efectividad de las acciones propuestas dentro de los planes de mejoramiento.

2.4. Comprobar que las actividades y productos estratégicos que desarrolla la Oficina de Control Interno son conducentes al logro de los objetivos y resultados del Plan Estratégico de la Entidad.

3. Normatividad

Constitución Política de Colombia, artículos 209 y 269.

Ley 87 de 1993 "Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones".

[1] Defensorías Regionales de Valle, Bogotá y proceso Tecnologías de la Información.

Ley 734 de 2002, artículo 34, numeral 31. *Código Disciplinario Único.*

Decreto 1537 de 2001 "Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 87 de 1993 en cuanto a elementos técnicos y administrativos que fortalezcan el sistema de control interno de la entidades y organismos del Estado".

Decreto 943 de 2014 "Por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno – MECI".

Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombianos MECI 2014 del Departamento Administrativo de la Función Pública.

Resolución 865 de 2011 "Por medio de la cual se establecen los instrumentos requeridos para la adopción de acciones de mejoramiento institucional y por proceso, en la Defensoría del Pueblo".

Resolución 602 de 2013 "Por medio de la cual se ajusta la reglamentación del Sistema de Control Interno en la Defensoría del Pueblo, de conformidad con la legislación vigente y se asignan responsabilidades".

Resolución 603 de 2013 "Por medio de la cual se adopta de forma articulada el Modelo Estándar de Control Interno-MECI 1000:2005 y el Sistema de Gestión de Calidad NTCGP:1000:2009".

Resolución 1014 de 2013 "Por medio de la cual se adopta el Plan Estratégico de la Defensoría del Pueblo para la vigencia 2013-2016".

Resolución 1692 de 2013 "Por medio de la cual se deroga la Resolución 349 de 2010 y se adopta el Sistema de Información y Control de Gestión "STRATEGOS" como la herramienta para el seguimiento y control del Plan Estratégico, del Plan Operativo Estratégico y de los Planes de Acción Anuales de las dependencias de la Defensoría del Pueblo".

Resolución 065 de 2014 "Por la cual se adopta el Manual Específico de funciones por competencias laborales, requisitos y equivalencias de empleos de la planta de personal de la Defensoría del Pueblo".

Circular 001 de 2014 "Cumplimiento Planeación Estratégica".

Las normas antes relacionadas no son taxativas sino meramente descriptivas.

4. Metodología

El ejercicio de la actividad relacionada con el seguimiento a los planes de mejoramiento por procesos, se ejecutó de la siguiente manera:

4.1. Se realizó el inventario de informes generados por la Oficina de Control Interno desde vigencia 2013 hasta el 31 de octubre de 2015.

4.2. Se les solicitó a los líderes de los procesos y/o actividades la formulación de los planes de mejoramiento mediante oficio, reiterándoles en algunos casos la petición por mensaje electrónico.

4.4. Se revisaron los planes de mejoramiento propuestos por cada área auditada.

4.5. Se efectuó la verificación detallada de los soportes de esas acciones o metas con el fin de establecer si su contenido guardaba coherencia con las acciones propuestas.

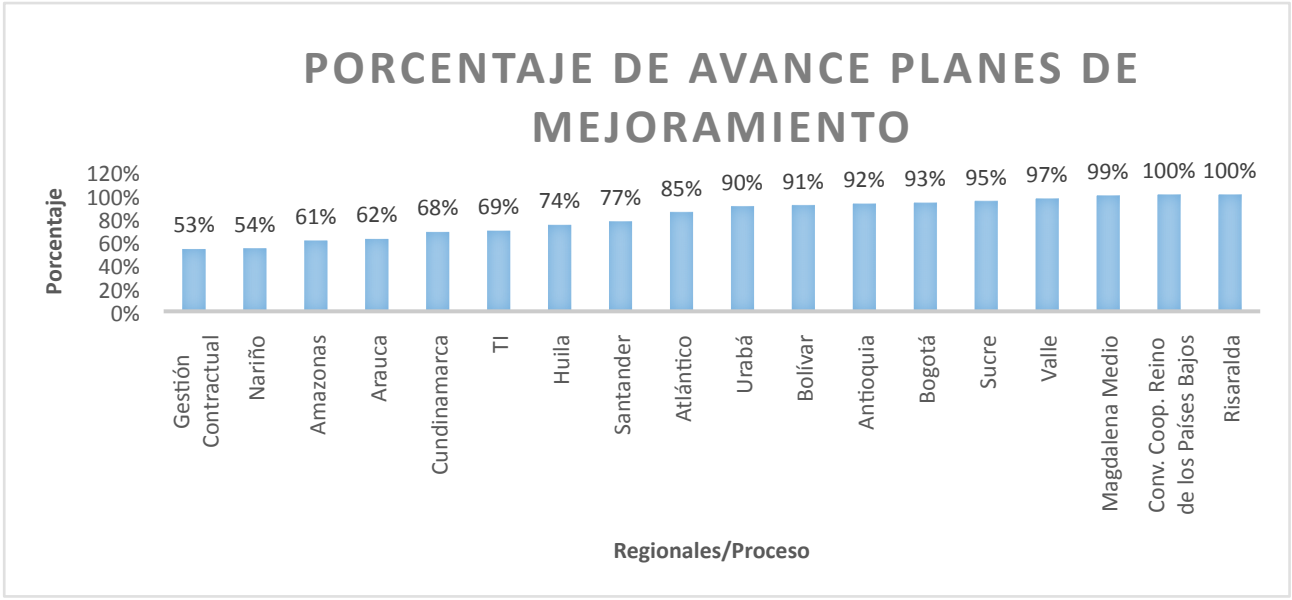
4.6. Es importante tener en cuenta que este informe se circunscribió a la información obtenida por los servidores públicos (auditores) de la Oficina de Control Interno que participaron de cada proceso auditor.

Como resultado del seguimiento a los planes de mejoramiento por proceso, a continuación se presenta lo evidenciado en desarrollo de cada uno de los informes producidos por la Oficina de Control Interno, de acuerdo con las acciones tomadas por cada uno de los responsables de proceso o procedimiento.

5. Conclusiones

La Oficina de Control Interno recopiló los seguimientos en una tabla (anexo 1), la cual hace parte integral del presente informe.

5.1. Graficada la información consolidada en la tabla se observa lo siguiente:



A partir de estas herramientas (tabla y gráfico) se puede inferir lo siguiente:

✓ Que todas las regionales y procesos auditados tienen implementadas las acciones de mejoramiento entre el 50% y 100%. Sin embargo es importante resaltar el avance en sus planes de mejoramiento de las defensorías regionales auditadas en la vigencia 2015, como fueron: Atlántico (85%), Huila (74%), Arauca (62%) y Nariño (54%).
✓ Que la puesta en marcha de los planes de mejoramiento ha impactado positivamente la gestión de las defensorías regionales y procesos auditados, incidiendo en el cumplimiento de los objetivos misionales y la implementación del Sistema de Gestión de Calidad.
✓ También observamos que las defensorías regionales y procesos auditados se están apropiando de la cultura del mejoramiento continuo, para la obtención de buenos resultados en los retos que su quehacer les impone.
✓ Al inicio del primer ejercicio auditor realizado a las defensorías regionales por parte de la Oficina de Control Interno, se pudo establecer que estas se encontraban en un aparente "*rezago*" con relación al nivel central. Actualmente se ha evidenciado en las mismas un avance significativo en la puesta en marcha de sus procesos; generándose una dinámica con el nivel central que se traduce en el cumplimiento de sus funciones.

5.2. De igual manera se evidenció que solo cinco[2] (5) planes de mejoramiento fueron entregados dentro del mes siguiente a la fecha de cierre de auditoria, que corresponde a un 28%, es decir, que el 72% ha tenido inconvenientes con la formulación de su plan de mejoramiento.

[2] Defensorías Regionales de: Magdalena Medio, Antioquia, Nariño, Bolívar y Risaralda

N.O.	DEFENSORÍAS REGIONALES O PROCESOS AUDITADO	FECHA DE CIERRE AUDITORÍA	FECHA DE ENTREGA PLAN DE MEJORAMIENTO	# DE DÍAS CALENDARIO UTILIZADOS PARA ENTREGAR EL P.M. DEFINITIVO
1	Defensoría Defensoría Regional Valle	23/01/2014	12/06/2014	140
2	Defensoría Defensoría Regional Bogotá	13/11/2013	19/03/2014	126
3	Defensoría Regional Urabá	21/07/2014	20/11/2014	122
4	Convenio de Cooperación Internacional con la Embajada del Reino de los Países Bajos	14/01/2015	06/05/2015	112
5	Defensoría Regional Huila	25/06/2015	30/09/2015	97
6	Defensoría Regional Atlántico	06/05/2015	03/08/2015	89
7	Defensoría Regional Amazonas	16/02/2015	06/05/2015	79
8	Gestión Contractual	09/09/2014	21/11/2014	73
9	Defensoría Regional Cundinamarca	31/07/2014	09/10/2014	70
10	Defensoría Regional Sucre	28/03/2014	14/05/2014	47
11	Defensoría Regional Arauca	21/07/2015	27/08/2015	37
12	Tecnologías de la información	23/10/2013	27/11/2013	35
13	Defensoría Regional Santander	25/06/2014	30/07/2014	35
14	Defensoría Regional Risaralda	20/05/2014	17/06/2014	28
15	Defensoría Regional Bolívar	20/11/2014	16/12/2014	26
16	Defensoría Regional Nariño	12/05/2015	04/06/2015	23
17	Defensoría Regional Antioquia	15/08/2014	04/09/2014	20
18	Defensoría Regional Magdalena Medio	08/05/2014	26/05/2014	18

5.3. Insistir en que los informes que produce la Oficina de Control Interno en el ejercicio de sus roles de: valoración del riesgo, acompañamiento y asesoría, evaluación y seguimiento, fomento a la cultura de control y relación con entes externos; más allá de dar cumplimiento a una función legal, son un aporte a la mejora continua para las diferentes áreas y dependencias de la Entidad, razón suficiente para que cada responsable dé cumpliendo con la formulación oportuna y adecuada de los planes de mejoramiento.

5.4. Cabe anotar que la etapa de seguimiento, es una herramienta primordial en donde se verifica que las acciones derivadas del ejercicio de los roles de la Oficina de Control Interno sean implementadas de manera eficaz, eficiente y efectiva; siendo orientadas a que no existan desviaciones significativas hacia el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales, o en su defecto fortalecer los procesos que vienen funcionando en la Entidad; por lo que se hace necesaria que exista la adecuada retroalimentación de los líderes de cada proceso.

5.5. Se observa debilidad en la entrega de las evidencias que soportan el cumplimiento de las acciones de mejoramiento por parte de los auditados, en virtud a que algunos funcionarios se les debe reiterar la solicitud para que las aporten.

5.6. En algunos casos se verificó que aun cuando los líderes de los procesos realizaron las actividades y metas propuestas para dar cumplimiento con los planes de mejoramiento, no hubo cumplimiento en los términos pactados.

6. Recomendaciones

6.1. Se debe seguir generando con el apoyo de los líderes de los procesos el compromiso de la mejora continua, el cual se verá reflejado en la formulación de los planes de mejoramiento, los cuales deben ser coherentes y apropiados para garantizar de esta manera que las causas de las conclusiones desaparezcan por completo, o cuando menos no se espere que ocurra salvo circunstancias inmanejables, así como en el cumplimiento riguroso de las acciones y metas establecidas determinando niveles de eficacia, eficiencia y efectividad para facilitar la verificación del cumplimiento.

6.2. Se insta a las dependencias a que lleven a cabo las recomendaciones realizadas por la Oficina de Control Interno en el marco de los informes de seguimiento realizado a cada proceso.

6.3. Una vez cumplido el plan de mejoramiento se debe dar sostenibilidad a las actividades de mejora para que no se conviertan solamente en coyunturales, así como la evaluación periódica de las mismas para tomar decisiones a tiempo con relación a las posibles desviaciones.

6.4. Se advierte la importancia de que cuando sea necesario el cambio o adición de acciones de mejoramiento a las inicialmente planteadas, se realicen los ajustes a los planes de mejoramiento y estos sean informados a la Oficina de Control Interno.

6.5. Es fundamental que se optimice el tiempo de entrega de los planes de mejoramiento, máximo a un mes, ya que de esta manera se está dando celeridad a los procesos de cambio que requiere cada uno de las dependencias o procesos auditados.

6.6. Es necesario considerar que inclusive el cumplimiento de algunas metas conllevan a que surjan otras actividades que en ocasiones involucran otros procesos para lograr su materialización o el impacto que se pretende.

6.7. Fortalecer las funciones, actividades y tareas encomendadas independientemente que hayan sido objeto de alguna intervención por parte de la Oficina de Control Interno, ya que la mejora debe concebirse como una labor continua e ininterrumpida.

6.8. Se recomienda que la Subdirección de Gestión del Talento Humano dentro del Plan Institucional de Capacitación incluya la formación relacionada con el fortalecimiento de las competencias que inciden en la formulación de planes de mejoramiento para los líderes de los procesos.

6.9. Encaminar esfuerzos en generar cultura de mejora continua al interior de todos los procesos de la entidad, de tal forma que los planes de mejoramiento sean considerados asertivamente como una herramienta para la optimización y no como parte del papeleo que se debe diligenciar.

6.9. Es fundamental dar cabal cumplimiento con lo establecido en el numeral 6), literal B, artículo quinto, que dice: "*Adoptar las recomendaciones generadas y la puesta en marcha de los planes de mejoramiento*" de la Resolución 602 del 25 de abril de 2013 "*Por medio de la cual se ajusta la reglamentación del sistema de control interno en la Defensoría del Pueblo, de conformidad con la legislación vigente y se asignan responsabilidades*". En igual sentido se refiere el numeral 12 del artículo 13 de la Resolución 065 de 2014 (Manual de Funciones Defensoría del Pueblo), que trata de las funciones y criterios de desempeño de todos los servidores públicos y que a la letra dice "*Adoptar las recomendaciones y sugerencias realizadas a partir de los informes expedidos por la Oficina de Control Interno*".

6.10. Considerando que la Oficina de Control Interno ha advertido sobre el seguimiento que se hará respecto a las acciones o planes de mejoramiento que surgen de los informes producidos, es deber de cada líder de proceso el suministro oportuno de las evidencias que soportan dicho cumplimiento.

6.11. Afianzar la cultura de dar trámite con celeridad y efectividad, a las solicitudes que en virtud de las funciones de cada proceso se originan.

6.12. Se sugiere tener en cuenta que dentro de los acuerdos de gestión, concertación de los objetivos y compromisos laborales, se establezcan las responsabilidades que la Oficina de Control Interno ha presentado a través de los informes con el fin que los líderes de los procesos, gestionen las medidas, normas y recursos necesarios para el desarrollo de los planes, programas y proyectos pactados, con el fin de evaluar el cumplimiento de los mismos en términos de cantidad y calidad.

6.13. Es importante alinear los planes de acción anuales y los planes operativos estratégicos de las dependencias en concordancia con la Resolución 1014 de 2013 "*Por medio de la cual se adopta el Plan Estratégico de la Defensoría del Pueblo para la vigencia 2013-2016*" y la Resolución 1692 de 2013 "*Por medio de la cual se deroga la Resolución 349 de 2010 y se adopta el Sistema de Información y Control de Gestión STRATEGOS como la herramienta para el seguimiento y control del Plan Estratégico, del Plan Operativo Estratégico y de los Planes de Acción Anuales de las dependencias de la Defensoría del Pueblo*"; teniendo como insumos los planes de mejoramiento formulados por las diferentes dependencias como resultado de las conclusiones, hallazgos y recomendaciones que se derivan de los informes producidos por la Oficina de Control Interno en cumplimiento con los roles asignados por ley.

Proyectó: Bibiana Moreno.

AVANCE PLANES DE MEJORAMIENTO 30 DE NOVIEMBRE DE 2015

N.O.	REGIONALES O PROCESO AUDITADO	FECHA VISITA AUDITORÍA	FECHA DE CIERRE AUDITORÍA	FECHA DE ENTREGA PLAN DE MEJORAMIENTO	No. DE HALLAZGOS	No. DE ACCIONES DE MEJORAMIENTO PLANTEADAS	No. DE ACCIONES DE MEJORAMIENTO REALIZADAS A 31/11/2015	EFICACIA = % avance)
1	Gestión Contratual	21/05/2014	09/09/2014	21/11/2014	9	14	7	53%
2	Defensoría Regional Nariño	13/03/2015	12/05/2015	04/06/2015	39	39	21	54%
3	Defensoría Regional Amazonas	20/06/2014	16/02/2015	06/05/2015	22	32	27	82%
4	Defensoría Regional Arauca	03/06/2015	21/07/2015	27/08/2015	35	35	29	62%
5	Defensoría Regional Cundinamarca	07/10/2014	31/07/2014	09/10/2014	31	31	23	74%
6	Tecnologías de la información	30/08/2013	23/10/2013	27/11/2013	22	32	27	69%
7	Defensoría Regional Huila	27/03/2015	25/06/2015	30/09/2015	38	38	28	74%
8	Defensoría Regional Santander	04/11/2014	25/06/2014	30/07/2014	20	43	37	77%
9	Defensoría Regional Atlántico	19/03/2015	06/05/2015	03/08/2015	26	26	23	93%
10	Defensoría Regional Urabá	04/04/2014	21/07/2014	20/11/2014	18	18	16	90%
11	Defensoría Regional Bolívar	17/10/2014	20/11/2014	16/12/2014	57	57	54	94%
12	Defensoría Regional Antioquia	18/07/2014	15/08/2014	04/09/2014	38	38	35	92%
13	Defensoría Defensoría Regional Bogotá	11/02/2013	13/11/2013	19/03/2014	10	10	9	93%
14	Defensoría Regional Sucre	21/02/2014	28/03/2014	14/05/2014	11	11	10	95%
15	Defensoría Defensoría Regional Valle	12/06/2013	23/01/2014	12/06/2014	10	15	13	97%
16	Defensoría Regional Magdalena Medio	20/03/2014	08/05/2014	26/05/2014	48	54	53	99%
17	Convenio de Cooperación Internacional con la Embajada del Reino de los Países Bajos	21/08/2014	14/01/2015	06/05/2015	7	7	7	100%
18	Defensoría Regional Risaralda	03/07/2014	20/05/2014	17/06/2014	18	30	30	100%
19	Defensoría Regional Cauca	30/07/2015	09/04/2015	11/11/2015	38	38	2	20%

Fuente: Informes de seguimiento a planes de mejoramiento y estado de avance presentado por los profesionales al Jefe de la Oficina de Control Interno