

MEMORANDO

Bogotá D.C. 8 de marzo de 2018

PARA: DOCTOR AVELINO ORLANDO DÍAZ RENDÓN, JEFE OFICINA DE PLANEACIÓN.

DE: JULIO CESAR MORENO BERNAL, JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO.

REFERENCIA: Informe de Evaluación y Seguimiento - Plan de Mejoramiento ACPM, corte 31 de diciembre de 2017.

Respetado doctor Díaz:

La Oficina de Control Interno 2017, en su rol de evaluador independiente de las actividades propias de la gestión de la entidad, presenta el informe de evaluación y seguimiento al Plan de Mejora, quinto seguimiento - corte 31 de diciembre 2017, con el fin de dar el cierre a la vigencia 2017, identificando la mejora para algunos procesos y nuevamente iniciar el ciclo de planeación del Sistema Integrado de Gestión, liderado en el proceso de Direcccionamiento estratégico.

Se presenta en este informe el estado y consolidado, de cada una de las matrices a las que se les adelantó seguimiento en la vigencia 2017.

Se enviará las matrices de los planes de mejora, al correo mei-calidad@defensoria.gov.co, de los nueve (9) planes de mejora, que se les adelantó seguimiento y/o cierre, a esta fecha de corte: 31 diciembre del 2017, con el fin de que este seguimiento quede publicado en la intranet dentro del mapa de procesos, en la pestaña correspondiente al "Plan de Mejora"; en el siguiente enlace:

<https://defensoriadelpueblo.sharepoint.com/SitePages/Listado%20Maestro%20PM1.aspx>

El informe de evaluación y seguimiento que se adjunta, se encuentra publicado en el enlace: <http://www.defensoria.gov.co/es/public/despachodeldefensor/6267/Informes-de-Control-Interno.htm>

Tema: Plan de Mejoramiento. - * corte 31 de diciembre 2017.

En este informe y en el cuadro consolidado se presentan recomendaciones, que pueden permitir a los líderes de procesos, dependencias y regionales, conocer el estado y avance de estos planes de mejora y fortalecer el compromiso de “mejora continua”, con el Sistema Integrado de Gestión de la Defensoría del Pueblo.

Cordialmente,



JULIO CESAR MORENO BERNAL.
JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO.

Copia: Dr. Carlos Alfonso Negret Mosquera, Defensor del Pueblo
Líderes de procesos, se envía por correo
Delegadas con plan de mejora evaluado dentro de este informe, se envía por correo
Defensores Regionales, se envía por correo.

Anexo: Trece folios (13) folios. Informe de Evaluación y Seguimiento ACPM - corte 31 de diciembre de 2017,
1 archivo digital - ACPM2017Herramientaconsolidado31dic2017 - OCI 5Mar2018

Proyectó: María Helena Pedraza Medina.

Revisó: Julio Cesar Moreno Bernal.

Archivado en: Acciones Preventivas - Informes de Evaluación y Seguimiento Implementación SGC.

Consecutivo Dependencia: OCI-1030-028

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: ES-P03-F10
		Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Vigencia desde: 01/02/2016

Evaluación y Seguimiento Plan de Mejora - Vigencia 2017 Quinto Seguimiento- Corte 31 de diciembre 2017

1. Introducción y alcance

La Oficina de Control Interno, en su rol de “Evaluación y seguimiento” enmarcado en el decreto 648 del 2017, realiza la verificación al seguimiento de los planes de mejora activos, con fecha de corte 31 de diciembre de 2017, además, presenta un consolidado resumen de los planes de mejora verificados durante la vigencia 2017, por resultados de auditoria interna tanto de gestión como de calidad y los formulados por autoevaluación de los procesos.

Se atendió la directriz dada por el Señor Defensor, Dr. Carlos Alfonso Negret Mosquera en la “Revisión por la Dirección” del pasado mes de septiembre 2017, en dar seguimiento y cierre a los planes de mejora, que a esa fecha se encontraban activos de la vigencia 2016 y 2017, adelantando seguimiento de verificación con corte a 30 de noviembre y algunos 31 de diciembre.

2. Objetivo

Realizar verificación al seguimiento de los planes de mejora activos que estaban activos con corte a 31 de octubre del 2017, revisando lo registrado y los soportes entregados por los responsables con corte a 30 de noviembre y 31 de diciembre del 2017, asegurando la coherencia de la gestión adelantada frente a las acciones, la atención a los hallazgos identificados y lo definido en el procedimiento:

“Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora-ACPM” código: SQ-P04, versión: 5 y vigente desde: 29/08/2016.

Se adelantó el registro y la verificación del seguimiento 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, en la columna correspondiente a “Quinto Bimestre”.

3. Desarrollo

Para este seguimiento, se toma la herramienta de planes de mejora activos y vigentes con corte al 31 de octubre de 2017 y se actualiza la herramienta, con el seguimiento y los nuevos planes de mejora requeridos y pendientes por formular a la fecha de corte 31 de diciembre del 2017.

Los profesionales responsables de esta verificación de la Oficina de Control Interno, envían por correo electrónico, a cada uno de los líderes responsables de este seguimiento, la herramienta de planes de mejora, ACPM código SQQS- F05, versión 3, vigente desde 29/08/2016 y en la que se ha realizado los diferentes seguimiento y se les solicita su

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: ES-P03-F10
		Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Vigencia desde: 01/02/2016

diligenciamiento en la columna correspondiente a: “QUINTO BIMESTRE”¹ - “SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO” - “DOCUMENTOS SOPORTE”, con los soportes que evidencien su cumplimiento para los meses de noviembre y diciembre. Esta oficina, verifica la información allí presentada y registra observaciones, avance y estado final de la acción. Se consolida esta información en una sola herramienta, donde se incluyeron los planes de mejora con seguimiento durante este periodo.

Se realizó para este corte a 31 de diciembre del 2017, la verificación de veintiuno (21) planes de mejora, cuyo estado de resumen es el siguiente:

No.	Estado	Cant.	Observaciones
1	Cerrado	1	Se da cierre a un plan de mejora: - Auditoria Interna SGC - Grupo Sistemas- Cierre el 30 de noviembre 2017.
2	Cerrado con Observaciones	1	- Delegada Prevención de Riesgos y sistemas de Alertas - Autoevaluación Se da cierre a este plan de mejora que se formuló como auto evaluación el pasado 28 de agosto de 2017, considerando observaciones presentadas por esta delegada a las acciones, respecto al cumplimiento y controversia en su manejo. Plan de mejora que es fuente de entrada para la auditoria que se adelanta en este momento por la OCI.
3	Con Seguimiento	7	Planes de mejora en seguimiento y que se dará cierre con el siguiente alcance, con corte a 31 de marzo del 2018. - Regional Cordoba - Regional Casanare - Regional Guaviare - Of Planeación - Autoevaluación. - Regional Caqueta - Auditoria Especial. - Sistemas de Información - Gestión Documental - LASERFICHEy POST@L. - Revisión por la Dirección.
4	Formulado	2	- Regional Chocó, 14 dic 2017. - Delegada para la Orientación a las víctimas del conflicto armado interno- 18-ene-2018

¹ Se registra en el formato SQ- F05 V3 del 29/08/2016 el campo correspondiente al “quinto bimestre”, sin embargo en este formato, este periodo no concuerda con el seguimiento reportado, considerando que el seguimiento anterior, se registró en el “cuarto bimestre” con corte a 31 de octubre (periodo 1 de julio al 31 de octubre del 2017) y como este es el siguiente registro se adelanta en el “quinto bimestre”, periodo correspondiente del 1 de noviembre al 31 de diciembre del 2017.

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: ES-P03-F10
		Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Vigencia desde: 01/02/2016

No.	Estado	Cant.	Observaciones
2	Formulado con Observaciones	3	Planes de mejora formalizados en el mes de noviembre, sin embargo presenta observaciones por: - Grupo de Bienes - Bajas de Inventarios - Nivel Central. Los hallazgos presentados en el plan de mejora, no corresponden a los presentados en el informe de auditoría. - Contratación Periodo 2016. Los tiempos de gestión de las actividades del plan de acción superan los tres meses², (Cierre de acciones va hasta el 31 Dic del 2018) - Auditoria Interna SIG Of Planeación. Se formalizo el 3 de noviembre, sin embargo no se encuentra registrado todos los campos y un mismo hallazgo se enmarca en diversos procesos.
3	Sin Formulación	7	Auditorias cerradas: una (1) en el mes de noviembre y seis (6) en el mes de diciembre del 2017, pendientes por su formulación: - Regional Antioquia - 17-nov 2017 - Regional Norte de Santander - 05-dic 2017 - Regional Meta - 06-dic 2017 - Gestión de Servicios Administrativos- Tema Viaticos - 11-dic 2017 - Regional Tolima - 14-dic 2017 - Regional Vaupes - 18-dic 2017 - Regional Risaralda - 19 dic 2017
Total		21	

De los planes de mejora que estaban activos (pendientes por cierre de la vigencia 2015, 2016; seguimiento y cierre de la vigencia 2017 y formalización) al realizar la “Revisión por la Dirección”, se envió comunicado por parte de esta, obteniendo el siguiente resultado:

- OCI-1030-104, 20 septiembre 2017, asunto: “Seguimiento y cierre plan de mejora vigencia 2016. Directriz “Revisión por la Dirección” septiembre 2017” se tenían pendiente, once (11) seguimientos, producto de auditorías cerradas en la vigencia 2016. Se dio cierre con corte a 31 de octubre del 2017 a nueve (9) planes, quedaron pendiente dos (2) planes de mejora: Regional Cordoba y la Auditoria del Sistema de Gestión de Calidad al grupo de sistemas, y queda para cierre con corte 31 de marzo del 2018 la Regional Cordoba.
- OCI-1030-105, 21 septiembre 2017, asunto: “Seguimiento y cierre planes de mejora vigencia 2017. Directriz Señor Defensor del Pueblo, Dr. Carlos Alfonso Negret

² Los tiempos de gestión de acuerdo a la directriz dada en la última revisión por la dirección, no deben superar tres (3) meses, definido en el nuevo procedimiento pendiente por formalizar.

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: ES-P03-F10
		Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Vigencia desde: 01/02/2016

Mosquera”; se tenían 10 planes de mejora pendientes, de los cuales tres se encontraban sin formular:

- PM³ No. 27, Grupo de Bienes - Bajas de Inventarios Nivel central
- PM No. 33 Contratación (vigencia 2016)
- PM No. 34- Sistemas de Información - Gestión Documental - LASERFICHEy POST@L.

Estos planes de mejora se formalizan los tres (3), sin embargo se tiene observaciones a los dos (2) primeros y el ultimo se encuentra en seguimiento.

Los otros siete (7) planes, se cierran tres (3) y se mantiene en seguimiento cuatro (4) planes de mejora (uno con avance del 91% y los otros tres con seguimiento de: 47,6%; 49,9% y 43,2.

En el consolidado presentado, tanto en el anexo No. 3: Resumen consolidado del estado y avance de planes de Mejora - Vigencia 2017 - Corte 31 diciembre 2017, como en la herramienta del anexo No. 4: “Consolidado de Planes de Mejora”, se presenta el seguimiento a cada plan de mejora. Para este informe, se incluyeron todos los planes de mejora, que la Oficina de Control Interno realizó, seguimiento de verificación durante la vigencia de 2017, ver el número de identificación y su estado final en estos anexos. El resumen del estado final de estos treinta y siete (37) planes de mejora corresponden a:

No.	Estado herramienta	Cantidad
1	Sin Formulación	7*
2	Formulado con observaciones y No aplica Seguimiento plan de mejora.	1
3	Formulado	2
4	Formulado con Observaciones	3
5	Con Seguimiento	7
6	Cerrado con Observaciones	10
7	Cerrado	7
	Total	37

* Planes de Mejora, de seis (6) auditorías cerradas en el mes de diciembre y una (1) en el mes de noviembre del 2017, correspondiente a la Regional Antioquia.

En el anexo No. 1, se presenta el estado de avance y cumplimiento de estos treinta y siete planes de mejora, durante los cinco (5) seguimientos que se adelantaron, por los responsables de atender y hacer seguimiento a estos planes de mejora, y en este cuadro se confirma la directriz dada por el Señor Defensor del Pueblo, luego de la reunión “**Revisión por la Dirección**” del pasado 5 de septiembre, mejorando notablemente estos seguimientos en los planes de mejora de tal forma, que se evidencia un mayor compromiso por parte de los líderes de planes de mejora y de procesos, en estos seguimientos.

³ PM: Plan de mejora

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: ES-P03-F10
		Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Vigencia desde: 01/02/2016

Esta oficina, en sus auditorías de gestión, cerradas durante el mes de diciembre de 2017, indicó en la reunión de cierre de la auditoría, el compromiso de estos responsables en realizar corrección o acciones correctivas de alto impacto, en un tiempo no mayor a tres (3) meses, excepto en aquellos casos, en que la acción requiera de una mayor inversión de tiempo y solo en esta condición, se debe solicitar y comunicar a la Oficina de Planeación con copia a Control Interno, de estas acciones específicas.

Estas nuevas directrices están dadas en el procedimiento de Acciones correctivas, preventivas y de mejora que está pendiente de aprobar la Oficina de Planeación.

Por ahora, se encuentra vigente el procedimiento de “Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora-ACPM” código: SQ-P04, versión: 5 y vigente desde: 29/08/2016 y se resalta la actividad 2, donde se indica: “... remitirla a la Oficina de Planeación dentro de los 20 días hábiles siguientes a la notificación de la no conformidad u oportunidad de mejora, a la dirección electrónica meci_calidad@defensoria.gov.co para su validación”.

4. CONCLUSIONES

- Los responsables de adelantar seguimiento a los planes de mejora vigentes y activos, presentaron seguimiento en este quinto seguimiento del 2017, y se mejora notablemente su cumplimiento, razón que permite a algunos planes realizar el siguiente seguimiento para su cierre, con corte a 31 de marzo de 2017. (Regional Cordoba, Casanare, Guaviare, Oficina de Planeación - Autoevaluación; Regional Caquetá- auditoría especial; Sistemas de Información - Gestión documental - Laserfiche y Post@l).
- Se tiene veintiuno (21) planes de mejora, a los cuales se requería realizar seguimiento, sin embargo, se identifica lo siguiente:
 - Nueve (9) planes, se les realiza seguimiento y dos (2) de ellos se les da cierre (uno con observaciones). Quedan siete (7) planes para seguimiento y cierre al corte de 31 de marzo 2018.
 - Cinco (5) planes de mejora se formularon durante este periodo. Tres (3) de estos planes se debe revisar su formulación, ya que esta oficina presentó observaciones. Realizar ajustes a los planes para su seguimiento con corte a 31 de marzo
 - Siete (7) planes de mejora están pendientes de formalizar con esta fecha de corte. A la entrega de este informe se formalizaron dos (2): Regional Tolima y Regional Risaralda. Pendientes cinco (5) planes de mejora que se deben formalizar durante este mes y realizar seguimiento.

Estos diecinueve (19) planes de mejora, deben presentar seguimiento y cumplimiento con corte a 31 de marzo del 2018. Mantener el compromiso de la “Mejora continua”.

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: ES-P03-F10
		Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Vigencia desde: 01/02/2016

- En el anexo No. 3, se presenta el Estado de avance y cumplimiento de los Planes de Mejora con seguimiento. - Corte 31 diciembre 2017.
- Este informe de seguimiento se presenta en la WEB para consulta, por parte de los líderes y equipos de trabajo, en la siguiente ruta:

La Defensoría\Organos de Control\Informes de Control Interno de Gestión, título: Plan de mejoramiento:

- Informe Seguimiento Plan de Mejora con corte a 31 diciembre 2017.
- Cuadro consolidado ACPM con corte a 31 diciembre 2017.
- Herramienta consolidada seguimiento al plan de mejora con corte a 31 diciembre 2017.

Enlace:

<http://www.defensoria.gov.co/es/public/despachodeldefensor/6267/Informes-de-Control-Interno.htm>

- En la intranet, se presenta cada uno de los planes de mejora, que han sido objeto de seguimiento y o cierre (nueve (9) planes de mejora), en el “Listado Maestro de Planes de Mejora” para fuentes internas está ubicado en el siguiente link:

<https://defensoriadelpueblo.sharepoint.com/SitePages/Listado%20Maestro%20PM1.aspx>

En este listado maestro de planes de mejora - Fuentes internas, en la columna de “Seguimiento”, se registra su estado y la fecha de cumplimiento del plan. Dando click sobre estas leyendas, se accede a los archivos de cada uno de estos planes de mejora.

- El estado de cumplimiento de los treinta y siete (37) planes de mejora verificados por esta oficina en la vigencia 2017 y con fecha de corte - 31 de diciembre de 2017:

Estado de los hallazgos						Estado de las acciones				
Cantidad	Sin Formular PM	Cerrado	Cerrado Ineficaz	Abierto	Total Hallazgos formulados en PM	Cantidad	Abierto	En Ejecución	Cerrado Eficaz	Cerrado Ineficaz
572	108	288	53	123	464	583	125	62	337	59
	18,9%	50,3%	9,3%	21,5%			21,4%	10,6%	57,8%	10,1%

Fuente: Tabla propia, resumen consolidado Planes de Mejora con corte a 31 diciembre 2017

Se considera:

Acción cerrada, cuando se cumple con la acción propuesta.

Hallazgo “cerrado”, cuando se ha dado cumplimiento a la totalidad de las acciones formuladas y cerradas.

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: ES-P03-F10
		Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Vigencia desde: 01/02/2016

7. De los treinta y siete (37) planes de mejora, verificados en esta vigencia y con corte a 31 de diciembre del 2017, su estado final es el siguiente, que se verifica en el anexo No. 1 y3.

El resumen de su estado final es el siguiente:

Estado	Cantidad	Planes de Mejora - P.M. ⁴
Cerrado	7	1- P.M. 12 Delegada para los Asuntos Agrarios y Tierras. 2.- P.M. 13 Delegada para la Salud, la Seguridad Social y la Discapacidad. 3.- P.M. 19 Contratación periodo 2015, realizado en a vigencia 2016 4.- P.M. 22 Auditoria Interna SGC - Subdirección Servicios Administrativos 5.- P.M. 24 Auditoria Interna SGC - Grupo Sistemas 6.- P.M. 28 Asuntos Internacionales 7.-P.M. 30 Autoevaluación - Vicedefensoría
Cerrado con Observaciones	10	1. P.M. 1 Regional Ocaña 2. P.M. 3 Regional Cesar 3. P.M. 7 Atención y Tramite (Nivel Central)- Subproceso de Defensoría Pública 4. P.M. 15 Regional Caqueta 5. P.M. 17 Regional Magdalena 6. P.M. 18 Regional Guajira 7. P.M. 20 Delegada de Indígenas y Minorías Étnicas 8. P.M. 21 Tema Rendición de Cuentas 9. P.M. 23 Auditoria Interna SGC - Regional Bogotá 10.P.M. 31 Autoevaluación - Delegada Prevención de Riesgos y Sistemas de Alertas "
Con Seguimiento	7	1. P.M. 16 Regional Cordoba 2. P.M. 25 Regional Casanare 3. P.M. 26 Regional Guaviare 4. P.M. 29 Autoevaluación - Of. Planeación 5. P.M. 32 Regional Caqueta - Auditoria Especial 6. P.M. 34 Sistemas de Información Gestión Documental - LASERFICHE y POST@L 7. P.M. 36 Revisión por la Dirección
Formulado	2	1. P.M. 37 Regional Chocó 2. P.M. 39 Delegada para la Orientación a las víctimas del conflicto armado interno

⁴ P.M.: Plan de mejora

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: ES-P03-F10
		Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Vigencia desde: 01/02/2016

Estado	Cantidad	Planes de Mejora - P.M. ⁴
Formulado con Observaciones	3	1. P.M. 27 Grupo de Bienes - Bajas de Inventarios - Nivel Central 2. P.M. 33 Contratación. Periodo 2016, vigencia 2017 3. P.M. 35 Auditoria Interna SIG Of Planeación
Formulado con observaciones y No aplica seguimiento de plan de mejora	1	1. P.M. 14 Regional Choco realizado en la vigencia 2016
Sin Formulación	7	1. P.M. 40 Regional Antioquia 2. P.M. 41 Regional Norte de Santander 3. P.M. 42 Regional Meta 4. P.M. 43 Gestión de Servicios Administrativos- Tema Viaticos 5. P.M. 44 Regional Tolima 6. P.M. 45 Regional Vaupes 7. P.M. 46 Regional Risaralda
Total	37	Planes de Mejora gestionados y/o verificados en la vigencia 2017

5. RECOMENDACIONES

- Nuevamente se indica, que el responsable de realizar el seguimiento a las acciones, independiente que sea el responsable de realizar la acción, es el líder del plan de mejora, correspondiente a la Regional o dependencia auditada. (Enfoque basado en procesos). Este líder responsable del plan de mejora, debe gestionar aquellas acciones que no son de su responsabilidad ejecutarlas pero que fueron identificadas en su área. En esta condición los responsables del plan de mejora, deben ser los que adelanten el registro dentro de la herramienta de Acciones Correctivas, preventivas y de Mejora - ACPM, de acuerdo a las evidencias dadas por el responsable de ejecutar la acción (normalmente líderes de procesos).
- Se recomienda revisar por parte de los “Líderes de procesos” los hallazgos identificados, y cerrados de manera ineficaz, con el fin de que se revise la oportunidad de generar planes de mejora que permitan fortalecer cada proceso. (Ver en el anexo No. 2, el consolidado de los hallazgos por procesos y el anexo No. 4 Herramienta consolidada seguimiento al Plan de Mejora con corte 31 diciembre 2017, con el fin de verificar el estado de los hallazgos, sobre todo aquellos hallazgos que fueron cerrados como ineficaces: “Cerrado Ineficaz” o que se encuentran aún en estado “Abierto”

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: ES-P03-F10
		Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Vigencia desde: 01/02/2016

3. Se mantenga el compromiso de conservar el seguimiento por parte de los líderes responsables en atender el plan de mejora, con cooperación de los líderes de procesos, para asegurar el cierre de los hallazgos, sobre todo, aquellos planes que se encuentran sin cerrar en este corte de 31 de diciembre de 2017, así: seguimiento, formulado con observaciones y formulados, si se considera que la gestión dentro de un plan de mejora, no debe superar los 90 días (tres meses).
4. El siguiente seguimiento, se va a presentar con corte a 31 de marzo del 2018. Cada responsable del plan de mejora, recibirá del profesional de la Oficina de Control Interno, la matriz para realizar su registro de seguimiento. Esta matriz diligenciada se le debe adjuntar los soportes que evidencian, el cumplimiento de la acción y enviarla en la primera semana de abril de 2018 (antes del 6 de abril), a la Oficina de Control Interno.
5. Este procedimiento va estar en responsabilidad del Proceso de “Evaluación y Seguimiento”, se está a la espera de la aprobación de este documento y del formato para socializarlo y sensibilizarlo dentro de la Defensoría del Pueblo.


Julio Cesar Moreno Bernal
 Jefe Oficina de Control Interno.

Proyectó: María Helena Pedraza Medina
 Revisó: Cristian Camilo Buitrago
 Fecha de elaboración: 2 marzo de 2018



Ánexos:

1. Anexo No. 1: Resumen del estado de avance de planes de mejora - vigencia 2017
2. Anexo No. 2: Estado de hallazgos por procesos - Corte 31 diciembre 2017
3. Anexo No. 3: Resumen consolidado del estado y avance de planes de Mejora- Vigencia 2017 - Corte 31 diciembre 2017. Archivo digital- tres (3) folios, cinco (5) hojas
4. Anexo No. 4: Herramienta consolidada seguimiento al Plan de Mejora con corte 31 diciembre 2017. (Registro en el formato SQ-F05 Versión 3). Archivo digital- catorce (14) folios - veinte y ocho (28) hojas

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: ES-P03-F10
		Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Vigencia desde: 01/02/2016

Defensoría del Pueblo

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: ES-P03-F10
		Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Vigencia desde: 01/02/2016

Anexo No. 1: Resumen del estado de avance de planes de mejora - vigencia 2017

Resumen del estado de avance de planes de mejora - vigencia 2017									
No.	Id ¹	Unidad Organizacional/ Tema/ proceso.	Cant. Hallaz	Cumplimiento en la vigencia 2017 ²					Estado del Plan de Mejora
				28 feb	30 abr	30Jun	31oct	31dic	
1.	1	Regional Ocaña	37	94,6%	97,3%				Cerrado con observaciones, 30 abr 2017. Acciones que no atienden los hallazgos. Ver hallazgo 602508
2.	3	Regional Cesar	45	62,2%	68,9%	73,3%	82,2%		Cerrado con observaciones, 31 oct 2017. Acciones con cierre ineficaz. Revisar observaciones de la OCI y Mejorar si es pertinente
3.	7	Atención y Trámite (Nivel Central)- Subproceso de Defensoría Pública	14	35,7%	71,4%	78,6%	92,2%		Cerrado con observaciones, 31 oct 2017. Acciones con cierre ineficaz. Revisar observaciones de la OCI y Mejorar si es pertinente
4.	12	Delegada para Asuntos Agrarios y Tierras - DAAT	6		100%				Cerrado, 30 abr 2017.
5.	13	Delegada para la Salud, la Seguridad Social y la Discapacidad.	12		100%				Cerrado, 30 abr 2017. Se reformuló una acción y se da cierre al plan de mejora al cumplimiento de esta acción.
6.	14	Regional Choco	NA					NA	30-abr-2017: Formulado con observaciones y No aplica Seguimiento plan de mejora. Se determina no realizar seguimiento a los hallazgos de la auditoria realizado en la vigencia 2016, donde se identifican 26 hallazgos. Pasado un año, se formulan 38 acciones, sin embargo se toma la decisión por parte de esta oficina, nuevamente realizar auditoria en el mes de junio 2017

¹ Id: Identificación del plan de mejora en el listado maestro de Planes de Mejora

² Cumplimientos dados en porcentaje, para el avance de los hallazgos considerados como cumplidos a esa fecha de corte.

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: ES-P03-F10
		Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Vigencia desde: 01/02/2016

Anexo No. 1: Resumen del estado de avance de planes de mejora - vigencia 2017

Resumen del estado de avance de planes de mejora - vigencia 2017									
No.	Id ¹	Unidad Organizacional/ Tema/ proceso.	Cant. Hallaz	Cumplimiento en la vigencia 2017 ²					Estado del Plan de Mejora
				28 feb	30 abr	30Jun	31oct	31dic	
7.	15	Regional Caquetá	21	23,8%	81,0%	81,0%	95,2%		Cerrado con observaciones, 31 oct 2017. Acciones con cierre ineficaz. Revisar observaciones de la OCI y Mejorar si es pertinente
8.	16	Regional Córdoba	30		0,0%	10,0%	36,7%	83,3%	Con seguimiento, 31 dic 2017. Se evidencia su compromiso posterior a la "Revisión por la Dirección. Se debe asegurar la gestión en las acciones y el cierre del plan en siguiente seguimiento corte 31 mar 2018.
9.	17	Regional Magdalena	23	0,0%	4,3%	13,0%	73,9%		Cerrado con observaciones, 31 oct 2017. Acciones con cierre ineficaz. Revisar observaciones de la OCI y Mejorar si es pertinente
10.	18	Regional Guajira	28		25,0%	28,6%	42,9%		Cerrado con observaciones, 31 oct 2017 Acciones con cierre ineficaz. Revisar observaciones de la OCI y Mejorar si es pertinente. Se cierra dando cumplimiento a la directriz del Sr. Defensor del Pueblo
11.	19	Contratación, periodo 2015 en la vigencia 2016	1	Sin Formular	100%				Cerrado con cumplimiento total, 30 abr 2017
12.	20	Delegada de Indígenas y Minorías Étnicas	10		10,0%	30,0%	50,0%		Cerrado con observaciones, 31 oct 2017 Acciones con cierre ineficaz. Revisar observaciones de la OCI y Mejorar si es pertinente. Se cierra dando cumplimiento a la directriz del Sr. Defensor del Pueblo.
13.	21	Tema Rendición de Cuentas	4		0,0%	0,0%	0,0%		Cerrado con observaciones, 31 oct 2017 Todas las acciones con cierre ineficaz. Revisar observaciones de la OCI y Mejorar si es pertinente

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: ES-P03-F10
		Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Vigencia desde: 01/02/2016

Anexo No. 1: Resumen del estado de avance de planes de mejora - vigencia 2017

Resumen del estado de avance de planes de mejora - vigencia 2017									
No.	Id ¹	Unidad Organizacional/ Tema/ proceso.	Cant. Hallaz	Cumplimiento en la vigencia 2017 ²					Estado del Plan de Mejora
				28 feb	30 abr	30Jun	31oct	31dic	
14.	22	Auditoria Interna SGC. Subdirección Servicios Administrativos	18			0,0%	100%		Cerrado con cumplimiento total, 31 oct 2017
15.	23	Auditoria Interna SGC - Regional Bogotá	17			0,0%	64,7%		Cerrado con observaciones, 31 oct 2017 Acciones con cierre ineficaz. Revisar observaciones de la OCI y mejorar si es pertinente e insistir en las directrices dadas por los líderes de procesos. Se cierra dando cumplimiento a la directriz del Sr. Defensor del Pueblo
16.	24	Auditoria Interna SGC - Grupo Sistemas	5			0,0%	60,0%	100%	Cerrado, 31-dic-2017 Se adelantó con lo establecido en el plan de mejora y se da cierre con corte 30 de noviembre del 2017.
17.	25	Regional Casanare	39			0,0%	5,1%	79,5%	Con Seguimiento, 31-dic-2017 Quedan pendientes 10 acciones que se deben cerrar con el siguiente seguimiento a 31 de marzo 2018. Se da cierre eficaz a las acciones cumplidas, a pesar de que algunas de ellas no atienden la causa raíz del hallazgo.
18.	26	Regional Guaviare	24			0,0%	16,7%	25,0%	Con seguimiento, 31-Dic-2017 Se presenta cierre ineficaz a algunas acciones que se formularon; se cumplieron, pero esta gestión no atiende la causa raíz del hallazgo. Presentar seguimiento para su cierre corte 31 mar 2018

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: ES-P03-F10
		Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Vigencia desde: 01/02/2016

Anexo No. 1: Resumen del estado de avance de planes de mejora - vigencia 2017

Resumen del estado de avance de planes de mejora - vigencia 2017									
No.	Id ¹	Unidad Organizacional/ Tema/ proceso.	Cant. Hallaz	Cumplimiento en la vigencia 2017 ²					Estado del Plan de Mejora
				28 feb	30 abr	30Jun	31oct	31dic	
19.	27	Grupo de Bienes - Bajas de Inventarios - Nivel Central	14			0,0%	Sin Formular	0,0%	Formulado con observaciones, 31 dic 2017. Se formalizó el plan de mejora el pasado 30 nov 2017, sin embargo se hacen observaciones a este plan de mejora mediante correos del 2 y 9 de febrero a la Oficina de Planeación, se está pendiente de la respuesta. Se realizará seguimiento con los ajustes solicitados por la OCI, con corte 31 de marzo 2018.
20.	28	Asuntos Internacionales	27			0,0%	100%		Cerrado con cumplimiento total, 31 oct 2017
21.	29	Of Planeación - Autoevaluación	3				0,0%	0,0%	Con Seguimiento, 31-dic-2017 Se presenta avance en las acciones, sin embargo se verifica la meta de la acción y el indicador de acciones formuladas y no es coherente. Se promueve realizar reunión para la verificación de su cumplimiento con seguimiento al 31 mar 2018.
22.	30	Vicedefensoria - Autoevaluación	2				100%		Cerrado con cumplimiento total , 30 oct 2017
23.	31	Delegada Prevención de Riesgos y sistemas de Alertas - Autoevaluación	3				0,0%	0,0%	Cerrado con Observaciones, 31-dic-2017 Se da cierre a este plan de mejora de manera Ineficaz considerando que es un insumo para el ejercicio auditor que se adelanta en febrero del 2018 para esta Delegada.
24.	32	Regional Caqueta - Auditoria Especial	5				Formulado	20%	Con seguimiento, 31 dic 2017. Presenta su seguimiento con corte a 30 nov. 2017; presentar seguimiento para su cierre corte 31 mar 2018

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO		Código: ES-P03-F10
			Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO		Vigencia desde: 01/02/2016

Anexo No. 1: Resumen del estado de avance de planes de mejora - vigencia 2017

Resumen del estado de avance de planes de mejora - vigencia 2017									
No.	Id ¹	Unidad Organizacional/ Tema/ proceso.	Cant. Hallaz	Cumplimiento en la vigencia 2017 ²					Estado del Plan de Mejora
				28 feb	30 abr	30Jun	31oct	31dic	
25.	33	Contratación, periodo 2016 vigencia 2017	12				Sin Formular	0,0%	Formulado con observaciones, 31 dic 2017. Se formuló PM el pasado 28 de noviembre, sin embargo se realiza observaciones a los tiempos definidos para el cumplimiento de las acciones. Se realizará seguimiento con los ajustes solicitados por la OCI, con corte 31 de marzo 2018.
26.	34	Sistemas de Información Gestión Documental - LASERFICHEy POST@L	5				40,0%	60,0%	Con seguimiento, 31 dic 2017. Pendiente 2 acciones presentar seguimiento para su cierre 31 mar 2018
27.	35	Auditoria del SGC Of Planeación	10				Sin Formular	0,0%	Formulado con observaciones, 31 dic 2017. Se asignó un mismo hallazgo a diversos procesos, no se adelantaron registros en todos los campos del formulario. Pendiente revisión con la Oficina de planeación.
28.	36	Revisión por la Dirección	9				Sin Formular	0,0%	Con seguimiento, corte 31 dic 2017. Presenta avance en las acciones, pero no se ha cerrado ningún hallazgo. Asegurar cierre con corte 31 mar 2018.
29.	37	Regional Chocó	33				Sin Formular	0,0%	Formulado. Se formalizó el 14 dic 2017
30.	39	Delegada para la Orientación a las víctimas del conflicto armado interno	7					0,0%	Formulado. Se formalizó el 18 ene 2018
31.	40	Regional Antioquia	43						Sin Formulación, 31 dic 2017
32.	41	Regional Norte de Santander	10						Sin Formulación, 31 dic 2017
33.	42	Regional Meta	19						Sin Formulación, 31 dic 2017

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: ES-P03-F10
		Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Vigencia desde: 01/02/2016

Anexo No. 1: Resumen del estado de avance de planes de mejora - vigencia 2017

Resumen del estado de avance de planes de mejora - vigencia 2017									
No.	Id ¹	Unidad Organizacional/ Tema/ proceso.	Cant. Hallaz	Cumplimiento en la vigencia 2017 ²					Estado del Plan de Mejora
				28 feb	30 abr	30Jun	31oct	31dic	
34.	43	Gestión de Servicios Administrativos- Tema Viaticos	9						Sin Formulación, 31 dic 2017
35.	44	Regional Tolima	4						Sin Formulación, 31 dic 2017
36.	45	Regional Vaupes	7						Sin Formulación, 31 dic 2017
37.	46	Regional Risaralda	16						Sin Formulación, 31 dic 2017
Total de Hallazgos*			572						

*Hallazgos identificados, sin embargo hay 108 hallazgos que no están formulados a la fecha de corte 31Dic2017,

Convenciones:

- **Cerrado** : Planes de mejora que dieron cumplimiento a sus acciones y hallazgos en este seguimiento y vigencia
- **Cerrado con observaciones**: Atendieron el seguimiento, sin embargo sus acciones no atienden el hallazgo o causa raíz del problema identificado.
- **Con Seguimiento**: Se adelanta seguimiento por parte de los responsables del mismo, con acciones pendientes de cumplimiento total. Planes de Mejora que se deben cerrar con corte 31 de marzo 2018 o antes si presenta su cumplimiento.
- **Formulado**: Se formalizó el plan de mejora, al finalizar este periodo o los primeros días de enero del 2018. Planes de mejora para seguimiento y cumplimiento con corte a 31 de marzo.
- **Formulado con observaciones**: Se formalizó entre noviembre y diciembre 2017 el plan de mejora, sin embargo al revisar esta formulación, se presentan observaciones, como: tiempos de ejecución de la acción, definición de acción que atiende el hallazgo, modificación de los hallazgos identificados en ejercicio auditor, registro incompleto del formato en la parte de la formulación. Estas Observaciones, que se han comunicado al responsable y a la Oficina de Planeación. Se espera correcciones deben corregirse, atendiendo las directrices. Encuentran.
- **Sin formulación**: Planes de mejora que a esta fecha de corte 31 dic 2017, tenían pendiente la formalización del plan. Deben formalizarse en el mes de enero del 2018

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: ES-P03-F10
		Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Vigencia desde: 01/02/2016

**Anexo No. 2: Estado de hallazgos por procesos-
Seguimiento a 31 diciembre 2017 - vigencia 2017**

No.	Proceso Formalizado según mapa de procesos vigente	Cantidad Hallazgos formulados	Cerrado	Cerrado Ineficaz	Abierto	% Eficacia
1	Direccionamiento Estratégico	67	40	9	17	73,1%
2	Gestión de las Comunicaciones	5	2	0	3	40,0%
3	Tecnologías de la Información	6	6	0	0	100,0%
	Gestión de TICS	3	1	1	0	66,7%
4	Gestión para la Magistratura Moral	1	1	0	0	100,0%
5	Promoción y Divulgación	30	23	1	2	80,0%
6	Prevención y Protección	8	1	3	3	50,0%
7	Atención y Trámite	10	4	1	3	50,0%
7.1	Subproceso de Atención y Trámite de Quejas, Solicitudes y Asesoría	31	14	6	10	64,5%
7.2	Subproceso de Recursos y Acciones Judiciales	23	15	1	5	69,6%
7.3	Subproceso de Defensoría Pública	60	37	8	10	75,0%
8	Investigación y Análisis	1	1	0	0	100,0%
9	Evaluación de la Satisfacción de Grupos de Interés	5	2	1	2	60,0%
	Gestión del Servicio	1	0	0	1	0,0%
10	Gestión Financiera	2	1	0	1	50,0%
11	Gestión Documental	8	3	0	4	37,5%
12	Gestión Contractual	17	3	0	14	17,6%
13	Gestión del Talento Humano	52	25	10	17	67,3%
14	Gestión de Servicios Administrativos	145	103	12	29	79,3%
15	Gestión Jurídica	0	0	0	0	0,0%
16	Evaluación y Seguimiento	6	5	0	1	83,3%
17	Control Disciplinario Interno	0	0	0	0	0,0%

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: ES-P03-F10
		Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Vigencia desde: 01/02/2016

**Anexo No. 2: Estado de hallazgos por procesos-
Seguimiento a 31 diciembre 2017 - vigencia 2017**

No.	Proceso Formalizado según mapa de procesos vigente	Cantidad Hallazgos formulados	Cerrado	Cerrado Ineficaz	Abierto	% Eficacia
	Procesos Misionales	2	1	0	1	50,0%
	Total	483	288	53	123	70,6%

Nota:

- ✓ Hallazgos identificados, formulados y asignados a estos procesos en cada Plan de Mejora verificados en la vigencia 2017.
- ✓ No coincide la cantidad de hallazgos de este cuadro, anexo No. 2 (483) con los presentados en el anexo No. 1 (572), la diferencia radica en que en este cuadro están contabilizados los hallazgos sin formular. Si se retiran estos la cantidad de hallazgos debería ser 464, sin embargo el reporte es mayor para este anexo porque se considera lo presentado en el plan de mejora No. 35, (formulado y con observación) ya que un mismo hallazgo se le asigna a varios y diferentes procesos.
- ✓ Se presentan los procesos en orden de acuerdo a la actualización vigente a 31 de diciembre 2017, sin embargo se presentan los procesos que cambiaron de nombre como: Sistemas de Información a “Gestión de TICS” y Evaluación de grupos de interés a “Gestión del servicio”. Se presentan la cantidad identificada inicialmente a cada uno de los nombres vigentes a la fecha de la formulación del plan.



Procesos con el hallazgo: “Abierto”



Procesos con hallazgos: “Cerrado Ineficaz”.



Procesos con hallazgos: “Cerrado Ineficaz” y “Abierto”

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: ES-P03-F10
		Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Vigencia desde: 01/02/2016

Anexo No. 3: Resumen consolidado del estado y avance de planes de Mejora- Vigencia 2017
- Corte 31 diciembre 2017.

Tres (3) folios - cinco hojas, archivo digital enviado por correo y publicado en la WEB.

Enlace: <http://www.Defensoria.gov.co/es/public/despachodeldefensor/6267/Informes-de-Control-Interno.htm>

Tema: Plan de Mejoramiento “Cuadro consolidado Plan de Mejora con corte 31 diciembre 2017 - Vigencia 2017”

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: ES-P03-F10
		Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Vigencia desde: 01/02/2016

Anexo No. 4: Herramienta consolidada seguimiento al Plan de Mejora con corte 31 diciembre 2017. (Registro en el formato SQ-F05 Versión 3).
 (Archivo digital enviado por correo y publicado en la WEB
 ACPM2017HerramientaConsolidado31Dic2017 5Mar2018
 5-OCI_Cons 31Dic2017)

Plan de Mejora, digital, publicado en la WEB junto a este informe con corte: 31 de diciembre de 2017 - Plan de mejora
 Total: catorce (14) folios - Veinte y ocho (28) hojas

Enlace: <http://www.Defensoria.gov.co/es/public/despachodeldefensor/6267/Informes-de-Control-Interno.htm>

Tema: Plan de Mejoramiento

“Herramienta consolidada seguimiento Plan de Mejora - corte 31 dic 2017 - Vigencia 2017”

<http://www.sagepub.com>

5-ACPA2017VarienteA Quinta Sesión de 2017 5 Mar 2017

5-ACPA2017Narcosmarta Quinta Seguinte corte 210x2017 5 Mar2017

5-002_Case 2:04-cv-00020

5-ACPN2017HerenciaQuiza Seguimiento code 27052017 5-Mar2017

S-ACPA2017Herramienta Quinta Sesión con fecha 21dic2017 5 Mar2018

Case 3:10-cv-00001-UNA Document 1-1 Filed 07/25/17 Page 1 of 1

S-ACPA2017Variancia Quinta Seguimento corte 210dc2017 5 Mar/2017

5-ACPA2017Variancia Quinta Seguiente corte 2020c2017 5 Mar2017

1-ACPA2017(Veramente Quasi Segue) con 210x2017 5 Mar2017

5-ACPN2017HerenciaQuiza Seguimiento code 27052017 5-Mar2017

5-ACPN2017Herencia Quiza Seguinte.cate.20202017.5.May2017

5-ACPN2017HerenciaQuiza Seguimiento code 27022017 5-Mar2017

5-ACPN2017HerenciaQuiza Seguimiento code 27052017 5-Mar2017

5-ODI_Gene 21262

5-ACPA2017VarienteA Quinta Sesión de 2017 5 Mar 2017

ID.	Unidad Organizacional	Fecha apertura auditoria	Fecha cierre auditoria	Fecha form PM	Fecha Prog Cierre PM	Proceso afectado	Identificación	Estado de los Hallazgos					Total hallazgos formulados	Estado de las acciones					Cumplimiento Plan de Mejora		% de avance acciones	Estado a 31-dic-2017	Observaciones
								Cantidad	Sin Formular	Cerrado	Cerrado Ineficaz	Abierto		Cantidad	Abierto	En Ejecución	Cerrado Eficaz	Cerrado Ineficaz	% Hallazgos	% Acciones			
1	Regional Ocaña	19-oct-15	14-dic-15	28-jun-16	28-abr-17	1- Direccionamiento Estratégico 2- Gestión del Talento Humano 3- Promoción y Divulgación 4- Atención y Trámite 5- Servicios Administrativos 6- Tecnologías de la Información	602501 a 602537	37	0	36	1	0	37	38	0	0	36	2	97,3%	94,7%	97,4%	Cerrado con Observaciones	30-abr-2017: Da cumplimiento a la acción reformulada del hallazgo 602508, se re planteó la acción para asegurar atender el hallazgo presentado. Se da cierre al Plan de mejora como "Cerrado con Observaciones", porque el hallazgo 602525, se planteó una acción que se cumplió, sin embargo no atendió el hallazgo, que debe ser trasladada al nivel central - proceso Servicios Administrativos: Cerrado con Observaciones 28Feb2017: Queda pendiente solo un hallazgo: 602508; estaba cerrado de manera "ineficaz", pero la Regional Ocaña decide reformular la acción. Queda esta acción pendiente para el otro seguimiento
3	Regional Cesar	22-may-15	30-jul-15	24-nov-15	31-dic-16	1- Direccionamiento Estratégico 2- Gestión del Talento Humano 3- Promoción y Divulgación 4- Atención y Trámite 5- Gestión de Servicios Administrativos 6- Tecnologías de la Información	601201 a 601245	45	0	37	8	0	45	45	0	0	37	8	82,2%	82,2%	100,0%	Cerrado con Observaciones	31-oct-2017: Esta Regional gestiona el cierre de las acciones, sin embargo, ocho (8) acciones se da cierre ineficaz, por no lograr el cumplimiento total de la acción. 30jun2017: Fecha de cierre de este Plan de mejora abril 2016. Estaban pendientes, nueve (9) acciones por cierre. Se presenta seguimiento solo a dos (2) acciones que se cierran. Quedan pendientes 7, de las cuales seis (6) están sin ninguna avance. Se recomienda fortalecer el seguimiento o solicitar revisión de las acciones y su seguimiento. 30abr2017: Se presentan seis (6) acciones sin seguimiento y sin ningún avance (0%). Adicional son hallazgos que su fecha de cumplimiento se refería a abril de 2016. Debe asegurar la oportunidad del cumplimiento. 28Feb2017: Se presentó seguimiento y reporte a esta Plan de Mejora de manera extemporánea. Se ofrece por parte de la OCI, realizar videoconferencia para analizar cada una de las acciones y se desarrolló el 28 de marzo. Esta regional tiene como defensor regional asignado al Secretario Privado del Despacho: José María Balcázar, razón por la cual este profesional, está liderando este cumplimiento al Plan de Mejora. Con este seguimiento se cierran 30 hallazgos, dos de manera ineficaz. En el anterior corte de 31 de dic 2017, de los 45 hallazgos, se tenían cerrados 26.
7	Atención y Trámite (Nivel Central)- Subproceso de Defensoría Pública	05-oct-15	18-dic-15	28-jun-16	31-dic-16	Subproceso de Defensoría Pública	304001 a 304014	14	0	13	1	0	14	14	0	0	13	1	92,9%	92,9%	100,0%	Cerrado con Observaciones	31-oct-2017: Se da cierre a las dos acciones pendientes en este periodo. Durante seguimientos a periodos anteriores se cerraron varias acciones como cierre ineficaz, originando un cumplimiento del 92% por esta razón. 30jun2017: Fecha de cierre de este Plan de mejora diciembre 2016. Se tenían tres (3) acciones pendientes, se cierra una (1). Se recomienda se fortalezca el seguimiento a estas últimas dos (2) acciones 304007 y 304008 que realmente es una para asegurar su cierre en el siguiente seguimiento. 30abr2017: Se presentan dos (2) acciones sin avance, porque se reporta información pero ningún avance en la gestión del cumplimiento de la acción. Revisar estos hallazgos y solicitar el plantear la acción o las fechas de cumplimiento (se registra junio 2016) 28Feb2017: No se presenta seguimiento, previa solicitud del responsable de la OCI a esta Oficina. 31dic2016: 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.
12	D.D. Para los Asuntos Agrarios y Tierras.	12-feb-16	18-abr-16	11-ago-16	31-ene-17	1- Direccionamiento Estratégico 2-Gestión de Servicios Administrativos 3- Gestión Contractual.	1 a 6	6	0	6	0	0	6	6	0	0	6	0	100,0%	100,0%	100,0%	Cerrado	28-feb-2017: Se da cierre al Plan de mejora 31dic2016: 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	30-abr-17	1- Gestión de Servicios Administrativos 2-Evaluacion y Seguimiento	1 a 12	12	0	12	0	0	12	13	0	0	12	1	100,0%	92,3%	92,3%	Cerrado	30-abr-2017: Cerrado. Ante el cierre Ineficaz de la acción No. 4, el pasado 1 de marzo se formula una nueva acción dentro del mismo hallazgo y se da cierre a la acción en este seguimiento. 28Feb2017: Se da cierre a la acción que estaba abierta, sin embargo por el hallazgo No. 4, la Delegada presenta nuevo plan sobre este tema de la TRD: pendiente aprobación por parte de la Oficina de Planeación. Se mantiene el Plan de mejora abierto con este solo hallazgo. 31Dic-2016: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. 31oct2016: se presentan las 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 Chocó	01-mar-16	05-abr-16	30-mar-17	31-may-17	1- Direccionamiento Estratégico 1-(Tecnologías de la información) 2- Promoción y divulgación 3- Subproceso de Atención y Trámite de Quejas, Solicitudes y Asesoría 4- Subproceso de Defensoría Publica 5- Subproceso de Recursos y Acciones Judiciales 6-Gestion de Talento humano 7- Gestión de servicios administrativos	6013-01 a 601326	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%	Formulado con observaciones y No aplica Seguimiento plan de mejora.	30-abr-2017: Plan de mejora, no aplica. Durante el ejercicio de auditoria realizado en la vigencia 2016, se identificaron 26 hallazgos. Pasado un año, se formulan 38 acciones, sin embargo se toma la decisión por parte de esta oficina, nuevamente realizar auditoria en el mes de junio 2017, considerando la oportunidad de las acciones y que ya no es prudente este seguimiento. Se realiza auditoria y se formula Plan de mejora identificado con el No. 37. 28Feb2017: No se presenta formulación a la fecha de corte; sin embargo el 30 de marzo se formuló el plan de mejora luego de entregado el memorando OCI-1030-034 y correo del 27 de marzo del 2017. S Se realizará seguimiento en el corte de abril 2017. 31dic2016: Se encuentra en ajustes entre planeación y Choco, según copia de correo del 11 de agosto de 2016	

ID.	Unidad Organizacional	Fecha apertura auditoria	Fecha cierre auditoria	Fecha form PM	Fecha Prog Cierre PM	Proceso afectado	Identificación	Estado de los Hallazgos					Total hallazgos formulados	Estado de las acciones					Cumplimiento Plan de Mejora		% de avance acciones	Estado a 31-dic-2017	Observaciones
								Cantidad	Sin Formular	Cerrado	Cerrado Ineficaz	Abierto		Cantidad	Abierto	En Ejecución	Cerrado Eficaz	Cerrado Ineficaz	% Hallazgos	% Acciones			
15	Regional Caqueta	08-mar-16	02-may-16	29-dic-16	31-dic-16	1- Direccionamiento Estratégico (Tecnologías de la información) 2- Promoción y divulgación 3-Atención y Trámite 4- Subproceso de Defensoría Pública 5- Subproceso de Recursos y Acciones Judiciales 6-Gestión de Talento humano 7- Gestión de servicios administrativos	6009-1 a 6009-21	21	0	20	1	0	21	21	0	0	20	1	95,2%	95,2%	97,6%	Cerrado con Observaciones	31-oct-2017: Se da cierre a las acciones pendientes y se da cierre total al plan de mejora. Se cierra una acción como cierre ineficaz, por dar un cumplimiento al 50% de lo esperado 30-jun-2017: Fecha de cierre de este Plan de mejora diciembre 2016. Estaban pendientes, cuatro (4) acciones por cerrar. Se adelantó seguimiento y se cierra una acción, quedan pendientes tres (3), una (1) de ellas no ha presentado ninguna avance (0%), a pesar que se adelantó seguimiento en el anterior corte. 30Abr2017: 28Feb2017: Se formalizó por parte de la OP, el 29 de diciembre de 2017, se adelantó seguimiento en marzo. Hay acciones 15 acciones que no presentaron seguimiento y las fechas de cumplimiento se formularon para la vigencia 2016, no con cumplimiento de la vigencia 2017.
16	Regional Cordoba	07-jun-16	07-jul-16	17-may-17	18-jun-18	1- Direccionamiento Estratégico 2- Gestión de las Comunicaciones 3- Tecnologías de la información 4- Promoción y divulgación 5- Subproceso de Atención y Trámite de Quejas, Solicitudes y Asesoría. 6- Subproceso de Defensoría Pública 7-Gestión de Talento humano 8- Gestión de servicios administrativos	601401 al 601430	30	0	25	0	5	30	49	1	6	42	0	83,3%	85,7%	86,7%	Con Seguimiento	31-dic-2017: Considerando que quedan 6 acciones por ejecutar, se mantiene este plan de mejora para seguimiento al 31 de marzo, con el fin de evidenciar su gestión en la atención, considerando el compromiso de esta regional. 31-oct-2017: Presenta seguimiento, sin embargo quedan en estado abierto 30 acciones, por no presentar seguimiento. Se solicita seguimiento a las acciones pendientes para asegurar la gestión realizada por la Regional Cordoba. 30Jun2017: Se realiza el primer seguimiento; se cierran seis (6) acciones de las cuarenta y nueve (49) propuestas; veintidós (22) acciones no presentan seguimiento y quedan en estado abierto, y 19 acciones presentan seguimiento, nueve sin avance. Se recomienda que esta regional realice la gestión para el seguimiento de las acciones, que no están en su responsabilidad de cumplir, pero se detectaron en su regional. 30Abr2017: A esta fecha de corte aun no se había formalizado. Con ocasión de este seguimiento, se recibe formalización de este Plan de mejora por correo desde la Oficina de Planeación, con fecha 17 de mayo de 2017. Se adelantará seguimiento, con corte a 30 de Junio del 2017. 28Feb2017: Aun no se recibe formalización por parte de la Oficina de Planeación. Se solicitó a esta oficina, a las regionales y oficinas pendientes la formalización a estos planes de mejora, con el memorando y correo OCI-1030-034 del 27 de marzo 2017. 31Dic2016: 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 los avances formulados. Desde entonces se han ido adelantando acciones.
17	Regional Magdalena	10-may-16	19-jul-16	22-ene-17	30-oct-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	17	6	0	23	23	0	0	17	6	73,9%	73,9%	100,0%	Cerrado con Observaciones	31-oct-2017: Se da cierre a las acciones y tiene seis (6) hallazgos con cierre ineficaces, que bajan el nivel de cumplimiento, tres (3) en este seguimiento y tres en periodos anteriores. Las acciones tenían directrices del nivel central, líderes de procesos como Gestión Talento Humano y Gestión de servicios administrativos. 30Jun2017: Fecha de cierre de este Plan de mejora marzo 2017. A esta fecha de corte se cierran dos (2) acciones, tres (3) con cierre ineficaz, de las cuales se reporta un seguimiento que no fortalece la acción, al no ser incluidas actividades dentro del plan de necesidades de esta vigencia. Estaban pendientes, dieciséis (16) acciones de seguimiento y solo una en ejecución, que no presenta seguimiento a este corte. Se recomienda fortalecer el seguimiento para dar cumplimiento a la eficacia del plan de mejora. 30Abr2017: Este plan de mejora se adelanta seguimiento, sin embargo de las 23 acciones formuladas, deben estar cumplidas a esta fecha de corte: 21 acciones y solo se da cierre a una de ellas, pendientes veinte (20) acción. Se requiere adelantar seguimiento a cada una de las acciones con el fin de atender este plan de mejora, considerando que estas acciones deben estar cumplidas acorde a lo formulado. 28Feb2017: Se formalizó por parte de la Oficina de Planeación, el 22 de enero de 2017, se adelantó seguimiento por parte del profesional de la OCI, sin embargo la regional no realizó seguimiento. Se dejan observaciones en el
18	Regional Guajira	26-jul-16	29-ago-16	05-abr-17	31-may-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.	601701 al 601728	28	0	12	16	0	28	28	0	0	12	16	42,9%	42,9%	91,3%	Cerrado con Observaciones	31-oct-2017: Cierre a las acciones, no hay cumplimiento total en algunas acciones, atendiendo la directriz dada por el Señor Defensor de "Cerrar" los planes de mejora. La regional debe continuar realizando el cumplimiento de las acciones para minimizar el riesgo de los eventos detectados como hallazgos. 30Jun2017: Fecha de cierre de este Plan de mejora, mayo 2017. A esta fecha de corte se cierran dos (2) acciones, una con cierre eficaz y otra con cierre ineficaz, completando 16 acciones cerradas. Quedan en ejecución doce (12) actividades. Se recomienda fortalecer el seguimiento para dar cierre y cumplimiento a la eficacia del plan de mejora. 30Abr2017: Se adelanta seguimiento en este bimestre, logrando un avance de las acciones en un 78%. Existen hallazgos cerrados de manera ineficaz considerando que la acción se da pro cumplida pero no atiende el hallazgo generando el impacto de los detectado. 28Feb2017: Se solicitó con copia a esta regional, la formalización del Plan de Mejora, mediante memorando OCI-1030-034 y correo el pasado 27 de marzo 2017.
19	Contratación. Periodo 2015, vigencia 2016	11-ago-16	29-sep-16	31-mar-17	05-abr-17	Gestión Contractual	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	100,0%	100,0%	100,0%	Cerrado	30-abr-2017: Se presentó formulación el 30 de marzo de 2017, y los soportes para su cierre el 31 de marzo 28Feb2017: A esta fecha de corte, no se tenía formalizado el plan de mejora, sin embargo el 31-mar-2017, se formaliza y se le da cierre luego de entregado el memorando OCI-1030-034 y correo del 27 de marzo del 2017.

ID.	Unidad Organizacional	Fecha apertura auditoria	Fecha cierre auditoria	Fecha form PM	Fecha Prog Cierre PM	Proceso afectado	Identificación	Estado de los Hallazgos					Total hallazgos formulados	Estado de las acciones					Cumplimiento Plan de Mejora		% de avance acciones	Estado a 31-dic-2017	Observaciones
								Cantidad	Sin Formular	Cerrado	Cerrado Ineficaz	Abierto		Cantidad	Abierto	En Ejecución	Cerrado Eficaz	Cerrado Ineficaz	% Hallazgos	% Acciones			
20	Delegada de Indígenas y Minorías Étnicas	11-oct-16	29-dic-16	14-feb-17	31-dic-17	1- Promoción y Divulgación 2- Gestión del Talento Humano 3- Gestión de Servicios Administrativos.	4012001 - 4012010	10	0	5	5	0	10	18	0	0	12	6	50,0%	66,7%	87,0%	Cerrado con Observaciones	31-oct-2017: Cierre a las acciones, no hay cumplimiento total en algunas acciones, atendiendo la directriz dada por el Señor Defensor de "Cerrar" los planes de mejora. La regional debe continuar realizando el cumplimiento de las acciones para minimizar el riesgo de los eventos detectados como hallazgos. 30Jun2017: Se cierra siete (7) acciones, tres (3) de ellas, se cierran de manera ineficaz, considerando que se efectuó traslado de esta delegada a la sede central y no aplica la acción (no cumplen el 100%). Se mantiene seguimiento a cinco (5) acciones en ejecución. 30Abr2017: Se adelanta seguimiento, sin embargo se presentan 6 acciones de 18, a las que no se presenta seguimiento y una de ellas ya esta vencida. Se cumplieron a este corte, con cinco (5) de ocho (8) acciones programadas. 28Feb2017: Se presenta seguimiento a las dieciocho (18) acciones formuladas y se cierran cinco (5). 31dic2016: 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-17	18-ago-17	Direccionamiento Estratégico	1 a 4 Vicedefensoría	4	0	0	4	0	4	4	0	0	0	4	0,0%	0,0%	0,0%	Cerrado con Observaciones	31-oct-2017: Cierre a las acciones, el seguimiento presentado por el responsable, no atiende realmente las acciones formuladas por el responsable de este plan de mejora como resultado de "Autoevaluación". Plan de mejora cerrado con todas sus acciones como "ineficaz". 30Jun2017: Este plan de mejora presenta el mismo seguimiento para las cuatro acciones. Adicional se dan cierre ineficaz a tres acciones, por fecha de cierre y su cumplimiento corresponde al 0%, considerando que el registrado en el seguimiento, no evidencia el cumplimiento de los productos planeados a entregar y previstos para atender el hallazgo. 30Abr2017: Se ha dado inicio al seguimiento a las acciones 2,3,y 4 dentro del instrumento de plan de mejora por parte de la Vicedefensoría; sin embargo no se presenta avance en las acciones por que el seguimiento no se evidencia avance. 28Feb2017: Se formalizó plan, sin embargo no se presentó seguimiento. 31dic2016:Se formalizó por parte de la OP el 20 de febrero de 2017, se adelantará seguimiento en Marzo.
22	Auditoria Interna SGC Subdirección Servicios Administrativos	12-dic-16	10-mar	18-may-17	31-dic-17	Gestión de Servicios Administrativos.	502001 al 502018	18	0	18	0	0	18	21	0	0	21	0	100,0%	100,0%	100,0%	Cerrado	31-oct-2017: Se presentó seguimiento a las 19 acciones pendientes, dando cierre al plan de mejora. El cierre no fue oportuno en las fechas de cumplimiento. 30Jun2017: Se formaliza plan de mejora, el 18 de mayo y se solicitó seguimiento a las acciones, considerando que la auditoria se cerró en enero y se formalizó en marzo. Se da cierre a 2 acciones y una (1) sola acción se mantiene en ejecución. Quedan dieciocho (18) acciones abiertas, porque no presentó seguimiento, de las cuales once acciones ya deberían estar cerradas por fecha de cierre propuesta. Se recomienda fortalecer el seguimiento para asegurar la mejora la eficacia de las acciones.
23	Auditoria Interna SGC Regional Bogotá	12-dic-16	10-mar	10-jul-17	30-jun-18	1- Promoción y divulgación 2- Prevención y Protección 3- Subproceso Atención y Tramite de Quejas, Solicitudes y Asesoría. 4- Subproceso de Defensoría Pública 5- Subproceso de Recursos y Acciones Judiciales 6-Gestión de Talento Humano	600501 al 600517	17	0	11	6	0	17	22	0	0	16	6	64,7%	72,7%	86,4%	Cerrado con Observaciones	31-oct-2017: Se formalizó el plan de mejora en julio del 2017. Se da cierre a las acciones y tiene seis (6) hallazgos con cierre ineficaz que bajan el nivel de cumplimiento. Las acciones tenían directrices del nivel central, líderes de procesos como Promoción y Divulgación; Dirección Nacional ATQ y Subproceso de Defensoría Pública por ajustes de procedimientos o dar directrices.
24	Auditoria Interna SGC Grupo Sistemas	12-dic-16	10-mar	01-ago-17	30-jun-18	1- Direccionamiento Estratégico	500201 a 500205	5	0	5	0	0	5	5	0	0	5	0	100,0%	100,0%	100,0%	Cerrado	31-dic-2017: Cerrado. Se adelantó con lo establecido en el plan de mejora y se da cierre con corte 30 de noviembre del 2017. 31-oct-2017: Se formalizó el plan de mejora el 1 de agosto del 2017, se presentó seguimiento. Se da cumplimiento a tres (3) acciones, pendiente su cierre en el siguiente seguimiento.
25	Regional Casanare	07-mar-17	03-may	05-sep-17	31-dic-17	1- Direccionamiento Estratégico 2- Gestión de las Comunicaciones 3- Gestión de TICs 4- Promoción y Divulgación 5- Subproceso Atención y Tramite de Quejas, Solicitudes y Asesoría. 6- Subproceso de Defensoría Pública 7- Subproceso de Recursos y Acciones Judiciales 8- Gestión de Servicios Administrativos. 9- Gestión Financiera 10- Gestión del Talento Humano	601001 al 601039	39	0	31	0	8	39	48	0	10	38	0	79,5%	79,2%	91,0%	Con Seguimiento	31-dic-2017: Se adelantó seguimiento, y quedan pendientes 10 acciones que se deben cerrar con el siguiente seguimiento a 31 de marzo 2018. Se da cierre eficaz a las acciones cumplidas, a pesar de que algunas de ellas no atienden la causa raíz del hallazgo. 31oct2017: Se formalizó el plan de mejora el 5 de septiembre del 2017, se presentó seguimiento. Se da cumplimiento a seis (6) acciones, pendiente su cierre en el siguiente seguimiento. Se recomienda presentar el seguimiento en la Matriz que envía control interno para el siguiente seguimiento, considerando que no es la misma de la formalización publicada en la intranet.
26	Regional Guaviare	04-abr-17	02-may	04-sep-17	31-dic-17	1- Direccionamiento Estratégico 2- Subproceso Atención y Tramite de Quejas, Solicitudes y Asesoría. 3- Subproceso de Defensoría Pública 4- Subproceso de Recursos y Acciones Judiciales 5- Gestión del Servicio (Ev. Satisfacción Grupos de Interés) 6- Gestión de Servicios Administrativos. 7- Gestión del Talento Humano	601801 al 601824	24	0	6	2	16	24	29	8	12	7	2	25,0%	24,1%	47,6%	Con Seguimiento	31-dic-2017: Se adelanta seguimiento a las actividades, presentando cierre ineficaz a algunas acciones que se formularon, se cumplieron, pero esta gestión no atiende la causa del hallazgo. Se realizar ultimo seguimiento con corte a 31 de marzo del 2018. 31oct2017: Se formalizó el plan de mejora el 4 de septiembre del 2017, se presentó seguimiento. Se da cumplimiento a seis acciones (6) acciones, dos con cierre ineficaz y no presenta seguimiento a 11 acciones. Pendiente su cierre en el siguiente seguimiento.
27	Grupo de Bienes - Bajas de Inventarios Nivel Central	15-feb-17	09-may	30-nov-17	30-jun-18	1- Gestión de Servicios Administrativos. 2- Gestión Financiera	502001 al 502014	14	0	0	0	14	14	18	18	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%	Formulado con Observaciones	31-dic-2017: Se formalizó el plan de mejora el pasado 30 de noviembre del 2017, sin embargo se hacen observaciones a este plan de mejora mediante correos del 2 y 9 de febrero a la Oficina de Planeación, se esta pendiente de la respuesta. Se realizará seguimiento con los ajustes solicitados por la OCI, con corte 31 de marzo 2018. 31-oct-2017: Plan de mejora pendiente de formular y formalizar

ID.	Unidad Organizacional	Fecha apertura auditoria	Fecha cierre auditoria	Fecha form PM	Fecha Prog Cierre PM	Proceso afectado	Identificación	Estado de los Hallazgos					Total hallazgos formulados	Estado de las acciones					Cumplimiento Plan de Mejora		% de avance acciones	Estado a 31-dic-2017	Observaciones
								Cantidad	Sin Formular	Cerrado	Cerrado Ineficaz	Abierto		Cantidad	Abierto	En Ejecución	Cerrado Eficaz	Cerrado Ineficaz	% Hallazgos	% Acciones			
28	Asuntos Internacionales	05-may-17	06-jun	01-ago-17	31-dic-17	1- Direcccionamiento Estratégico 2- Promoción y Divulgación 3- Gestión del Talento Humano 4- Gestión de Servicios Administrativos. 5- Control Interno Disciplinario	101001 al 101027	27	0	27	0	0	27	27	0	0	27	0	100,0%	100,0%	100,0%	Cerrado	31-oct-2017: Cerrado. Se formalizó el plan de mejora el 1 de agosto del 2017, se presentó seguimiento y se da cumplimiento a las acciones, dando cierre al plan de mejora.
29	Of Planeación Autoevaluación	NA	27-mar-17	01-ago-17	31-dic-17	1- Direcccionamiento Estratégico	106001 al 106003	3	0	0	0	3	3	14	0	8	5	1	0,0%	35,7%	49,9%	Con Seguimiento	31-dic-2017: Se presenta avance en las acciones, sin embargo se verifica la meta de la acción y el indicador de acciones formuladas y no es coherente. Se promueve realizar reunión para la verificación de su cumplimiento con seguimiento al 31 de marzo. 31-oct-2017: Se formalizó el plan de mejora el 1 de agosto del 2017, se presentó seguimiento. Se da cumplimiento a cinco (5) acciones, una con cierre ineficaz. Pendiente su cierre en el siguiente seguimiento y la formulación de pendientes, con la formulación del plan de mejora de Revisión por la Dirección.
30	Vicederensoria Autoevaluación	NA	28-ago-17	28-ago-17	31-ago-17	1- Magistratura Moral 2- Investigación y Análisis	2001 2002	2	0	2	0	0	2	2	0	0	2	0	100,0%	100,0%	100,0%	Cerrado	31-oct-2017: Cerrado. Se formalizó el plan de mejora el 28 de agosto del 2017, se presentó seguimiento y se da cumplimiento a las acciones. Cierre al plan de mejora.
31	Delegada Prevención de Riesgos y sistemas de Alertas Autoevaluación	NA	28-ago-17	28-ago-17	30-jun-18	1- Prevención y Protección	404001 al 404003	3	0	0	3	0	3	4	0	0	0	4	0,0%	0,0%	22,5%	Cerrado con Observaciones	31-dic-2017: Cerrado. Se da cierre a este plan de mejora de manera Ineficaz considerando que es un insumo para el ejercicio auditor que se adelanta en febrero del 2018 para esta Delegada. 31oct2017: Se formalizó el plan de mejora el 28 de agosto del 2017, se presentó seguimiento y se da cumplimiento a las acciones, se recomienda presentar la herramienta con su seguimiento. Política de cero Papel y los soportes escaneados para su verificación.
32	Regional Caqueta - Auditoria Especial	15-jun-17	13-jul	30-oct-17	31-dic-17	1- Subproceso Atención y Tramite de Quejas, Solicitudes y Asesoría. 2- Subproceso de Defensoría Publica	600901 al 600905	5	0	1	0	4	5	5	1	3	1	0	20,0%	20,0%	43,2%	Con Seguimiento	31-dic-2017: Se continuará con seguimiento con corte 31 de marzo 2018, considerando que durante el seguimiento presentado el 30 de nov del 2017, hace referencia a que sus actividades tienen cumplimiento total con corte 31 de diciembre 2017. 31oct2017: Se formalizó plan de mejora el 30 de octubre del 2017
33	Contratación Periodo 2016	15-may-17	17-ago	28-nov-17	01-dic-18	Gestión Contractual	Sin numeración	12	0	0	0	12	12	12	12	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%	Formulado con Observaciones	31-dic-2017: Se formuló PM el pasado 28 de noviembre, sin embargo se realiza observaciones a los tiempos definidos para el cumplimiento de las acciones. Se realizará seguimiento con los ajustes solicitados por la OCI, con corte 31 de marzo 2018. 31oct2017: Plan de mejora pendiente de formular y formalizar
34	Sistemas de Información Gestión Documental - LASERFICHE Y POST@L	10-jul-17	01-sep	13-oct-17	11-dic-17	Gestión Documental	1 a 5	5	0	3	0	2	5	6	0	2	4	0	60,0%	66,7%	83,3%	Con Seguimiento	31-dic-2017: Se realizó seguimiento con corte a 30 de noviembre. Queda pendiente dos acciones, con cumplimiento a 31 de diciembre del 2017. Se verificarán su cierre con corte a 31 de marzo del 2018. 31oct2017: Se formalizó el plan de mejora el 13 de octubre del 2017, se presentó seguimiento. Se da cierre a 2 acciones, pendiente su cierre en el siguiente seguimiento.
35	Auditoria Interna SIG Of Planeación	27-jul-17	28-ago	03-nov-17	12-nov-18	1- Direcccionamiento Estratégico 2- Gestión de TICs 3- Prevención y Protección 4- Promoción y Divulgación 5- Atención y Tramite 6- Subproceso de Defensoría Publica 7- Subproceso de Recursos y Acciones Judiciales 8- Gestión de Servicios Administrativos.	1 al 10	10	0	0	0	10	10	33	33	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%	Formulado con Observaciones	31-dic2017: Se formalizó Plan de mejora el pasado 3 de noviembre mediante un acta. Se solicitó la evidencia del acta y la matriz editable el pasado 2 de febrero. y se recibe soportes el 15 de febrero del 2018. Se verifica la matriz y se requiere reunión con el fin de organizar y aclarar información reportada por la Oficina de Planeación: No están completos los campos de los "Porque", ni la causa raíz, ni la acción ver, hallazgo No. 2, 4 y 5. todos los hallazgos remiten al plan de mejora No. 36 "Revisión por la dirección", Se recomienda adelantar todo el registro de las acciones establecidas, ya que son las mismas que las acciones del PM No. 36, indicando su enlace pero no son los mismos hallazgos los presentado en este plan de mejora y en el 36. Adicional el hallazgo esta enmarcado en diversos procesos, se recomienda enmarcarlo en un solo proceso o redactar el hallazgo que enmarque al proceso afectado. 31oct2017: Plan de mejora pendiente de formular y formalizar
36	Revisión por la Dirección	05-sep-17	05-sep	02-nov-17	12-nov-18	1- Direcccionamiento Estratégico 2- Gestión de TICs 3- Magistratura Moral 4- Prevención y Protección 5- Promoción y Divulgación 6- Atención y Tramite 7-Subproceso Atención y Tramite de Quejas, Solicitudes y Asesoría. 8- Subproceso de Recursos y Acciones Judiciales 9- Subproceso de Defensoría Publica 10- Investigación y Análisis 11- Gestión Documental 12-Evaluación y Seguimiento.	1 a 9	9	0	0	0	9	9	30	5	21	3	1	0,0%	10,0%	21,9%	Con Seguimiento	31-dic-2017: Se presenta avance, sin embargo se debe presentar las evidencias para lograr el cumplimiento total de las metas. Para el corte del 31 de marzo se programa reunión con la Oficina de planeación para asegurar el cumplimiento de las actividades 31oct2017: Plan de mejora pendiente de formular y formalizar
37	Regional Chocó	21-jun-17	05-oct	14-dic-17	10-oct-18	1- Direcccionamiento Estratégico 2- Gestión de TICs 3- Magistratura Moral 4- Prevención y Protección 5- Promoción y Divulgación 6- Atención y Tramite 7-Subproceso Atención y Tramite de Quejas, Solicitudes y Asesoría. 8- Subproceso de Recursos y Acciones Judiciales 9- Subproceso de Defensoría Publica 10- Investigación y Análisis 11- Gestión Documental 12-Evaluación y Seguimiento.	601301 al 601333	33	0	0	0	33	33	35	35	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%	Formulado	31-dic2017: Se formalizó Plan de mejora el pasado 14 de diciembre 2017. No se realizó seguimiento. Se verificará su seguimiento con corte a 31 de marzo 2018. 31oct2017: Plan de mejora pendiente de formular y formalizar

ID.	Unidad Organizacional	Fecha apertura auditoria	Fecha cierre auditoria	Fecha form PM	Fecha Prog Cierre PM	Proceso afectado	Identificación	Estado de los Hallazgos					Total hallazgos formulados	Estado de las acciones					Cumplimientos Plan de Mejora		% de avance acciones	Estado a 31-dic-2017	Observaciones
								Cantidad	Sin Formular	Cerrado	Cerrado o Ineficaz	Abierto		Cantidad	Abierto	En Ejecución	Cerrado Eficaz	Cerrado Ineficaz	% Hallazgos	% Acciones			
39	Delegada para la Orientación a las víctimas del conflicto armado	24-jul-17	30-nov	18-ene-18	15-abr-18	1- Direcccionamiento Estratégico 2- Gestión del Talento Humano 3- Gestión de Servicios Administrativos.	402001 al 4002007	7	0	0	0	7	7	12	12	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%	Formulado	31-dic-2017: Plan de mejora en proceso de formulación a esta fecha de corte. Se formuló en enero del 2018. Se verificará su seguimiento con corte a 31 de marzo 2018.
40	Regional Antioquia	22-ago-17	17-nov	Pendiente de formular	Sin Formular	Pendiente de formular		43	43	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%	Sin Formulación	31-dic-2017: Plan de mejora en proceso de formulación a esta fecha de corte. Auditoría que se cerró y comunicó en la tercera semana de diciembre; se verificará su seguimiento con corte a 31 de marzo 2018.
41	Regional Norte de Santander	17-oct-17	05-dic	Pendiente de formular	Sin Formular	Pendiente de formular		10	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%	Sin Formulación	31-dic-2017: Plan de mejora en proceso de formulación a esta fecha de corte. Auditoría que se cerró y comunicó en la primera semana de diciembre; se verificará su seguimiento con corte a 31 de marzo 2018.
42	Regional Meta	12-sep-17	06-dic	Pendiente de formular	Sin Formular	Pendiente de formular		19	19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%	Sin Formulación	31-dic-2017: Plan de mejora en proceso de formulación a esta fecha de corte. Auditoría que se cerró y comunicó en la primera semana de diciembre; se verificará su seguimiento con corte a 31 de marzo 2018.
43	Gestión de Servicios Administrativos- Tema Viáticos	09-ago-17	11-dic	Pendiente de formular	Sin Formular	Pendiente de formular		9	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%	Sin Formulación	31-dic-2017: Plan de mejora en proceso de formulación a esta fecha de corte. Auditoría que se cerró y comunicó en la tercera semana de diciembre; se verificará su seguimiento con corte a 31 de marzo 2018.
44	Regional Tolima	07-nov-17	14-dic	Pendiente de formular	Sin Formular	Pendiente de formular		4	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%	Sin Formulación	31-dic-2017: Plan de mejora en proceso de formulación a esta fecha de corte. Auditoría que se cerró y comunicó en la segunda semana de diciembre; se verificará su seguimiento con corte a 31 de marzo 2018.
45	Regional Vaupes	14-nov-17	18-dic	Pendiente de formular	Sin Formular	Pendiente de formular		7	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%	Sin Formulación	31-dic-2017: Plan de mejora en proceso de formulación a esta fecha de corte. Auditoría que se cerró y comunicó en la tercera semana de diciembre; se verificará su seguimiento con corte a 31 de marzo 2018.
46	Regional Risaralda	12-oct-17	19-dic	Pendiente de formular	Sin Formular	Pendiente de formular		16	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%	Sin Formulación	31-dic-2017: Plan de mejora en proceso de formulación a esta fecha de corte. Auditoría que se cerró y comunicó en la tercera semana de diciembre; se verificará su seguimiento con corte a 31 de marzo 2018.
								572	108	288	53	123	464	583	125	62	337	59					

Notas:

- 1- El PM No. 14, no se realizó seguimiento por parte de la OCI, considerando que el plan de mejora se formalizó un año después del cierre de este ejercicio auditor (sin oportunidad). Se tomó la decisión de realizar nuevamente este ejercicio auditor, realizándolo a finales de junio y formalizando informe al iniciar octubre del 2017
- 2- EL PM No. 38, corresponde al ejercicio de auditoria externa realizada en el mes de septiembre del 2017
- 3- Planes de mejora que se incluyeron en el comunicado OCI-1030-104 del 20 de septiembre del 2017 (Auditorías 2016 y anteriores)
- 4- Planes de mejora que se incluyeron en el comunicado OCI-1030-105 del 21 de septiembre del 2017. Auditorías vigencia 2017

Con corte a Estado a 31-dic-2017

No.	Unidad Organizacional/ Seguimiento Responsable OCI.	Fecha apertura auditoria	Fecha cierre auditoria	Fecha form PM	Proceso afectado	Identificación	Estado de los Hallazgos					Total Hallazgos formulados en PM	Estado de las acciones					Cumplimientos Plan de Mejora		% de avance	Estado	Observaciones
							Cantidad	Sin Formular PM	Cerrado	Cerrado o Ineficaz	Abierto		Cantidad	Abierto	En Ejecución	Cerrado Eficaz	Cerrado o Ineficaz	% Hallazgos	% Acciones			
							572	108	288	53	123	464	583	125	62	337	59	62,1%	57,8%	51,3%		
							18,9%	50,3%	9,3%	21,5%			21,4%	10,6%	57,8%	10,1%						

Estado Herramienta	Cantidad
Sin Formulación	7
Formulado con observaciones y No aplica Seguimiento plan de mejora.	1
Formulado	2
Formulado con Observaciones	3
Con Seguimiento	7
Cerrado con Observaciones	10
Cerrado	7
Total	37

MEMORANDO

Bogotá D.C. 17 de noviembre 2017

PARA: DOCTOR AVELINO ORLANDO DÍAZ RENDÓN, JEFE OFICINA DE PLANEACIÓN.

DE: JULIO CESAR MORENO BERNAL, JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO.

REFERENCIA: Informe de Evaluación y Seguimiento - Plan de Mejoramiento ACPM, corte 31 de octubre de 2017.

Respetado doctor Díaz:

La Oficina de Control Interno, en su rol de evaluador independiente de las actividades propias de la gestión de la entidad, adjunta el informe de Evaluación y seguimiento al Plan de Mejoramiento de la entidad Acciones Correctivas, Preventivas y Mejora (ACPM), con corte a 31 de octubre de 2017.

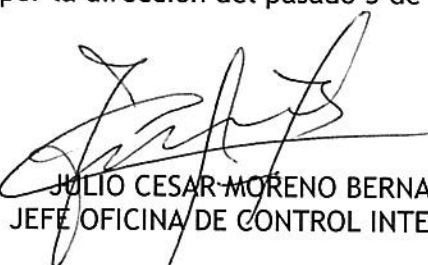
Las matrices de cada uno de los planes de mejora internos verificados (diecinueve (19)), con seguimiento y verificados a esta fecha de corte, se envían al correo meci-
calidad@defensoria.gov.co, con el fin de que este seguimiento quede publicado en la intranet dentro del mapa de procesos, en la pestaña correspondiente al "Plan de Mejora"; en la siguiente ruta:

<https://defensoriadelpueblo.sharepoint.com/SitePages/Listado%20Maestro%20PM1.aspx>

El informe de evaluación y seguimiento que se adjunta, se encuentra publicado en el enlace: <http://www.defensoria.gov.co/es/public/despachodeldefensor/6267/Informes-de-Control-Interno.htm> Tema: Plan de Mejoramiento.

En este informe se presentan recomendaciones, para permitir a los líderes de procesos, dependencias y regionales conocer el estado y avance de estos planes de mejora y fortalecer el compromiso de la Dirección de la Entidad en el tema de "Mejora continua" y la directriz dada en la última revisión por la dirección del pasado 5 de septiembre del 2017.

Cordialmente,



JULIO CESAR MORENO BERNAL.
JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO.

Copia: Dr. Carlos Alfonso Negret Mosquera, Defensor del Pueblo
Líderes de procesos.
Delegadas con plan de mejora evaluado dentro de este informe
Defensores Regionales, se envía por correo.

Anexo: Nueve (9) folios. Informe de Evaluación y Seguimiento ACPM - corte 31 de octubre de 2017, 1 archivo digital - ACPM2017Herramientaconsolidado31Oct2017

Proyectó: María Helena Pedraza Medina.

Revisó: Julio Cesar Moreno Bernal.

Archivado en: Acciones Preventivas - Informes de Evaluación y Seguimiento Implementación SGC.

Consecutivo Dependencia: OCI-1030-147

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: ES-P03-F10
		Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Vigencia desde: 01/02/2016

Evaluación y Seguimiento Plan de Mejora - Vigencia 2017 Cuarto Seguimiento- Corte 31 de octubre 2017

1. Introducción y alcance

La Oficina de Control Interno, en su rol de “Evaluación y seguimiento” enmarcado en el decreto 648 del 2017, realiza la verificación al seguimiento de los planes de mejora activos con fecha de corte 31 de octubre de 2017.

El pasado 5 de septiembre, en la “Revisión por la Dirección” se indicó por parte del Señor Defensor del Pueblo, Dr. Carlos Alfonso Negret Mosquera, se indicó que los planes de mejora que se encuentran en seguimiento y corresponden al resultado de ejercicios de auditoria adelantados durante la vigencia 2016, debe asegurar el cierre de acciones, antes del 31 de octubre del 2017 y los formulados antes de esta fecha, deben asegurar su cierre de las acciones antes del 11 de diciembre del 2017. Esta oficina comunicó a los líderes responsables de atender los planes de mejora activos y pendientes por formular, con los comunicados OCI -1030-104 y OCI-1030-105, el pasado 20 y 21 de septiembre del 2017 respectivamente, dando instrucciones para adelantar este seguimiento y las fechas de corte, atendiendo la directriz del Señor Defensor del Pueblo.

Para este seguimiento, se toma la herramienta de planes de mejora activos y vigentes con corte al 30 de junio de 2017 y se actualiza estos planes de mejora pendientes por formular a esta fecha de corte y cada uno de los profesionales responsables de esta verificación de la Oficina de Control Interno, envía la herramienta por correo electrónico a cada uno de los líderes responsables del seguimiento y que fueron los responsables de atender el ejercicio auditor. Se recibe el registro del seguimiento de cada plan de mejora junto a sus soportes, correspondiente al “cuarto bimestre”¹: 1 de julio al 31 de octubre de 2017, considerando este corte y un siguiente corte a 30 de noviembre, para cierre de los planes de mejora de la vigencia 2017. La Oficina de Control Interno consolida esta información en una sola herramienta, donde incluyen los planes de mejora con seguimiento durante este periodo.

2. Objetivo

Verificar los seguimientos a los veinticuatro (24) planes de mejora, pendientes por formular y/o con seguimiento, revisando el registro, acorde a los soportes entregados, asegurando la coherencia de la gestión adelantada frente a las acciones y los hallazgos identificados, 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.

¹ Se registra en el formato SQ- F05 V3 del 29/08/2016 el campo correspondiente al “cuarto bimestre”, sin embargo el periodo no concuerda con el seguimiento reportado, considerando como periodo a revisar, desde el anterior corte: 1 de julio a 31 de octubre del 2017.

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: ES-P03-F10
		Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Vigencia desde: 01/02/2016

Se registra y revisa el seguimiento 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

A esta fecha de corte, 31 de octubre de 2017, se adelanta seguimiento a veinticuatro (24) planes de mejora activos y pendientes por formular. Su estado final se registra en el anexo No. 2.

En el anterior reporte, con corte del 30 de junio, se tenían cinco (5) planes de mejora pendientes por formular, de ellos se atendieron cuatro (4) y su estado con corte a 31 de octubre es:

Id .	Unidad Organizacional	Fecha		Seguimiento y estado final a 31-Oct-2017
		Cierre auditoría	Formulado PM	
24	Auditoría Interna SGC Grupo Sistemas	10-mar	01-ago-17	Cerrado con Observaciones
25	Regional Casanare	03-may	05-sep-17	Con Seguimiento
26	Regional Guaviare	02-may	04-sep-17	Con Seguimiento
27	Grupo de Bienes - Bajas de Inventarios - Nivel Central	09-may	Pendiente de formular	Sin Formulación
28	Asuntos Internacionales	06-jun	01-ago-17	Cerrado

Atendiendo la directriz dada durante la “Revisión por la dirección” del pasado 5 de septiembre, se envió comunicado por parte de la Oficina de Control Interno, solicitando se asegurara el cierre a once (11) planes de mejora que correspondían a la vigencia 2016 y primer trimestre 2017. Queda pendiente el cierre para la Regional Cordoba con diecinueve hallazgos abiertos y el grupo de sistemas con dos (2), reportando el siguiente cumplimiento en estos planes de mejora:

#	Id.	Unidad Organizacional	Fecha		Estado Hallazgos				% de avance Acciones	Estado 31oct2017
			Cierre auditoría	Formula. PM	Cant.	Cerrado	Cerrado Ineficaz	Abierto		
1	3	R. Cesar	30-jul-15	24-nov-15	45	37	8	0	100,0%	Cerrado con Observaciones
2	7	Atención y Trámite (Nivel Central)-Subproceso de	18-dic-15	28-jun-16	14	13	1	0	100,0%	Cerrado con Observaciones

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO		Código: ES-P03-F10
			Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO		Vigencia desde: 01/02/2016

#	Id.	Unidad Organizacional	Fecha		Estado Hallazgos				% de avance Acciones	Estado 31oct2017
			Cierre auditoría	Formula. PM	Cant.	Cerrado	Cerrado Ineficaz	Abierto		
		Defensoría Pública								
3	15	Regional Caqueta	02-may-16	29-dic-16	21	20	1	0	97,6%	Cerrado con Observaciones
4	16	Regional Cordoba	07-jul-16	17-may-17	30	11	0	19	44,7%	Con Seguimiento
5	17	Regional Magdalena	19-jul-16	22-ene-17	23	17	6	0	100,0%	Cerrado con Observaciones
6	18	Regional Guajira	29-ago-16	05-abr-17	28	12	16	0	91,3%	Cerrado con Observaciones
7	20	Delegada de Indígenas y Minorías Étnicas	29-dic-16	14-feb-17	10	5	5	0	87,0%	Cerrado con Observaciones
8	21	Tema Rendición de Cuentas	07-sep-16	20-feb-17	4	0	4	0	0,0%	Cerrado con Observaciones
9	22	Auditoria Interna SGC Subdirección Servicios Administrativos	10-mar	18-may-17	18	18	0	0	100,0%	Cerrado
10	23	Auditoria Interna SGC Regional Bogotá	10-mar	10-jul-17	17	11	6	0	86,4%	Cerrado con Observaciones
11	24	Auditoria Interna SGC Grupo Sistemas	10-mar	01-ago-17	5	3	0	2	90,0%	Con Seguimiento

De las auditorías internas de gestión, realizadas por la Oficina de Control Interno y de otras fuentes, no se han formalizado cinco (5) planes de mejora, incumpliendo el procedimiento de “Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora-ACPM” código: SQ-P04, versión: 5 y vigente desde: 29/08/2016., actividad 2, donde se indica: “... remitirla a la Oficina de Planeación dentro de los 20 días hábiles siguientes a la notificación de la no conformidad u oportunidad de mejora, a la dirección electrónica meci_calidad@defensoria.gov.co para su validación”.

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: ES-P03-F10
		Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Vigencia desde: 01/02/2016

Planes de mejora pendientes por formular a 31 de octubre del 2017:

Id.	Unidad Organizacional	Fecha	
		Cierre auditoría o fuente	Formula.PM
27	Grupo de Bienes - Bajas de Inventarios - Nivel Central	09-may-2017	Pendiente de formular
33	Contratación	17-ago-2017	Pendiente de formular
35	Auditoría del SGC. Of Planeación	28-ago-2017	Pendiente de formular
36	Revisión por la Dirección	06-sep-2017	Pendiente de formular
37	Regional Chocó	05-oct-2017	Pendiente de formular

Retirando estos cinco planes, se adelantó en este corte, seguimiento a diecinueve (19) planes de mejora internos, de los veinticuatro (24) planes de mejora previstos. Ver anexo No. 2.

El equipo de la Oficina de Control Interno, realiza el seguimiento y verificación de lo presentado por cada uno de los responsables de estos planes de mejora y se registran comentarios sobre lo verificado en la columna “Observaciones OCI”, del formato SQ F05, versión 3 y correspondiente al “cuarto bimestre”. En términos generales el estado de los planes activos es el siguiente:

Estado Planes de Mejora corte 31 oct 2017	Cantidad
Sin Formulación	5
Formulado	1
Con Seguimiento	7
Cerrado con Observaciones	8
Cerrado	3
Total	24

- Se cierran once 11 planes de mejora de los diecinueve en seguimiento, sin embargo, ocho (8) de ellos se cierran con observaciones, considerando que quedaron acciones incompletas o que las mismas no atendieron el hallazgo presentado.
- De los planes de mejora previstos para cierre en este corte quedaron pendientes dos (2) correspondientes.
 - Regional Cordoba
 - Auditoría Interna SGC - Grupo Sistemas

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: ES-P03-F10
		Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Vigencia desde: 01/02/2016

3. Los planes de mejora con seguimiento, deben asegurar su cumplimiento total a las acciones, sin embargo se formularon acciones que no son pertinentes para atender el hallazgo y la Oficina de Control Interno presenta estas observaciones en el seguimiento.
4. Para este seguimiento en la herramienta del anexo No. 2 se consolida trescientos ochenta y seis (386) acciones, que presentan el siguiente estado dentro de esta herramienta:

Estado de las acciones	Cantidad	%	Observaciones
Cerrado Eficaz	215	55,7	
Cerrado Ineficaz	60	15,5	No se da cumplimiento a la acción en el tiempo definido, la acción reportada no atendió la acción inicial planteada, o el producto no es el planteado en la meta
En ejecución	75	19,4	Se presentan en 7 planes de mejora. Ver anexo No. 2
Abierto	35	9,1	Planes de mejora, cuyo responsable no presentó seguimiento a estas acciones. 16- Regional Córdoba 12 de 49 acciones 25- Regional Casanare, 7 de 49 acciones 26- Regional Guaviare, 11 de 29 acciones 32- Regional Caquetá, Auditoria Especial, 5 acciones, se formuló el 30 de octubre

En el siguiente cuadro, se presenta un resumen del estado de avance y cumplimiento de los hallazgos de cada uno de estos planes de mejora durante el seguimiento realizado en la vigencia 2017, con corte a 31 de octubre de 2017.

Avance y cumplimiento de Planes de Mejora								
No.	Id.	Unidad Organizacional	Cant. Hallaz	Cumplimiento a 2017 ²				Estado del Plan de Mejora
				28 feb	30 abr	30Jun	31oct	
1.	3	R. Cesar	45	62,2%	68,9%	73,3%	82,2%	Cerrado con observaciones Acciones con cierre ineficaz. Revisar observaciones de la OCI y Mejorar si es pertinente

² Cumplimientos dados en porcentaje, para el avance de los hallazgos considerados como cumplidos a esa fecha de corte.

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO		Código: ES-P03-F10
			Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO		Vigencia desde: 01/02/2016

Avance y cumplimiento de Planes de Mejora								
No.	Id.	Unidad Organizacional	Cant. Hallaz	Cumplimiento a 2017 ²				Estado del Plan de Mejora
				28 feb	30 abr	30Jun	31oct	
2.	7	Atención y Tramite (Nivel Central)- Subproceso de Defensoría Pública	14	35,7%	71,4%	78,6%	92,2%	Cerrado con observaciones Acciones con cierre ineficaz. Revisar observaciones de la OCI y Mejorar si es pertinente
3.	15	Regional Caquetá	21	23,8%	81,0%	81,0%	95,2%	Cerrado con observaciones Acciones con cierre ineficaz. Revisar observaciones de la OCI y Mejorar si es pertinente
4.	16	Regional Córdoba	30		0,0%	10,0%	36,7%	Con seguimiento. No presenta seguimiento a 12 acciones (24%). Se requiere compromiso para asegurar la gestión en las acciones y el cierre del plan durante esta vigencia
5.	17	Regional Magdalena	23	0,0%	4,3%	13,0%	73,9%	Cerrado con observaciones Acciones con cierre ineficaz. Revisar observaciones de la OCI y Mejorar si es pertinente
6.	18	Regional Guajira	28		25,0%	28,6%	42,9%	Cerrado con observaciones Acciones con cierre ineficaz. Revisar observaciones de la OCI y Mejorar si es pertinente. Se cierra dando cumplimiento a la directriz del Sr. Defensor del Pueblo
7.	20	Delegada de Indígenas y Minorías Étnicas	10		10,0%	30,0%	50,0%	Cerrado con observaciones Acciones con cierre ineficaz. Revisar observaciones de la OCI y Mejorar si es pertinente. Se cierra dando cumplimiento a la directriz del Sr. Defensor del Pueblo

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO		Código: ES-P03-F10
			Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO		Vigencia desde: 01/02/2016

Avance y cumplimiento de Planes de Mejora								
No.	Id.	Unidad Organizacional	Cant. Hallaz	Cumplimiento a 2017 ²				Estado del Plan de Mejora
				28 feb	30 abr	30Jun	31oct	
8.	21	Tema Rendición de Cuentas	4		0,0%	0,0%	0,0%	Cerrado con observaciones Todas las acciones con cierre ineficaz. Revisar observaciones de la OCI y Mejorar si es pertinente
9.	22	Auditoria Interna SGCSubdirección Servicios Administrativos	18			0,0%	100,0%	Cerrado con cumplimiento total
10.	23	Auditoria Interna SGC Regional Bogotá	17			0,0%	64,7%	Cerrado con observaciones Acciones con cierre ineficaz. Revisar observaciones de la OCI y mejorar si es pertinente e insistir en las directrices dadas por los líderes de procesos. Se cierra dando cumplimiento a la directriz del Sr. Defensor del Pueblo
11.	24	Auditoria Interna SGC Grupo Sistemas	5			0,0%	60,0%	Con seguimiento. Pendiente dos acciones para su cierre
12.	25	Regional Casanare	39			0,0%	5,1%	Con seguimiento. Pendiente 33 acciones para su cierre, registrar el seguimiento en la matriz que envía la OCI
13.	26	Regional Guaviare	24			0,0%	16,7%	Con seguimiento. Pendiente 23 acciones, presentar seguimiento para su cierre
14.	27	Grupo de Bienes - Bajas de Inventarios - Nivel Central	11			0,0%	0,0%	Sin formalización a esta fecha de corte
15.	28	Asuntos Internacionales	27			0,0%	100,0%	Cerrado con cumplimiento total
16.	29	Of Planeación Autoevaluación	3				0,0%	Con seguimiento. Son tres hallazgos con 14 acciones y aún quedan 9 acciones abiertas; presentar seguimiento para su cierre
17.	30	Vicedefensoría Autoevaluación	2				100,0%	Cerrado con cumplimiento total

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO		Código: ES-P03-F10
			Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO		Vigencia desde: 01/02/2016

Avance y cumplimiento de Planes de Mejora								
No.	Id.	Unidad Organizacional	Cant. Hallaz	Cumplimiento a 2017 ²				Estado del Plan de Mejora
				28 feb	30 abr	30Jun	31oct	
18.	31	Delegada Prevención de Riesgos y sistemas de Alertas Autoevaluación	3				0,0%	Con seguimiento. Presentar el seguimiento sobre la herramienta para su cierre
19.	32	Regional Caqueta - Auditoria Especial	5				0,0%	Se formuló el 30 de octubre, sin seguimiento
20.	33	Contratación	12				0,0%	Sin formalización a esta fecha de corte
21.	34	Sistemas de Información Gestión Documental - LASERFICHEy POST@L	5				40,0%	Con seguimiento. Pendiente 4 acciones, presentar seguimiento para su cierre
22.	35	Auditoria del SGC Of Planeación	--				0,0%	Sin formalización a esta fecha de corte
23.	36	Revisión por la Dirección	--				0,0%	Sin formalización a esta fecha de corte
24.	37	Regional Chocó	28				0,0%	Sin formalización a esta fecha de corte

“Con seguimiento”: Identifica los planes de Mejora que han presentado seguimiento por **Con seguimiento** sables del mismo con acciones pendientes de cumplimiento total y dar cierre a los hallazgos.

Cerrado : Identifica los planes de mejora a los que se les ha dado cierre a las acciones y hallazgos en este seguimiento.

El “Listado Maestro de Planes de Mejora” para fuentes internas está ubicado en el siguiente link:

<https://defensoriadelpueblo.sharepoint.com/SitePages/Listado%20Maestro%20PM1.aspx>

Sobre cada uno de los planes de mejora en la columna de “seguimiento”, se accede al plan de mejora con fecha de corte del último seguimiento. (Activos con corte 31 de octubre)

4. Conclusiones

1. Los responsables de adelantar seguimiento a los planes de mejora vigentes y activos, presentaron seguimiento al tercer bimestre del 2017, la Oficina de Control Interno, quienes se verificó estos Planes de Mejora, con corte a 30 de junio 2017.
2. Se presenta en el anexo No. 2. Estado de Cumplimiento Planes de Mejora con seguimiento. - Corte 31 octubre 2017, el estado de avance de los planes abiertos a esta fecha de corte.

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO		Código: ES-P03-F10
			Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO		Vigencia desde: 01/02/2016

3. Este informe de seguimiento se presenta en la WEB para consulta por parte de los líderes y equipos de trabajo, en la siguiente ruta:

La Defensoría\Organos de Control\Informes de Control Interno, título: Plan de mejoramiento:

“Inf. Seguimiento Plan de Mejora con corte a 31 octubre 2017”, anexo 2 y 3 de este informe.

<http://www.Defensoria.gov.co/es/public/despachodeldefensor/6267/Informes-de-Control-Interno.htm>

4. El estado de cumplimiento de los nueve (19) planes de mejora activos a esta fecha de corte - 31 de octubre 2017:

Estado de los hallazgos						Estado de las acciones				
Cantidad	Sin Formular PM	Cerrado	Cerrado Ineficaz	Abierto	Total Hallazgos formulados en PM	Cantidad	Abierto	En Ejecución	Cerrado Eficaz	Cerrado Ineficaz
323	51	184	52	87	323	386	35	75	215	60
	15,8%	57,0%	16,1%	26,9%			9,1%	19,4%	55,7%	15,5%

Fuente: Tabla propia, resumen consolidado Planes de Mejora con corte a 31 octubre 2017

Se considera:

Acción cerrada, cuando se cumple con la acción propuesta.

Hallazgo “cerrado”, cuando se ha dado cumplimiento a la totalidad de las acciones formuladas y cerradas.

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: ES-P03-F10
		Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Vigencia desde: 01/02/2016

5. A los diecinueve (19) planes de mejora incluidos en este corte, su estado final es el siguiente y que se verifica en el anexo No. 2.

Estado	Cantidad	Observaciones
Con Seguimiento	7	A esta fecha de corte 31 oct 2017, quedaron en seguimiento: 16- R Cordoba de la vigencia 2016 y formalizó su plan de mejora el 17 de mayo del 2017. 24- Auditoria Interna SGC - Grupo de Sistemas; 25- R- Casanare; 26- R. Guaviare; 29- Autoevaluación Of. de Planeación; 31- Autoevaluación Delegada Prevención de Riesgos y sistemas de alertas tempranas; 34- "Sistemas de Información Gestión Documental - LASERFICHEy POST@L"
Formulado sin seguimiento	1	32- Regional Caqueta Especial formalizado el 30 de octubre 2017.
Sin Formulación	5	A esta fecha de corte, se debían tener formulados estos planes de mejora, considerando la actividad No. 2 del procedimiento de ACPM SQ-P04, versión 5: 27- Grupo de Bienes - Bajas de Inventarios - Nivel Central , informe entregado el 9 de mayo 33- Contratación, informe entregado el 17Ago 35 Auditoria del SGC Of Planeación, informe del 28 ago. 36- Revisión por la Dirección realizada el 5 sep. 37 R. Regional Chocó, informe entregado el 5 oct.
Total de PM	13	

5. Recomendaciones

- Se indica nuevamente, que el responsable de realizar el seguimiento a las acciones, independiente que sea el responsable de realizar la acción, es el líder del plan de mejora, correspondiente a la Regional o dependencia auditada. Este líder responsable del plan de mejora, debe gestionar aquellas acciones que no son de su responsabilidad ejecutarlas pero que fueron identificadas en su área. En esta condición los responsables del plan de mejora, deben ser los que adelanten el registro dentro del ACPM, de acuerdo a las evidencias dadas por el responsable de ejecutar la acción (normalmente líderes de procesos).
- Se recomienda a los “líderes de procesos” revisen el consolidado presentado en el Anexo No. 3 y el resumen presentado de los hallazgos en el anexo No. 1, con el fin de

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: ES-P03-F10
		Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Vigencia desde: 01/02/2016

verificar el estado de los hallazgos, sobre todo aquellos hallazgos que fueron cerrados como ineficaces: “Cerrado Ineficaz” o que se encuentran “Abierto”

3. Se debe asegurar compromiso del cierre de las acciones de estos trece (13) planes de mejora en su totalidad, incluidos los pendientes de formular, atendiendo las directrices dadas por el Señor Defensor en la revisión pro la dirección del pasado 5 de septiembre.
4. El siguiente seguimiento se debe presentar con corte al 30 de noviembre de 2017, considerando la directriz dada en la Revisión por la Dirección y se formalizó mediante comunicados OCI-1030-104 y OCI-1030-105 del pasado 20 y 21 de septiembre. El siguiente seguimiento se debe recibir sobre la matriz el próximo 3 de diciembre.
5. Cada uno de los responsables del plan de mejora, debe hacer seguimiento a éste, solicitando al responsable de la OCI, la matriz para realizar el siguiente seguimiento con corte a 30 de noviembre 2017.
6. Nuevamente se recomienda, se asegure y se atienda las fechas de cierre de cumplimiento de las acciones y realizar un gran esfuerzo para atender y cerrar estas acciones, dando cumplimiento a la “mejora” de nuestro Sistema Integrado de Gestión dentro de la Defensoría del Pueblo.

Julio Cesar Moreno Bernal
Jefe Oficina de Control Interno.

Proyectó: María Helena Pedraza Medina
Revisó: Cristian Camilo Buitrago
Fecha de elaboración: 16 noviembre 2017

Anexos:

1. Anexo 1: Estado de hallazgos por procesos - Seguimiento a 31 octubre 2017
2. Anexo 2: Resumen del estado y avance de planes de Mejora. - Corte 31 octubre 2017 archivo digital- 2 folios, 4 hojas
3. Anexo 3: Consolidado de Planes de Mejora. SQ-F05 Versión 3. Seguimiento a 31 octubre 2017. Archivo digital. (24) folios. - 47 hojas

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: ES-P03-F10
		Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Vigencia desde: 01/02/2016

**Anexo 1: Estado de hallazgos por procesos-
Seguimiento a 31 octubre 2017
*Planes de Mejora abiertos**

No.	Proceso	Cantidad Hallazgos formulados	Abierto	Cerrado	Cerrado Ineficaz	% Eficacia
1	Direccionamiento Estratégico	42	9	22	11	78,6%
2	Gestión de las Comunicaciones	4	4	0	0	0,0%
3	Tecnologías de la Información ³	5	2	3	0	60,0%
	Gestión de TICS	2	1	0	1	50,0%
4	Gestión para la Magistratura Moral	1	0	1	0	100,0%
5	Promoción y Divulgación	23	6	16	1	73,9%
6	Prevención y Protección	4	3	1	0	25,0%
7	Atención y Trámite	5	0	4	1	100,0%
7.1	Subproceso de Atención y Trámite de Quejas, Solicitudes y Asesoría	25	8	11	6	68,0%
7.2	Subproceso de Recursos y Acciones Judiciales	12	5	6	1	58,3%
7.3	Subproceso de Defensoría Pública	47	13	26	8	72,3%
8	Investigación y Análisis	1	0	1	0	100,0%
9	Evaluación de la Satisfacción de Grupos de Interés ⁴	3	0	2	1	100,0%
	Gestión del Servicio	1	1	0	0	0,0%
10	Gestión Financiera	1	1	0	0	0,0%
11	Gestión Documental	6	4	2	0	33,3%
12	Gestión Contractual	0	0	0	0	0,0%
13	Gestión del Talento Humano	35	5	19	11	85,7%
14	Gestión de Servicios Administrativos	105	24	70	11	77,1%
15	Gestión Jurídica	0	0	0	0	0,0%
16	Evaluación y Seguimiento	0	0	0	0	0,0%
17	Control Disciplinario Interno	0	0	0	0	0,0%
	Procesos Misionales	1	1	0	0	0,0%
Total		323	87	184	52	73,1%

Hallazgos identificados, formulados y asignados a estos procesos en cada Plan de Mejora abiertos.
Orden de procesos de acuerdo a la actualización vigente al 31 de octubre de 2017

*2- Proceso ahora identificado como Gestión del Servicio. Proceso en construcción.

 Procesos con acciones “Cerrado Ineficaz”.

³ Proceso que a partir de junio del 2017, se identifica como Gestión de TICS

⁴ Proceso actualizado en junio del 2017, se identifica como Gestión del servicio

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: ES-P03-F10
		Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Vigencia desde: 01/02/2016

Anexo 2: Resumen del estado y avance de planes de mejora. - Corte 31 octubre 2017

Dos (2) folios - cuatro hojas, archivo digital enviado por correo
Publicado en la WEB.

Enlace: <http://www.Defensoría.gov.co/es/public/despachodeldefensor/6267/Informes-de-Control-Interno.htm>

Tema: Plan de Mejoramiento “ *** corte 31 octubre 2017

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: ES-P03-F10
		Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Vigencia desde: 01/02/2016

Anexo 3: Consolidado de Planes de Mejora Internos. SQ-F05 Versión 3.
Seguimiento a 31 octubre de 2017
(Archivo digital enviado por correo y publicado en la WEB
Anexo3-ACPM2017HerramientaConsolidado31Oct2017)

Plan de Mejora, digital, publicado en la WEB junto a este informe con corte: 31 de octubre de 2017
- Plan de mejora
Total: Cuarenta y siete (47) hojas
Veinticuatro (24) folios

Enlace: <http://www.Defensoría.gov.co/es/public/despachodeldefensor/6267/Informes-de-Control-Interno.htm>
Tema: Plan de Mejoramiento “ *** corte 30 junio 2017



ID.	Unidad Organizacional	Fecha apertura auditoria	Fecha cierre auditoria	Fecha form PM	Fecha Prog Cierre PM	Proceso afectado	Identificación	Estado de los Hallazgos					Total hallazgos formula	Estado de las acciones					Cumplimientos Plan de Mejora		% de avance acciones	Estado a 31-oct-2017	Observaciones
								Cantidad	sin Formula	Cerrado	Cerrado	Abierto		Cantidad	Abierto	En Ejecución	Cerrado Eficaz	Cerrado Ineficaz	% Hallazgos	% Acciones			
3	R. Cesar	22-may-15	30-jul-15	24-nov-15	31-dic-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	601201 a 601245	45	0	37	8	0	45	45	0	0	37	8	82,2%	82,2%	100,0%	Cerrado con Observaciones	31-Oct-2017: Esta Regional gestiono el cierre de las acciones, sin embargo, ocho (8) acciones se da cierre ineficaz, por no lograr el cumplimiento total de la acción. 30-jun2017: Fecha de cierre de este Plan de mejora abril 2016. Estaban pendientes, nueve (9) acciones por cierre. Se presenta seguimiento solo a dos (2) acciones que se cierran. Quedan pendientes 7, de las cuales seis (6) están sin ninguna avance. Se recomienda fortalecer el seguimiento o solicitar revisión de las acciones y su seguimiento. 30Abr2017: Se presentan seis (6) acciones sin seguimiento y sin ningún avance (0%). Adicional son hallazgos que su fecha d cumplimiento se referia a abril de 2016. Debe asegurar la oportunidad del cumplimiento. 28feb2017: Se presentó seguimiento y reporte a esta Plan de Mejora de manera extemporánea. Se ofrece por parte de la OCI, realizar videoconferencia para analizar cada una de las acciones y se desarrolló el 28 de marzo. Esta regional tiene como defensor regional asignado al Secretario Privado del Despacho: José María Balcázar, razón por la cual este profesional, está liderando este cumplimiento al Plan de Mejora. Con este seguimiento se cierran 30 hallazgos, dos de manera ineficaz. En el anterior
7	Atención y Tramite (Nivel Central)- Subproceso de Defensoria Pública	05-oct-15	18-dic-15	28-jun-16	31-dic-16	Subproceso de Defensoria Pública	304001 a 304014	14	0	13	1	0	14	14	0	0	13	1	92,9%	92,9%	100,0%	Cerrado con Observaciones	31-Oct-2017: Se da cierre a las dos acciones pendientes en este periodo. Durante seguimientos a periodos anteriores se cerraron varias acciones como cierre ineficaz, originando un cumplimiento del 92% por esta razón. 30-jun2017: Fecha de cierre de este Plan de mejora diciembre 2016. Se tenían tres (3) acciones pendientes, se cierra una (1). Se recomienda se fortalezca el seguimiento a estas ultimas dos (2) acciones 304007 y 304008 que realmente es una para asegurar su cierre en el siguiente seguimiento. 30abr2017: Se presentan dos (2) acciones sin avance, porque se reporta información pero ningún avance en la gestión del cumplimiento de la acción. Revisar estos hallazgos y solicitar el plantear la acción o las fechas de cumplimiento (se registra junio 2016) 28feb2017: No se presenta seguimiento, previa solicitud del responsable de la OCI a esta Oficina. 31dic2016: 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.
15	Regional Caqueta	08-mar-16	02-may-16	29-dic-16	31-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	6009-1 a 6009-21	21	0	20	1	0	21	21	0	0	20	1	95,2%	95,2%	97,6%	Cerrado con Observaciones	31-Oct-2017: Se da cierre a las acciones pendientes y se da cierre total al plan de mejora. Se cierra una acción como cierre ineficaz, por dar un cumplimiento al 50% de lo esperado 30-jun2017: Fecha de cierre de este Plan de mejora diciembre 2016. Estaban pendientes, cuatro (4) acciones por cierre. Se adelantó seguimiento y se cierra una acción, quedan pendientes tres (3), una (1) de ellas no ha presentado ninguna avance (0%), a pesar que se adelantó seguimiento en el anterior corte. 30Abr2017: 28feb2017: Se formalizó por parte de la OP, el 29 de diciembre de 2017, se adelantó seguimiento en marzo. Hay acciones 15 acciones que no presentaron seguimiento y las fechas de cumplimiento se formularon para la vigencia 2016, no con cumplimiento de la vigencia 2017.
16	Regional Cordoba	07-jun-16	07-jul-16	17-may-17	18-jun-18	1- Direccionamiento Estratégico 2- Gestión de las Comunicaciones 3- Tecnologías de la información 4- Promoción y divulgación 5- Subproceso de Atención y Trámite de Quejas, Solicitudes y Asesoría. 6- Subproceso de Defensoria Publica 7-Gestion de Talento humano 8- Gestión de servicios administrativos	601401 al 601430	30	0	11	0	19	30	49	12	18	19	0	36,7%	38,8%	44,7%	Con Seguimiento	31-oct-2017: Presenta seguimiento, sin embargo quedan en estado abierto 30 acciones, por no presentar seguimiento. Se solicita seguimiento a las acciones pendientes para asegurar la gestión realizada por la Regional Córdoba. 30Jun2017: Se realiza el primer seguimiento; se cierran seis (6) acciones de las cuarenta y nueve (49) propuestas; veintitún (21) acción no presentan seguimiento y quedan en estado abierto, y 19 acciones presentan seguimiento, nueve sin avance. Se recomienda que esta regional realice la gestión para el seguimiento de las acciones, que no están en su responsabilidad de cumplir, pero se detectaron en su regional. 30Abr2017: A esta fecha de corte aun no se había formalizado. Con ocasión de este seguimiento, se recibe formalización de este Plan de mejora por correo desde la Oficina de Planeación, con fecha 17 de mayo de 2017. Se adelantará seguimiento, con corte a 30 de Junio del 2017. 28feb2017: Aun no se recibe formalización por parte de la Oficina de Planeación. Se solicitó a esta oficina, a las regionales y oficinas pendientes la formalización a estos planes de mejora, con el memorando y correo OCI-1030-034 del 27 de marzo 2017. 31Dic2016: 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.



ID.	Unidad Organizacional	Fecha apertura auditoria	Fecha cierre auditoria	Fecha form PM	Fecha Prog Cierre PM	Proceso afectado	Identificación	Estado de los Hallazgos					Total hallazgos formula	Estado de las acciones					Cumplimientos Plan de Mejora		% de avance acciones	Estado a 31-oct-2017	Observaciones
								Cantidad	Formulados	Cerrados	Cerrados	Abiertos		Cantidad	Abiertos	Ejecución	Cerrado Eficaz	Cerrado Ineficaz	% Hallazgos	% Acciones			
17	Regional Magdalena	10-may-16	19-jul-16	22-ene-17	30-oct-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	17	6	0	23	23	0	0	17	6	73,9%	73,9%	100,0%	Cerrado con Observaciones	31-oct-2017: Se da cierre a las acciones y tiene seis (6) hallazgos con cierre ineficaces, que bajan el nivel de cumplimiento, tres (3) en este seguimiento y tres en periodos anteriores. Las acciones tenían directrices del nivel central, líderes de procesos como Gestión Talento Humano y Gestión de servicios administrativos. 30Jun2017: Fecha de cierre de este Plan de mejora marzo 2017. A esta fecha de corte se cierran dos (2) acciones, tres (3) con cierre ineficaz, de las cuales se reporta un seguimiento que no fortalece la acción, al no ser incluidas actividades dentro del plan de necesidades de esta vigencia. Estaban pendientes, dieciséis (16) acciones de seguimiento y solo una en ejecución, que no presenta seguimiento a este corte. Se recomienda fortalecer el seguimiento para dar cumplimiento a la eficacia del plan de mejora. 30Abr2017: Este plan de mejora se adelanta seguimiento, sin embargo de las 23 acciones formuladas, deben estar cumplidas a esta fecha de corte: 21 acciones y solo se da cierre a una de ellas, pendientes veinte (20) acción. Se requiere adelantar seguimiento a cada una de las acciones con el fin de atender este plan de mejora, considerando que estas acciones deben estar cumplidas acorde a lo formulado. 28Feb2017: Se formalizó por parte de la Oficina de Planeación, el 22 de enero de 2017, se adelantó seguimiento por parte del profesional de la OCI, sin embargo la regional no realizó seguimiento. Se dejan observaciones en el plan de mejoramiento.
18	Regional Guajira	26-jul-16	29-ago-16	05-abr-17	31-may-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	601701 al 601728	28	0	12	16	0	28	28	0	0	12	16	42,9%	42,9%	91,3%	Cerrado con Observaciones	31-oct-2017: Cierre a las acciones, no hay cumplimiento total en algunas acciones, atendiendo la directriz dada por el Señor Defensor de "Cerrar" los planes de mejora. La regional debe continuar realizando el cumplimiento de las acciones para minimizar el riesgo de los eventos detectados como hallazgos. 30Jun2017: Fecha de cierre de este Plan de mejora, mayo 2017. A esta fecha de corte se cierran dos (2) acciones, una con cierre eficaz y otra con cierre ineficaz, completando 16 acciones cerradas. Quedan en ejecución doce (12) actividades. Se recomienda fortalecer
20	Delegada de Indígenas y Minorías Étnicas	11-oct-16	29-dic-16	14-feb-17	31-dic-17	1- Promoción y Divulgación 2- Gestión del Talento Humano 3- Gestión de Servicios Administrativos.	4012001 - 4012010	10	0	5	5	0	10	18	0	0	12	6	50,0%	66,7%	87,0%	Cerrado con Observaciones	31-oct-2017: Cierre a las acciones, no hay cumplimiento total en algunas acciones, atendiendo la directriz dada por el Señor Defensor de "Cerrar" los planes de mejora. La regional debe continuar realizando el cumplimiento de las acciones para minimizar el riesgo de los eventos detectados como hallazgos. 30Jun2017: Se cierra siete (7) acciones, tres (3) de ellas, se cierran de manera ineficaz, considerando que se efectuó traslado de esta delegada a la sede central y no aplica la acción (no cumplen el 100%). Se mantiene seguimiento a cinco (5) acciones en ejecución. 30Abr2017: Se adelanta seguimiento, sin embargo se presentan 6 acciones de 18, a las que no se presenta seguimiento y una de ellas ya esta vencida. Se cumplieron a este corte, con cinco (5) de ocho (8) acciones programadas. 28Feb2017: Se presenta seguimiento a las dieciocho (18) acciones formuladas y se cierran cinco (5). 31dic2016: 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-17	18-ago-17	Direccionamiento Estratégico	1 a 4 Vicedefensoría	4	0	0	4	0	4	4	0	0	0	4	0,0%	0,0%	0,0%	Cerrado con Observaciones	31-oct-2017: Cierre a las acciones, el seguimiento presentado por el responsable, no atiende realmente las acciones formuladas por el responsable de este plan de mejora como resultado de "Autoevaluación". Plan de mejora cerrado con todas sus acciones como "ineficaz". 30Jun2017: Este plan de mejora presenta el mismo seguimiento para las cuatro acciones. Adicional se dan cierre ineficaz a tres acciones, por fecha de cierre y su cumplimiento corresponde al 0%, considerando que lo registrado en el seguimiento, no evidencia el cumplimiento de los productos planeados a entregar y previstos para atender el hallazgo. 30Abr2017: Se ha dado inicio al seguimiento a las acciones 2,3,y 4 dentro del instrumento de plan de mejora por parte de la Vicedefensoría; sin embargo no se presenta avance en las acciones por que el seguimiento no se evidencia avance. 28Feb2017: Se formalizó plan, sin embargo no se presentó seguimiento. 31dic2016:Se formalizó por parte de la OP el 20 de febrero de 2017, se adelantará seguimiento en Marzo
22	Auditoria Interna SGC Subdirección Servicios Administrativos	12-dic-16	10-mar	18-may-17	31-dic-17	Gestión de Servicios Administrativos.	502001 al 502018	18	0	18	0	0	18	21	0	0	21	0	100,0%	100,0%	100,0%	Cerrado	31-oct-2017: Se presentó seguimiento a las 19 acciones pendientes, dando cierre al plan de mejora. El cierre no fue oportuno en las fechas de cumplimiento. 30Jun2017: Se formaliza plan de mejora, el 18 de mayo y se solicitó seguimiento a las acciones, considerando que la auditoria se cerró en enero y se formalizó en marzo. Se da cierre a 2 acciones y una (1) sola acción se mantiene en ejecución. Quedan dieciocho (18) acciones abiertas, porque no presentó seguimiento, de las cuales once acciones ya deberían estar cerradas por fecha de cierre propuesta. Se recomienda fortalecer el seguimiento para asegurar la mejora la eficacia de las acciones.



Anexo No. 2 Resumen consolidado de Plan de Mejora Corte 31 octubre 2017

Oficina de Control Interno

ID.	Unidad Organizacional	Fecha apertura auditoria	Fecha cierre auditoria	Fecha form PM	Fecha Prog Cierre PM	Proceso afectado	Identificación	Estado de los Hallazgos					Total hallazgos s formula	Estado de las acciones					Cumplimientos Plan de Mejora		% de avance acciones	Estado a 31-oct-2017	Observaciones
								Cantidad	sin Formular	Cerrado	Cerrado Ineficaz	Abierto		Cantidad	Abierto	En Ejecución	Cerrado Eficaz	Cerrado Ineficaz	% Hallazgos	% Acciones			
23	Auditoria Interna SGC Regional Bogotá	12-dic-16	10-mar	10-jul-17	30-jun-18	1- Promoción y divulgación 2- Prevención y Protección 3- Subproceso Atención y Tramite de Quejas, Solicitudes y Asesoría. 4- Subproceso de Defensoria Publica 5- Subproceso de Recursos y Acciones Judiciales 6- Gestión de Talento Humano	600501 al 600517	17	0	11	6	0	17	22	0	0	16	6	64,7%	72,7%	86,4%	Cerrado con Observaciones	31-oct-2017: Se formalizó el plan de mejora en julio del 2017. Se da cierre a las acciones y tiene seis (6) hallazgos con cierre ineficaz que bajan el nivel de cumplimiento. Las acciones tenían directrices del nivel central, líderes de procesos como Promoción y Divulgación; Dirección Nacional ATQ y Subproceso de Defensoria Publica por ajustes de procedimientos o dar directrices.
24	Auditoria Interna SGC Grupo Sistemas	12-dic-16	10-mar	01-ago-17	30-jun-18	1- Direccionamiento Estratégico	500201 a 500205	5	0	3	0	2	5	5	0	2	3	0	60,0%	60,0%	90,0%	Con Seguimiento	31-oct-2017: Se formalizó el plan de mejora el 1 de agosto del 2017, se presentó seguimiento. Se da cumplimiento a tres (3) acciones, pendiente su cierre en el siguiente seguimiento.
25	Regional Casanare	07-mar-17	03-may	05-sep-17	31-dic-17	1- Direccionamiento Estratégico 2- Gestión de las Comunicaciones 3- Gestión de TICS 4- Promoción y Divulgación 5- Subproceso Atención y Tramite de Quejas, Solicitudes y Asesoría. 6- Subproceso de Defensoria Publica 7- Subproceso de Recursos y Acciones Judiciales 8- Gestión de Servicios Administrativos. 9- Gestión Financiera 10- Gestión del Talento Humano	601001 al 601039	39	0	2	3	34	39	49	7	26	6	9	5,1%	12,2%	47,3%	Con Seguimiento	31-oct-2017: Se formalizó el plan de mejora el 5 de septiembre del 2017, se presentó seguimiento. Se da cumplimiento a seis (6) acciones, pendiente su cierre en el siguiente seguimiento. Se recomienda presentar el seguimiento en la Matriz que envia control interno para el siguiente seguimiento, considerando que no es la misma de la formalización publicada en la intranet.
26	Regional Guaviare	04-abr-17	02-may	04-sep-17	31-dic-17	1- Direccionamiento Estratégico 2- Subproceso Atención y Tramite de Quejas, Solicitudes y Asesoría. 3- Subproceso de Defensoria Publica 4- Subproceso de Recursos y Acciones Judiciales 5- Gestión del Servicio (Ev, Satisfacción Grupos de Interés) 6- Gestión de Servicios Administrativos. 7- Gestión del Talento Humano	601801 al 601824	24	0	4	2	18	24	29	11	12	4	2	16,7%	13,8%	38,3%	Con Seguimiento	31-oct-2017: Se formalizó el plan de mejora el 4 de septiembre del 2017, se presentó seguimiento. Se da cumplimiento a seis acciones (6) acciones, dos con cierre ineficaz y no presenta seguimiento a 11 acciones. Pendiente su cierre en el siguiente seguimiento.
27	Grupo de Bienes - Bajas de Inventarios -	15-feb-17	09-may	Pendiente de formular	Sin Formular	Pendiente de formular			11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%	Sin Formulación	31-oct-2017: Plan de mejora pendiente de formular y formalizar
28	Asuntos Internacionales	05-may-17	06-jun	01-ago-17	31-dic-17	1- Direccionamiento Estratégico 2- Promoción y Divulgación 3- Gestión del Talento Humano 4- Gestión de Servicios Administrativos. 5- Control Interno Disciplinario	101001 al 101027	27	0	27	0	0	27	27	0	0	27	0	100,0%	100,0%	100,0%	Cerrado	31-oct-2017: Se formalizó el plan de mejora el 1 de agosto del 2017, se presentó seguimiento y se da cumplimiento a las acciones, dando cierre al plan de mejora.
29	Of Planeación Autoevaluación	NA	27-mar-17	01-ago-17	31-dic-17	1- Direccionamiento Estratégico	106001 al 106003	3	0	0	0	3	3	14	0	9	4	1	0,0%	28,6%	46,0%	Con Seguimiento	31-oct-2017: Se formalizó el plan de mejora el 1 de agosto del 2017, se presentó seguimiento. Se da cumplimiento a cinco (5) acciones, una con cierre ineficaz. Pendiente su cierre en el siguiente seguimiento y la formulación de pendientes, con la formulación del plan de mejora de Revisión por la Dirección.
30	Vicedefensoria	NA	NA	28-ago-17	31-ago-17	1- Magistratura Moral 2- Investigación y Análisis	2001 2002	2	0	2	0	0	2	2	0	0	2	0	100,0%	100,0%	100,0%	Cerrado	31-oct-2017: Se formalizó el plan de mejora el 28 de agosto del 2017, se presentó seguimiento y se da cumplimiento a las acciones. Cierre al plan de mejora.
31	Unidad de Planeación y Prevención de Riesgos y sistemas de Alertas Autoevaluación	NA	NA	28-ago-17	30-jun-18	1- Prevención y Protección	404001 al 404003	3	0	0	0	3	3	4	0	4	0	0	0,0%	0,0%	15,0%	Con Seguimiento	31-oct-2017: Se formalizó el plan de mejora el 28 de agosto del 2017, se presentó seguimiento y se da cumplimiento a las acciones, se recomienda presenta la herramienta con su seguimiento. Política de cero Papel y los soportes escaneados para su verificación.
32	Regional Caqueta - Auditoria Especial	15-jun-17	13-jul	30-oct-17	31-dic-17	1- Subproceso Atención y Tramite de Quejas, Solicitudes y Asesoría. 2- Subproceso de Defensoria Publica	600901 al 600905	5	0	0	0	5	5	5	5	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%	Formulado	31-oct-2017: Se formalizó plan de mejora el 30 de octubre del 2017
33	Contratación	15-may-17	17-ago	Pendiente de formular	Sin Formular	Pendiente de formular			12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%	Sin Formulación	31-oct-2017: Plan de mejora pendiente de formular y formalizar
34	Sistemas de Información Gestión Documental - LASERFICHE Y POSTAL	10-jul-17	01-sep	13-oct-17	11-dic-17	Gestión Documental	1 a 5	5	0	2	0	3	5	6	0	4	2	0	40,0%	33,3%	50,0%	Con Seguimiento	31-oct-2017: Se formalizó el plan de mejora el 13 de octubre del 2017, se presentó seguimiento. Se da cierre a 2 acciones, pendiente su cierre en el siguiente seguimiento.
35	Auditoria del SGC Of Planeación	27-jul-17	28-ago	Pendiente de formular	Sin Formular	Pendiente de formular			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%	Sin Formulación	31-oct-2017: Plan de mejora pendiente de formular y formalizar



ID.	Unidad Organizacional	Fecha apertura auditoria	Fecha cierre auditoria	Fecha form PM	Fecha Prog Cierre PM	Proceso afectado	Identificación	Estado de los Hallazgos					Total hallazgos formula	Estado de las acciones					Cumplimientos Plan de Mejora		% de avance acciones	Estado a 31-oct-2017	Observaciones
								Cantidad	Sin Formula	Cerrado	Cerrado Ineficaz	Abierto		Cantidad	Abierto	Ejecución	Cerrado Eficaz	Cerrado Ineficaz	% Hallazgos	% Acciones			
36	Revisión por la Dirección	05-sep-17	05-sep	Pendiente de formular	Sin Formular	Pendiente de formular			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%	Sin Formulación	31-oct-2017: Plan de mejora pendiente de formular y formalizar
37	Regional Chocó	21-jun-17	05-oct	Pendiente de formular	Sin Formular	Pendiente de formular			28	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%	Sin Formulación	31-oct-2017: Plan de mejora pendiente de formular y formalizar
								323	51	184	52	87	323	386	35	75	215	60					

SECCIÓN 3- IDENTIFICACIÓN DE LOS VALORES										SECCIÓN 4- ANÁLISIS DE DATOS										SECCIÓN 5- PLAN DE MEJORA										SECCIÓN 6- SEGUIMIENTO										SECCIÓN 7- EVALUACIÓN										SECCIÓN 8- CIERRE										SECCIÓN 9- CIERRE										SECCIÓN 10- CIERRE										SECCIÓN 11- CIERRE										SECCIÓN 12- CIERRE										SECCIÓN 13- CIERRE										SECCIÓN 14- CIERRE										SECCIÓN 15- CIERRE										SECCIÓN 16- CIERRE										SECCIÓN 17- CIERRE										SECCIÓN 18- CIERRE										SECCIÓN 19- CIERRE										SECCIÓN 20- CIERRE										SECCIÓN 21- CIERRE										SECCIÓN 22- CIERRE										SECCIÓN 23- CIERRE										SECCIÓN 24- CIERRE										SECCIÓN 25- CIERRE										SECCIÓN 26- CIERRE										SECCIÓN 27- CIERRE										SECCIÓN 28- CIERRE										SECCIÓN 29- CIERRE										SECCIÓN 30- CIERRE										SECCIÓN 31- CIERRE										SECCIÓN 32- CIERRE										SECCIÓN 33- CIERRE										SECCIÓN 34- CIERRE										SECCIÓN 35- CIERRE										SECCIÓN 36- CIERRE										SECCIÓN 37- CIERRE										SECCIÓN 38- CIERRE										SECCIÓN 39- CIERRE										SECCIÓN 40- CIERRE										SECCIÓN 41- CIERRE										SECCIÓN 42- CIERRE										SECCIÓN 43- CIERRE										SECCIÓN 44- CIERRE										SECCIÓN 45- CIERRE										SECCIÓN 46- CIERRE										SECCIÓN 47- CIERRE										SECCIÓN 48- CIERRE										SECCIÓN 49- CIERRE										SECCIÓN 50- CIERRE										SECCIÓN 51- CIERRE										SECCIÓN 52- CIERRE										SECCIÓN 53- CIERRE										SECCIÓN 54- CIERRE										SECCIÓN 55- CIERRE										SECCIÓN 56- CIERRE										SECCIÓN 57- CIERRE										SECCIÓN 58- CIERRE										SECCIÓN 59- CIERRE										SECCIÓN 60- CIERRE										SECCIÓN 61- CIERRE										SECCIÓN 62- CIERRE										SECCIÓN 63- CIERRE										SECCIÓN 64- CIERRE										SECCIÓN 65- CIERRE										SECCIÓN 66- CIERRE										SECCIÓN 67- CIERRE										SECCIÓN 68- CIERRE										SECCIÓN 69- CIERRE										SECCIÓN 70- CIERRE										SECCIÓN 71- CIERRE										SECCIÓN 72- CIERRE										SECCIÓN 73- CIERRE										SECCIÓN 74- CIERRE										SECCIÓN 75- CIERRE										SECCIÓN 76- CIERRE										SECCIÓN 77- CIERRE										SECCIÓN 78- CIERRE										SECCIÓN 79- CIERRE										SECCIÓN 80- CIERRE										SECCIÓN 81- CIERRE										SECCIÓN 82- CIERRE										SECCIÓN 83- CIERRE										SECCIÓN 84- CIERRE										SECCIÓN 85- CIERRE										SECCIÓN 86- CIERRE										SECCIÓN 87- CIERRE										SECCIÓN 88- CIERRE										SECCIÓN 89- CIERRE										SECCIÓN 90- CIERRE										SECCIÓN 91- CIERRE										SECCIÓN 92- CIERRE										SECCIÓN 93- CIERRE										SECCIÓN 94- CIERRE										SECCIÓN 95- CIERRE										SECCIÓN 96- CIERRE										SECCIÓN 97- CIERRE										SECCIÓN 98- CIERRE										SECCIÓN 99- CIERRE										SECCIÓN 100- CIERRE										SECCIÓN 101- CIERRE										SECCIÓN 102- CIERRE										SECCIÓN 103- CIERRE										SECCIÓN 104- CIERRE										SECCIÓN 105- CIERRE										SECCIÓN 106- CIERRE										SECCIÓN 107- CIERRE										SECCIÓN 108- CIERRE										SECCIÓN 109- CIERRE										SECCIÓN 110- CIERRE										SECCIÓN 111- CIERRE										SECCIÓN 112- CIERRE										SECCIÓN 113- CIERRE										SECCIÓN 114- CIERRE										SECCIÓN 115- CIERRE										SECCIÓN 116- CIERRE										SECCIÓN 117- CIERRE										SECCIÓN 118- CIERRE										SECCIÓN 119- CIERRE										SECCIÓN 120- CIERRE										SECCIÓN 121- CIERRE										SECCIÓN 122- CIERRE										SECCIÓN 123- CIERRE										SECCIÓN 124- CIERRE										SECCIÓN 125- CIERRE										SECCIÓN 126- CIERRE										SECCIÓN 127- CIERRE										SECCIÓN 128- CIERRE										SECCIÓN 129- CIERRE										SECCIÓN 130- CIERRE										SECCIÓN 131- CIERRE										SECCIÓN 132- CIERRE										SECCIÓN 133- CIERRE										SECCIÓN 134- CIERRE										SECCIÓN 135- CIERRE										SECCIÓN 136- CIERRE										SECCIÓN 137- CIERRE										SECCIÓN 138- CIERRE										SECCIÓN 139- CIERRE										SECCIÓN 140- CIERRE										SECCIÓN 141- CIERRE										SECCIÓN 142- CIERRE										SECCIÓN 143- CIERRE										SECCIÓN 144- CIERRE										SECCIÓN 145- CIERRE										SECCIÓN 146- CIERRE										SECCIÓN 147- CIERRE										SECCIÓN 148- CIERRE										SECCIÓN 149- CIERRE										SECCIÓN 150- CIERRE										SECCIÓN 151- CIERRE										SECCIÓN 152- CIERRE										SECCIÓN 153- CIERRE										SECCIÓN 154- CIERRE										SECCIÓN 155- CIERRE										SECCIÓN 156- CIERRE										SECCIÓN 157- CIERRE										SECCIÓN 158- CIERRE										SECCIÓN 159- CIERRE										SECCIÓN 160- CIERRE										SECCIÓN 161- CIERRE										SECCIÓN 162- CIERRE										SECCIÓN 163- CIERRE										SECCIÓN 164- CIERRE										SECCIÓN 165- CIERRE										SECCIÓN 166- CIERRE										SECCIÓN 167- CIERRE										SECCIÓN 168- CIERRE										SECCIÓN 169- CIERRE										SECCIÓN 170- CIERRE										SECCIÓN 171- CIERRE										SECCIÓN 172- CIERRE										SECCIÓN 173- CIERRE										SECCIÓN 174- CIERRE										SECCIÓN 175- CIERRE										SECCIÓN 176- CIERRE										SECCIÓN 177- CIERRE										SECCIÓN 178- CIERRE										SECCIÓN 179- CIERRE										SECCIÓN 180- CIERRE										SECCIÓN 181- CIERRE										SECCIÓN 182- CIERRE										SECCIÓN 183- CIERRE										SECCIÓN 184- CIERRE										SECCIÓN 185- CIERRE										SECCIÓN 186- CIERRE										SECCIÓN 187- CIERRE										SECCIÓN 188- CIERRE										SECCIÓN 189- CIERRE										SECCIÓN 190- CIERRE										SECCIÓN 191- CIERRE										SECCIÓN 192- CIERRE										SECCIÓN 193- CIERRE										SECCIÓN 194- CIERRE										SECCIÓN 195- CIERRE										SECCIÓN 196- CIERRE										SECCIÓN 197- CIERRE										SECCIÓN 198- CIERRE										SECCIÓN 199- CIERRE										SECCIÓN 200- CIERRE										SECCIÓN 201- CIERRE										SECCIÓN 202- CIERRE										SECCIÓN 203- CIERRE										SECCIÓN 204- CIERRE										SECCIÓN 205- CIERRE										SECCIÓN 206- CIERRE										SECCIÓN 207- CIERRE										SECCIÓN 208- CIERRE										SECCIÓN 209- CIERRE										SECCIÓN 210- CIERRE										SECCIÓN 211- CIERRE										SECCIÓN 212- CIERRE										SECCIÓN 213- CIERRE										SECCIÓN 214- CIERRE										SECCIÓN 215- CIERRE										SECCIÓN 216- CIERRE										SECCIÓN 217- CIERRE										SECCIÓN 218- CIERRE										SECCIÓN 219- CIERRE										SECCIÓN 220- CIERRE										SECCIÓN 221- CIERRE										SECCIÓN 222- CIERRE										SECCIÓN 223- CIERRE										SECCIÓN 224- CIERRE										SECCIÓN 225- CIERRE										SECCIÓN 226- CIERRE										SECCIÓN 227- CIERRE										SECCIÓN 228- CIERRE										SECCIÓN 229- CIERRE										SECCIÓN 230- CIERRE										SECCIÓN 231- CIERRE										SECCIÓN 232- CIERRE										SECCIÓN 233- CIERRE										SECCIÓN 234- CIERRE										SECCIÓN 235- CIERRE										SECCIÓN 236- CIERRE										SECCIÓN 237- CIERRE										SECCIÓN 238- CIERRE										SECCIÓN 239- CIERRE										SECCIÓN 240- CIERRE										SECCIÓN 241- CIERRE										SECCIÓN 242- CIERRE										SECCIÓN 243- CIERRE										SECCIÓN 244- CIERRE										SECCIÓN 245- CIERRE										SECCIÓN 246- CIERRE										SECCIÓN 247- CIERRE										SECCIÓN 248- CIERRE										SECCIÓN 249- CIERRE										SECCIÓN 250- CIERRE										SECCIÓN 251- CIERRE										SECCIÓN 252- CIERRE										SECCIÓN 253- CIERRE										SECCIÓN 254- CIERRE										SECCIÓN 255- CIERRE										SECCIÓN 256- CIERRE										SECCIÓN 257- CIERRE										SECCIÓN 258- CIERRE										SECCIÓN 259- CIERRE										SECCIÓN 260- CIERRE										SECCIÓN 261- CIERRE										SECCIÓN 262- CIERRE										SECCIÓN 263- CIERRE										SECCIÓN 264- CIERRE										SECCIÓN 265- CIERRE										SECCIÓN 266- CIERRE										SECCIÓN 267- CIERRE										SECCIÓN 268- CIERRE										SECCIÓN 269- CIERRE										SECCIÓN 270- CIERRE										SECCIÓN 271- CIERRE										SECCIÓN 272- CIERRE										SECCIÓN 273- CIERRE										SECCIÓN 274- CIERRE										SECCIÓN 275- CIERRE										SECCIÓN 276- CIERRE										SECCIÓN 277- CIERRE										SECCIÓN 278- CIERRE										SECCIÓN 279- CIERRE										SECCIÓN 280- CIERRE										SECCIÓN 281- CIERRE										SECCIÓN 282- CIERRE										SECCIÓN 283- CIERRE										SECCIÓN 284- CIERRE										SECCIÓN 285- CIERRE										SECCIÓN 286- CIERRE										SECCIÓN 287- CIERRE										SECCIÓN 288- CIERRE										SECCIÓN 289- CIERRE										SECCIÓN 290- CIERRE										SECCIÓN 291- CIERRE										SECCIÓN 292- CIERRE										SECCIÓN 293- CIERRE										SECCIÓN 294- CIERRE										SECCIÓN 295- CIERRE										SECCIÓN 296- CIERRE										SECCIÓN 297- CIERRE										SECCIÓN 298- CIERRE										SECCIÓN 299- CIERRE										SECCIÓN 300- CIERRE										SECCIÓN 301- CIERRE										SECCIÓN 302- CIERRE										SECCIÓN 303- CIERRE										SECCIÓN 304- CIERRE										SECCIÓN 305- CIERRE										SECCIÓN 306- CIERRE										SECCIÓN 307- CIERRE										SECCIÓN 308- CIERRE										SECCIÓN 309- CIERRE										SECCIÓN 310- CIERRE										SECCIÓN 311- CIERRE										SECCIÓN 312- CIERRE										SECCIÓN 313- CIERRE										SECCIÓN 314- CIERRE										SECCIÓN 315- CIERRE										SECCIÓN 316- CIERRE										SECCIÓN 317- CIERRE										SECCIÓN 318- CIERRE										SECCIÓN 319- CIERRE										SECCIÓN 320- CIERRE										SECCIÓN 321- CIERRE										SECCIÓN 322- CIERRE										SECCIÓN 323- CIERRE										SECCIÓN 324- CIERRE										SECCIÓN 325- CIERRE										SECCIÓN 326- CIERRE										SECCIÓN 327- CIERRE										SECCIÓN 328- CIERRE										SECCIÓN 329- CIERRE										SECCIÓN 330- CIERRE										SECCIÓN 331- CIERRE										SECCIÓN 332- CIERRE										SECCIÓN 333- CIERRE										SECCIÓN 334- CIERRE										SECCIÓN 335- CIERRE										SECCIÓN 336- CIERRE										SECCIÓN 337- CIERRE										SECCIÓN 338- CIERRE										SECCIÓN 339- CIERRE										SECCIÓN 340- CIERRE										SECCIÓN 341- CIERRE										SECCIÓN 342- CIERRE										SECCIÓN 343- CIERRE										SECCIÓN 344- CIERRE										SECCIÓN 345- CIERRE										SECCIÓN 346- CIERRE										SECCIÓN 347- CIERRE										SECCIÓN 348- CIERRE										SECCIÓN 349- CIERRE										SECCIÓN 350- CIERRE										SECCIÓN 351- CIERRE										SECCIÓN 352- CIERRE										SECCIÓN 353- CIERRE										SECCIÓN 354- CIERRE										SECCIÓN 355- CIERRE										SECCIÓN 356- CIERRE										SECCIÓN 357- CIERRE										SECCIÓN 358- CIERRE										SECCIÓN 359- CIERRE										SECCIÓN 360- CIERRE										SECCIÓN 361- CIERRE										SECCIÓN 362- CIERRE										SECCIÓN 363- CIERRE										SECCIÓN 364- CIERRE										SECCIÓN 365- CIERRE										SECCIÓN 366- CIERRE										SECCIÓN 367- CIERRE										SECCIÓN 368- CIERRE										SECCIÓN 369- CIERRE										SECCIÓN 370- CIERRE										SECCIÓN 371- CIERRE										SECCIÓN 372- CIERRE										SECCIÓN 373- CIERRE										SECCIÓN 374- CIERRE										SECCIÓN 375- CIERRE										SECCIÓN 376- CIERRE										SECCIÓN 377- CIERRE										SECCIÓN 378- CIERRE										SECCIÓN 379- CIERRE										SECCIÓN 380- CIERRE										SECCIÓN 381- CIERRE										SECCIÓN 382- CIERRE										SECCIÓN 383- CIERRE										SECCIÓN 384- CIERRE										SECCIÓN 385- CIERRE										SECCIÓN 386- CIERRE										SECCIÓN 387- CIERRE										SECCIÓN 388- CIERRE										SECCIÓN 389- CIERRE										SECCIÓN 390- CIERRE										SECCIÓN 391- CIERRE										SECCIÓN 392- CIERRE										SECCIÓN 393- CIERRE										SECCIÓN 394- CIERRE										SECCIÓN 395- CIERRE										SECCIÓN 396- CIERRE										SECCIÓN 397- CIERRE										SECCIÓN 398- CIERRE										SECCIÓN 399- CIERRE										SECCIÓN 400- CIERRE										SECCIÓN 401- CIERRE										SECCIÓN 402- CIERRE										SECCIÓN 403- CIERRE										SECCIÓN 404- CIERRE										SECCIÓN 405- CIERRE										SECCIÓN 406- CIERRE										SECCIÓN 407- CIERRE										SECCIÓN 408- CIERRE										SECCIÓN 409- CIERRE										SECCIÓN 410- CIERRE										SECCIÓN 411- CIERRE										SECCIÓN 412- CIERRE										SECCIÓN 413- CIERRE										SECCIÓN 414- CIERRE										SECCIÓN 415- CIERRE										SECCIÓN 416- CIERRE										SECCIÓN 417- CIERRE										SECCIÓN 418- CIERRE										SECCIÓN 419- CIERRE										SECCIÓN 420- CIERRE										SECCIÓN 421- CIERRE										SECCIÓN 422- CIERRE										SECCIÓN 423- CIERRE										SECCIÓN 424- CIERRE										SECCIÓN 425- CIERRE										SECCIÓN 426- CIERRE										SECCIÓN 427- CIERRE										SECCIÓN 428- CIERRE										SECCIÓN 429- CIERRE										SECCIÓN 430- CIERRE										SECCIÓN 431- CIERRE										SECCIÓN 432- CIERRE										SECCIÓN 433- CIERRE										SECCIÓN 434- CIERRE										SECCIÓN 435- CIERRE										SECCIÓN 436- CIERRE										SECCIÓN 437- CIERRE										SECCIÓN 438- CIERRE										SECCIÓN 439- CIERRE										SECCIÓN 440- CIERRE										SECCIÓN 441- CIERRE										SECCIÓN 442- CIERRE										SECCIÓN 443- CIERRE										SECCIÓN 444- CIERRE										SECCIÓN 445- CIERRE										SECCIÓN 446- CIERRE										SECCIÓN 447- CIERRE										SECCIÓN 448- CIERRE										SECCIÓN 449- CIERRE										SECCIÓN 450- CIERRE										SECCIÓN 451- CIERRE										SECCIÓN 452- CIERRE										SECCIÓN 453- CIERRE										SECCIÓN 454- CIERRE										SECCIÓN 455- CIERRE										SECCIÓN 456- CIERRE										SECCIÓN 457- CIERRE										SECCIÓN 458- CIERRE										SECCIÓN 459- CIERRE										SECCIÓN 460- CIERRE										SECCIÓN 461- CIERRE										SECCIÓN 462- CIERRE										SECCIÓN 463- CIERRE										SECCIÓN 464- CIERRE										SECCIÓN 465- CIERRE										SECCIÓN 466- CIERRE										SECCIÓN 467- CIERRE										SECCIÓN 468- CIERRE										SECCIÓN 469- CIERRE										SECCIÓN 470- CIERRE										SECCIÓN 471- CIERRE										SECCIÓN 472- CIERRE										SECCIÓN 473- CIERRE										SECCIÓN 474- CIERRE										SECCIÓN 475- CIERRE										SECCIÓN 476- CIERRE										SECCIÓN 477- CIERRE										SECCIÓN 478- CIERRE										SECCIÓN 479- CIERRE										SECCIÓN 480- CIERRE										SECCIÓN 481- CIERRE										SECCIÓN 482- CIERRE										SECCIÓN 483- CIERRE										SECCIÓN 484- CIERRE										SECCIÓN 485- CIERRE										SECCIÓN 486- CIERRE										SECCIÓN 487- CIERRE										SECCIÓN 488- CIERRE										SECCIÓN 489- CIERRE										SECCIÓN 490- CIERRE										SECCIÓN 491- CIERRE										SECCIÓN 492- CIERRE										SECCIÓN 493- CIERRE										SECCIÓN 494- CIERRE										SECCIÓN 495- CIERRE										SECCIÓN 496- CIERRE										SECCIÓN 497- CIERRE										SECCIÓN 498- CIERRE										SECCIÓN 499- CIERRE										SECCIÓN 500- CIERRE										SECCIÓN 501- CIERRE										SECCIÓN 502- CIERRE										SECCIÓN 503- CIERRE										SECCIÓN 504- CIERRE										SECCIÓN 505- CIERRE										SECCIÓN 506- CIERRE										SECCIÓN 507- CIERRE										SECCIÓN 508- CIERRE										SECCIÓN 509- CIERRE										SECCIÓN 510- CIERRE										SECCIÓN 511- CIERRE										SECCIÓN 512- CIERRE										SECCIÓN 513- CIERRE										SECCIÓN 514- CIERRE										SECCIÓN 515- CIERRE										SECCIÓN 516- CIERRE										SECCIÓN 517- CIERRE										SECCIÓN 518- CIERRE										SECCIÓN 519- CIERRE										SECCIÓN 520- CIERRE										SECCIÓN 521- CIERRE										SECCIÓN 522- CIERRE										SECCIÓN 523- CIERRE										SECCIÓN 524- CIERRE										SECCIÓN 525- CIERRE										SECCIÓN 526- CIERRE										SECCIÓN 527- CIERRE										SECCIÓN 528- CIERRE										SECCIÓN 529- CIERRE										SECCIÓN 530- CIERRE										SECCIÓN 531- CIERRE										SECCIÓN 532- CIERRE										SECCIÓN 533- CIERRE										SECCIÓN 534- CIERRE										SECCIÓN 535- CIERRE										SECCIÓN 536- CIERRE										SECCIÓN 537- CIERRE										SECCIÓN 538- CIERRE										SECCIÓN 539- CIERRE										SECCIÓN 540- CIERRE										SECCIÓN 541- CIERRE										SECCIÓN 542- CIERRE										SECCIÓN 543- CIERRE										SECCIÓN 544- CIERRE										SECCIÓN 545- CIERRE										SECCIÓN 546- CIERRE										SECCIÓN 547- CIERRE										SECCIÓN 548- CIERRE										SECCIÓN 549- CIERRE										SECCIÓN 550- CIERRE										SECCIÓN 551- CIERRE										SECCIÓN 552- CIERRE										SECCIÓN 553- CIERRE										SECCIÓN 554- CIERRE										SECCIÓN 555- CIERRE										SECCIÓN 556- CIERRE										SECCIÓN 557- CIERRE										SECCIÓN 558- CIERRE										SECCIÓN 559- CIERRE										SECCIÓN 560- CIERRE										SECCIÓN 561- CIERRE										SECCIÓN 562- CIERRE										SECCIÓN 563- CIERRE										SECCIÓN 564- CIERRE										SECCIÓN 565- CIERRE										SECCIÓN 566- CIERRE										SECCIÓN 567- CIERRE										SECCIÓN 568- CIERRE										SECCIÓN 569- CIERRE										SECCIÓN 570- CIERRE										SECCIÓN 571- CIERRE										SECCIÓN 572- CIERRE										SECCIÓN 573- CIERRE										SECCIÓN 574- CIERRE										SECCIÓN 575- CIERRE										SECCIÓN 576- CIERRE										SECCIÓN 577- CIERRE										SECCIÓN 578- CIERRE										SECCIÓN 579- CIERRE										SECCIÓN 580- CIERRE										SECCIÓN 581- CIERRE										SECCIÓN 582- CIERRE										SECCIÓN 583- CIERRE										SECCIÓN 584- CIERRE										SECCIÓN 585- CIERRE										SECCIÓN 586- CIERRE										SECCIÓN 587- CIERRE										SECCIÓN 588- CIERRE										SECCIÓN 589- CIERRE										SECCIÓN 590- CIERRE										SECCIÓN 591- CIERRE										SECCIÓN 592- CIERRE										SECCIÓN 593- CIERRE										SECCIÓN 594- CIERRE										SECCIÓN 595- CIERRE										SECCIÓN 596- CIERRE										SECCIÓN 597- CIERRE										SECCIÓN 598- CIERRE										SECCIÓN 599- CIERRE										SECCIÓN 600- CIERRE										SECCIÓN 601- CIERRE										SECCIÓN 602- CIERRE										SECCIÓN 603- CIERRE										SECCIÓN 604- CIERRE										SECCIÓN 605- CIERRE										SECCIÓN 606- CIERRE										SECCIÓN 607- CIERRE										SECCIÓN 608- CIERRE										SECCIÓN 609- CIERRE										SECCIÓN 610- CIERRE										SECCIÓN 611- CIERRE										SECCIÓN 612- CIERRE										SECCIÓN 613- CIERRE										SECCIÓN 614- CIERRE										SECCIÓN 615- CIERRE										SECCIÓN 616- CIERRE										SECCIÓN 617- CIERRE										SECCIÓN 618- CIERRE										SECCIÓN 619- CIERRE										SECCIÓN 620- CIERRE										SECCIÓN 621- CIERRE										SECCIÓN 622- CIERRE										SECCIÓN 623- CIERRE										SECCIÓN 624- CIERRE										SECCIÓN 625- CIERRE										SECCIÓN 626- CIERRE										SECCIÓN 627- CIERRE										SECCIÓN 628- CIERRE										SECCIÓN 629- CIERRE										SECCIÓN 630- CIERRE										SECCIÓN 631- CIERRE										SECCIÓN 632- CIERRE										SECCIÓN 633- CIERRE										SECCIÓN 634- CIERRE										SECCIÓN 635- CIERRE										SECCIÓN 636- CIERRE										SECCIÓN 637- CIERRE										SECCIÓN 638- CIERRE										SECCIÓN 639- CIERRE										SECCIÓN 640- CIERRE										SECCIÓN 641- CIERRE										SECCIÓN 642- CIERRE										SECCIÓN 643- CIERRE										SECCIÓN 644- CIERRE										SECCIÓN 645- CIERRE										SECCIÓN 646- CIERRE										SECCIÓN 647- CIERRE										SECCIÓN 648- CIERRE										SECCIÓN 649- CIERRE										SECCIÓN 650- CIERRE										SECCIÓN 651- CIERRE										SECCIÓN 652- CIERRE										SECCIÓN 653- CIERRE										SECCIÓN 654- CIERRE										SECCIÓN 655- CIERRE										SECCIÓN 656- CIERRE										SECCIÓN 657- CIERRE										SECCIÓN 658- CIERRE										SECCIÓN 65									
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Access 2y 1d <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5461707/>

SECCIÓN 1- IDENTIFICACIÓN DEL ALUMADO	SECCIÓN 2- ANÁLISIS DE DATOS	SECCIÓN 3- PLAN DE MEJORA	SECCIÓN 4- SEGUIMIENTO	SECCIÓN 5- RESULTADOS	SECCIÓN 6- OBSERVACIONES	SECCIÓN 7- OBSERVACIONES	SECCIÓN 8- OBSERVACIONES	SECCIÓN 9- OBSERVACIONES	SECCIÓN 10- OBSERVACIONES	SECCIÓN 11- OBSERVACIONES	SECCIÓN 12- OBSERVACIONES	SECCIÓN 13- OBSERVACIONES	SECCIÓN 14- OBSERVACIONES	SECCIÓN 15- OBSERVACIONES	SECCIÓN 16- OBSERVACIONES	SECCIÓN 17- OBSERVACIONES	SECCIÓN 18- OBSERVACIONES	SECCIÓN 19- OBSERVACIONES	SECCIÓN 20- OBSERVACIONES	SECCIÓN 21- OBSERVACIONES	SECCIÓN 22- OBSERVACIONES	SECCIÓN 23- OBSERVACIONES	SECCIÓN 24- OBSERVACIONES	SECCIÓN 25- OBSERVACIONES	SECCIÓN 26- OBSERVACIONES	SECCIÓN 27- OBSERVACIONES	SECCIÓN 28- OBSERVACIONES	SECCIÓN 29- OBSERVACIONES	SECCIÓN 30- OBSERVACIONES	SECCIÓN 31- OBSERVACIONES	SECCIÓN 32- OBSERVACIONES	SECCIÓN 33- OBSERVACIONES	SECCIÓN 34- OBSERVACIONES	SECCIÓN 35- OBSERVACIONES	SECCIÓN 36- OBSERVACIONES	SECCIÓN 37- OBSERVACIONES	SECCIÓN 38- OBSERVACIONES	SECCIÓN 39- OBSERVACIONES	SECCIÓN 40- OBSERVACIONES	SECCIÓN 41- OBSERVACIONES	SECCIÓN 42- OBSERVACIONES	SECCIÓN 43- OBSERVACIONES	SECCIÓN 44- OBSERVACIONES	SECCIÓN 45- OBSERVACIONES	SECCIÓN 46- OBSERVACIONES	SECCIÓN 47- OBSERVACIONES	SECCIÓN 48- OBSERVACIONES	SECCIÓN 49- OBSERVACIONES	SECCIÓN 50- OBSERVACIONES	SECCIÓN 51- OBSERVACIONES	SECCIÓN 52- OBSERVACIONES	SECCIÓN 53- OBSERVACIONES	SECCIÓN 54- OBSERVACIONES	SECCIÓN 55- OBSERVACIONES	SECCIÓN 56- OBSERVACIONES	SECCIÓN 57- OBSERVACIONES	SECCIÓN 58- OBSERVACIONES	SECCIÓN 59- OBSERVACIONES	SECCIÓN 60- OBSERVACIONES	SECCIÓN 61- OBSERVACIONES	SECCIÓN 62- OBSERVACIONES	SECCIÓN 63- OBSERVACIONES	SECCIÓN 64- OBSERVACIONES	SECCIÓN 65- OBSERVACIONES	SECCIÓN 66- OBSERVACIONES	SECCIÓN 67- OBSERVACIONES	SECCIÓN 68- OBSERVACIONES	SECCIÓN 69- OBSERVACIONES	SECCIÓN 70- OBSERVACIONES	SECCIÓN 71- OBSERVACIONES	SECCIÓN 72- OBSERVACIONES	SECCIÓN 73- OBSERVACIONES	SECCIÓN 74- OBSERVACIONES	SECCIÓN 75- OBSERVACIONES	SECCIÓN 76- OBSERVACIONES	SECCIÓN 77- OBSERVACIONES	SECCIÓN 78- OBSERVACIONES	SECCIÓN 79- OBSERVACIONES	SECCIÓN 80- OBSERVACIONES	SECCIÓN 81- OBSERVACIONES	SECCIÓN 82- OBSERVACIONES	SECCIÓN 83- OBSERVACIONES	SECCIÓN 84- OBSERVACIONES	SECCIÓN 85- OBSERVACIONES	SECCIÓN 86- OBSERVACIONES	SECCIÓN 87- OBSERVACIONES	SECCIÓN 88- OBSERVACIONES	SECCIÓN 89- OBSERVACIONES	SECCIÓN 90- OBSERVACIONES	SECCIÓN 91- OBSERVACIONES	SECCIÓN 92- OBSERVACIONES	SECCIÓN 93- OBSERVACIONES	SECCIÓN 94- OBSERVACIONES	SECCIÓN 95- OBSERVACIONES	SECCIÓN 96- OBSERVACIONES	SECCIÓN 97- OBSERVACIONES	SECCIÓN 98- OBSERVACIONES	SECCIÓN 99- OBSERVACIONES	SECCIÓN 100- OBSERVACIONES	SECCIÓN 101- OBSERVACIONES	SECCIÓN 102- OBSERVACIONES	SECCIÓN 103- OBSERVACIONES	SECCIÓN 104- OBSERVACIONES	SECCIÓN 105- OBSERVACIONES	SECCIÓN 106- OBSERVACIONES	SECCIÓN 107- OBSERVACIONES	SECCIÓN 108- OBSERVACIONES	SECCIÓN 109- OBSERVACIONES	SECCIÓN 110- OBSERVACIONES	SECCIÓN 111- OBSERVACIONES	SECCIÓN 112- OBSERVACIONES	SECCIÓN 113- OBSERVACIONES	SECCIÓN 114- OBSERVACIONES	SECCIÓN 115- OBSERVACIONES	SECCIÓN 116- OBSERVACIONES	SECCIÓN 117- OBSERVACIONES	SECCIÓN 118- OBSERVACIONES	SECCIÓN 119- OBSERVACIONES	SECCIÓN 120- OBSERVACIONES	SECCIÓN 121- OBSERVACIONES	SECCIÓN 122- OBSERVACIONES	SECCIÓN 123- OBSERVACIONES	SECCIÓN 124- OBSERVACIONES	SECCIÓN 125- OBSERVACIONES	SECCIÓN 126- OBSERVACIONES	SECCIÓN 127- OBSERVACIONES	SECCIÓN 128- OBSERVACIONES	SECCIÓN 129- OBSERVACIONES	SECCIÓN 130- OBSERVACIONES	SECCIÓN 131- OBSERVACIONES	SECCIÓN 132- OBSERVACIONES	SECCIÓN 133- OBSERVACIONES	SECCIÓN 134- OBSERVACIONES	SECCIÓN 135- OBSERVACIONES	SECCIÓN 136- OBSERVACIONES	SECCIÓN 137- OBSERVACIONES	SECCIÓN 138- OBSERVACIONES	SECCIÓN 139- OBSERVACIONES	SECCIÓN 140- OBSERVACIONES	SECCIÓN 141- OBSERVACIONES	SECCIÓN 142- OBSERVACIONES	SECCIÓN 143- OBSERVACIONES	SECCIÓN 144- OBSERVACIONES	SECCIÓN 145- OBSERVACIONES	SECCIÓN 146- OBSERVACIONES	SECCIÓN 147- OBSERVACIONES	SECCIÓN 148- OBSERVACIONES	SECCIÓN 149- OBSERVACIONES	SECCIÓN 150- OBSERVACIONES	SECCIÓN 151- OBSERVACIONES	SECCIÓN 152- OBSERVACIONES	SECCIÓN 153- OBSERVACIONES	SECCIÓN 154- OBSERVACIONES	SECCIÓN 155- OBSERVACIONES	SECCIÓN 156- OBSERVACIONES	SECCIÓN 157- OBSERVACIONES	SECCIÓN 158- OBSERVACIONES	SECCIÓN 159- OBSERVACIONES	SECCIÓN 160- OBSERVACIONES	SECCIÓN 161- OBSERVACIONES	SECCIÓN 162- OBSERVACIONES	SECCIÓN 163- OBSERVACIONES	SECCIÓN 164- OBSERVACIONES	SECCIÓN 165- OBSERVACIONES	SECCIÓN 166- OBSERVACIONES	SECCIÓN 167- OBSERVACIONES	SECCIÓN 168- OBSERVACIONES	SECCIÓN 169- OBSERVACIONES	SECCIÓN 170- OBSERVACIONES	SECCIÓN 171- OBSERVACIONES	SECCIÓN 172- OBSERVACIONES	SECCIÓN 173- OBSERVACIONES	SECCIÓN 174- OBSERVACIONES	SECCIÓN 175- OBSERVACIONES	SECCIÓN 176- OBSERVACIONES	SECCIÓN 177- OBSERVACIONES	SECCIÓN 178- OBSERVACIONES	SECCIÓN 179- OBSERVACIONES	SECCIÓN 180- OBSERVACIONES	SECCIÓN 181- OBSERVACIONES	SECCIÓN 182- OBSERVACIONES	SECCIÓN 183- OBSERVACIONES	SECCIÓN 184- OBSERVACIONES	SECCIÓN 185- OBSERVACIONES	SECCIÓN 186- OBSERVACIONES	SECCIÓN 187- OBSERVACIONES	SECCIÓN 188- OBSERVACIONES	SECCIÓN 189- OBSERVACIONES	SECCIÓN 190- OBSERVACIONES	SECCIÓN 191- OBSERVACIONES	SECCIÓN 192- OBSERVACIONES	SECCIÓN 193- OBSERVACIONES	SECCIÓN 194- OBSERVACIONES	SECCIÓN 195- OBSERVACIONES	SECCIÓN 196- OBSERVACIONES	SECCIÓN 197- OBSERVACIONES	SECCIÓN 198- OBSERVACIONES	SECCIÓN 199- OBSERVACIONES	SECCIÓN 200- OBSERVACIONES	SECCIÓN 201- OBSERVACIONES	SECCIÓN 202- OBSERVACIONES	SECCIÓN 203- OBSERVACIONES	SECCIÓN 204- OBSERVACIONES	SECCIÓN 205- OBSERVACIONES	SECCIÓN 206- OBSERVACIONES	SECCIÓN 207- OBSERVACIONES	SECCIÓN 208- OBSERVACIONES	SECCIÓN 209- OBSERVACIONES	SECCIÓN 210- OBSERVACIONES	SECCIÓN 211- OBSERVACIONES	SECCIÓN 212- OBSERVACIONES	SECCIÓN 213- OBSERVACIONES	SECCIÓN 214- OBSERVACIONES	SECCIÓN 215- OBSERVACIONES	SECCIÓN 216- OBSERVACIONES	SECCIÓN 217- OBSERVACIONES	SECCIÓN 218- OBSERVACIONES	SECCIÓN 219- OBSERVACIONES	SECCIÓN 220- OBSERVACIONES	SECCIÓN 221- OBSERVACIONES	SECCIÓN 222- OBSERVACIONES	SECCIÓN 223- OBSERVACIONES	SECCIÓN 224- OBSERVACIONES	SECCIÓN 225- OBSERVACIONES	SECCIÓN 226- OBSERVACIONES	SECCIÓN 227- OBSERVACIONES	SECCIÓN 228- OBSERVACIONES	SECCIÓN 229- OBSERVACIONES	SECCIÓN 230- OBSERVACIONES	SECCIÓN 231- OBSERVACIONES	SECCIÓN 232- OBSERVACIONES	SECCIÓN 233- OBSERVACIONES	SECCIÓN 234- OBSERVACIONES	SECCIÓN 235- OBSERVACIONES	SECCIÓN 236- OBSERVACIONES	SECCIÓN 237- OBSERVACIONES	SECCIÓN 238- OBSERVACIONES	SECCIÓN 239- OBSERVACIONES	SECCIÓN 240- OBSERVACIONES	SECCIÓN 241- OBSERVACIONES	SECCIÓN 242- OBSERVACIONES	SECCIÓN 243- OBSERVACIONES	SECCIÓN 244- OBSERVACIONES	SECCIÓN 245- OBSERVACIONES	SECCIÓN 246- OBSERVACIONES	SECCIÓN 247- OBSERVACIONES	SECCIÓN 248- OBSERVACIONES	SECCIÓN 249- OBSERVACIONES	SECCIÓN 250- OBSERVACIONES	SECCIÓN 251- OBSERVACIONES	SECCIÓN 252- OBSERVACIONES	SECCIÓN 253- OBSERVACIONES	SECCIÓN 254- OBSERVACIONES	SECCIÓN 255- OBSERVACIONES	SECCIÓN 256- OBSERVACIONES	SECCIÓN 257- OBSERVACIONES	SECCIÓN 258- OBSERVACIONES	SECCIÓN 259- OBSERVACIONES	SECCIÓN 260- OBSERVACIONES	SECCIÓN 261- OBSERVACIONES	SECCIÓN 262- OBSERVACIONES	SECCIÓN 263- OBSERVACIONES	SECCIÓN 264- OBSERVACIONES	SECCIÓN 265- OBSERVACIONES	SECCIÓN 266- OBSERVACIONES	SECCIÓN 267- OBSERVACIONES	SECCIÓN 268- OBSERVACIONES	SECCIÓN 269- OBSERVACIONES	SECCIÓN 270- OBSERVACIONES	SECCIÓN 271- OBSERVACIONES	SECCIÓN 272- OBSERVACIONES	SECCIÓN 273- OBSERVACIONES	SECCIÓN 274- OBSERVACIONES	SECCIÓN 275- OBSERVACIONES	SECCIÓN 276- OBSERVACIONES	SECCIÓN 277- OBSERVACIONES	SECCIÓN 278- OBSERVACIONES	SECCIÓN 279- OBSERVACIONES	SECCIÓN 280- OBSERVACIONES	SECCIÓN 281- OBSERVACIONES	SECCIÓN 282- OBSERVACIONES	SECCIÓN 283- OBSERVACIONES	SECCIÓN 284- OBSERVACIONES	SECCIÓN 285- OBSERVACIONES	SECCIÓN 286- OBSERVACIONES	SECCIÓN 287- OBSERVACIONES	SECCIÓN 288- OBSERVACIONES	SECCIÓN 289- OBSERVACIONES	SECCIÓN 290- OBSERVACIONES	SECCIÓN 291- OBSERVACIONES	SECCIÓN 292- OBSERVACIONES	SECCIÓN 293- OBSERVACIONES	SECCIÓN 294- OBSERVACIONES	SECCIÓN 295- OBSERVACIONES	SECCIÓN 296- OBSERVACIONES	SECCIÓN 297- OBSERVACIONES	SECCIÓN 298- OBSERVACIONES	SECCIÓN 299- OBSERVACIONES	SECCIÓN 300- OBSERVACIONES	SECCIÓN 301- OBSERVACIONES	SECCIÓN 302- OBSERVACIONES	SECCIÓN 303- OBSERVACIONES	SECCIÓN 304- OBSERVACIONES	SECCIÓN 305- OBSERVACIONES	SECCIÓN 306- OBSERVACIONES	SECCIÓN 307- OBSERVACIONES	SECCIÓN 308- OBSERVACIONES	SECCIÓN 309- OBSERVACIONES	SECCIÓN 310- OBSERVACIONES	SECCIÓN 311- OBSERVACIONES	SECCIÓN 312- OBSERVACIONES	SECCIÓN 313- OBSERVACIONES	SECCIÓN 314- OBSERVACIONES	SECCIÓN 315- OBSERVACIONES	SECCIÓN 316- OBSERVACIONES	SECCIÓN 317- OBSERVACIONES	SECCIÓN 318- OBSERVACIONES	SECCIÓN 319- OBSERVACIONES	SECCIÓN 320- OBSERVACIONES	SECCIÓN 321- OBSERVACIONES	SECCIÓN 322- OBSERVACIONES	SECCIÓN 323- OBSERVACIONES	SECCIÓN 324- OBSERVACIONES	SECCIÓN 325- OBSERVACIONES	SECCIÓN 326- OBSERVACIONES	SECCIÓN 327- OBSERVACIONES	SECCIÓN 328- OBSERVACIONES	SECCIÓN 329- OBSERVACIONES	SECCIÓN 330- OBSERVACIONES	SECCIÓN 331- OBSERVACIONES	SECCIÓN 332- OBSERVACIONES	SECCIÓN 333- OBSERVACIONES	SECCIÓN 334- OBSERVACIONES	SECCIÓN 335- OBSERVACIONES	SECCIÓN 336- OBSERVACIONES	SECCIÓN 337- OBSERVACIONES	SECCIÓN 338- OBSERVACIONES	SECCIÓN 339- OBSERVACIONES	SECCIÓN 340- OBSERVACIONES	SECCIÓN 341- OBSERVACIONES	SECCIÓN 342- OBSERVACIONES	SECCIÓN 343- OBSERVACIONES	SECCIÓN 344- OBSERVACIONES	SECCIÓN 345- OBSERVACIONES	SECCIÓN 346- OBSERVACIONES	SECCIÓN 347- OBSERVACIONES	SECCIÓN 348- OBSERVACIONES	SECCIÓN 349- OBSERVACIONES	SECCIÓN 350- OBSERVACIONES	SECCIÓN 351- OBSERVACIONES	SECCIÓN 352- OBSERVACIONES	SECCIÓN 353- OBSERVACIONES	SECCIÓN 354- OBSERVACIONES	SECCIÓN 355- OBSERVACIONES	SECCIÓN 356- OBSERVACIONES	SECCIÓN 357- OBSERVACIONES	SECCIÓN 358- OBSERVACIONES	SECCIÓN 359- OBSERVACIONES	SECCIÓN 360- OBSERVACIONES	SECCIÓN 361- OBSERVACIONES	SECCIÓN 362- OBSERVACIONES	SECCIÓN 363- OBSERVACIONES	SECCIÓN 364- OBSERVACIONES	SECCIÓN 365- OBSERVACIONES	SECCIÓN 366- OBSERVACIONES	SECCIÓN 367- OBSERVACIONES	SECCIÓN 368- OBSERVACIONES	SECCIÓN 369- OBSERVACIONES	SECCIÓN 370- OBSERVACIONES	SECCIÓN 371- OBSERVACIONES	SECCIÓN 372- OBSERVACIONES	SECCIÓN 373- OBSERVACIONES	SECCIÓN 374- OBSERVACIONES	SECCIÓN 375- OBSERVACIONES	SECCIÓN 376- OBSERVACIONES	SECCIÓN 377- OBSERVACIONES	SECCIÓN 378- OBSERVACIONES	SECCIÓN 379- OBSERVACIONES	SECCIÓN 380- OBSERVACIONES	SECCIÓN 381- OBSERVACIONES	SECCIÓN 382- OBSERVACIONES	SECCIÓN 383- OBSERVACIONES	SECCIÓN 384- OBSERVACIONES	SECCIÓN 385- OBSERVACIONES	SECCIÓN 386- OBSERVACIONES	SECCIÓN 387- OBSERVACIONES	SECCIÓN 388- OBSERVACIONES	SECCIÓN 389- OBSERVACIONES	SECCIÓN 390- OBSERVACIONES	SECCIÓN 391- OBSERVACIONES	SECCIÓN 392- OBSERVACIONES	SECCIÓN 393- OBSERVACIONES	SECCIÓN 394- OBSERVACIONES	SECCIÓN 395- OBSERVACIONES	SECCIÓN 396- OBSERVACIONES	SECCIÓN 397- OBSERVACIONES	SECCIÓN 398- OBSERVACIONES	SECCIÓN 399- OBSERVACIONES	SECCIÓN 400- OBSERVACIONES	SECCIÓN 401- OBSERVACIONES	SECCIÓN 402- OBSERVACIONES	SECCIÓN 403- OBSERVACIONES	SECCIÓN 404- OBSERVACIONES	SECCIÓN 405- OBSERVACIONES	SECCIÓN 406- OBSERVACIONES	SECCIÓN 407- OBSERVACIONES	SECCIÓN 408- OBSERVACIONES	SECCIÓN 409- OBSERVACIONES	SECCIÓN 410- OBSERVACIONES	SECCIÓN 411- OBSERVACIONES	SECCIÓN 412- OBSERVACIONES	SECCIÓN 413- OBSERVACIONES	SECCIÓN 414- OBSERVACIONES	SECCIÓN 415- OBSERVACIONES	SECCIÓN 416- OBSERVACIONES	SECCIÓN 417- OBSERVACIONES	SECCIÓN 418- OBSERVACIONES	SECCIÓN 419- OBSERVACIONES	SECCIÓN 420- OBSERVACIONES	SECCIÓN 421- OBSERVACIONES	SECCIÓN 422- OBSERVACIONES	SECCIÓN 423- OBSERVACIONES	SECCIÓN 424- OBSERVACIONES	SECCIÓN 425- OBSERVACIONES	SECCIÓN 426- OBSERVACIONES	SECCIÓN 427- OBSERVACIONES	SECCIÓN 428- OBSERVACIONES	SECCIÓN 429- OBSERVACIONES	SECCIÓN 430- OBSERVACIONES	SECCIÓN 431- OBSERVACIONES	SECCIÓN 432- OBSERVACIONES	SECCIÓN 433- OBSERVACIONES	SECCIÓN 434- OBSERVACIONES	SECCIÓN 435- OBSERVACIONES	SECCIÓN 436- OBSERVACIONES	SECCIÓN 437- OBSERVACIONES	SECCIÓN 438- OBSERVACIONES	SECCIÓN 439- OBSERVACIONES	SECCIÓN 440- OBSERVACIONES	SECCIÓN 441- OBSERVACIONES	SECCIÓN 442- OBSERVACIONES	SECCIÓN 443- OBSERVACIONES	SECCIÓN 444- OBSERVACIONES	SECCIÓN 445- OBSERVACIONES	SECCIÓN 446- OBSERVACIONES	SECCIÓN 447- OBSERVACIONES	SECCIÓN 448- OBSERVACIONES	SECCIÓN 449- OBSERVACIONES	SECCIÓN 450- OBSERVACIONES	SECCIÓN 451- OBSERVACIONES	SECCIÓN 452- OBSERVACIONES	SECCIÓN 453- OBSERVACIONES	SECCIÓN 454- OBSERVACIONES	SECCIÓN 455- OBSERVACIONES	SECCIÓN 456- OBSERVACIONES	SECCIÓN 457- OBSERVACIONES	SECCIÓN 458- OBSERVACIONES	SECCIÓN 459- OBSERVACIONES	SECCIÓN 460- OBSERVACIONES	SECCIÓN 461- OBSERVACIONES	SECCIÓN 462- OBSERVACIONES	SECCIÓN 463- OBSERVACIONES	SECCIÓN 464- OBSERVACIONES	SECCIÓN 465- OBSERVACIONES	SECCIÓN 466- OBSERVACIONES	SECCIÓN 467- OBSERVACIONES	SECCIÓN 468- OBSERVACIONES	SECCIÓN 469- OBSERVACIONES	SECCIÓN 470- OBSERVACIONES	SECCIÓN 471- OBSERVACIONES	SECCIÓN 472- OBSERVACIONES	SECCIÓN 473- OBSERVACIONES	SECCIÓN 474- OBSERVACIONES	SECCIÓN 475- OBSERVACIONES	SECCIÓN 476- OBSERVACIONES	SECCIÓN 477- OBSERVACIONES	SECCIÓN 478- OBSERVACIONES	SECCIÓN 479- OBSERVACIONES	SECCIÓN 480- OBSERVACIONES	SECCIÓN 481- OBSERVACIONES	SECCIÓN 482- OBSERVACIONES	SECCIÓN 483- OBSERVACIONES	SECCIÓN 484- OBSERVACIONES	SECCIÓN 485- OBSERVACIONES	SECCIÓN 486- OBSERVACIONES	SECCIÓN 487- OBSERVACIONES	SECCIÓN 488- OBSERVACIONES	SECCIÓN 489- OBSERVACIONES	SECCIÓN 490- OBSERVACIONES	SECCIÓN 491- OBSERVACIONES	SECCIÓN 492- OBSERVACIONES	SECCIÓN 493- OBSERVACIONES	SECCIÓN 494- OBSERVACIONES	SECCIÓN 495- OBSERVACIONES	SECCIÓN 496- OBSERVACIONES	SECCIÓN 497- OBSERVACIONES	SECCIÓN 498- OBSERVACIONES	SECCIÓN 499- OBSERVACIONES	SECCIÓN 500- OBSERVACIONES	SECCIÓN 501- OBSERVACIONES	SECCIÓN 502- OBSERVACIONES	SECCIÓN 503- OBSERVACIONES	SECCIÓN 504- OBSERVACIONES	SECCIÓN 505- OBSERVACIONES	SECCIÓN 506- OBSERVACIONES	SECCIÓN 507- OBSERVACIONES	SECCIÓN 508- OBSERVACIONES	SECCIÓN 509- OBSERVACIONES	SECCIÓN 510- OBSERVACIONES	SECCIÓN 511- OBSERVACIONES	SECCIÓN 512- OBSERVACIONES	SECCIÓN 513- OBSERVACIONES	SECCIÓN 514- OBSERVACIONES	SECCIÓN 515- OBSERVACIONES	SECCIÓN 516- OBSERVACIONES	SECCIÓN 517- OBSERVACIONES	SECCIÓN 518- OBSERVACIONES	SECCIÓN 519- OBSERVACIONES	SECCIÓN 520- OBSERVACIONES	SECCIÓN 521- OBSERVACIONES	SECCIÓN 522- OBSERVACIONES	SECCIÓN 523- OBSERVACIONES	SECCIÓN 524- OBSERVACIONES	SECCIÓN 525- OBSERVACIONES	SECCIÓN 526- OBSERVACIONES	SECCIÓN 527- OBSERVACIONES	SECCIÓN 528- OBSERVACIONES	SECCIÓN 529- OBSERVACIONES	SECCIÓN 530- OBSERVACIONES	SECCIÓN 531- OBSERVACIONES	SECCIÓN 532- OBSERVACIONES	SECCIÓN 533- OBSERVACIONES	SECCIÓN 534- OBSERVACIONES	SECCIÓN 535- OBSERVACIONES	SECCIÓN 536- OBSERVACIONES	SECCIÓN 537- OBSERVACIONES	SECCIÓN 538- OBSERVACIONES	SECCIÓN 539- OBSERVACIONES	SECCIÓN 540- OBSERVACIONES	SECCIÓN 541- OBSERVACIONES	SECCIÓN 542- OBSERVACIONES	SECCIÓN 543- OBSERVACIONES	SECCIÓN 544- OBSERVACIONES	SECCIÓN 545- OBSERVACIONES	SECCIÓN 546- OBSERVACIONES	SECCIÓN 547- OBSERVACIONES	SECCIÓN 548- OBSERVACIONES	SECCIÓN 549- OBSERVACIONES	SECCIÓN 550- OBSERVACIONES	SECCIÓN 551- OBSERVACIONES	SECCIÓN 552- OBSERVACIONES	SECCIÓN 553- OBSERVACIONES	SECCIÓN 554- OBSERVACIONES	SECCIÓN 555- OBSERVACIONES	SECCIÓN 556- OBSERVACIONES	SECCIÓN 557- OBSERVACIONES	SECCIÓN 558- OBSERVACIONES	SECCIÓN 559- OBSERVACIONES	SECCIÓN 560- OBSERVACIONES	SECCIÓN 561- OBSERVACIONES	SECCIÓN 562- OBSERVACIONES	SECCIÓN 563- OBSERVACIONES	SECCIÓN 564- OBSERVACIONES	SECCIÓN 565- OBSERVACIONES	SECCIÓN 566- OBSERVACIONES	SECCIÓN 567- OBSERVACIONES	SECCIÓN 568- OBSERVACIONES	SECCIÓN 569- OBSERVACIONES	SECCIÓN 570- OBSERVACIONES	SECCIÓN 571- OBSERVACIONES	SECCIÓN 572- OBSERVACIONES	SECCIÓN 573- OBSERVACIONES	SECCIÓN 574- OBSERVACIONES	SECCIÓN 575- OBSERVACIONES	SECCIÓN 576- OBSERVACIONES	SECCIÓN 577- OBSERVACIONES	SECCIÓN 578- OBSERVACIONES	SECCIÓN 579- OBSERVACIONES	SECCIÓN 580- OBSERVACIONES	SECCIÓN 581- OBSERVACIONES	SECCIÓN 582- OBSERVACIONES	SECCIÓN 583- OBSERVACIONES	SECCIÓN 584- OBSERVACIONES	SECCIÓN 585- OBSERVACIONES	SECCIÓN 586- OBSERVACIONES	SECCIÓN 587- OBSERVACIONES	SECCIÓN 588- OBSERVACIONES	SECCIÓN 589- OBSERVACIONES	SECCIÓN 590- OBSERVACIONES	SECCIÓN 591- OBSERVACIONES	SECCIÓN 592- OBSERVACIONES	SECCIÓN 593- OBSERVACIONES	SECCIÓN 594- OBSERVACIONES	SECCIÓN 595- OBSERVACIONES	SECCIÓN 596- OBSERVACIONES	SECCIÓN 597- OBSERVACIONES	SECCIÓN 598- OBSERVACIONES	SECCIÓN 599- OBSERVACIONES	SECCIÓN 600- OBSERVACIONES	SECCIÓN 601- OBSERVACIONES	SECCIÓN 602- OBSERVACIONES	SECCIÓN 603- OBSERVACIONES	SECCIÓN 604- OBSERVACIONES	SECCIÓN 605- OBSERVACIONES	SECCIÓN 606- OBSERVACIONES	SECCIÓN 607- OBSERVACIONES	SECCIÓN 608- OBSERVACIONES	SECCIÓN 609- OBSERVACIONES	SECCIÓN 610- OBSERVACIONES	SECCIÓN 611- OBSERVACIONES	SECCIÓN 612- OBSERVACIONES	SECCIÓN 613- OBSERVACIONES	SECCIÓN 614- OBSERVACIONES	SECCIÓN 615- OBSERVACIONES	SECCIÓN 616- OBSERVACIONES	SECCIÓN 617- OBSERVACIONES	SECCIÓN 618- OBSERVACIONES	SECCIÓN 619- OBSERVACIONES	SECCIÓN 620- OBSERVACIONES	SECCIÓN 621- OBSERVACIONES	SECCIÓN 622- OBSERVACIONES	SECCIÓN 623- OBSERVACIONES	SECCIÓN 624- OBSERVACIONES	SECCIÓN 625- OBSERVACIONES	SECCIÓN 626- OBSERVACIONES	SECCIÓN 627- OBSERVACIONES	SECCIÓN 628- OBSERVACIONES	SECCIÓN 629- OBSERVACIONES	SECCIÓN 630- OBSERVACIONES	SECCIÓN 631- OBSERVACIONES	SECCIÓN 632- OBSERVACIONES	SECCIÓN 633- OBSERVACIONES	SECCIÓN 634- OBSERVACIONES	SECCIÓN 635- OBSERVACIONES	SECCIÓN 636- OBSERVACIONES	SECCIÓN 637- OBSERVACIONES	SECCIÓN 638- OBSERVACIONES	SECCIÓN 639- OBSERVACIONES	SECCIÓN 640- OBSERVACIONES	SECCIÓN 641- OBSERVACIONES	SECCIÓN 642- OBSERVACIONES	SECCIÓN 643- OBSERVACIONES	SECCIÓN 644- OBSERVACIONES	SECCIÓN 645- OBSERVACIONES	SECCIÓN 646- OBSERVACIONES	SECCIÓN 647- OBSERVACIONES	SECCIÓN 648- OBSERVACIONES	SECCIÓN 649- OBSERVACIONES	SECCIÓN 650- OBSERVACIONES	SECCIÓN 651- OBSERVACIONES	SECCIÓN 652- OBSERVACIONES	SECCIÓN 653- OBSERVACIONES	SECCIÓN 654- OBSERVACIONES	SECCIÓN 655- OBSERVACIONES	SECCIÓN 656- OBSERVACIONES	SECCIÓN 657- OBSERVACIONES
---------------------------------------	------------------------------	---------------------------	------------------------	-----------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Código:	Un. em.	Ficha de
		avaliação

[illegible][illegible]

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: ES-P03-F10
		Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Vigencia desde: 01/02/2016



MEMORANDO

Bogotá D.C. 31 de julio 2017

PARA: DOCTOR EDGAR ALONSO FORERO CASTRO, JEFE OFICINA DE PLANEACIÓN.

DE: JULIO CESAR MORENO BERNAL, JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO.

REFERENCIA: Informe de Evaluación y Seguimiento - Plan de Mejoramiento ACPM, corte 30 junio 2017.

Respetado doctor Forero:

La Oficina de Control Interno, en su rol de evaluador independiente de las actividades propias de la gestión de la entidad, adjunta el informe de Evaluación y seguimiento al Plan de Mejoramiento de la entidad Acciones Correctivas, Preventivas y Mejora (ACPM), con corte a 30 junio de 2017.

Las matrices de cada uno de los planes de mejora internos (nueve (9)) y externos (dos (2)), con seguimiento y verificados a esta fecha de corte, se envían por correo mecicalidad@defensoria.gov.co, con el fin de que este seguimiento quede publicadas en la página WEB dentro del mapa de procesos, en la pestaña correspondiente al "Plan de Mejora"; en la siguiente ruta:

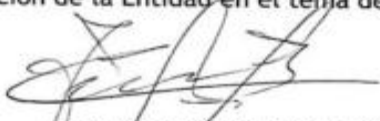
<http://www.defensoria.gov.co/public/manualdeprocesosyprocedimientos/julio18de2017/LISTADO%20MAESTRO%20DE%20DOCUMENTOS/EXTERIORES/PLAN%20DE%20MEJORAMIENTO/LMPM.htm>

El informe de evaluación y seguimiento que se adjunta, se encuentra publicado en el enlace:

<http://www.defensoria.gov.co/es/public/despachodeldefensor/6267/Informes-de-Control-Interno.htm> Tema: Plan de Mejoramiento.

En este informe se presentan recomendaciones, para permitir a los líderes de procesos, dependencias y regionales conocer el estado y avance de estos planes de mejora y fortalecer el compromiso de la Dirección de la Entidad en el tema de "Mejora continua".

Cordialmente,


JULIO CESAR MORENO BERNAL.
JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO.

Copia: Líderes de procesos
Delegadas con plan de mejora evaluado
Defensores Regionales, se envía por correo.

Anexo: Diecinueve (19) folios. Informe de Evaluación y Seguimiento ACPM - corte 30 de junio 2017.

Proyectó: María Helena Pedraza Medina.

Revisó: Julio Cesar Moreno Bernal.

Archivado en: Acciones Preventivas - Informes de Evaluación y Seguimiento Implementación SGC.

Consecutivo Dependencia: OCI-1030-085

Carrera 13 No. 55-60 - Sede Chapinero, Bogotá.
PBX: (57) (1) 314 4000 · Línea Nacional: 01 8000 914814
www.defensoria.gov.co
Plantilla Vigente desde: 27/06/2017



	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: ES-P03-F10
		Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Vigencia desde: 01/02/2016

Evaluación y Seguimiento Plan de Mejora - Vigencia 2017 Tercer Seguimiento- Corte 30 de junio

1. Introducción y alcance

En su rol de evaluación y seguimiento, la Oficina de Control Interno, realiza la verificación al seguimiento de los planes de mejora, formulados y con fecha de corte 30 de junio de 2017.

Se toma la herramienta de planes de mejora activos y vigentes con corte al 30 de abril de 2017, y por parte de cada uno de los profesionales responsables de esta verificación de la Oficina de Control Interno, se envía la herramienta, por correo a cada uno de los líderes responsables del seguimiento que fueron los responsables de atender el ejercicio auditor.

Estos responsables envían a la Oficina de Control Interno, el registro del plan de mejora con el seguimiento y soportes, correspondiente al tercer bimestre: 1 de mayo al 30 de junio de 2017. La Oficina de Control Interno consolida esta información en una sola herramienta, donde incluyen los planes de mejora con seguimiento durante este periodo.

2. Objetivo

Verificar los seguimientos a los Planes de Mejora recibidos por parte de cada uno de los responsables de adelantar este registro (nueve (9) planes de mejora, activos a la fecha de corte formulados y/o con seguimiento), revisando el registro, acorde a los soportes entregados 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 Oficina de Control Interno 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

A esta fecha de corte, 30 de junio de 2017, se adelanta seguimiento a nueve (9) planes de mejora activos y se registra su estado en el anexo No. 1, los planes de mejora que debería estar ya formalizados, considerando el tiempo definido en el procedimiento de Acciones Correctivas y Preventivas y de mejora ACPM Versión 5.

Con esta fecha de corte 30 de junio, se adelanta seguimiento a nueve (9) planes de mejora interno y dos externos.

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: ES-P03-F10
		Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Vigencia desde: 01/02/2016

De los doce (12) planes de mejora formulados y verificados en el informe reportado al 30 de abril de 2017, se retiran tres (3) planes de mejora por su cumplimiento, estos corresponden a:

Se cierran tres (3) Plan de Mejora, correspondiente a:

Id.	Unidad Organizacional	Fecha		Proceso afectado	Estado Hallazgos			% de avance Acciones	Estado 30abr2017
		Cierre auditoria	Formula. PM		Cant.	Cerrado	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 Trámite 5- Servicios Administrativos 6- Tecnologías de la Información	37	36	1	97,4%	Cerrado con observaciones
13	D.D. Para la Salud, la Seguridad Social y la Discapacidad.	29-dic-15	11-ago-16	1- Gestión de Servicios Administrativos 2-Evaluación y Seguimiento	12	12	0	92,3%	Cerrado*
19	Contratación	29-sep-16	31-mar-17	Gestión Contractual	1	1	0	100,0%	Cerrado

La Delegada de Salud, la seguridad social y la discapacidad, durante el seguimiento al plan de mejora No. 13, formularon una acción (No. 4 de este plan) enmarcada en la aprobación de la TRD por el archivo General de la Nación, acción no posible de cumplir; se define una nueva acción que atiende el hallazgo y se da por cumplida.

Para este corte de seguimiento, 30 de junio de 2017, se incluye nuevos planes de mejora: dos (2) formalizados y cinco (5) planes de mejora pendientes por formular. Se incluyen tres (3) planes de mejora de las auditorías realizadas por la Oficina de Planeación en el mes de diciembre y que se comunicaron en marzo del 2017. De ellas se adelantan seguimiento a una (1), auditoría interna SCG a la Subdirección de Servicios Administrativos y se formalizó el plan de mejora de la Regional Bogotá, el 10 de julio de 2017; queda pendiente la formulación del plan de mejora del Grupo de Sistemas.

De las auditorías internas de gestión, realizadas por la Oficina de Control Interno en este primer semestre, no se han formalizado estos planes de mejora, incumpliendo el procedimiento de “Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora-ACPM” código: SQ-P04, versión: 5 y vigente desde: 29/08/2016., actividad 2, donde se indica: “... remitirla a la Oficina de Planeación dentro de los 20 días hábiles siguientes a la notificación de la no conformidad u oportunidad de mejora, a la dirección electrónica meci_calidad@defensoria.gov.co para su validación”.

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: ES-P03-F10
		Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Vigencia desde: 01/02/2016

Estos planes de mejora, corresponden a:

Id.	Unidad Organizacional	Fecha	
		Cierre auditoría	Formula.PM
24	Auditoria Interna SGC Grupo Sistemas	10-mar	Pendiente de formular
25	Regional Casanare	03-may	Pendiente de formular
26	Regional Guaviare	02-may	Pendiente de formular
27	Grupo de Bienes - Bajas de Inventarios - Nivel Central	09-may	Pendiente de formular
28	Asuntos Internacionales	06-jun	Pendiente de formular

Se adelanta en este corte seguimiento a nueve (9) planes de mejora internos, de los quince planes de mejora previstos. Ver anexo No. 1. Dos (2) planes de mejora externos

El equipo de la Oficina de Control Interno, realiza el seguimiento y verificación de lo presentado por cada uno de los responsables de estos Planes de Mejora y se registran comentarios sobre lo verificado en la columna “Observaciones OCI”, del formato SQ- F05, versión 3 y correspondiente al “tercer bimestre” 2017.

De estos nueve (9) planes de mejora interno, a los que se les adelanta seguimiento dentro de este periodo, se observa lo siguiente:

1. Cinco (5) planes de mejora que ya tienen cumplidas sus fechas de cierre y no cerrado los hallazgos. Estos planes corresponden a:
 1. 3- R. Cesar, fecha de cierre, diciembre 2016. Porcentaje cumplimiento 73,3%; pendientes siete (7) acciones, de las cuales seis (6) acciones no reporta seguimiento.
 2. 7- Atención y Tramite (Nivel Central)- Subproceso de Defensoría Pública. fecha de cierre, diciembre 2016. Porcentaje cumplimiento 78,6%; pendientes dos (2) acciones.
 3. 15- R. Caquetá. fecha de cierre, diciembre 2016. Porcentaje cumplimiento 81,0%; pendientes tres (3) acciones, de las cuales dos (2) acciones no allegan evidencias para la verificación de su seguimiento.
 4. 17- R. Magdalena, fecha de cierre, marzo 2017. Porcentaje cumplimiento 13,0%; pendientes diecisiete (17) acciones por reporte, de las cuales hay dieciséis (16) acciones en estado abierto.
 5. 18- R. Guajira, fecha de cierre, mayo 2017. Porcentaje cumplimiento 28,6%; pendientes doce (12) acciones en ejecución.

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: ES-P03-F10
		Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Vigencia desde: 01/02/2016

2. Se tiene para este seguimiento ciento treinta y dos (132) acciones. El compromiso en el seguimiento por cada uno de los responsables del plan de mejora, se presenta así:

Estado de las acciones	Cantidad	%	Observaciones
Cerrado Eficaz	15	11,37	
Cerrado Ineficaz	8	6,06	No se da cumplimiento a la acción en el tiempo definido, la acción reportada no atendió la acción inicial planteada, o el producto no es el planteado en la meta
En ejecución	48	36,36	No presentaron seguimiento a cuatro (4) acciones, correspondientes a 1 de la regional Cesar, dos Regional Caquetá y una Regional Magdalena.
Abierto	61	42,21	Planes de mejora, cuyo responsable no presentó seguimiento a estas acciones. 3- Regional Cesar. 6 de 45 acciones 16- Regional Córdoba 21 de 49 acciones 17- Regional Magdalena, 16 de 23 acciones 22- Subdirección Administrativa, 18 de 21 acciones

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 que se tiene consolidado por la OCI. Se incluyen los formulados y con seguimiento y los no formulados y formalizados, con corte a 30 de junio de 2017.

Avance y cumplimiento de Planes de Mejora							
No.	Id.	Unidad Organizacional	Cantidad Hallazgos	Cumplimiento a 2017 ¹			Estado del Plan de Mejora
				28 feb	30 abr	30Jun	
1.	3	R. Cesar	45	62,2%	68,9%	73,3%	Con seguimiento Mejora su cumplimiento y oportunidad de seguimiento. Fecha de cumplimiento: abril 2016 Asegurar su compromiso
2.	7	Atención y Trámite (Nivel Central)- Subproceso de Defensoría Pública	14	35,7%	71,4%	78,6%	Con seguimiento Mejora su cumplimiento Revisar su oportunidad. Fecha de cumplimiento de las acciones: junio 2016 Asegurar su compromiso

¹ Cumplimientos dados en porcentaje, para el avance de los hallazgos considerados como cumplidos a esa fecha de corte.

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO		Código: ES-P03-F10
			Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO		Vigencia desde: 01/02/2016

Avance y cumplimiento de Planes de Mejora							
No.	Id.	Unidad Organizacional	Cantidad Hallazgos	Cumplimiento a 2017 ¹			Estado del Plan de Mejora
				28 feb	30 abr	30Jun	
3.	15	Regional Caquetá	21	23,8%	81,0%	81,0%	Con seguimiento. No se ve reflejado el avance en los hallazgos, aunque se adelantó cierre en las acciones. Fecha de cumplimiento de las acciones: diciembre 2016. Asegurar su compromiso
4.	16	Regional Córdoba	30		0,0%	10,0%	Con seguimiento. No presenta seguimiento a 21 acciones (42%) a pesar de que ya iniciaron y 18 vencen en julio del 2017. Se recomienda compromiso en el reporte y seguimiento
5.	17	Regional Magdalena	23	0,0%	4,3%	13,0%	Con seguimiento. No presenta seguimiento a 17 acciones (73%), a pesar de que ya iniciaron. Fecha de cumplimiento de las acciones: marzo 2017. Se recomienda compromiso en el reporte y seguimiento
6.	18	Regional Guajira	28		25,0%	28,6%	Con seguimiento. Fecha de cumplimiento de las acciones: 31 mayo 2017. Se recomienda compromiso en el reporte y seguimiento
7.	20	Delegada de Indígenas y Minorías Étnicas	10		10,0%	30,0%	Con seguimiento Se recomienda revisar observaciones de la OCI a acciones pendientes por asegurar su cierre.
8.	21	Tema Rendición de Cuentas	4		0,0%	0,0%	Con seguimiento Se recomienda revisar observaciones de la OCI a acciones cerradas como ineficaces. Verificar seguimiento de la Vicedefensoría.
9.	22	Auditoria Interna SGCSubdirección Servicios Administrativos	18			0,0%	Con seguimiento. No presenta seguimiento a 18 acciones (85,8%), a pesar de que ya iniciaron (menos una). Se recomienda compromiso en el reporte y seguimiento

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO		Código: ES-P03-F10
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO		Versión:02
			Vigencia desde: 01/02/2016

Avance y cumplimiento de Planes de Mejora							
No.	Id.	Unidad Organizacional	Cantidad Hallazgos	Cumplimiento a 2017 ¹			Estado del Plan de Mejora
				28 feb	30 abr	30Jun	
10.	23	Auditoria Interna SGC Regional Bogotá	17			0,0%	Sin seguimiento, se formalizo el plan de mejora el 10 de julio
11.	24	Auditoria Interna SGC Grupo Sistemas	No se conoce			0,0%	Sin formalización a esta fecha de corte
12.	25	Regional Casanare	39			0,0%	Sin formalización a esta fecha de corte
13.	26	Regional Guaviare	25			0,0%	Sin formalización a esta fecha de corte
14.	27	Grupo de Bienes - Bajas de Inventarios - Nivel Central	11			0,0%	Sin formalización a esta fecha de corte
15.	28	Asuntos Internacionales	6			0,0%	Sin formalización a esta fecha de corte

Con seguimiento Identifica los planes de Mejora que han presentado seguimiento por parte de los responsables del mismo con acciones pendientes de cumplimiento total y dar cierre a los hallazgos.

Cerrado : Identifica los planes de mejora a los que se les ha dado cierre a las acciones y hallazgos en este seguimiento.

Del consolidado al Plan de mejora con entes externos - Bureau veritas, se presenta el mismo seguimiento con corte a 30 de abril, manteniendo las mismas observaciones por parte de la Oficina de Control Interno. Su cumplimiento y cierre de las acciones se verificara en reunión con la Oficina de Planeación, previa a la auditoria de mantenimiento por parte del ente certificador Bureau Veritas.

El “Listado Maestro de Planes de Mejora” tanto por fuentes internas como externas esta ubicado en el siguiente link:

<http://www.defensoria.gov.co/public/manualdeprocesosyprocedimientos/julio18de2017/LISTADO%20MAESTRO%20DE%20DOCUMENTOS/EXTERIORES/PLAN%20DE%20MEJORAMIENTO/LMPM.htm>

4. Conclusiones

1. Los responsables de adelantar seguimiento a los planes de mejora vigentes y activos, presentaron seguimiento al tercer bimestre del 2017, la Oficina de Control Interno, quienes se verificó estos Planes de Mejora, con corte a 30 de junio 2017.
2. Se presenta en el anexo No. 3. Estado de Cumplimiento Planes de Mejora con seguimiento.
 - Corte 30 junio 2017, el estado de avance de los planes abiertos a esta fecha de corte.

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: ES-P03-F10
		Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Vigencia desde: 01/02/2016

3. Este informe de seguimiento se presenta en la WEB para consulta por parte de los líderes y equipos de trabajo, en la siguiente ruta:

La Defensoría\Organos de Control\Informes de Control Interno, título: Plan de mejoramiento: “Inf. Seguimiento Plan de Mejora con corte a 30 junio 2017”, anexo 4, 5 y 6 de este informe.
<http://www.Defensoria.gov.co/es/public/despachodeldefensor/6267/Informes-de-Control-Interno.htm>

4. El estado de cumplimiento de los nueve (9) planes de mejora activos a esta fecha de corte - 30 de junio 2017²:

Estado de los hallazgos					Total Hallazgos formulados en PM	Estado de las acciones				
Cantidad	Sin Formular PM	Abierto	Cerrado	Cerrado Ineficaz		Cantidad	Abierto	En Ejecución	Cerrado Eficaz	Cerrado Ineficaz
249**	39**	109	78	23	210	245	83	48	91	23
	15,7%	43,8%	31,3%	9,2%			33,9%	19,6%	37,1%	9,4%

Fuente: Tabla propia, resumen consolidado Planes de Mejora con corte a 30 jun 2017

** No se conoce la cantidad de hallazgos del plan de mejora ID 24- Auditoria Interna SGC - Grupo Sistemas

Se considera:

Acción cerrada, cuando se cumple con la acción propuesta.

Hallazgo “cerrado”, cuando se ha dado cumplimiento a la totalidad de las acciones formuladas y cerradas.

² No se considera la Regional Chocó.

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: ES-P03-F10
		Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Vigencia desde: 01/02/2016

5. A los quince (15) planes de mejora incluidos en este corte, su estado es el siguiente:

Estado	Cantidad	Observaciones
Con Seguimiento	9	A esta fecha de corte 30 jun 2017, presentaron seguimiento: 3- R. Cesar, que corresponden a la vigencia 2015 7- Atención y Trámite (Nivel Central)- Subproceso de Defensoría Pública; 15- R. Caquetá, 17- R Regional Magdalena; 18- R. Guajira; 20-D.D de Indígenas y Minorías Étnicas; 21- Tema Rendición de Cuentas. Vigencia 2016 22- Auditoría Interna SGC Subdirección Servicios Administrativos formalizado mayo 2017
Formulado sin seguimiento	1	23- Auditoría Interna SGC - Regional Bogotá, comunicado en marzo 2017 y formalizado el 10 de julio 2017.
Sin Formulación	5	A esta fecha de corte, se debían tener formulados estos planes de mejora, considerando la actividad No. 2 del procedimiento: tenían un (1) Plan de Mejora de formulación, correspondiente a: 16-Regional Córdoba Se formalizó el 17 de mayo del 2017 antes a: y 19- Contratación Se formalizaron estos planes de mejora en marzo 2017. Pendientes por formalizar:, 18-Regional Guajira
Total de PM	12	Se retira de este seguimiento los dos planes de mejora de Pre auditoría y Auditoría externa

5. Recomendaciones

1. Asegurar el seguimiento por cada uno de los responsables del Plan de mejora, quiere esto decir, si el hallazgo se detectó en la Regional XXX o dependencia XXX, pero está enmarcado en uno de los procesos YYY, de los diecisiete (17) procesos actuales a la fecha dentro del mapa de procesos, se debe adelantar y reportar el seguimiento por parte del responsable del Plan de Mejora correspondiente al líder de la Regional XXX o dependencia XXX. Si el hallazgo se traslada al líder del proceso, se debe formalizar dentro de un nuevo plan de mejora en responsabilidad de este líder de proceso. En esta condición los responsables del plan de mejora, deben ser los que adelanten el registro dentro del ACPM, de acuerdo a las directrices dada desde el líder de proceso o desde su dependencia.
2. Se debe asegurar compromiso en el cierre de las acciones, considerando que son planes de mejora de la vigencia 2016.
3. El siguiente seguimiento se debe presentar con corte al 30 de septiembre de 2017, considerando la actualización del procedimiento de Acciones Correctivas, preventivas y mejora dentro del proceso de “Evaluación y Seguimiento”. Su seguimiento se recibe por

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: ES-P03-F10
		Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Vigencia desde: 01/02/2016

cada uno de los responsables de la OCI, entre los cinco (5) primeros días hábiles del mes de octubre, 9 de octubre de 2017.

4. Cada uno de los responsables del plan de mejora, debe hacer seguimiento a éste, solicitando al responsable de la OCI, la matriz para realizar el siguiente seguimiento con corte a 30 de septiembre 2017.
5. Nuevamente se recomienda, se asegure y se atienda las fechas de cierre de cumplimiento de las acciones y realizar un gran esfuerzo para atender y cerrar estas acciones, dando cumplimiento a la “mejora” de nuestro Sistema Integrado de Gestión dentro de la Defensoría del Pueblo.

Original firmado

Julio Cesar Moreno Bernal
Jefe Oficina de Control Interno.

Proyectó: María Helena Pedraza Medina
Revisó: Cristian Camilo Buitrago
Fecha de elaboración: 31 julio 2017

Anexos:

1. Anexo 1: Estado y avance de Planes de Mejora. - Corte 30 junio 2017
2. Anexo 2: Estado de hallazgos por procesos - Seguimiento a 30 junio 2017
3. Anexo 3: Estado de Cumplimiento Planes de Mejora con seguimiento- Corte 30 junio 2017
4. Anexo 4: Consolidado de Planes de Mejora. SQ-F05 Versión 3. Seguimiento a 30 junio 2017. Archivo digital. Ocho (8) folios. - 16 hojas
5. Anexo 5: Consolidado de Planes de Mejora Externos. SQ-F05 Versión 3. Seguimiento a 30 junio 2017. Archivo digital. Dos (2) folios.
6. Anexo 6: Resumen Consolidado Plan de Mejora - Corte 30 junio 2017. Archivo digital. Un (1) folio

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO			Código: ES-P03-F10
				Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO			Vigencia desde: 01/02/2016

Anexo 1: Estado y avance de Planes de mejora. - Corte 30 junio 2017

ID.	Unidad Organizacional	Fecha cierre auditoría	Fecha formulación PM	Proceso afectado	Estado de los Hallazgos				Total hallazgos formul.	Estado de las acciones					Estado a 30-jun-2017
					Sin Formular	Abierto	Cerrado	Cerrado Ineficaz		Cant.	Abierto	En Ejecución	Cerrado Eficaz	Cerrado Ineficaz	
3	R. Cesar	30-jul-15	24-nov-15	1- Direccionamiento Estratégico 2- Gestión del Talento Humano 3- Promoción y Divulgación 4- Atención y Trámite 5- Gestión de Servicios Administrativos 6- Tecnologías de la Información	0	7	33	5	45	45	6	1	33	5	Con Seguimiento
7	Atención y Trámite (Nivel Central)- Subproceso de Defensoría Pública	18-dic-15	28-jun-16	Subproceso de Defensoría Pública	0	2	11	1	14	14	0	2	11	1	Con Seguimiento
15	Regional Caqueta	02-may-16	29-dic-16	1- Direccionamiento Estratégico (Tecnologías de la información) 2- Promoción y divulgación 3- Atención y Trámite 4- Subproceso de Defensoría Pública 5- Subproceso de Recursos y Acciones Judiciales 6- Gestión de Talento humano 7- Gestión de servicios administrativos	0	4	17	0	21	21	0	3	18	0	Con Seguimiento
16	Regional Córdoba	07-jul-16	17-may-17	1- Direccionamiento Estratégico 2- Gestión de las Comunicaciones 3- Tecnologías de la información 4- Promoción y divulgación 5- Subproceso de Atención y Trámite de Quejas, Solicitudes y Asesoría. 6- Subproceso de Defensoría Pública 7- Gestión de Talento humano 8- Gestión de servicios administrativos	0	27	3	0	30	49	21	22	6	0	Con Seguimiento

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO			Código: ES-P03-F10
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO			Versión:02
				Vigencia desde: 01/02/2016

Anexo 1: Estado y avance de Planes de mejora. - Corte 30 junio 2017

ID.	Unidad Organizacional	Fecha cierre auditoría	Fecha formulación PM	Proceso afectado	Estado de los Hallazgos				Total hallazgos formul.	Estado de las acciones					Estado a 30-jun-2017
					Sin Formular	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.	0	17	3	3	23	23	16	1	3	3	Con Seguimiento
18	Regional Guajira	29-ago-16	05-abr-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.	0	12	8	8	28	28	0	12	8	8	Con Seguimiento
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.	0	4	3	3	10	18	0	5	10	3	Con Seguimiento
21	Tema Rendición de Cuentas	07-sep-16	20-feb-17	Direccionamiento Estratégico	0	1	0	3	4	4	0	1	0	3	Con Seguimiento
22	Auditoria Interna SGCSubdirección Servicios Administrativos	10-mar	18-may-17	Gestión de Servicios Administrativos.	0	18	0	0	18	21	18	1	2	0	Con Seguimiento
23	Auditoria Interna SGC Regional Bogotá	10-mar	10-jul-17	1- Promoción y divulgación 2- Prevención y Protección 3- Subproceso Atención y Trámite de Quejas, Solicitudes y Asesoría. 4- Subproceso de Defensoría Pública	0	17	0	0	17	22	22	0	0	0	Formulado

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO			Código: ES-P03-F10
				Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO			Vigencia desde: 01/02/2016

Anexo 1: Estado y avance de Planes de mejora. - Corte 30 junio 2017

ID.	Unidad Organizacional	Fecha cierre auditoría	Fecha formulación PM	Proceso afectado	Estado de los Hallazgos				Total hallazgos formul.	Estado de las acciones					Estado a 30-jun-2017
					Sin Formular	Abierto	Cerrado	Cerrado Ineficaz		Cant.	Abierto	En Ejecución	Cerrado Eficaz	Cerrado Ineficaz	
				5- Subproceso de Recursos y Acciones Judiciales 6-Gestion de Talento Humano											
24	Auditoria Interna SGC Grupo Sistemas	10-mar	Pendiente de formular	Pendiente de formular	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Sin Formulación
25	Regional Casanare	03-may	Pendiente de formular	Pendiente de formular	39	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Sin Formulación
26	Regional Guaviare	02-may	Pendiente de formular	Pendiente de formular	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Sin Formulación
27	Grupo de Bienes - Bajas de Inventarios - Nivel Central	09-may	Pendiente de formular	Pendiente de formular	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Sin Formulación
28	Asuntos Internacionales	06-jun	Pendiente de formular	Pendiente de formular	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Sin Formulación
Total					39	109	78	23	210	245	83	48	91	23	

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: ES-P03-F10
		Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Vigencia desde: 01/02/2016

**Anexo 2: Estado de hallazgos por procesos-
Seguimiento a 30 junio 2017
*Planes de Mejora abiertos**

No.	Proceso	Cantidad Hallazgos formulados	Abierto	Cerrado	Cerrado Ineficaz	% Eficacia
1	Direccionamiento Estratégico	22	7	9	6	68,2%
2	Gestión de las Comunicaciones	1	1	0	0	
3	Tecnologías de la Información	5	2	3	0	60,0%
4	Gestión para la Magistratura Moral	0	0	0	0	0,0%
5	Promoción y Divulgación	14	5	9	0	64,3%
6	Prevención y Protección	1	1	0	0	0,0%
7	Atención y Trámite	5	2	3	0	60,0%
7.1	Subproceso de Atención y Trámite de Quejas, Solicitudes y Asesoría	18	12	4	2	33,3%
7.2	Subproceso de Recursos y Acciones Judiciales	7	2	4	1	71,4%
7.3	Subproceso de Defensoría Pública	35	13	17	5	62,9%
8	Investigación y Análisis	0	0	0	0	0,0%
9	Evaluación de la Satisfacción de Grupos de Interés	2	2	0	0	0,0%
10	Gestión Financiera	0	0	0	0	0,0%
11	Gestión Documental	0	0	0	0	0,0%
12	Gestión Contractual	0	0	0	0	0,0%
13	Gestión del Talento Humano	24	15	5	4	37,5%
14	Gestión de Servicios Administrativos	75	46	24	5	38,7%
15	Gestión Jurídica	0	0	0	0	0,0%
16	Evaluación y Seguimiento	0	0	0	0	0,0%
17	Control Disciplinario Interno	0	0	0	0	0,0%
	Procesos Misionales	1	1	0	0	0,0%
Total		210	109	78	23	48,1%

Hallazgos identificados, formulados y asignados a estos procesos en cada Plan de Mejora abiertos.
Orden de procesos de acuerdo a la actualización vigente al 30 de junio de 2017

*2- Proceso ahora identificado como Gestión del Servicio. Proceso en construcción.

 Procesos con acciones “Cerrado Ineficaz”.

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO		Código: ES-P03-F10
			Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO		Vigencia desde: 01/02/2016

Anexo 3: Estado de Cumplimiento Planes de Mejora con seguimiento. - Corte 30 junio 2017

ID.	Unidad Organizacional	Fecha cierre auditoría	Fecha formulación PM	Proceso afectado	Hallazgos		Acciones			Cumplimiento Plan de Mejora		% Avance acciones	Estado a 30 Jun-2017
					Cant.	Abierto	Cant.	Abierto	En Ejecución	% Hallazgos	% Acciones		
3	R. Cesar	30-jul-15	24-nov-15	1- Direccionamiento Estratégico. 2- Gestión del Talento Humano. 3- Promoción y Divulgación. 4- Atención y Trámite. 5- Gestión de Servicios Administrativos. 6- Tecnologías de la Información	45	7	45	6	1	73,3%	73,3%	85,6 %	Con Seguimiento
7	Atención y Trámite (Nivel Central)- Subproceso de Defensoría Pública	18-dic-15	28-jun-16	Subproceso de Defensoría Pública	14	2	14	0	2	78,6%	78,6%	92,9 %	Con Seguimiento
15	Regional Caqueta	02-may-16	29-dic-16	1-Tecnologías de la información. 2- Promoción y divulgación. 3-Atención y Trámite. 4- Subproceso de Defensoría Pública. 5- Subproceso de Recursos y Acciones Judiciales. 6-Gestión de Talento humano. 7- Gestión de servicios administrativos	21	4	21	0	3	81,0%	85,7%	89,7 %	Con Seguimiento
16	Regional Cordoba	07-jul-16	17-may-17	1- Direccionamiento Estratégico -2- Gestión de las Comunicaciones 3- Tecnologías de la información. 4- Promoción y divulgación. 5- Subproceso de Atención y Trámite de Quejas, Solicitudes y Asesoría. 6- Subproceso de Defensoría Pública. 7-Gestión de Talento humano. 8- Gestión de servicios administrativos	30	27	49	21	22	10,0%	12,2%	20,8 %	Con Seguimiento
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.	23	17	23	16	1	13,0%	13,0%	28,3 %	Con Seguimiento

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO		Código: ES-P03-F10
			Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO		Vigencia desde: 01/02/2016

Anexo 3: Estado de Cumplimiento Planes de Mejora con seguimiento. - Corte 30 junio 2017

ID.	Unidad Organizacional	Fecha cierre auditoría	Fecha formulación PM	Proceso afectado	Hallazgos		Acciones			Cumplimiento Plan de Mejora		% Avance acciones	Estado a 30 Jun-2017
					Cant.	Abierto	Cant.	Abierto	En Ejecución	% Hallazgos	% Acciones		
				4- Gestión del Talento Humano. 5- Gestión de Servicios Administrativos 6- Evaluación de la Satisfacción de Grupos de Interés.									
18	Regional Guajira	29-ago-16	05-abr-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.	28	12	28	0	12	28,6%	28,6%	88,2 %	Con Seguimiento
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	4	18	0	5	30,0%	55,6%	73,8 %	Con Seguimiento
21	Tema Rendición de Cuentas	07-sep-16	20-feb-17	Direccionamiento Estratégico	4	1	4	0	1	0,0%	0,0%	0,0%	Con Seguimiento
22	Auditoría Interna SGC Subdirección Servicios Administrativos	10-mar	18-may-17	Gestión de Servicios Administrativos.	18	18	21	18	1	0,0%	9,5%	11,9 %	Con Seguimiento
23	Auditoría Interna SGC Regional Bogotá	10-mar	10-jul-17	1- Promoción y divulgación 2- Prevención y Protección 3- Subproceso Atención y Trámite de Quejas, Solicitudes y Asesoría. 4- Subproceso de Defensoría Pública. 5- Subproceso de Recursos y Acciones Judiciales. 6- Gestión de Talento Humano	17	17	22	22	0	0,0%	0,0%	0,0%	Formulado
24	Auditoría Interna SGC Grupo Sistemas	10-mar	Pendiente de formular	Pendiente de formular	0	0	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%	Sin Formulación

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO		Código: ES-P03-F10
			Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO		Vigencia desde: 01/02/2016

Anexo 3: Estado de Cumplimiento Planes de Mejora con seguimiento. - Corte 30 junio 2017

ID.	Unidad Organizacional	Fecha cierre auditoría	Fecha formulación PM	Proceso afectado	Hallazgos		Acciones			Cumplimiento Plan de Mejora		% Avance acciones	Estado a 30 Jun-2017
					Cant.	Abierto	Cant.	Abierto	En Ejecución	% Hallazgos	% Acciones		
25	Regional Casanare	03-may	Pendiente de formular	Pendiente de formular	39	0	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%	Sin Formulación
26	Regional Guaviare	02-may	Pendiente de formular	Pendiente de formular	25	0	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%	Sin Formulación
27	Grupo de Bienes - Bajas de Inventarios - Nivel Central	09-may	Pendiente de formular	Pendiente de formular	11	0	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%	Sin Formulación
28	Asuntos Internacionales	06-jun	Pendiente de formular	Pendiente de formular	6	0	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%	Sin Formulación

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: ES-P03-F10
		Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Vigencia desde: 01/02/2016

Anexo 4: Consolidado de Planes de Mejora Internos. SQ-F05 Versión 3.
Seguimiento a 30 junio de 2017
(Archivo digital enviado por correo y publicado en la WEB)

Plan de Mejora, digital, publicado en la WEB junto a este informe con corte: 30 de junio de 2017 -
Plan de mejora
Total: dieciséis (16) hojas
Diez (8) folios

Enlace: <http://www.Defensoría.gov.co/es/public/despachodeldefensor/6267/Informes-de-Control-Interno.htm>
Tema: Plan de Mejoramiento “ *** corte 30 junio 2017

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: ES-P03-F10
		Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Vigencia desde: 01/02/2016

Anexo 5: Consolidado de Planes de Mejora Externos. SQ-F05 Versión 3.
Seguimiento a 30 junio de 2017
(Archivo digital enviado por correo y publicado en la WEB)

Plan de Mejora, digital, publicado en la WEB junto a este informe con corte: 30 de junio de 2017 -
Plan de mejora
Total: una (1) hoja

Enlace: <http://www.Defensoría.gov.co/es/public/despachodeldefensor/6267/Informes-de-Control-Interno.htm>
Tema: Plan de Mejoramiento “ *** corte 30 junio 2017

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: ES-P03-F10
		Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Vigencia desde: 01/02/2016

Anexo 6: Resumen Consolidado Plan de Mejora - Corte 30 junio 2017.

Dos (2) hojas, archivo digital enviado por correo
Publicado en la WEB.

Enlace: <http://www.Defensoría.gov.co/es/public/despachodeldefensor/6267/Informes-de-Control-Interno.htm>

Tema: Plan de Mejoramiento “ *** corte 30 junio 2017”

3-OCI_Cons 30Jun2017

[illegible]

SECCIÓN 1: IDENTIFICACIÓN DEL HECHADO										SECCIÓN 2: ANÁLISIS CAUSAS										SECCIÓN 3: PLAN DE MEJORAMIENTO										SECCIÓN 4: SEGUIMIENTO										Cierre		Seg. de la																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
N°	Fuente de Hecho	Fecha Hecho	Recurso Subordinado Afectado	Hecho y/o Hecho	Acción	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso	Recurso</

SECCIÓN 1: IDENTIFICACIÓN DEL Hallazgo																				SECCIÓN 2: ANÁLISIS CAUSAS										SECCIÓN 3: PLAN DE MEJORAMIENTO										SECCIÓN 4: SEGUIMIENTO										Cierre		Seg. de la																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
Nº	Fuente del hallazgo	Fuente del hallazgo	Proceso - Subproceso	Actividad	Subproceso	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad

3-OC

[illegible]

[illegible][illegible]

3-ACPM 2017 Herramienta Consolidado Tercer Bimestre 2017 30Jun2017

[illegible]



Resumen consolidado de Plan de Mejora Corte 30 junio 2017

Oficina de Control Interno

ID.	Unidad Organizacional	Fecha cierre auditoria	Fecha form PM	Proceso afectado	Estado de los Hallazgos					Total hallazgos formulados	Estado de las acciones					Cumplimientos Plan de Mejora		% de avance acciones	Estado a 30-jun-2017	Observaciones
					Cantidad	Sin Formula	Abierto	Cerrado	Cerrado Ineficaz		Cantidad	Abierto	Ejecución	Cerrado Eficaz	Cerrado Ineficaz	% Hallazgo	% Acciones			
3	R. Cesar	30-jul-15	24-nov-15	1- Direccionamiento Estratégico 2- Gestión del Talento Humano 3- Promoción y Divulgación 4- Atención y Trámite 5- Gestión de Servicios Administrativos 6- Tecnologías de la Información	45	0	7	33	5	45	45	6	1	33	5	73,3%	73,3%	85,6%	Con Seguimiento	30-jun2017: Fecha de cierre de este Plan de mejora abril 2016. Estaban pendientes, nueve (9) acciones por cierre. Se presenta seguimiento solo a dos (2) acciones que se cierran. Quedan pendientes 7, de las cuales seis (6) están sin ninguna avance. Se recomienda fortalecer el seguimiento o solicitar revisión de las acciones y su seguimiento. 30Abr2017: Se presentan seis (6) acciones sin seguimiento y sin ningún avance (0%). Adicional son hallazgos que su fecha de cumplimiento se refería a abril de 2016. Debe asegurarse la oportunidad del cumplimiento. 28feb2017: Se presentó seguimiento y reporte a esta Plan de Mejora de manera extemporánea. Se ofrece por parte de la OCI, realizar videoconferencia para analizar cada una de las acciones y se desarrolló el 28 de marzo. Esta regional tiene como defensor regional asignado al Secretario Privado del Despacho: José María Balcázar, razón por la cual este profesional, está liderando este cumplimiento al Plan de Mejora. Con este seguimiento se cierran 30 hallazgos, dos de manera Ineficaz. En el anterior corte de 31 de dic 2017, de los 45 hallazgos, se tenían cerrados 26.
7	Atención y Trámite (Nivel Central)- Subproceso de Defensoría Pública	18-dic-15	28-jun-16	Subproceso de Defensoría Pública	14	0	2	11	1	14	14	0	2	11	1	78,6%	78,6%	92,9%	Con Seguimiento	30-jun2017: Fecha de cierre de este Plan de mejora diciembre 2016. Se tenían tres (3) acciones pendientes, se cierra una (1). Se recomienda se fortalezca el seguimiento a estas últimas dos (2) acciones 304007 y 304008 que realmente es una para asegurar su cierre en el siguiente seguimiento. 30abr2017: Se presentan dos (2) acciones sin avance, porque se reporta información pero ningún avance en la gestión del cumplimiento de la acción. Revisar estos hallazgos y solicitar el plantear la acción o las fechas de cumplimiento (se registra junio 2016) 28feb2017: No se presenta seguimiento, previa solicitud del responsable de la OCI a esta Oficina. 31dic2016: 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.
15	Regional Caqueta	#####	29-dic-16	1- Direccionamiento Estratégico (Tecnologías de la información) 2- Promoción y divulgación 3- Atención y Trámite 4- Subproceso de Defensoría Pública 5- Subproceso de Recursos y Acciones Judiciales 6- Gestión de Talento humano 7- Gestión de servicios administrativos	21	0	4	17	0	21	21	0	3	18	0	81,0%	85,7%	89,7%	Con Seguimiento	30-jun2017: Fecha de cierre de este Plan de mejora diciembre 2016. Estaban pendientes, cuatro (4) acciones por cierre. Se adelantó seguimiento y se cierra una acción, quedan pendientes tres (3), una (1) de ellas no ha presentado ninguna avance (0%), a pesar que se adelantó seguimiento en el anterior corte. 30Abr2017: Se formalizó por parte de la OP, el 29 de diciembre de 2017, se adelantó seguimiento en marzo. Hay acciones 15 acciones que no presentaron seguimiento y las fechas de cumplimiento se formularon para la vigencia 2016, no con cumplimiento de la vigencia 2017.
16	Regional Cordoba	07-jul-16	17-may-17	1- Direccionamiento Estratégico 2- Gestión de las Comunicaciones 3- Tecnologías de la información 4- Promoción y divulgación 5- Subproceso de Atención y Trámite de Quejas, Solicitudes y Asesoría. 6- Subproceso de Defensoría Pública 7- Gestión de Talento humano 8- Gestión de servicios administrativos	30	0	27	3	0	30	49	21	22	6	0	10,0%	12,2%	20,8%	Con Seguimiento	30Jun2017: Se realiza el primer seguimiento; se cierran seis (6) acciones de las cuarenta y nueve (49) propuestas; veintinueve (21) acción no presentan seguimiento y quedan en estado abierto, y 19 acciones presentan seguimiento, nueve sin avance. Se recomienda que esta regional realice la gestión para el seguimiento de las acciones, que no están en su responsabilidad de cumplir, pero se detectaron en su regional. 30Abr2017: A esta fecha de corte aun no se había formalizado. Con ocasión de este seguimiento, se recibe formalización de este Plan de mejora por correo desde la Oficina de Planeación, con fecha 17 de mayo de 2017. Se adelantará seguimiento, con corte a 30 de Junio del 2017. 28feb2017: Aun no se recibe formalización por parte de la Oficina de Planeación. Se solicitó a esta oficina, a las regionales y oficinas pendientes la formalización a estos planes de mejora, con el memorando y correo OCI-1030-034 del 27 de marzo 2017. 31Dic2016: 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	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	17	3	3	23	23	16	1	3	3	13,0%	13,0%	28,3%	Con Seguimiento	30Jun2017: Fecha de cierre de este Plan de mejora marzo 2017. A esta fecha de corte se cierran dos (2) acciones, tres (3) con cierre Ineficaz, de las cuales se reporta un seguimiento que no fortalece la acción, al no ser incluidas actividades dentro del plan de necesidades de esta vigencia. Estaban pendientes, dieciséis (16) acciones de seguimiento y solo una en ejecución, que no presenta seguimiento a este corte. Se recomienda fortalecer el seguimiento para dar cumplimiento a la eficacia del plan de mejora. 30Abr2017: Este plan de mejora se adelanta seguimiento, sin embargo de las 23 acciones formuladas, deben estar cumplidas a esta fecha de corte: 21 acciones y solo se da cierre a una de ellas, pendientes veinte (20) acción. Se requiere adelantar seguimiento a cada una de las acciones con el fin de atender este plan de mejora, considerando que estas acciones deben estar cumplidas acorde a lo formulado. 28Feb2017: Se formalizó por parte de la Oficina de Planeación, el 22 de enero de 2017, se adelantó seguimiento por parte del profesional de la OCI, sin embargo la regional no realizó seguimiento. Se dejan observaciones en el plan de mejoramiento.
18	Regional Guajira	29-ago-16	05-abr-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.	28	0	12	8	8	28	28	0	12	8	8	28,6%	28,6%	88,2%	Con Seguimiento	30Jun2017: Fecha de cierre de este Plan de mejora, mayo 2017. A esta fecha de corte se cierran dos (2) acciones, una con cierre eficaz y otra con cierre Ineficaz, completando 16 acciones cerradas. Quedan en ejecución doce (12) actividades. Se recomienda fortalecer el seguimiento para dar cierre y cumplimiento a la eficacia del plan de mejora. 30Abr2017: Se adelanta seguimiento en este bimestre, logrando un avance de las acciones en un 78%. Existen hallazgos cerrados de manera Ineficaz considerando que la acción se da pro cumplida pero no atiende el hallazgo generando el impacto de los detectado.



Resumen consolidado de Plan de Mejora Corte 30 junio 2017

Oficina de Control Interno

ID.	Unidad Organizacional	Fecha cierre auditoría	Fecha form PM	Proceso afectado	Estado de los Hallazgos					Total hallazgos formulados	Estado de las acciones					Cumplimientos Plan de Mejora		% de avance acciones	Estado a 30-jun-2017	Observaciones
					Cantidad	Sin Formula	Abierto	Cerrado	Cerrado Eficaz		Cantidad	Abierto	Ejecución	Cerrado Eficaz	Cerrado Ineficaz	% Hallazgos	% Acciones			
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	4	3	3	10	18	0	5	10	3	30,0%	55,6%	73,8%	Con Seguimiento	30Jun2017: Se cierra siete (7) acciones, tres (3) de ellas, se cierran de manera ineficaz, considerando que se efectuó traslado de esta delegada a la sede central y no aplica la acción (no cumplen el 100%). Se mantiene seguimiento a cinco (5) acciones en ejecución. 30Abr2017: Se adelanta seguimiento, sin embargo se presentan 6 acciones de 18, a las que no se presenta seguimiento y una de ellas ya esta vencida. Se cumplieron a este corte, con cinco (5) de ocho (8) acciones programadas. 28feb2017: Se presenta seguimiento a las dieciocho (18) acciones formuladas y se cierran cinco (5). 31dic2016: 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	20-feb-17	Direccionamiento Estratégico	4	0	1	0	3	4	4	0	1	0	3	0,0%	0,0%	0,0%	Con Seguimiento	30Jun2017: Este plan de mejora presenta el mismo seguimiento para las cuatro acciones. Adicional se dan cierre ineficaz a tres acciones, por fecha de cierre y su cumplimiento corresponde al 0%, considerando que lo registrado en el seguimiento, no evidencia el cumplimiento de los productos planeados a entregar y previstos para atender el hallazgo. 30Abr2017: Se ha dado inicio al seguimiento a las acciones 2,3,y 4 dentro del instrumento de plan de mejora por parte de la Vicedefensoría; sin embargo no se presenta avance en las acciones por que el seguimiento no se evidencia avance. 28feb2017: Se formalizó plan, sin embargo no se presentó seguimiento. 31dic2016:Se formalizó por parte de la OP el 20 de febrero de 2017, se adelantará seguimiento en Marzo
22	Auditoría Interna SGC Subdirección Servicios Administrativos	10-mar	18-may-17	Gestión de Servicios Administrativos.	18	0	18	0	0	18	21	18	1	2	0	0,0%	9,5%	11,9%	Con Seguimiento	30Jun2017: Se formaliza plan de mejora, el 18 de mayo y se solicitó seguimiento a las acciones, considerando que la auditoría se cerró en enero y se formalizó en marzo. Se da cierre a 2 acciones y una (1) sola acción se mantiene en ejecución. Quedan dieciocho (18) acciones abiertas, porque no presentó seguimiento, de las cuales once acciones ya deberían estar cerradas por fecha de cierre propuesta. Se recomienda fortalecer el seguimiento para asegurar la mejora la eficacia de las acciones.
23	Auditoría Interna SGC Regional Bogotá	10-mar	10-jul-17	1- Promoción y divulgación 2- Prevención y Protección 3- Subproceso Atención y Trámite de Quejas, Solicitudes y Asesoría. 4- Subproceso de Defensoría Pública 5- Subproceso de Recursos y Acciones Judiciales 6-Gestion de Talento Humano	17	0	17	0	0	17	22	22	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%	Formulado	Sin seguimiento a la fecha de corte de 301 de junio 2017
24	Auditoría Interna SGC Grupo	10-mar	Pendiente de formular	Pendiente de formular	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%	Sin Formulación	Plan de mejora pendiente de formular y formalizar
25	Regional Casanare	03-may	Pendiente de formular	Pendiente de formular	39	39	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%	Sin Formulación	Plan de mejora pendiente de formular y formalizar
26	Regional Guaviare	02-may	Pendiente de formular	Pendiente de formular	25	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%	Sin Formulación	Plan de mejora pendiente de formular y formalizar
27	Grupo de Bienes - Bajas de Inventarios - Nivel Central	09-may	Pendiente de formular	Pendiente de formular	11	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%	Sin Formulación	Plan de mejora pendiente de formular y formalizar
28	Asuntos Internacionales	06-jun	Pendiente de formular	Pendiente de formular	6	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%	Sin Formulación	Plan de mejora pendiente de formular y formalizar
					249	39	109	78	23	210	245	83	48	91	23					

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: ES-P03-F10
		Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Vigencia desde: 01/02/2016

Evaluación y Seguimiento Plan de Mejora - Vigencia 2017 Segundo Seguimiento

1. Introducción y alcance

En su rol de evaluación y seguimiento, la Oficina de Control Interno, realiza la verificación al seguimiento de los planes de mejora, formulados y con fecha de corte 30 de abril de 2017.

Se toma la herramienta de planes de mejora activos y vigentes con corte al 28 de febrero de 2017 y se envía por correo a cada uno de los líderes responsables del seguimiento.

Los responsables envían a la Oficina de Control Interno, su seguimiento en esta herramienta con sus soportes, correspondiente al segundo bimestre: 1 de marzo a 30 de abril 2017. En esta herramienta se consolida y se incluyen los planes de mejora formalizados durante este periodo.

2. Objetivo

Revisar los Planes de Mejora recibidos por parte de cada uno de los responsables de adelantar seguimiento (Catorce planes de mejora (14) a la fecha de corte formulados y/o 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

A esta fecha de corte, 30 de abril de 2017, se tomaron varias decisiones junto con el equipo de trabajo de la Oficina de Planeación y corresponden a:

1. Separar la formulación y seguimiento de los planes de mejora de origen interno y los de origen externo, y presentarlos en dos botones en el link del mapa de procesos - plan de mejora: “Fuentes Internas - Fuentes Externas”.
2. Los cierres de los planes de mejora correspondientes a la pre-auditoría y auditoría de Bureau Veritas, es responsabilidad de esta Entidad; sin embargo, la Oficina de Control Interno realiza las observaciones a cada una de las acciones y el seguimiento presentado.

A esta fecha de corte se presenta dos (2) consolidados:

1. “Plan de Mejora Interno”: doce (12) planes para adelantar seguimiento.

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: ES-P03-F10
		Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Vigencia desde: 01/02/2016

2. “Plan de Mejora de Entes Externos”: dos (2) planes correspondientes a la Pre-auditoría y Auditoría de Certificación, cuyo seguimiento es adelantado por parte de la Oficina de Planeación.

De los quince (15) planes de mejora formulados y verificados en el informe reportado el 28 de febrero de 2017, se retiran tres (3) planes de mejora, así.

1. Se cierra un (1) Plan de Mejora, correspondiente a:

Id.	Unidad Organizacional	Fecha		Proceso afectado	Estado Hallazgos			% de avance	Estado 28Feb2017
		Cierre auditoría	Formula. PM		Cant.	Cerrado	Cerrado Ineficaz		
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	6	0	100%	Cerrado

Se retiran los dos (2) planes de mejora de entes externos y su estado de avance corresponde al corte a 28 de febrero 2017:

Id.	Unidad Organizacional	Fecha		Proceso afectado	Estado Hallazgos			% de avance	Estado 28Feb2017
		Cierre auditoría	Formula. PM		Cant.	Cerrado	Cerrado Ineficaz		
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	6	3	1	75,0%	Sin Seguimiento
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.	5	1	1	77,8%	Sin Seguimiento

Para este seguimiento y durante este periodo, con fecha de corte 30 de abril de 2017, no se incluye ningún plan de mejora nuevo. Con el retiro de estos tres (3) planes de mejora, en el consolidado se presentan doce (12) “planes de mejora internos”, ver anexo 1 y 3.

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: ES-P03-F10
		Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Vigencia desde: 01/02/2016

Durante este periodo, se encontraban pendientes por formular cuatro (4) planes de mejora de ejercicios de auditoría realizados en la vigencia 2016. Se formalizaron tres (3) y se mantiene un (1) plan de mejora, pendiente por formalizar, correspondiente a Córdoba. Que durante la realización de este informe se formaliza en mayo. El estado de estos planes de mejora corresponden a:

Id.	Unidad Organizacional	Fecha		Cantidad hallazgos	Observación
		cierre auditoría	Formulación PM		
14	Regional Chocó	05-abr-16	30-mar-17	26	Se formalizó, sin embargo la formulación de este Plan de Mejora no es oportuno pasado un año de los hallazgos presentados.
16	Regional Córdoba	07-jul-16	(17-may-17)	33	A esta fecha de corte 30-abr-17 no se había formalizado.
18	Regional Guajira	29-ago-16	05-abr-17	28	Con seguimiento.
19	Contratación	29-sep-16	31-mar-17	1	Se da cierre a este plan de mejora al día siguiente.

El equipo de la Oficina de Control Interno, realiza el seguimiento y verificación de lo presentado por cada uno de los responsables de estos Planes de Mejora y se registran comentarios sobre lo verificado en la columna “Observaciones OCI”, del formato SQ- F05, versión 3 y correspondiente al “segundo bimestre” 2017.

De estos doce (12) planes de mejora interno, a los que se les adelanta seguimiento dentro de este periodo, se observa lo siguiente:

1. No se formalizó a esta fecha de corte el Plan de Mejora de la auditoría Regional Córdoba., cuya auditoría se entregó informe el 7 Jul 2016.
2. Se da cierre a tres (3) planes de mejora, correspondientes a:
 1. 1-R Ocaña: Cerrado con Observaciones, considerando que se reformuló una acción a uno de los dos (2) hallazgos cerrados de manera ineficaz.
 2. 13- D.D. Para la Salud, la Seguridad Social y la Discapacidad, se reformula una acción sobre un hallazgo con cierre ineficaz, dando cumplimiento a la acción.
 3. 19- Contratación: Se formaliza el Plan de Mejora el 30 de marzo y el 31 de marzo se presentan soportes y seguimiento al hallazgo, dando por cerrado este Plan de Mejora
3. Existen planes de mejora de la vigencia 2016 que presenta acciones con fechas de cumplimiento diciembre 2016, ya vencidas y sin cumplimiento total, como:
 1. 3-R Cesar: nueve (9) acciones en estado abierto o con seguimiento. Fecha de cierre abril 2016.

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: ES-P03-F10
		Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Vigencia desde: 01/02/2016

2. 7-Atención y trámite: tres (3) acciones con seguimiento. Fecha de cierre diciembre 2016.
3. 15- R Caquetá: cuatro (4) acciones en estado abierto o con seguimiento. Fecha de cierre diciembre 2016.
4. 17-R Magdalena: dos (2) acciones en estado abierto o con seguimiento. Fecha de cierre diciembre 2016.
4. Se presentan acciones que no han registrado seguimiento por parte de los responsables, indicando su estado como “Abierto”. Se resalta que las fechas de inicio de la actividad corresponden a la vigencia del 2016 y deberían cerrarse en el mismo periodo. Los planes de mejora corresponden a:
 1. 3-R Cesar: seis (6) acciones en estado abierto. Fecha de cierre abril 2016.
 2. 17-R Magdalena: veintiuna (21) acciones en estado abierto, una de ellas con fecha de cierre diciembre 2016 y dieciocho (18) acciones, con fecha de cierre en la vigencia 2017 antes del 1 de abril 2017.
5. En este periodo, no se presenta seguimiento a algunas acciones de los siguientes planes de mejora, que tiene cumplida la fecha de inicio y en algunos planes de mejora inclusive cumplida la fecha de cierre (antes del 30 de abril 2017):
 1. 3-R Cesar: Ocho (8) acciones, sin reporte, de las cuales seis están sin seguimiento.
 2. 17-R Magdalena: diecinueve (19) acciones sin reporte de avance.
 3. 20-Delegada de Indígenas y Minorías Étnicas: Seis (6) acciones, que no se han vencido pero se deberían iniciar en febrero 2017.
6. Los cierres ineficaces, no se eliminan del consolidado ni del plan de mejora, con el fin de llevar la trazabilidad, manteniendo los registros de lo planteado y adelantado con este cierre. En esta condición dos (2) unidades organizacionales evaluadas reformularon acciones a los hallazgos de:
 1. 1-R Ocaña: Hallazgo 602508
 2. 13 D Delegada de Salud: Hallazgo 4

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 que se tiene consolidado por la OCI. Se incluyen los formulados y con seguimiento y los no formulados y formalizados, con corte a 30 de abril de 2017.

Avance y cumplimiento de Planes de Mejora						
No.	Id.	Unidad Organizacional	Cantidad Hallazgos	Cumplimiento ¹		Estado del Plan de Mejora
				28 feb 2017	30 abr 2017	
1.	1	R. Ocaña	37	94,6%	94,7%	Cerrado con Observaciones

¹ Cumplimientos dados en porcentaje, para el avance de los hallazgos considerados como cumplidos a esa fecha de corte.

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO		Código: ES-P03-F10
			Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO		Vigencia desde: 01/02/2016

Avance y cumplimiento de Planes de Mejora						
No.	Id.	Unidad Organizacional	Cantidad Hallazgos	Cumplimiento ¹		Estado del Plan de Mejora
				28 feb 2017	30 abr 2017	
2.	3	R. Cesar	45	62,2%	68,9%	Con seguimiento Se mejora su cumplimiento. Revisar su oportunidad. Fecha de cumplimiento es abril de la vigencia 2016
3.	7	Atención y Tramite (Nivel Central)- Subproceso de Defensoría Pública	14	35,7%	71,4%	Con seguimiento Mejora su cumplimiento Revisar su oportunidad. Fecha de cumplimiento: junio de la vigencia 2016
4.	13	D.D. Para la Salud, la Seguridad Social y la Discapacidad.	12	91,7%	100,0%	Cerrado
5.	14	Regional Chocó	26		0,0%	Se formalizó PM el 30mar2017, La OCI decide eliminar este PM y realizar nueva auditoría a esta regional en junio 2017
6.	15	Regional Caquetá	21	23,8%	81,0%	Con seguimiento
7.	16	Regional Córdoba	33		0,0%	Sin formalización a esta fecha de corte
8.	17	Regional Magdalena	23	0,0%	4,3%	Con seguimiento Se formalizó el 22 ene 2017
9.	18	Regional Guajira	28		25,0%	Con seguimiento Se formalizó el 05 abr 2017
10.	19	Contratación	1		100,0%	Se formalizó el 31-mar-2017 y se da por cerrado
11.	20	Delegada de Indígenas y Minorías Étnicas	10		10,0%	Con seguimiento Se formalizó el 14Feb2017
12.	21	Tema Rendición de Cuentas	4		0,0%	Con seguimiento Se formalizó el 14Feb2017

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.

Cerrado : Identifica los planes de mejora a los que se les ha dado cierre a las acciones en este seguimiento.

Del consolidado al Plan de mejora con entes externos - Bureau veritas, se presenta el siguiente estado:

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: ES-P03-F10
		Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Vigencia desde: 01/02/2016

Los planes de mejora de pre-auditoría están encaminados al cumplimiento de las acciones formuladas, sin embargo se realizan observaciones sobre la atención con estas acciones del hallazgo. Ver seguimiento a los dos planes de mejora No. 9 de preauditoría y No. 11 de auditoría.

Se recomienda que las acciones formuladas frente al hallazgo sean más amplias y de mayor impacto y cobertura, considerando que el hallazgo se evidenció en algunas regionales visitadas, como: Antioquia, Cauca, Bolivar, Cundinamarca, Quindio, Tolima, Valle del Cauca y el Nivel central.

No.	Id.	Unidad Organizacional	Cantidad Hallazgos
1	9	Pre - auditoría, nivel central, Antioquia, Valle del Cauca	6
2	11	Auditoría certificación- Nivel central; Bolivar; Cundinamarca; Quindio; Tolima; Valle del Cauca (6)	5

Hallazgos enmarcados Pre- Auditoría en: 1- Mejora en el espacio físico e infraestructura, para acceso a los servicios; 2- Coherencia de indicadores de seguimiento de los procesos; 3- Definición de controles de diseño, 4- Manejo del producto no conforme, 5- Control de equipos de seguimiento y medición, 6- Control de registros.

Hallazgos de la Auditoría: 1- Control de registros; 2- Acciones correctivas, preventivas como resultado de incumplimientos en seguimiento al PAA. Producto no conforme entre otros; 3- Registro de No conformes; 4- Control de equipos de medición y seguimiento; 5- Debilidades en controles dentro de la prestación del servicio.

El “Listado Maestro de Planes de Mejora” tanto por fuentes internas como externas esta ubicado en el siguiente link:

<http://www.Defensoria.gov.co/public/manualdeprocesosyprocedimientos/mayo26de2017/LISTADO%20MAESTRO%20DE%20DOCUMENTOS/EXTERIORES/PLAN%20DE%20MEJORAMIENTO/LMPM.htm>

No se han actualizado los planes de mejora, que deberían estar publicados en este listado con seguimiento y corte 28 de febrero del 2017 y que fueron enviados el pasado 7 de abril de 2017, por correo a la Oficina de Planeación.

4. Conclusiones

1. Los responsables de adelantar seguimiento a los planes de mejora vigentes y activos, presentaron seguimiento al segundo bimestre del 2017, la Oficina de Control Interno verificó estos Planes de Mejora, con corte a 30 de abril 2017.

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: ES-P03-F10
		Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Vigencia desde: 01/02/2016

2. Se retira del consolidado de planes de mejora las auditorías realizadas por la firma Bureau Veritas, con el fin de presentar su seguimiento y observaciones en el “Consolidado de Planes de Mejora externos”.
3. Se presenta en el anexo No. 3. Estado de Cumplimiento Planes de Mejora con seguimiento.
- Corte 30 abril 2017, el estado de avance de los planes abiertos a esta fecha de corte.
4. Este informe de seguimiento se presenta en la WEB para consulta por parte de los líderes y equipos de trabajo, en la siguiente ruta:

La Defensoría\Organos de Control\Informes de Control Interno-Plan de mejoramiento:
“Inf. Seguimiento Plan de Mejora con corte a 30 abril 2017”, anexo 4, 5 y 6 de este informe.

<http://www.Defensoria.gov.co/es/public/despachodeldefensor/6267/Informes-de-Control-Interno.htm>

5. A esta fecha de corte, 30 de abril, se requirió formulación al plan de mejora de la Regional Córdoba, que se formalizó el pasado 17 de mayo de 2017.
6. La Regional Chocó, formaliza su Plan de Mejora, el pasado 30 de marzo de 2017, sin embargo, la Oficina de Control Interno, toma la decisión de realizar nuevamente auditoría a esta regional con el fin de verificar los hallazgos presentados, considerando la oportunidad en su formulación (pasado un año) y determinar su aplicabilidad con la nuevas directrices dadas dentro de la gestión de la Entidad.
7. El estado de cumplimiento de los once (11) planes de mejora activos a esta fecha de corte - 30 de abril 2017²:

Estado de los hallazgos						Estado de las acciones				
Cantidad	Sin Formular PM	Abierto	Cerrado	Cerrado Ineficaz	Total Hallazgos formulados en PM	Cantidad	Abierto	En Ejecución	Cerrado Eficaz	Cerrado Ineficaz
254	33	65	116	14	195	205	34	34	121	16
	32,7%	30,1%	34,9%	2,2%			16,6%	16,6%	59,0%	7,8%

Fuente: Tabla propia, resumen consolidado Planes de Mejora con corte a 30 abr 2017

Se considera:

Acción cerrada, cuando se cumple con la acción propuesta.

Hallazgo “cerrado”, cuando se ha dado cumplimiento a la totalidad de las acciones formuladas y cerradas.

8. Dos (2) unidades organizacionales re-formularon la acción frente al hallazgo cerrado de forma ineficaz: Regional Ocaña y Delegada de Salud, la Seguridad y la Discapacidad.
9. Durante este periodo se formuló y cerro el plan de mejora 19- Contratación, en marzo del 2017.

² No se considera la Regional Chocó.

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: ES-P03-F10
		Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Vigencia desde: 01/02/2016

10. A los doce (12) planes de mejora formulados, para este corte, se encuentran en el siguiente estado:

Estado	Cantidad	Observaciones
Cerrado o Cerrado con Observaciones	3	Corresponde a: 1- R. Ocaña. 13- D.D. Para la Salud, la Seguridad Social y la Discapacidad. 19-- Contratación
Con Seguimiento	7	A esta fecha de corte 30 abr 2017, presentaron seguimiento: 3- R. Cesar, que corresponden a la vigencia 2015 7- Atención y Trámite (Nivel Central)- Subproceso de Defensoría Pública; 15- R. Caquetá, 17- R Regional Magdalena; 18- R. Guajira; 20-D.D de Indígenas y Minorías Étnicas; 21- Tema Rendición de Cuentas. Vigencia 2016
Sin Formulación	1	A la fecha de corte, se tenían un (1) Plan de Mejora de formulación, correspondiente a: 16-Regional Córdoba Se formalizó el 17 de mayo del 2017 entes a: y 19- Contratación Se formalizaron estos planes de mejora en marzo 2017. Pendientes por formalizar:, 18-Regional Guajira
Eliminado seguimiento	1	Se elimina del seguimiento de planes de Mejora, 14- Regional Chocó
Total de PM	12	Se retira de este seguimiento los dos planes de mejora de Pre auditoría y Auditoría externa

5. Recomendaciones

- Definir dentro de la actualización del procedimiento de acciones correctivas, preventivas y de mejora a cargo de la Oficina de Control Interno - OCI, las directrices necesarias para resolver las acciones a considera cuando se dan cierres ineficaces a las acciones que atienden un hallazgo, y el traslado de las acciones y hallazgo al nivel central o líder del proceso y que se presentaron en las recomendaciones del informe con corte de 28 de febrero 2017.
- El siguiente seguimiento se debe presentar con corte al 30 de junio de 2017, su seguimiento se recibe por cada uno de los responsables de la OCI, entre los cinco (5) días hábiles del mes de julio, 10 de julio 2017.
- Cada uno de los responsables debe hacer seguimiento a los planes de mejora, solicitando al responsable de la OCI, la matriz para realizar el siguiente seguimiento con corte a 30 de junio 2017.

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: ES-P03-F10
		Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Vigencia desde: 01/02/2016

4. Nuevamente se recomienda a la Oficina de Planeación, publicar los seguimientos de cada uno de estos planes de mejora en el “listado maestro de los planes de mejora”, con el fin de que sea una herramienta de mejoramiento y de buenas prácticas dentro de la gestión de la Entidad en líderes responsables de los procesos, líderes regionales, delegados, Jefes de Oficinas y grupos de la Defensoría del Pueblo, con el fin de fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Entidad.
5. Nuevamente se recomienda, se asegure y se atienda las fechas de cumplimiento de las acciones y realizar un gran esfuerzo para cerrar las acciones que se encuentran con sus fechas ya vencidas y no han logrado su cumplimiento; de no ser posible, presentar las justificaciones en su seguimiento, con el fin de evaluar su gestión.
6. Mantener el compromiso de los líderes de proceso como ejes rectores de estos temas de mejora continua en la gestión de la Entidad, verificando las acciones y logros alcanzados para mantener los casos exitosos y fortalecer mediante directrices las debilidades.

Original firmado

Julio Cesar Moreno Bernal
Jefe Oficina de Control Interno.

Proyectó: María Helena Pedraza Medina
Revisó: Cristian Camilo Buitrago
Fecha de elaboración: 26 mayo de 2017

Anexos:

1. Anexo 1: Estado y avance de Planes de Mejora. - Corte 30 abril 2017
2. Anexo 2: Estado de hallazgos por procesos - Seguimiento a 30 abril 2017
3. Anexo 3: Estado de Cumplimiento Planes de Mejora con seguimiento- Corte 30 abril 2017
4. Anexo 4: Consolidado de Planes de Mejora. SQ-F05 Versión 3. Seguimiento a 30 abril 2017. Archivo digital. Diez (10) folios.
5. Anexo 5: Consolidado de Planes de Mejora Externos. SQ-F05 Versión 3. Seguimiento a 30 abril 2017. Archivo digital. Dos (2) folios.
6. Anexo 6: Resumen Consolidado Plan de Mejora - Corte 30 abril 2017. Archivo digital. Un (1) folio

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO			Código: ES-P03-F10
				Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO			Vigencia desde: 01/02/2016

Anexo 1: Estado y avance de Planes de mejora. - Corte 30 abril 2017

ID.	Unidad Organizacional	Fecha cierre auditoría	Fecha formulación PM	Proceso afectado	Estado de los Hallazgos				Total hallazgos formul.	Estado de las acciones					Estado a 28-feb-2017
					Sin Formular	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	0	0	36	1	37	38	0	0	36	2	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	0	9	31	5	45	45	6	3	31	5	Con Seguimiento
7	Atención y Tramite (Nivel Central)- Subproceso de Defensoría Pública	18-dic-15	28-jun-16	Subproceso de Defensoría Pública	0	3	10	1	14	14	0	3	10	1	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-Evaluación y Seguimiento	0	0	12	0	12	13	0	0	12	1	Cerrado

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO				Código: ES-P03-F10
					Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO				Vigencia desde: 01/02/2016

Anexo 1: Estado y avance de Planes de mejora. - Corte 30 abril 2017

ID.	Unidad Organizacional	Fecha cierre auditoría	Fecha formulación PM	Proceso afectado	Estado de los Hallazgos				Total hallazgos formul.	Estado de las acciones					Estado a 28-feb-2017
					Sin Formular	Abierto	Cerrado	Cerrado Ineficaz		Cant.	Abierto	En Ejecución	Cerrado Eficaz	Cerrado Ineficaz	
14	Regional Chocó	05-abr-16	30-mar-2017 ²												Eliminado seguimiento
15	Regional Caquetá	02-may-16	29-dic-16	1- Direccionamiento Estratégico (Tecnologías de la información) 2- Promoción y divulgación 3- Atención y Trámite 4- Subproceso de Defensoría Pública 5- Subproceso de Recursos y Acciones Judiciales 6-Gestión de Talento humano 7- Gestión de servicios administrativos	0	4	17	0	21	21	0	4	17	0	Con Seguimiento
16	Regional Córdoba	07-jul-16	17-may-17	*1	33	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Sin Formulación
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.	0	22	1	0	23	23	21	1	1	0	Con Seguimiento

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO			Código: ES-P03-F10
				Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO			Vigencia desde: 01/02/2016

Anexo 1: Estado y avance de Planes de mejora. - Corte 30 abril 2017

ID.	Unidad Organizacional	Fecha cierre auditoría	Fecha formulación PM	Proceso afectado	Estado de los Hallazgos				Total hallazgos formul.	Estado de las acciones					Estado a 28-feb-2017
					Sin Formular	Abierto	Cerrado	Cerrado Ineficaz		Cant.	Abierto	En Ejecución	Cerrado Eficaz	Cerrado Ineficaz	
18	Regional Guajira	29-ago-16	05-abr-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.	0	14	7	7	28	28	0	14	7	7	Con Seguimiento
19	Contratación	29-sep-16	31-mar-17	Gestión Contractual	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	Cerrado
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.	0	9	1	0	10	18	6	6	6	0	Con Seguimiento
21	Tema Rendición de Cuentas	07-sep-16	20-feb-17	1- Direccionamiento Estratégico	0	4	0	0	4	4	1	3	0	0	Con Seguimiento
Total					254	33	65	116	14	195	205	34	34	121	



*1. Datos presentados a la entrega del informe, pero no considerados dentro del seguimiento por la fecha de corte 30-abr-2017.

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: ES-P03-F10
		Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Vigencia desde: 01/02/2016

**Anexo 2: Estado de hallazgos por procesos-
Seguimiento a 30 abril 2017
*Planes de Mejora abiertos**

No.	Proceso	Cantidad Hallazgos formulados	Abierto	Cerrado	Cerrado Ineficaz	% Eficacia
1	Direccionamiento Estratégico	31	9	19	2	67,7%
2	Gestión para la Magistratura Moral	0	0	0	0	0,0%
3	Promoción y Divulgación	9	1	8	0	88,9%
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	9	5	3	1	44,4%
5.2	Subproceso de Recursos y Acciones Judiciales	11	0	10	1	100,0%
5.3	Subproceso de Defensoría Pública	30	6	19	5	80,0%
6	Investigación y Análisis	0	0	0	0	0,0%
7	Gestión del Talento Humano	21	12	6	3	42,9%
8	Gestión Financiera	0	0	0	0	0,0%
9	Gestión de Servicios Administrativos	61	25	33	2	57,4%
	Tecnologías de la Información	4	0	4	0	100,0%
10	Gestión Contractual	1	0	1	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	0	0	0	0	0,0%
Total		182	58	108	14	67,0%

Hallazgos identificados, formulados y asignados a estos procesos en cada Plan de Mejora y aun abiertos a esta fecha de corte.

 Procesos con acciones “Cerrado Ineficaz”.

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO		Código: ES-P03-F10
			Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO		Vigencia desde: 01/02/2016

Anexo 3: Estado de Cumplimiento Planes de Mejora con seguimiento. - Corte 30 abril 2017

ID.	Unidad Organizacional	Fecha cierre auditoría	Fecha formulación PM	Proceso afectado	Hallazgos		Acciones			Cumplimiento Plan de Mejora		% Avance acciones	Estado a 30 abr-2017
					Cant.	Abierto	Cant.	Abierto	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	0	38	0	0	97,3%	94,7%	97,4%	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	9	45	6	3	68,9%	68,9%	83,3%	Con Seguimiento
7	Atención y Tramite (Nivel Central)- Subproceso de Defensoría Pública	18-dic-15	28-jun-16	Subproceso de Defensoría Pública	14	3	14	0	3	71,4%	71,4%	83,6%	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	0	13	0	0	100,0%	92,3%	92,3%	Cerrado

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO		Código: ES-P03-F10
			Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO		Vigencia desde: 01/02/2016

Anexo 3: Estado de Cumplimiento Planes de Mejora con seguimiento. - Corte 30 abril 2017

ID.	Unidad Organizacional	Fecha cierre auditoría	Fecha formulación PM	Proceso afectado	Hallazgos		Acciones			Cumplimiento Plan de Mejora		% Avance acciones	Estado a 30 abr-2017
					Cant.	Abierto	Cant.	Abierto	En Ejecución	% Hallazgos	% Acciones		
14	Regional Chocó	05-abr-16	30-mar-17		26					0,0%	0,0%	0,0%	Eliminado seguimiento.
15	Regional Caquetá	02-may-16	29-dic-16	1- Direccionamiento Estratégico (Tecnologías de la información) 2- Promoción y divulgación 3-Atencion y Tramite 4- Subproceso de Defensoría Publica 5- Subproceso de Recursos y Acciones Judiciales 6-Gestion de Talento humano 7- Gestión de servicios administrativos	21	4	21	0	4	81,0%	81,0%	83,3%	Con Seguimiento
16	Regional Córdoba	07-jul-16	17-may-17		33	0	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%	Sin Formulación
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	22	23	21	1	4,3%	4,3%	6,5%	Con Seguimiento

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO		Código: ES-P03-F10
			Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO		Vigencia desde: 01/02/2016

Anexo 3: Estado de Cumplimiento Planes de Mejora con seguimiento. - Corte 30 abril 2017

ID.	Unidad Organizacional	Fecha cierre auditoría	Fecha formulación PM	Proceso afectado	Hallazgos		Acciones			Cumplimiento Plan de Mejora		% Avance acciones	Estado a 30 abr-2017
					Cant.	Abierto	Cant.	Abierto	En Ejecución	% Hallazgos	% Acciones		
18	Regional Guajira	29-ago-16	05-abr-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."	28	14	28	0	14	25,0%	25,0%	78,9%	Con Seguimiento
19	Contratación	29-sep-16	31-mar-17	Gestión Contractual	1	0	1	0	0	100,0%	100,0%	100,0%	Cerrado
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	9	18	6	6	10,0%	33,3%	52,2%	Con Seguimiento
21	Tema Rendición de Cuentas	07-sep-16	20-feb-16	1- Direccionamiento Estratégico	4	4	4	1	3	0,0%	0,0%	0,0%	Con Seguimiento

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: ES-P03-F10
		Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Vigencia desde: 01/02/2016

Anexo 4: Consolidado de Planes de Mejora Internos. SQ-F05 Versión 3.
Seguimiento a 30 abril de 2017
(Archivo digital enviado por correo y publicado en la WEB)

Plan de Mejora, digital, publicado en la WEB junto a este informe con corte: 30 de abril de 2017 -
Plan de mejora
Total: veinte (20) hojas
Diez (10) folios

Enlace: <http://www.Defensoría.gov.co/es/public/despachodeldefensor/6267/Informes-de-Control-Interno.htm>
Tema: Plan de Mejoramiento

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: ES-P03-F10
		Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Vigencia desde: 01/02/2016

Anexo 5: Consolidado de Planes de Mejora Externos. SQ-F05 Versión 3.
Seguimiento a 30 abril de 2017
(Archivo digital enviado por correo y publicado en la WEB)

Plan de Mejora, digital, publicado en la WEB junto a este informe con corte: 30 de abril de 2017 -
Plan de mejora
Total: una (1) hoja

Enlace: <http://www.Defensoría.gov.co/es/public/despachodeldefensor/6267/Informes-de-Control-Interno.htm>
Tema: Plan de Mejoramiento

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: ES-P03-F10
		Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Vigencia desde: 01/02/2016

Anexo 6: Resumen Consolidado Plan de Mejora - Corte 30 abril 2017.

Dos (2) hojas, archivo digital enviado por correo
Publicado en la WEB.

Enlace: <http://www.Defensoría.gov.co/es/public/despachodeldefensor/6267/Informes-de-Control-Interno.htm>

Tema: Plan de Mejoramiento

	ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO																					Código:	SQ-F05																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
																						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				Estado de la Acción																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
N°	Fuente de hallazgo	Detalle de la fuente	Fecha hallazgo	Proceso - Subproceso Afectado	Hallazgo y/o Situación		¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	Causa(s) Raíz	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		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													

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			
Nº	Fuente de hallazgo	Detalle de la fuente	Fecha hallazgo	Proceso - Subproceso Afectado	Hallazgo y/o Situación		¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	Causa(s) Raíz	ACCIÓN	Tipo de acción Propuesta	Responsable de ejecución	Recursos	Meta de la acción	Indicador	Fecha Inicio	Fecha Terminación	SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO	DOCUMENTOS SOPORTE	OBSERVACIONES DCI	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	Estado de la Acción	
602509	Auditoría Interna de Gestión	R. Ocaña	14-dic-15	Promoción y Divulgación	Fallas en el ejercicio de la promoción y divulgación de los derechos humanos de la Defensoría Regional Ocaña, evidenciadas en: a. Carencia de planeación y gestión y de actividades de promoción y divulgación de los derechos humanos, en observancia a las funciones esenciales 20, 21, 22 y 23 del manual de funciones del Defensor Regional, adoptado mediante Resolución 065 de 2014. b. No se evidenciaron la realización de actividades de Promoción y Divulgación en la Regional Ocaña y por lo tanto no se aplica la matriz de planeación educativa, la cual es la base de las actividades de capacitación bajo Modelo Pedagógico Institucional. c. La no realización del curso pedagógico sobre los derechos de la niñez dirigidos a los padres y responsables de los menores amonestados, de conformidad con lo establecido en el artículo 54 Ley de la 1098 de 2006 - Código Infancia y adolescencia. d. Inobservancia de un centro de	No presenta	Porque se guardó la esperanza de que la dirección nacional de promoción y divulgación vinculará al profesional que debe estar encargado de la coordinación de estos temas	Desconocimiento de la responsabilidad misional que tiene cada uno de los funcionarios para transversalizar su acción específica funcional con la promoción y divulgación de los derechos humanos	N/A		Desconocimiento de la responsabilidad misional que tiene cada uno de los funcionarios para transversalizar su acción específica funcional con la promoción y divulgación de los derechos humanos	a. Planear y gestionar actividades de promoción y divulgación de los derechos humanos de acuerdo a la resolución 065 de 2014. b. Aplicar el modelo pedagógico institucional (matriz de planeación educativa). c. Realización de cursos pedagógicos sobre los derechos de la niñez, dirigidos a los padres y responsables de los menores amonestados, según el artículo 54 del código de infancia y adolescencia. d. Creación de un centro de documentación para el acceso de los usuarios a las diferentes publicaciones sobre derechos humanos y DH.	Acción Correctiva	Defensor Regional	Humanos y Físicos	a. Capacitar en mecanismos de protección de Derechos Humanos al establecimiento carcelario de Ocaña y de policía, tomando como instrumentos de acción, el modelo pedagógico institucional. c. Ejecución de talleres sobre los derechos de los niños, niñas y adolescentes amonestados, dirigidos a sus padres y/o responsables, de acuerdo al art. 54 del CIA. d. Creación de la biblioteca de Derechos Humanos y DH para el acceso libre y espontáneo de los usuarios.	Talleres sobre derechos de los niños, niñas y adolescentes (2). Creación de biblioteca (1)	01-ene-16	31-dic-16			Cerrado en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Eficaz		
602510	Auditoría Interna de Gestión	R. Ocaña	14-dic-15	Subproceso de Defensoría Pública	Debilidades en la actualización de los usuarios del Sistema VisionWeb DP, toda vez que registran contrasímbolos que no laboran en la entidad a saber: Dr. Carlos González, Dr. Jairo Claro, Dr. Eduardo Carrascal, Dr. Oscar Pallares, este último tiene a su cargo 148 casos activos e inactivos según el Sistema	No presenta	Porque no existe el tiempo suficiente	Reciente terminación de los contratos de los defensores públicos, quienes presentan un número elevado de asignaciones de servicio.	N/A		Reciente terminación de los contratos de los defensores públicos, quienes presentan un número elevado de asignaciones de servicio.	Fortalecimiento en la actualización de los usuarios en el sistema VisionWeb	Acción Correctiva	Defensor Regional	Humanos y Físicos	Mantener actualizado mes a mes el sistema VisionWeb DP	Actualizaciones (12)	01-ene-16	31-dic-16			Cerrado en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Eficaz		
602511	Auditoría Interna de Gestión	R. Ocaña	14-dic-15	Subproceso de Defensoría Pública	No se controla adecuadamente la asistencia a las barras académicas, se encontraron defensores públicos que en ocasiones no acuden a las barras y que no justifican su inasistencia.	No presenta	En la actualidad, un defensor público del área penal, es quien se encuentra encargado de la coordinación de la barra académica.	Por la terminación del contrato del defensor público coordinador de barra académica.	N/A		Por la terminación del contrato del defensor público coordinador de barra académica.	Controlar adecuadamente la asistencia a las barras académicas	Mejora	Defensor Regional	Físicos y humanos	Controlar la asistencia de los defensores públicos a las barras, eximiendo eventualmente a aquellos que tengan la suficiente justificación debidamente acreditada para no hacerlo.	Seguimiento y control de estados de asistencia mensual (12)	01-ene-16	31-dic-16			Cerrado en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Eficaz		
602512	Auditoría Interna de Gestión	R. Ocaña	14-dic-15	Subproceso de Defensoría Pública	Fallas en la recepción de los informes mensuales de ejecución contractual, toda vez que se evidenciaron algunos de estos informes no tienen la fecha, nombre y firma de la Profesión Administrativa y de Gestión que los recibe.	No presenta	Descuido del proceso formal de recibo y entrega de informes mensuales de ejecución contractual. Se presentan desatenciones que aparentemente no revisitan la importancia que verdaderamente tienen	No se le da la suficiente importancia a procesos tan simples pero a la vez fundamentales en la calidad de los mismos.	N/A		No se le da la suficiente importancia a procesos tan simples pero a la vez fundamentales en la calidad de los mismos.	Recepcionar los informes mensuales de ejecución contractual, garantizando el proceso formal de fecha, nombre y firma del profesional administrativo y de gestión que los recepciona.	Mejora	Defensor Regional	Humanos y físicos	Seguimiento y monitoreo mensual al proceso	Acciones (12)	01-ene-16	31-dic-16			Cerrado en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Eficaz		
602513	Auditoría Interna de Gestión	R. Ocaña	14-dic-15	Subproceso de Defensoría Pública	Fallas en el uso de algunos formatos establecidos por la Dirección Nacional de Defensoría Pública, teniendo en cuenta que: a. No se está utilizando en todos los programas, el acta de derechos y obligaciones de los usuarios atendidos. b. No se está utilizando el formato acta de reparto.	No presenta	Se presentan desatenciones que aparentemente no revisitan la importancia que verdaderamente tienen	No se le da la suficiente importancia a procesos tan simples pero a la vez fundamentales en la calidad de los mismos.	N/A		No se le da la suficiente importancia a procesos tan simples pero a la vez fundamentales en la calidad de los mismos.	Garantizar la observancia en el uso de los formatos establecidos por la dirección nacional de defensoría pública para acceder al servicio	Mejora	Defensor Regional	Humanos y Físicos	Seguimiento y monitoreo al cumplimiento de la solicitud del servicio	acciones (6-bimensual)	01-ene-16	31-dic-16			Cerrado en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Eficaz		
602514	Auditoría Interna de Gestión	R. Ocaña	14-dic-15	Subproceso de Defensoría Pública	Fallas en la gestión documental del proceso de Defensoría Pública, toda vez que se encontraron contratos y los actos de inicio se encuentran sin archivar, no se hallaron los certificados de salud y pensión de todos los meses objeto de auditoría, ni tampoco los certificados de antecedentes fiscales, disciplinarios y penales	No presenta	Se presentan desatenciones que aparentemente no revisitan la importancia que verdaderamente tienen	No se le da la suficiente importancia a procesos tan simples pero a la vez fundamentales en la calidad de los mismos.	N/A		No se le da la suficiente importancia a procesos tan simples pero a la vez fundamentales en la calidad de los mismos.	Cumplir con el proceso de gestión documental de defensoría pública	Mejora	Defensor Regional	Humanos y Físicos	Seguimiento y monitoreo al proceso de gestión documental	acciones (6-bimensual)	01-ene-16	31-dic-16			Cerrado en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Eficaz		
602515	Auditoría Interna de Gestión	R. Ocaña	14-dic-15	Subproceso de Recursos y Acciones Judiciales	Debilidades en la gestión de la gestión de investigación defensorial	No presenta	Se presentan desatenciones que aparentemente no revisitan la importancia que verdaderamente tienen. Además la infraestructura existente no tiene la capacidad de proveer espacios privados para realizar las entrevistas a los usuarios	No se le da la suficiente importancia a procesos tan simples pero a la vez fundamentales en la calidad de los mismos.	N/A		No se le da la suficiente importancia a procesos tan simples pero a la vez fundamentales en la calidad de los mismos.	Fortalecer la gestión de la investigación defensorial	Mejora	Defensor Regional	Humanos y Físicos	Seguimiento y monitoreo al proceso de gestión documental	acciones (6-bimensual)	01-ene-16	31-dic-16	Se realizó reunión de seguimiento a la gestión a los formatos utilizados por el área de investigación Defensorial en la Regional revisándose de manera aleatoria cuatro casos de la ejecución mensual, así como la verificación de los objetos a desarrollar.	Memoria de reunión de seguimiento a la gestión a los formatos utilizados por el área de investigación Defensorial, con fecha de 16/03/2017.	Se verificó el documento soporte enviado el 17/03/2017 mediante mensaje electrónico, evidenciándose la realización del respectivo seguimiento por parte de Defensor Regional al área de Investigación Defensorial. La presente acción se cierra como cumplida al 100% y de manera eficaz. Sin embargo, es importante resaltar que los seguimientos deben seguirse realizando mensualmente de conformidad con la resolución 1692 de 2013, con el fin de verificar el cumplimiento de las actividades planeadas, antes de hacer el cargo de información en el aplicativo STRATEGOS.	100%	Cerrado Eficaz		
602516	Auditoría Interna de Gestión	R. Ocaña	14-dic-15	Subproceso de Recursos y Acciones Judiciales	Falencias en la aplicación de las directrices y procedimientos para la atención y trámite de peticiones	No presenta	No existe un criterio unificador conceptual de clasificación estándar para la atención y trámite de peticiones	No se ha recibido la capacitación necesaria para la aplicación de las directrices y procedimientos para la atención y trámite de peticiones.	N/A		No se ha recibido la capacitación necesaria para la aplicación de las directrices y procedimientos para la atención y trámite de peticiones.	Fortalecimiento en la aplicación de las directrices y procedimientos para la atención y trámite de peticiones	Mejora	Defensor Regional	Humanos y Físicos	Gestionar ante la DNATQ el proceso de capacitación necesario para aplicar las directrices y procedimientos para la atención y trámite de peticiones	Diligentamiento de la solicitud de capacitación al personal de la ATQ de la regional	01-ene-16	31-dic-16			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz		

																								ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO		Código:	SQ-F05
																								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					Estado de la Acción	
#	Fuente de hallazgo	Detalle de la fuente	Fecha hallazgo	Proceso - Subproceso Afectado	Hallazgo y/o Situación		¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	Causa(s) Raíz	ACCIÓN	Tipo de acción Propuesta	Responsable de ejecución	Recursos	Meta de la acción	Indicador	Fecha Inicio	Fecha Terminación	SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO	DOCUMENTOS SOPORTE	OBSERVACIONES DCI	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO			
602517	Auditoría Interna de Gestión	R. Ocaña	14-dic-15	Subproceso de Recursos y Acciones Judiciales	En el transcurso de la de auditoría, se estableció inobservancia del registro en el Sistema VisionWeb RAJ.	No presenta	Porque las claves fueron ocasionalmente bloqueadas y no se gestionó la reactivación de las mismas; presentándose un vacío en la sistematización.	Fallas en el sistema VisionWeb RAJ	N/A			Fallas en el sistema VisionWeb RAJ	Gestionar una capacitación en Sistemas de Información VisionWeb RAJ	Mejora	Defensor Regional	Humanos y Físicos	Gestionar la capacitación en Sistemas de Información VisionWeb RAJ	Diligenciamiento de la solicitud de capacitación al personal competente	01-ene-16	31-dic-16			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz		
602518	Auditoría Interna de Gestión	R. Ocaña	14-dic-15	Subproceso de Recursos y Acciones Judiciales	Desarticulación del Subproceso de Recursos y Acciones, con los demás Subprocesos que componen el proceso de Atención Trámite en la regional Ocaña, así como los distintos grupos de trabajo (atención a la víctimas, atención a la población desplazada).	No presenta	Por el desconocimiento de la necesidad de articulación con los demás subprocesos	No reconocemos ni asumimos la acción defensorial de manera articulada, en el marco de la planeación estratégica	N/A			No reconocemos ni asumimos la acción defensorial de manera articulada, en el marco de la planeación estratégica	Estimular la articulación del subproceso de recursos y acciones con los demás subprocesos	Preventiva	Defensor Regional	Humanos y Físicos	Realización de mesas de trabajo articuladas en el marco de la planeación estratégica de la regional.	Mesas trimestrales	01-ene-16	31-dic-16			Cerrado en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Eficaz		
602519	Auditoría Interna de Gestión	R. Ocaña	14-dic-15	Subproceso de Recursos y Acciones Judiciales	Fallas en la gestión del subproceso de RAJ respecto a la carencia de acciones ante aquellos Juzgados que omiten notificar a la Regional sobre la admisión de la demanda de conformidad con la establecido en la Ley 472 de 1998	No presenta	Porque existe desconocimiento generalizado sobre lo concerniente a la gestión del subproceso del RAJ.	Desatención a procesos absolutamente importantes para el desarrollo de los procesos.	N/A			Desatención a procesos absolutamente importantes para el desarrollo de los procesos.	Gestionar una capacitación en Sistemas de Información RAJ	Mejora	Defensor Regional	Humanos y Físicos	Gestionar la capacitación en Sistemas de Información RAJ	Diligenciamiento de la solicitud de capacitación al personal competente	01-ene-16	31-dic-16			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz		
602520	Auditoría Interna de Gestión	R. Ocaña	14-dic-15	Subproceso de Recursos y Acciones Judiciales	Debilidades en la aplicación de las directrices del Archivo General de la Nación; Ley 594 de 2000/ Ley General de Archivos y la Resolución 412 de 2015 mediante la cual se aprueba la actualización del manual de archivo versión No. 2 de la Defensoría del Pueblo	No presenta	Porque en la regional no se ha recibido capacitación relacionada	Desconocimiento de la ley	N/A			Desconocimiento de la ley	Aplicar la ley 594 de 2000 y la resolución 412 de 2015	Acción Correctiva	Defensor Regional	Humanos y Físicos	Capacitar en la ley 594 de 2000 y la resolución 412 de 2015	Diligenciamiento de la solicitud de capacitación al personal competente	01-ene-16	31-dic-16			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz		
602521	Auditoría Interna de Gestión	R. Ocaña	14-dic-15	Gestión de Servicios Administrativos	Incumplimiento de la directriz estipulada en el artículo 5 de la resolución 085 de 2014, en la cual se establece que el Defensor Regional es el único funcionario facultado en las regiones para suscribir oficios, memorandos, comunicaciones y telegramas	No presenta	Desconocimiento de algunos funcionarios de la regional	Desatención a la resolución 085 de 2014	N/A			Desatención a la resolución 085 de 2014	Elaboración de un memorando o comunicación interna para exhortar al personal sobre el acatamiento a la resolución 085 de 2014	Acción Correctiva	Defensor Regional	Humanos y Físicos	Circular el memorando en los funcionarios de la regional	Memorandos elaborados y circulados (1)	01-ene-16	31-dic-16			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz		
602522	Auditoría Interna de Gestión	R. Ocaña	14-dic-15	Gestión de Servicios Administrativos	Inobservancia de lo estipulado en el artículo 1 de la resolución 085 de 2014, puesto que en las comunicaciones expedidas por la regional no se utiliza el código establecido para la regional	No presenta	Desconocimiento absoluto en el tema	Carencia de información entre el nivel central y la regional	N/A			Carencia de información entre el nivel central y la regional	Aplicar el código de comunicaciones externas	Acción Correctiva	Defensor Regional	Humanos y Físicos	Implementar el artículo 1 de la resolución 085 de 2014	Memorando (1)	01-ene-16	31-dic-16			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz		
602523	Auditoría Interna de Gestión	R. Ocaña	14-dic-15	Gestión de Servicios Administrativos	se encontraron elementos a los cuales no se les da ningún uso, como sillas, las cuales se encuentran guardadas desde que fueron adquiridas implicando un alto riesgo deterioro y obsolescencia	No presenta	Porque se pretendía darle el mejor uso	Conservar y maximizar la vida útil del mobiliario de la regional	N/A			Conservar y maximizar la vida útil del mobiliario de la regional	Adecuar la infraestructura para generar los espacios necesarios para la instalación del mobiliario de la regional	Acción Correctiva	Defensor Regional	Humanos y Físicos	Instalar el mobiliario relacionado	Número de mobiliario instalado	01-ene-16	31-ene-17			Cerrado en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Eficaz		
602524	Auditoría Interna de Gestión	R. Ocaña	14-dic-15	Gestión de Servicios Administrativos	Inobservancia del respectivo procedimiento para lograr dar de baja bienes, de conformidad lo estipulado en el Manual Integrado para el manejo de bienes de propiedad de la Defensoría del Pueblo adoptado mediante Resolución 7 del 22 de mayo de 2015.	No presenta	Existe la imposibilidad de lograr conceptos técnicos especializados para dar de baja el mobiliario relacionado	La complejidad planteada por el nivel central para asumir las consideraciones previstas en el manual integrado para el manejo de bienes	N/A			La complejidad planteada por el nivel central para asumir las consideraciones previstas en el manual integrado para el manejo de bienes	Gestionar con el SENA la expedición de aprendiz emitida los conceptos requeridos	Acción Correctiva	Defensor Regional	Humanos y Físicos	Dar de baja los bienes que así lo estipule el estudio en el marco de la resolución 735 de 2 de mayo de 2015	Cantidad de muebles que requieren ser dados de baja	01-ene-16	31-dic-16			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz		
602525	Auditoría Interna de Gestión	R. Ocaña	14-dic-15	Gestión de Servicios Administrativos	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	Porque se ha solicitado reiteradamente la revisión, acondicionamiento e instalación de la UPS	No se ha obtenido respuesta del nivel central	N/A			No se ha obtenido respuesta del nivel central	Reiterar la solicitud de intervención al nivel central	Acción Correctiva	Defensor Regional	Humanos y Físicos	Gestionar periódicamente la solicitud relacionada	Reiteraciones mensuales (12)	01-ene-16	31-dic-16			Cerrado Ineficaz en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Ineficaz		
602526	Auditoría Interna de Gestión	R. Ocaña	14-dic-15	Tecnologías de la Información	no se ha recibido capacitación para los sistemas de información SIJUPY RUP a los servidores públicos de la Regional.	No presenta	Porque depende de la programación de la defensoría del pueblo del nivel nacional	Fallas en programación de capacitaciones relacionadas	N/A			Fallas en programación de capacitaciones relacionadas	Solicitar capacitaciones en SIJUPY RUP	Acción Correctiva	Defensor Regional	Humanos y Físicos	Reiteración periódica de solicitudes de capacitación	Solicitudes mensuales (12)	01-ene-16	31-dic-16			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz		
602527	Auditoría Interna de Gestión	R. Ocaña	14-dic-15	Gestión de Servicios Administrativos	escasa gestión en el Sistema de Gestión Ambiental de la Regional Ocaña, lo cual generó el incumplimiento las metas programadas.	No presenta	Porque el tiempo necesario para asumir la función limita otras funciones consideradas prioritarias	Múltiples ocupaciones y escases de personal	N/A			Múltiples ocupaciones y escases de personal	Cumplir con las metas programadas y hacer seguimiento periódico	Acción Correctiva	Defensor Regional	Humanos y Físicos	Seguimiento y control estricto a las metas programadas en el sistema de gestión ambiental	Controles periódicos (6)	01-ene-16	31-dic-16			Cerrado en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Eficaz		
602528	Auditoría Interna de Gestión	R. Ocaña	14-dic-15	Gestión de Servicios Administrativos	Incumplimiento de la directiva presidencial 04 de 2012 "Eficiencia Administrativa y lineamientos de Política Paperless en la Administración Pública" ya que muchos de los documentos electrónicos realizados por la regional también se están imprimiendo.	No presenta	Se creía que al enviar la información de manera electrónica y física, se iba a asegurar la llegada de la misma al remitente	Desconocimiento de la directiva 04 de 2012 y poca confianza de la información enviada de manera electrónica	N/A			Desconocimiento de la directiva 04 de 2012 y poca confianza de la información enviada de manera electrónica	Implementar la directiva presidencial 04 de 2012	Acción Correctiva	Defensor Regional	Humanos y Físicos	Reunir a los funcionarios de la regional, informar e implementar la directiva 04 de 2012 (reuniones trimestrales)	Reuniones de seguimiento (4)	01-ene-16	31-dic-16			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz		
602529	Auditoría Interna de Gestión	R. Ocaña	14-dic-15	Gestión de Servicios Administrativos	la Defensoría Regional Ocaña no ha presentado cumplimiento al Comité de Gestión Ambiental los informes bimestrales establecidos en el numeral del artículo 4 de la Resolución 1270 de 2013.	No presenta	Por no brindarle la importancia que tiene la gestión ambiental en los procesos y subprocesos	Desconocimiento de la articulación de la variable ambiental en la gestión defensorial	N/A			Desconocimiento de la articulación de la variable ambiental en la gestión defensorial	Cumplir con los tiempos estipulados para el envío de los informes del comité	Acción Correctiva	Defensor Regional	Humanos y Físicos	Envía de los informes su debido tiempo (6)	Informes enviados	01-ene-16	31-dic-16			Cerrado en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Eficaz		
602530	Auditoría Interna de Gestión	R. Ocaña	14-dic-15	Gestión de Servicios Administrativos	el documento correspondiente a la revisión técnica mecánica de la camioneta FORD de placas 08G 692 asignada a la Defensoría Regional Ocaña se encuentra vencido.	No presenta	Aunque el hallazgo ha sido superado el descuido ha sido el factor precursor del hecho	No prevenir en la planeación de los procesos y subprocesos de la regional acciones como esta	N/A			No prevenir en la planeación de los procesos y subprocesos de la regional acciones como esta	Realizar la respectiva revisión en el tiempo justo para no tener inconvenientes que obstaculicen el correcto desempeño del servicio defensorial	Acción Correctiva	Defensor Regional	Humanos y Físicos	Realizar la revisión técnica mecánica (1)	Revisión Técnica mecánica	01-oct-15	31-oct-16			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz		
602531	Auditoría Interna de Gestión	R. Ocaña	14-dic-15	Gestión de Servicios Administrativos	fallas en la socialización del código de ética de la entidad, adoptado mediante Resolución 931 del 2002, lo cual dificultó el despliegue de este importante elemento de control	No presenta	Porque aunque no existen fallas en la socialización (existen actas) lo que ocurre es desinterés expreso del funcionario	Desatención al cumplimiento de la resolución 931 del 2002	N/A			Desatención al cumplimiento de la resolución 931 del 2002	Socializar el código de ética en la regional	Acción Correctiva	Defensor Regional	Humanos y Físicos	Socializaciones con todo el equipo de la regional el código de ética	Socializaciones (2)	01-feb-16	30-nov-16			Cerrado en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Eficaz		

		ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO																				Código: SQ-F05					
																						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				Estado de la Acción
N°	Fuente de hallazgo	Detalle de la fuente	Fecha hallazgo	Proceso - Subproceso Afectado	Hallazgo y/o Situación		PORQUE?	PORQUE?	PORQUE?	PORQUE?	PORQUE?	Causa(s) Raíz	ACCIÓN	Tipo de acción Propuesta	Responsable de ejecución	Recursos	Meta de la acción	Indicador	Fecha Inicio	Fecha Terminación	PRIMER BIMESTRE			PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO			
																					SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO	DOCUMENTOS SOPORTE	OBSERVACIONES DCI				
602532	Auditoría Interna de Gestión	R. Ocaña	14-dic-15	Gestión del Talento Humano	con base a la información recopilada, se evidenciaron fallas en la gestión de los riesgos de la Regional, teniendo en cuenta el escaso conocimiento del equipo de trabajo de sus mapas de riesgo y el monitoreo y seguimiento de los controles para mitigar los riesgos identificados dentro de los términos establecidos, incumpliendo de esta forma los literales a y f del artículo 2 de la Ley 87 de 1993, el artículo 4 del Decreto 1523 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 523	No presenta	El mapa de riesgo no se ha elaborado de manera conjunta y participativa	No se pudo garantizar la presencia de todo el equipo de la regional y eso no garantiza el manejo del riesgo de manera integral	N/A			No se pudo garantizar la presencia de todo el equipo de la regional y eso no garantiza el manejo del riesgo de manera integral	Monitoreo seguimiento y socialización del mapa de riesgos	Acción Correctiva	Defensor Regional	Humanos y Físicos	Gestión, revisión, modificación, ajustes socialización (monitoreo) al mapa de riesgos de la regional	Monitoreos (3)	01-ene-16	31-dic-16			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz		
602533	Auditoría Interna de Gestión	R. Ocaña	14-dic-15	Direccionamiento Estratégico	deficiencias en los controles implementados en la Regional para prevenir y reducir el impacto de las desviaciones de cada proceso, afectando el logro de los objetivos institucionales, incumpliendo de esta forma, las disposiciones frente al control interno contenidas en el artículo 6 de la Ley 87 de 1993, el Modelo Estándar de Control Interno MECI-1000:2005, en su elemento controles y el literal B del artículo 5 de la Resolución interna 602 de 2013.	No presenta	Desconocemos el algunas disposiciones y características estructurantes del método estándar de control interno	Se requiere mayor suficiencia en términos de tiempo para poder lograr un mayor manejo del método y el análisis de desviación de los procesos	N/A			Se requiere mayor suficiencia en términos de tiempo para poder lograr un mayor manejo del método y el análisis de desviación de los procesos	Fortalecimiento de los controles implementados en la regional	Mejora	Defensor Regional	Humanos y Físicos	Capacitación y análisis periódico de la desviación de los procesos	Capacitaciones (2)	01-mar-16	31-dic-16			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz		
602534	Auditoría Interna de Gestión	R. Ocaña	14-dic-15	Direccionamiento Estratégico	Se evidencie que la Regional Ocaña está llevando cabo diversas actividades las cuales no se encuentran documentadas dentro de los procesos y procedimientos de la entidad. Incumpliendo los numerales 4.1 y 4.2.3 control de registros de la norma NTCGP 1000:2009.	No presenta	Porque se desconoce que se debió documentar y articular todos los procesos	Desconocimiento generalizado en el manejo de los procesos internos	N/A			Desconocimiento generalizado en el manejo de los procesos internos	Documentar todos los procesos que se adelanten en la regional	Mejora	Defensor Regional	Humanos y Físicos	Documentar todos los procesos existentes en la regional que no han sido tenidos en cuenta para ello	Procesos documentados (X)	01-ene-16	31-dic-16			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz		
602535	Auditoría Interna de Gestión	R. Ocaña	14-dic-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), incumpliendo los numerales, 4.1e, 4.1f, 8.2.2, 8.3, 8.5.2 y 8.5.3.	No presenta	Desconocimiento para la aplicación de los procedimientos obligatorios del sistema	Desconocimiento por falta de capacitación	N/A			Desconocimiento por falta de capacitación	Gestionar capacitaciones con el nivel central	Mejora	Defensor Regional	Humanos y Físicos	Gestión de capacitación en el tema	Número de Capacitaciones	01-ene-16	31-dic-16			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz		
602536	Auditoría Interna de Gestión	R. Ocaña	14-dic-15	Direccionamiento Estratégico	La Política, Objetivos de calidad y principios de calidad no han sido lo suficientemente interiorizados por todos los funcionarios la Regional/Ocaña, incumpliendo el numeral 6.2.2 literal d.	No presenta	Se le resta importancia al tema	Se desconoce la importancia la importancia del mejoramiento continuo en términos de gestión de la calidad	N/A			Se desconoce la importancia la importancia del mejoramiento continuo en términos de gestión de la calidad	Proyección de un memorando para que los funcionarios interioricen la gestión de la calidad en los procesos que se llevan a cabo	Mejora	Defensor Regional	Humanos y Físicos	Circulación del memorando en los funcionarios de la regional	Memorandos elaborados y circulados (2)	01-feb-16	31-jul-16			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz		
602537	Auditoría Interna de Gestión	R. Ocaña	14-dic-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 numeral 4.1 de la Norma NTCGP 1000:2009.	No presenta	Se le resta importancia al tema	Desatención sobre la gran importancia de los procesos misionales que se estructuran en el listado maestro	N/A			Desatención sobre la gran importancia de los procesos misionales que se estructuran en el listado maestro	Elaboración del Memorando respectivo	Mejora	Defensor Regional	Humanos y Físicos	Circulación del memorando en los funcionarios de la regional	Memorandos elaborados y circulados (2)	01-feb-16	31-jul-16			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz		
601201	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Gestión del Talento Humano	No se evidencia la evaluación final de todos los funcionarios en la concertación de objetivos; respecto de los logros alcanzados, situación que crea incertidumbre en la concertación para la evaluación de desempeño. Pendientes los funcionarios en provisionalidad: Dormelina Barrios Lara, Eduar Rafael León López, Eduardo Enrique Peripán, Elvia Graciela Cuadro Pizarro, Fabio José Mendoza, Ingrid Ospino González, Jorge Carlo Jiménez Paredes, Juan Carlos Gamboa, Juan Eduardo Murgas, Nasly María Bolaño Idarraga, Sandra Rúa Monsalve, Yanitza Carrillo Maestre.	No presenta	Incertidumbre en la concertación para la evaluación de desempeño	N/A				Incertidumbre en la concertación para la evaluación de desempeño	1. Descargar los formatos correspondientes y aplicar las evaluaciones a los funcionarios 2. Utilizar la información contenida en el siguiente enlace para la finalización anterior: http://paloma.defensoria.gov.co/files/formatos-de-evaluacion-del-desempeno-y-de-concertacion-de-objetivos/	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	Realizar las evaluaciones pertinentes	Evaluación	19-oct-15	12-dic-16			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz		

		ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO																				Código:	SQ-F05		
																						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				Estado de la Acción	
#	Fuente de hallazgo	Detalle de la fuente	Fecha hallazgo	Proceso - Subproceso Afectado		Hallazgo y/o Situación	¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	Causa(s) Raíz	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		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
601202	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Gestión del Talento Humano	Se evidenció que los siguientes servidores Públicos están pendientes por actualización de SIGEP con corte a diciembre 31 de 2014: Fabio José Mendoza Méndez, Nelly María Bolaños Barraga, Karen Laritza Guerra Marulanda, Rafael Alonso Arrieta Luguet, Diagoel Manzano García, Juan Carlos Gamboa Martínez.	No presenta	Incumplimiento compromiso con el DAFP	N/A				Incumplimiento compromiso con el DAFP	Solicitar a RRHH a través de correo electrónico el listado de funcionarios que deben actualizar SIGEP y el listado con los documentos pendientes	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	Ayuda en el acceso a plataforma SIGEP, así como los formatos de los archivos que se deben subir a la misma	Memorando	06-oct-15	30-oct-15			Se recomienda que esta acción sea responsabilidad de todos y cada uno de los servidores de la Regional quienes deben ingresar al SIGEP con su usuario y contraseña y actualizar la información. Una vez la actualicen deben reportárselo a la Subdirección de Talento Humano (Jose Gerardo Gonzalez josegonzalez@defensoria.gov.co) por correo electrónico para que este emita el Vo.B. Cuando tenga este correo se lo remiten al P.G. 15 - Ing. de Sistemas para que consolide la información de la Regional y remita el correspondiente informe a la OCI. La fecha máxima para reportar la actualización al Ing. Jorge es el 19 de mayo de 2017. Plan de Mejoramiento formulado el 24 de noviembre de 2015; a partir del mes de diciembre de 2015 debían haber iniciado con el reporte de avance. A cierre de dic de 2015 no reportaron ningún avance razón por la cual se les ofreció realizar videoconferencia para analizar cada una de las acciones. Durante ene, feb y marzo de 2017 no reportaron avance a esta actividad. Una vez se retiró de la entidad el Defensor Regional el P.G. 15 Administrativo (Ing. Jorge Jimenez) solicita realizar videoconferencia la cual se realiza el 28 de marzo de 2017 donde se realizan recomendaciones	50%	En Ejecución
601203	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Gestión del Talento Humano	Se evidenció que mediante resolución N° 829 de junio 16 de 2014, se nombró provisionalmente a la Dra. Diana Paola Serrano Martínez, como profesional universitario grado 15; sin embargo, no se encuentra laborando, porque nunca se posesionó, sin que se librasen comunicaciones entre la Coordinación de la Subdirección de talento Humano y la Regional Cesar evidenciando falta de comunicación, seguimiento, control y gestión en la planta de personal.	No presenta	No posesión funcionaria Diana Paola Serrano Martínez	N/A				No posesión funcionaria Diana Paola Serrano Martínez	Solicitar a la Subdirección de Talento Humano la comunicación de NO posesión de dicha funcionaria	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	Cumplir con las directrices de la Subdirección de Talento Humano	Memorando	19-oct-15	30-nov-15			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz
601204	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Gestión del Talento Humano	No se realizó seguimiento a los planes y metas que la regional debía cumplir para el 2014 lo cual afecta significativamente el cumplimiento de la planeación estratégica de la entidad; no se encontraron las actas de seguimiento respectivas.	No presenta	No se realizó el respectivo control de las metas e indicadores de gestión	N/A				No se realizó el respectivo control de las metas e indicadores de gestión	Cumplir, a partir de la fecha con las indicaciones de la Resolución 1692 de 2.013	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	Reunión mensual de seguimiento	Memoria de reunión	01-oct-15	31-dic-15			El control lo debe realizar cada líder de proceso y presentar un informe de la gestión realizada mensualmente al Defensor Regional (la cual debe formar parte de la memoria de seguimiento a Strategos); la cual debe además quedar registrada en el Aplicativo Strategos - campo Observaciones. Finalmente se informa que acción corresponde al proceso Estratégico y no de Talento Humano Plan de Mejoramiento formulado el 24 de noviembre de 2015; a partir del mes de diciembre de 2015 debían haber iniciado con el reporte de avance. A cierre de dic de 2015 no reportaron ningún avance razón por la cual se les ofreció realizar videoconferencia para analizar cada una de las acciones. Durante ene, feb y marzo de 2017 no reportaron avance en esta actividad. Una vez se retiró de la entidad el Defensor Regional el P.G. 15 Administrativo (Ing. Jorge Jimenez) solicita realizar videoconferencia la cual se realiza el 28 de marzo.	0%	Abierto
601205	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Direccionamiento Estratégico	No se realizó un análisis al mapa de riesgos de la regional así como tampoco se evidenció seguimiento a las acciones dirigidas a la mitigación de los mismos.	No presenta	Vulnerabilidad en la ocasión del impacto del riesgo	N/A				Vulnerabilidad en la ocasión del impacto del riesgo	Construir el mapa de riesgo operativo y el mapa de riesgo de corrupción de acuerdo a la realidad de la Regional Cesar	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	1. Elaborar el mapa de riesgos operativos 2. Elaborar el mapa de riesgos de corrupción	Mapa de riesgos	01-oct-15	31-dic-15			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz

		ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO																				Código: SQ-F05				
																						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					Estado de la Acción
N°	Fuente de hallazgo	Detalle de la fuente	Fecha hallazgo	Proceso - Subproceso Afectado	Hallazgo y/o Situación		¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	Causa(s) Raíz	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	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		
601206	Auditoria Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Direccionamiento Estratégico	No se conoce la política ni la metodología impartida para la administración del riesgo.	No presenta	Desconocimiento de las políticas de administración del riesgo	N/A			Desconocimiento de las políticas de administración del riesgo	Impartir las políticas y definir una metodología para socializar las directrices para la administración del riesgo	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	Reunión bimensual	Memoria de reunión	01-oct-15	31-dic-15			La evidencia de cumplimiento de dicha acción son siete (7) memorias de reunión firmadas por los servidores de la época en donde se identifica que tema del manual de riesgos fue socializado. En caso de que no hubiesen realizado dichas reuniones bimensuales durante el 2016 y primer bimestre de 2017 los integrantes del equipo MECI-CALIDAD de la Regional debían llevar memoria de reunión donde informen las razones del porque no realizaron las reuniones ya que el Plan de Mejoramiento era de conocimiento de los Servidores desde diciembre de 2016 y en ella plasmar la estrategia de cumplimiento a partir de la vigencia 2017. Se recomienda que el actual Defensor Regional emita un memorando interno conminando a que todos los servidores realicen las actividades contempladas en el Plan de Mejoramiento para que este se cumpla lo antes posible; entre ellas el auto capacitarse (cada servidor previamente estudie el material que remitió la Oficina de Planeación durante el 2015 y 2016 y listado maestro de documentos) para posteriormente reforzar mediante una capacitación que sea dictada por la Oficina de Planeación o dada por una Universidad del Cesar en donde se aclaren las dudas que se tengan. El cumplimiento de esta acción es evidencia con el envío de: 1. Memo del Regional para todos los servidores, 2. Solicitud de capacitación a Planeación y	0%	Abierto		
601207	Auditoria Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Direccionamiento Estratégico	La herramienta Mapa de Riesgo no está construida de manera técnica de tal forma que el objetivo para lo cual se creó la misma, no se cumple.	No presenta	El mapa de riesgo no cumple su objetivo	N/A			El mapa de riesgo no cumple su objetivo	Aplicar las técnicas y metodologías para la elaboración de mapas de riesgo	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano		Mapa de riesgo	01-oct-15	31-dic-15			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz		
601208	Auditoria Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Promoción y Divulgación	No se evidenció un adecuado programa o cronograma anual que involucre las actividades de promoción y divulgación de una forma transversal facilitando la gestión y control para el periodo 2014, situación que conlleva al incumplimiento del plan de acción - Sistema estratégico por dicho periodo como se aprecia en el Plan de Acción Anual 2014. Para el momento de la auditoría periodo 2015, evidencia el cumplimiento en el plan Anual del 94% reportado en el sistema estratégico	No presenta	8. Incumplimiento plan de acción - sistema estratégico por dicho periodo año 2014.	N/A			8. Incumplimiento plan de acción - sistema estratégico por dicho periodo año 2014.	verificación - seguimiento es la información registrada en sistemas mensualmente.	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	Adecuación del cronograma de actividades para comunidades, víctimas, IFMA, colegios etc. Para el cumplimiento del PAA	Cronograma	01-ene-15	31-dic-15			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz		
601209	Auditoria Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Promoción y Divulgación	No se evidenció actualización sobre las temáticas previstas al profesional responsable de la Promoción y divulgación de DDHH, DH.	No presenta	9. no encontrarse acorde con las nuevas dinámicas pedagógicas sobre DDHH y DH.	N/A			9. no encontrarse acorde con las nuevas dinámicas pedagógicas sobre DDHH y DH.	Actualizar a los profesionales en DDHH y DH	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	Solicitar a la dirección nacional envíen las mas recientes publicaciones para el acceso a la información.	Memorando	02-oct-15	31-dic-15			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz		
601210	Auditoria Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Promoción y Divulgación	la Defensoría cuenta con un espacio que sea el mas adecuado para acceder a las distintas publicaciones sobre derechos humanos y derecho internacional humanitario, las publicaciones se encuentran desactualizadas, no existe stand.	No presenta	10. El uso de la información se limita para usuarios y funcionarios.	N/A			10. El uso de la información se limita para usuarios y funcionarios.	Iniciar inventario de publicaciones enviadas por la dirección nacional de promoción y divulgación.	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	Habilitar espacio de consulta.	Fotograma	01-oct-15	31-dic-15			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz		
601211	Auditoria Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Promoción y Divulgación	No se evidenció inventario de publicaciones	No presenta	11. es no contar con herramientas de organización que impiden el seguimiento de publicaciones.	N/A			11. es no contar con herramientas de organización que impiden el seguimiento de publicaciones.	Iniciar inventario dotar de documentos recientes temas de DDHH y DH.	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	relacionar los libro y/o publicaciones enviadas por la Dirección nacional de	inventario	01-oct-15	31-dic-15			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz		
601212	Auditoria Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Promoción y Divulgación	Se evidenció informe a la Sede Central la Defensoría del pueblo "Unidad Pública Especializada en Información en Derechos Humanos UPEIDIH" por parte del Dr. Eduard Rafael León López; de la situación en inventario de libros, actualizaciones de las publicaciones, sitio apropiado, adecuado acceso y acopio de las ediciones en septiembre 25 de 2014	No presenta	12. la falta de adecuación de un lugar apto para la consulta y la lectura.	N/A			12. la falta de adecuación de un lugar apto para la consulta y la lectura.	mayor seguimiento a las solicitudes	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	El envío de publicaciones y un stand adecuado.	Memorando	01-oct-15	31-dic-15			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz		
601213	Auditoria Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Subproceso de Defensoría Pública	Aunque hay planeación en la atención al usuario, se evidenció sobrecarga de actividades en los funcionarios asignados en sus diferentes casos.	No presenta	Sobrecarga de actividades para los funcionarios en atención a las solicitudes de los usuarios	N/A			Sobrecarga de actividades para los funcionarios en atención a las solicitudes de los usuarios	Gestionar ante la DNDP y el Sr. Defensor del Pueblo la contratación del personal requerido por la Regional Cesar	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	Solicitud de contratación de dos PAG	Memorando	01-may-15	31-dic-15			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz		

		ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO																				Código:	SQ-F05		
																						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				Estado de la Acción		
N°	Fuente de hallazgo	Detalle de la fuente	Fecha hallazgo	Proceso - Subproceso Afectado	Hallazgo y/o Situación		¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	Causa(s) Raíz	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	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
601214	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Subproceso de Defensoría Pública	Se evidenció, que los informes bimestrales no son conciliados con la información reportada en el programa strategico y Planificación cumpliendo el 67.38%, según las alertas.	No presenta	El sistema no refleja la realidad de la planeación	N/A				El sistema no refleja la realidad de la planeación	Coordinar las fechas de entrega de los datos, previa revisión de los mismos	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	Consultar las alertas rojas en el sistema	Certificación de PAG sobre el tema	01-oct-15	31-dic-15			Se recomienda que se elija un líder del proceso de Defensoría pública quien consolide la información de todos y verifique contra Strategico el cumplimiento de metas (emitir informe del Sistema Strategico con alertas). Cada mes levantar una memoria de reunión donde revise el cumplimiento de metas vs. informe de gestión de Defensores Públicos y se establecen estrategias para su cumplimiento y de eso se genera un informe para el Defensor Regional. Plan de Mejoramiento formulado el 24 de noviembre de 2015; a partir del mes de diciembre de 2015 debían haber iniciado con el reporte de avance. A cierre de dic de 2015 no reportaron ningún avance razón por la cual se les ofreció realizar videoconferencia para analizar cada una de las acciones. Durante ene, feb y marzo de 2017 no reportaron avance en esta actividad.	0%	Abierto
601215	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Subproceso de Defensoría Pública	Las visitas a las audiencias de los defensores públicos y de seguimiento a los procesos no se cumplen 100%, las solicitudes no siempre son autorizadas por la Dirección Nacional de Defensoría Pública.	No presenta	No se supervisa de manera adecuada el desempeño de los Defensores Públicos en el cumplimiento de sus obligaciones contractuales	N/A				No se supervisa de manera adecuada el desempeño de los Defensores Públicos en el cumplimiento de sus obligaciones contractuales	Gestionar ante la DNDP y el Sr Defensor del Pueblo la contratación del personal requerido por la Regional Cesar	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	Solicitud de contratación de dos PAG	Memorando	01-may-15	31-dic-15			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz
601216	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Subproceso de Defensoría Pública	Se encontraron algunos informes mensuales que no tienen constancia de recibido, lo cual afecta la trazabilidad de la información y posterior verificación del cumplimiento de los términos de entrega, ausencia de punto de control.	No presenta	Afectación en la trazabilidad de la información	N/A				Afectación en la trazabilidad de la información	Diseñar las estrategias pertinentes para obtener la constancia de recibo de los informes mensuales	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	Verificar la entrega y dejar constancia de ello	Certificación de PAG sobre el tema	01-oct-15	31-dic-15			Se recomienda que el Líder del Proceso de Defensoría Pública junto con los demás profesionales G.19 levanten una memoria de reunión donde establezcan las estrategias y se recomiende que creen un control de recibo y devolución de informes; correspondiente a una planilla por programa donde firmados los defensores públicos de la Regional; ya que normalmente se firma el oficio con el cual se entrega del informe el cual se archiva en cada carpeta de defensor. Plan de Mejoramiento formulado el 24 de noviembre de 2015; a partir del mes de diciembre de 2015 debían haber iniciado con el reporte de avance. A cierre de dic de 2015 no reportaron ningún avance razón por la cual se les ofreció realizar videoconferencia para analizar cada una de las acciones. Durante ene, feb y marzo de 2017 no reportaron avance en esta actividad. Una vez se retira de la entidad el Defensor Regional el P.G. 15 Administrativo (Ing. Jorge Jimenez) solicita realizar videoconferencia la cual se realiza el 28 de marzo.	0%	Abierto
601217	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Subproceso de Defensoría Pública	No se alimenta en su totalidad el sistema de información VisionWeb DP pues existen defensores Públicos que no cuentan con usuario ni clave de acceso.	No presenta	No se cuentan con los datos y estadísticas en el sistema de información VisionWeb	N/A				No se cuentan con los datos y estadísticas en el sistema de información VisionWeb	Gestionar el acceso de los Defensores Públicos al sistema de información VisionWeb. Solicitar la capacitación del manejo del sistema	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	Gestionar usuarios y claves de acceso para el sistema VisionWeb. Capacitar a los Defensores Públicos y al PAG	Informe (de cumplimiento)	01-oct-15	31-dic-15			Se recomienda que el líder del proceso genere un informe del estado de solicitudes en el aplicativo VW-OPademás informen todos los programas (no Penal - Justicia para la Paz etc.) están parametrizados en el sistema y que abogados (programa) no tienen acceso a este y especificar en donde se ingresa la información generada por los abogados que no tienen acceso al sistema para ser remitido a la OCI con copia a Defensoría Pública y Sistema.	0%	Abierto
601218	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Gestión de Servicios Administrativos	No existe un adecuado archivo (línea específica), se encuentra disperso alrededor de cada oficina, no hay numeración de folios de acuerdo a las directivas emitidas por el Archivo General de la Nación. (Proceso de gestión documental y de gestión de la	No presenta	No organización del archivo de la institución	N/A				No organización del archivo de la institución	Realizar una jornada de adecuación de los espacios para el archivo en cumplimiento a las normas de gestión documental	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	Aplicar las normas que emanen del Archivo General de la Nación	Memorando y fotografía	01-oct-15	31-dic-15			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz
601219	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Subproceso de Defensoría Pública	El sistema Visión-Web DP, presenta alertas en rojo por unidad; dificultando cumplimiento de las metas propuestas; adicionalmente se constató la lentitud del sistema durante la auditoría in-situ.	No presenta	Alertas en rojo, metas no cumplidas	N/A				Alertas en rojo, metas no cumplidas	Revisar de manera periódica las alertas del sistema	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	Mitigar las alertas en rojo con los ajustes pertinentes	Informe del PAG	01-oct-15	31-dic-15			Se recomienda que el líder del proceso debe generar informes estadísticos del Sistema Visión Web Defensoría Pública para su correspondiente seguimiento y control; estos deberán analizarse junto con los demás P.G. 19 para establecer estrategias para que los Defensores Públicos actualicen el sistema y comuniquenlas por escrito estableciendo tiempos. Debo recibir respuesta positiva incluir el cumplimiento de la actualización del sistema en los reportes de supervisión. Plan de Mejoramiento formulado el 24 de noviembre de 2015; a partir del mes de diciembre de 2015 debían haber iniciado con el reporte de avance. A cierre de dic de 2015 no reportaron ningún avance razón por la cual se les ofreció realizar videoconferencia para analizar cada una de las acciones. Durante ene, feb y marzo de 2017 no reportaron avance en esta actividad.	0%	Abierto
601220	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Tecnologías de la Información	Deficiencia en la conectividad por cableado a internet (WiFi).	No presenta	Retardos en el acceso y uso de los sistemas de información y en general a internet e intranet	N/A				Retardos en el acceso y uso de los sistemas de información y en general a internet e intranet	Gestionar ante el nivel central la implementación del cableado estructurado en la Regional Cesar	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	Garantizar el acceso oportuno a los diferentes sistemas de información	Memorando	02-oct-15	18-mar-16			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz
601221	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Subproceso de Defensoría Pública	Presenta diferencias con los reportes alertas rojo presentados en el sistema strategico, no cumpliendo con las metas propuestas; cumplió con el 67.37%.	No presenta	Alertas en rojo, metas no cumplidas	N/A				Alertas en rojo, metas no cumplidas	Reportar a tiempo los datos y realizar seguimiento a los mismos de manera mensual	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	Reportar la información en los tiempos correspondientes, verificar los indicadores cada mes	Reporte Mensual Planeación	02-oct-15	31-dic-15			Recomendación: Aplica la misma acción determinada para el hallazgo N. 601214. Plan de Mejoramiento formulado el 24 de noviembre de 2015; a partir del mes de diciembre de 2015 debían haber iniciado con el reporte de avance en el Plan de Mejoramiento. A cierre de dic de 2016 no reportaron	0%	Abierto
601222	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Tecnologías de la Información	Deficiencia, obsolescencia de los equipos de cómputo de los funcionarios; los actuales presentan retrasos inconvenientes en sus compromisos laborales.	No presenta	Difícil acceso al sistema de VisiónWeb, así como la afectación a la radicación y trámite de quejas.	N/A				Difícil acceso al sistema de VisiónWeb, así como la afectación a la radicación y trámite de quejas.	Solicitar cinco (05) equipos de cómputo nuevo, cinco impresoras de escritorio	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	Requerir a la subdirección administrativa, la solicitud para la adquisición de los	Memorando	01-oct-15	01-dic-15		Formato enviado en su oportunidad a la Subadmon; solicitando los equipos.	Se recibió correo electrónico remitido a la Subdirección Administrativa; mediante el cual enviar formato de necesidades para el 2017.	100%	Cerrado Eficaz

		ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO																				Código:	SQ-F05		
																						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				Estado de la Acción
Nº	Fuente de hallazgo	Detalle de la fuente	Fecha hallazgo	Proceso - Subproceso Afectado	Hallazgo y/o Situación		¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	Causa(s) Raíz	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	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	
601223	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Subproceso de Atención y Trámite de Quejas, Solicitudes y Asesoría	No existe un control estandarizado en la Regional Cesar, de las peticiones por el funcionario que atende al usuario, se utiliza un control (hoja de Excel, libro minuta)	No presenta	puede ocurrir una posible pérdida de la información.	N/A				puede ocurrir una posible pérdida de la información.	Todas las peticiones y actuaciones se registrarán en la plataforma VisionWeb.	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	Se llevará un registro único en VisionWeb	Reporte VisionWeb	01-oct-15	01-dic-15			Se recomienda que el responsable de esta acción sea el Líder del Proceso P.G.18 -ATQ. Todousuario deber ser registrado en el módulo RUP y posteriormente verse reflejado en el módulo ATQ. No Recomendado en caso de que no haya sistema registrarlos en un formato a mano y posteriormente ingresarlos al sistema. La evidencia de cumplimiento para el 2016 y 2017 debe ser el aumento la cantidad de usuarios atendidos y registrados en Vision Web - Módulo RUP. La cantidad de fichas repartidas debe corresponder a la cantidad de usuarios registrados en el sistema- Se profundizará en la videoconferencia programada para la primera semana de abril con el líder de ATQ. Plan Formulado del 24 de noviembre 2015; a partir del mes de diciembre de 2015 debían haber iniciado con el reporte de avance en el Plan de Mejoramiento. A cierre de dic de 2016 no reportaron ningún avance razón por la cual se les ofreció realizar videoconferencia para analizar cada una de las acciones. Durante ene, feby marzo de 2017 no reportaron avance en esta actividad.	0%	Abierto
601224	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Subproceso de Atención y Trámite de Quejas, Solicitudes y Asesoría	La Defensoría del Pueblo Regional Cesar presenta solicitudes pendientes de registro en el sistema Web-ATQ.	No presenta	demora en el registro de las actuaciones, peticiones y quejas de los usuarios a la VisionWeb.	N/A				demora en el registro de las actuaciones, peticiones y quejas de los usuarios a la VisionWeb.	Realizar las jornadas de actualización a la VisionWeb los días sábados 10 y 17 de octubre	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	Evacuar las quejas pendientes de registro	Reporte VisionWeb	01-oct-15	01-dic-15			Se recomienda: El P.G. 18-ATQ como líder de proceso debe generar mensualmente reporte de quejas pendientes por registro y escribirle a cada profesional que las actualice utilizando el recordatorio que maneja el sistema para dicho tema. Plan de Mejoramiento formulado del 24 de noviembre 2015; a partir del mes de diciembre de 2015 debían haber iniciado con el reporte de avance. A cierre de dic de 20 no reportaron ningún avance razón por la cual se les ofreció realizar videoconferencia para analizar cada una de las acciones. Durante ene, feby marzo de 2017 no reportaron avance en esta actividad.	0%	Abierto
601225	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Subproceso de Atención y Trámite de Quejas, Solicitudes y Asesoría	Presento incumplimiento por el periodo 2014 en el Plan de Acción Anual 2014 evidenciando alertas rojas, incidiendo en el logro de los objetivos institucionales, en la toma de decisiones de la entidad y seguimiento a la gestión de la misma.	No presenta	Refleja falencias en la planeación	N/A				Refleja falencias en la planeación	Conciliar las metas acordes a la realidad, reportar los datos de manera oportuna	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	Ajustar los indicadores para la vigencia 2015	Reporte STRATEGOS	01-nov-15	01-dic-15			La OCI generará reporte de cumplimiento de metas para el 2016 y como van en el primer trimestre del año 2017. El grupo de ATQ debe revisar mensualmente el cumplimiento de metas según reportes generados de Vision Web-ATQ contra lo programado y establecer estrategias para su cumplimiento, las cuales quedar registradas en memorias de reunión firmada por todos cada uno de los profesionales de ATQ y una copia de la misma debe ser remitida al Defensor Regional. La evidencia del avance una memoria de reunión de la revisión del cumplimiento de metas durante el primer trimestre del 2017 remitida a esta oficina. Plan Formulado del 24 de noviembre 2015; a partir del mes de diciembre de 2015 debían haber iniciado con el reporte de avance en el Plan de Mejoramiento. A cierre de dic de 2016 no reportaron ningún avance razón por la cual se les ofreció realizar videoconferencia para analizar cada una de las acciones. Durante ene, feby marzo de 2017 no reportaron avance en esta actividad.	0%	Abierto
601226	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Gestión de Servicios Administrativos	No existe archivo centralizado, ni control de archivo, el cual se encuentra disperso y sin foliar de acuerdo a las directivas emitidas por el Archivo General de la Nación. (Proceso de gestión documental)	No presenta	Desorden en el manejo de los documentos	N/A				Desorden en el manejo de los documentos	Solicitar apoyo al SENA. Para la organización y apoyo de gestión documental.	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	aplicar las normas que emanan del Archivo General de la nación	Memoria de reunión Fotografías	01-oct-15	01-dic-15			La Organización del Archivo es responsabilidad de todos los funcionarios. Se recomienda que cada persona maneje sus carpetas con gestión documental (activo-inactivo) realizar gestión con el SENA para que realicen sus prácticas estudiantiles de gestión documental para organizar el archivo que este pendiente; se recomienda igualmente que el líder del Proceso Administrativo de la Regional (P.G.15 - Ingeniería de sistemas) establezca una estrategia a desarrollar durante el 2017 para organizar el archivo con el apoyo de todos los servidores. Tienen en cuenta las limitaciones de personal que tiene actualmente la Regional se recomienda que cada área maneje su propio archivo; realizando toda la gestión documental, cada área debe remitir por correo electrónico a la Asistente de Oficina G. 4 (ARISTIZABAL SALAZAR LEYDI DAYANA) y al Secretario G. 8 (GATTAN MATEUS FRANKLIN) el listado de las carpetas que está manejando en un cuadro de Excel para que esta consoli y tengan la información de la regional para consulta y seguimiento. Por lo anterior todos deben recibir capacitación en Gestión Documental. La evidencia de cumplimiento de esta acción es una memoria de reunión donde se establezcan las estrategias y jornadas de archivo para el 2017 firmada por todos los servidores de la Regional y evidencias de las jornadas realizadas por	0%	Abierto
601227	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Subproceso de Atención y Trámite de Quejas, Solicitudes y Asesoría	Se tienen riesgos de incumplimiento de las actividades y metas proyectadas debido a la alta demanda de usuarios y la falta de funcionarios que apoyen el procedimiento de orientación individual asistencia legal, como el caso de la Dra. Ruddy Marbery Jaime Miranda, que desempeña funciones en ATQ y administrativas.	No presenta	Incumplimiento de las metas	N/A				Incumplimiento de las metas	Gestionar el nombramiento de la Dra. Ruddy Marbery Jaime Miranda, por su perfil en Derecho en función al 100% en ATQ.	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	Gestionar ante el defensor del pueblo el respectivo nombramiento de la doctora Ruddy Marbery Jaime Miranda, por su perfil en Derecho en función al 100% en ATQ.	Memorando	01-oct-15	01-dic-15			Esta acción no depende del Defensor Regional. Sino de Despacho del Defensor Nacional. Está dificultando la verificación de la Sra. Ruddy-Auxiliar Administrativo G. 10 Defensoría Pública. Ya que está debestear apoyando uno de los P.G. 19 de Defensoría Pública; revisando la planta de personal de la Regional Cesar, existen cuatro (4) Aux. Admón. G. 10 para cuatro (4) Profesionales G. 9.	100%	Cerrado Ineficaz

		ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO																				Código: SQ-F05				
																				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				Estado de la Acción		
Nº	Fuente de hallazgo	Detalle de la fuente	Fecha hallazgo	Proceso / Subproceso Afectado	Hallazgo y/o Situación		¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	Causa(s) Raíz	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		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	
601228	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Subproceso de Atención y Trámite de Quejas, Solicitudes y Asesoría	Deficiencia, obsolescencia de los equipos de cómputo de los funcionarios; los actuales generan retrasos inconvenientes en sus compromisos laborales.	No presenta					Difícil acceso a los diversos sistemas de información, VisionWeb, SIJUT	N/A	Solicitar dos (02) equipos de cómputo nuevo, una impresora y un escáner	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	Requerir a la subdirección administrativa, la solicitud para la adquisición de los respectivos equipos	Memorando	01-oct-15	31-mar-16		Formato enviado en su oportunidad a la Subadmon; solicitando los equipos.	Se recibió correo electrónico remitido a la Subdirección Administrativa; mediante el cual enviar formato de necesidades para el 2017.	100%	Cerrado Eficaz	
601229	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Gestión de Servicios Administrativos	Instalaciones en pésimas condiciones para atender a la población desplazada; no se cuenta con la mínima privacidad, ni sitio de trabajo para cumplir su función dignamente como lo merecen las personas desplazadas.	No presenta					Atención inadecuada a los usuarios víctimas, filtración de información, el usuario se abstiene de contar la verdad del hecho ocurrido	N/A	Gestionar la adecuación de los espacios requeridos para atender a los usuarios de manera digna, con privacidad y confidencialidad	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	Solicitud de recursos para adecuación, adecuación de instalaciones	Memorando	01-oct-15	30-jun-16			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz	
601230	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Subproceso de Recursos y Acciones Judiciales	No se cuenta con el personal que se encargue de las actividades relacionadas con el subproceso de Recursos y Acciones Judiciales.	No presenta					No se registra en el sistema de información VisionWeb, módulo RAJ, la información pertinente, por lo cual no se tienen cifras ni estadísticas respecto al tema	N/A	Gestionar el nombramiento de un funcionario de nivel profesional que se encargue de las actividades de RAJ solicitando de paso la creación de usuario, asignación de clave.	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	1. Nombramiento funcionario RAJ 2. Solicitud acceso 3. Capacitación	Memorando	01-oct-15	01-jun-16			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz	
601231	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Subproceso de Recursos y Acciones Judiciales	No existe Usuario Creador clave para acceder al sistema de información VisionWeb RAJ.	No presenta							No se registra en el sistema de información VisionWeb, módulo RAJ la información pertinente, por lo cual no se tienen cifras ni estadísticas respecto al tema	Solicitando de paso la creación de usuario	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	2. Solicitud acceso	Memorando	01-oct-15	01-jun-16			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz
601232	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Subproceso de Recursos y Acciones Judiciales	No se efectúa el Registro de las Acciones en el Sistema de información VisionWeb RAJ.	No presenta								Asignación de clave.	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	3. Capacitación	Memorando	01-oct-15	01-jun-16		Reporte Generado del Aplicativo vision Web-RAJ Usuario: Lorena Maria Bruges Pinto.	Si bien es cierto ingresaron las Acciones de Grupo al Sistema; al revisar Estrategias se identificó que no cumplieron con las metas establecidas; indicador 4.2 (Rojo 75.8%) - indicador 4.5. (Rojo 76.6%) - indicador 4.6. (Amarillo 83.3%). Para la vigencia 2017 se recomienda cumplir con las metas establecidas.	100%	Cerrado Ineficaz
601233	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Subproceso de Atención y Trámite de Quejas, Solicitudes y Asesoría	Aun es deficiente la conectividad en el Sistema de Información Interinstitucional de Justicia transicional SIJUT.	No presenta					No se llevan los registros del sistema SIJUT	N/A	Solicitar la capacitación del sistema SIJUT, así como los accesos respectivos a los funcionarios encargados del tema	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	1. Capacitación 2. Solicitud acceso 3. Implementación	Memorando Memorando Informe	02-oct-15	31-dic-16			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz	
601234	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Gestión de Servicios Administrativos	Los Funcionarios auditados denotan desconocimiento de las tablas de retención documental impartidas por el Archivo General de la Nación y en el Manual de Archivo interno aprobado por Resolución 1036 de 2011 y en las Circulares 2030-005 de 2012, 2030-013 de 2013.	No presenta					Manejo inadecuado de los documentos del archivo de la Institución	N/A	1. Solicitar a la Subdirección Administrativa una capacitación en Gestión Documental 2. Realizar una jornada contingencia de archivo que involucre a todos los funcionarios de la regional	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	1. Cumplir con la normatividad en cuanto al manejo adecuado del archivo emanada del Archivo General de la Nación 2. Disponer de la información contenida en los documentos del archivo de una manera ligil y oportuna	Memorando Informe	02-oct-15	31-dic-15			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz	
601235	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Gestión de Servicios Administrativos	Desconocimiento sobre la nueva TRD.	No presenta					Manejo inadecuado de los documentos del archivo de la Institución			1. Solicitar a la Subdirección Administrativa una capacitación en Gestión Documental 2. Realizar una jornada contingencia de archivo que involucre a todos los funcionarios de la regional	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	1. Cumplir con la normatividad en cuanto al manejo adecuado del archivo emanada del Archivo General de la Nación 2. Disponer de la información contenida en los documentos del archivo de una manera ligil y oportuna	Memorando Informe	02-oct-15	31-dic-15			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz
601236	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Gestión de Servicios Administrativos	No se utiliza el documento que registre información sobre préstamo de documentos del archivo, ver formato código GAD-FTO-14.	No presenta					Manejo inadecuado de los documentos del archivo de la Institución			1. Solicitar a la Subdirección Administrativa una capacitación en Gestión Documental 2. Realizar una jornada contingencia de archivo que involucre a todos los funcionarios de la regional	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	1. Cumplir con la normatividad en cuanto al manejo adecuado del archivo emanada del Archivo General de la Nación 2. Disponer de la información contenida en los documentos del archivo de una manera ligil y oportuna	Memorando Informe	02-oct-15	31-dic-15		La Socialización se realiza a través de una capacitación bien sea por parte del Grupo de Gestión Documental (Subdirección Administrativa) o dada por una Universidad de Santa Marta; así mismo a través de la auto capacitación (leer los documentos publicados en el listado maestro de documentos). El cumplimiento se ve reflejado en las carpetas que cada uno de los servidores maneja las cuales deben estar con gestión documental (organizadas las hojas por tamaño, foliadas, sin gache de cosedora, relacionados los documentos en el formato y no más de 200 folios por carpeta).	50%	En Ejecución	
601237	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Gestión de Servicios Administrativos	El sistema de información documental LASERFICHE, no se encuentra funcionando.	No presenta					Manejo inadecuado de los documentos del archivo de la Institución			1. Solicitar a la Subdirección Administrativa una capacitación en Gestión Documental 2. Realizar una jornada contingencia de archivo que involucre a todos los funcionarios de la regional	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	1. Cumplir con la normatividad en cuanto al manejo adecuado del archivo emanada del Archivo General de la Nación 2. Disponer de la información contenida en los documentos del archivo de una manera ligil y oportuna	Memorando Informe	02-oct-15	31-dic-15			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz

		ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO																							Código:	SQ-F05	
																									Versión:	3	
																									Vigencia 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					Estado de la Acción
N°	Fuente de hallazgo	Detalle de la fuente	Fecha hallazgo	Proceso / Subproceso afectado	Hallazgo y/o Situación		PORQUE?	PORQUE?	PORQUE?	PORQUE?	PORQUE?	Causa(s) Raíz	ACCIÓN	Tipo de acción	Responsable de ejecución	Recursos	Meta de la acción	Indicador	Fecha inicio	Fecha Terminación	PRIMER BIMESTRE			PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO			
																					SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO	DOCUMENTOS SOPORTE	OBSERVACIONES DCI				
601238	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Gestión de Servicios Administrativos	No se utiliza el formato de salida de bienes de la sede que la subdirección de Servicios Administrativos ha diseñado para estos efectos.	No presenta	Possible pérdida de elementos, no control de inventario	N/A				Possible pérdida de elementos, no control de inventario	Implementar el uso del formato GFTO-07 denominado "Seguimiento autorización de salida provisional de elementos" a los funcionarios de la Regional Cesar	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	Actualizar el inventario por funcionario	Memorando	02-oct-15	31-mar-16				Las evidencias de esta acción son copia de algunos formatos diligenciados durante el 2016 y 2017	0%	Abierto	
601239	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Gestión de Servicios Administrativos	No se evidencia por parte del Nivel Central el establecimiento del Plan Estratégico de seguridad vial del que habla la norma.	No presenta	No cumplimiento de lo estipulado en la norma	N/A				No cumplimiento de lo estipulado en la norma	Construir el PESV de acuerdo a las normas vigentes	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	Definir encargado, generar el PESV para la vigencia 2.016-2.017	PESV	02-oct-15	30-abr-16				Esta acción es responsabilidad del P.G. 15 - Administrativo; en concordancia con sus funciones. La evidencia es una comunicación interna solicitando a la Subdirección Administrativa directrices sobre la construcción del Plan y la respuesta dada por esta a la regional.	0%	Abierto	
601240	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Gestión de Servicios Administrativos	El material balístico con el que se confeccionado el chaleco antibalas que encuentra relacionado en el inventario de la Regional, ya no cumple con los requisitos para protección teniendo en cuenta que la fecha máxima de vencimiento ya expiró (vencido 18 de diciembre de 2014).	No presenta	No contar con un elemento de seguridad para la integridad del Defensor Regional	N/A				No contar con un elemento de seguridad para la integridad del Defensor Regional	1. Dar de baja del inventario el chaleco con serie 580932 2. Solicitar ante la Subdirección Administrativa el suministro de un nuevo chaleco antibalas	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	Dar de baja el chaleco antibalas	Acta de baja Memorando	02-oct-15	31-dic-15				Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz	
601241	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Direccionamiento Estratégico	Los equipos de cómputo de los funcionarios de la Regional Cesar, en su mayoría están obsoletos y evidencian poco mantenimiento.	No presenta	No se aprovechan las TICs como apoyo para cumplir la misión de la institución a cabalidad, no existe productividad del funcionario ya que existen prolongados retardos de tiempos que deben esperar tanto USUARIOS como funcionarios para poder avanzar en la atención de un requerimiento	N/A				No se aprovechan las TICs como apoyo para cumplir la misión de la institución a cabalidad, no existe productividad del funcionario ya que existen prolongados retardos de tiempos que deben esperar tanto USUARIOS como funcionarios para poder avanzar en la atención de un requerimiento	Solicitar a la Subdirección Administrativa la adquisición de los equipos requeridos por la Regional Cesar y por los funcionarios de acuerdo a las necesidades detectadas	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	Capacitar a los funcionarios en el uso adecuado de las herramientas ofimáticas y las TICs	Formato de solicitud de necesidades	02-oct-15	31-dic-16				Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz	
601242	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Direccionamiento Estratégico	Adecuación de los puntos de red sin el bono de las especificaciones técnicas para ellos de hecho se conecta vía WiFi, a través de un access point.	No presenta	Retraso en el acceso a los sistemas de información y por ende en la atención al usuario, riesgo de pérdida de datos e información en caso de fallas eléctricas					Retraso en el acceso a los sistemas de información y por ende en la atención al usuario, riesgo de pérdida de datos e información en caso de fallas eléctricas	Gestionar ante el nivel central la implementación del cableado estructurado en la Regional Cesar, así como la adquisición de UPS de respaldo y una central telefónica de comunicaciones	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Tecnológico	estructurado UPS de respaldo infraestructura de comunicación	Formato de solicitud de necesidades	01-oct-15	31-dic-16				Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz	
601243	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Direccionamiento Estratégico	No se aplican políticas de seguridad de información a los equipos de cómputo y Software asociado a los mismos, inexistencia de un Rack de comunicaciones telefónicas.	No presenta	Retraso en el acceso a los sistemas de información y por ende en la atención al usuario, riesgo de pérdida de datos e información en caso de fallas eléctricas					Retraso en el acceso a los sistemas de información y por ende en la atención al usuario, riesgo de pérdida de datos e información en caso de fallas eléctricas	Gestionar ante el nivel central la implementación del cableado estructurado en la Regional Cesar, así como la adquisición de UPS de respaldo y una central telefónica de comunicaciones	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Tecnológico	estructurado UPS de respaldo infraestructura de comunicación	Formato de solicitud de necesidades	01-oct-15	31-dic-16				Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz	
601244	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Direccionamiento Estratégico	Las instalaciones de los equipos de cómputo y de comunicaciones no cumplen con las normas de cableado estructurado, que permitan garantizar los requisitos de seguridad de la información y seguridad física.	No presenta	Retraso en el acceso a los sistemas de información y por ende en la atención al usuario, riesgo de pérdida de datos e información en caso de fallas eléctricas	N/A				Retraso en el acceso a los sistemas de información y por ende en la atención al usuario, riesgo de pérdida de datos e información en caso de fallas eléctricas	Gestionar ante el nivel central la implementación del cableado estructurado en la Regional Cesar, así como la adquisición de UPS de respaldo y una central telefónica de comunicaciones	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Tecnológico	Cableado estructurado UPS de respaldo infraestructura de comunicación	Formato de solicitud de necesidades	01-oct-15	31-dic-16				Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz	
601245	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Direccionamiento Estratégico	No existe una UPS de respaldo de energía.	No presenta	Retraso en el acceso a los sistemas de información y por ende en la atención al usuario, riesgo de pérdida de datos e información en caso de fallas eléctricas					Retraso en el acceso a los sistemas de información y por ende en la atención al usuario, riesgo de pérdida de datos e información en caso de fallas eléctricas	Gestionar ante el nivel central la implementación del cableado estructurado en la Regional Cesar, así como la adquisición de UPS de respaldo y una central telefónica de comunicaciones	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Tecnológico	estructurado UPS de respaldo infraestructura de comunicación	Formato de solicitud de necesidades	01-oct-15	31-dic-16				Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz	
304001	Auditoría Interna de Gestión	Atención y Tramite Subprocesos o de Defensoría Pública	18-dic-15	Subproceso de Defensoría Pública	No aplicación de todas las directrices emanadas de la Resolución 1692 de 2013	No presenta	Desconocimiento de todas las directrices de la Resolución 1692 de 2013	N/A				Desconocimiento de todas las directrices de la Resolución 1692 de 2013	Aplicar todas las directrices emanadas de la Resolución 1692 de 2013	Acción Correctiva	Director DNDP	Humano	Carpetas organizadas en cada uno de los Grupos de la DNDP con los soportes documentales de los logros reportados oportunamente en Strategos de la ejecución del POE y de PAA de la dependencia	Número de reportes de ejecución del POE y PAA registrados oportunamente en Strategos que cuentan con soportes documentales	01-mar-16	31-dic-16				No se presentó seguimiento en este bimestre	88.8%	En Ejecución	
304002	Auditoría Interna de Gestión	Atención y Tramite Subprocesos o de Defensoría Pública	18-dic-15	Subproceso de Defensoría Pública	Inadecuada planeación en algunas metas del PAA de la DNDP para el periodo enero-agosto de 2015	No presenta	Falta de vinculación de los funcionarios de la DNDP en la formulación del POE y del PAA	N/A				Falta de vinculación de los funcionarios de la DNDP en la formulación del POE y del PAA	Vincular a los funcionarios de la DNDP en la formulación del POE y del PAA 2016	Acción Correctiva	Director DNDP	Humano	POE y PAA 2016 formulados con la participación de los funcionarios de la DNDP	Número de funcionarios de la DNDP vinculados en la formulación del POE y PAA/Total funcionarios DNDP	05-nov-15	15-ene-16				Cerrado Ineficaz en evaluación de octubre 2016	100%	Cerrado Ineficaz	
304003	Auditoría Interna de Gestión	Atención y Tramite Subprocesos o de Defensoría Pública	18-dic-15	Subproceso de Defensoría Pública	Baja ejecución del PAA de la DNDP durante la vigencia 2014	No presenta	Falta de seguimiento mensual a la ejecución del POE y del PAA de la DNDP con los Responsables de los Grupos de la dependencia	N/A				Falta de seguimiento mensual a la ejecución del POE y del PAA de la DNDP con los Responsables de los Grupos de la dependencia	Realizar reuniones mensuales de seguimiento a la ejecución del POE de la DNDP con los Responsables de los Grupos de la dependencia, con las respectivas memorias de reunión que evidencie esta labor	Acción Correctiva	Director DNDP	Humano	Nivel sobresaliente en la ejecución del POE y PAA de la dependencia	Número de reuniones mensuales de la ejecución del POE y PAA de la dependencia realizadas/9	01-mar-16	31-dic-16				No se presentó seguimiento en este bimestre	44.4%	En Ejecución	
304004	Auditoría Interna de Gestión	Atención y Tramite Subprocesos o de Defensoría Pública	18-dic-15	Subproceso de Defensoría Pública	No se comunicó estado de la solicitud al aspirante con suficiente celeridad afectando cuando menos la eficacia del procedimiento evaluado	No presenta	Falta de Auxiliares Administrativos en los periodos de contratación masiva de Defensores Públicos	N/A				Falta de Auxiliares Administrativos en los periodos de contratación masiva de Defensores Públicos	Solicitar a la Subdirección de Talento Humano que en los periodos de contratación masiva de Defensores Públicos se asignen a la DNDP tres (3) Auxiliares Administrativos adicionales	Acción Correctiva	Director DNDP	Humano	Solicitudes de los aspirantes a operadores del SNDP tramitadas oportunamente	Número de Auxiliares Administrativos asignados por la Subdirección de Talento Humano/Número de Auxiliares Administrativos solicitados	01-jun-16	31-ago-16				Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz	

														ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO										Código:	SQ-F05
																								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					Estado de la Acción
Nº	Fuente de hallazgo	Detalle de la fuente	Fecha hallazgo	Proceso - Subproceso Afectado	Hallazgo y/o Situación		¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	Causa(s) Raíz	ACCIÓN	Tipo de acción Propuesta	Responsable de ejecución	Recursos	Meta de la acción	Indicador	Fecha Inicio	Fecha Terminación	SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO	DOCUMENTOS SOPORTE	OBSERVACIONES DCI	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	
304005	Auditoría Interna de Gestión	Atención y Trámite Subproces o de Defensoría Pública	18-dic-15	Subproceso de Defensoría Pública	Información del SIGEP desactualizada para los Defensores Públicos revisada por la auditoría	No presenta		N/A				Solamente existe un funcionario para actualizar la información del SIGEP de los Defensores Públicos contratados, lo que hace imposible cumplir esta labor en los plazos establecidos por el DAFP para estos fines	Solicitar a la Subdirección de Talento Humano que en los periodos de contratación multa de Defensores Públicos se asigne el personal necesario para realizar esta labor y tramitar ante el DAFP el respectivo plan de contingencia	Acción Correctiva	Director DNDP	Humano	Información del SIGEP actualizada para los Defensores Públicos contratados, en los términos del Plan de Contingencia presentado al DAFP	Número de servidores públicos asignados por la Subdirección de Talento Humano/Número de servidores públicos solicitados	01-jun-16	31-ago-16			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz
304006	Auditoría Interna de Gestión	Atención y Trámite Subproces o de Defensoría Pública	18-dic-15	Subproceso de Defensoría Pública	la inspección de las hojas de vida de los contratistas de la muestra no evidenció la firma al final de diligenciamiento, situación que podría tener un requerimiento por parte de una visita de funcionarios de la Función Pública	No presenta		N/A				Falta un punto de control específico para verificar que las copias físicas de las hojas de vida de los Defensores Públicos a contratar se encuentren debidamente suscritas por los mismos	Implementar un punto de control específico en la actual lista de chequeo de contratación para verificar que las copias físicas de las hojas de vida de los Defensores Públicos a contratar se encuentren debidamente suscritas por los mismos	Acción Correctiva	Director DNDP	Humano	Copia física de las hojas de vida de los Defensores Públicos contratados/Número de Defensores Públicos contratados		01-jun-16	31-ago-16			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz
304007	Auditoría Interna de Gestión	Atención y Trámite Subproces o de Defensoría Pública	18-dic-15	Subproceso de Defensoría Pública	Existencia del riesgo de la prestación de servicio por incumplimiento de citaciones en los Programas 1098 y 1257	No presenta		N/A				El sistema de información VisionWeb no incluye los programas de Representación Judicial de Víctimas (RJV)	Hacer al Grupo de Sistemas los requerimientos funcionales para desarrollar un módulo en el actual sistema de información del SNOIP para manejar los programas de RJV	Acción Correctiva	Director DNDP	Humano	Información oportuna y confiable para el manejo de los Programas de RJV	Número de requerimientos funcionales realizados al Grupo de Sistemas	01-mar-16	30-jun-16			No se presentó seguimiento en este bimestre	0%	Abierto
304008	Auditoría Interna de Gestión	Atención y Trámite Subproces o de Defensoría Pública	18-dic-15	Subproceso 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		N/A				El sistema de información VisionWeb no incluye los programas de Representación Judicial de Víctimas (RJV)	Hacer al Grupo de Sistemas los requerimientos funcionales para desarrollar un módulo en el actual sistema de información del SNOIP para manejar los programas de RJV	Acción Correctiva	Director DNDP	Humano	Información oportuna y confiable para el manejo de los Programas de RJV	Número de requerimientos funcionales realizados al Grupo de Sistemas	01-mar-16	30-jun-16			No se presentó seguimiento en este bimestre	0%	Abierto
304009	Auditoría Interna de Gestión	Atención y Trámite Subproces o de Defensoría Pública	18-dic-15	Subproceso de Defensoría Pública	Inadecuación del formato de estadísticas por delitos en Representación Judicial de Víctimas	No presenta		N/A				Falta de publicación en el listado maestro de documentos del SGJ de los formatos ajustados de RJV	Implementar los formatos ajustados de estadísticas por delitos en la RJV	Acción Correctiva	Director DNDP	Humano	Estadísticas consolidadas por delitos en la RJV	Número de reportes mensuales allegados/Número total de reportes que deben realizar las Regionales	01-mar-16	31-dic-16			No se presentó seguimiento en este bimestre	9%	En Ejecución
304010	Auditoría Interna de Gestión	Atención y Trámite Subproces o de Defensoría Pública	18-dic-15	Subproceso 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		N/A				Falta de peritos para la RJV	Solicitar a la Subdirección de Talento Humano la vinculación de 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 DNDP	Humano	Sobrecarga laboral de los peritos de la RJV disminuida	Número de Peritos asignados por la Subdirección de Talento Humano/Número de Peritos solicitados	01-mar-16	30-abr-16			Cerrado en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Eficaz
304011	Auditoría Interna de Gestión	Atención y Trámite Subproces o de Defensoría Pública	18-dic-15	Subproceso de Defensoría Pública	No se rinde informe por separado ni de manera estructurada sobre lo acontecido en las jornadas de acopio documental en la RJV	No presenta		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 DNDP	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	01-mar-16	31-dic-16			No se presentó seguimiento en este bimestre	0%	En Ejecución
304012	Auditoría Interna de Gestión	Atención y Trámite Subproces o de Defensoría Pública	18-dic-15	Subproceso de Defensoría Pública	Falta de evidencias sobre la trazabilidad del ejercicio de acopio documental con miras a la presentación del incidente de reparación dentro de los procesos de la Ley 975/2005	No presenta		N/A				No se deja evidencia de la entrega de 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 peritos a los Defensores Públicos de los documentos que se diligencian en las jornadas de acopio documental de RJV	Acción Correctiva	Director DNDP	Humano	Evidencia sobre la trazabilidad del acopio documental con miras a la presentación del incidente de reparación dentro de los procesos de la Ley 975/2005	Número de planillas diligenciadas en las jornadas de acopio documental de Defensores Públicos - RJV que participan en esas	01-mar-16	31-dic-16			No se presentó seguimiento en este bimestre	50%	En Ejecución
304013	Auditoría Interna de Gestión	Atención y Trámite Subproces o de Defensoría Pública	18-dic-15	Subproceso de Defensoría Pública	Inconsistencias en la utilización del número CUI del proceso en el formato de participación en audiencia DEP-FTO-31	No presenta		N/A				El número único de identificación de los procesos judiciales no es el que se coloca en el Formato de participación en audiencia de los peritos DEP-FTO-31	Ajustar e implementar el Formato de Informe de Participación en audiencia de los peritos forenses	Acción Correctiva	Director DNDP	Humano	Información coincidente entre la citación de la autoridad judicial y el informe de participación en audiencia del perito forense	Número de informes de participación en audiencia del perito forense coincidente con el de las citaciones de la autoridad judicial/Número de citaciones de la autoridad judicial	01-mar-16	31-dic-16			No se presentó seguimiento en este bimestre	50%	En Ejecución

	ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO																				Código: SQ-F05				
																					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					Estado de la Acción
Nº	Fuente de hallazgo	Detalle de la fuente	Fecha hallazgo	Proceso - Subproceso Afectado	Hallazgo y/o Situación		PORQUE?	PORQUE?	PORQUE?	PORQUE?	PORQUE?	Causa(s) Raíz	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	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	
304014	Auditoría Interna de Gestión	Atención y Trámite Subproceso de Defensoría Pública	18-dic-15	Subproceso 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 otras actividades de la DNDP, existiendo riesgo de pérdida de documentos	No presenta	Escasez de espacios adecuados que se puedan destinar para este fin en la actual sede de la DNDP	N/A			Escasez de espacios adecuados que se puedan destinar para este fin en la actual sede de la DNDP	Reiterar la solicitud a la Secretaría General de los espacios físicos y mobiliario necesarios que permitan hacer un adecuado archivo de los documentos de la DNDP	Acción Correctiva	Director DNDP	Humano	Espacio adecuado para la guarda, custodia y archivo de los documentos de la DNDP	Solicitud realizada a la Secretaría General de los espacios físicos y mobiliario necesarios para el archivo de la DNDP	01-mar-16	30-abr-16			Cerrado en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Eficaz	
BV1	Auditoría Externa de Calidad	Auditoría Externa de Calidad	20-abr-16	Direccionamiento Estratégico	No se observa la determinación de la infraestructura necesaria para la prestación de los servicios. No se evidencian la RegionalCali, Sede Central condiciones adecuadas de ergonomía, asignación de turnos, orientación, señalización, áreas de servicio que aseguren la confidencialidad y hacer placentera la experiencia del usuario.	No presenta	La capacidad de las sedes es menor a la necesaria debido al número de funcionarios y a la alta demanda de usuarios.	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 en la actualidad hay una mayor demanda de servicios de la población	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	Lider proceso de Evaluación Satisfacción Grupos de Interés	Humano	Un documento con lineamientos de servicio al ciudadano establecido.	Número de documento con lineamientos establecidos/1 *100	16-may-16	16-jun-16			Cerrado en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Eficaz
								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 en la actualidad hay una mayor demanda de servicios de la población	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	Lider proceso de Evaluación Satisfacción Grupos de Interés	Humano y Financiero	Implementar el modelo en las 36 Defensorías Regionales	Número de Regionales con el modelo implementado /36*100	01-jun-16	31-dic-16			0%	En Ejecución	
								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 en la actualidad hay una mayor demanda de servicios de la población	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	Secretaría General Lider proceso de Gestión de Servicios Administrativos	Humano y Financiero	Un proyecto de inversión gestionados	Número de proyectos gestionados/1*100	01-ene-16	31-dic-16			75%	En Ejecución	
BV2	Auditoría Externa de Calidad	Auditoría Externa de Calidad	20-abr-16	Transversal	No hay 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 para el seguimiento y medición de sus objetivos, con el fin de tener medidas sobre la eficiencia, eficacia y efectividad de los mismos. Los actuales indicadores establecidos en estrategias 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 Planeación y Líderes de procesos.	Humano	Actualizar el manual de la entidad	Número de actualizaciones de manual de calidad /1*100	02-may-16	31-dic-16			Cerrado en evaluación de enero 2017	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 Planeación y Líderes de procesos.	Humano	19 procesos revisados.	Nº de procesos revisados/19*100	02-may-16	31-dic-16			Cerrado en evaluación de enero 2017	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 Planeación y Líderes de procesos.	Humano	1 Herramienta publicada	Nº de herramientas publicadas / 1*100	01-jun-16	31-dic-16			Cerrado en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Eficaz
BV3	Auditoría Externa de Calidad	Auditoría Externa de Calidad	20-abr-16	Procesos Misionales	No se ha implementado claramente los controles de Diseño. No se ha implementado claramente en los procedimientos de coordinación y el tratamiento de quejas, peticiones y asesorías SA-P-01, Promoción y Divulgación. PD-P07Diseño gráfico los mecanismos de control de revisión, verificación validación y cambios del diseño.	No presenta	Se tiene controles de diseño que señalan el numeral 7.3 de la norma, pero no se ha realizado la total implementación.	No se ha socializado los lineamientos del sistema de atención integral por parte del nivel central	Se tiene el Instructivo General del Sistema de Atención Integral, el cual actualmente se encuentra en revisión por la alta dirección			Se tiene el Instructivo General del Sistema de Atención Integral, el cual actualmente se encuentra en revisión por la alta dirección.	Aprobación del Instructivo General del Sistema de Atención Integral	Acción Correctiva	Vicedefensoría Lider Proceso Atención	Humano, Financiero	Un Instructivo GSAI aprobado	Instructivo GSAI aprobado/1*100	02-may-16	31-dic-16			0%	Abierto	
														Socialización del Instructivo General del Sistema de Atención Integral	Acción Correctiva	Lider Proceso Atención	Humano, Financiero	Realizar una jornada de socialización del GSAI	jornadas de socialización de GSAI /1*100	02-may-16	31-dic-16			0%	Abierto
														Articulación del Instructivo con los procesos	Acción Correctiva	Lider Proceso Atención	Humano, Financiero	Verificar semestralmente la aplicación del GSAI en el proceso de Atención y Trámite	Verificación de la aplicación de GSAI en el proceso de Atención y Trámite /2*100	02-may-16	31-dic-16			0%	Abierto

	ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO																							Código: SQ-F05	SQ-F05	
																								versión: 3	3	
																								Vigente desde: 29/08/2016	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			
N°	Fuente de hallazgo	Detalle de la fuente	Fecha hallazgo	Proceso / Subproceso afectado	Hallazgo y/o Situación		¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	Causa(s) Raíz	ACCIÓN	Tipo de acción	Responsable de ejecución	Recursos	Meta de la acción	Indicador	Fecha Inicio	Fecha Terminación	SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO	DOCUMENTOS SOPORTE	OBSERVACIONES DCI	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	Estado de la Acción	
BIV	Auditoría Externa de Calidad	Auditoría Externa de Calidad	20-abr-16	Procesos Misionales	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 de Producto y Servicio No Conforme	No se cuenta con el talento humano suficiente que apoyen a los líderes de los procesos en la realización de la caracterización del producto y servicio no conforme y los documentos relacionados.				No se cuenta con el talento humano suficiente que apoyen a los líderes de los procesos en la realización de la caracterización del producto y servicio no conforme y los documentos relacionados.	Vincular profesionales de apoyo para el equipo de planeación de la Entidad	Acción Correctiva	Despacho 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			Cerrado en evaluación en octubre 2016	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 de Producto y Servicio No Conforme	No se cuenta con el talento humano suficiente que apoyen a los líderes de 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	Acción Correctiva		Oficina de Planeación y Líderes de procesos.	Humano	Realizar una mesa de trabajo por proceso para la caracterización de PSNC	N de mesas de trabajo/8 procesos misionales*100	02-may-16	31-jul-16			Cerrado en evaluación en octubre 2016	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 de Producto y Servicio No Conforme	No se cuenta con el talento humano suficiente que apoyen a los líderes de 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 PSNC	Acción Correctiva		Oficina de Planeación y Líderes de procesos.	Humano	8 caracterizaciones de PSNC normalizadas publicadas	caracterización de PSNC normalizada y publicada/8 procesos misionales*100	02-may-16	31-jul-16			Cerrado en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Eficaz			
BVS	Auditoría Externa de Calidad	Auditoría Externa de Calidad	20-abr-16	Subproceso de Defensoría Pública	No presenta	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 se utiliza un pie de rey digital PI 49235 Serie 500-197-208 no obstante no tiene la identificación del estado de su calibración, no se pudo establecer con la hoja de vida su nivel de criticidad y 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)	El inventario de los equipos de laboratorio se encuentra asignado individualmente a cada uno de los peritos, razón por la cual las llaves 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	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 para consulta controlada	Hojas de vida de equipos de laboratorio/No. de equipos de laboratorio	23-may-16	31-dic-16			Cerrado Ineficaz en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Ineficaz		
												Implementar el Plan de Mantenimiento y Calibración de los equipos de laboratorios del GI D	Acción Correctiva	Dirección Nacional Defensoría 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			Cerrado Ineficaz en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Ineficaz		
BVI	Auditoría Externa de Calidad	Auditoría Externa de Calidad	20-abr-16	Gestión de Servicios Administrativos	No presenta	No se cuenta con un adecuado control de registros. Se evidencian el proceso de Planeación, Gestión Contractual, Gestión Financiera (Tesorería), Defensoría Pública, carpetas que no cumplen con la identificación adecuada, y condiciones de almacenamiento que no cumplen con las orientaciones técnicas del instructivo de correspondencia y archivo AD-1 02	Hay debilidad en el control de registros por parte de las dependencias	Los servidores públicos de cada dependencia no están realizando control de registro y disposición final de documentos	Falta de una estrategia integral que involucre las diferentes áreas en el cumplimiento de los requisitos de Gestión Documental.			Falta de una estrategia integral que involucre las diferentes áreas en el cumplimiento de los requisitos de Gestión 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			Cerrado en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Eficaz	
													Solicitar a cada dependencia mediante memorando la actualización de la relación de las personas con funciones de archivo 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			Cerrado en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Eficaz	
													Realizar visitas de seguimiento como estrategia del cumplimiento de los lineamientos establecidos en el instructivo de correspondencia y archivo AD-1 02	Acción Correctiva	Gestión de Servicios Administrativos	Humano y Financiero	2 visitas de seguimiento por dependencia y 1 visita de seguimiento por regional	N° visitas realizadas por dependencia /2*100 N° visitas realizadas por regional /1*100	02-ene-16	31-dic-16			Cerrado en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Eficaz	
1	Auditoría Externa de Calidad	Auditoría Externa de Calidad	01-jul-16	Gestión de Servicios Administrativos	No presenta	No Conformidad # 1 Se tienen deficiencias en el control de los registros. Se evidencian el proceso de Promoción y Divulgación Dirección Nal. unidades de almacenamiento de los archivos 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, Servicios	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.	N/A	N/A			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.	Acción Correctiva	Grupo de Gestión Documental/ Oficina de Planeación	Humanos	Un (1) instrumento diseñado y publicado	Número de documentos diseñados y publicados /1*100	14-jul-16	31-ago-16			Cerrado Ineficaz en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Ineficaz		
												Falta de una estrategia integral que involucre las diferentes áreas en el cumplimiento de los requisitos de Gestión Documental.	No se cuenta con los recursos (talento humano e infraestructura) necesarios para el cumplimiento de las directrices de almacenamiento de los archivos.	N/A		No se cuenta con los recursos (talento humano e infraestructura) necesarios para el cumplimiento de las directrices de almacenamiento de los archivos.	Acción Correctiva	Grupo de Gestión Documental	Humanos, Financieros	Propuesta presentada ante el Secretario General.	Número de propuestas presentadas ante el Secretario General / 1 *100	18-jul-16	31-oct-16			Cerrado Ineficaz en evaluación de enero 2017
												Modificar y/o ajustar el procedimiento SQ-P04 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 procedimientos "N" de procedimientos ajustados	07-jul-16	30-ago-16			Cerrado en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Eficaz		

		ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO																				Código: SQ-F05				
																						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					Estado de la Acción
Nº	Fuente de hallazgo	Detalle de la fuente	Fecha hallazgo	Proceso - Subproceso Afectado	Hallazgo y/o Situación		¿PORQUÉ?	¿PORQUÉ?	¿PORQUÉ?	¿PORQUÉ?	¿PORQUÉ?	Causa(s) Raíz	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	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		
2	Auditoría Externa de Calidad	Auditoría 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 Bolívar, Quindío, Tolima, Valle, se realizan reuniones de seguimiento mensual del avance actividades propuestas en el PAA, se toman decisiones pero no se les da el tratamiento de Acciones correctivas. De acuerdo a lo establecido en el procedimiento Acciones Correctivas y Preventivas SQ-P-05	No presenta	Pese a que se toman decisiones y se establecen acciones de mejoramiento cuando se analizan los resultados del PAA, estas acciones no se están registrando en un plan de mejoramiento y no se lleva un control				No son claras las fuentes dentro del procedimiento SQ-P04 que aclaren en que momento se deben formular acciones correctivas, preventivas y de mejora.	Socializar el procedimiento SQ-P04 Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora-ACPM a las defensorías delegadas, direcciones nacionales defensorías regionales que intervienen en la prestación de servicios de la Defensoría del Pueblo	Acción Correctiva	Oficina de Planeación	Humano, Tecnológicos	Procedimiento socializado a las Delegadas, Direcciones y Regionales que intervienen.	Nº de socializaciones realizadas/Nº de socializaciones a realizar	07-jul-16	30-ago-16					50%	En Ejecución	
												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	Nº de herramientas actualizadas / Nº de herramientas de ACPM.	07-jul-16	30-ago-16			Cerrado en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Eficaz		
3	Auditoría Externa de Calidad	Auditoría Externa de Calidad	01-jul-16	Procesos Misionales	No Conformidad # 3 8.3 No se registra detección del Servicio no conforme. No se evidencio registro de detección de producto no conforme en las etapas intermedias del servicio dentro de los procesos misionales, en las regionales Procesos Promoción y Divulgación Prevención y protección, Investigación y análisis.	No presenta	Los servidores públicos de la Defensoría del pueblo desconocen el procedimiento SQ-P03 Control del producto y/o servicio no conforme				Falta de socialización del procedimiento SQ-P03 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-P03 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 procedimientos s/Nº de procedimientos ajustados	07-jul-16	30-ago-16			Cerrado Ineficaz en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Ineficaz		
												Socializar el procedimiento SQ-P03 Control del producto y/o servicio no conforme y los documentos relacionados a las defensorías delegadas, direcciones nacionales defensorías regionales que intervienen en la prestación de servicios de la Defensoría del Pueblo	Acción Correctiva	Oficina de Planeación	Humano	Procedimiento socializado a las Delegadas, Direcciones y Regionales que intervienen.	Nº de socializaciones realizadas/Nº de socializaciones a realizar	07-jul-16	30-ago-16			Cerrado en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Eficaz		
												Una vez socializado 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-17		83%	En Ejecución				
4	Auditoría Externa de Calidad	Auditoría Externa de Calidad	01-jul-16	Subproceso de Defensoría Pública	No Conformidad # 4 7.6 No es eficaz el control de los equipos de Seguimiento y medición. Al verificar el ensayo Determinación de aptitud de disparo de arma de fuego, se observa que se utilizan equipos de medición como pie de rey digital Serie # B-CSX-8 y balanza Serie # 1454555, para los que se evidencia que no se tiene planificada la frecuencia de calibración, ni registros recientes 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 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	Subproceso de Defensoría Pública	Humano	un plan de mantenimiento y calibración de los equipos de medición elaborados/11100	Número de planes de mantenimiento y calibración elaborados/11100	15-jul-16	31-dic-16					0%	En Ejecución	
												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	Subproceso de Defensoría Pública	Humano, Financiero	Un proyecto de inversión	Número de proyectos formulados y aprobados por el DNP/11100	15-jul-16	31-dic-16		0%	En Ejecución				

		ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO																				Código: SQ-F05		
																						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				Estado de la Acción
N°	Fuente de hallazgo	Detalle de la fuente	Fecha hallazgo	Proceso - Subproceso Afectado	Hallazgo y/o Situación		¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	Causa(s) Raíz	ACCIÓN	Tipo de acción	Responsable de ejecución	Recursos	Meta de la acción	Indicador	Fecha Inicio	Fecha Terminación	SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO	DOCUMENTOS SOPORTE	OBSERVACIONES OCI	
5	Auditoría Externa de Calidad	Auditoría 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 divulgaciónse central y regional Bolívar no se diligencia en todos los casos el formato de evaluación de las capacitaciones, En la Regional Quindío se diligenció el registro solicitud de servicio para el radicado RUS: 74989 2016. En la regional Valle del cauca no se reprogramó la capacitación en DDHH programada para Febrero y Abril, incumpliendo las disposiciones dadas en	No presenta	Porque al momento de realizar las capacitaciones no se tenía 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. 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	Acción Correctiva	Jefe Oficina de Planeación	Humanos	12 comunicados que contengan informaciones de las modificaciones del Listado Maestro de Documentos.	(Número de comunicaciones realizadas/12)* 100	15-jul-16	31-dic-16			Cerrado en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Eficaz
												Corrección	Dirección Nacional de Promoción y Divulgación	Humanos	36 socializaciones	(Número de socializaciones realizadas/36)* 100	01-ago-16	31-ago-16			Cerrado en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Eficaz	
406001	Auditoría Interna de Gestión	Delegada para Asuntos Agrarios y Tierras.	18-abr-16	Gestión Contractual	1. No se evidencia actualización del RUT para contratación del 2015, siendo exigencia de la DIAN a partir de la reforma tributaria del 2012 (entre otros) cambios código de actividades 2013 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 cheques 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 e	Se hizo una revisión de cumplimiento de documentos, pero no se reviso su actualización.		Verificación de la fecha de expedición del RUT.	Acción Correctiva	Delegada para Asuntos Agrarios y Tierras	Humano Tecnológico	Revisión actualización RUT	Número de Contratos con Rut actualizados año 2016.	01-may-16	30-jun-16			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz
406002	Auditoría Interna de Gestión	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, ni de la Delegada.	Había confusión sobre las firmas que debía contener el informe de actividades.	Había un error en el formato de actividades remitido a los contratistas de las regionales.	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)	Acción Correctiva	Delegada para Asuntos Agrarios y Tierras	Humano Tecnológico	Ajuste del formato de informe de actividades	Formato de informe de actividades corregido y memorando a supervisores de contrato de la Delegada.	01-may-16	01-jul-16			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz
406003	Auditoría Interna de Gestión	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 última tabla de retención documental aprobada se expidió en 2009, antes de la creación de la Delegada.	A pesar de que se cuenta con una 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 Agraria		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 aprobaba la TRD por parte del Archivo y en la segunda para revisar como se está avanzando en la organización del	Acción Correctiva	Delegada para Asuntos Agrarios y Tierras	Humano	Gestión para actualización de la TRD	Memorando de retereración solicitud de aprobación de la TRD. Reuniones con el Grupo de Gestión Documental.	01-feb-16	30-abr-16			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz
406004	Auditoría Interna de Gestión	Delegada para Asuntos Agrarios y Tierras.	18-abr-16	Gestión de Servicios Administrativos	4. No existe el Formato Único de Inventario Documental para los archivos 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 Agraria		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 gestión.	Acción Correctiva	Delegada para Asuntos Agrarios y Tierras	Humano	Formato Único de Inventario Documental elaborado	Formato Único de Inventario Documental	01-may-16	31-dic-16			Cerrado en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Eficaz
406005	Auditoría Interna de Gestión	Delegada para Asuntos Agrarios y Tierras.	18-abr-16	Gestión de Servicios Administrativos	5. Las Cajas y Carpetas no están identificadas con el rótulo.	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 Agraria		Organizar los archivos de acuerdo a los asuntos y temas previstos en la propuesta de TRD de la Delegada siguiendo las normas de Archivo	Acción Correctiva	Delegada para Asuntos Agrarios y Tierras	Humano	Archivo de gestión de la Delegada organizado	carpetas y cajas de archivo de la Delegada organizadas de acuerdo a las normas de archivo	01-may-16	31-dic-16	Se concluyó la organización de las carpetas y las cajas de acuerdo a los asuntos y temas previstos en la propuesta de TRD de la Delegada y se elaboró el inventario documental con corte a 31 de diciembre de 2016.	Formato Único de Inventario Documental - AGN - Código AD-P08-F11 Carpetas y cajas de archivo de la Delegada	Se recibieron las evidencias el 15 de marzo de 2017, identificándose el 10% pendiente; se recomendó que se efectuara visita por parte del Grupo de Gestión Documental.	100%	Cerrado Eficaz
406006	Auditoría Interna de Gestión	Delegada para Asuntos Agrarios y Tierras.	18-abr-16	Direccionamiento Estratégico	6. Se evidencio en el Sistema Strategas, alertas en rojo en el indicador avance promoción y divulgación de derechos de la población campesina en el mes de abril de 2015, indicador avance 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 acciones correctivas y esta actividad se pudo cumplir en el año.	No se dejó evidencia de la realización de las reuniones que se realizaron para el seguimiento del POE y Acciones correctivas.	N/A	No se dejó 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 Strategas 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 mensual a actividades del POE	01-may-16	31-ene-17			Cerrado en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Eficaz
1	Auditoría Interna de Gestión	Delegado de Salud	29-dic-15	Evaluación y Seguimiento	No realizan dentro de la periodicidad requerida las reuniones de seguimiento la gestión tal y como lo establece la Resolución 1692 de 2013, cada mes durante los cinco primeros días	No presenta	No se tenía 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	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			Cerrado en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Eficaz
2	Auditoría Interna de Gestión	Delegado 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 tienen claro los lineamientos del manejo de las actas	Se asumían las planillas de asistencia como señal de aceptación de las actas, las cuales se anexaban a la misma	Desconocimiento de la gestión documental del Sistema de Gestión de Calidad	Desconocimiento de la gestión documental del Sistema de Gestión de Calidad		Incluir como 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 las comités	N° de actas firmadas completamente	01-feb-16	31-dic-16			Cerrado en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Eficaz
3	Auditoría Interna de Gestión	Delegado 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 realizó el Análisis de Riesgos 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	N° de Riesgo identificado	01-mar-16	31-dic-16			Cerrado en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Eficaz

		ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO																				Código: SQ-F05						
																						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					Estado de la Acción
N°	Fuente de hallazgo	Detalle de la fuente	Fecha hallazgo	Proceso - Subproceso Afectado	Hallazgo y/o Situación	PORQUE?	PORQUE?	PORQUE?	PORQUE?	PORQUE?	Causa(s) Raíz	ACCIÓN	Tipo de acción	Responsable de ejecución	Recursos	Meta de la acción	Indicador	Fecha Inicio	Fecha Terminación	PRIMER BIMESTRE			PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO					
																				SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO	DOCUMENTOS SOPORTE	OBSERVACIONES OCI						
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 estaba utilizando la TRD debido a que la delegada fue creada mediante resolución 120 de 2012	No esta aprobada la TRD por el Archivo General de la Nación		No esta aprobada la TRD por el Archivo General de la Nación	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 las TRD una vez este aprobada en el Archivo General de la nación, pero se realizara todo la identificación clasificación de la documentación según las directrices establecidas	Acción Correctiva	Norberto Acosta	Logísticos y Humanos	Utilizar la TRD aprobada por el Archivo General de la nación	TRD aplicada	Una vez este aprobada las TRD	31-dic-16	Se cuenta con el formato único de inventario documental - AGN Código AD-P08-F11. De igual manera se cuenta clasificado y documentado en medio físico y magnético.	Formato único de inventario documental - AGN Código AD-P08-F11.	La delegada a través de mensaje electrónico del 16 de marzo de 2017 a la OCI y a la Oficina de Planeación reformuló el Plan de Mejoramiento consultando al Grupo de Gestión Documental para que le orientara al respecto, la acción propuesta consiste en realizar la identificación y clasificación de la documentación de conformidad con las directrices existentes.	0%	Abierto				
5	Auditoria Interna de Gestión	Delegada de Salud	29-dic-15	Gestión de Servicios Administrativos	Organización del archivo de gestión: Carpetas que no están organizadas de acuerdo con la TRD y el manual de archivo vigente	No presenta	La Delegada no cuenta con TRD aprobada	No se estaba utilizando la TRD debido a que la delegada fue creada mediante resolución 120 de 2012	No esta aprobada la TRD por el Archivo General de la Nación		No esta aprobada la TRD por el Archivo General de la Nación	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 las TRD una vez este aprobada en el Archivo General de la nación, pero se realizara todo la Organización de Archivo de Gestión y Transferencias Documentales según las directrices establecidas por la dependencia de Gestión	Acción Correctiva	Norberto Acosta	Logísticos y Humanos	Organizar el Archivo de Gestión y Transferencia Documental según el procedimiento Código AD-P08	100% de documentos organizados	01-ene-16	31-dic-16			Cerrado en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Eficaz				
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 a Manual de Archivo y su disposición en las estanterías no cumplen con organización 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 los funcionarios para la aplicación del procedimiento Código: AD-P08 Organización Archivos de Gestión y Transferencias Documentales, el formato Código: AD-P08-F12, el Instructivo de Comunicaciones Oficiales y Organización de Archivos.	Acción Correctiva	Norberto Acosta	Logísticos y Humanos	Rotular las cajas de archivo según formato vigente y organizar el archivo de gestión	N° de cajas rotuladas y organizadas según formato vigente	01-ene-16	31-dic-16			Cerrado en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Eficaz				
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 ADP008-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 revisó 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 ADP008-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			Cerrado en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Eficaz				
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 sofkaflan 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 específica para la gestión de recursos físicos esta bajo la responsabilidad de la Subdirección administrativa, como lo establece el Decreto 02 de 2014.			La función específica para la gestión de recursos físicos esta bajo la responsabilidad de la Subdirección administrativa.	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			Mediante mensaje electrónico del 15 de marzo de 2017 el profesional asignado para esta labor manifestó que la red de gabinetes contra incendios y sus equipos (motobombas y tableros de control) ya están en funcionamiento, además los extintores que se instalaron tienen carga vigente hasta noviembre de 2017.	100%	Cerrado Eficaz				
9	Auditoria Interna de Gestión	Delegada de Salud	29-dic-15	Evaluación y Seguimiento	Por falla en los controles en gestión documental se extraviaron los radicados números 201500827297, 201500827306 Claudia Patricia Alvarado Pachón y 201500842631, 201500842731 201500842773 y 201500842793, oficios 423 de octubre de 2015 de Rodrigo Alberto Zapata Sierra.	No presenta	No se realizó el registro de estos radicados en el formato establecido en el procedimiento, ni se informó al jefe inmediato de los mismos	Se realizó devolución correspondencia por comunicación verbal			Se realizó 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			Cerrado en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Eficaz				
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	No presenta	No se tenía 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 a entregada	01-ene-16	31-dic-16			Cerrado en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Eficaz				
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 informo la correspondencia devuelta al jefe inmediato	N/A			No se registro e informo 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 a devoluciones	01-ene-16	31-dic-16			Cerrado en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Eficaz				
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 hizo 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 los 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			Cerrado en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Eficaz				
6009-1	auditoria interna de gestión	Informe de Auditoria	02-may-16	Gestión de Talento humano	Hallazgo No. 1: No se evidencia el envío en los tiempos establecidos de la concertación de objetivos ni de la calificación de los servidores de carrera administrativa, situación que crea incertidumbre en la concertación para la evaluación de desempeño .	No se ha presentado	por incumplimiento de algunos funcionarios de carrera en la entrega a tiempo de la concertación de objetivos	por vacaciones del defensor regional	Por falta de coordinación	N/A	N/A	Por falta de coordinación	Elaboración de memorando estableciendo fechas de reunión entre el regional y funcionarios de carrera para la concertación de objetivos en la elaboración, entrega y posterior envío de la calificación al nivel central.	Acción Correctiva	Defensor Regional	Humano	1 memorando	N° de requerimientos realizados / N° de requerimientos a realizar	24-ago-16	24-ago-16			0%	Abierto				

ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO																						Código:	SQ-F05		
																						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				Estado de la Acción
Nº	Fuente de hallazgo	Detalle de la fuente	Fecha hallazgo	Proceso / Subproceso Afectado	Hallazgo y/o Situación		¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	Causa(s) Raíz	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	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	
6009-2	auditoria interna de gestión	Informe de Auditoria	02-may-16	Gestión de Talento humano	Hallazgo No. 2: Se evidenció que los siguientes servidores Públicos están pendientes por actualización de SIGEP con corte a diciembre 31 de 2015: Gerney Calderón Perdomo, Oscar Yesid Puentes Cortes, Maritza Escandón Téllez, Carolina Murcia Rodríguez, Eda Ospino Quintero, Vinney Ramirez Rincón, Pedro Rojas Rojas, Héctor William Suarez Moreno, Jorge Rolando Araujo Muñoz, Anderson Cuellar Pinzón, Olga María Leyva González, John Fredy Malagón Muñoz, Carlos Adolfo Perdomo Hermda, Leonardo Rivas Santos, León Edilberto Rodríguez, Diego Arturo SANCHEZ Pinzón, Juan Leonardo Urrutia Tinjaca, Pedro Yepes Gallego.	No se ha presentado	por fallas del sistema	N/A	N/A	N/A	N/A	por fallas del sistema	realizar jornadas periódicas de verificación de datos en el SIGEP.	Acción Correctiva	Ingeniero de sistemas	Humano	hacer dos jornadas de verificación semestrales de la información subida al SIGEP	Nº de jornadas realizadas/2 *100	02-may-16	15-dic-16				0%	Abierto
6009-3	auditoria interna de gestión	Informe de Auditoria	02-may-16	Direccionamiento Estratégico	Hallazgo No.03 : con base a la información recopilada, se evidenciar fallas en la gestión de los riesgos del proceso de la Regional, teniendo en cuenta la escasa participación del equipo de trabajo en la construcción de los mapas de riesgo, la formulación de las acciones para la administración del riesgo, y el no monitoreo y seguimiento de las acciones para mitigar el riesgo que se identificaron, incumpliendo de esta forma, las disposiciones contenidas en cuanto administración de riesgo en el Decreto 1599 de 2001 (por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano) y las resoluciones internas 2006-2010 y 602 de 2013.	No se ha presentado	falta de comunicación entre los diferentes actores implicados	desconocimiento de la metodología	N/A	N/A	N/A	desconocimiento de la metodología	Realizar dos reuniones de monitoreo del mapa de riesgos con sus respectivas actas, aplicando la metodología correspondiente.	Acción Correctiva	Defensor Regional	Humano, Tecnológico	2 reuniones hacer para monitorear al mapa de riesgos	Nº de reuniones programadas/Nº Reuniones realizadas	09-mar-16	31-oct-16	Realización de reunión de monitoreo del mapa de riesgos el día 29 de abril de 2016. Realización de reunión de monitoreo del mapa de riesgos el día 30 de diciembre de 2016.	Acta de reunión elaborada el día 29 de abril de 2016, como electrónico enviado con el acta de este monitoreo realizado (Monitoreo Mapa de Riesgos 29-Abril-2016.pdf) Acta de reunión elaborada el día 30 de diciembre de 2016, como electrónico enviado con el acta de este monitoreo realizado (Monitoreo Mapa de Riesgos 30-Diciembre-2016.pdf)	Se verificaron las memorias de reunión de los monitoreos realizados a los mapas de riesgos de gestión y corrupción con fecha del 29 de abril y el 30 de diciembre de 2016. La acción se cierra con cumplimiento de 100% y de manera eficaz. No obstante, las actividades de monitoreo a los mapas de riesgos deben seguirse realizando con el fin de evitar las causas que generaron el hallazgo.	100%	Cerrado Eficaz
6009-4	auditoria interna de gestión	Informe de Auditoria	02-may-16	Direccionamiento Estratégico	Hallazgo No. 04: Deficiencias en los controles implementados en la Regional para prevenir y reducir el impacto de la desviaciones de cada proceso, afectando el logro de los objetivos institucionales, incumpliendo de esta forma, las disposiciones frente al control interno contenidas en el artículo 6 de la Ley 87 de 1993, el Modelo Estándar de Control Interno MECI-1000:2005, en su elemento controles y el literal B del artículo 5 de la Resolución interna 602 de 2013.	No se ha presentado	por desconocimiento de los procedimientos y controles existentes	sobre carga de trabajo	N/A	N/A	N/A	por desconocimiento de los procedimientos y controles existentes y sobre carga laboral	Realizar reuniones mensuales con el fin de superar las deficiencias que se presentan en los controles que previenen la desviación de los procesos en los diferentes subsistemas del sistema de control interno a saber: Subsistema de control estratégico, Subsistema de control de gestión, Subsistema de control y evaluación.	Acción Correctiva	Defensor Regional	Humano	8 Reuniones de control	Nº de reuniones realizadas/8 *100	01-abr-16	31-dic-16	Reuniones realizadas mensualmente. Actas de ESTRATEGICOS.	ACTA-ENERO.pdf ACTA-FEBRERO.pdf ACTA-MARZO.pdf ACTA-ABRIL.pdf ACTA-MAYO.pdf ACTA-JUNIO.pdf ACTA-JULIO.pdf ACTA-AGOSTO.pdf ACTA-SEPTIEMBRE.pdf ACTA-OCTUBRE.pdf ACTA-NOVIEMBRE.pdf	Se verificaron los documentos soportes enviados mediante mensaje electrónico del mes de marzo de 2017 evidenciándose la realización de la evaluación y seguimiento a las actividades del PAA 2016, y la participación del Defensor Regional y de algunos servidores públicos. La acción se cierra con cumplimiento del 100% y de manera eficaz. Es importante resaltar que, la Regional debe continuar realizando mensualmente el seguimiento de las actividades planeadas de conformidad con la resolución 1692 de 2013.	100%	Cerrado Eficaz
6009-5	auditoria interna de gestión	Informe de Auditoria	02-may-16	Gestión de servicios administrativos	Los servidores del sector social no conocen e implementación de lineamientos directrices, evaluaciones y controles para la atención al ciudadano por parte de los funcionarios que realizan dicha responsabilidad (no control de los usuarios atendidos en el libro control diseñados para dicho procedimiento situación que impide tener retroalimentación con los usuarios que acuden a la entidad y conocer el nivel de cumplimiento e incumplimiento de sus expectativas. De esta forma se afecta la función administrativa la cual, busca la satisfacción de las necesidades generales de todos los habitantes, de conformidad con los principios, finalidades y cometidos consagrados en la Constitución Política.	No se ha presentado	Por sobre carga de trabajo se registraba de manera incompleta en el sistema de información	N/A	N/A	N/A	N/A	Por sobre carga de trabajo se registraba de manera incompleta en el sistema de información	Realizar el registro completo de los usuarios en el libro de control, usar el sistema implementado por el nivel central RUP con el fin de direccionar a los usuarios de acuerdo a cada caso que se presenta	Acción Correctiva	Defensor Regional	Humano, Tecnológico	Implementación del sistema RUP y retroalimentación con los usuarios	100/100	01-abr-16	31-dic-16				0%	En Ejecución
6009-6	auditoria interna de gestión	Informe de Auditoria	02-may-16	Promoción y divulgación	Hallazgo 06: Incumplimiento de las metas planeadas en el año 2015, respecto a la realización de foros y actividades sobre el Derecho a la participación y el control social.	No se ha presentado	Las actividades planeadas en el paa del año 2015 para esta meta no fueron realizadas en los tiempos propuestos en PAA por razones presupuestales, dichas actividades se realizaron entre los meses de noviembre y diciembre e 2015 a saber: Taller o capacitación en control social con la red departamental de apoyo a las veedurías ciudadanas, Talleres con comités de veedurías ciudadanas, redes de apoyo y organizaciones sociales y comunitarias del departamento y por último el Taller en control social y veedurías ciudadanas con mesa departamental y municipales de	N/A	N/A	N/A	N/A	Las actividades planeadas en el paa del año 2015 para esta meta no fueron realizadas en los tiempos propuestos en PAA por razones presupuestales, dichas actividades se realizaron entre los meses de noviembre y diciembre e 2015 a saber: Taller o capacitac	Realización de las actividades faltantes con el fin de alcanzar las metas del paa, antes de que termine la vigencia de mismo, Taller o capacitación en control social con la red departamental de apoyo a las veedurías ciudadanas, Talleres con comités de veedurías ciudadanas, redes de apoyo y organizaciones sociales y comunitarias del departamento y por último el Taller en control social y veedurías ciudadanas con mesa departamental y municipales de víctimas. Al año	Acción Correctiva	Funcionario de promoción y divulgación	Humano	Realización de los talleres y/o capacitaciones	Nº de talleres y/o capacitaciones / 7 *100	01-abr-16	31-dic-16				0%	En Ejecución

ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO																				Código:	SQ-F05				
																				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				Estado de la Acción	
Nº	Fuente de hallazgo	Detalle de la fuente	Fecha hallazgo	Proceso - Subproceso Afectado	Hallazgo y/o Situación		¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	Causa(s) Raíz	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		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
6009-7	auditoría interna de gestión	Informe de Auditoría	02-may-16	Promoción y divulgación	Hallazgo 07: La no distribución de publicaciones entre los usuarios, centros educativos o instituciones de orden Departamental; se evidencia en la demasiada existencia de las mismas publicaciones.	No se ha presentado	el centro de documentación se empezó a implementar en la regional Caquetá a a partir de finales de 2014 con la creación de oficina de promoción y divulgación muchas publicaciones repressadas son de antes de la creación de esta oficina	no se realizaban jornadas en los centros educativos para la entrega del material	N/A	N/A	N/A	no se realizaban jornadas en los centros educativos para la entrega del material	Implementación por parte del funcionario de promoción y divulgación del centro de documentación de la regional Caquetá con el fin de dar destino final a las publicaciones repressadas	Acción Correctiva	Funcionario de promoción y divulgación	Humano	Implementar el centro de documentación para entrega del material, 2 al año	Nº de entregas realizadas/2º 100	01-abr-16	31-dic-16	Capacitación por parte de la ENPDOR Martha Elizabeth Celis Pérez para la gestión e implementación del centro de documentación en la Regional Caquetá. Distribución de material de promoción y divulgación de derechos Humanos a coordinadores de las mesas municipales de víctimas del Caquetá. Entrega y distribución del material a diversos sectores en la Feria Nacional del servicio al ciudadano realizada en la ciudad de Florencia.	Memorando 3010-01-29.pdf Listado de Asistencia Entrega de material de promoción y divulgación.pdf Formatos de prestamos bibliotecarios.pdf	Con el fin de verificar la totalidad de acciones que demuestren tener un centro de documentación en operaci es necesario solicitar un archivo fotográfico mediante el cual se observe el espacio destinado para ello, la disposición de las publicaciones.	75%	En Ejecución
6009-8	auditoría interna de gestión	Informe de Auditoría	02-may-16	Atención y Trámite	Hallazgo:08: No se clasifican de manera correcta las peticiones en parte por falta de direccionamiento y capacitación desde el nivel central.	No se ha presentado	Inadecuada utilización del sistema de información	por falta de capacitación a los funcionarios	N/A	N/A	N/A	por falta de capacitación a los funcionarios	solicitar capacitaciones en el manejo de las peticiones así como del manejo del sistema de información RUP que permite el direccionamiento de las mismas	Acción Correctiva	Defensor Regional	Humano, Tecnológico	1 solicitud de Capacitación para la implementación del sistema RUP	Nº de solicitudes realizadas / Nº de solicitudes a realizar	27-jul-16	29-jul-16	Se ha realizado capacitación en VisionWeb RUP, bajo la dirección del ingeniero Gustavo Perea. Se recibió capacitación en VisionWeb RUP, esta siendo ejecutado por las dependencias de ATQ y RAJ, sin embargo, por relación a los funcionarios reuñentes existe confusión en la calificación de reuñentes de un funcionario por la falta de capacitación.	Cumplido de permanencia de fecha 28 de Julio de 2016. ProgramacionTurnosRUPen el marzo.pdf	Se verificó el cumplimiento de permanencia emitido por la Regional Caquetá por los días 26, 27 y 28 de julio de 2016 al ingeniero Gustavo Perea Jordan (Profesional Especializado del Grupo de Sistemas) y en la cual se menciona el objetivo de la visita: realización de capacitación en VisionWeb RUP a los funcionarios y contratistas defensores públicos de área promiscua, administrativo y caso de justicia. Adicionalmente, se verificó el archivo con la programación de turnos correspondiente al RUP asignados a los servidores públicos de la Regional entre enero y marzo de 2017. La acción se cierra con cumplimiento de 100% y de manera eficaz.	100%	Cerrado Eficaz
6009-9	auditoría interna de gestión	Informe de Auditoría	02-may-16	Atención y Trámite	Hallazgo 09: Incumplimiento de los términos para reiterar las solicitudes realizadas por la Defensoría Regional, el marco de la gestión de las peticiones.	No se ha presentado	por falta de capacitación a los funcionarios	N/A	N/A	N/A	N/A	por falta de capacitación a los funcionarios	Solicitar constantemente capacitación para los funcionarios en la clase de gestión que se le debe hacer a las peticiones de acuerdo a su clasificación	Acción Correctiva	Defensor Regional	Humano	2 Solicitudes de capacitación permanente a los funcionarios, semestral	Nº de capacitaciones solicitadas/2º100	27-jul-16	31-dic-16	Se ha realizado una capacitación en el proceso misional, subprocesos/Solicitudes y Trámites de Quejas.	Memorando No. 134 fecha 30 de marzo de 2016 (Memorando6009-134.pdf).	Solo se ha realizado una solicitud, observando con preocupación que la misma no fue despachada ni positiva ni negativamente.	50%	En Ejecución
6009-10	auditoría interna de gestión	Informe de Auditoría	02-may-16	Atención y Trámite	Hallazgo: 10: Carencia del listado de funcionarios reuñentes	No se ha presentado	por falta de capacitación a los funcionarios	gran cantidad de peticiones	poco personal para la gran cantidad de peticiones	N/A	N/A	por falta de capacitación a los funcionarios	Llevar el listado de los funcionarios reuñentes y hacer el respectivo seguimiento a los casos en que se presentan funcionarios ausentes	Acción Correctiva	Funcionarios ATQ	Humano	realización de peticiones en los tiempos y de los listados de los	1 listado	27-jul-16	31-dic-16				0%	Abierto
6009-11	auditoría interna de gestión	Informe de Auditoría	02-may-16	Atención y Trámite	Hallazgo 11: Se evidenciaron alarmas en el sistema que no han sido resueltas afectando el debido control de gestión de las peticiones.	No se ha presentado	Falta de tiempo de los funcionarios por carga laboral	disposición de los funcionarios encargados	N/A	N/A	N/A	Falta de tiempo de los funcionarios por carga laboral	Realizar la gestión en el sistema a las peticiones que presentan alarmas, establecer mecanismos de control a estas alarmas, implementar los mecanismos de control propuestos por parte del defensor regional	Acción Correctiva	Defensor regional Funcionarios ATQ	Humano	control permanente en la gestión de las peticiones	Nº de mecanismos de control implementados /Nº de mecanismos de control a implementar	01-abr-16	31-dic-16	Con anterioridad a la identificación del hallazgo dentro de la auditoría realizada, el defensor regional en el primer semestre del año 2016, adelantó brigadas de alimentación de sistema de aquellas solicitudes	Memorando6009-132 Memorando6009-154	Se observan las acciones determinadas por el Defensor Regional al respecto que se encuentran soportadas con las evidencias allegadas.	100%	Cerrado Eficaz
6009-12	auditoría interna de gestión	Informe de Auditoría	02-may-16	subproceso de Defensoría Publica	Hallazgo No. 12: No se diligencian los formatos del sistema de Gestión en su totalidad. No se evidenciaron la totalidad de los formatos de barras solicitados así como tampoco las justificaciones de los defensores insistentes de las cuales debería cuando menos dejarse copia escaneada.	No se ha presentado	No exigencia por parte del Profesional Administrativo y de Gestión	N/A	N/A	N/A	N/A	No exigencia por parte del Profesional Administrativo y de Gestión	Diligenciar los formatos de asistencia de los defensores públicos a las diferentes barras académicas, Exigir la debida justificación en caso de presentarse ausencias a las barras académicas.	Acción Correctiva	Profesional Administrativo y de Gestión	Humano	2 mensuales	Nº de barras académicas realizadas/16º 00	01-abr-16	31-dic-16	Se dejaron las respectivas copias de las barras académicas en el archivo de la regional.	SOPORTE HALLAZGOS BARRAS.pdf	Solo se han enviado 11 soportes de las 16 planteadas en el Plan de Mejora.	62%	En Ejecución
6009-13	auditoría interna de gestión	Informe de Auditoría	02-may-16	subproceso de Defensoría Publica	Hallazgo No. 13: Se encontraron 12 alarmas al momento de la auditoría sobre la aceptación del caso	No se ha presentado	falta de control y gestión por parte del Profesional Administrativo y de Gestión	N/A	N/A	N/A	N/A	falta de control y gestión por parte del Profesional Administrativo y de Gestión	Realizar permanente control y gestión a los casos que maneja el proceso defensorial pública	Acción Correctiva	Profesional Administrativo y de Gestión	realización permanente de control y gestión	Diario	Nº de controles realizados/Nº de controles a realizar	01-abr-16	31-dic-16	Se aceptaron todos los casos que llegan a la regional.	SOPORTE HALLAZGOS RECIBIDO INFORMES0001.	Para poder establecer este cumplimiento es necesario contar con un reporte oficial del sistema de información Vision-Web DP con corte a 31 de diciembre de 2016, lo cual permitirá evidenciar el cumplimiento de la acción. De no ser posible se necesita una imagen de pantalla que muestre esa información.	0%	Abierto
6009-14	auditoría interna de gestión	Informe de Auditoría	02-may-16	subproceso de Defensoría Publica	Hallazgo No. 14: Se encontraron algunos informes mensuales que no tienen constancia de recibido, lo cual afecta la trazabilidad de la información y la posterior verificación del cumplimiento de los términos de entrega, ausencia de punto de control.	No se ha presentado	falta de control y gestión por parte del Profesional Administrativo y de Gestión	N/A	N/A	N/A	N/A	falta de control y gestión por parte del Profesional Administrativo y de Gestión	Registrar la fecha de recibido y firma en los informes de ejecución mensual que presentan los defensores públicos.	Acción Correctiva	Profesional Administrativo y de Gestión	Humano	Registro mensual	Nº de registros realizados/12º 00	01-abr-16	31-dic-16	Todos los informes tienen su respectiva firma de recibido.	SOPORTE HALLAZGOS RECIBIDO INFORMES0001.	Soportado mediante archivos escaneados en los que se observa la firma y fecha de recibido de los informes.	100%	Cerrado Eficaz
6009-15	auditoría interna de gestión	Informe de Auditoría	02-may-16	Subproceso de Recursos y Acciones Judiciales	Hallazgo 15: El funcionario a cargo de este subproceso, no ha recibido capacitación adecuada para el correcto desempeño de las actividades que corresponden a su cargo en la regional auditada.	No se ha presentado	No capacitación al funcionario de RAJ	N/A	N/A	N/A	N/A	No capacitación al funcionario de RAJ	Solicitar capacitación para el funcionario de RAJ	Acción Correctiva	funcionario RAJ	humano	1 solicitud de capacitación	Nº de solicitudes realizadas/1º 100	01-abr-16	31-dic-16				0%	Abierto

																				ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO										Código:	SQ-F05
																														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					Fuente de la Acción						
N°	Fuente de hallazgo	Detalle de la fuente	Fecha hallazgo	Proceso - Subproceso afectado	Hallazgo y/o situación		PORQUE?	PORQUE?	PORQUE?	PORQUE?	PORQUE?	Causa(s) Raíz	ACCIÓN	Tipo de acción	Responsable de ejecución	Recursos	Meta de la acción	Indicador	Fecha inicio	Fecha Terminación	SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO	DOCUMENTOS SOPORTE	OBSERVACIONES DCI	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO							
6009-16	auditoría interna de gestión	Informe de Auditoría	02-may-16	Subproceso de Recursos y Acciones Judiciales	Hallazgo 16: El registro de la información correspondiente al periodo auditado se encuentra atrasado	No se ha presentado	No capacitación al funcionario de RAJ	N/A	N/A	N/A	No capacitación al funcionario de RAJ	Solicitar capacitación para el funcionario de RAJ	Acción Correctiva	funcionario RAJ	humano	1 solicitud de capacitación	N° de solicitudes realizadas/*	01-abr-16	31-dic-16					0%	Abierto						
6009-17	auditoría interna de gestión	Informe de Auditoría	02-may-16	Atención y Trámite	Hallazgo 17: No hay claridad por falta de un direccionamiento específico del nivel central en cuanto a la responsabilidad de registro de la información ya que los funcionarios de ATQ también hacen uso del sistema y del módulo RAJ.	No se ha presentado	No capacitación a los funcionarios de RAJ y ATQ	N/A	N/A	N/A	No capacitación a los funcionarios de RAJ y ATQ	Solicitar capacitación para el funcionario de RAJ	Acción Correctiva	funcionario RAJ	humano y tecnológico	1 solicitud de capacitación	N° de solicitudes realizadas/*	01-abr-16	31-dic-16	Se ha realizado capacitación en VisiónWeb Ruj, bajo la dirección del Ingeniero Gustavo Perea.	Implementación de turnos para funcionarios de ATQ y RAJ.	Se verificó el cumplimiento de permanencia emitido por la Regional Caquetá por los días 26, 27 y 28 de julio de 2016 al Ingeniero Gustavo Perea Jorden (Profesional Especializado del Grupo de Sistemas) y en la cual se menciona el objetivo de la visita: realización de capacitación en VisiónWeb Ruj a los funcionarios y contratistas defensores públicos de área promiscua, administrativo y casa de justicia.	ProgramaciónTurnosRuj.pdf	100%	Cerrado Eficaz						
6009-18	auditoría interna de gestión	Informe de Auditoría	02-may-16	Gestión de servicios administrativos	Hallazgo No. 18 : No se aplican las Directrices del Archivo General de la Nación, en el Manual de Archivo aprobado por Resolución 1036 de 2011 y en las Circulares 2030-005 de 2012, 2030-013 de 2013, expresadas en el desarrollo del presente numeral, en parte por la falta de apoyo por parte del líder de este proceso.	No se ha presentado	No capacitación de los funcionarios, falta de elementos y adecuación del archivo	N/A	N/A	N/A	No capacitación de los funcionarios, falta de elementos y adecuación del archivo	Solicitar capacitación al nivel central frente al manejo del archivo, Solicitar al nivel central la estantería y demás elementos necesarios para el correcto manejo del archivo físico de la regional	Acción Correctiva	Defensor Regional	Financiero, logístico, humano y tecnológico	Capacitación de funcionarios, elementos de archivo y adecuación del sitio de disposición	N° de solicitudes realizadas/*	01-abr-16	31-dic-16					0%	Abierto						
6009-19	auditoría interna de gestión	Informe de Auditoría	02-may-16	Gestión de servicios administrativos	Hallazgo No 19: falencias en la organización y control de los inventarios de la Defensoría Regional, de conformidad con las situaciones evidenciadas en el desarrollo del presente numeral, las cuales se materializan en el incumplimiento de los instructivos relacionados con inventarios por parte de la Subdirección Administrativa (Traslado de responsabilidades)	No se ha presentado	Falta de disponibilidad y por conceptos técnicos sugeridos en algunos bienes	N/A	N/A	N/A	Falta de disponibilidad y por conceptos técnicos sugeridos en algunos bienes	Iniciar el proceso de bajas de los bienes de la Defensoría del Pueblo que así lo requieran con el fin de actualizar los inventarios, Actualizar el registro del traslado interno entre funcionarios de equipos de computo y elementos que están en funcionamiento.	Acción Correctiva	Defensor Regional	Financiero, logístico, humano y tecnológico	realización de manera correcta el proceso de baja de elementos, traslados de bienes entre funcionarios y actualización de inventarios	N° de bajas realizadas/ N° de bienes para baja *100 N° traslados registrados / N° de bienes de la Defensoría regional * 100	01-abr-16	31-dic-16					0%	Abierto						
6009-20	auditoría interna de gestión	Informe de Auditoría	02-may-16	Gestión de servicios administrativos	Hallazgo No 20: bajo una muestra selectiva se encontraron equipos de cómputo, los cuales no están a cargo de los funcionarios y figuran en el inventario reportado por la Subdirección Administrativa en fecha febrero 16 de 2016.	No se ha presentado	Falta de disponibilidad y por conceptos técnicos sugeridos en algunos bienes		N/A	N/A	Falta de disponibilidad y por conceptos técnicos sugeridos en algunos bienes	Iniciar el proceso de bajas de los equipos de computo de la Defensoría del Pueblo que así lo requieran con el fin de actualizar los inventarios.	Acción Correctiva	Defensor Regional	Financiero, logístico, humano y tecnológico	realización de manera correcta el proceso de baja de equipos de computo, traslados entre funcionarios y actualización de inventarios	N° de bajas realizadas/ N° de bienes para baja *100 N° traslados registrados / N° de bienes de la Defensoría regional * 100	03-oct-16	07-oct-16					0%	Abierto						
6009-21	auditoría interna de gestión	Informe de Auditoría	02-may-16	Tecnologías de la información	Hallazgo N.21: No existe conectividad internet por parte de la Defensoría del Pueblo Regional Caquetá cuyo proveedor sea un contratista de la entidad ya que este servicio es costado por los funcionarios de la Regional, creando incertidumbre en el servicio prestado y la comunicación transversal con el nivel central, adicionalmente podría estar pagando por un servicio que no se le presta a la Defensoría.	No se ha presentado	Traslado de sede, el contratista no contaba con la cobertura en redes de comunicación en el sector donde esta ubicada la nueva sede de la regional		N/A	N/A	Traslado de sede, el contratista no contaba con la cobertura en redes de comunicación en el sector donde esta ubicada la nueva sede de la regional	Trasladar e instalar el nuevo enlace terrestre de fibra óptica a la nueva sede de la regional Caquetá .	Acción Correctiva	Ingeniero de sistemas, UNE comunicaciones	Financiero, logístico, humano y tecnológico	1 instalación por parte de la empresa contratista la instalación del canal de comunicación terrestre en la nueva sede	N° de instalaciones realizadas/*	02-may-16	11-jul-16					0%	Abierto						
602001	Auditoría Interna de Gestión	Informe de Auditoría	19-jul-16	Direccionamiento Estratégico	La Regional Magdalena, para el periodo 2016 presentó incumplimiento en las metas propuestas según reporte del sistema de información Strategos, respecto del plan de acción anual 2016 con corte al mes de abril, incumpliendo con lo establecido en la Resolución 169 de 2013 incidiendo en el logro de los objetivos institucionales, en la toma de decisiones de la entidad y el seguimiento a la gestión.	No se ha presentado	Los funcionarios no entregan las cifras acorde a lo planeado.		N/A		Falta de estrategia de seguimiento a las actividades que permita cumplir las metas.	Realizar un control mensual con el fin de que las metas del PAA presenten un cumplimiento de por lo menos 98%	Acción Correctiva	Defensoría Regional Magdalena	Recurso humano	Cumplir a las metas propuestas en Strategos.	No. de metas sin cumplir / No. total de metas	01-oct-16	31-ene-17			El 22-ene-2017, Planeación dio aprobación al Plan de Mejoramiento y durante Feb de 2017 no reportó avance. El control lo debe realizar cada líder de proceso y presentar un informe de la gestión realizada mensualmente al Defensor Regional (la cual debe formar parte de la memoria de seguimiento a Strategos y registrada en el Aplicativo Strategos - campo Observaciones) 2172-2194	0%	Abierto							
602002	Auditoría Interna de Gestión	Informe de Auditoría	19-jul-16	Gestión del Talento Humano	No se realizaron jornadas de reincusión en la vigencia 2015, así como tampoco el primer semestre de 2016 (Decreto Ley 1567 de 1998 - por el cual se crea el sistema nacional de capacitación y el sistema de estímulos para los empleados del Estado).		Incumplimiento en la realización del proceso de reincusión.		N/A		se presentó desconocimiento de la realización en los tiempos establecidos por la norma	Concientizar a los funcionarios de la importancia del proceso de reincusión y realizar las mismas a los funcionarios vigencia 2015 y 2016.	Corrección	Defensor Regional	Recurso humano	Cumplir las jornadas de reincusión 2015 y primer semestre 2016	Un (1) Proceso de reincusión	01-oct-16	30-mar-17			El 22-ene-2017, Planeación dio aprobación al Plan de Mejoramiento y durante Feb de 2017 no reportó avance. Se recomienda que el Líder del Proceso de Gestión de Talento Humano (Defensor Regional) en coordinación con el P.G. 15 - Ing. Sistemas (cargo administrativo), solicite a la Subdirección de Talento Humano, los lineamientos para realizar la reincusión a los servidores y realizarla (levantando evidencias). La evidencia de cumplimiento esta acción es la solicitud a Talento Humano y las evidencias de haber realizado el proceso de reincusión. Posteriormente formará parte del Plan de Mejoramiento para la Subdirección de Talento Humano por ser el responsable directo del tema a nivel nacional.	0%	Abierto							

ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO																				Código: SQ-F05					
																				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					
N°	Fuente de Hallazgo	Detalle de la Fuente	Fecha Hallazgo	Proceso - Subproceso Afectado	Hallazgo y/o Situación		¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	Causa(s) Raíz	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	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	Estado de la Acción
602003	Auditoría Interna de Gestión	Informe de Auditoría	19-jul-16	Gestión del Talento Humano	Fallas en la realización de las reuniones mensuales que se deben realizar del COPASST de conformidad con lo dispuesto en el artículo 12 de la 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 se dictan otras disposiciones.		Se realizaron las reuniones mensuales pero no se dejaron registro de las mismas	Desconocimiento de la realización de actas.	Falta de cultura en el adecuado control de registros (actas de reunión)	N/A		Falta de cultura en el adecuado control de registros (actas de reunión)	Concientizar a los funcionarios de la importancia de realizar la memoria de reunión mensual del COPASST efectuar la realización de las mismas.	Acción Correctiva	Funcionarios comité COPASST	Recurso humano	Totalidad de memoria de reunión mensual realizadas	Siete (7) memorias de reunión / No. total de memorias de reunión	01-oct-16	31-ene-17			El 22-ene-2017, Planeación dio aprobación al Plan de Mejoramiento y durante Feb de 2017 no reportó avance. Se recomienda que los representantes por parte de la Regional al COPASST sean los responsables de esta acción; quienes deben realizar las reuniones y levantar memoria de reunión (firmada por todos los asistentes en cada una de las hojas). La evidencia es el envío de las tres (3) memorias de reunión de los meses de enero, febrero, marzo de 2017.	0%	Abierto
602004	Auditoría Interna de Gestión	Informe de Auditoría	19-jul-16	Gestión del Talento Humano	No se han definido planes de emergencia de conformidad con lo establecido en el Decreto 1443 de 2014, a través del cual el Ministerio del Trabajo dicta disposiciones para la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST).		No aplicación de las directrices contenidas en el Decreto 1443 de 2014.	Desconocimiento del Decreto.	N/A			Desconocimiento del Decreto.	Socializar las directrices del Decreto 1443 de 2014 e implementar planes de emergencia dentro del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.	Acción Correctiva	Comité de Emergencia	Recurso humano	Implementación de los planes de emergencia	No. planes a implementar / No. planes de emergencia	01-oct-16	31-ene-17			El 22-ene-2017, Planeación dio aprobación al Plan de Mejoramiento y durante Feb de 2017 no reportó avance. Se recomienda que los representantes por parte de la Regional al Comité de Emergencia sean los responsables de esta acción; quienes deben realizar la socialización del Decreto y realizar memoria de reunión (firmada por todos los asistentes en cada una de las hojas). La evidencia es el envío de una (1) memoria de reunión; que pudo haberse realizado durante el primer trimestre de año. Esa socialización se le debe realizar posteriormente a cada funcionario nuevo que ingrese a la Regional y dejar evidencia de ello.	0%	Abierto
602005	Auditoría Interna de Gestión	Informe de Auditoría	19-jul-16	Gestión del Talento Humano	Fallas en el registro de la información que debe registrarse de todos los servidores públicos que conforman la Defensoría Regional Magdalena en el Sistema de Información y Gestión del Empleo Públicos/SIGEP, a pesar de que la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional, obliga a divulgar la información de las personas que se encuentran vinculadas bien sea por contrato de prestación de servicios, en carrera o en provisionalidad.		Falta de armonización con el nivel central.	Falta de socialización del funcionamiento del SIGEP.	N/A			Falta de socialización del funcionamiento del SIGEP.	Requerir cumplimiento del registro de la información faltante en el SIGEP.	Corrección	Funcionarios	Recurso humano y tecnológico	Totalidad de información de los servidores públicos registrada en el SIGEP	No. de servidores públicos con información faltante por registrar en el SIGEP / No. de servidores públicos totales	01-oct-16	31-ene-17			El 22-ene-2017, Planeación dio aprobación al Plan de Mejoramiento y durante Feb de 2017 no reportó avance. Se recomienda que esté sea responsabilidad de todos cada uno de los servidores de la Regional; quienes deben ingresar al SIGEP con su usuario y contraseña y actualizar la información. Una vez la actualicen deben reportárselo a la Subdirección de Talento Humano (Jos Gerardo Gonzalez - josegonzalez@defensoria.gov.co) por correo electrónico para que este emita el Vo. Bo. Cuando tengan este correo se lo remiten al P.G. 15 - Líder de Sistemas para que consolide la información de la Regional y remita el correspondiente informe a la OCI. Fecha máxima para reportar la actualización al Ing. Andrés es el 19 de mayo de 2017.	0%	Abierto
602006	Auditoría Interna de Gestión	Informe de Auditoría	19-jul-16	Evaluación de la Satisfacción de Grupos de Interés	La Defensoría Regional no está aplicando todos los lineamientos para la atención de sus Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias y Felicitaciones (PQRSDF), como lo son promover y orientar a los usuarios para la correcta utilización del buzón, extraer y registrar semanalmente las PQRSDF del buzón y realizar el informe estadístico de las PQRSDF. Criterios que fueron establecidos por la Secretaría General y divulgados a todas las Defensorías Regionales mediante correos electrónicos de octubre de 2014 y definidos en el procedimiento (EG-P01) vigente desde el 10 de diciembre de 2016.		No empoderamiento del proceso	Incumplimiento de las directrices del procedimiento.	N/A			Incumplimiento de las directrices del procedimiento.	Aplicar los lineamientos expedidos para la atención de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias y Felicitaciones (PQRSDF).	Acción Correctiva	Funcionarios	Recurso humano	Cumplimiento de los lineamientos para PQRSDF	No. de lineamientos faltantes por cumplir / No. total de lineamientos	01-oct-16	31-ene-17			El 22-ene-2017, Planeación dio aprobación al Plan de Mejoramiento y durante Feb de 2017 no reportó avance. Recomendamos que de acuerdo al Manual de funciones e instructivo enviado por Secretaría General - Grupo de Atención al Ciudadano está acción este a cargo del P.G. 15 (Ing. Sistemas) junto con el Defensor Regional igualmente se recomienda que realicen una socialización a todos los servidores de la entidad; incluidos contratistas y levanten listado de asistencia a dicha capacitación. La evidencia del cumplimiento respecto a los lineamientos, es llevar el libro control de PQRSDF y enviar fotografías del mismo actualizado a la fecha de reporte de cumplimiento.	0%	Abierto
602007	Auditoría Interna de Gestión	Informe de Auditoría	19-jul-16	Gestión de Servicios Administrativos	Carencia de aire acondicionado.		No existe en este momento el contrato de mantenimiento para los aires acondicionados, el cual depende de la gestión de la Subdirección Administrativa	N/A	N/A			No existe en este momento el contrato de mantenimiento para los aires acondicionados, el cual depende de la gestión de la Subdirección Administrativa	Gestión para la realización del mantenimiento de los aires acondicionados de la Regional	Corrección	Subdirección administrativa	Financiero	Funcionamiento de los aires acondicionados de la regional	Nº de aires acondicionados funcionando/Nº de aires acondicionados funcionando	01-oct-16	30-mar-17			El 22-ene-2017, Planeación dio aprobación al Plan de Mejoramiento y durante Feb de 2017 no reportó avance. Se dará por cumplido cuando se reciba el reporte de dato a la Sub-Administrativa (Líder del Proceso Regional P.G. 15 Ing. Sistemas) firmado por el Defensor Regional y soliciten el mantenimiento respectivo. Posteriormente se debe incluir en un Plan de Mejoramiento para el Líder Proceso a Nivel Nacional (Subdirección Administrativa).	0%	Abierto
602008	Auditoría Interna de Gestión	Informe de Auditoría	19-jul-16	Gestión de Servicios Administrativos	Goteras y Humedad en algunas oficinas		La gestión de la Regional no implica resultados del nivel central.	No existe en este momento contrato para la reparación de los techos.	N/A			No existe en este momento contrato para la reparación de los techos.	Gestionar recursos para la adecuación locativa de la sede que permita la reparación del techo de la sede regional.	Corrección	Subdirección administrativa	Financiero	Reparación de daños en la Regional Magdalena	Nº de reparaciones/Nº de daños locativos	01-oct-16	30-mar-17			El 22-ene-2017, Planeación dio aprobación al Plan de Mejoramiento y durante Feb de 2017 no reportó avance. Se dará por cumplido cuando reciba el reporte de solicitud de adecuación a la Sub-Administrativa; posteriormente se debe incluir en un Plan de Mejoramiento para el Líder del Proceso a Nivel Nacional.	0%	Abierto
602009	Auditoría Interna de Gestión	Informe de Auditoría	19-jul-16	Direccionamiento Estratégico	Se evidenció en el sistema Strategas alertas en Rojo por el no cumplimiento de las metas propuestas a la fecha de la auditoría.		Los funcionarios no entregan las cifras acorde a lo planeado.	Falta de estrategia de seguimiento a las actividades que permita cumplir las metas.	N/A			Falta de estrategia de seguimiento a las actividades que permita cumplir las metas.	Realizar un control mensual con el fin de que las metas del PAA presenten un cumplimiento de por lo menos 98%	Acción Correctiva	Defensoría Regional Magdalena	Humano	Cumplir a las metas propuestas en Strategas.	No. de metas sin cumplir / No. total de metas	01-oct-16	31-dic-16			El 22-ene-2017, Planeación dio aprobación al Plan de Mejoramiento y durante Feb de 2017 no reportó avance. Se recomienda que el control lo realice cada líder de proceso regional (ATQ - Defensoría Pública - Promoción y Divulgación, etc.) y presentar un informe de la gestión realizada mensualmente al Defensor Regional; la cual debe además quedar registrada en Aplicativo Strategas campo observaciones. Estos informes deben formar parte de la memoria de seguimiento que realice el Regional al cumplimiento de metas mensual.	0%	Abierto

				ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO																		Código: SQ-F05		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					Estado de la Acción
Nº	Fuente de hallazgo	Detalle de la fuente	Fecha hallazgo	Proceso - Subproceso Afectado	Hallazgo y/o Situación		PORQUE?	PORQUE?	PORQUE?	PORQUE?	PORQUE?	Causa(s) Raíz	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	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO				
602010	Auditoría Interna de Gestión	Informe de Auditoría	19-jul-16	Subproceso de Defensoría Pública	No hay una adecuada planeación en la atención al usuario, se evidencia sobrecarga - concentración de actividades en los Coordinadores administrativos y de gestión en sus diferentes casos creando desatención en actividades de seguimiento a los reportes e informes de los Defensores Públicos a su cargo entre otros.		No había una distribución de las funciones de los auxiliares administrativos, adscritos a Defensoría Pública.	Hay tres Profesionales Administrativos y de Gestión y solo hay dos auxiliares administrativos.	Falta de personal (1 auxiliar administrativo) que realice las funciones	N/A		Falta de personal (1 auxiliar administrativo) que realice las funciones	Las funciones de los auxiliares administrativos serán reasignadas para desconcentrar las funciones. Además se gestionará con el nivel central el ingreso de otro auxiliar administrativo.	Acción Correctiva	Defensoría Regional Magdalena	Humano	Asignación de tiempos en la atención a los usuarios	No. de solicitudes realizadas / No. de solicitudes a realizar	01-oct-16	30-mar-17			El 22-ene-2017, Planeación dio aprobación al Plan de Mejoramiento y durante Feb de 2017. Según la información suministrada por la Subdirección de Talento Humano en la Regional existen tres (3) cargos P.G. 19- y dos (2) Auxiliares Admin G. 10 ; el nombramiento de otro Auxiliar G. 10 se escapa de la competencia del Defensor Regional, razón por la cual para cumplir esta acción se solicita: 1. Memorando dirigido a Talento Humano solicitando el personal que requiere la Regional para desarrollar eficientemente sus funciones 2. Memoria de Reunión realizada con el grupo de Defensa Pública donde de común acuerdo establezcan la distribución equitativa de trabajo entre los funcionarios activos actualmente (con copia a la Subdirección de Talento Humano); ya que es incierto cuando nombren a nuevo servidor.	0%	Abierto			
602011	Auditoría Interna de Gestión	Informe de Auditoría	19-jul-16	Subproceso de Defensoría Pública	Insistencia a las barras académicas por parte de la Dra. Claudia Helena Serje Coordinadora de Barra Académica - responsable según contrato No.3752, se evidenció la delegación de dicha responsabilidad en terceros no propiamente con la experiencia laboral académica para las expectativas de los Defensores Públicos, no presentación al supervisor los temas a tratar, metodología, no entrega de material académico didáctico; creando incertidumbre en las siguientes reuniones requeridas. Se evidencian correos electrónicos de llamados de atención por parte del Profesional administrativo y de gestión (supervisor Dr. Harlen Contreras Londoño.		La contratista no atiende a las obligaciones contractuales ni las observaciones que le realiza el supervisor del contrato.	Falta de compromiso por parte de la Contratista en el cumplimiento de sus funciones.	N/A			Falta de compromiso por parte de la Contratista en el cumplimiento de sus funciones.	Remisión de informes a la Dirección Nacional de Defensoría Pública reportando esta situación, para tomar los correctivos.	Acción Correctiva	Coordinadores de Defensoría Pública	Recurso humano	Dirección Nacional de Defensoría Pública tome los correctivos en cumplimiento al	No. de comunicaciones realizadas / No. de comunicaciones a realizar	01-oct-16	31-dic-16			El 22-ene-2017, Planeación dio aprobación al Plan de Mejoramiento y durante Feb de 2017 no reportó avances. Remitir a la OCI los reportes de incumplimiento del Contrato de la Sra. Claudia Helena Serje, durante el segundo periodo de 2016 e informar si para el 2017 le renovaron contrato. Esta acción debe ser remitida por la Dra. Harlen Contreras Londoño - P.G. 19 Defensoría Pública.	0%	Abierto			
602012	Auditoría Interna de Gestión	Informe de Auditoría	19-jul-16	Subproceso de Atención y Trámite de Quejas, Solicitudes y Asesoría	El sistema Visión Web DP, presenta atrasos por unidad, dificultando el cumplimiento de las metas propuestas adicionalmente se constató la lentitud del sistema durante la auditoría in-situ		La regional cuenta con equipos obsoletos	La gestión de la Regional no implica resultados del nivel central.	Falta de adquisición por parte del nivel central de equipos para la prestación del servicio.	N/A		Falta de adquisición por parte del nivel central de equipos para la prestación del servicio.	Gestionar ante el nivel central la adquisición de mas equipos de computo.	Acción Correctiva	Subdirección Administrativa	recursos financieros y logísticos	Adquisición de nuevos equipos de computo	No. de equipos adquiridos	01-oct-16	30-mar-17			El 22-ene-2017, Planeación dio aprobación al Plan de Mejoramiento y durante Feb de 2017 no reportó avances. Se dará por cumplido cuando recieven el correo electrónico mediante el cual realizaron la solicitud de elementos para el 2017, dirigida a la SubAdministración en la oportunidad requerida. Esta acción forma parte del Plan de Mejoramiento que se establezca para el Lío del Proceso a nivel Nacional (Subdirección Administrativa).	0%	Abierto			
602013	Auditoría Interna de Gestión	Informe de Auditoría	19-jul-16	Direccionamiento Estratégico	Deficiencia en la capacidad de los equipos de cómputo.		La regional cuenta con equipos obsoletos	La gestión de la Regional no implica resultados del nivel central.	Falta de adquisición por parte del nivel central de equipos para la prestación del servicio.	N/A		Falta de adquisición por parte del nivel central de equipos para la prestación del servicio.	Gestionar ante el nivel central la adquisición de mas equipos de computo.	Acción Correctiva	Subdirección Administrativa	recursos financieros y logísticos	Adquisición de nuevos equipos de computo	No. de equipos adquiridos	01-oct-16	30-mar-17			Aplica la misma observación realizada para el hallazgo 602012.	0%	Abierto			
602014	Auditoría Interna de Gestión	Informe de Auditoría	19-jul-16	Subproceso de Atención y Trámite de Quejas, Solicitudes y Asesoría	Se presentan quejas pendientes de cerrar por el año 2015, en el Sistema Visión Web ATQ, situación que genera desinformación en las estadísticas del consolidado a nivel nacional.		No se alimenta de forma oportuna el sistema de Visión Web - ATQ.	No se esta aplicando correctamente el procedimiento AT-P01	Desconocimiento de los funcionarios en la aplicación de los procedimientos del proceso AT	N/A		Desconocimiento de los funcionarios a la aplicación de los procedimientos del proceso AT	Socializar a los funcionarios de la regional magdalena los procedimientos y formatos del proceso AT y conclusión en Visión Web ATQ de las quejas de 2015.	Acción Correctiva	Funcionarios de ATQ	Recurso humano y tecnológico	Total de quejas cerradas 2015	No. de quejas sin tramitar año 2015 / No. total de quejas y Socialización	01-oct-16	01-abr-17			El 22-ene-2017, Planeación dio aprobación al Plan de Mejoramiento y durante Feb de 2017 no reportó avances. Teniendo en cuenta que el líder del proceso de ATQ es el P.G. 18 (JOSPHO MAESTRE SHIRLEY VERÓNICA), recomendamos que sea apoyada durante los tres (3) primeros meses por el P.G. 17 (NEIRA RODRIGUEZ SERGIO ANDRÉS) teniendo en cuenta que ingreso a la entidad el 22 de febrero de 2017, entre los dos (2) profesionales socializar a todos los servidores de la regional el proceso de Atención y Trámite que se encuentra publicado en el listado maestro de documentos; para lo cual se sugiere realizar capacitaciones a grupos de diez (10) personas. Iniciando por los siete (7) funcionarios de ATQ. La evidencia es el registro fotográfico de la capacitación y el listado de asistencia. Esta actividad se debe realizar en el menor tiempo posible. Por otro lado la P.G. 18- ATQ debe recibir capacitación por parte del Ing. sistemas en el Aplicativo Visión Web (RUP-ATQ) de lo cual deben dejar como evidencia memoria de reunión; para que genere los informes estadísticos de Visión Web (módulos RUP-ATQ) con base a los cuales debe realizar seguimiento y control al grupo de ATQ. En ese orden de ideas a esta fecha: debe haber cero (0) quejas pendientes por cerrar correspondientes al 2015 y años inferiores. Del 2016.	0%	Abierto			

										ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO										Código:	SQ-F05			
																				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				Estado de la Acción
N°	Fuente de Hallazgo	Detalle de la fuente	Fecha Hallazgo	Proceso - Subproceso Afectado	Hallazgo y/o Situación		¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	Causa(s) Raíz	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	
602015	Auditoría Interna de Gestión	Informe de Auditoría	19-jul-16	Gestión de Servicios Administrativos	No se evidenció un adecuado archivo de las peticiones realizadas por los Usuarios.	Falta de unidad de criterio en la organización.	Falla en la aplicación de los lineamientos de Gestión Documental	N/A			Falla en la aplicación de los lineamientos de Gestión Documental	Realizar jornadas para organizar de forma adecuada los archivos, siguiendo los lineamientos de Gestión Documental de la entidad	Acción Correctiva	Defensoría Regional Magdalena	Recurso humano	Archivo organizado	N° de jornadas realizadas/N° jornadas planificadas	01-oct-16	01-oct-17			El 22-ene-2017, Planeación dio aprobación al Plan de Mejoramiento y durante Feb de 2017 no reportó avances. La Organización del Archivo es responsabilidad de todos los funcionarios. Se recomienda que cada persona maneje sus carpetas con gestión documental (activo-inactivo) realizar gestión con el SENA para que realicen sus prácticas estudiantiles de gestión documental para organizar el archivo que este pendiente; se recomienda igualmente que el líder del Proceso Administrativo de la Regional (P.G.15 - Ingeniero de sistemas) establezca la estrategia a desarrollar durante el 2017 para organizar el archivo con el apoyo de todos los servidores. Teniendo en cuenta las limitaciones de personal que tiene actualmente la Regional se recomienda que cada área maneje su propio archivo; realizando toda la gestión documental, cada área debe remitir por correo electrónico a la Auxiliar Administrativo G. 6 (ARISTIZABAL SALAZAR LEYDI DAYANA) el listado de las carpetas que está manejando en un cuadro de Excel para que esta consolide y tengan la información de la regional para consulta y seguimiento. Por lo anterior todos deben recibir capacitación en Gestión Documental. La evidencia de cumplimiento de esta acción es una memoria de reunión donde se establezcan las estrategias y jornadas de archivo para el 2017 firmada.	0%	Abierto
602016	Auditoría Interna de Gestión	Informe de Auditoría	19-jul-16	Gestión de Servicios Administrativos	Carencia de impresoras para el cumplimiento de entrega de soporte de solicitud de la petición del usuario causando malestar y credibilidad del servicio de la Defensoría Magdalena.	La regional cuenta con equipos obsoletos	La gestión de la Regional no implica resultados del nivel central.	Falta de adquisición por parte del nivel central de equipos para la prestación del servicio.	N/A		Falta de adquisición por parte del nivel central de equipos para la prestación del servicio.	Gestionar ante el nivel central la adquisición de impresoras, para mejorar la prestación del servicio.	Acción Correctiva	Subdirección administrativa	recursos financieros y logísticos	Adquisición de nuevas impresoras	No. de equipos adquiridos	01-oct-16	30-mar-17			El 22-ene-2017, Planeación dio aprobación al Plan de Mejoramiento y durante Feb de 2017 no reportó avances. Se dará por cumplido cuando reenvíen el correo electrónico mediante el cual realizaron la solicitud de elementos para el 2017, dirigida a la SubAdministrativa en la oportunidad requerida.	0%	Abierto
602017	Auditoría Interna de Gestión	Informe de Auditoría	19-jul-16	Subproceso de Atención y Trámite de Quejas, Solicitudes y Asesoría	No existe un control estandarizado en la Regional Magdalena, de las peticiones por el funcionario que atiende al usuario, cada uno utiliza su control, situación que causa retrasos e inconvenientes en sus demás compromisos laborales.	No se esta aplicando correctamente el procedimiento de los procedimientos del proceso AT	Desconocimiento de los funcionarios en la aplicación de los procedimientos del proceso AT	N/A			Desconocimiento de los funcionarios en la aplicación de los procedimientos del proceso AT	Socializar a los funcionarios de la regional magdalena los procedimientos y formatos del proceso AT, para mejorar la atención a los usuarios	Acción Correctiva	Funcionarios de ATQ	Recurso humano	Aplicación de los registros para el control de ATQ en la regional	N° de socializaciones realizadas/ N° Socializaciones a realizar	01-oct-16	15-feb-17			El 22-ene-2017, Planeación dio aprobación al Plan de Mejoramiento y durante Feb de 2017 no reportó avances. Con el cumplimiento de la acción del hallazgo 602014 se cumple con el hallazgo 602017.	0%	Abierto
602018	Auditoría Interna de Gestión	Informe de Auditoría	19-jul-16	Gestión de Servicios Administrativos	Debilidades en la aplicación de las directrices del Archivo General de la Nación; Ley 594 de 2000/Ley General de Archivos y la Resolución 412 de 2015, mediante la cual se aprueba la actualización del manual de archivo versión No. 2 de la Defensoría del Pueblo.	Falta de empoderamiento de los funcionarios.	Incumplimiento de la Ley 594 de 2000/Ley General de Archivos.	N/A			Socializar y cumplir con las directrices del Archivo General de la Nación implementándolas en la Regional y dejando las evidencias en acta y registros fotográficos	Acción Correctiva	Funcionarios	Recurso humano	Cumplimiento de las directrices del Archivo General de la Nación	No. de directrices por cumplir / No. total de directrices	01-oct-16	31-ene-17			El 22-ene-2017, Planeación dio aprobación al Plan de Mejoramiento y durante Feb de 2017 no reportó avances. La Socialización se realiza a través de una capacitación bien sea por parte del Grupo de Gestión Documental (Subdirección Administrativa) o dada por una Universidad de Santa Marta; así mismo a través de la auto capacitación (leer los documentos publicados en el listado maestro de documentos). El cumplimiento se ve reflejado en las carpetas que cada uno de los servidores maneja las cuales deben estar con gestión documental (organizadas las hojas por tamaño, foliadas, sin gachos de cosedora, relacionados los documentos en el formato y no más de 200 folios por carpeta).	0%	Abierto	
602019	Auditoría Interna de Gestión	Informe de Auditoría	19-jul-16	Gestión de Servicios Administrativos	Se evidenciaron impresoras y aires acondicionados de propiedad personal de los servidores públicos de la Defensoría Regional, creando incertidumbre en los bienes de la Regional Magdalena.	Ingreso de elementos personales tales como: abanicos, impresoras, aires, etc.	Al no contar los servidores públicos con los elementos necesarios para el desarrollo de sus funciones ingresan a la Defensoría del Pueblo dichos elementos.	Pese a que no se cuente con los elementos y se ingresen bienes propiedad de los servidores públicos no se esta dejando registro para control de inventarios	N/A		Pese a que no se cuente con los elementos y se ingresen bienes propiedad de los servidores públicos no se esta dejando registro para control de inventarios	Registrar todos los bienes propiedad de los servidores públicos	Corrección	Defensor Regional	Recurso humano	Registrar todos los bienes propiedad de los servidores públicos	1 Registro de todos los elementos que ingresan a la Regional	01-oct-16	15-feb-17			El 22-ene-2017, Planeación dio aprobación al Plan de Mejoramiento y durante Feb de 2017 no reportó avances. Los funcionarios que tengan elementos de su propiedad en las instalaciones de la Defensoría deben registrar (ingreso y salida) en el libro de control del guarda de Seguridad; para el correspondiente control. La evidencia del cumplimiento de esta acción es el registro fotográfico del libro de seguridad donde se registre el ingreso de dichos elementos y el nombre del servidor	0%	Abierto
602020	Auditoría Interna de Gestión	Informe de Auditoría	19-jul-16	Gestión de Servicios Administrativos	Se evidenciaron elementos de oficina inservibles en condiciones para dar de baja y dados de baja en diferentes puntos de la Defensoría del Pueblo desmejorando la imagen de la Defensoría.	Se siguen utilizando Elementos o bienes a pesar de que se han dados de baja	Por necesidad del servicio se mantuvieron en uso algunos elementos dados de baja	N/A			Por necesidad del servicio se mantuvieron en uso algunos elementos dados de baja	Retirar de la sede regional los bienes inservibles dados de baja y realizar las bajas del año 2016.	Acción Correctiva	Funcionario del área Administrativa	Recurso humano	Dar de baja a bienes inservibles	Una (1) Resolución de bajas	01-oct-16	31-ene-17			El 22-ene-2017, Planeación dio aprobación al Plan de Mejoramiento y durante Feb de 2017 no reportó avances. Se recomienda que atendiendo con el manual de funciones corresponde al P.G. 15 -Admin (Ing. Sistemas) realizar acción bajo la coordinación del Defensor Regional	0%	Abierto
602021	Auditoría Interna de Gestión	Informe de Auditoría	19-jul-16	Direccionamiento Estratégico	La UPS de respaldo de energía y las baterías requieren de mantenimiento.	La gestión de la Regional no implica resultados del nivel central.	Falta de remisión del nivel central de recursos para el mantenimiento de la UPS.	N/A			Falta de remisión del nivel central de recursos para el mantenimiento de la UPS.	Realización del mantenimiento de la UPS.	Acción Correctiva	Nivel central	recursos financieros y logísticos	Mantenimiento de la UPS	No. de mantenimientos realizados / No. de mantenimientos a realizar	01-oct-16	30-mar-17			El 22-ene-2017, Planeación dio aprobación al Plan de Mejoramiento y durante Feb de 2017 no reportó avances. Se dará por cumplido cuando reenvíen el correo electrónico mediante el cual realizaron la solicitud de mantenimiento para el 2017, dirigida a la SubAdministrativa con copia al Grupo de Sistemas en la oportunidad requerida.	0%	Abierto
602022	Auditoría Interna de Gestión	Informe de Auditoría	19-jul-16	Gestión de Servicios Administrativos	El Sistema Híbrido Avanzado marca PANASONIC KY-TES624 se encuentra ubicado en el piso frente al Rack de Comunicaciones, representando un riesgo para el equipo.	Falta de disposición de tiempo.	No ubicar correctamente el sistema híbrido avanzado.	N/A			No ubicar correctamente el sistema híbrido avanzado.	Realizar el correctivo de la posición de la planta telefónica.	Corrección	Despacho Regional	recursos logísticos	Ubicación adecuada del sistema híbrido avanzado	1 reubicación	01-oct-16	30-oct-17			El 22-ene-2017, Planeación dio aprobación al Plan de Mejoramiento y durante Feb de 2017 no reportó avances. Por manual de funciones le corresponde al P.G. 15 -Admin (Ing. Sistemas) realizar acción bajo la coordinación del Defensor Regional.	0%	Abierto

	ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO																				Código:	SQ- F05			
																					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					Estado de la Acción
Nº	Fuente de hallazgo	Detalle de la fuente	Fecha hallazgo	Proceso - Subproceso Afectado	Hallazgo y/o Situación		¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	Causa(s) Raíz	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	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	
602001	Auditoría Interna de Gestión	Informe de Auditoría	19-Jul-16	Gestión de Servicios Administrativos	Fallas en la realización de reuniones bimestrales que se deben realizar del Subcomité Regional, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 5 de la Resolución 1270 de 2013, por la cual se reestructura el Comité de Gestión Ambiental de la Defensoría del Pueblo.		Falta de disposición de tiempo.	Desconocimiento de la Resolución 1270 de 2013.	N/A		Desconocimiento de la Resolución 1270 de 2013.	Realizar las actas de reuniones bimestrales.	Acción Correctiva	Funcionarios	Recurso humano	Totalidad de reuniones bimestrales realizadas	Tres (3) reuniones bimestrales / No. total de reuniones bimestrales	01-oct-16	31-ene-17			El 22-ene-2017, Planeación dio aprobación al Plan de Mejoramiento y durante Feb de 2017 no reportó avances. Los servidores designados para el Comité Ambiental son los responsables de esta acción. La evidencia de cumplimiento es: 1. capacitación a todos los servidores sobre la Resolución 1270 de 2013 (registro fotográfico y listado de asistencia una vez por año) 2. Cumplimiento las acciones contempladas en el Plan de Gestión Ambiental Vigente y memorias de reunión realizadas bimensualmente con todos los servidores en donde se hace seguimiento al cumplimiento de las acciones y se toman correctivos al respecto.	0%	Abierto	
4012001	Auditoría Interna de Gestión	Informe de Auditoría	27/12/2016	Gestión del Talento Humano	No se evidenció la evaluación final ni la concertación de objetivos, respecto de los logros alcanzados de: Dra. Alix Duarte, María Eva Villate, Héctor López Páez; funcionarios en Carrera Administrativa. Situación que evidencia el incumplimiento en la concertación para la evaluación de desempeño, que debía presentarse el 25 de julio de 2016. Subsanao el hecho posterior por la doctora Nigieria Rentería Lozano.	No se ha presentado	Desconocimiento del procedimiento para realizar la concertación de objetivos.	N/A	N/A	N/A	N/A	Desconocimiento en el procedimiento para concertar y evaluar objetivos con los funcionarios.	Realizar la concertación de objetivos de desempeño para los funcionarios de carrera del periodo noviembre 2016 - enero 2017.	Corrección	DIME	Humano	Concertar objetivos con los funcionarios de carrera	Nº de concertaciones realizadas / # de funcionarios de carrera	15/01/2017	#####	Se realizó el 22 de febrero de 2017 la concertación de objetivos de los funcionarios de carrera. Participaron: María Eva Villate y del doctor Héctor López Páez.	Concertación de objetivos de los funcionarios de carrera. Participaron: María Eva Villate y del doctor Héctor López Páez.	La OCI observó que la memoria de reunión de la concertación sobre concertación de objetivos se tenía compromiso de realizarla dentro de los 15 días hábiles siguientes al día que se reunieron, es decir el plazo máximo era hasta el 31/03/2017 y en el formato	100%	Cerrado Eficaz
													Realizar la evaluación de desempeño para los funcionarios de carrera del periodo noviembre 2016 - junio 30 2017	Corrección	DIME	Humano	Evaluar los funcionarios de carrera administrativa	Nº de evaluaciones realizadas / # de funcionarios de carrera	01/02/2017	#####			La delegada no presenta avances de la acción	0%	Abierto
													Realizar capacitación de concertación de objetivos y de evaluación de desempeño al Delegado para Indígenas y minorías étnicas.	Acción Correctiva	Subdirección de Talento Humano	Humano	1 capacitación al Delegado en el tema	Número de capacitaciones realizadas / Número de capacitaciones programadas.	15/01/2017	#####	El 31 de enero de 2017 la doctora Mónica Cortés, de la Subdirección de Talento Humano brindó capacitación al doctor Pedro Posada acerca de como realizar la concertación de	Capacitación Evaluación de Desempeño	La delegada envió a la OCI memoria de reunión de la capacitación con el Grupo de Carrera Administrativa.	100%	Cerrado Eficaz
4012002	Auditoría Interna de Gestión	Informe de Auditoría	27/12/2016	Gestión del Talento Humano	No se realizaron jornadas de inducción en la vigencia 2015, así como tampoco en el primer semestre 2016 (Decreto Ley 1567 de 1998 - Por el cual se crea el sistema nacional de capacitación y sistema de estímulo para los empleados del Estado	No se ha presentado	No se evidencia asistencia de los servidores públicos de la Delegada las jornadas de inducción y de re-inducción.	N/A	N/A	N/A	N/A	No se evidencia asistencia de los servidores públicos de la Delegada las jornadas de inducción y de re-inducción.	Informar a talento humano en el plan de capacitación 2017, que se convoque a los servidores públicos a inducción y reinducción para la vigencia 2017	Corrección	DIME	Humano	1 Plan de capacitaciones	Nº de planes realizados / Nº de planes notificados	09/02/2017	#####	El 16 de febrero de 2017 fue enviado por parte de la Delegada para Indígenas y Minorías Étnicas correo electrónico a la Subdirección de Talento Humano haciendo mención	Se envía correo electrónico de soporte y la matriz diligenciada.	La OCI evidenció que la delegada envió mediante correo electrónico a la Subdirección de Gestión de Talento Humano el 16 de febrero de 2017 la solicitud de capacitación y en su contenido aparece que entre las habilidades a fortalecer se consignó la inducción y reinducción para los funcionarios de la DIME.	100%	Cerrado Eficaz
													Realizar inducción para servidores nuevos y reinducción para los servidores de la DIME en la vigencia 2017	Acción Correctiva	Subdirección de Talento Humano	Humano	Participación de los servidores públicos de la DIME en los procesos de inducción y de re-inducción.	Número de funcionarios/Número de funcionarios que asistieron a la inducción o re-inducción.	09/02/2017	#####			La delegada no presenta avances de la acción	0%	Abierto
4012003	Auditoría Interna de Gestión	Informe de Auditoría	27/12/2016	Gestión del Talento Humano	Fallas en el registro de la información que debe registrarse de todos los servidores públicos que conforman la DIME en el SIGEP, a pesar de que la Ley de Transparencia y el derecho al acceso a la información pública nacional obliga a divulgar la información de las personas que se encuentran vinculadas bien sea por contrato de prestación de servicios, en carrera o en provisionalidad.	No se ha presentado	Desconocimiento de los funcionarios sobre los requisitos.	N/A	N/A	N/A	N/A	Desconocimiento sobre los requisitos que deben tener los funcionarios públicos en el aplicativo SIGEP	Realizar con el apoyo de Talento Humano una jornada de sensibilización de SIGEP en la Delegada para Indígenas y Minorías Étnicas del nivel nacional.	Acción Correctiva	Subdirección de Talento Humano	Humano	Sensibilización por parte de Gestión Documental a los funcionarios de la DIME	Número de capacitaciones realizadas / Número de capacitaciones programadas.	06/02/2017	#####	Se realizó capacitación a SIGEP a los servidores públicos de la DIME del nivel nacional. La capacitación el 27 de febrero por parte de la Subdirección	Capacitación SIGEP 27-02	La delegada envió a la OCI el listado de asistencia a la capacitación del SIGEP en donde aparece la firma de diez (10) servidores públicos.	100%	Cerrado Eficaz
													Realizar actualización del SIGEP de los servidores públicos de la delegada de las regionales y del nivel central.	Corrección	Subdirección de Talento Humano	Humano	Actualización de la información suministrada en el SIGEP.	Número de funcionarios de la DIME / Número de funcionarios con información actualizada en el SIGEP	24/02/2017	#####	Se avanzó corrigiendo lo pertinente por parte del nivel nacional y se realizaron llamadas telefónicas a las regionales para informales acerca del procedimiento y lo que tienen como documentos pendientes	Correo electrónico enviado por la Subdirección de Talento Humano a la Delegada y cuadro de seguimiento de las llamadas informativas	La OCI consultó los servidores públicos de la delegada y el SIGEP obteniendo los siguientes resultados: los funcionarios Rocío Calvahe Dueñas y Yina Lorena Márquez Navarro, no les aparece reportado el cargo, en cuanto esta última le aparece en la experiencia laboral con la Defensoría del Pueblo de octubre a diciembre de 2014. No se muestran datos de Eva María de la Concepción Sáenz Pulido. La OCI sugiere recalcar a cada funcionario para que cumpla con la obligación legal de mantener su hoja de vida actualizada en el sistema.	50%	En Ejecución
													Solicitar mediante memorando a los funcionarios que se encuentran en territorio que realicen las correcciones a las que haya lugar.	Corrección	DIME	Humano	Funcionarios que realicen adecuado diligenciamiento del aplicativo SIGEP	Nº de solicitudes realizadas / Nº de solicitudes a realizar * 100	06/02/2017	#####			La delegada no presenta avances de la acción	0%	Abierto
4012004	Auditoría Interna de Gestión	Informe de Auditoría	27/12/2016	Gestión del Talento Humano	No se registro información en la hoja de vida en el SIGEP del siguiente contratista: Ulder Arley Cañas Jamioy, Regional Amazonas.	No se ha presentado	Desconocimiento de los funcionarios sobre los requisitos.	N/A	N/A	N/A	N/A	En el momento de formular las acciones se evidencia que el funcionario se encuentra registrado en el SIGEP, sin embargo falta actualizar información.	Solicitar mediante memorando al funcionario que se encuentra en territorio que realice las correcciones a las que haya lugar	Acción Correctiva	DIME - Talento Humano	Humano	Funcionarios diligenciando correctamente aplicativo SIGEP	Nº de solicitudes realizadas / Nº de solicitudes a realizar * 100	06/02/2017	#####	En el momento de formular las acciones se evidencia que el funcionario se encuentra registrado en el SIGEP.		La OCI comprobó que el profesional Ulder Arley Cañas Jamioy aparece con dos entidades como son: la Defensoría del Pueblo y la Gobernación del Amazonas; además le aparece el cargo denominado profesional especializado asesor (el cual no existe) y aparece como servidor público. La OCI recomienda confirmar si es contratista o servidor público de la entidad y su cargo.	90%	En Ejecución
4012005	Auditoría Interna de Gestión	Informe de Auditoría	27/12/2016	Gestión de Servicios Administrativos	La DIME no cuenta con los mejores espacios físicos para la prestación de servicio al ciudadano; incomodidad, privacidad; al interior de algunas áreas son utilizadas para guardar elementos y bienes.	No se ha presentado	Límitado espacio físico con el que cuenta la DIME en el Bloque C de Chapinero	N/A	N/A	N/A	N/A	Límitado espacio que se tiene a raíz de lo que se revisa la ubicación física y solicitar que brinde opciones para mejorar la atención a los usuarios.	Solicitar mediante memorando a la Subdirección Administrativa para que se revise la ubicación física y solicitar que brinde opciones para mejorar la atención a los usuarios.	Acción Correctiva	DIME - Subdirección Administrativa	Humano - Físico	Solicitud para la mejora del espacio físico en el que se encuentra la DIME actualmente	Nº de solicitudes realizadas / Nº de solicitudes a realizar * 100	06/02/2017	#####			La delegada no presenta avances de la acción	0%	Abierto
4012006	Auditoría Interna de Gestión	Informe de Auditoría	27/12/2016	Promoción y Divulgación	No se evidencia seguimiento a las actividades realizadas por los funcionarios y contratistas de la Delegada para los Indígenas y Minorías Étnicas en temas específicos de	No se ha presentado	No se tiene una plataforma para llevar consecutivo de las acciones que día a día se presentan.	Desconocimiento del procedimiento para no perder la memoria histórica de la institución.	N/A	N/A	N/A	No existe los medios para que cada asesor ingrese la asistencia técnica que brinda continuamente a la comunidad.	Crear un mecanismo de seguimiento que permita desde el nivel nacional y desde el nivel regional alimentar el trabajo que diariamente se realiza con las comunidades	Acción Correctiva	DIME - Oficina de Sistemas	Humano	Tener registrados las acciones que desarrolla la DIME en todo el territorio colombiano.	Un tablero de control	06/02/2017	#####			La delegada no presenta avances de la acción	0%	Abierto

														ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO										Código:	SQ-F05
																								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						Estado de la Acción
Nº	Fuente de Hallazgo	Detalle de la Fuente	Fecha Hallazgo	Proceso - Subproceso Afectado	Hallazgo y/o Situación		¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	Causa(s) Raíz	ACCIÓN	Tipo de acción Propuesta	Responsable de ejecución	Recursos	Meta de la acción	Indicador	Fecha Inicio	Fecha Terminación	SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO	DOCUMENTOS SOPORTE	OBSERVACIONES DCI	Porcentaje de Cumplimiento	
4012007	Auditoría Interna de Gestión	Informe de Auditoría	27/12/2016	Gestión del Talento Humano	No hay capacitación y actualización a todos los funcionarios de la DIME; en temas específicos de Comunidades Indígenas y Minorías Étnicas.	No se ha presentado	No se ha solicitado a Talento Humano la necesidad de actualizarnos.	Dado las múltiples tareas que se tienen en la Delegada queda muy poco tiempo para capacitarse en los temas de interés.	N/A			No se ha solicitado a Talento Humano la importancia de actualizar una vez al año al equipo de DIME en los asuntos étnicos.	Actualización en temas étnicos y de interés y necesidad para la DIME	Acción Correctiva	DIME - Talento Humano	Humano	Actualización de temas étnicos y de interés para la DIME	Número de capacitaciones realizadas / Número de capacitaciones programadas.	06/02/2017	#####			La delegada no presenta avances de la acción	0%	Abierto
4012008	Auditoría Interna de Gestión	Informe de Auditoría	27/12/2016	Gestión de Servicios Administrativos	Deficiencia en la capacidad de los equipos de cómputo; no es el más adecuado en capacidad para cumplir en los tiempos estimados las actividades asignadas.	No se ha presentado	No hay equipos tecnológicos en la entidad para satisfacer las necesidades de la DIME.	N/A	N/A			No hay equipos tecnológicos en buen estado para satisfacer las necesidades de la DIME	Solicitar mediante memorando a la Subdirección Administrativa para que por favor revise nuestras necesidades en computadores, impresoras, escáner y cámara fotográfica.	Acción Correctiva	DIME - Subdirección Administrativa	Tecnológico	Mejorar los equipos tecnológicos de la DIME	Nº de solicitudes realizadas / Nº de solicitudes a realizar * 100	06/02/2017	#####			La delegada no presenta avances de la acción	0%	Abierto
4012009	Auditoría Interna de Gestión	Informe de Auditoría	27/12/2016	Gestión de Servicios Administrativos	Debilidades en la aplicación de las directrices del Archivo General de la Nación, Ley 594 de 2000 / Ley General de Archivos y la Resolución 412 de 2015, mediante la cual aprueba la actualización del manual de archivo versión Nº 2 de la Defensoría del Pueblo	No se ha presentado	Fallas en el archivo de la documentación del Delegado	Desconocimiento por parte de los servidores públicos acerca de las normas archivísticas	No se capacito a la persona del archivo de la DIME por parte de la Defensoría del Pueblo en las reglas internas y de nivel nacional en cuanto al archivo.	N/A	N/A	No se capacito a la persona del archivo de la DIME por parte de la Defensoría del Pueblo en las reglas internas y de nivel nacional en cuanto al archivo.	Solicitar al grupo de Gestión Documental una capacitación de refuerzo en el manejo de los formatos de Archivo y Correspondencia a la funcionaria Laura Ramírez	Acción Correctiva	DIME - Gestión Documental	Humano	Sensibilización a la funcionaria encargada del archivo.	Nº de solicitudes realizadas / Nº de solicitudes a realizar * 100	06/02/2017	#####	Desde la Delegada se solicitó al Grupo de Gestión Documental una capacitación, la cual se desarrolló el 20 de febrero en las instalaciones de la DIME.	Memoria de reunión de la Capacitación de Gestión documental. 20 febrero de 2017.	La delegada aportó memoria de reunión en donde consta la capacitación a la auxiliar administrativo de DIME sobre formatos del SGC y procedimientos de gestión documental.	100%	Cerrado Eficaz
													Capacitación general a los funcionarios y contratista de la DIME sobre archivo y la metodología con la que se hará entrega de los archivos que cada uno de los funcionarios y/o contratistas tienen en su poder para centralizarlos con la funcionaria Laura Ramírez	Acción Correctiva	Gestión documental	Humano	Archivo de Gestión de 2016 organizado de conformidad con el Instructivo de Correspondencia y Archivo de la Defensoría del Pueblo los lineamientos establecidos por el AGN.	Número de capacitaciones realizadas / Número de capacitaciones programadas.	06/02/2017	#####			La delegada no presenta avances de la acción	0%	Abierto
													Jornadas de trabajo con el grupo de Gestión Documental y la Delegada de Indígenas para hacer la respectiva entrega de los libros que reposan en cajas y estanterías a la Biblioteca de la entidad	Corrección	DIME	Humano	Archivo de Gestión de 2016 organizado de conformidad con el Instructivo de Correspondencia y Archivo de la Defensoría del Pueblo los lineamientos establecidos por el AGN.	Número de jornadas realizadas / Número de jornadas programadas * 100	06/02/2017	#####			La delegada no presenta avances de la acción	0%	Abierto
													Organizar el archivo de gestión de 2016 de la Delegada de acuerdo a los criterios establecidos en la Ley 594 de 2000, Acuerdo 042 de 2002, Acuerdo 002 de 2014, Acuerdo 004 de 2015, Acuerdo 005 de 2015 y Decreto 1080 de 2015 en concordancia con el Instructivo de Correspondencia y Archivo de la Defensoría del Pueblo y la Circular 50-023 de 2015	Corrección	DIME	Humano	Archivo de Gestión de 2016 organizado de conformidad con el Instructivo de Correspondencia y Archivo de la Defensoría del Pueblo los lineamientos establecidos por el AGN.	Nº de archivo organizado / Nº total de archivo	06/02/2017	#####			La delegada no presenta avances de la acción	0%	Abierto
4012010	Auditoría Interna de Gestión	Informe de Auditoría	27/12/2016	Gestión de Servicios Administrativos	Se evidencio la falta de equipo de computadores e impresoras, presentan total desactualización en los programas instalados, poca capacidad y lentitud; con el fin de optimizar de forma eficiente y eficaz la atención de nuestros usuarios internos y externos.	No se ha presentado	No hay equipos tecnológicos en la entidad para satisfacer las necesidades de la DIME.	N/A	N/A			No hay equipos tecnológicos en buen estado para satisfacer las necesidades de la DIME	Solicitar mediante memorando a la Subdirección Administrativa para revisar las necesidades en computadores, impresoras, escáner y cámara fotográfica.	Acción Correctiva	DIME - Subdirección Administrativa	Humano	Mejorar los equipos tecnológicos de la DIME	Nº de solicitudes realizadas / Nº de solicitudes a realizar * 100	06/02/2017	#####			La delegada no presenta avances de la acción	0%	Abierto
1	Estrategia de Rendición de Cuentas Vigencia 2016	Informe Evaluación Estrategia de Rendición de Cuentas Vigencia 2016	07-sep-16	Direccionamiento Estratégico	Se realiza y publica un acta sobre el resultado del ejercicio de rendición de cuentas para el defensor, pero no se presenta de la misma forma (acta) sobre la actividad realizada por el Secretario General en temas administrativos.	No se ha presentado	Porque las audiencias de rendición de cuentas del defensor y del secretario general son coordinadas y organizadas desde distintas dependencias.	Por disposición de la Alta Dirección la Vicdefensoría es responsable del componente de Rendición de Cuentas del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.	NA			No se han definido de forma articulada las acciones tendientes a estandarizar la entrega de los productos.	Definir un producto estandarizado que evidencie el resultado de los ejercicios de Rendición de Cuentas	Acción Correctiva	Defensor del Pueblo	Recursos Humanos (Equipo de trabajo que actúe de manera coordinada y articulada)	Producto estandarizado que resulte de los espacios a través de los cuales se realizan los ejercicios de rendición de cuentas.	No. de productos entregados/ Total de productos Planeados	01-jun-17	30-jun-17			No se presentó seguimiento en este bimestre	0%	Abierto
3	Estrategia de Rendición de Cuentas Vigencia 2016	Informe Evaluación Estrategia de Rendición de Cuentas Vigencia 2016	07-sep-16	Direccionamiento Estratégico	Ausencia de caracterización de los grupos de interés y de una estrategia de comunicación sobre las que se prioricen las acciones para la Rendición de Cuentas.	No se ha presentado	Debido al cambio de administración se adelantaron las fechas de realización de las actividades que comprende el desarrollo del componente de rendición de cuentas, lo que modificó el cronograma y apresuró su cumplimiento.	Implementación tardía del Formato-Instrumento de consulta a la ciudadanía diseñado con el fin de capturar información sobre el usuario, sus expectativas y necesidades.	NA			Se dispone de los mecanismos necesarios que permiten la caracterización de los grupos de interés, pero no se utilizan de la manera adecuada.	Sacar un mejor provecho de los espacios de capacitación y de comunicación generados con los grupos de interés, de tal forma que sirvan como incentivo o acompañamiento y permitan una mejor cualificación del Proceso de Rendición de Cuentas. Esos espacios estarán motivados en las necesidades y expectativas de los grupos de interés y harán parte de la estrategia de rendición de cuentas.	Acción Correctiva	Defensor del Pueblo	Recursos Humanos y Logísticos (necesidades locales, de transporte, tiempos de grabación, edición y de costos)	Caracterizar adecuadamente los grupos de interés e incluir en la rendición de cuentas sus necesidades y expectativas.	No de dependencias que tuvieron en cuenta a los grupos de interés en los espacios de interlocución/Nº. de dependencias que abrieron espacios de interlocución	01-abr-17	18-ago-17			No se presentó seguimiento en este bimestre	0%	Abierto
4	Estrategia de Rendición de Cuentas Vigencia 2016	Informe Evaluación Estrategia de Rendición de Cuentas Vigencia 2016	07-sep-16	Direccionamiento Estratégico	La mayoría de informes del ejercicio realizado no cumplen con los lineamientos dados por la Vicdefensoría.	No se ha presentado	Con la modificación de cronograma el adelanto de las fechas para el desarrollo de las actividades las dependencias apenas alcanzaron el cumplimiento del 100% de los requerido.	Cada año se busca ampliar el desarrollo del conjunto de acciones que configuran la rendición de cuentas.	NA			No se definen con antelación suficiente las instrucciones y lineamientos tanto en la realización de los informes que presentan las Defensorías Regionales, Direcciones y Delegadas como de revisión para los responsables de la Vicdefensoría.	Establecer instrucciones claras y oportunas en la realización de los informes que presentan las Defensorías Regionales, Direcciones y Delegadas; así como de lineamientos de revisión para los responsables de la Vicdefensoría que participan dentro del Proceso.	Acción Correctiva	Defensor del Pueblo	Recursos Humanos (Equipo de trabajo que actúe de manera coordinada y articulada)	Lineamientos e instrucciones claras tanto en la realización de informes como en la revisión de los mismos.	No. de productos que siguieron los lineamientos establecidos/ Total de productos generados	20-ene-17	30-jun-17			No se presentó seguimiento en este bimestre	0%	Abierto

		ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO																			Código: SQ-F05				
																					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				Estado de la Acción
N°	Fuente de hallazgo	Detalle de la fuente	Fecha hallazgo	Proceso - Subproceso Afectado:	Hallazgo y/o Situación		¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	Causa(s) Raíz	ACCIÓN	Tipo de acción	Responsable de ejecución	Recursos	Meta de la acción	Indicador	Fecha Inicio	Fecha Terminación	PRIMER BIMESTRE			PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	
																					SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO	DOCUMENTOS SOPORTE	OBSERVACIONES OCI		
5	Herramienta Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano	Informe de Evaluación y Seguimiento - Herramienta Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano	16-sep-16	Direccionamiento Estratégico	Los informes y actas publicados en la Web no indican claramente diferentes elementos mínimos.	No se ha presentado	Cada año se busca ampliar el desarrollo del conjunto de acciones que configuran la rendición de cuentas.	Las dependencias no advierten los nuevos elementos a tener en cuenta para el desarrollo conjunto de la rendición.	NA			No se han definido productos estandarizados de las actividades programadas.	Definir un producto estandarizado que incluya según el caso: - Responsables de proyección (nombres y cargos) - Responsables de aprobación (nombres y cargos) - Periodo de evaluación - Temas Generales a tratar/tratados - Fecha de elaboración del documento - Preguntas Realizadas	Acción Correctiva	Defensor del Pueblo Vicedefensora del Pueblo	Recursos Humanos y Logísticos (necesidades locales, de transporte; tiempos de grabación, de edición y de costos)	Productos estandarizados para las actividades programadas.	No. de productos que siguieron los lineamientos establecidos/ Total de productos generados	20-ene-17	30-jun-17			No se presentó seguimiento en este bimestre	0%	Abierto
183						183							209												

Nº: Número consecutivo acumulado de hallazgos, asignado por la Oficina de Control Interno

Fuente del hallazgo: Selecciónar de la lista desplegable

Detalle de la fuente: Nombre del informe o documento dado por quien detectó el hallazgo (Revisión por la Dirección, PQBDOP etc...)

Fecha hallazgo: Día, mes, año del informe o documento de quien detectó el hallazgo

Proceso afectado: Tomado de la lista desplegable

Hallazgo y/o Situación: Transcripción del hallazgo presentado en el informe o documento

Causas: Escribir los motivos que originan al interior de la DEFENSORIA dicho hallazgo

Acción: Actividades que se realizaron para mitigar 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: Día, mes año en el cual se inicia la acción

Fecha de terminación: Día, mes año en el cual se termina la acción teniendo en cuenta el plazo considerado para realizar las acciones pertinentes

Notas Control Interno :

- 1- Nov 2016. Herramienta consolidada de los planes de mejoramiento formulados y publicados en la Web a 12 de octubre del 2016.
- 2- Nov 2016. Se realiza seguimiento a estos planes de mejoramiento sobre la versión 3 y se consolidan unos seguimiento adelantados previamente por la Oficina de Control Interno
- 3- Mar 2017. Se retiran los planes de Mejora "Cerrados" en el seguimiento con fecha de corte 31 diciembre 2016, correspondientes a seis (6) planes de mejora.
- 4- Mar 2017 Se incluye una nueva acción al hallazgo 602508, que se había cerrado de manera ineficaz en el corte de 31 dic 2016 y con esta nueva acción queda en estado abierto..

Corte 28 febrero 2017

ID.	Unidad Organizacional	Fecha cierre auditoria	Fecha form PM	Proceso afectado	Estado de los Hallazgos		Estado de las acciones			Cumplimientos		% de avance acciones	Estado a 28-feb-2017	Observaciones
					Cantidad	Abierto	Cantidad	Abierto	En Ejecución	% Hallazg	% Accione			
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	1	37	0	1	94,6%	94,6%	97,3%	Con Seguimiento	Queda pendiente solo un hallazgo: 602508; estaba cerrado de manera "ineficaz", pero la Regional Ocaña decide reformular la acción. Queda esta acción pendiente para el otro seguimiento
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	15	45	13	2	62,2%	62,2%	68,9%	Con Seguimiento	28feb2017: Se presentó seguimiento y reporte a esta Plan de Mejora de manera extemporánea. Se ofrece por parte de la OCI, realizar videoconferencia para analizar cada una de las acciones y se desarrolló el 28 de marzo. Esta regional tiene como defensor regional asignado al Secretario Privado del Despacho: José María Balcázar, razón por la cual este profesional, está liderando este cumplimiento al Plan de Mejora. Con este seguimiento se cierran 30 hallazgos, dos de manera ineficaz. En el anterior corte de 31 de dic 2017, de los 45 hallazgos, se tenían cerrados 1
7	Atención y Tramite (Nivel Central)- Subproceso de Defensoría Pública	18-dic-15	28-jun-16	Subproceso de Defensoría Pública	14	8	14	2	6	35,7%	35,7%	58,0%	Sin Seguimiento	28feb2017: No se presenta seguimiento, previa solicitud del responsable de la OCI a esta Oficina.
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	6	2	17	3	2	50,0%	58,8%	75,0%	Sin Seguimiento	28feb2017: No se presenta seguimiento, previa solicitud de correos y telefónicamente al responsable de la OCI a la Oficina de Planeación.
11	Auditoría de Certificación 1- Nivel central 2- Bolívar 3- Cundinamarca 4- Quindío 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	0	4	20,0%	41,7%	77,8%	Sin Seguimiento	28feb2017: No se presenta seguimiento, previa solicitud de correos y telefónicamente al responsable de la OCI a la Oficina de Planeación.
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	0	6	0	0	100,0%	100,0%	100,0%	Cerrado	28feb2017: Se da cierre al Plan de mejora
13	D.D. Para la Salud, la Seguridad Social y la Discapacidad.	29-dic-15	11-ago-16	1- Gestión de Servicios Administrativos 2- Evaluación y Seguimiento	12	1	12	1	0	91,7%	91,7%	91,7%	Con Seguimiento	28feb2017: Se da cierre a la acción que estaba abierta, sin embargo por hallazgo No. 4, la Delegada presenta nuevo plan sobre este tema de la TRD: pendiente aprobación por parte de la Oficina de Planeación. Se mantiene el Plan de mejora abierto con este solo hallazgo

Corte 28 febrero 2017

ID.	Unidad Organizacional	Fecha cierre auditoria	Fecha form PM	Proceso afectado	Estado de los Hallazgos		Estado de las acciones			Cumplimientos		% de avance acciones	Estado a 28-feb-2017	Observaciones
					Cantidad	Abierto	Cantidad	Abierto	En Ejecución	% Hallazg	% Accione			
14	Regional Choco	05-abr-16	30-mar-17		27	0	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%	Sin Formulación	28feb2017: No se presenta formulación a la fecha de corte; sin embargo el 30 de marzo se formuló el plan de mejora luego de entregado el memorando OCI-1030-034 y correo del 27 de marzo del 2017. Se realizará seguimiento en el corte de abril 2017.
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	15	21	10	5	23,8%	28,6%	37,5%	Con Seguimiento	28feb2017: Se formalizó por parte de la OP, el 29 de diciembre de 2017, se adelantó seguimiento en marzo. Hay acciones 15 acciones que no presentaron seguimiento y las fechas de cumplimiento se formularon para la vigencia 2016, no con cumplimiento de la vigencia 2017.
16	Regional Cordoba	07-jul-16	Con Observaciones sin Formalizar		33	0	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%	Formulado con Observaciones	28feb2017: Aun no se recibe formalización por parte de la Oficina de Planeación. Se solicitó a esta oficina, a las regionales y oficinas pendientes la formalización a estos planes de mejora, con el memorando y correo OCI-1030-034 del 27 de marzo 2017.
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	23	23	23	0	0,0%	0,0%	0,0%	Sin Seguimiento	Se formalizó por parte de la Oficina de Planeación, el 22 de enero de 2017, se adelantó seguimiento por parte del profesional de la OCI, sin embargo la regional no realizó seguimiento. Se dejan observaciones en el plan de mejoramiento
18	Regional Guajira	29-ago-16	Sin Formular		28	0	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%	Sin Formulación	28feb2017: Se solicitó con copia a esta regional, la formalización del Plan de Mejora, mediante memorando OCI-1030-034 y correo el pasado 27 de marzo 2017
19	Contratación	29-sep-16	31-mar-17	Gestión Contractual	1	0	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%	Sin Formulación	28feb2017: A esta fecha de corte, no se tenía formalizado el plan de mejora, sin embargo el 31-mar-2017, se formaliza y se le da cierre luego de entregado el memorando OCI-1030-034 y correo del 27 de marzo del 2017.
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	10	18	11	2	20,0%	27,8%	35,6%	Con Seguimiento	28feb2017: Se presenta seguimiento a las dieciocho (18) acciones formuladas y se cierran cinco (5).
21	Tema Rendición de Cuentas	07-sep-16	20-feb-16	1- Direccionamiento Estratégico	4	4	4	4	0	0,0%	0,0%	0,0%	Sin Seguimiento	28feb2017: Se formalizó plan, sin embargo no se presentó seguimiento.
					272	82	209	67	22					

MEMORANDO

Bogotá D.C. 07 de abril de 2017

PARA: DOCTOR EDGAR ALONSO FORERO CASTRO, JEFE OFICINA DE PLANEACIÓN.

DE: JULIO CESAR MORENO BERNAL, JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO.

REFERENCIA: Informe de Evaluación y Seguimiento - Plan de Mejoramiento ACPM, corte 28 febrero 2017.

La Oficina de Control Interno, en su rol de evaluador independiente de las actividades propias de la gestión de la entidad, adjunta seguimiento al Plan de Mejoramiento de la entidad ACPM Acciones Correctivas, Preventivas y Mejora, con corte a 28 febrero de 2017.

Se solicita que estas matrices de Plan de Mejora con su seguimiento queden publicadas en la página WEB dentro del mapa de procesos, en la pestaña correspondiente al "Plan de Mejora"; en la siguiente ruta:

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

El informe de evaluación y seguimiento que se adjunta, se encuentran publicado en la ruta: <http://www.defensoria.gov.co/es/public/despachodeldefensor/1273/Oficina-de-Control-Interno.htm> En el sitio de Plan de Mejoramiento.

En este informe se presentan recomendaciones, con el fin de permitir a líderes de procesos y dependencias conozcan del estado y avance a estos planes de mejora, y se permita fortalecer el compromiso de la Dirección de la Entidad en esta mejora continua.

Cordialmente,



JULIO CESAR MORENO BERNAL.
JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO.

Copia: Líderes de Procesos.
Delegadas con Plan de mejora evaluado.
Defensores Regionales se envía por correo.

Anexo: Veinticuatro (24) folios. Informe de Evaluación y Seguimiento ACPM - corte 28 de febrero 2017.

Proyecto: María Helena Pedraza Medina.

Revisó: Julio Cesar Moreno Bernal.

Archivado en: Acciones Preventivas - Informes de Evaluación y Seguimiento Implementación SGC

Consecutivo Dependencia: OCI-1030-038

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: ES-P03-F10
		Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Vigencia desde: 01/02/2016

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 su base de datos con corte a 28 feb 2017.

Se revisa el “listado de los 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>

Se ajusta esta herramienta presentando seguimiento al periodo 1 de enero a 28 febrero 2017, de acuerdo al seguimiento realizado con corte a 31 de diciembre de 2016 de los planes de mejora que aplique y se incluye los planes de mejora formulados en el periodo enero - febrero 2017.

2. Objetivo

Revisar los Planes de Mejora recibidos por parte de cada uno de los responsables de adelantar seguimiento (Once planes de mejora (11)) a la fecha de corte formulados y/o 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 28 de febrero de 2017. En esta herramienta consolidada se retiran los planes de mejora que con corte a 31 de diciembre fueron cerrados y corresponden a:

Id.	Unidad Organizacional	Fecha		Estado Hallazgos			% de avance	Estado
		Cierre auditoria	Formula. PM	Cant.	Cerrado	Cerrado Ineficaz		
2	Nivel central	17-jun-15		6	5	1	87,5%	Cerrado con Observaciones
4	G. Contractual Nivel central	28-oct-15	28-jun-16	5	5	0	100,0%	Cerrado

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: ES-P03-F10
		Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Vigencia desde: 01/02/2016

Id.	Unidad Organizacional	Fecha		Estado Hallazgos			% de avance	Estado
		Cierre auditoria	Formula. PM	Cant.	Cerrado	Cerrado Ineficaz		
5	R. Guainia	09-nov-15	28-jun-16	46	44	2	97,8%	Cerrado con Observaciones
6	R. San Andrés	23-nov-15	11-ago-16	40	27	13	90,0%	Cerrado con Observaciones
8	GRAN: Recepción y Análisis Nacional - Nivel Central	22-dic-15	28-jun-16	16	15	1	100,0%	Cerrado con Observaciones
10	Nivel central Gestión Talento Humano Indicadores	N/A	09-jun-16	1	1	0	100,0%	Cerrado

De los trece (13) planes de mejora formulados y verificados en el informe cerrado el 31 de diciembre de 2016, se retiran estos seis (6) planes de mejora, que corresponden a 114 hallazgos, con 120 acciones, quedando siete (7) planes del seguimiento anterior.

Durante este periodo se formalizaron cuatro (4) planes de mejora, de los cuales uno (1) no presenta seguimiento:

Id.	Unidad Organizacional	Fecha		Cantidad hallazgos	Observación
		cierre auditoria	Formulación PM		
15	Regional Caqueta	02-may-16	29-dic-16	21	Con seguimiento
17	Regional Magdalena	19-jul-16	22-ene-17	23	Sin seguimiento por parte del responsable pero se hacen observaciones por parte de la OCI
20	Delegada de Indígenas y Minorías Étnicas	29-dic-16	14-feb-17	10	Con seguimiento
21	Tema Rendición de Cuentas.	07-sep-16	20-feb-16	4	Sin seguimiento

Para este seguimiento, con fecha de corte 28 de febrero de 2017, se consideran 15 planes de mejora, que incluyen los formalizados en este periodo y los que aún no se han formalizado, correspondientes a cuatro (4) planes de mejora:

Id.	Unidad Organizacional	Fecha cierre auditoria	Cantidad hallazgos
14	Regional Choco	05-abr-16	27

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: ES-P03-F10
		Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Vigencia desde: 01/02/2016

Id.	Unidad Organizacional	Fecha cierre auditoria	Cantidad hallazgos
16	Regional Cordoba	07-jul-16	33
18	Regional Guajira	29-ago-16	28
19	Contratación vigencia 2015	29-sep-16	1

Por parte de la Oficina de Control Interno, se solicitó en varias oportunidades y por diferentes medios a la Oficina de Planeación, la formalización de estos planes de mejora. Con la última comunicación OCI-1030-034 del 27 de marzo de 2017, se solicitó con copia a los Defensores Regionales y al responsable del Grupo de Contratación, obteniendo como respuesta favorable por parte de la Regional Chocó y el Grupo de Contratación, la formalización del Plan, e inclusive el Grupo de Contratación presenta seguimiento el 31 de marzo del 2017 y se da por cumplida la acción de este Plan de Mejora. Se espera obtener la formulación de los dos pendientes y seguimiento a estos planes de mejora para el próximo seguimiento con corte 30 de abril de 2017.

El equipo de la Oficina de Control Interno, realiza el seguimiento y verificación de lo presentado por cada uno de los responsables de estos Planes de Mejora y se registra lo verificado en la columna “Observaciones OCI”, del formato SQ- F05, versión 3 y correspondiente al primer bimestre 2017.

De estos quince (15) planes de mejora a los que se les adelanta seguimiento, se observa lo siguiente:

- No se recibe seguimiento de los siguientes Planes de mejora:
 - 7- Atención y Tramite (Nivel Central)- Subproceso de Defensoría Pública
 - 9- Pre - auditoría: “1- Nivel central 2- Antioquia 3- Valle del Cauca”
 - 11- Auditoría de Certificación: “1- Nivel central; 2- Bolivar; 3- Cundinamarca; 4- Quindio; 5- Tolima; 6- Valle del Cauca”
 - 17-R Magdalena.
 - 21- Tema Rendición de cuentas
- 1- Regional Ocaña, queda solo un hallazgo pendiente por cerrar. Atienden la reformulación de una acción que tenía “Cerrado Ineficaz”; la No. 602508, se modifica quedando en “ejecución”.
- 3- La Regional Cesar, presenta seguimiento, mejorando su nivel de cumplimiento; sin embargo el seguimiento se realiza extemporáneo, mediante Video conferencia.
- 12- Delegada para Asuntos Agrarios y Tierras - DAAT, cierra su Plan de mejora.
- 13- Delegada de Salud, presenta cierre al hallazgo que estaba en ejecución. En este seguimiento, la Delegada solicita una nueva acción para el hallazgo No. 4, tema TRD, que en el anterior informe se cerró de manera ineficaz, atendiendo recomendación del informe anterior de la OCI. Pendiente aprobación por parte de la Oficina de Planeación. Se mantiene el Plan de mejora abierto con este hallazgo.
- 15- R Caqueta, no modifica las fechas de cumplimiento del Plan de mejora, y todas las acciones quedaron con cumplimiento en la vigencia 2016. Se realizó la observación a la

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: ES-P03-F10
		Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Vigencia desde: 01/02/2016

regional y no se modifica estas fechas, considerando que estas acciones ya estaban cumplidas, según la regional. Durante esta revisión, de los 21 hallazgos, solo se cierran seis (6) y no se presenta seguimiento a diez (10) acciones de las formalizadas.

- 17- R Magdalena, se da a conocer a la regional las observaciones que adelantó la OCI a este plan de mejora. Se espera recibir seguimiento en el siguiente corte del 30 de abril.
- 20- Delegada de Indígenas y Minorías Étnicas, se recibe seguimiento, no presenta seguimiento a once (11) acciones.

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 que se tiene consolidado por la OCI. Se incluyen los formulados y con seguimiento y los no formulados y formalizados, con corte a 28 de febrero de 2017.

Avance y cumplimiento de Planes de Mejora						
No.	Id.	Unidad Organizacional	Cantidad Hallazgos	Cumplimiento ¹		Estado del Plan de Mejora
				31 dic 2016	28 feb 2017	
1.	1	R. Ocaña	37	89,2%	94,6%	Con seguimiento
2.	3	R. Cesar	45	57,8%	62,2%	Con seguimiento
3.	7	Atención y Trámite (Nivel Central)- Subproceso de Defensoría Pública	14	28,6%	35,7%	No presenta seguimiento para este periodo, se mantiene avance
4.	9	Pre - auditoría, nivel central, Antioquia, Valle del Cauca	6	50,0%	50,0%	No presenta seguimiento para este periodo, se mantiene avance
5.	11	Auditoría certificación- Nivel central; Bolívar; Cundinamarca; Quindío; Tolima; Valle del Cauca (6)	5	20,0%	20,0%	No presenta seguimiento para este periodo, se mantiene avance
6.	12	D.D. Para los Asuntos Agrarios y Tierras.	6	83,3%	100,0%	Cerrado
7.	13	D.D. Para la Salud, la Seguridad Social y la Discapacidad.	12	83,3%	91,7%	Con seguimiento
8.	14	Regional Choco	27	Sin formulación	0,0%	No se formalizó con fecha de corte de este reporte. Se formalizó el 30Mar2017
9.	15	Regional Caqueta	21	Sin formulación	23,8%	Con seguimiento
10.	16	Regional Córdoba	33	Sin formalización	0,0%	Sin formalización
11.	17	Regional Magdalena	23	Sin formulación	0,0%	Se formalizó pero no presenta seguimiento
12.	18	Regional Guajira	28	Sin formulación		Sin formalización

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

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO		Código: ES-P03-F10
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO		Versión:02
			Vigencia desde: 01/02/2016

Avance y cumplimiento de Planes de Mejora						
No.	Id.	Unidad Organizacional	Cantidad Hallazgos	Cumplimiento ¹		Estado del Plan de Mejora
				31 dic 2016	28 feb 2017	
13.	19	Contratación	1	Sin formulación		No se formalizó con fecha de corte de este reporte. Se formalizó el 31Mar2017
14.	20	Delegada de Indígenas y Minorías Étnicas	10	Se entrega informe el 29-dic-2016	0,0%	Con seguimiento
15.	21	Tema Rendición de Cuentas	5	Se presenta proyecto el 23 dic2016	0,0%	Se formalizó pero no presenta 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.

Cerrado : Identifica los planes de mejora a los que se les ha dado cierre a las acciones en este seguimiento.

Se solicita nuevamente a la Oficina de Planeación su publicación en la WEB o en paloma, disponible en el link del Mapa de Procesos - Plan de Mejora:

<http://www.defensoria.gov.co/public/manualdeprocesosyprocedimientos/febrero20de2017/LISTADO%20MAESTRO%20DE%20DOCUMENTOS/EXTERIORES/PLAN%20DE%20MEJORAMIENTO/LMPM.htm>

4. Conclusiones

- 1- Se adelantó, por parte de la Oficina de Control Interno, seguimiento a los Planes de Mejora que verificó en el seguimiento de diciembre 2016 y considera los nuevos planes de mejora formalizados durante el mes de enero de 2017, febrero 2017.
- 2- En el anexo No. 3. Estado de Cumplimiento Planes de Mejora con seguimiento. - Corte 28 febrero 2017, se presenta el estado final de avance de los planes abiertos a esta fecha de corte.
- 3- Se presenta este consolidado en la WEB, para consulta de los directivos y líderes de los procesos, y las regionales, en la siguiente ruta:
<http://www.defensoria.gov.co/es/public/despachodeldefensor/1273/Oficina-de-Control-Interno.htm>.
Tema: Plan de mejoramiento, con corte: 28 febrero 2017, junto al anexo No. 4 y anexo No. 5 de este informe.
- 4- A esta fecha de corte, 28 feb-2017, se requirió formulación a los planes de mejora presentados en el anterior informe y en el desarrollo de este informe. Al finalizar marzo,

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: ES-P03-F10
		Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Vigencia desde: 01/02/2016

formula la Regional Chocó, el pasado 30 de marzo y el Grupo de Contratación formuló y cerró su plan de Mejora, el 31 de marzo. Para efectos de considerar la fecha de corte, no se cierran estos planes, sino que se reportará en el siguiente informe, con corte 30 de abril del 2017 que se presentará en mayo 2017.

- 5- Los Planes de Mejora pendientes por formalizar a la fecha de entrega de este informe, corresponden a:

Id.	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

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

- 6- El estado de cumplimiento de los quince (15) planes de mejora activos a esta fecha de corte: 28 de febrero 2017, se resumen así:

Estado de los hallazgos					Estado de las acciones					
Cantidad	Sin Formular PM	Abierto	Cerrado	Cerrado Ineficaz	Total Hallazgos formulados en PM	Cantidad	Abierto	En Ejecución	Cerrado Eficaz	Cerrado Ineficaz
272	89	82	95	6	183	209	67	22	111	9
	32,7%	30,1%	34,9%	2,2%			32,1%	10,5%	53,1%	4,3%

Fuente: Tabla propia, resumen consolidado de Planes de Mejora con corte a 28 feb 2017

Se considera:

Acción cerrada, cuando se cumple con la acción propuesta.

Hallazgo “cerrado”, cuando se ha dado cumplimiento a la totalidad de las acciones formuladas y cerradas.

- 7- La Regional Ocaña, como resultado del informe con corte 31 dic 2016 y de la gestión de los responsables del seguimiento al Plan de Mejora, tanto de la regional como de la OCI, se reformula una acción, correspondiente al hallazgo No. 602508, que es la única acción pendiente.
- 8- 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:

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: ES-P03-F10
		Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Vigencia desde: 01/02/2016

Id.	Unidad Organizacional	Abierto	Observaciones
3	Regional Cesar	13	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;601223; 601224; 601225; 601226; 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.
13	Delegada de Salud	1	Acción No. 4: se reformuló y está pendiente de la respuesta de la Oficina de Planeación. En el corte anterior se cerró de manera ineficaz
15	Regional Caqueta	10	Este Plan de mejora se formalizó el pasado 29dic2016, y se dejaron como “fecha de terminación” la vigencia 2016. Sin embargo no se presenta seguimiento a diez (10) acciones, correspondientes a los siguientes hallazgos: 6009-1; 6009-2; 6009-10; 6009-13; 6009-15; 6009-16; 6009-18; 6009-19; 6009-20; 6009-21. Auditoria cerrada el 2 de mayo del 2016
17	Regional Magdalena	23	Este Plan de mejora se formalizó el 22ene2017. No se presentó seguimiento a las 23 acciones de este plan de mejora y hay vencidas doce (12) acciones, correspondientes a los siguientes hallazgos: 602001; 602003; 602004; 602005; 602006; 602009; 602011; 602017; 602018; 602019; 602020; 602023. Auditoria cerrada el 19 de julio del 2016
20	Delegada de Indígenas y Minorías Étnicas*	11	Este Plan de mejora se formalizó el pasado 14feb2017. Presenta seguimiento, pero no reporta para once (11) acciones, correspondientes a nueve (9) hallazgos: 4012001; 4012002; 4012003; 4012005; 4012006; 4012007; 4012008; 4012009; 4012010 Auditoria cerrada el 29 de diciembre del 2016.
21	Tema Rendición de Cuentas	4	Este Plan de mejora se formalizó el 20feb2017. No se presenta seguimiento a las cuatro acciones- hallazgos de este plan de mejora

* Delegada de Indígenas y Minorías Étnicas, presentó un buen desempeño al formular y realizar seguimiento a sus acciones pero le quedaron pendientes algunas por seguimiento

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: ES-P03-F10
		Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Vigencia desde: 01/02/2016

9- De los quince (15) planes de mejora formulados, para este corte, se encuentran el siguiente estado:

Estado	Cantidad	Observaciones
Cerrado	1	Corresponde a: 12- D.D para los Asuntos Agrarios y Tierras.
Con Seguimiento	5	A esta fecha de corte 28 feb 2017, presentaron seguimiento: 1- Ocaña, 3- Cesar, y 13- D.D. para la Salud, la Seguridad Social y la Discapacidad y que corresponden a la vigencia 2015 15- Regional Caqueta, 20-D.D de Indígenas y Minorías Étnicas de la vigencia 2016
Formulados y sin seguimiento	5	- Tres (3) que en este corte no presentaron seguimiento: 7- Atención y Tramite (Nivel Central)- Subproceso de Defensoría Pública; 9- Pre - auditoría, Nivel central, Antioquia, Valle del Cauca; 11- Auditoría de Certificación - Dos (2) formalizados en enero y febrero 2017:Regional Magdalena y el Tema de Rendición de Cuentas
Sin Formulación	4	A la fecha de corte, se tenían cuatro (4) Plan de Mejora de formulación, sin embargo se formularon dos (2) planes de mejora, correspondientes a: 14- Regional Choco y 19- Contratación Se formalizaron estos planes de mejora en marzo 2017. Pendientes por formalizar: 16-Regional Cordoba, 18-Regional Guajira
Total de PM	15	

5. Recomendaciones

1. Durante el seguimiento adelantado por la Oficina de Control Interno - OCI, se continúan cierres ineficaces. Se recomienda a los responsables tanto de ejecutar la acción, como del líder del proceso, junto con la asesoría de la Oficina de Planeación, se revise el hallazgo y se determine si las acciones propuestas se cumplieron en su totalidad, si son o no de su competencia, si deben trasladarse al líder del proceso nivel central, o si se requiere formular otra acción que permita atender el hallazgo.
2. El siguiente seguimiento se debe presentar con corte al 30 de abril 2017, su seguimiento se recibe por cada uno de los responsables de la OCI, entre los cinco (5) días hábiles del mes de mayo, 8 de mayo 2017.
3. Se recomienda por parte de cada uno de los responsables de hacer seguimiento a los planes de mejora, solicitar al responsable de la OCI, la matriz para realizar el siguiente seguimiento con corte a 30 de abril 2017
4. Se recomienda a la Oficina de Planeación, publicar los seguimientos de cada uno de estos planes de mejora, con el fin de llevar la trazabilidad y qe sea de conocimiento al interior de la entidad, para que responsables de procesos, líderes regionales, delegados, Oficinas

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: ES-P03-F10
		Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Vigencia desde: 01/02/2016

y grupos de la Defensoría del pueblo conozcan el estado de la evaluación, con el fin de fortalecer el Sistema de Gestión de la Entidad.

5. Es adecuado que las fechas de cierre de las acciones sean consideradas para el cierre de la acción formulada, considerando que algunos planes ya tienen fechas vencidas y no se ha logrado el cumplimiento, se recomienda se presente en el siguiente seguimiento la justificación de la demora al cumplimiento de estas acciones.

Original firmado

Julio Cesar Moreno Bernal
Jefe Oficina de Control Interno.

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

Anexos:

- Anexo No. 1: Estado y avance de Planes de Mejora. - Corte 28 febrero 2017
- Anexo No. 2: Estado de hallazgos por procesos - Seguimiento a 28 febrero 2017
- Anexo No. 3: Estado de Cumplimiento Planes de Mejora con seguimiento- Corte 28 febrero 2017
- Anexo No. 4: Consolidado de Planes de Mejora. SQ-F05 Versión 3. Seguimiento a 28 febrero 2017. Archivo digital. Trece (13) folios.
- Anexo No. 5: Resumen Consolidado Plan de Mejora - Corte 28 febrero 2017. Archivo digital. Un (1) folio

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO			Código: ES-P03-F10
				Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO			Vigencia desde: 01/02/2016

Anexo No. 1: Estado y avance de Planes de mejora. - Corte 28 febrero 2017

ID.	Unidad Organizacional	Fecha cierre auditoria	Fecha formulación PM	Proceso afectado	Estado de los Hallazgos				Total hallazgos formul.	Estado de las acciones					Estado a 28-feb-2017
					Sin Formular	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	0	1	35	1	37	37	0	1	35	1	Con Seguimiento
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	0	15	28	2	45	45	13	2	28	2	Con Seguimiento
7	Atención y Tramite (Nivel Central)- Subproceso de Defensoría Pública	18-dic-15	28-jun-16	Subproceso de Defensoría Pública	0	8	5	1	14	14	2	6	5	1	Sin Seguimiento

Anexo No. 1: Estado y avance de Planes de mejora. - Corte 28 febrero 2017

ID.	Unidad Organizacional	Fecha cierre auditoria	Fecha formulación PM	Proceso afectado	Estado de los Hallazgos				Total hallazgos formul.	Estado de las acciones					Estado a 28-feb-2017
					Sin Formular	Abierto	Cerrado	Cerrado Ineficaz		Cant.	Abierto	En Ejecución	Cerrado Eficaz	Cerrado Ineficaz	
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	0	2	3	1	6	17	3	2	10	2	Sin Seguimiento
11	Auditoría de Certificación 1- Nivel central 2- Bolívar 3- Cundinamarca 4- Quindío 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.	0	3	1	1	5	12	0	4	5	3	Sin 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.	0	0	6	0	6	6	0	0	6	0	Cerrado
13	D.D. Para la Salud, la Seguridad Social y la Discapacidad.	29-dic-15	11-ago-16	1- Gestión de Servicios Administrativos 2-Evaluación y Seguimiento	0	1	11	0	12	12	1	0	11	0	Con Seguimiento
14	Regional Choco	05-abr-16	30-mar-2017 ²	**	27 ²	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Sin Formulación

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO			Código: ES-P03-F10
				Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO			Vigencia desde: 01/02/2016

Anexo No. 1: Estado y avance de Planes de mejora. - Corte 28 febrero 2017

ID.	Unidad Organizacional	Fecha cierre auditoria	Fecha formulación PM	Proceso afectado	Estado de los Hallazgos				Total hallazgos formul.	Estado de las acciones					Estado a 28-feb-2017
					Sin Formular	Abierto	Cerrado	Cerrado Ineficaz		Cant.	Abierto	En Ejecución	Cerrado Eficaz	Cerrado Ineficaz	
15	Regional Caqueta	02-may-16	29-dic-16	1- Direccionamiento Estratégico (Tecnologías de la información) 2- Promoción y divulgación 3- Atención y Trámite 4- Subproceso de Defensoria Publica 5- Subproceso de Recursos y Acciones Judiciales 6-Gestion de Talento humano 7- Gestión de servicios administrativos	0	15	6	0	21	21	10	5	6	0	Con Seguimiento
16	Regional Cordoba	07-jul-16	Con Observaciones sin Formalizar	**	33	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Formulado con Observaciones
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.	0	23	0	0	23	23	23	0	0	0	Sin Seguimiento
18	Regional Guajira	29-ago-16	Sin Formular	**	28	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Sin Formulación

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO			Código: ES-P03-F10
				Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO			Vigencia desde: 01/02/2016

Anexo No. 1: Estado y avance de Planes de mejora. - Corte 28 febrero 2017

ID.	Unidad Organizacional	Fecha cierre auditoria	Fecha formulación PM	Proceso afectado	Estado de los Hallazgos				Total hallazgos formul.	Estado de las acciones					Estado a 28-feb-2017
					Sin Formular	Abierto	Cerrado	Cerrado Ineficaz		Cant.	Abierto	En Ejecución	Cerrado Eficaz	Cerrado Ineficaz	
19	Contratación	29-sep-16	30-mar-17 ^{*2}	Gestión Contractual	1 ^{*2}	0	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.	0	10	0	0	10	18	11	2	5	0	Con Seguimiento
21	Tema Rendición de Cuentas	07-sep-16	20-feb-16	1- Direccionamiento Estratégico	0	4	0	0	4	4	4	0	0	0	Sin Seguimiento
Total					89	82	95	6	183	209	67	22	111	9	

 **Datos sin completar - No se conocen

 *2. Datos presentados a la entrega del informe, pero no considerados dentro del seguimiento por la fecha de corte 28-feb-2017.

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: ES-P03-F10
		Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Vigencia desde: 01/02/2016

**Anexo No. 2: Estado de hallazgos por procesos-
Seguimiento a 28 febrero 2017
*Planes de Mejora abiertos**

No.	Proceso	Cantidad Hallazgos formulados	Abierto	Cerrado	Cerrado Ineficaz	% Eficacia
1	Direccionamiento Estratégico	31	12	19	0	61,3%
	Procesos Misionales	3	2	1	0	33,3%
2	Gestión para la Magistratura Moral	0	0	0	0	0,0%
3	Promoción y Divulgación	9	2	7	0	77,8%
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	9	6	2	1	33,3%
5.2	Subproceso de Recursos y Acciones Judiciales	11	2	8	1	81,8%
5.3	Subproceso de Defensoría Pública	30	16	12	2	46,7%
6	Investigación y Análisis	0	0	0	0	0,0%
7	Gestión del Talento Humano	17	11	6	0	35,3%
8	Gestión Financiera	0	0	0	0	0,0%
9	Gestión de Servicios Administrativos	49	22	25	2	55,1%
	Tecnologías de la Información	4	1	3	0	75,0%
10	Gestión Contractual	2	0	2	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	0	0	0	0	0,0%
	Transversal	1	0	1	0	100,0%
Total		171	74	91	6	56,7%

Hallazgos identificados, formulados y asignados a estos procesos en cada Plan de Mejora y aun abiertos a esta fecha de corte

 Procesos con acciones “Cerrado Ineficaz”

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO		Código: ES-P03-F10
			Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO		Vigencia desde: 01/02/2016

Anexo No. 3: Estado de Cumplimiento Planes de Mejora con seguimiento. - Corte 28 febrero 2017

ID.	Unidad Organizacional	Fecha cierre auditoria	Fecha formulación PM	Proceso afectado	Hallazgos		Acciones			Cumplimiento Plan de Mejora		% Avance acciones	Estado a 28-feb-2017
					Cant.	Abierto	Cant.	Abierto	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	1	37	0	1	94,6%	94,6%	97,3%	Con Seguimiento
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	15	45	13	2	62,2%	62,2%	68,9%	Con Seguimiento
7	Atención y Tramite (Nivel Central)- Subproceso de Defensoría Pública	18-dic-15	28-jun-16	Subproceso de Defensoría Pública	14	8	14	2	6	35,7%	35,7%	58,0%	Sin Seguimiento

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO		Código: ES-P03-F10
			Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO		Vigencia desde: 01/02/2016

Anexo No. 3: Estado de Cumplimiento Planes de Mejora con seguimiento. - Corte 28 febrero 2017

ID.	Unidad Organizacional	Fecha cierre auditoria	Fecha formulación PM	Proceso afectado	Hallazgos		Acciones			Cumplimiento Plan de Mejora		% Avance acciones	Estado a 28-feb-2017
					Cant.	Abierto	Cant.	Abierto	En Ejecución	% Hallazgos	% Acciones		
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	6	2	17	3	2	50,0%	58,8%	75,0%	Sin Seguimiento
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.	5	3	12	0	4	20,0%	41,7%	77,8%	Sin 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	12	1	0	91,7%	91,7%	91,7%	Con Seguimiento
14	Regional Choco	05-abr-16	30-mar-17		27	0	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%	Sin Formulación

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO		Código: ES-P03-F10
			Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO		Vigencia desde: 01/02/2016

Anexo No. 3: Estado de Cumplimiento Planes de Mejora con seguimiento. - Corte 28 febrero 2017

ID.	Unidad Organizacional	Fecha cierre auditoria	Fecha formulación PM	Proceso afectado	Hallazgos		Acciones			Cumplimiento Plan de Mejora		% Avance acciones	Estado a 28-feb-2017
					Cant.	Abierto	Cant.	Abierto	En Ejecución	% Hallazgos	% Acciones		
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	15	21	10	5	23,8%	28,6%	37,5%	Con Seguimiento
16	Regional Cordoba	07-jul-16			33	0	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%	Formulado con Observaciones
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	23	23	23	0	0,0%	0,0%	0,0%	Sin Seguimiento
18	Regional Guajira	29-ago-16			28	0	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%	Sin Formulación
19	Contratación	29-sep-16	31-mar-17	Gestión Contractual	1	0	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%	Sin Formulación

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: ES-P03-F10
		Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Vigencia desde: 01/02/2016

Anexo No. 3: Estado de Cumplimiento Planes de Mejora con seguimiento. - Corte 28 febrero 2017

ID.	Unidad Organizacional	Fecha cierre auditoria	Fecha formulación PM	Proceso afectado	Hallazgos		Acciones			Cumplimiento Plan de Mejora		% Avance acciones	Estado a 28-feb-2017
					Cant.	Abierto	Cant.	Abierto	En Ejecución	% Hallazgos	% Acciones		
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	10	18	11	2	20,0%	27,8%	35,6%	Con Seguimiento
21	Tema Rendición de Cuentas	07-sep-16	20-feb-16	1- Direccionamiento Estratégico	4	4	4	4	0	0,0%	0,0%	0,0%	Sin Seguimiento

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: ES-P03-F10
		Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Vigencia desde: 01/02/2016

Anexo No. 4: Consolidado de Planes de Mejora. SQ-F05 Versión 3. Seguimiento a 28 febrero de 2017
(Archivo digital enviado por correo y publicado en la WEB)

Plan de Mejora, digital, publicado en la WEB junto a este informe con corte: 28 de febrero de 2017 -
Plan de mejora

Total: veinticinco (25) hojas

Ver ruta: <http://www.defensoria.gov.co/es/public/despachodeldefensor/1273/Oficina-de-Control-Interno.htm>

	Nombre del Proceso: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: ES-P03-F10
		Versión:02
	INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Vigencia desde: 01/02/2016

Anexo No. 5: Resumen Consolidado Plan de Mejora - Corte 28 febrero 2017.

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																				Código:	SQ-F05																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
																					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				Estado de la Acción																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
N°	Fuente de hallazgo	Detalle de la fuente	Fecha hallazgo	Proceso - Subproceso Afectado	Hallazgo y/o Situación		¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	Causa(s) Raíz	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		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				

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			
Nº	Fuente de hallazgo	Detalle de la fuente	Fecha hallazgo	Proceso / Subproceso Afectado	Hallazgo y/o Situación		¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	Causa(s) Raíz	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	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	Estado de la Acción	
602509	Auditoría Interna de Gestión	R. Ocaña	14-dic-15	Promoción y Divulgación	Fallas en el ejercicio de la promoción y divulgación de los derechos humanos de la Defensoría Regional Ocaña, evidenciadas en: a. Carencia de planeación y gestión y de actividades de promoción y divulgación de los derechos humanos, en observancia a las funciones esenciales 20, 21, 22 y 23 del manual de funciones del Defensor Regional, adoptado mediante Resolución 065 de 2014. b. No se evidenciaron la realización de actividades de Promoción y Divulgación en la Regional Ocaña y por lo tanto no se aplica la matriz de planeación educativa, la cual es la base de las actividades de capacitación bajo Modelo Pedagógico Institucional. c. La no realización del curso pedagógico sobre los derechos de la niñez dirigidos a los padres y responsables de los menores amonestados, de conformidad con lo establecido en el artículo 54 Ley de la 1098 de 2006 - Código Infancia y adolescencia. d. Inobservancia de un centro de	No presenta	Porque se guardó la esperanza de que la dirección nacional de promoción y divulgación vinculará al profesional que debe estar encargado de la coordinación de estos temas	Desconocimiento de la responsabilidad misional que tiene cada uno de los funcionarios para transversalizar su acción específica funcional con la promoción y divulgación de los derechos humanos	N/A		Desconocimiento de la responsabilidad misional que tiene cada uno de los funcionarios para transversalizar su acción específica funcional con la promoción y divulgación de los derechos humanos	a. Planear y gestionar actividades de promoción y divulgación de los derechos humanos de acuerdo a la resolución 065 de 2014. b. Aplicar el modelo pedagógico institucional (matriz de planeación educativa). c. Realización de cursos pedagógicos sobre los derechos de la niñez, dirigidos a los padres y responsables de los menores amonestados, según el artículo 54 del código de infancia y adolescencia. d. Creación de un centro de documentación para el acceso de los usuarios a las diferentes publicaciones sobre derechos humanos y DH.	Acción Correctiva	Defensor Regional	Humanos y Físicos	a. Capacitar en mecanismos de protección de Derechos Humanos al establecimiento carcelario de Ocaña y de policía, tomando como instrumentos de acción, el modelo pedagógico institucional. c. Ejecución de talleres sobre los derechos de los niños, niñas y adolescentes amonestados, dirigidos a sus padres y/o responsables, de acuerdo al art. 54 del CIA. d. Creación de la biblioteca de Derechos Humanos y DH para el acceso libre y espontáneo de los usuarios.	Talleres sobre derechos de los niños, niñas y adolescentes (2). Creación de biblioteca (1)	01-ene-16	31-dic-16			Cerrado en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Eficaz		
602510	Auditoría Interna de Gestión	R. Ocaña	14-dic-15	Subproceso de Defensoría Pública	Debilidades en la actualización de los usuarios del Sistema VisionWeb DP, toda vez que registran contrasímbolos que no laboran en la entidad a saber: Dr. Carlos González, Dr. Jairo Claro, Dr. Eduardo Carrascal, Dr. Oscar Pallares, este último tiene a su cargo 148 casos activos e inactivos según el Sistema	No presenta	Porque no existe el tiempo suficiente	Reciente terminación de los contratos de los defensores públicos, quienes presentan un número elevado de asignaciones de servicio.	N/A		Reciente terminación de los contratos de los defensores públicos, quienes presentan un número elevado de asignaciones de servicio.	Fortalecimiento en la actualización de los usuarios en el sistema VisionWeb	Acción Correctiva	Defensor Regional	Humanos y Físicos	Mantener actualizado mes a mes el sistema VisionWeb DP	Actualizaciones (12)	01-ene-16	31-dic-16			Cerrado en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Eficaz		
602511	Auditoría Interna de Gestión	R. Ocaña	14-dic-15	Subproceso de Defensoría Pública	No se controla adecuadamente la asistencia a las barras académicas, se encontraron defensores públicos que en ocasiones no acuden a las barras y que no justifican su inasistencia.	No presenta	En la actualidad, un defensor público del área penal, es quien se encuentra encargado de la coordinación de la barra académica.	Por la terminación del contrato del defensor público coordinador de barra académica.	N/A		Por la terminación del contrato del defensor público coordinador de barra académica.	Controlar adecuadamente la asistencia a las barras académicas	Mejora	Defensor Regional	Físicos y humanos	Controlar la asistencia de los defensores públicos a las barras, eximiendo eventualmente a aquellos que tengan la suficiente justificación debidamente acreditada para no hacerlo.	Seguimiento y control de estados de asistencia mensual (12)	01-ene-16	31-dic-16			Cerrado en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Eficaz		
602512	Auditoría Interna de Gestión	R. Ocaña	14-dic-15	Subproceso de Defensoría Pública	Fallas en la recepción de los informes mensuales de ejecución contractual, toda vez que se evidenciaron algunos de estos informes no tienen la fecha, nombre y firma de la Profesión Administrativa y de Gestión que los recibe.	No presenta	Descuido del proceso formal de recibo y entrega de informes mensuales de ejecución contractual. Se presentan desatenciones que aparentemente no revisitan la importancia que verdaderamente tienen	No se le da la suficiente importancia a procesos tan simples pero a la vez fundamentales en la calidad de los mismos.	N/A		No se le da la suficiente importancia a procesos tan simples pero a la vez fundamentales en la calidad de los mismos.	Recepcionar los informes mensuales de ejecución contractual, garantizando el proceso formal de fecha, nombre y firma del profesional administrativo y de gestión que los recepciona.	Mejora	Defensor Regional	Humanos y físicos	Seguimiento y monitoreo mensual al proceso	Acciones (12)	01-ene-16	31-dic-16			Cerrado en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Eficaz		
602513	Auditoría Interna de Gestión	R. Ocaña	14-dic-15	Subproceso de Defensoría Pública	Fallas en el uso de algunos formatos establecidos por la Dirección Nacional de Defensoría Pública, teniendo en cuenta que: a. No se está utilizando en todos los programas, el acta de derechos y obligaciones de los usuarios atendidos. b. No se está utilizando el formato acta de reparto.	No presenta	Se presentan desatenciones que aparentemente no revisitan la importancia que verdaderamente tienen	No se le da la suficiente importancia a procesos tan simples pero a la vez fundamentales en la calidad de los mismos.	N/A		No se le da la suficiente importancia a procesos tan simples pero a la vez fundamentales en la calidad de los mismos.	Garantizar la observancia en el uso de los formatos establecidos por la dirección nacional de defensoría pública para acceder al servicio	Mejora	Defensor Regional	Humanos y Físicos	Seguimiento y monitoreo al cumplimiento de la solicitud del servicio	acciones (6-bimensual)	01-ene-16	31-dic-16			Cerrado en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Eficaz		
602514	Auditoría Interna de Gestión	R. Ocaña	14-dic-15	Subproceso de Defensoría Pública	Fallas en la gestión documental del proceso de Defensoría Pública, toda vez que se encontraron contratos y los actos de inicio se encuentran sin archivar, no se hallaron los certificados de salud y pensión de todos los meses objeto de auditoría, ni tampoco los certificados de antecedentes fiscales, disciplinarios y penales	No presenta	Se presentan desatenciones que aparentemente no revisitan la importancia que verdaderamente tienen	No se le da la suficiente importancia a procesos tan simples pero a la vez fundamentales en la calidad de los mismos.	N/A		No se le da la suficiente importancia a procesos tan simples pero a la vez fundamentales en la calidad de los mismos.	Cumplir con el proceso de gestión documental de defensoría pública	Mejora	Defensor Regional	Humanos y Físicos	Seguimiento y monitoreo al proceso de gestión documental	acciones (6-bimensual)	01-ene-16	31-dic-16			Cerrado en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Eficaz		
602515	Auditoría Interna de Gestión	R. Ocaña	14-dic-15	Subproceso de Recursos y Acciones Judiciales	Debilidades en la gestión de la gestión de investigación defensorial	No presenta	Se presentan desatenciones que aparentemente no revisitan la importancia que verdaderamente tienen. Además la infraestructura existente no tiene la capacidad de proveer espacios privados para realizar las entrevistas a los usuarios	No se le da la suficiente importancia a procesos tan simples pero a la vez fundamentales en la calidad de los mismos.	N/A		No se le da la suficiente importancia a procesos tan simples pero a la vez fundamentales en la calidad de los mismos.	Fortalecer la gestión de la investigación defensorial	Mejora	Defensor Regional	Humanos y Físicos	Seguimiento y monitoreo al proceso de gestión documental	acciones (6-bimensual)	01-ene-16	31-dic-16	Se realizó reunión de seguimiento a la gestión a los formatos utilizados por el área de investigación Defensorial en la Regional revisándose de manera aleatoria cuatro casos de la ejecución mensual, así como la verificación de los objetos a desarrollar.	Memoria de reunión de seguimiento a la gestión a los formatos utilizados por el área de investigación Defensorial, con fecha de 16/03/2017.	Se verificó el documento soporte enviado el 17/03/2017 mediante mensaje electrónico, evidenciándose la realización del respectivo seguimiento por parte del Defensor Regional al área de Investigación Defensorial. La presente acción se cierra como cumplida al 100% y de manera eficaz. Sin embargo, es importante resaltar que los seguimientos deben seguirse realizando mensualmente de conformidad con la resolución 1692 de 2013, con el fin de verificar el cumplimiento de las actividades planeadas, antes de hacer el cargo de información en el aplicativo STRATEGOS.	100%	Cerrado Eficaz		
602516	Auditoría Interna de Gestión	R. Ocaña	14-dic-15	Subproceso de Recursos y Acciones Judiciales	Falencias en la aplicación de las directrices y procedimientos para la atención y trámite de peticiones	No presenta	No existe un criterio unificador conceptual de clasificación estándar para la atención y trámite de peticiones	No se ha recibido la capacitación necesaria para la aplicación de las directrices y procedimientos para la atención y trámite de peticiones.	N/A		No se ha recibido la capacitación necesaria para la aplicación de las directrices y procedimientos para la atención y trámite de peticiones.	Fortalecimiento en la aplicación de las directrices y procedimientos para la atención y trámite de peticiones	Mejora	Defensor Regional	Humanos y Físicos	Gestionar ante la DNATQ el proceso de capacitación necesario para aplicar las directrices y procedimientos para la atención y trámite de peticiones	Diligentamiento de la solicitud de capacitación al personal de la ATQ de la regional	01-ene-16	31-dic-16			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz		

ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO																							Código:	SQ-F05		
																							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					Estado de la Acción
Nº	Fuente de hallazgo	Detalle de la fuente	Fecha hallazgo	Proceso - Subproceso Afectado	Hallazgo y/o Situación		PORQUE?	PORQUE?	PORQUE?	PORQUE?	PORQUE?	Causa(s) Raíz	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	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		
602517	Auditoría Interna de Gestión	R. Ocaña	14-dic-15	Subproceso de Recursos y Acciones Judiciales	En el transcurso de la de auditoría, se estableció inobservancia del registro en el Sistema VisionWeb RAJ.	No presenta	Porque las claves fueron ocasionalmente bloqueadas y no se gestionó la reactivación de las mismas; presentándose un vacío en la sistematización.	Fallas en el sistema VisionWeb RAJ	N/A		Fallas en el sistema VisionWeb RAJ	Gestionar una capacitación en Sistemas de información VisionWeb RAJ	Mejora	Defensor Regional	Humanos y Físicos	Gestionar la capacitación en Sistemas de información VisionWeb RAJ	Diligenciamiento de la solicitud de capacitación al personal competente	01-ene-16	31-dic-16			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz		
602518	Auditoría Interna de Gestión	R. Ocaña	14-dic-15	Subproceso de Recursos y Acciones Judiciales	Desarticulación del Subproceso de Recursos y Acciones, con los demás Subprocesos que componen el proceso de Atención Trámite en la regional Ocaña, así como los distintos grupos de trabajo (atención a la víctimas, atención a la población desplazada).	No presenta	Por el desconocimiento de la necesidad de articulación con los demás subprocesos	No reconocemos ni asumimos la acción defensorial de manera articulada, en el marco de la planeación estratégica	N/A		No reconocemos ni asumimos la acción defensorial de manera articulada, en el marco de la planeación estratégica	Estimular la articulación del subproceso de recursos y acciones con los demás subprocesos	Preventiva	Defensor Regional	Humanos y Físicos	Realización de mesas de trabajo articuladas en el marco de la planeación estratégica de la regional.	Mesas trimestrales	01-ene-16	31-dic-16			Cerrado en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Eficaz		
602519	Auditoría Interna de Gestión	R. Ocaña	14-dic-15	Subproceso de Recursos y Acciones Judiciales	Fallas en la gestión del subproceso del RAJ respecto a la carencia de acciones ante aquellos Juzgados que omiten notificar a la Regional sobre la admisión de la demanda de conformidad con la establecido en la Ley 472 de 1998	No presenta	Porque existe desconocimiento generalizado sobre lo concerniente a la gestión del subproceso del RAJ.	Desatención a procesos absolutamente importantes para el desarrollo de los procesos.	N/A		Desatención a procesos absolutamente importantes para el desarrollo de los procesos.	Gestionar una capacitación en Sistemas de información RAJ	Mejora	Defensor Regional	Humanos y Físicos	Gestionar la capacitación en Sistemas de información RAJ	Diligenciamiento de la solicitud de capacitación al personal competente	01-ene-16	31-dic-16			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz		
602520	Auditoría Interna de Gestión	R. Ocaña	14-dic-15	Subproceso de Recursos y Acciones Judiciales	Debilidades en la aplicación de las directrices del Archivo General de la Nación; Ley 594 de 2000/ Ley General de Archivos y la Resolución 412 de 2015 mediante la cual se aprueba la actualización del manual de archivo versión No. 2 de la Defensoría del Pueblo	No presenta	Porque en la regional no se ha recibido capacitación relacionada	Desconocimiento de la ley	N/A		Desconocimiento de la ley	Aplicar la ley 594 de 2000 y la resolución 412 de 2015	Acción Correctiva	Defensor Regional	Humanos y Físicos	Capacitar en la ley 594 de 2000 y la resolución 412 de 2015	Diligenciamiento de la solicitud de capacitación al personal competente	01-ene-16	31-dic-16			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz		
602521	Auditoría Interna de Gestión	R. Ocaña	14-dic-15	Gestión de Servicios Administrativos	Incumplimiento de la directriz estipulada en el artículo 5 de la resolución 085 de 2014, en la cual se establece que el Defensor Regional es el único funcionario facultado en las regiones para suscribir oficios, memorandos, comunicaciones y telegramas	No presenta	Desconocimiento de algunos funcionarios de la regional	Desatención a la resolución 085 de 2014	N/A		Desatención a la resolución 085 de 2014	Elaboración de un memorando o comunicación interna para exhortar al personal sobre el acatamiento a la resolución 085 de 2014	Acción Correctiva	Defensor Regional	Humanos y Físicos	Circular el memorando en los funcionarios de la regional	Memorandos elaborados y circulados (1)	01-ene-16	31-dic-16			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz		
602522	Auditoría Interna de Gestión	R. Ocaña	14-dic-15	Gestión de Servicios Administrativos	Inobservancia de lo estipulado en el artículo 1 de la resolución 085 de 2014, puesto que en las comunicaciones expedidas por la regional no se utiliza el código establecido para la regional	No presenta	Desconocimiento absoluto en el tema	Carencia de información entre el nivel central y la regional	N/A		Carencia de información entre el nivel central y la regional	Aplicar el código de comunicaciones externas	Acción Correctiva	Defensor Regional	Humanos y Físicos	Implementar el artículo 1 de la resolución 085 de 2014	Memorando (1)	01-ene-16	31-dic-16			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz		
602523	Auditoría Interna de Gestión	R. Ocaña	14-dic-15	Gestión de Servicios Administrativos	se encontraron elementos a los cuales no se les da ningún uso, como sillas, las cuales se encuentran guardadas desde que fueron adquiridas implicando un alto riesgo deterioro y obsolescencia	No presenta	Porque se pretendía darle el mejor uso	Conservar y maximizar la vida útil del mobiliario de la regional	N/A		Conservar y maximizar la vida útil del mobiliario de la regional	Adecuar la infraestructura para generar los espacios necesarios para la instalación del mobiliario de mención	Acción Correctiva	Defensor Regional	Humanos y Físicos	Instalar el mobiliario relacionado	Número de mobiliario instalado	01-ene-16	31-ene-17			Cerrado en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Eficaz		
602524	Auditoría Interna de Gestión	R. Ocaña	14-dic-15	Gestión de Servicios Administrativos	Inobservancia del respectivo procedimiento para lograr dar de baja bienes, de conformidad los estipulados en el Manual Integrado para el manejo de bienes de propiedad de la Defensoría del Pueblo adoptado mediante Resolución 7 del 22 de mayo de 2015.	No presenta	Existe la imposibilidad de lograr conceptos técnicos especializados para dar de baja el mobiliario relacionado	La complejidad planteada por el nivel central para asumir las consideraciones previstas en el manual integrado para el manejo de bienes	N/A		La complejidad planteada por el nivel central para asumir las consideraciones previstas en el manual integrado para el manejo de bienes	Gestionar con el SENA la expedición de aprendizaje emitida los conceptos requeridos	Acción Correctiva	Defensor Regional	Humanos y Físicos	Dar de baja los bienes que así lo estipule el estudio en el marco de la resolución 735 de 2 de mayo de 2015	Cantidad de muebles que requieren ser dados de baja	01-ene-16	31-dic-16			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz		
602525	Auditoría Interna de Gestión	R. Ocaña	14-dic-15	Gestión de Servicios Administrativos	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	Porque se ha solicitado reiteradamente la revisión, acondicionamiento e instalación de la UPS	No se ha obtenido respuesta del nivel central	N/A		No se ha obtenido respuesta del nivel central	Reiterar la solicitud de intervención al nivel central	Acción Correctiva	Defensor Regional	Humanos y Físicos	Gestionar periódicamente la solicitud relacionada	Reiteraciones mensuales (12)	01-ene-16	31-dic-16			Cerrado Ineficaz en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Ineficaz		
602526	Auditoría Interna de Gestión	R. Ocaña	14-dic-15	Tecnologías de la Información	no se ha recibido capacitación para los sistemas de información SIJUPY RUP a los servidores públicos de la Regional.	No presenta	Porque depende de la programación de la defensoría del pueblo del nivel nacional	Fallas en programación de capacitaciones relacionadas	N/A		Fallas en programación de capacitaciones relacionadas	Solicitar capacitaciones en SIJUPY RUP	Acción Correctiva	Defensor Regional	Humanos y Físicos	Reiteración periódica de solicitudes de capacitación	Solicitudes mensuales (12)	01-ene-16	31-dic-16			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz		
602527	Auditoría Interna de Gestión	R. Ocaña	14-dic-15	Gestión de Servicios Administrativos	escasa gestión en el Sistema de Gestión Ambiental de la Regional Ocaña, lo cual generó el incumplimiento las metas programadas.	No presenta	Porque el tiempo necesario para asumir la función limita otras funciones consideradas prioritarias	Múltiples ocupaciones y escases de personal	N/A		Múltiples ocupaciones y escases de personal	Cumplir con las metas programadas y hacer seguimiento periódico	Acción Correctiva	Defensor Regional	Humanos y Físicos	Seguimiento y control estricto a las metas programadas en el sistema de gestión ambiental	Controles periódicos (6)	01-ene-16	31-dic-16			Cerrado en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Eficaz		
602528	Auditoría Interna de Gestión	R. Ocaña	14-dic-15	Gestión de Servicios Administrativos	Incumplimiento de la directiva presidencial 04 de 2012 "Eficiencia Administrativa y lineamientos de Política papel en la Administración Pública" ya que muchos de los documentos electrónicos realizados por la regional también se están imprimiendo.	No presenta	Se creía que al enviar la información de manera electrónica y física, se iba a asegurar la llegada de la misma al remitente	Desconocimiento de la directiva 04 de 2012 y poca confianza de la información enviada de manera electrónica	N/A		Desconocimiento de la directiva 04 de 2012 y poca confianza de la información enviada de manera electrónica	Implementar la directiva presidencial 04 de 2012	Acción Correctiva	Defensor Regional	Humanos y Físicos	Reunir a los funcionarios de la regional, informar e instaurar la directiva 04 de 2012 (reuniones trimestrales)	Reuniones de seguimiento (4)	01-ene-16	31-dic-16			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz		
602529	Auditoría Interna de Gestión	R. Ocaña	14-dic-15	Gestión de Servicios Administrativos	la Defensoría Regional Ocaña no ha presentado cumplimiento al Comité de Gestión Ambiental los informes bimestrales establecidos en el numeral del artículo 4 de la Resolución 1270 de 2013.	No presenta	Por no brindarle la importancia que tiene la gestión ambiental en los procesos y subprocesos	Desconocimiento de la articulación de la variable ambiental en la gestión defensorial	N/A		Desconocimiento de la articulación de la variable ambiental en la gestión defensorial	Cumplir con los tiempos estipulados para el envío de los informes del comité	Acción Correctiva	Defensor Regional	Humanos y Físicos	Envía de los informes su debido tiempo (6)	Informes enviados	01-ene-16	31-dic-16			Cerrado en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Eficaz		
602530	Auditoría Interna de Gestión	R. Ocaña	14-dic-15	Gestión de Servicios Administrativos	el documento correspondiente a la revisión tecnoeconómica de la camioneta FORD de placas 086 692 asignada a la Defensoría Regional Ocaña se encuentra vencido.	No presenta	Aunque el hallazgo ha sido superado el descuido ha sido el factor precursor del hecho	No prever en la planeación de los procesos y subprocesos de la regional acciones como esta	N/A		No prever en la planeación de los procesos y subprocesos de la regional acciones como esta	Realizar la respectiva revisión en el tiempo justo para no tener inconvenientes que obstaculicen el correcto desempeño del servicio defensorial	Acción Correctiva	Defensor Regional	Humanos y Físicos	Realizar la revisión técnico mecánica (1)	Revisión Técnico mecánica	01-oct-15	31-oct-16			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz		
602531	Auditoría Interna de Gestión	R. Ocaña	14-dic-15	Gestión de Servicios Administrativos	fallas en la socialización del código de ética de la entidad, adoptado mediante Resolución 931 del 2002, lo cual dificultó el despliegue de este importante elemento de control	No presenta	Porque aunque no existen fallas en la socialización (existen actas) lo que ocurre desinterés expreso del funcionario	Desatención al cumplimiento de la resolución 931 del 2002	N/A		Desatención al cumplimiento de la resolución 931 del 2002	Socializar el código de ética en la regional	Acción Correctiva	Defensor Regional	Humanos y Físicos	Socializaciones con todo el equipo de la regional el código de ética	Socializaciones (2)	01-feb-16	30-nov-16			Cerrado en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Eficaz		

				ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO																				Código: SQ-F05		
																								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					Estado de la Acción
Nº	Fuente de hallazgo	Detalle de la fuente	Fecha hallazgo	Proceso - Subproceso Afectado	Hallazgo y/o Situación		¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	Causa(s) Raíz	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	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		
602532	Auditoría Interna de Gestión	R. Ocaña	14-dic-15	Gestión del Talento Humano	con base a la información recopilada, se evidenciaron fallas en la gestión de los riesgos de la Regional, teniendo en cuenta el escaso conocimiento del equipo de trabajo de sus mapas de riesgo y el monitoreo y seguimiento de los controles para mitigar los riesgos identificados dentro de los términos establecidos, incumpliendo de esta forma los literales a y f del artículo 2 de la Ley 87 de 1993, el artículo 4 del Decreto 152 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 523	No presenta	El mapa de riesgo no se ha elaborado de manera conjunta y participativa	No se pudo garantizar la presencia de todo el equipo de la regional y eso no garantiza el manejo del riesgo de manera integral	N/A		No se pudo garantizar la presencia de todo el equipo de la regional y eso no garantiza el manejo del riesgo de manera integral	Monitoreo seguimiento y socialización del mapa de riesgos	Acción Correctiva	Defensor Regional	Humanos y Físicos	Gestión, revisión, modificación, ajustes socialización (monitoreo) al mapa de riesgos de la regional	Monitores (3)	01-ene-16	31-dic-16			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz		
602533	Auditoría Interna de Gestión	R. Ocaña	14-dic-15	Direccionamiento Estratégico	deficiencias en los controles implementados en la Regional para prevenir y reducir el impacto de las desviaciones de cada proceso, afectando el logro de los objetivos institucionales, incumpliendo de esta forma, las disposiciones frente al control interno contenidas en el artículo 6 de la Ley 87 de 1993, el Modelo Estándar de Control Interno MECI-1000:2005, en su elemento controles y el literal B del artículo 5 de la Resolución interna 602 de 2013.	No presenta	Desconocemos el algunas disposiciones y características estructurantes del método estándar de control interno	Se requiere mayor suficiencia en términos de tiempo para poder lograr un mayor manejo del método y el análisis de desviación de los procesos	N/A		Se requiere mayor suficiencia en términos de tiempo para poder lograr un mayor manejo del método y el análisis de desviación de los procesos	Fortalecimiento de los controles implementados en la regional	Mejora	Defensor Regional	Humanos y Físicos	Capacitación y análisis periódico de la desviación de los procesos	Capacitaciones (2)	01-mar-16	31-dic-16			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz		
602534	Auditoría Interna de Gestión	R. Ocaña	14-dic-15	Direccionamiento Estratégico	Se evidencie que la Regional Ocaña está llevando cabo diversas actividades las cuales no se encuentran documentadas dentro de los procesos y procedimientos de la entidad. Incumpliendo los numerales 4.1 y 4.2.3 control de registros de la norma NTCGP 1000:2009.	No presenta	Porque se desconoce que se debió documentar y articular todos los procesos	Desconocimiento generalizado en el manejo de los procesos internos	N/A		Desconocimiento generalizado en el manejo de los procesos internos	Documentar todos los procesos que se adelanten en la regional	Mejora	Defensor Regional	Humanos y Físicos	Documentar todos los procesos existentes en la regional que no han sido tenidos en cuenta para ello	Procesos documentados (X)	01-ene-16	31-dic-16			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz		
602535	Auditoría Interna de Gestión	R. Ocaña	14-dic-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), incumpliendo los numerales, 4.1e, 4.1f, 8.2.2, 8.3, 8.5.2 y 8.5.3.	No presenta	Desconocimiento para la aplicación de los procedimientos obligatorios del sistema	Desconocimiento por falta de capacitación	N/A		Desconocimiento por falta de capacitación	Gestionar capacitaciones con el nivel central	Mejora	Defensor Regional	Humanos y Físicos	Gestión de capacitación en el tema	Número de Capacitaciones	01-ene-16	31-dic-16			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz		
602536	Auditoría Interna de Gestión	R. Ocaña	14-dic-15	Direccionamiento Estratégico	La Política, Objetivos de calidad y principios de calidad no han sido lo suficientemente interiorizados por todos los funcionarios la Regional Ocaña, incumpliendo el numeral 6.2.2 literal d.	No presenta	Se le resta importancia al tema	Se desconoce la importancia la importancia del mejoramiento continuo en términos de gestión de la calidad	N/A		Se desconoce la importancia la importancia del mejoramiento continuo en términos de gestión de la calidad	Proyección de un memorando para que los funcionarios interioricen la gestión de la calidad en los procesos que se llevan a cabo	Mejora	Defensor Regional	Humanos y Físicos	Circulación del memorando en los funcionarios de la regional	Memorandos elaborados y circulados (2)	01-feb-16	31-jul-16			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz		
602537	Auditoría Interna de Gestión	R. Ocaña	14-dic-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 numeral 4.1 de la Norma NTCGP 1000:2009.	No presenta	Se le resta importancia al tema	Desatención sobre la gran importancia de los procesos misionales que se estructuran en el listado maestro	N/A		Desatención sobre la gran importancia de los procesos misionales que se estructuran en el listado maestro	Elaboración del Memorando respectivo	Mejora	Defensor Regional	Humanos y Físicos	Circulación del memorando en los funcionarios de la regional	Memorandos elaborados y circulados (2)	01-feb-16	31-jul-16			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz		
601201	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Gestión del Talento Humano	No se evidencia la evaluación final de todos los funcionarios en la concertación de objetivos; respecto de los logros alcanzados, situación que crea incertidumbre en la concertación para la evaluación de desempeño. Pendientes los funcionarios en provisionalidad: Dormelina Barrios Lara, Eduar Rafael León López, Eduardo Enrique Perpillan, Elvia Graciela Cuadro Pizarro, Fabio José Mendoza, Ingrid Ospino González, Jorge Carlo Jiménez Paredes, Juan Carlos Gamboa, Juan Eduardo Murgas, Nasly María Bolaño Idarraga, Sandra Rúa Monsalve, Yanitza Carrillo Maestre.	No presenta	Incertidumbre en la concertación para la evaluación de desempeño	N/A			Incertidumbre en la concertación para la evaluación de desempeño	1. Descargar los formatos correspondientes y aplicar las evaluaciones a los funcionarios 2. Utilizar la información contenida en el siguiente enlace para la finalidad anterior: http://palma.defensoria.gov.co/web/formatos-de-evaluacion-del-desempeno-y-de-concentacion-de-objetivos/	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	Realizar las evaluaciones pertinentes	Evaluación	19-oct-15	12-dic-16			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz		

		ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO																				Código:	SQ-F05		
																						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				Estado de la Acción
#	Fuente de hallazgo	Detalle de la fuente	Fecha hallazgo	Proceso - Subproceso Afectado	Hallazgo y/o Situación		¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	Causa(s) Raíz	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	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	
601202	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Gestión del Talento Humano	Se evidenció que los siguientes servidores Públicos están pendientes por actualización de SIGEP con corte a diciembre 31 de 2014: Fabio José Mendoza Méndez, Nelly María Bolaños Barraga, Karen Laritza Guerra Marulanda, Rafael Alonso Arrieta Luguet, Diagoel Manzano García, Juan Carlos Gamboa Martínez.	No presenta	Incumplimiento compromiso con el DAFP	N/A				Incumplimiento compromiso con el DAFP	Solicitar a RRHH a través de correo electrónico el listado de funcionarios que deben actualizar SIGEP y el listado con los documentos pendientes	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	Ayuda en el acceso a plataforma SIGEP, así como los formatos de los archivos que se deben subir a la misma	Memorando	06-oct-15	30-oct-15			Se recomienda que esta acción sea responsabilidad de todos y cada uno de los servidores de la Regional quienes deben ingresar al SIGEP con su usuario y contraseña y actualizar la información. Una vez la actualicen deben reportárselo a la Subdirección de Talento Humano (Jose Gerardo Gonzalez josegonzalez@defensoria.gov.co) por correo electrónico para que este emita el Vo.B. Cuando tenga este correo se lo remiten al P.G. 15 - Ing. de Sistemas para que consolide la información de la Regional y remita el correspondiente informe a la OCI. La fecha máxima para reportar la actualización al Ing. Jorge es el 19 de mayo de 2017. Plan de Mejoramiento formulado el 24 de noviembre de 2015; a partir del mes de diciembre de 2015 debían haber iniciado con el reporte de avance. A cierre de dic de 2015 no reportaron ningún avance razón por la cual se les ofreció realizar videoconferencia para analizar cada una de las acciones. Durante ene, feb y marzo de 2017 no reportaron avance a esta actividad. Una vez se retiró de la entidad el Defensor Regional el P.G. 15 Administrativo (Ing. Jorge Jimenez) solicita realizar videoconferencia la cual se realiza el 28 de marzo de 2017 donde se realizan recomendaciones	50%	En Ejecución
601203	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Gestión del Talento Humano	Se evidenció que mediante resolución N.º 829 de junio 16 de 2014, se nombró provisionalmente a la Dra. Diana Paola Serrano Martínez, como profesional universitario grado 15; sin embargo, no se encuentra laborando, porque nunca se posesionó, sin que se librasen comunicaciones entre la Coordinación de la Subdirección de Talento Humano y la Regional Cesar evidenciando falta de comunicación, seguimiento, control y gestión en la planta de personal.	No presenta	No posesión funcionaria Diana Paola Serrano Martínez	N/A				No posesión funcionaria Diana Paola Serrano Martínez	Solicitar a la Subdirección de Talento Humano la comunicación de NO posesión de dicha funcionaria	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	Cumplir con las directrices de la Subdirección de Talento Humano	Memorando	19-oct-15	30-nov-15			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz
601204	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Gestión del Talento Humano	No se realizó seguimiento a los planes y metas que la regional debía cumplir para el 2014 lo cual afecta significativamente el cumplimiento de la planeación estratégica de la entidad; no se encontraron las actas de seguimiento respectivas.	No presenta	No se realizó el respectivo control de las metas e indicadores de gestión	N/A				No se realizó el respectivo control de las metas e indicadores de gestión	Cumplir, a partir de la fecha con las indicaciones de la Resolución 1692 de 2.013	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	Reunión mensual de seguimiento	Memoria de reunión	01-oct-15	31-dic-15			El control lo debe realizar cada líder de proceso y presentar un informe de la gestión realizada mensualmente al Defensor Regional (la cual debe formar parte de la memoria de seguimiento a Strategos); la cual debe además quedar registrada en el aplicativo Strategos - campo Observaciones. Finalmente se informa que acción corresponde al proceso Estratégico y no de Talento Humano Plan de Mejoramiento formulado el 24 de noviembre de 2015; a partir del mes de diciembre de 2015 debían haber iniciado con el reporte de avance. A cierre de dic de 2015 no reportaron ningún avance razón por la cual se les ofreció realizar videoconferencia para analizar cada una de las acciones. Durante ene, feb y marzo de 2017 no reportaron avance en esta actividad. Una vez se retiró de la entidad el Defensor Regional el P.G. 15 Administrativo (Ing. Jorge Jimenez) solicita realizar videoconferencia la cual se realiza el 28 de marzo.	0%	Abierto
601205	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Direccionamiento Estratégico	No se realizó un análisis al mapa de riesgos de la regional así como tampoco se evidenció seguimiento a las acciones dirigidas a la mitigación de los mismos.	No presenta	Vulnerabilidad en la ocasión del impacto del riesgo	N/A				Vulnerabilidad en la ocasión del impacto del riesgo	Construir el mapa de riesgo operativo y el mapa de riesgo de corrupción de acuerdo a la realidad de la Regional Cesar	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	1. Elaborar el mapa de riesgos operativos 2. Elaborar el mapa de riesgos de corrupción	Mapa de riesgos	01-oct-15	31-dic-15			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz

		ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO																				Código: SQ-F05				
																						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					Estado de la Acción
N°	Fuente de hallazgo	Detalle de la fuente	Fecha hallazgo	Proceso - Subproceso Afectado	Hallazgo y/o Situación		¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	Causa(s) Raíz	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	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		
601206	Auditoria Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Direccionamiento Estratégico	No se conoce la política ni la metodología impartida para la administración del riesgo.	No presenta	Desconocimiento de las políticas de administración del riesgo	N/A			Desconocimiento de las políticas de administración del riesgo	Impartir las políticas y definir una metodología para socializar las directrices para la administración del riesgo	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	Reunión bimensual	Memoria de reunión	01-oct-15	31-dic-15			La evidencia de cumplimiento de dicha acción son siete (7) memorias de reunión firmadas por los servidores de la época en donde se identifica que tema del manual de riesgos fue socializado. En caso de que no hubiesen realizado dichas reuniones bimensuales durante el 2016 y primer bimestre de 2017 los integrantes del equipo MECI-CALIDAD de la Regional debían llevar memoria de reunión donde informen las razones del porque no realizaron las reuniones ya que el Plan de Mejoramiento era de conocimiento de los Servidores desde diciembre de 2016 y en ella plasmar la estrategia de cumplimiento a partir de la vigencia 2017. Se recomienda que el actual Defensor Regional emita un memorando interno conminando a que todos los servidores realicen las actividades contempladas en el Plan de Mejoramiento para que este se cumpla lo antes posible; entre ellas el auto capacitarse (cada servidor previamente estudie el material que remitió la Oficina de Planeación durante el 2015 y 2016 y listado maestro de documentos) para posteriormente reforzar mediante una capacitación que sea dictada por la Oficina de Planeación o dada por una Universidad del Cesar en donde se aclaren las dudas que se tengan. El cumplimiento de esta acción es evidencia con el envío de: 1. Memo del Regional para todos los servidores, 2. Solicitud de capacitación a Planeación y	0%	Abierto		
601207	Auditoria Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Direccionamiento Estratégico	La herramienta Mapa de Riesgo no está construida de manera técnica de tal forma que el objetivo para lo cual se creó la misma, no se cumple.	No presenta	El mapa de riesgo no cumple su objetivo	N/A			El mapa de riesgo no cumple su objetivo	Aplicar las técnicas y metodologías para la elaboración de mapas de riesgo	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano		Mapa de riesgo	01-oct-15	31-dic-15			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz		
601208	Auditoria Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Promoción y Divulgación	No se evidenció un adecuado programa o cronograma anual que involucre las actividades de promoción y divulgación de una forma transversal facilitando la gestión y control para el periodo 2014, situación que conlleva al incumplimiento del plan de acción - Sistema estratégico por dicho periodo como se aprecia en el Plan de Acción Anual 2014. Para el momento de la auditoría periodo 2015, evidencia el cumplimiento en el plan Anual del 94% reportado en el sistema estratégico	No presenta	8. Incumplimiento plan de acción - sistema estratégico por dicho periodo año 2014.	N/A			8. Incumplimiento plan de acción - sistema estratégico por dicho periodo año 2014.	verificación - seguimiento es la información registrada en sistemas mensualmente.	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	Adecuación del cronograma de actividades para comunidades, víctimas, FTMA, colegios etc... Para el cumplimiento del PAA	Cronograma	01-ene-15	31-dic-15			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz		
601209	Auditoria Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Promoción y Divulgación	No se evidenció actualización sobre las temáticas previstas al profesional responsable de la Promoción y divulgación de DDHH, DH.	No presenta	9. no encontrarse acorde con las nuevas dinámicas pedagógicas sobre DDHH y DH.	N/A			9. no encontrarse acorde con las nuevas dinámicas pedagógicas sobre DDHH y DH.	Actualizar a los profesionales en DDHH y DH	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	Solicitar a la dirección nacional envíen las mas recientes publicaciones para el acceso a la información.	Memorando	02-oct-15	31-dic-15			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz		
601210	Auditoria Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Promoción y Divulgación	la Defensoría cuenta con un espacio que sea el mas adecuado para acceder a las distintas publicaciones sobre derechos humanos y derecho internacional humanitario, las publicaciones se encuentran desactualizadas, no existe stand.	No presenta	10. El uso de la información se limitado para usuarios y funcionarios.	N/A			10. El uso de la información se limitado para usuarios y funcionarios.	Iniciar inventario de publicaciones enviadas por la dirección nacional de promoción y divulgación.	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	Habilitar espacio de consulta.	Fotograma	01-oct-15	31-dic-15			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz		
601211	Auditoria Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Promoción y Divulgación	No se evidenció inventario de publicaciones	No presenta	11. es no contar con herramientas de organización que impiden el seguimiento de publicaciones.	N/A			11. es no contar con herramientas de organización que impiden el seguimiento de publicaciones.	Iniciar inventario dotar de documentos recientes temas de DDHH y DH.	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	relacionar los libro y/o publicaciones enviadas por la Dirección nacional de	inventario	01-oct-15	31-dic-15			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz		
601212	Auditoria Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Promoción y Divulgación	Se evidenció informe a la Sede Central la Defensoría del pueblo "Unidad Pública Especializada en Información en Derechos Humanos UPEIDIH" por parte del Dr. Eduard Rafael León López; de la situación en inventario de libros, actualizaciones de las publicaciones, sitio apropiado, adecuado acceso y acopio de las ediciones en septiembre 25 de 2014	No presenta	12. la falta de adecuación de un lugar apto para la consulta y la lectura.	N/A			12. la falta de adecuación de un lugar apto para la consulta y la lectura.	mayor seguimiento a las solicitudes	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	El envío de publicaciones y un stand adecuado.	Memorando	01-oct-15	31-dic-15			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz		
601213	Auditoria Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Subproceso de Defensoría Pública	Aunque hay planeación en la atención al usuario, se evidenció sobrecarga de actividades en los funcionarios asignados en sus diferentes casos.	No presenta	Sobrecarga de actividades para los funcionarios en atención a las solicitudes de los usuarios	N/A			Sobrecarga de actividades para los funcionarios en atención a las solicitudes de los usuarios	Gestionar ante la DNDP y el Sr. Defensor del Pueblo la contratación del personal requerido por la Regional Cesar	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	Solicitud de contratación de dos PAG	Memorando	01-may-15	31-dic-15			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz		

		ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO																				Código: SQ-F05			
																						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						
Nº	Fuente de hallazgo	Detalle de la fuente	Fecha hallazgo	Proceso - Subproceso Afectado	Hallazgo y/o Situación		¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	Causa(s) Raíz	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	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	Estado de la Acción
601214	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Subproceso de Defensoría Pública	Se evidenció, que los informes bimestrales no son conciliados con la información reportada en el programa strategico y Planificación cumpliendo el 67.38%, según las alertas.	No presenta	El sistema no refleja la realidad de la planeación	N/A				El sistema no refleja la realidad de la planeación	Coordinar las fechas de entrega de los datos, previa revisión de los mismos	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	Consultar las alertas rojas en el sistema	Certificación de PAG sobre el tema	01-oct-15	31-dic-15			Se recomienda que se elija un líder del proceso de Defensoría pública quien consolide la información de todos y verifique contra Strategico el cumplimiento de metas (emitir informe del Sistema Strategico con alertas). Cada mes levantar una memoria de reunión donde revise el cumplimiento de metas vs. informe de gestión de Defensores Públicos y se establecen estrategias para su cumplimiento y de eso se genera un informe para el Defensor Regional. Plan de Mejoramiento formulado el 24 de noviembre de 2015; a partir del mes de diciembre de 2015 debían haber iniciado con el reporte de avance. A cierre de dic de 2015 no reportaron ningún avance razón por la cual se les ofreció realizar videoconferencia para analizar cada una de las acciones. Durante ene, feb y marzo de 2017 no reportaron avance en esta actividad.	0%	Abierto
601215	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Subproceso de Defensoría Pública	Las visitas a las audiencias de los defensores públicos y de seguimiento de los procesos no se cumplen 100%, las solicitudes no siempre son autorizadas por la Dirección Nacional de Defensoría Pública.	No presenta	No se supervisa de manera adecuada el desempeño de los Defensores Públicos en el cumplimiento de sus obligaciones contractuales	N/A				No se supervisa de manera adecuada el desempeño de los Defensores Públicos en el cumplimiento de sus obligaciones contractuales	Gestionar ante la DNDP y el Sr Defensor del Pueblo la contratación del personal requerido por la Regional Cesar	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	Solicitud de contratación de dos PAG	Memorando	01-may-15	31-dic-15			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz
601216	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Subproceso de Defensoría Pública	Se encontraron algunos informes mensuales que no tienen constancia de recibido, lo cual afecta la trazabilidad de la información y posterior verificación del cumplimiento de los términos de entrega, ausencia de punto de control.	No presenta	Afectación en la trazabilidad de la información	N/A				Afectación en la trazabilidad de la información	Diseñar las estrategias pertinentes para obtener la constancia de recibo de los informes mensuales	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	Verificar la entrega y dejar constancia de ello	Certificación de PAG sobre el tema	01-oct-15	31-dic-15			Se recomienda que el Líder del Proceso de Defensoría Pública junto con los demás profesionales G.19 levanten una memoria de reunión donde establezcan las estrategias y se recomiende que creen un control de recibo y devolución de informes; correspondiente a una planilla por programa donde firmados los defensores públicos de la Regional; ya que normalmente se firma el oficio con el cual se entrega del informe el cual se archiva en cada carpeta de defensor. Plan de Mejoramiento formulado el 24 de noviembre de 2015; a partir del mes de diciembre de 2015 debían haber iniciado con el reporte de avance. A cierre de dic de 2015 no reportaron ningún avance razón por la cual se les ofreció realizar videoconferencia para analizar cada una de las acciones. Durante ene, feb y marzo de 2017 no reportaron avance en esta actividad. Una vez se retira de la entidad el Defensor Regional el P.G. 15 Administrativo (Ing. Jorge Jimenez) solicita realizar videoconferencia la cual se realiza el 28 de marzo.	0%	Abierto
601217	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Subproceso de Defensoría Pública	No se alimenta en su totalidad el sistema de información VisionWeb DP pues existen defensores Públicos que no cuentan con usuario ni clave de acceso.	No presenta	No se cuentan con los datos y estadísticas en el sistema de información VisionWeb	N/A				No se cuentan con los datos y estadísticas en el sistema de información VisionWeb	Gestionar el acceso de los Defensores Públicos al sistema de información VisionWeb. Solicitar la capacitación del manejo del sistema	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	Gestionar usuarios y claves de acceso para el sistema VisionWeb. Capacitar a los Defensores Públicos y al PAG	Informe (de cumplimiento)	01-oct-15	31-dic-15			Se recomienda que el líder del proceso genere un informe del estado de solicitudes en el aplicativo VW-OPademas informesi todos los programas (no Penal - Justicia para la Paz etc.) están parametrizados en el sistema y que abogados (programa) no tienen acceso a este y especificar en donde se ingresa la información generada por los abogados que no tienen acceso al sistema para ser remitido a la OCI con copia a Defensoría Pública y Sistema.	0%	Abierto
601218	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Gestión de Servicios Administrativos	No existe un adecuado archivo (línea específica), se encuentra disperso alrededor de cada oficina, no hay numeración de folios de acuerdo a las directivas emitidas por el Archivo General de la Nación. (Proceso de gestión documental y de gestión de la	No presenta	No organización del archivo de la institución	N/A				No organización del archivo de la institución	Realizar una jornada de adecuación de los espacios para el archivo en cumplimiento a las normas de gestión documental	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	Aplicar las normas que emanen del Archivo General de la Nación	Memorando y fotografía	01-oct-15	31-dic-15			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz
601219	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Subproceso de Defensoría Pública	El sistema Visión-Web DP, presenta alertas en rojo por unidad; dificultando cumplimiento de las metas propuestas; adicionalmente se constató la lentitud del sistema durante la auditoría in-situ.	No presenta	Alertas en rojo, metas no cumplidas	N/A				Alertas en rojo, metas no cumplidas	Revisar de manera periódica las alertas del sistema	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	Mitigar las alertas en rojo con los ajustes pertinentes	Informe del PAG	01-oct-15	31-dic-15			Se recomienda que el líder del proceso debe generar informes estadísticos del Sistema Visión Web Defensoría Pública para su correspondiente seguimiento y control; estos debiesen analizarse junto con los demás P.G. 19 para establecer estrategias para que los Defensores Públicos actualicen el sistema y comunicárselas por escrito estableciendo tiempos. Debo recibir respuesta positiva incluir el cumplimiento de la actualización del sistema en los reportes de supervisión. Plan de Mejoramiento formulado el 24 de noviembre de 2015; a partir del mes de diciembre de 2015 debían haber iniciado con el reporte de avance. A cierre de dic de 2015 no reportaron ningún avance razón por la cual se les ofreció realizar videoconferencia para analizar cada una de las acciones. Durante ene, feb y marzo de 2017 no reportaron avance en esta actividad.	0%	Abierto
601220	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Tecnologías de la Información	Deficiencia en la conectividad por cableado a internet (WiFi).	No presenta	Retardos en el acceso y uso de los sistemas de información y en general a internet e intranet	N/A				Retardos en el acceso y uso de los sistemas de información y en general a internet e intranet	Gestionar ante el nivel central la implementación del cableado estructurado en la Regional Cesar	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	Garantizar el acceso oportuno a los diferentes sistemas de información	Memorando	02-oct-15	18-mar-16			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz
601221	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Subproceso de Defensoría Pública	Presenta diferencias con los reportes alertas rojo presentados en el sistema strategico, no cumpliendo con las metas propuestas; cumplió con el 67.37%.	No presenta	Alertas en rojo, metas no cumplidas	N/A				Alertas en rojo, metas no cumplidas	Reportar a tiempo los datos y realizar seguimiento a los mismos de manera mensual	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	Reportar la información en los tiempos correspondientes, verificar los indicadores cada mes	Reporte Mensual Planeación	02-oct-15	31-dic-15			Recomendación: Aplica la misma acción determinada para el hallazgo N. 601214. Plan de Mejoramiento formulado el 24 de noviembre de 2015; a partir del mes de diciembre de 2015 debían haber iniciado con el reporte de avance en el Plan de Mejoramiento. A cierre de dic de 2016 no reportaron	0%	Abierto
601222	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Tecnologías de la Información	Deficiencia, obsolescencia de los equipos de cómputo de los funcionarios; los actuales presentan retrasos inconvenientes en sus compromisos laborales.	No presenta	Difícil acceso al sistema de VisiónWeb, así como la afectación a la radicación y trámite de quejas.	N/A				Difícil acceso al sistema de VisiónWeb, así como la afectación a la radicación y trámite de quejas.	Solicitar cinco (05) equipos de cómputo nuevo, cinco impresoras y dos escáner	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	Requerir a la subdirección administrativa, la solicitud para la adquisición de los	Memorando	01-oct-15	01-dic-15		Formato enviado en su oportunidad a la Subadmon; solicitando los equipos.	Se recibió correo electrónico remitido a la Subdirección Administrativa; mediante el cual enviar formato de necesidades para el 2017.	100%	Cerrado Eficaz

		ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO																				Código:	SQ-F05		
																						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				Estado de la Acción
Nº	Fuente de hallazgo	Detalle de la fuente	Fecha hallazgo	Proceso - Subproceso Afectado	Hallazgo y/o Situación		¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	Causa(s) Raíz	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	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	
601223	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Subproceso de Atención y Trámite de Quejas, Solicitudes y Asesoría	No existe un control estandarizado en la Regional Cesar, de las peticiones por el funcionario que atende al usuario, se utiliza un control (hoja de Excel, libro minuta)	No presenta	puede ocurrir una posible pérdida de la información.	N/A				puede ocurrir una posible pérdida de la información.	Todas las peticiones y actuaciones se registrarán en la plataforma VisionWeb.	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	Se llevará un registro único en VisionWeb	Reporte VisionWeb	01-oct-15	01-dic-15			Se recomienda que el responsable de esta acción sea el Líder del Proceso P.G.18 -ATQ. Todousuario deberse registrado en el módulo RUP y posteriormente verse reflejado en el módulo ATQ. No Recomendación en caso de que no haya sistema registrarlos en un formato a mano y posteriormente ingresarlos al sistema. La evidencia de cumplimiento para el 2016 y 2017 debe ser el aumento la cantidad de usuarios atendidos y registrados en Vision Web - Módulo RUP. La cantidad de fichas repartidas debe corresponder a la cantidad de usuarios registrados en el sistema- Se profundizará en la videoconferencia programada para la primera semana de abril con el líder de ATQ. Plan Formulado del 24 de noviembre 2015; a partir del mes de diciembre de 2015 debían haber iniciado con el reporte de avance en el Plan de Mejoramiento. A cierre de dic de 2016 no reportaron ningún avance razón por la cual se les ofreció realizar videoconferencia para analizar cada una de las acciones. Durante ene, feby marzo de 2017 no reportaron avance en esta actividad.	0%	Abierto
601224	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Subproceso de Atención y Trámite de Quejas, Solicitudes y Asesoría	La Defensoría del Pueblo Regional Cesar presenta solicitudes pendientes de registro en el sistema Web-ATQ.	No presenta	demora en el registro de las actuaciones, peticiones y quejas de los usuarios a la VisionWeb.	N/A				demora en el registro de las actuaciones, peticiones y quejas de los usuarios a la VisionWeb.	Realizar las jornadas de actualización a la VisionWeb los días sábados 10 y 17 de octubre	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	Evacuar las quejas pendientes de registro	Reporte VisionWeb	01-oct-15	01-dic-15			Se recomienda: El P.G. 18-ATQ como líder de proceso debe generar mensualmente reporte de quejas pendientes por registro y escribirle a cada profesional que las actualice utilizando el recordatorio que maneja el sistema para dicho tema. Plan de Mejoramiento formulado del 24 de noviembre 2015; a partir del mes de diciembre de 2015 debían haber iniciado con el reporte de avance. A cierre de dic de 2016 no reportaron ningún avance razón por la cual se les ofreció realizar videoconferencia para analizar cada una de las acciones. Durante ene, feby marzo de 2017 no reportaron avance en esta actividad.	0%	Abierto
601225	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Subproceso de Atención y Trámite de Quejas, Solicitudes y Asesoría	Presento incumplimiento por el periodo 2014 en el Plan de Acción Anual 2014 evidenciando alertas rojas, incidiendo en el logro de los objetivos institucionales, en la toma de decisiones de la entidad y seguimiento a la gestión de la misma.	No presenta	Refleja falencias en la planeación	N/A				Refleja falencias en la planeación	Conciliar las metas acordes a la realidad, reportar los datos de manera oportuna	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	Ajustar los indicadores para la vigencia 2015	Reporte STRATEGOS	01-nov-15	01-dic-15			La OCI generará reporte de cumplimiento de metas para el 2016 y como van en el primer trimestre del año 2017. El grupo de ATQ debe revisar mensualmente el cumplimiento de metas según reportes generados de Vision Web-ATQ contra lo programado y establecer estrategias para su cumplimiento, las cuales quedar registradas en memorias de reunión firmada por todos cada uno de los profesionales de ATQ y una copia de la misma debe ser remitida al Defensor Regional. La evidencia del avance una memoria de reunión de la revisión del cumplimiento de metas durante el primer trimestre del 2017 remitida a esta oficina. Plan Formulado del 24 de noviembre 2015; a partir del mes de diciembre de 2015 debían haber iniciado con el reporte de avance en el Plan de Mejoramiento. A cierre de dic de 2016 no reportaron ningún avance razón por la cual se les ofreció realizar videoconferencia para analizar cada una de las acciones. Durante ene, feby marzo de 2017 no reportaron avance en esta actividad.	0%	Abierto
601226	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Gestión de Servicios Administrativos	No existe archivo centralizado, ni control de archivo, el cual se encuentra disperso y sin foliar de acuerdo a las directivas emitidas por el Archivo General de la Nación. (Proceso de gestión documental)	No presenta	Desorden en el manejo de los documentos	N/A				Desorden en el manejo de los documentos	Solicitar apoyo al SENA. Para la organización y apoyo de gestión documental.	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	aplicar las normas que emanan del Archivo General de la nación	Memoria de reunión Fotografías	01-oct-15	01-dic-15			La Organización del Archivo es responsabilidad de todos los funcionarios. Se recomienda que cada persona maneje sus carpetas con gestión documental (activo-inactivo) realizar gestión con el SENA para que realicen sus prácticas estudiantiles de gestión documental para organizar el archivo que este pendiente; se recomienda igualmente que el líder del Proceso Administrativo de la Regional (P.G.15 - Ingeniería de sistemas) establezca una estrategia a desarrollar durante el 2017 para organizar el archivo con el apoyo de todos los servidores. Tienen en cuenta las limitaciones de personal que tiene actualmente la Regional se recomienda que cada área maneje su propio archivo; realizando toda la gestión documental, cada área debe remitir por correo electrónico a la Asistente de Oficina G. 4 (ARISTIZABAL SALAZAR LEYDI DAYANA) y al Secretario G. 8 (GATTAN MATEUS FRANKLIN) el listado de las carpetas que está manejando en un cuadro de Excel para que esta consola y tengan la información de la regional para consulta y seguimiento. Por lo anterior todos deben recibir capacitación en Gestión Documental. La evidencia de cumplimiento de esta acción es una memoria de reunión donde se establezcan las estrategias y jornadas de archivo para el 2017 firmada por todos los servidores de la Regional y evidencias de las jornadas realizadas por	0%	Abierto
601227	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Subproceso de Atención y Trámite de Quejas, Solicitudes y Asesoría	Se tienen riesgos de incumplimiento de las actividades y metas proyectadas debido a la alta demanda de usuarios y la falta de funcionarios que apoyen el procedimiento de orientación individual, asistencia legal, como el caso de la Dra. Ruddy Marbery Jaime Miranda, que desempeña funciones en ATQ y administrativas.	No presenta	Incumplimiento de las metas	N/A				Incumplimiento de las metas	Gestionar el nombramiento de la Dra. Ruddy Marbery Jaime Miranda, por su perfil en Derecho en función al 100% en ATQ.	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	Gestionar ante el defensor del pueblo el respectivo nombramiento de la doctora Ruddy Marbery Jaime Miranda, por su perfil en Derecho en función al 100% en ATQ.	Memorando	01-oct-15	01-dic-15			Esta acción no depende del Defensor Regional. Sino de Despacho del Defensor Nacional. Está dificultando la verificación de funciones de la Sra. Ruddy-Auxiliar Administrativo G. 10 Defensoría Pública. Ya que está debestear apoyando uno de los P.G. 19 de Defensoría Pública; revisando la planta de personal de la Regional Cesar, existen cuatro (4) Aux. Admón. G. 10 para cuatro (4) Profesionales G. 9.	100%	Cerrado Ineficaz

		ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO																							Código: SQ-F05	
																							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					Estado de la Acción
#	Fuente de hallazgo	Detalle de la fuente	Fecha hallazgo	Proceso - Subproceso Afectado	Hallazgo y/o Situación		¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	Causa(s) Raíz	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	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		
601228	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Subproceso de Atención y Trámite de Quejas, Solicitudes y Asesoría	Deficiencia, obsolescencia de los equipos de cómputo de los funcionarios; los actuales generan retrasos inconvenientes en sus compromisos laborales.	No presenta					Difícil acceso a los diversos sistemas de información, VisionWeb, SIJUT	N/A	Solicitar dos (02) equipos de cómputo nuevo, una impresora y un escáner	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	Requerir a la subdirección administrativa, la solicitud para la adquisición de los respectivos equipos	Memorando	01-oct-15	31-mar-16		Formato enviado en su oportunidad a la Subadmon; solicitando los equipos.	Se recibió correo electrónico remitido a la Subdirección Administrativa; mediante el cual enviar formato de necesidades para el 2017.	100%	Cerrado Eficaz	
601229	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Gestión de Servicios Administrativos	Instalaciones en pésimas condiciones para atender a la población desplazada; no se cuenta con la mínima privacidad, ni sitio de trabajo para cumplir su función; dignamente como lo merecen las personas desplazadas.	No presenta					Atención inadecuada a los usuarios víctimas, filtración de información, el usuario se abstiene de contar la verdad del hecho ocurrido	N/A	Gestionar la adecuación de los espacios requeridos para atender a los usuarios de manera digna, con privacidad y confidencialidad	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	Solicitud de recursos para adecuación, adecuación de instalaciones	Memorando	01-oct-15	30-jun-16			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz	
601230	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Subproceso de Recursos y Acciones Judiciales	No se cuenta con el personal que se encargue de las actividades relacionadas con el subproceso de Recursos y Acciones Judiciales.	No presenta					No se registra en el sistema de información VisionWeb, módulo RAJ, la información pertinente, por lo cual no se tienen cifras ni estadísticas respecto al tema	N/A	Gestionar el nombramiento de un funcionario de nivel profesional que se encargue de las actividades de RAJ solicitando de paso la creación de usuario, asignación de clave.	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	1. Nombramiento funcionario RAJ 2. Solicitud acceso 3. Capacitación	Memorando	01-oct-15	01-jun-16			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz	
601231	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Subproceso de Recursos y Acciones Judiciales	No existe Usuario Creador clave para acceder al sistema de información VisionWeb RAJ.	No presenta							Solicitando de paso la creación de usuario	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	2. Solicitud acceso	Memorando	01-oct-15	01-jun-16			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz	
601232	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Subproceso de Recursos y Acciones Judiciales	No se efectúa el Registro de las Acciones en el Sistema de información VisionWeb RAJ.	No presenta							Asignación de clave.	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	3. Capacitación	Memorando	01-oct-15	01-jun-16		Reporte Generado del Aplicativo vision Web-RAJ Usuario: Lorena Maria Bruges Pinto.	Si bien es cierto ingresaron las Acciones de Grupo al Sistema; al revisar Strategos se identificó que no cumplieron con las metas establecidas; indicador 4.2 (Rojo 75.8%) - indicador 4.5. (Rojo 76.6%) - indicador 4.6. (Amarillo 83.3%). Para la vigencia 2017 se recomienda cumplir con las metas establecidas.	100%	Cerrado Ineficaz	
601233	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Subproceso de Atención y Trámite de Quejas, Solicitudes y Asesoría	Aun es deficiente la conectividad en el Sistema de Información Interinstitucional de Justicia transicional SIJUT.	No presenta					No se llevan los registros del sistema SIJUT	N/A	Solicitar la capacitación del sistema SIJUT, así como los accesos respectivos a los funcionarios encargados del tema	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	1. Capacitación 2. Solicitud acceso 3. Implementación	Memorando Memorando Informe	02-oct-15	31-dic-16			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz	
601234	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Gestión de Servicios Administrativos	Los Funcionarios auditados denotan desconocimiento de las tablas de retención documental impartidas por el Archivo General de la Nación y en el Manual de Archivo interno aprobado por Resolución 1036 de 2011 y en las Circulares 2030-005 de 2012, 2030-013 de 2013.	No presenta					Manejo inadecuado de los documentos del archivo de la Institución	N/A	1. Solicitar a la Subdirección Administrativa una capacitación en Gestión Documental 2. Realizar una jornada contingencia de archivo que involucre a todos los funcionarios de la regional	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	1. Cumplir con la normatividad en cuanto al manejo adecuado del archivo emanada del Archivo General de la Nación 2. Disponer de la información contenida en los documentos del archivo de una manera ligil y oportuna	Memorando Informe	02-oct-15	31-dic-15			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz	
601235	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Gestión de Servicios Administrativos	Desconocimiento sobre la nueva TRD.	No presenta					Manejo inadecuado de los documentos del archivo de la Institución			1. Solicitar a la Subdirección Administrativa una capacitación en Gestión Documental 2. Realizar una jornada contingencia de archivo que involucre a todos los funcionarios de la regional	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	1. Cumplir con la normatividad en cuanto al manejo adecuado del archivo emanada del Archivo General de la Nación 2. Disponer de la información contenida en los documentos del archivo de una manera ligil y oportuna	Memorando Informe	02-oct-15	31-dic-15			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz
601236	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Gestión de Servicios Administrativos	No se utiliza el documento que registre información sobre préstamo de documentos del archivo, ver formato código GAD-FTO-14.	No presenta					Manejo inadecuado de los documentos del archivo de la Institución			1. Solicitar a la Subdirección Administrativa una capacitación en Gestión Documental 2. Realizar una jornada contingencia de archivo que involucre a todos los funcionarios de la regional	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	1. Cumplir con la normatividad en cuanto al manejo adecuado del archivo emanada del Archivo General de la Nación 2. Disponer de la información contenida en los documentos del archivo de una manera ligil y oportuna	Memorando Informe	02-oct-15	31-dic-15		La Socialización se realiza a través de una capacitación bien sea por parte del Grupo de Gestión Documental (Subdirección Administrativa) o dada por una Universidad de Santa Marta; así mismo a través de la auto capacitación (leer los documentos publicados en el listado maestro de documentos). El cumplimiento se ve reflejado en las carpetas que cada uno de los servidores maneja las cuales deben estar con gestión documental (organizadas las hojas por tamaño, foliadas, sin gache de cosedora, relacionados los documentos en el formato y no más de 200 folios por carpeta).	50%	En Ejecución	
601237	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Gestión de Servicios Administrativos	El sistema de información documental LASERFICHE, no se encuentra funcionando.	No presenta					Manejo inadecuado de los documentos del archivo de la Institución			1. Solicitar a la Subdirección Administrativa una capacitación en Gestión Documental 2. Realizar una jornada contingencia de archivo que involucre a todos los funcionarios de la regional	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	1. Cumplir con la normatividad en cuanto al manejo adecuado del archivo emanada del Archivo General de la Nación 2. Disponer de la información contenida en los documentos del archivo de una manera ligil y oportuna	Memorando Informe	02-oct-15	31-dic-15			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz

		ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO																							Código:	SQ-F05	
																									Versión:	3	
																									Vigencia 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					Estado de la Acción
N°	Fuente de hallazgo	Detalle de la fuente	Fecha hallazgo	Proceso / Subproceso afectado	Hallazgo y/o situación		PORQUE?	PORQUE?	PORQUE?	PORQUE?	PORQUE?	Causa(s) Raíz	ACCIÓN	Tipo de acción	Responsable de ejecución	Recursos	Meta de la acción	Indicador	Fecha inicio	Fecha Terminación	PRIMER BIMESTRE			PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO			
																					SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO	DOCUMENTOS SOPORTE	OBSERVACIONES DCI				
601238	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Gestión de Servicios Administrativos	No se utiliza el formato de salida de bienes de la sede que la subdirección de Servicios Administrativos ha diseñado para estos efectos.	No presenta	Possible pérdida de elementos, no control de inventario	N/A				Possible pérdida de elementos, no control de inventario	Implementar el uso del formato GFTO-07 denominado "Seguimiento autorización de salida provisional de elementos" a los funcionarios de la Regional Cesar	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	Actualizar el inventario por funcionario	Memorando	02-oct-15	31-mar-16				Las evidencias de esta acción son copia de algunos formatos diligenciados durante el 2016 y 2017	0%	Abierto	
601239	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Gestión de Servicios Administrativos	No se evidencia por parte del Nivel Central el establecimiento del Plan Estratégico de seguridad vial del que habla la norma.	No presenta	No cumplimiento de lo estipulado en la norma	N/A				No cumplimiento de lo estipulado en la norma	Construir el PESV de acuerdo a las normas vigentes	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	Definir encargado, generar el PESV para la vigencia 2.016-2.017	PESV	02-oct-15	30-abr-16				Esta acción es responsabilidad del P.G. 15 - Administrativo; en concordancia con sus funciones. La evidencia es una comunicación interna solicitando a la Subdirección Administrativa directrices sobre la construcción del Plan y la respuesta dada por esta a la regional.	0%	Abierto	
601240	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Gestión de Servicios Administrativos	El material balístico con el que se confeccionado el chaleco antibalas que encuentra relacionado en el inventario de la Regional, ya no cumple con los requisitos para protección teniendo en cuenta que la fecha máxima de vencimiento ya expiró (vencido 18 de diciembre de 2014).	No presenta	No contar con un elemento de seguridad para la integridad del Defensor Regional	N/A				No contar con un elemento de seguridad para la integridad del Defensor Regional	1. Dar de baja del inventario el chaleco con serie 580932 2. Solicitar ante la Subdirección Administrativa el suministro de un nuevo chaleco antibalas	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	Dar de baja el chaleco antibalas	Acta de baja Memorando	02-oct-15	31-dic-15				Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz	
601241	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Dirreccionamiento Estratégico	Los equipos de cómputo de los funcionarios de la Regional Cesar, en su mayoría están obsoletos y evidencian poco mantenimiento.	No presenta	No se aprovechan las TICs como apoyo para cumplir la misión de la institución a cabalidad, no existe productividad del funcionario ya que existen prolongados retardos de tiempos que deben esperar tanto USUARIOS como funcionarios para poder avanzar en la atención de un requerimiento	N/A				No se aprovechan las TICs como apoyo para cumplir la misión de la institución a cabalidad, no existe productividad del funcionario ya que existen prolongados retardos de tiempos que deben esperar tanto USUARIOS como funcionarios para poder avanzar en la atención de un requerimiento	Solicitar a la Subdirección Administrativa la adquisición de los equipos requeridos por la Regional Cesar y por los funcionarios de acuerdo a las necesidades detectadas	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Humano	Capacitar a los funcionarios en el uso adecuado de las herramientas ofimáticas y las TICs	Formato de solicitud de necesidades	02-oct-15	31-dic-16				Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz	
601242	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Dirreccionamiento Estratégico	Adecuación de los puntos de red sin el bono de las especificaciones técnicas para ellos de hecho se conecta vía WiFi, través de un access point.	No presenta	Retraso en el acceso a los sistemas de información y por ende en la atención al usuario, riesgo de pérdida de datos e información en caso de fallas eléctricas					Retraso en el acceso a los sistemas de información y por ende en la atención al usuario, riesgo de pérdida de datos e información en caso de fallas eléctricas	Gestionar ante el nivel central la implementación del cableado estructurado en la Regional Cesar, así como la adquisición de UPS de respaldo y una central telefónica de comunicaciones	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Tecnológico	estructurado UPS de respaldo infraestructura de comunicación	Formato de solicitud de necesidades	01-oct-15	31-dic-16				Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz	
601243	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Dirreccionamiento Estratégico	No se aplican políticas de seguridad de información a los equipos de cómputo y Software asociado a los mismos, inexistencia de un Rack de comunicaciones telefónicas.	No presenta	Retraso en el acceso a los sistemas de información y por ende en la atención al usuario, riesgo de pérdida de datos e información en caso de fallas eléctricas					Retraso en el acceso a los sistemas de información y por ende en la atención al usuario, riesgo de pérdida de datos e información en caso de fallas eléctricas	Gestionar ante el nivel central la implementación del cableado estructurado en la Regional Cesar, así como la adquisición de UPS de respaldo y una central telefónica de comunicaciones	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Tecnológico	estructurado UPS de respaldo infraestructura de comunicación	Formato de solicitud de necesidades	01-oct-15	31-dic-16				Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz	
601244	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Dirreccionamiento Estratégico	Las instalaciones de los equipos de cómputo y de comunicaciones no cumplen con las normas de cableado estructurado, que permitan garantizar los requisitos de seguridad de la información y seguridad física.	No presenta	Retraso en el acceso a los sistemas de información y por ende en la atención al usuario, riesgo de pérdida de datos e información en caso de fallas eléctricas	N/A				Retraso en el acceso a los sistemas de información y por ende en la atención al usuario, riesgo de pérdida de datos e información en caso de fallas eléctricas	Gestionar ante el nivel central la implementación del cableado estructurado en la Regional Cesar, así como la adquisición de UPS de respaldo y una central telefónica de comunicaciones	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Tecnológico	Cableado estructurado UPS de respaldo infraestructura de comunicación	Formato de solicitud de necesidades	01-oct-15	31-dic-16				Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz	
601245	Auditoría Interna de Gestión	R. Cesar	30-jul-15	Dirreccionamiento Estratégico	No existe una UPS de respaldo de energía.	No presenta	Retraso en el acceso a los sistemas de información y por ende en la atención al usuario, riesgo de pérdida de datos e información en caso de fallas eléctricas					Retraso en el acceso a los sistemas de información y por ende en la atención al usuario, riesgo de pérdida de datos e información en caso de fallas eléctricas	Gestionar ante el nivel central la implementación del cableado estructurado en la Regional Cesar, así como la adquisición de UPS de respaldo y una central telefónica de comunicaciones	Acción Correctiva	Defensor Regional Cesar	Tecnológico	estructurado UPS de respaldo infraestructura de comunicación	Formato de solicitud de necesidades	01-oct-15	31-dic-16				Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz	
304001	Auditoría Interna de Gestión	Atención y Tramite Subprocesos o de Defensoría Pública	18-dic-15	Subproceso de Defensoría Pública	No aplicación de todas las directrices emanadas de la Resolución 1692 de 2013	No presenta	Desconocimiento de todas las directrices de la Resolución 1692 de 2013	N/A				Desconocimiento de todas las directrices de la Resolución 1692 de 2013	Aplicar todas las directrices emanadas de la Resolución 1692 de 2013	Acción Correctiva	Director DNDP	Humano	Carpetas organizadas en cada uno de los Grupos de la DNDP con los soportes documentales de los logros reportados oportunamente en Strategos de la ejecución del POE y de PAA de la dependencia	Número de reportes de ejecución del POE y PAA registrados oportunamente en Strategos que cuentan con soportes documentales	01-mar-16	31-dic-16				No se presentó seguimiento en este bimestre	88.8%	En Ejecución	
304002	Auditoría Interna de Gestión	Atención y Tramite Subprocesos o de Defensoría Pública	18-dic-15	Subproceso de Defensoría Pública	Inadecuada planeación en algunas metas del PAA de la DNDP para el periodo enero-agosto de 2015	No presenta	Falta de vinculación de los funcionarios de la DNDP en la formulación del POE y del PAA	N/A				Falta de vinculación de los funcionarios de la DNDP en la formulación del POE y del PAA	Vincular a los funcionarios de la DNDP en la formulación del POE y del PAA 2016	Acción Correctiva	Director DNDP	Humano	POE y PAA 2016 formulados con la participación de los funcionarios de la DNDP	Número de funcionarios de la DNDP vinculados en la formulación del POE y PAA/Total funcionarios DNDP	05-nov-15	15-ene-16				Cerrado Ineficaz en evaluación de octubre 2016	100%	Cerrado Ineficaz	
304003	Auditoría Interna de Gestión	Atención y Tramite Subprocesos o de Defensoría Pública	18-dic-15	Subproceso de Defensoría Pública	Baja ejecución del PAA de la DNDP durante la vigencia 2014	No presenta	Falta de seguimiento mensual a la ejecución del POE y del PAA de la DNDP con los Responsables de los Grupos de la dependencia	N/A				Falta de seguimiento mensual a la ejecución del POE y del PAA de la DNDP con los Responsables de los Grupos de la dependencia	Realizar reuniones mensuales de seguimiento a la ejecución del POE de la DNDP con los Responsables de los Grupos de la dependencia, con las respectivas memorias de reunión que evidencie esta labor	Acción Correctiva	Director DNDP	Humano	Nivel sobresaliente en la ejecución del POE y PAA de la dependencia	Número de reuniones mensuales de la ejecución del POE y PAA de la dependencia realizadas/9	01-mar-16	31-dic-16				No se presentó seguimiento en este bimestre	44.4%	En Ejecución	
304004	Auditoría Interna de Gestión	Atención y Tramite Subprocesos o de Defensoría Pública	18-dic-15	Subproceso de Defensoría Pública	No se comunicó el estado de la solicitud al aspirante con suficiente celeridad afectando cuando menos la eficacia del procedimiento evaluado	No presenta	Falta de Auxiliares Administrativos en los periodos de contratación masiva de Defensores Públicos	N/A				Falta de Auxiliares Administrativos en los periodos de contratación masiva de Defensores Públicos	Solicitar a la Subdirección de Talento Humano que en los periodos de contratación masiva de Defensores Públicos se asignen a la DNDP tres (3) Auxiliares Administrativos adicionales	Acción Correctiva	Director DNDP	Humano	Solicitudes de los aspirantes a operadores del SNDP tramitadas oportunamente	Número de Auxiliares Administrativos asignados por la Subdirección de Talento Humano/Número de Auxiliares Administrativos solicitados	01-jun-16	31-ago-16				Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz	

														ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO										Código:	SQ-F05
																								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					Estado de la Acción
Nº	Fuente de hallazgo	Detalle de la fuente	Fecha hallazgo	Proceso - Subproceso Afectado	Hallazgo y/o Situación		¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	Causa(s) Raíz	ACCIÓN	Tipo de acción Propuesta	Responsable de ejecución	Recursos	Meta de la acción	Indicador	Fecha Inicio	Fecha Terminación	SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO	DOCUMENTOS SOPORTE	OBSERVACIONES DCI	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	
304005	Auditoría Interna de Gestión	Atención y Trámite Subproces o de Defensoría Pública	18-dic-15	Subproceso de Defensoría Pública	Información del SIGEP desactualizada para los Defensores Públicos revisada por la auditoría	No presenta		N/A				Solamente existe un funcionario para actualizar la información del SIGEP de los Defensores Públicos contratados, lo que hace imposible cumplir esta labor en los plazos establecidos por el DAFP para estos fines	Solicitar a la Subdirección de Talento Humano que en los periodos de contratación multa de Defensores Públicos se asigne el personal necesario para realizar esta labor y tramitar ante el DAFP el respectivo plan de contingencia	Acción Correctiva	Director DNDP	Humano	Información del SIGEP actualizada para los Defensores Públicos contratados, en los términos del Plan de Contingencia presentado al DAFP	Número de servidores públicos asignados por la Subdirección de Talento Humano/Número de servidores públicos solicitados	01-jun-16	31-ago-16			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz
304006	Auditoría Interna de Gestión	Atención y Trámite Subproces o de Defensoría Pública	18-dic-15	Subproceso de Defensoría Pública	la inspección de las hojas de vida de los contratistas de la muestra no evidenció la firma al final de diligenciamiento, situación que podría tener un requerimiento por parte de una visita de funcionarios de la Función Pública	No presenta		N/A				Falta un punto de control específico para verificar que las copias físicas de las hojas de vida de los Defensores Públicos a contratar se encuentren debidamente suscritas por los mismos	Implementar un punto de control específico en la actual lista de chequeo de contratación para verificar que las copias físicas de las hojas de vida de los Defensores Públicos a contratar se encuentren debidamente suscritas por los mismos	Acción Correctiva	Director DNDP	Humano	Copia física de las hojas de vida de los Defensores Públicos contratados/Número de Defensores Públicos contratados	Número de hojas de vida suscritas por los Defensores Públicos contratados/Número de Defensores Públicos contratados	01-jun-16	31-ago-16			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz
304007	Auditoría Interna de Gestión	Atención y Trámite Subproces o de Defensoría Pública	18-dic-15	Subproceso de Defensoría Pública	Existencia del riesgo de la prestación de servicio por incumplimiento de citaciones en los Programas 1098 y 1257	No presenta		N/A				El sistema de información VisionWeb no incluye los programas de Representación Judicial de Víctimas (RJV)	Hacer al Grupo de Sistemas los requerimientos funcionales para desarrollar un módulo en el actual sistema de información del SNDP para manejar los programas de RJV	Acción Correctiva	Director DNDP	Humano	Información oportuna y confiable para el manejo de los Programas de RJV	Número de requerimientos funcionales realizados al Grupo de Sistemas	01-mar-16	30-jun-16			No se presentó seguimiento en este bimestre	0%	Abierto
304008	Auditoría Interna de Gestión	Atención y Trámite Subproces o de Defensoría Pública	18-dic-15	Subproceso 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		N/A				El sistema de información VisionWeb no incluye los programas de Representación Judicial de Víctimas (RJV)	Hacer al Grupo de Sistemas los requerimientos funcionales para desarrollar un módulo en el actual sistema de información del SNDP para manejar los programas de RJV	Acción Correctiva	Director DNDP	Humano	Información oportuna y confiable para el manejo de los Programas de RJV	Número de requerimientos funcionales realizados al Grupo de Sistemas	01-mar-16	30-jun-16			No se presentó seguimiento en este bimestre	0%	Abierto
304009	Auditoría Interna de Gestión	Atención y Trámite Subproces o de Defensoría Pública	18-dic-15	Subproceso de Defensoría Pública	Inagilabilidad del formato de estadísticas por delitos en Representación Judicial de Víctimas	No presenta		N/A				Falta de publicación en el listado maestro de documentos del SGJ de los formatos ajustados de RJV	Implementar los formatos ajustados de estadísticas por delitos en la RJV	Acción Correctiva	Director DNDP	Humano	Estadísticas consolidadas por delitos en la RJV	Número de reportes mensuales allegados/Número total de reportes que deben realizar las Regionales	01-mar-16	31-dic-16			No se presentó seguimiento en este bimestre	9%	En Ejecución
304010	Auditoría Interna de Gestión	Atención y Trámite Subproces o de Defensoría Pública	18-dic-15	Subproceso 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		N/A				Falta de peritos para la RJV	Solicitar a la Subdirección de Talento Humano la vinculación de 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 DNDP	Humano	Sobrecarga laboral de los peritos de la RJV disminuida	Número de Peritos asignados por la Subdirección de Talento Humano/Número de Peritos solicitados	01-mar-16	30-abr-16			Cerrado en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Eficaz
304011	Auditoría Interna de Gestión	Atención y Trámite Subproces o de Defensoría Pública	18-dic-15	Subproceso de Defensoría Pública	No se rinde informe por separado ni de manera estructurada sobre lo acontecido en las jornadas de acopio documental en la RJV	No presenta		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 DNDP	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	01-mar-16	31-dic-16			No se presentó seguimiento en este bimestre	0%	En Ejecución
304012	Auditoría Interna de Gestión	Atención y Trámite Subproces o de Defensoría Pública	18-dic-15	Subproceso de Defensoría Pública	Falta de evidencias sobre la trazabilidad del ejercicio de acopio documental con miras a la presentación del incidente de reparación dentro de los procesos de la Ley 975/2005	No presenta		N/A				No se deja evidencia de la entrega de 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 peritos a los Defensores Públicos de los documentos que se diligencian en las jornadas de acopio documental de RJV	Acción Correctiva	Director DNDP	Humano	Evidencia sobre la trazabilidad del acopio documental con miras a la presentación del incidente de reparación dentro de los procesos de la Ley 975/2005	Número de planillas diligenciadas en las jornadas de acopio documental de Defensores Públicos - RJV que participan en esas	01-mar-16	31-dic-16			No se presentó seguimiento en este bimestre	50%	En Ejecución
304013	Auditoría Interna de Gestión	Atención y Trámite Subproces o de Defensoría Pública	18-dic-15	Subproceso de Defensoría Pública	Inconsistencias en la utilización del número CUI del proceso en el formato de participación en audiencia DEP-FTO-31	No presenta		N/A				El número único de identificación de los procesos judiciales no es el que se coloca en el Formato de participación en audiencia de los peritos DEP-FTO-31	Ajustar e implementar el Formato de Informe de Participación en audiencia de los peritos forenses	Acción Correctiva	Director DNDP	Humano	Información coincidente entre la citación de la autoridad judicial y el informe de participación en audiencia del perito forense	Número de informes de participación en audiencia del perito forense coincidente con el de las citaciones de la autoridad judicial/Número de citaciones de la autoridad judicial	01-mar-16	31-dic-16			No se presentó seguimiento en este bimestre	50%	En Ejecución

	ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO																				Código: SQ-F05				
																					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					Estado de la Acción
Nº	Fuente de hallazgo	Detalle de la fuente	Fecha hallazgo	Proceso - Subproceso Afectado	Hallazgo y/o Situación		PORQUE?	PORQUE?	PORQUE?	PORQUE?	PORQUE?	Causa(s) Raíz	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	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	
304014	Auditoría Interna de Gestión	Atención y Tramite Subproceso de Defensoría Pública	18-dic-15	Subproceso 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 otras actividades de la DNDP, existiendo riesgo de pérdida de documentos	No presenta	Escasez de espacios adecuados que se puedan destinar para este fin en la actual sede de la DNDP	N/A			Escasez de espacios adecuados que se puedan destinar para este fin en la actual sede de la DNDP	Reiterar la solicitud a la Secretaría General de los espacios físicos y mobiliario necesarios que permitan hacer un adecuado archivo de los documentos de la DNDP	Acción Correctiva	Director DNDP	Humano	Espacio adecuado para la guarda, custodia y archivo de los documentos de la DNDP	Solicitud realizada a la Secretaría General de los espacios físicos y mobiliario necesarios para el archivo de la DNDP	01-mar-16	30-abr-16			Cerrado en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Eficaz	
BV1	Auditoría Externa de Calidad	Auditoría Externa de Calidad	20-abr-16	Direccionamiento Estratégico	No se observa la determinación de la Infraestructura necesaria para la prestación de los servicios. No se evidencian la RegionalCali, Sede Central condiciones adecuadas de ergonomía, asignación de turnos, orientación, señalización, áreas de servicio que aseguren la confidencialidad y hacer placentera la experiencia del usuario.	No presenta	La capacidad de las sedes es menor a la necesaria debido al número de funcionarios y a la alta demanda de usuarios.	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 en la actualidad hay una mayor demanda de servicios de la población	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	Lider proceso de Evaluación Satisfacción Grupos de Interés	Humano	Un documento con lineamientos de servicio al ciudadano establecido.	Número de documento con lineamientos establecidos/1 *100	16-may-16	16-jun-16			Cerrado en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Eficaz
								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 en la actualidad hay una mayor demanda de servicios de la población	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	Lider proceso de Evaluación Satisfacción Grupos de Interés	Humano y Financiero	Implementar el modelo en las 36 Defensorías Regionales	Número de Regionales con el modelo implementado /36*100	01-jun-16	31-dic-16			0%	En Ejecución	
								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 en la actualidad hay una mayor demanda de servicios de la población	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	Secretaría General Lider proceso de Gestión de Servicios Administrativos	Humano y Financiero	Un proyecto de inversión gestionados	Número de proyectos gestionados/1*100	01-ene-16	31-dic-16			75%	En Ejecución	
BV2	Auditoría Externa de Calidad	Auditoría Externa de Calidad	20-abr-16	Transversal	No hay 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 para el seguimiento y medición de sus objetivos, con el fin de tener medidas sobre la eficiencia, eficacia y efectividad de los mismos. Los actuales indicadores establecidos en estrategias 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 Planeación y Líderes de procesos.	Humano	Actualizar el manual de la entidad	Número de actualizaciones de manual de calidad /1*100	02-may-16	31-dic-16			Cerrado en evaluación de enero 2017	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 Planeación y Líderes de procesos.	Humano	19 procesos revisados.	Nº de procesos revisados/19*100	02-may-16	31-dic-16			Cerrado en evaluación de enero 2017	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 Planeación y Líderes de procesos.	Humano	1 Herramienta publicada	Nº de herramientas publicadas / 1*100	01-jun-16	31-dic-16			Cerrado en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Eficaz
BV3	Auditoría Externa de Calidad	Auditoría Externa de Calidad	20-abr-16	Procesos Misionales	No se ha implementado claramente los controles de Diseño. No se ha implementado claramente en los procedimientos de coordinación y el tratamiento de quejas, peticiones y asesorías SA-P-01, Promoción y Divulgación. PD-P07Diseño gráfico los mecanismos de control de revisión, verificación, validación y cambios del diseño.	No presenta	Se tiene controles de diseño que señalan el numeral 7.3 de la norma, pero no se ha realizado la total implementación.	No se ha socializado los lineamientos del sistema de atención integral por parte del nivel central	Se tiene el Instructivo General del Sistema de Atención Integral, el cual actualmente se encuentra en revisión por la alta dirección			Se tiene el Instructivo General del Sistema de Atención Integral, el cual actualmente se encuentra en revisión por la alta dirección.	Aprobación del Instructivo General del Sistema de Atención Integral	Acción Correctiva	Vicedefensoría Lider Proceso Atención	Humano, Financiero	Un Instructivo GSAI aprobado	Instructivo GSAI aprobado/1*100	02-may-16	31-dic-16			0%	Abierto	
														Socialización del Instructivo General del Sistema de Atención Integral	Acción Correctiva	Lider Proceso Atención	Humano, Financiero	Realizar una jornada de socialización del GSAI	jornadas de socialización de GSAI /1*100	02-may-16	31-dic-16			0%	Abierto
														Articulación del Instructivo con los procesos	Acción Correctiva	Lider Proceso Atención	Humano, Financiero	Verificar semestralmente la aplicación del GSAI en el proceso de Atención y Trámite	Verificación de la aplicación de GSAI en el proceso de Atención y Trámite /2*100	02-may-16	31-dic-16			0%	Abierto

	ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO																							Código: SQ-F05	SQ-F05	
																								versión: 3	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			
N°	Fuente de hallazgo	Detalle de la fuente	Fecha hallazgo	Proceso / Subproceso Afectado	Hallazgo y/o Situación		¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	Causa(s) Raíz	ACCIÓN	Tipo de acción	Responsable de ejecución	Recursos	Meta de la acción	Indicador	Fecha Inicio	Fecha Terminación	SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO	DOCUMENTOS SOPORTE	OBSERVACIONES OCI	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	Estado de la Acción	
BIV	Auditoría Externa de Calidad	Auditoría Externa de Calidad	20-abr-16	Procesos Misionales	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 de Producto y Servicio No Conforme	No se cuenta con el talento humano suficiente que apoyen a los líderes de los procesos en la realización de la caracterización del producto y servicio no conforme y los documentos relacionados.				No se cuenta con el talento humano suficiente que apoyen a los líderes de los procesos en la realización de la caracterización del producto y servicio no conforme y los documentos relacionados.	Vincular profesionales de apoyo para el equipo de planeación de la Entidad	Acción Correctiva	Despacho 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			Cerrado en evaluación en octubre 2016	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 de Producto y Servicio No Conforme	No se cuenta con el talento humano suficiente que apoyen a los líderes de 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	Acción Correctiva		Oficina de Planeación y Líderes de procesos.	Humano	Realizar una mesa de trabajo por proceso para la caracterización de PSNC	N de mesas de trabajo/8 procesos misionales*100	02-may-16	31-jul-16			Cerrado en evaluación en octubre 2016	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 de Producto y Servicio No Conforme	No se cuenta con el talento humano suficiente que apoyen a los líderes de 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 PSNC	Acción Correctiva		Oficina de Planeación y Líderes de procesos.	Humano	8 caracterizaciones de PSNC normalizadas publicadas	caracterización de PSNC normalizada y publicada/8 procesos misionales*100	02-may-16	31-jul-16			Cerrado en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Eficaz			
BVS	Auditoría Externa de Calidad	Auditoría Externa de Calidad	20-abr-16	Subproceso de Defensoría Pública	No presenta	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 se utiliza un pie de rey digital PI 49235 Serie 500-197-208 no obstante no tiene la identificación del estado de su calibración, no se pudo establecer con la hoja de vida su nivel de criticidad y 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)	El inventario de los equipos de laboratorio se encuentra asignado individualmente a cada uno de los peritos, razón por la cual las llaves 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	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 para consulta controlada	Hojas de vida de equipos de laboratorio/No. de equipos de laboratorio	23-may-16	31-dic-16			Cerrado Ineficaz en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Ineficaz		
												Implementar el Plan de Mantenimiento y Calibración de los equipos de laboratorios del GI D	Acción Correctiva	Dirección Nacional Defensoría 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			Cerrado Ineficaz en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Ineficaz		
BVI	Auditoría Externa de Calidad	Auditoría Externa de Calidad	20-abr-16	Gestión de Servicios Administrativos	No presenta	No se cuenta con un adecuado control de registros. Se evidencian el proceso de Planeación, Gestión Contractual, Gestión Financiera (Tesorería), Defensoría Pública, carpetas que no cumplen con la identificación adecuada, y condiciones de almacenamiento que no cumplen con las orientaciones técnicas del instructivo de correspondencia y archivo AD-1 02	Hay debilidad en el control de registros por parte de las dependencias	Los servidores públicos de cada dependencia no están realizando control de registro y disposición final de documentos	Falta de una estrategia integral que involucre las diferentes áreas en el cumplimiento de los requisitos de Gestión Documental.			Falta de una estrategia integral que involucre las diferentes áreas en el cumplimiento de los requisitos de Gestión 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			Cerrado en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Eficaz	
													Solicitar a cada dependencia mediante memorando la actualización de la relación de las personas con funciones de archivo 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			Cerrado en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Eficaz	
													Realizar visitas de seguimiento como estrategia del cumplimiento de los lineamientos establecidos en el instructivo de correspondencia y archivo AD-1 02	Acción Correctiva	Gestión de Servicios Administrativos	Humano y Financiero	2 visitas de seguimiento por dependencia y 1 visita de seguimiento por regional	N° visitas realizadas por dependencia /2*100 N° visitas realizadas por regional /1*100	02-ene-16	31-dic-16			Cerrado en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Eficaz	
1	Auditoría Externa de Calidad	Auditoría Externa de Calidad	01-jul-16	Gestión de Servicios Administrativos	No presenta	No Conformidad # 1 Se tienen deficiencias en el control de los registros. Se evidencian el proceso de Promoción y Divulgación Dirección Nal. unidades de almacenamiento de los archivos 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, Servicios	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.	N/A	N/A			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 Planeación	Humanos	Un (1) instrumento diseñado y publicado	Número de documentos diseñados y publicados /1*100	14-jul-16	31-ago-16			Cerrado Ineficaz en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Ineficaz		
												Presentar una propuesta para la inclusión en el Plan Anual de Adquisiciones de las necesidades a nivel de infraestructura para la gestión documental.	Acción Correctiva	Grupo de Gestión Documental	Humanos, Financieros	Propuesta presentada ante el Secretario General.	Número de propuestas presentadas ante el Secretario General / 1*100	18-jul-16	31-oct-16			Cerrado Ineficaz en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Ineficaz		
												Modificar y/o ajustar el procedimiento SQ-P04 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 procedimientos a/N° de procedimientos ajustados	07-jul-16	30-ago-16			Cerrado en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Eficaz		

		ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO																				Código: SQ-F05				
																						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					Estado de la Acción
Nº	Fuente de hallazgo	Detalle de la fuente	Fecha hallazgo	Proceso - Subproceso Afectado	Hallazgo y/o Situación		¿PORQUÉ?	¿PORQUÉ?	¿PORQUÉ?	¿PORQUÉ?	¿PORQUÉ?	Causa(s) Raíz	ACCIÓN	Tipo de acción	Responsable de ejecución	Recursos	Meta de la acción	Indicador	Fecha inicio	Fecha Terminación	SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO	DOCUMENTOS SOPORTE	OBSERVACIONES OCI	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		
2	Auditoría Externa de Calidad	Auditoría 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 Bolívar, Quindío, Tolima, Valle, se realizan reuniones de seguimiento mensual de avance actividades propuestas en el PAA, se toman decisiones pero no se les da el tratamiento de Acciones correctivas. De acuerdo a lo establecido en el procedimiento Acciones Correctivas y Preventivas SQ-P-05	No presenta	Pese a que se toman decisiones y se establecen acciones de mejoramiento cuando se analizan los resultados del PAA, estas acciones no se están registrando en un plan de mejoramiento y no se lleva un control				No son claras las fuentes dentro del procedimiento SQ-P04 que aclaren en que momento se deben formular acciones correctivas, preventivas y de mejora.	Socializar el procedimiento SQ-P04 Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora-ACPM a las defensorías delegadas, direcciones nacionales defensorías regionales que intervienen en la prestación de servicios de la Defensoría del Pueblo	Acción Correctiva	Oficina de Planeación	Humano, Tecnológicos	Procedimiento socializado a las Delegadas, Direcciones y Regionales que intervienen.	Nº de socializaciones realizadas/Nº de socializaciones a realizar	07-jul-16	30-ago-16					50%	En Ejecución	
												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	Nº de herramientas actualizadas / Nº de herramientas de ACPM.	07-jul-16	30-ago-16				Cerrado en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Eficaz	
3	Auditoría Externa de Calidad	Auditoría Externa de Calidad	01-jul-16	Procesos Misionales	No Conformidad # 3 8.3 No se registra detección del Servicio no conforme. No se evidencio registro de detección de producto no conforme en las etapas intermedias del servicio dentro de los procesos misionales, en las regionales Procesos Promoción y Divulgación Prevención y protección, Investigación y análisis.	No presenta	Los servidores públicos de la Defensoría del pueblo desconocen el procedimiento SQ-P03 Control del producto y/o servicio no conforme				Falta de socialización del procedimiento SQ-P03 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-P03 Control del producto y/o servicio no conforme a cada uno de los servidores públicos intervinientes para conocer los tiempos de reporte.	Corrección	Oficina de Planeación	Humano	1 procedimiento ajustado	Nº de procedimientos s/Nº de procedimientos ajustados	07-jul-16	30-ago-16					Cerrado Ineficaz en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Ineficaz
												Socializar el procedimiento SQ-P03 Control del producto y/o servicio no conforme y los documentos relacionados a las defensorías delegadas, direcciones nacionales defensorías regionales que intervienen en la prestación del	Acción Correctiva	Oficina de Planeación	Humano	Procedimiento socializado a las Delegadas, Direcciones y Regionales que intervienen.	Nº de socializaciones realizadas/Nº de socializaciones a realizar	07-jul-16	30-ago-16				Cerrado en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Eficaz	
												Una vez socializado 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-17				83%	En Ejecución		
4	Auditoría Externa de Calidad	Auditoría Externa de Calidad	01-jul-16	Subproceso de Defensoría Pública	No Conformidad # 4 7.6 No es eficaz el control de los equipos de Seguimiento y medición. Al verificar el ensayo Determinación de aptitud de disparo de arma de fuego, se observa que se utilizan equipos de medición como pie de rey digital Serie # B-CSX-8 y balanza Serie # 1454555, para los que se evidencia que no se tiene planificada la frecuencia de calibración, ni registros recientes de 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 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	Subproceso de Defensoría Pública	Humano	un plan de mantenimiento y calibración de los equipos de medición elaborados/11100	Número de planes de mantenimiento y calibración elaborados/11100	15-jul-16	31-dic-16					0%	En Ejecución
													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	Subproceso de Defensoría Pública	Humano, Financiero	Un proyecto de inversión	Número de proyectos formulados y aprobados por el DNP/11100	15-jul-16	31-dic-16				0%	En Ejecución	

	ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO																				Código: SQ-F05				
																					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						Estado de la Acción
N°	Fuente de hallazgo	Detalle de la fuente	Fecha hallazgo	Proceso - Subproceso Afectado	Hallazgo y/o Situación	PORQUE?	PORQUE?	PORQUE?	PORQUE?	PORQUE?	Causa(s) Real	ACCIÓN	Tipo de acción	Responsable de ejecución	Recursos	Meta de la acción	Indicador	Fecha Inicio	Fecha Terminación	SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO	DOCUMENTOS SOPORTE	OBSERVACIONES OCI	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		
5	Auditoría Externa de Calidad	Auditoría 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 divulgaciónse central y regional Bolívar no se diligencia en todos los casos el formato de evaluación de las capacitaciones, En la Regional Quindío se diligenció el registro solicitud de servicio para el radicado RUS: 74989 2016. En la regional Valle del cauca no se reprogramó la capacitación en DDHH programada para Febrero y Abril, incumpliendo las disposiciones dadas en	No presenta	Porque al momento de realizar las capacitaciones no se tenía 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. 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	Acción Correctiva	Jefe Oficina de Planeación	Humanos	12 comunicados que contengan información de las modificaciones del Listado Maestro de Documentos.	(Número de comunicaciones realizadas/12)/ 100	15-jul-16	31-dic-16			Cerrado en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Eficaz		
406001	Auditoría Interna de Gestión	Delegada para Asuntos Agrarios y Tierras.	18-abr-16	Gestión Contractual	1. No se evidencia actualización del RUT para contratación del 2015, siendo exigencia de la DIAN a partir de la reforma tributaria del 2012 (entre otros) cambios código de actividades 2013 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 cheques 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 e	Se hizo una revisión de cumplimiento de documentos, pero no se reviso su actualización.	Verificación de la fecha de expedición del RUT.	Acción Correctiva	Delegada para Asuntos Agrarios y Tierras	Humano Tecnológico	Revisión actualización RUT	Número de Contratos con Rut actualizados año 2016.	01-may-16	30-jun-16			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz		
406002	Auditoría Interna de Gestión	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, ni de la Delegada.	Había confusión sobre las firmas que debía contener el informe de actividades.	Había un error en el formato de actividades remitido a los contratistas de las regionales.	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)	Acción Correctiva	Delegada para Asuntos Agrarios y Tierras	Humano Tecnológico	Ajuste del formato de informe de actividades	Formato de informe de actividades corregido y memorando a supervisores de contrato de la Delegada.	01-may-16	01-jul-16			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz		
406003	Auditoría Interna de Gestión	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 última tabla de retención documental aprobada se expidió en 2009, antes de la creación de la Delegada.	A pesar de que se cuenta con una 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 Agraria	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	Acción Correctiva	Delegada para Asuntos Agrarios y Tierras	Humano	Gestión para actualización de la TRD	Memorando de retereración solicitud de aprobación de la TRD. Reuniones con el Grupo de Gestión Documental.	01-feb-16	30-abr-16			Cerrado en evaluación en octubre 2016	100%	Cerrado Eficaz		
406004	Auditoría Interna de Gestión	Delegada para Asuntos Agrarios y Tierras.	18-abr-16	Gestión de Servicios Administrativos	4. No existe el Formato Único de Inventario Documental para los archivos 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 Agraria	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 gestión.	Acción Correctiva	Delegada para Asuntos Agrarios y Tierras	Humano	Formato Único de Inventario Documental elaborado	Formato Único de Inventario Documental	01-may-16	31-dic-16			Cerrado en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Eficaz		
406005	Auditoría Interna de Gestión	Delegada para Asuntos Agrarios y Tierras.	18-abr-16	Gestión de Servicios Administrativos	5. Las Cajas y Carpetas no están identificadas con el rótulo.	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 Agraria	Organizar los archivos de acuerdo a los asuntos y temas previstos en la propuesta de TRD de la Delegada siguiendo las normas de Archivo	Acción Correctiva	Delegada para Asuntos Agrarios y Tierras	Humano	Archivo de gestión de la Delegada organizado	carpetas y cajas de archivo de la Delegada organizadas de acuerdo a las normas de archivo	01-may-16	31-dic-16	Se concluyó la organización de las carpetas y las cajas de acuerdo a los asuntos y temas previstos en la propuesta de TRD de la Delegada y se elaboró el inventario documental con corte a 31 de diciembre de 2016.	Formato Único de Inventario Documental - AGN - Código AD-P08-F11 Carpetas y cajas de archivo de la Delegada	Se recibieron las evidencias el 15 de marzo de 2017, identificándose el 10% pendiente; se recomendó que se efectuara visita por parte del Grupo de Gestión Documental.	100%	Cerrado Eficaz		
406006	Auditoría Interna de Gestión	Delegada para Asuntos Agrarios y Tierras.	18-abr-16	Direccionamiento Estratégico	6. Se evidencio en el Sistema Strategas, alertas en rojo en el indicador avance promoción y divulgación de derechos de la población campesina en el mes de abril de 2015, indicador avance 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 acciones correctivas y esta actividad se pudo cumplir en el año.	No se dejó evidencia de la realización de las reuniones que se realizaron para el seguimiento del POE y Acciones correctivas.	N/A	No se dejó 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 Strategas 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 mensual a actividades del POE	01-may-16	31-ene-17			Cerrado en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Eficaz		
1	Auditoría Interna de Gestión	Delegado de Salud	29-dic-15	Evaluación y Seguimiento	No realizan dentro de la periodicidad requerida las reuniones de seguimiento la gestión tal y como lo establece la Resolución 1692 de 2013, cada mes durante los cinco primeros días	No presenta	No se tenía 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	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			Cerrado en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Eficaz		
2	Auditoría Interna de Gestión	Delegado 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 tienen claro los lineamientos del manejo de las actas	Se asumían las planillas de asistencia como señal de aceptación de las actas, las cuales se anexaban a la misma	Desconocimiento de la gestión documental del Sistema de Gestión de Calidad	Desconocimiento de la gestión documental del Sistema de Gestión de Calidad	Realizar una capacitación de la gestión documental existente en el proceso	Acción Correctiva	Norberto Acosta	Logísticos y Humanos	Contar con las actas firmadas por todos los participantes en las comités	N° de actas firmadas completamente	01-feb-16	31-dic-16			Cerrado en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Eficaz		
3	Auditoría Interna de Gestión	Delegado 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 realizó el Análisis de Riesgos 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	N° de Riesgo identificado	01-mar-16	31-dic-16			Cerrado en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Eficaz		

		ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO																				Código: SQ-F05						
																						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					Estado de la Acción
N°	Fuente de hallazgo	Detalle de la fuente	Fecha hallazgo	Proceso - Subproceso Afectado	Hallazgo y/o Situación		PORQUE?	PORQUE?	PORQUE?	PORQUE?	PORQUE?	Causa(s) Raíz	ACCIÓN	Tipo de acción	Responsable de ejecución	Recursos	Meta de la acción	Indicador	Fecha Inicio	Fecha Terminación	SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO	DOCUMENTOS SOPORTE	OBSERVACIONES OCI	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	Estado de la Acción			
4	Auditoría 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 estaba utilizando la TRD debido a que la delegada fue creada mediante resolución 120 de 2012	No esta aprobada la TRD por el Archivo General de la Nación			No esta aprobada la TRD por el Archivo General de la Nación	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 las TRD una vez este aprobada en el Archivo General de la nación, pero se realizara todo la identificación clasificación de la documentación según las directrices establecidas	Acción Correctiva	Norberto Acosta	Logísticos y Humanos	Utilizar la TRD aprobada por el Archivo General de la nación	TRD aplicada	Una vez este aprobada las TRD	31-dic-16	Se cuenta con el formato único de inventario documental - AGN Código AD-P08-F11. De igual manera se cuenta clasificado y documentado en medio físico y magnético.	Formato único de inventario documental - AGN Código AD-P08-F11.	La delegada a través de mensaje electrónico del 16 de marzo de 2017 a la OCI y a la Oficina de Planeación reformuló el Plan de Mejoramiento consultando al Grupo de Gestión Documental para que le orientara al respecto, la acción propuesta consiste en realizar la identificación y clasificación de la documentación de conformidad con las directrices existentes.	0%	Abierto			
5	Auditoría Interna de Gestión	Delegada de Salud	29-dic-15	Gestión de Servicios Administrativos	Organización del archivo de gestión: Carpetas que no están organizadas de acuerdo con la TRD y el manual de archivo vigente	No presenta	La Delegada no cuenta con TRD aprobada	No se estaba utilizando la TRD debido a que la delegada fue creada mediante resolución 120 de 2012	No esta aprobada la TRD por el Archivo General de la Nación			No esta aprobada la TRD por el Archivo General de la Nación	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 las TRD una vez este aprobada en el Archivo General de la nación, pero se realizara todo la Organización de Archivo de Gestión y Transferencias Documentales según las directrices establecidas por la dependencia de Gestión	Acción Correctiva	Norberto Acosta	Logísticos y Humanos	Organizar el Archivo de Gestión y Transferencia Documental según el procedimiento Código AD-P08	100% de documentos organizados	01-ene-16	31-dic-16			Cerrado en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Eficaz			
6	Auditoría Interna de Gestión	Delegada de Salud	29-dic-15	Gestión de Servicios Administrativos	Las cajas utilizadas para archivar las carpetas no están rotuladas conforme a Manual de Archivo y su disposición en las estanterías no cumplen con organización 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 los funcionarios para la aplicación del procedimiento Código: AD-P08 Organización Archivos de Gestión y Transferencias Documentales, el formato Código: AD-P08-F12, el Instructivo de Comunicaciones Oficiales y Organización de Archivos.	Acción Correctiva	Norberto Acosta	Logísticos y Humanos	Rotular las cajas de archivo según formato vigente y organizar el archivo de gestión	N° de cajas rotuladas y organizadas según formato vigente	01-ene-16	31-dic-16			Cerrado en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Eficaz			
7	Auditoría 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 ADP008-F11	No presenta	El inventario de documentos se estaba realizando con base en los formatos al aprobado por el 01 de diciembre de 2015	No se revisó 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 ADP008-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			Cerrado en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Eficaz			
8	Auditoría 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 sofkaflan 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 específica para la gestión de recursos físicos esta bajo la responsabilidad de la Subdirección administrativa, como lo establece el Decreto 023 de 2014.				La función específica para la gestión de recursos físicos esta bajo la responsabilidad de la Subdirección administrativa.	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			Mediante mensaje electrónico del 15 de marzo de 2017 el profesional asignado para esta labor manifestó que la red de gabinetes contra incendios y sus equipos (motobombas y tableros de control) ya están en funcionamiento, además los extintores que se instalaron tienen carga vigente hasta noviembre de 2017.	100%	Cerrado Eficaz			
9	Auditoría Interna de Gestión	Delegada de Salud	29-dic-15	Evaluación y Seguimiento	Por falla en los controles en gestión documental se extraviaron los radicados números 201500827297, 201500827306 Claudia Patricia Alvarado Pachón y 201500842631, 201500842731 201500842773 y 201500842793, oficios de 23 de octubre de 2015 de Rodrigo Alberto Zapata Sierra.	No presenta	No se realizó el registro de estos radicados en el formato establecido en el procedimiento, ni se informó al jefe inmediato de los mismos	Se realizó devolución correspondencia por comunicación verbal				Se realizó 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			Cerrado en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Eficaz			
10	Auditoría 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	No presenta	No se tenía 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 a entregada	01-ene-16	31-dic-16			Cerrado en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Eficaz			
11	Auditoría 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 informo la correspondencia devuelta al jefe inmediato	N/A				No se registro e informo 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 a devoluciones	01-ene-16	31-dic-16			Cerrado en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Eficaz			
12	Auditoría 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 hizo 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 los 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			Cerrado en evaluación de enero 2017	100%	Cerrado Eficaz			
6009-1	auditoría interna de gestión	Informe de Auditoría	02-may-16	Gestión de Talento humano	Hallazgo No. 1: No se evidencia el envío en los tiempos establecidos de la concertación de objetivos ni de la calificación de los servidores de carrera administrativa, situación que crea incertidumbre en la concertación para la evaluación de desempeño .	No se ha presentado	por incumplimiento de algunos funcionarios de carrera en la entrega a tiempo de la concertación de objetivos	por vacaciones del defensor regional	Por falta de coordinación	N/A	N/A	Por falta de coordinación	Elaboración de memorando estableciendo fechas de reunión entre el regional y funcionarios de carrera para la concertación de objetivos en la elaboración, entrega y posterior envío de la calificación al nivel central.	Acción Correctiva	Defensor Regional	Humano	1 memorando	N° de requerimientos realizados / N° de requerimientos a realizar	24-ago-16	24-ago-16				0%	Abierto			

ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO																						Código:	SQ-F05		
																						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				Estado de la Acción
Nº	Fuente de hallazgo	Detalle de la fuente	Fecha hallazgo	Proceso / Subproceso Afectado	Hallazgo y/o Situación		¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	Causa(s) Raíz	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	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	
6009-2	auditoria interna de gestión	Informe de Auditoria	02-may-16	Gestión de Talento humano	Hallazgo No. 2: Se evidenció que los siguientes servidores Públicos están pendientes por actualización de SIGEP con corte a diciembre 31 de 2015: Gerney Calderón Perdomo, Oscar Yesid Puentes Cortes, Maritza Escandón Téllez, Carolina Murcia Rodríguez, Eda Ospino Quintero, Vinney Ramirez Rincón, Pedro Rojas Rojas, Héctor William Suarez Moreno, Jorge Rolando Araujo Mulca Anderson Cuellar Pinzón, Olga María Leyva González, John Fredy Malagón Muñoz, Carlos Adolfo Perdomo Hermda, Leonardo Riveros Santos, León Edilberto Rodríguez, Diego Arturo SANCHEZ Pinzón Juan Leonardo Urrutia Tinjaca, Pedro Yepes Gallego.	No se ha presentado	por fallas del sistema	N/A	N/A	N/A	N/A	por fallas del sistema	realizar jornadas periódicas de verificación de datos en el SIGEP.	Acción Correctiva	Ingeniero de sistemas	Humano	hacer dos jornadas de verificación semestrales de la información subida al SIGEP	Nº de jornadas realizadas/2 *100	02-may-16	15-dic-16				0%	Abierto
6009-3	auditoria interna de gestión	Informe de Auditoria	02-may-16	Direccionamiento Estratégico	Hallazgo No.03 : con base a la información recopilada, se evidenciaron fallas en la gestión de los riesgos del proceso de la Regional, teniendo en cuenta la escasa participación del equipo de trabajo en la construcción de los mapas de riesgo, la formulación de las acciones para la administración del riesgo, y el no monitoreo y seguimiento de las acciones para mitigar el riesgo que se identificaron, incumpliendo de esta forma, las disposiciones contenidas en cuanto administración de riesgo en el Decreto 1599 de 2001 (por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano) y las resoluciones internas 2006-2010 y 602 de 2013.	No se ha presentado	falta de comunicación entre los diferentes actores implicados	desconocimiento de la metodología	N/A	N/A	N/A	desconocimiento de la metodología	Realizar dos reuniones de monitoreo del mapa de riesgos con sus respectivas actas, aplicando la metodología correspondiente.	Acción Correctiva	Defensor Regional	Humano, Tecnológico	2 reuniones hacer para monitorear al mapa de riesgos	Nº de reuniones programadas/Nº Reuniones realizadas	09-mar-16	31-oct-16	Realización de reunión de monitoreo del mapa de riesgos el día 29 de abril de 2016. Realización de reunión de monitoreo del mapa de riesgos el día 30 de diciembre de 2016.	Acta de reunión elaborada el día 29 de abril de 2016, como electrónico enviado con el acta de este monitoreo realizado (Monitoreo Mapa de Riesgos 29-Abril-2016.pdf) Acta de reunión elaborada el día 30 de diciembre de 2016, como electrónico enviado con el acta de este monitoreo realizado (Monitoreo Mapa de Riesgos 30-Diciembre-2016.pdf)	Se verificaron las memorias de reunión de los monitoreos realizados a los mapas de riesgos de gestión y corrupción con fecha del 29 de abril y el 30 de diciembre de 2016. La acción se cierra con cumplimiento de 100% y de manera eficaz. No obstante, las actividades de monitoreo a los mapas de riesgos deben seguirse realizando con el fin de evitar las causas que generaron el hallazgo.	100%	Cerrado Eficaz
6009-4	auditoria interna de gestión	Informe de Auditoria	02-may-16	Direccionamiento Estratégico	Hallazgo No. 04: Deficiencias en los controles implementados en la Regional para prevenir y reducir el impacto de la desviaciones de cada proceso, afectando el logro de los objetivos institucionales, incumpliendo de esta forma, las disposiciones frente al control interno contenidas en el artículo 6 de la Ley 87 de 1993, el Modelo Estándar de Control Interno MECI-1000:2005, en su elemento controles y el literal B del artículo 5 de la Resolución interna 602 de 2013.	No se ha presentado	por desconocimiento de los procedimientos y controles existentes	sobre carga de trabajo	N/A	N/A	N/A	por desconocimiento de los procedimientos y controles existentes y sobre carga laboral	Realizar reuniones mensuales con el fin de superar las deficiencias que se presentan en los controles que previenen la desviación de los procesos en los diferentes subsistemas del sistema de control interno a saber: Subsistema de control estratégico, Subsistema de control de gestión, Subsistema de control y evaluación.	Acción Correctiva	Defensor Regional	Humano	8 Reuniones de control	Nº de reuniones realizadas/8 *100	01-abr-16	31-dic-16	Reuniones realizadas mensualmente. Actas de ESTRATEGICOS.	ACTA-ENERO.pdf ACTA-FEBRERO.pdf ACTA-MARZO.pdf ACTA-ABRIL.pdf ACTA-MAYO.pdf ACTA-JUNIO.pdf ACTA-JULIO.pdf ACTA-AGOSTO.pdf ACTA-SEPTIEMBRE.pdf ACTA-OCTUBRE.pdf ACTA-NOVIEMBRE.pdf	Se verificaron los documentos soportes enviados mediante mensaje electrónico del mes de marzo de 2017 evidenciándose la realización de la evaluación y seguimiento a las actividades del PAA 2016, y la participación del Defensor Regional y de algunos servidores públicos. La acción se cierra con cumplimiento del 100% y de manera eficaz. Es importante resaltar que, la Regional debe continuar realizando mensualmente el seguimiento de las actividades planeadas de conformidad con la resolución 1692 de 2013.	100%	Cerrado Eficaz
6009-5	auditoria interna de gestión	Informe de Auditoria	02-may-16	Gestión de servicios administrativos	Los servidores del sector social no conocen e implementación de lineamientos directrices, evaluaciones y controles para la atención al ciudadano por parte de los funcionarios que realizan dicha responsabilidad (no control de los usuarios atendidos en el libro control diseñados para dicho procedimiento situación que impide tener retroalimentación con los usuarios que acuden a la entidad y conocer el nivel de cumplimiento e incumplimiento de sus expectativas. De esta forma se afecta la función administrativa la cual, busca la satisfacción de las necesidades generales de todos los habitantes, de conformidad con los principios, finalidades y cometidos consagrados en la Constitución Política.	No se ha presentado	Por sobre carga de trabajo se registraba de manera incompleta en el sistema de información	N/A	N/A	N/A	N/A	Por sobre carga de trabajo se registraba de manera incompleta en el sistema de información	Realizar el registro completo de los usuarios en el libro de control, usar el sistema implementado por el nivel central RUP con el fin de direccionar a los usuarios de acuerdo a cada caso que se presenta	Acción Correctiva	Defensor Regional	Humano, Tecnológico	Implementación del sistema RUP y retroalimentación con los usuarios	100/100	01-abr-16	31-dic-16				0%	En Ejecución
6009-6	auditoria interna de gestión	Informe de Auditoria	02-may-16	Promoción y divulgación	Hallazgo 06: Incumplimiento de las metas planeadas en el año 2015, respecto a la realización de foros y actividades sobre el Derecho a la participación y el control social.	No se ha presentado	Las actividades planeadas en el paa del año 2015 para esta meta no fueron realizadas en los tiempos propuestos en PAA por razones presupuestales, dichas actividades se realizaron entre los meses de noviembre y diciembre e 2015 a saber: Taller o capacitación en control social con la red departamental de apoyo a las veedurías ciudadanas, Talleres con comités de veedurías ciudadanas, redes de apoyo y organizaciones sociales y comunitarias del departamento y por último el Taller en control social y veedurías ciudadanas con mesa departamental y municipales de	N/A	N/A	N/A	N/A	Las actividades planeadas en el paa del año 2015 para esta meta no fueron realizadas en los tiempos propuestos en PAA por razones presupuestales, dichas actividades se realizaron entre los meses de noviembre y diciembre e 2015 a saber: Taller o capacitac	Realización de las actividades faltantes con el fin de alcanzar las metas del paa, antes de que termine la vigencia de mismo, Taller o capacitación en control social con la red departamental de apoyo a las veedurías ciudadanas, Talleres con comités de veedurías ciudadanas, redes de apoyo y organizaciones sociales y comunitarias del departamento y por último el Taller en control social y veedurías ciudadanas con mesa departamental y municipales de víctimas. Al año	Acción Correctiva	Funcionario de promoción y divulgación	Humano	Realización de los talleres y/o capacitaciones	Nº de talleres y/o capacitaciones / 7 *100	01-abr-16	31-dic-16				0%	En Ejecución

		ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO																				Código:	SQ-F05		
																						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				Estado de la Acción
Nº	Fuente de hallazgo	Detalle de la fuente	Fecha hallazgo	Proceso / Subproceso afectado	Hallazgo y/o Situación		¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	Causa(s) Raíz	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	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	
6009-7	auditoría interna de gestión	Informe de Auditoría	02-may-16	Promoción y divulgación	Hallazgo 07: La no distribución de publicaciones entre los usuarios, centros educativos o instituciones de orden Departamental; se evidencia en la demasiada existencia de las mismas publicaciones.	No se ha presentado	el centro de documentación se empezó a implementar en la regional Caquetá a a partir de finales de 2014 con la creación de oficina de promoción y divulgación muchas publicaciones repressadas son de antes de la creación de esta oficina	no se realizaban jornadas en los centros educativos para la entrega del material	N/A	N/A	N/A	no se realizaban jornadas en los centros educativos para la entrega del material	Implementación por parte del funcionario de promoción y divulgación del centro de documentación de la regional Caquetá con el fin de dar destino final a las publicaciones repressadas	Acción Correctiva	Funcionario de promoción y divulgación	Humano	Implementar el centro de documentación para entrega del material, 2 al año	Nº de entregas realizadas/2º 100	01-abr-16	31-dic-16	Capacitación por parte de la ENPDOR Martha Elizabeth Celis Pérez para la gestión e implementación del centro de documentación en la Regional Caquetá. Distribución de material de promoción y divulgación de derechos Humanos a coordinadores de las mesas municipales de víctimas del Caquetá. Entrega y distribución del material a diversos sectores en la Feria Nacional del servicio al ciudadano realizada en la ciudad de Florencia.	Memorando 3010-01-29.pdf Listado de Asistencia Entrega de material de promoción y divulgación.pdf Formatos de prestamos bibliotecarios.pdf	Con el fin de verificar la totalidad de acciones que demuestren tener un centro de documentación en operaci es necesario solicitar un archivo fotográfico mediante el cual se observe el espacio destinado para ello, la disposición de las publicaciones.	75%	En Ejecución
6009-8	auditoría interna de gestión	Informe de Auditoría	02-may-16	Atención y Trámite	Hallazgo:08: No se clasifican de manera correcta las peticiones en parte por falta de direccionamiento y capacitación desde el nivel central.	No se ha presentado	Inadecuada utilización del sistema de información	por falta de capacitación a los funcionarios	N/A	N/A	N/A	por falta de capacitación a los funcionarios	solicitar capacitaciones en el manejo de las peticiones así como del manejo del sistema de información RUP que permite el direccionamiento de las mismas	Acción Correctiva	Defensor Regional	Humano, Tecnológico	1 solicitud de Capacitación para la implementación del sistema RUP	Nº de solicitudes realizadas / Nº de solicitudes a realizar	27-jul-16	29-jul-16	Se ha realizado capacitación en VisionWeb RUP, bajo la dirección del ingeniero Gustavo Peña. Se recibió capacitación en VisionWeb RUP, esta siendo ejecutado por las dependencias de ATQ y RAJ, sin embargo, por relación a los funcionarios reuñentes existe confusión en la calificación de reuñentes de un funcionario por la falta de capacitación.	Cumplido de permanencia de fecha 28 de Julio de 2016. ProgramacionTurnosRUPen el marzo.pdf	Se verificó el cumplimiento de permanencia emitido por la Regional Caquetá por los días 26, 27 y 28 de julio de 2016 al ingeniero Gustavo Peña Jordan (Profesional Especializado del Grupo de Sistemas) y en la cual se menciona el objetivo de la visita: realización de capacitación en VisionWeb RUP a los funcionarios y contratistas defensores públicos de área promiscua, administrativo y caso de justicia. Adicionalmente, se verificó el archivo con la programación de turnos correspondiente al RUP asignados a los servidores públicos de la Regional entre enero y marzo de 2017. La acción se cierra con cumplimiento de 100% y de manera eficaz.	100%	Cerrado Eficaz
6009-9	auditoría interna de gestión	Informe de Auditoría	02-may-16	Atención y Trámite	Hallazgo 09: Incumplimiento de los términos para reiterar las solicitudes realizadas por la Defensoría Regional, el marco de la gestión de las peticiones.	No se ha presentado	por falta de capacitación a los funcionarios	N/A	N/A	N/A	N/A	por falta de capacitación a los funcionarios	Solicitar constantemente capacitación para los funcionarios en la clase de gestión que se le debe hacer a las peticiones de acuerdo a su clasificación	Acción Correctiva	Defensor Regional	Humano	2 Solicitudes de capacitación permanente a los funcionarios, semestral	Nº de capacitaciones solicitadas/2º100	27-jul-16	31-dic-16	Se ha realizado una capacitación en el proceso misional, subprocesos/Solicitudes y Trámites de Quejas.	Memorando No. 134 fecha 30 de marzo de 2016 (Memorando6009-134.pdf).	Solo se ha realizado una solicitud, observando con preocupación que la misma no fue despachada ni positiva ni negativamente.	50%	En Ejecución
6009-10	auditoría interna de gestión	Informe de Auditoría	02-may-16	Atención y Trámite	Hallazgo: 10: Carencia del listado de funcionarios reuñentes	No se ha presentado	por falta de capacitación a los funcionarios	gran cantidad de peticiones	poco personal para la gran cantidad de peticiones	N/A	N/A	por falta de capacitación a los funcionarios	Llevar el listado de los funcionarios reuñentes y hacer el respectivo seguimiento a los casos en que se presentan funcionarios ausentes	Acción Correctiva	Funcionarios ATQ	Humano	realización de peticiones en los tiempos y de los listados de los	1 listado	27-jul-16	31-dic-16				0%	Abierto
6009-11	auditoría interna de gestión	Informe de Auditoría	02-may-16	Atención y Trámite	Hallazgo 11: Se evidenciaron alarmas en el sistema que no han sido resueltas afectando el debido control de gestión de las peticiones.	No se ha presentado	Falta de tiempo de los funcionarios por carga laboral	disposición de los funcionarios encargados	N/A	N/A	N/A	Falta de tiempo de los funcionarios por carga laboral	Realizar la gestión en el sistema a las peticiones que presentan alarmas, establecer mecanismos de control a estas alarmas, implementar los mecanismos de control propuestos por parte del defensor regional	Acción Correctiva	Defensor regional Funcionarios ATQ	Humano	control permanente en la gestión de las peticiones	Nº de mecanismos de control implementados /Nº de mecanismos de control a implementar	01-abr-16	31-dic-16	Con anterioridad a la identificación del hallazgo dentro de la auditoría realizada, el defensor regional en el primer semestre del año 2016, adelantó brigadas de alimentación de sistema de aquellas solicitudes	Memorando6009-132 Memorando6009-154	Se observan las acciones determinadas por el Defensor Regional al respecto que se encuentran soportadas con las evidencias allegadas.	100%	Cerrado Eficaz
6009-12	auditoría interna de gestión	Informe de Auditoría	02-may-16	subproceso de Defensoría Pública	Hallazgo No. 12: No se diligencian los formatos del sistema de Gestión en su totalidad. No se evidenciaron la totalidad de los formatos de barras solicitados así como tampoco las justificaciones de los defensores insistentes de las cuales debería cuando menos dejarse copia escaneada.	No se ha presentado	No exigencia por parte del Profesional Administrativo y de Gestión	N/A	N/A	N/A	N/A	No exigencia por parte del Profesional Administrativo y de Gestión	Diligenciar los formatos de asistencia de los defensores públicos a las diferentes barras académicas, Exigir la debida justificación en caso de presentarse ausencias a las barras académicas.	Acción Correctiva	Profesional Administrativo y de Gestión	Humano	2 mensuales	Nº de barras académicas realizadas/16º 00	01-abr-16	31-dic-16	Se dejaron las respectivas copias de las barras académicas en el archivo de la regional.	SOPORTE HALLAZGOS BARRAS.pdf	Solo se han enviado 11 soportes de las 16 planteadas en el Plan de Mejora.	62%	En Ejecución
6009-13	auditoría interna de gestión	Informe de Auditoría	02-may-16	subproceso de Defensoría Pública	Hallazgo No. 13: Se encontraron 12 alarmas al momento de la auditoría sobre la aceptación del caso	No se ha presentado	falta de control y gestión por parte del Profesional Administrativo y de Gestión	N/A	N/A	N/A	N/A	falta de control y gestión por parte del Profesional Administrativo y de Gestión	Realizar permanente control y gestión a los casos que maneja el proceso defensorial pública	Acción Correctiva	Profesional Administrativo y de Gestión	realización permanente de control y gestión	Diario	Nº de controles realizados/Nº de controles a realizar	01-abr-16	31-dic-16	Se aceptaron todos los casos que llegan a la regional.	SOPORTE HALLAZGOS RECIBIDO INFORMES0001.	Para poder establecer este cumplimiento es necesario contar con un reporte oficial del sistema de información Vision-Web DP con corte a 31 de diciembre de 2016, lo cual permitirá evidenciar el cumplimiento de la acción. De no ser posible se necesita una imagen de pantalla que muestre esa información.	0%	Abierto
6009-14	auditoría interna de gestión	Informe de Auditoría	02-may-16	subproceso de Defensoría Pública	Hallazgo No. 14: Se encontraron algunos informes mensuales que no tienen constancia de recibido, lo cual afecta la trazabilidad de la información y la posterior verificación del cumplimiento de los términos de entrega, ausencia de punto de control.	No se ha presentado	falta de control y gestión por parte del Profesional Administrativo y de Gestión	N/A	N/A	N/A	N/A	falta de control y gestión por parte del Profesional Administrativo y de Gestión	Registrar la fecha de recibido y firma en los informes de ejecución mensual que presentan los defensores públicos.	Acción Correctiva	Profesional Administrativo y de Gestión	Humano	Registro mensual	Nº de registros realizados/12º 00	01-abr-16	31-dic-16	Todos los informes tienen su respectiva firma de recibido.	SOPORTE HALLAZGOS RECIBIDO INFORMES0001.	Soportado mediante archivos escaneados en los que se observa la firma y fecha de recibido de los informes.	100%	Cerrado Eficaz
6009-15	auditoría interna de gestión	Informe de Auditoría	02-may-16	Subproceso de Recursos y Acciones Judiciales	Hallazgo 15: El funcionario a cargo de este subproceso, no ha recibido capacitación adecuada para el correcto desempeño de las actividades que corresponden a su cargo en la regional auditada.	No se ha presentado	No capacitación al funcionario de RAJ	N/A	N/A	N/A	N/A	No capacitación al funcionario de RAJ	Solicitar capacitación para el funcionario de RAJ	Acción Correctiva	funcionario RAJ	humano	1 solicitud de capacitación	Nº de solicitudes realizadas/1º 100	01-abr-16	31-dic-16				0%	Abierto

																				ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO										Código:	SQ-F05
																														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				Estado de la Acción							
N°	Fuente de hallazgo	Detalle de la fuente	Fecha hallazgo	Proceso - Subproceso afectado	Hallazgo y/o situación		PORQUE?	PORQUE?	PORQUE?	PORQUE?	PORQUE?	Causa(s) Raíz	ACCIÓN	Tipo de acción	Responsable de ejecución	Recursos	Meta de la acción	Indicador	Fecha inicio	Fecha Terminación	SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO	DOCUMENTOS SOPORTE	OBSERVACIONES DCI		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO						
6009-16	auditoría interna de gestión	Informe de Auditoría	02-may-16	Subproceso de Recursos y Acciones Judiciales	Hallazgo 16: El registro de la información correspondiente al periodo auditado se encuentra atrasado	No se ha presentado	No capacitación al funcionario de RAJ	N/A	N/A	N/A	No capacitación al funcionario de RAJ	Solicitar capacitación para el funcionario de RAJ	Acción Correctiva	funcionario RAJ	humano	1 solicitud de capacitación	N° de solicitudes realizadas/1*	01-abr-16	31-dic-16					0%	Abierto						
6009-17	auditoría interna de gestión	Informe de Auditoría	02-may-16	Atención y Trámite	Hallazgo 17: No hay claridad por falta de un direccionamiento específico del nivel central en cuanto a la responsabilidad de registro de la información ya que los funcionarios de ATQ también hacen uso del sistema y del módulo RAJ.	No se ha presentado	No capacitación a los funcionarios de RAJ y ATQ	N/A	N/A	N/A	No capacitación a los funcionarios de RAJ y ATQ	Solicitar capacitación para el funcionario de RAJ	Acción Correctiva	funcionario RAJ	humano y tecnológico	1 solicitud de capacitación	N° de solicitudes realizadas/1* 100	01-abr-16	31-dic-16	Se ha realizado capacitación en VisiónWeb Ruj, bajo la dirección del Ingeniero Gustavo Perea.	Implementación de turnos para funcionarios de ATQ y RAJ.	Se verificó el cumplimiento de permanencia emitido por la Regional Caquetá por los días 26, 27 y 28 de julio de 2016 al Ingeniero Gustavo Perea Jorden (Profesional Especializado del Grupo de Sistemas) y en la cual se menciona el objetivo de la visita: realización de capacitación en VisiónWeb Ruj a los funcionarios y contratistas defensores públicos de área promuevas, administrativo y casa de justicia.	ProgramaciónTurnosRuj.pdf	100%	Cerrado Eficaz						
6009-18	auditoría interna de gestión	Informe de Auditoría	02-may-16	Gestión de servicios administrativos	Hallazgo No. 18 : No se aplican las Directrices del Archivo General de la Nación, en el Manual de Archivo aprobado por Resolución 1036 de 2011 y en las Circulares 2030-005 de 2012, 2030-013 de 2013, expresadas en el desarrollo del presente numeral, en parte por la falta de apoyo por parte del líder de este proceso.	No se ha presentado	No capacitación de los funcionarios, falta de elementos y adecuación del archivo	N/A	N/A	N/A	No capacitación de los funcionarios, falta de elementos y adecuación del archivo	Solicitar capacitación al nivel central frente al manejo del archivo, Solicitar al nivel central la estantería y demás elementos necesarios para el correcto manejo del archivo físico de la regional	Acción Correctiva	Defensor Regional	Financiero, logístico, humano y tecnológico	Capacitación de funcionarios, elementos de archivo y adecuación del sitio de disposición	N° de solicitudes realizadas/1* 100	01-abr-16	31-dic-16					0%	Abierto						
6009-19	auditoría interna de gestión	Informe de Auditoría	02-may-16	Gestión de servicios administrativos	Hallazgo No 19: falencias en la organización y control de los inventarios de la Defensoría Regional, de conformidad con las situaciones evidenciadas en el desarrollo del presente numeral, las cuales se materializan en el incumplimiento de los instructivos relacionados con inventarios por parte de la Subdirección Administrativa (Traslado de responsabilidades)	No se ha presentado	Falta de disponibilidad y por conceptos técnicos sugeridos en algunos bienes	N/A	N/A	N/A	Falta de disponibilidad y por conceptos técnicos sugeridos en algunos bienes	Actualizar el proceso de bajas de los bienes de la Defensoría del Pueblo que así lo requieran con el fin de actualizar los inventarios, Actualizar el registro del traslado interno entre funcionarios de equipos de computo y elementos que están en funcionamiento.	Acción Correctiva	Defensor Regional	Financiero, logístico, humano y tecnológico	realización de manera correcta el proceso de baja de elementos, traslados de bienes entre funcionarios y actualización de inventarios	N° de bajas realizadas/ N° de bienes para baja *100 N° traslados registrados / N° de bienes de la Defensoría regional * 100	01-abr-16	31-dic-16					0%	Abierto						
6009-20	auditoría interna de gestión	Informe de Auditoría	02-may-16	Gestión de servicios administrativos	Hallazgo No 20: bajo una muestra selectiva se encontraron equipos de cómputo, los cuales no están a cargo de los funcionarios y figuran en el inventario reportado por la Subdirección Administrativa en fecha febrero 16 de 2016.	No se ha presentado	Falta de disponibilidad y por conceptos técnicos sugeridos en algunos bienes		N/A	N/A	Falta de disponibilidad y por conceptos técnicos sugeridos en algunos bienes	Actualizar el proceso de bajas de los equipos de computo de la Defensoría del Pueblo que así lo requieran con el fin de actualizar los inventarios.	Acción Correctiva	Defensor Regional	Financiero, logístico, humano y tecnológico	realización de manera correcta el proceso de baja de equipos de computo, traslados entre funcionarios y actualización de inventarios	N° de bajas realizadas/ N° de bienes para baja *100 N° traslados registrados / N° de bienes de la Defensoría regional * 100	03-oct-16	07-oct-16					0%	Abierto						
6009-21	auditoría interna de gestión	Informe de Auditoría	02-may-16	Tecnologías de la información	Hallazgo N.21: No existe conectividad internet por parte de la Defensoría del Pueblo Regional Caquetá cuyo proveedor sea un contratista de la entidad ya que este servicio es costado por los funcionarios de la Regional, creando incertidumbre en el servicio prestado y la comunicación transversal con el nivel central, adicionalmente podría estar pagando por un servicio que no se le presta a la Defensoría.	No se ha presentado	Traslado de sede, el contratista no contaba con la cobertura en redes de comunicación en el sector donde esta ubicada la nueva sede de la regional		N/A	N/A	Traslado de sede, el contratista no contaba con la cobertura en redes de comunicación en el sector donde esta ubicada la nueva sede de la regional	Trasladar e instalar el nuevo enlace terrestre de fibra óptica a la nueva sede de la regional Caquetá .	Acción Correctiva	Ingeniero de sistemas, UNE comunicaciones	Financiero, logístico, humano y tecnológico	1 instalación por parte de la empresa contratista la instalación del canal de comunicación terrestre en la nueva sede	N° de instalaciones realizadas/1* 100	02-may-16	11-jul-16					0%	Abierto						
602001	Auditoría Interna de Gestión	Informe de Auditoría	19-jul-16	Direccionamiento Estratégico	La Regional Magdalena, para el periodo 2016 presentó incumplimiento en las metas propuestas según reporte del sistema de información Strategos, respecto del plan de acción anual 2016 con corte al mes de abril, incumpliendo con lo establecido en la Resolución 169 de 2013 incidiendo en el logro de los objetivos institucionales, en la toma de decisiones de la entidad y el seguimiento a la gestión.	No se ha presentado	Los funcionarios no entregan las cifras acorde a lo planeado.		N/A		Falta de estrategia de seguimiento a las actividades que permita cumplir las metas.	Realizar un control mensual con el fin de que las metas del PAA presenten un cumplimiento de por lo menos 98%	Acción Correctiva	Defensoría Regional Magdalena	Recurso humano	Cumplir a las metas propuestas en Strategos.	No. de metas sin cumplir / No. total de metas	01-oct-16	31-ene-17			El 22-ene-2017, Planeación dio aprobación al Plan de Mejoramiento y durante Feb de 2017 no reportó avance. El control lo debe realizar cada líder de proceso y presentar un informe de la gestión realizada mensualmente al Defensor Regional (la cual debe formar parte de la memoria de seguimiento a Strategos y registrada en el Aplicativo Strategos - campo Observaciones)-2172-2194	0%	Abierto							
602002	Auditoría Interna de Gestión	Informe de Auditoría	19-jul-16	Gestión del Talento Humano	No se realizaron jornadas de reintroducción en la vigencia 2015, así como tampoco el primer semestre de 2016 (Decreto Ley 1567 de 1998 - por el cual se crea el sistema nacional de capacitación y el sistema de estímulos para los empleados del Estado).		Incumplimiento en la realización del proceso de reintroducción.		N/A		se presentó desconocimiento de la realización en los tiempos establecidos por la norma	Concientizar a los funcionarios de la importancia del proceso de reintroducción y realizar las mismas a los funcionarios vigencia 2015 y 2016.	Corrección	Defensor Regional	Recurso humano	Cumplir las jornadas de reintroducción 2015 y primer semestre 2016	Un (1) Proceso de reintroducción	01-oct-16	30-mar-17			El 22-ene-2017, Planeación dio aprobación al Plan de Mejoramiento y durante Feb de 2017 no reportó avance. Se recomienda que el Líder del Proceso de Gestión de Talento Humano (Defensor Regional) en coordinación con el P.G. 15 - Ing. Sistemas (cargo administrativo), solicite a la Subdirección de Talento Humano, los lineamientos para realizar la reintroducción a los servidores y realizarla (levantando evidencias). La evidencia de cumplimiento esta acción es la solicitud a Talento Humano y las evidencias de haber realizado el proceso de reintroducción. Posteriormente formará parte del Plan de Mejoramiento para la Subdirección de Talento Humano por ser el responsable directo del tema a nivel nacional.	0%	Abierto							

ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO																						Código: SQ-F05			
																						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				Estado de la Acción
N°	Fuente de Hallazgo	Detalle de la Fuente	Fecha Hallazgo	Proceso - Subproceso Afectado	Hallazgo y/o Situación		PORQUE?	PORQUE?	PORQUE?	PORQUE?	PORQUE?	Causa(s) Raíz	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	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	
602003	Auditoría Interna de Gestión	Informe de Auditoría	19-jul-16	Gestión del Talento Humano	Fallas en la realización de las reuniones mensuales que se deben realizar del COPASST de conformidad con lo dispuesto en el artículo 12 de la 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 se dictan otras disposiciones.	Se realizaron las reuniones mensuales pero no se dejaron registro de las mismas	Desconocimiento de la realización de actas.	Falta de cultura en el adecuado control de registros (actas de reunión)	N/A		Falta de cultura en el adecuado control de registros (actas de reunión)	Concientizar a los funcionarios de la importancia de realizar la memoria de reunión mensual del COPASST efectuar la realización de las mismas.	Acción Correctiva	Funcionarios comité COPASST	Recurso humano	Totalidad de memoria de reunión mensual realizadas	Siete (7) memorias de reunión / No. total de memorias de reunión	01-oct-16	31-ene-17				El 22-ene-2017, Planeación dio aprobación al Plan de Mejoramiento y durante Feb de 2017 no reportó avance. Se recomienda que los representantes por parte de la Regional al COPASST sean los responsables de esta acción; quienes deben realizar las reuniones y levantar memoria de reunión (firmada por todos los asistentes en cada una de las hojas). La evidencia es el envío de las tres (3) memorias de reunión de los meses de enero, febrero, marzo de 2017.	0%	Abierto
602004	Auditoría Interna de Gestión	Informe de Auditoría	19-jul-16	Gestión del Talento Humano	No se han definido planes de emergencia de conformidad con lo establecido en el Decreto 1443 de 2014, a través del cual el Ministerio del Trabajo dicta disposiciones para la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST).	No aplicación de las directrices contenidas en el Decreto 1443 de 2014.	Desconocimiento del Decreto.	N/A			Desconocimiento del Decreto.	Socializar las directrices del Decreto 1443 de 2014 e implementar planes de emergencia dentro del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.	Acción Correctiva	Comité de Emergencia	Recurso humano	Implementación de los planes de emergencia	No. planes a implementar / No. planes de emergencia	01-oct-16	31-ene-17				El 22-ene-2017, Planeación dio aprobación al Plan de Mejoramiento y durante Feb de 2017 no reportó avance. Se recomienda que los representantes por parte de la Regional al Comité de Emergencia sean los responsables de esta acción; quienes deben realizar la socialización del Decreto y realizar memoria de reunión (firmada por todos los asistentes en cada una de las hojas). La evidencia es el envío de una (1) memoria de reunión; que pudo haberse realizado durante el primer trimestre de año. Esa socialización se le debe realizar posteriormente a cada funcionario nuevo que ingrese a la Regional y dejar evidencia de ello.	0%	Abierto
602005	Auditoría Interna de Gestión	Informe de Auditoría	19-jul-16	Gestión del Talento Humano	Fallas en el registro de la información que debe registrarse de todos los servidores públicos que conforman la Defensoría Regional Magdalena en el Sistema de Información y Gestión del Empleo Públicos/SIGEP, a pesar de que la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional, obliga a divulgar la información de las personas que se encuentran vinculadas bien sea por contrato de prestación de servicios, en carrera o en provisionalidad.	Falta de armonización con el nivel central.	Falta de socialización del funcionamiento del SIGEP.	N/A			Falta de socialización del funcionamiento del SIGEP.	Requerir cumplimiento del registro de la información faltante en el SIGEP.	Corrección	Funcionarios	Recurso humano y tecnológico	Totalidad de información de los servidores públicos registrada en el SIGEP	No. de servidores públicos con información faltante por registrar en el SIGEP / No. de servidores públicos totales	01-oct-16	31-ene-17				El 22-ene-2017, Planeación dio aprobación al Plan de Mejoramiento y durante Feb de 2017 no reportó avance. Se recomienda que esté sea responsabilidad de todos cada uno de los servidores de la Regional; quienes deben ingresar al SIGEP con su usuario y contraseña y actualizar la información. Una vez la actualicen deben reportárselo a la Subdirección de Talento Humano (Jos Gerardo Gonzalez - josegonzalez@defensoria.gov.co) por correo electrónico para que este emita el Vo. Bo. Cuando tengan este correo se lo remiten al P.G. 15 - Líder de Sistemas para que consolide la información de la Regional y remita el correspondiente informe a la OCI. Fecha máxima para reportar la actualización al Ing. Andrés es el 19 de mayo de 2017.	0%	Abierto
602006	Auditoría Interna de Gestión	Informe de Auditoría	19-jul-16	Evaluación de la Satisfacción de Grupos de Interés	La Defensoría Regional no está aplicando todos los lineamientos para la atención de sus Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias y Felicitaciones (PQRSDF), como lo son promover y orientar a los usuarios para la correcta utilización del buzón, extraer y registrar semanalmente las PQRSDF del buzón y realizar el informe estadístico de las PQRSDF. Criterios que fueron establecidos por la Secretaría General y divulgados a todas las Defensorías Regionales mediante correos electrónicos de octubre de 2014 y definidos en el procedimiento (EG-P01) vigente desde el 10 de diciembre de 2015.	No empoderamiento del proceso	Incumplimiento de las directrices del procedimiento.	N/A			Incumplimiento de las directrices del procedimiento.	Aplicar los lineamientos expedidos para la atención de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias y Felicitaciones (PQRSDF).	Acción Correctiva	Funcionarios	Recurso humano	Cumplimiento de los lineamientos para PQRSDF	No. de lineamientos faltantes por cumplir / No. total de lineamientos	01-oct-16	31-ene-17				El 22-ene-2017, Planeación dio aprobación al Plan de Mejoramiento y durante Feb de 2017 no reportó avance. Recomendamos que de acuerdo al Manual de funciones e instructivo enviado por Secretaría General - Grupo de Atención al Ciudadano está acción este a cargo del P.G. 15 (Ing. Sistemas) junto con el Defensor Regional igualmente se recomienda que realicen una socialización a todos los servidores de la entidad; incluidos contratistas y levanten listado de asistencia a dicha capacitación. La evidencia del cumplimiento respecto a los lineamientos, es llevar el libro control de PQRSDF y enviar fotografías del mismo actualizado a la fecha de reporte de cumplimiento.	0%	Abierto
602007	Auditoría Interna de Gestión	Informe de Auditoría	19-jul-16	Gestión de Servicios Administrativos	Carencia de aire acondicionado.	No existe en este momento el contrato de mantenimiento para los aires acondicionados, el cual depende de la gestión de la Subdirección Administrativa	N/A	N/A			No existe en este momento el contrato de mantenimiento para los aires acondicionados, el cual depende de la gestión de la Subdirección Administrativa	Gestión para la realización del mantenimiento de los aires acondicionados de la Regional	Corrección	Subdirección administrativa	Financiero	Funcionamiento de los aires acondicionados de la regional	Nº de aires acondicionados funcionando/Nº de aires acondicionados funcionando	01-oct-16	30-mar-17				El 22-ene-2017, Planeación dio aprobación al Plan de Mejoramiento y durante Feb de 2017 no reportó avance. Se dará por cumplido cuando se reciba el reporte de dato a la Sub-Administrativa (Líder del Proceso Regional P.G. 15 Ing. Sistemas) firmado por el Defensor Regional y soliciten el mantenimiento respectivo. Posteriormente se debe incluir en un Plan de Mejoramiento para el Líder Proceso a Nivel Nacional (Subdirección Administrativa).	0%	Abierto
602008	Auditoría Interna de Gestión	Informe de Auditoría	19-jul-16	Gestión de Servicios Administrativos	Goteras y Humedad en algunas oficinas	La gestión de la Regional no implica resultados del nivel central.	No existe en este momento contrato para la reparación de los techos.	N/A			No existe en este momento contrato para la reparación de los techos.	Gestionar recursos para la adecuación locativa de la sede que permita la reparación del techo de la sede regional.	Corrección	Subdirección administrativa	Financiero	Reparación de daños en la Regional Magdalena	Nº de reparaciones/Nº de daños locativos	01-oct-16	30-mar-17				El 22-ene-2017, Planeación dio aprobación al Plan de Mejoramiento y durante Feb de 2017 no reportó avance. Se dará por cumplido cuando reciba el reporte de solicitud de adecuación a la Sub-Administrativa; posteriormente se debe incluir en un Plan de Mejoramiento para el Líder del Proceso a Nivel Nacional.	0%	Abierto
602009	Auditoría Interna de Gestión	Informe de Auditoría	19-jul-16	Direccionamiento Estratégico	Se evidenció en el sistema Strategas alertas en Rojo por el no cumplimiento de las metas propuestas a la fecha de la auditoría.	Los funcionarios no entregan las cifras acorde a lo planeado.	Falta de estrategia de seguimiento a las actividades que permita cumplir las metas.	N/A			Falta de estrategia de seguimiento a las actividades que permita cumplir las metas.	Realizar un control mensual con el fin de que las metas del PAA presenten un cumplimiento de por lo menos 98%	Acción Correctiva	Defensoría Regional Magdalena	Humano	Cumplir a las metas propuestas en Strategas.	No. de metas sin cumplir / No. total de metas	01-oct-16	31-dic-16				El 22-ene-2017, Planeación dio aprobación al Plan de Mejoramiento y durante Feb de 2017 no reportó avance. Se recomienda que el control lo realice cada líder de proceso regional (ATQ - Defensoría Pública - Promoción y Divulgación, etc.) y presentar un informe de la gestión realizada mensualmente al Defensor Regional; la cual debe además quedar registrada en Aplicativo Strategas campo observaciones. Estos informes deben formar parte de la memoria de seguimiento que realice el Regional al cumplimiento de metas mensual.	0%	Abierto

		ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO																				Código: SQ- F05					
																						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				Estado de la Acción
N°	Fuente de hallazgo	Detalle de la fuente	Fecha hallazgo	Proceso - Subproceso Afectado	Hallazgo y/o Situación		PORQUE?	PORQUE?	PORQUE?	PORQUE?	PORQUE?	Causa(s) Raíz	ACCIÓN	Tipo de acción Propuesta	Responsable de ejecución	Recursos	Meta de la acción	Indicador	Fecha Inicio	Fecha Terminación	SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO	DOCUMENTOS SOPORTE	PRIMER SEMESTRE		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		
																							OBSERVACIONES OCI				
602010	Auditoría Interna de Gestión	Informe de Auditoría	19-jul-16	Subproceso de Defensoría Pública	No hay una adecuada planeación en la atención al usuario, se evidencia sobrecarga - concentración de actividades en los Coordinadores administrativos y de gestión en sus diferentes casos creando desatención en actividades de seguimiento a los reportes e informes de los Defensores Públicos a su cargo entre otros.		No había una distribución de las funciones de los auxiliares administrativos, adscritos a Defensoría Pública.	Hay tres Profesionales Administrativos y de Gestión y solo hay dos auxiliares administrativos.	Falta de personal (1 auxiliar administrativo) que realice las funciones	N/A		Falta de personal (1 auxiliar administrativo) que realice las funciones	Las funciones de los auxiliares administrativos serán reasignadas para desconcentrar las funciones. Además se gestionará con el nivel central el ingreso de otro auxiliar administrativo.	Acción Correctiva	Defensoría Regional Magdalena	Humano	Asignación de tiempos en la atención a los usuarios	No. de solicitudes realizadas / No. de solicitudes a realizar	01-oct-16	30-mar-17					0%	Abierto	
602011	Auditoría Interna de Gestión	Informe de Auditoría	19-jul-16	Subproceso de Defensoría Pública	Insistencia a las barras académicas por parte de la Dra. Claudia Helena Serje Coordinadora de Barra Académica - responsable según contrato No.3752, se evidenció la delegación de dicha responsabilidad en terceros no propiamente con la experiencia laboral académica para las expectativas de los Defensores Públicos, no presentación al supervisor los temas a tratar, metodología, no entrega de material académico didáctico; creando incertidumbre en las siguientes reuniones requeridas. Se evidencian correos electrónicos de llamados de atención por parte del Profesional administrativo y de gestión (supervisor Dr. Harlen Contreras Londoño.		La contratista no atiende a las obligaciones contractuales ni las observaciones que le realiza el supervisor del contrato.	Falta de compromiso por parte de la Contratista en el cumplimiento de sus funciones.	N/A			Falta de compromiso por parte de la Contratista en el cumplimiento de sus funciones.	Remisión de informes a la Dirección Nacional de Defensoría Pública reportando esta situación, para tomar los correctivos.	Acción Correctiva	Coordinadores de Defensoría Pública	Recurso humano	Dirección Nacional de Defensoría Pública tome los correctivos en cumplimiento al	No. de comunicaciones realizadas / No. de comunicaciones a realizar	01-oct-16	31-dic-16					0%	Abierto	
602012	Auditoría Interna de Gestión	Informe de Auditoría	19-jul-16	Subproceso de Atención y Trámite de Quejas, Solicitudes y Asesoría	El sistema Visión Web DP, presenta atrasos por unidad, dificultando el cumplimiento de las metas propuestas adicionalmente se constató la lentitud del sistema durante la auditoría in-situ		La regional cuenta con equipos obsoletos	La gestión de la Regional no implica resultados del nivel central.	Falta de adquisición por parte del nivel central de equipos para la prestación del servicio.	N/A		Falta de adquisición por parte del nivel central de equipos para la prestación del servicio.	Gestionar ante el nivel central la adquisición de mas equipos de computo.	Acción Correctiva	Subdirección Administrativa	recursos financieros y logísticos	Adquisición de nuevos equipos de computo	No. de equipos adquiridos	01-oct-16	30-mar-17					0%	Abierto	
602013	Auditoría Interna de Gestión	Informe de Auditoría	19-jul-16	Direccionamiento Estratégico	Deficiencia en la capacidad de los equipos de cómputo.		La regional cuenta con equipos obsoletos	La gestión de la Regional no implica resultados del nivel central.	Falta de adquisición por parte del nivel central de equipos para la prestación del servicio.	N/A		Falta de adquisición por parte del nivel central de equipos para la prestación del servicio.	Gestionar ante el nivel central la adquisición de mas equipos de computo.	Acción Correctiva	Subdirección Administrativa	recursos financieros y logísticos	Adquisición de nuevos equipos de computo	No. de equipos adquiridos	01-oct-16	30-mar-17					0%	Abierto	
602014	Auditoría Interna de Gestión	Informe de Auditoría	19-jul-16	Subproceso de Atención y Trámite de Quejas, Solicitudes y Asesoría	Se presentan quejas pendientes de cerrar por el año 2015, en el Sistema Visión Web ATQ, situación que genera desinformación en las estadísticas del consolidado a nivel nacional.		No se alimenta de forma oportuna el sistema de Visión Web - ATQ.	No se esta aplicando correctamente el procedimiento AT-P01	Desconocimiento de los funcionarios en la aplicación de los procedimientos del proceso AT	N/A		Desconocimiento de los funcionarios a la aplicación de los procedimientos del proceso AT	Socializar a los funcionarios de la regional magdalena los procedimientos y formatos del proceso AT y conclusión en Visión Web ATQ de las quejas de 2015.	Acción Correctiva	Funcionarios de ATQ	Recurso humano y tecnológico	Total de quejas cerradas 2015	No. de quejas sin tramitar año 2015 / No. total de quejas y Socialización	01-oct-16	01-abr-17					0%	Abierto	

										ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO										Código:	SQ-F05			
																				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				Estado de la Acción
N°	Fuente de hallazgo	Detalle de la fuente	Fecha hallazgo	Proceso - Subproceso Afectado	Hallazgo y/o Situación		¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	Causa(s) Raíz	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	
602015	Auditoría Interna de Gestión	Informe de Auditoría	19-jul-16	Gestión de Servicios Administrativos	No se evidenció un adecuado archivo de las peticiones realizadas por los Usuarios.	Falta de unidad de criterio en la organización.	Falla en la aplicación de los lineamientos de Gestión Documental	N/A	Falla en la aplicación de los lineamientos de Gestión Documental	Realizar jornadas para organizar de forma adecuada los archivos, siguiendo los lineamientos de Gestión Documental de la entidad	Acción Correctiva	Defensoría Regional Magdalena	Recurso humano	Archivo organizado	N° de jornadas realizadas/N° jornadas planificadas	01-oct-16	01-oct-17			El 22-ene-2017, Planeación dio aprobación al Plan de Mejoramiento y durante Feb de 2017 no reportó avances. La Organización del Archivo es responsabilidad de todos los funcionarios. Se recomienda que cada persona maneje sus carpetas con gestión documental (activo-inactivo) realizar gestión con el SENA para que realicen sus prácticas estudiantiles de gestión documental para organizar el archivo que este pendiente; se recomienda igualmente que el líder del Proceso Administrativo de la Regional (P.G.15 - Ingeniero de sistemas) establezca la estrategia a desarrollar durante el 2017 para organizar el archivo con el apoyo de todos los servidores. Teniendo en cuenta las limitaciones de personal que tiene actualmente la Regional se recomienda que cada área maneje su propio archivo; realizando toda la gestión documental, cada área debe remitir por correo electrónico a la Auxiliar Administrativo G. 6 (ARISTIZABAL SALAZAR LEYDI DAYANA) el listado de las carpetas que está manejando en un cuadro de Excel para que esta consolide y tengan la información de la regional para consulta y seguimiento. Por lo anterior todos deben recibir capacitación en Gestión Documental. La evidencia de cumplimiento de esta acción es una memoria de reunión donde se establezcan las estrategias y jornadas de archivo para el 2017 firmada.	0%	Abierto		
602016	Auditoría Interna de Gestión	Informe de Auditoría	19-jul-16	Gestión de Servicios Administrativos	Carencia de impresoras para el cumplimiento de entrega de soporte de solicitud de la petición del usuario causando malestar y credibilidad del servicio de la Defensoría Magdalena.	La regional cuenta con equipos obsoletos	La gestión de la Regional no implica resultados del nivel central.	Falta de adquisición por parte del nivel central de equipos para la prestación del servicio.	Gestionar ante el nivel central la adquisición de impresoras, para mejorar la prestación del servicio.	Acción Correctiva	Subdirección administrativa	recursos financieros y logísticos	Adquisición de nuevas impresoras	No. de equipos adquiridos	01-oct-16	30-mar-17			El 22-ene-2017, Planeación dio aprobación al Plan de Mejoramiento y durante Feb de 2017 no reportó avances. Se dará por cumplido cuando reenvíen el correo electrónico mediante el cual realizaron la solicitud de elementos para el 2017, dirigida a la SubAdministrativa en la oportunidad requerida.	0%	Abierto			
602017	Auditoría Interna de Gestión	Informe de Auditoría	19-jul-16	Subproceso de Atención y Trámite de Quejas, Solicitudes y Asesoría	No existe un control estandarizado en la Regional Magdalena, de las peticiones por el funcionario que atiende al usuario, cada uno utiliza su control, situación que causa retrasos e inconvenientes en sus demás compromisos laborales.	No se esta aplicando correctamente el procedimiento de los procedimientos del proceso AT	Desconocimiento de los funcionarios en la aplicación de los procedimientos del proceso AT	N/A	Desconocimiento de los funcionarios en la aplicación de los procedimientos del proceso AT	Socializar a los funcionarios de la regional magdalena los procedimientos y formatos del proceso AT, para mejorar la atención a los usuarios	Acción Correctiva	Funcionarios de ATQ	Recurso humano	Aplicación de los registros para el control de ATQ en la regional	N° de socializaciones realizadas/ N° Socializaciones a realizar	01-oct-16	15-feb-17			El 22-ene-2017, Planeación dio aprobación al Plan de Mejoramiento y durante Feb de 2017 no reportó avances. Con el cumplimiento de la acción del hallazgo 602014 se cumple con el hallazgo 602017.	0%	Abierto		
602018	Auditoría Interna de Gestión	Informe de Auditoría	19-jul-16	Gestión de Servicios Administrativos	Debilidades en la aplicación de las directrices del Archivo General de la Nación; Ley 594 de 2000/Ley General de Archivos y la Resolución 412 de 2015, mediante la cual se aprueba la actualización del manual de archivo versión No. 2 de la Defensoría del Pueblo.	Falta de empoderamiento de los funcionarios.	Incumplimiento de la Ley 594 de 2000/Ley General de Archivos.	N/A	Socializar y cumplir con las directrices del Archivo General de la Nación implementándolas en la Regional y dejando las evidencias en acta y registros fotográficos	Acción Correctiva	Funcionarios	Recurso humano	Cumplimiento de las directrices del Archivo General de la Nación	No. de directrices por cumplir / No. total de directrices	01-oct-16	31-ene-17			El 22-ene-2017, Planeación dio aprobación al Plan de Mejoramiento y durante Feb de 2017 no reportó avances. La Socialización se realiza a través de una capacitación bien sea por parte del Grupo de Gestión Documental (Subdirección Administrativa) o dada por una Universidad de Santa Marta; así mismo a través de la auto capacitación (leer los documentos publicados en el listado maestro de documentos). El cumplimiento se ve reflejado en las carpetas que cada uno de los servidores maneja las cuales deben estar con gestión documental (organizadas las hojas por tamaño, foliadas, sin gachos de cosedora, relacionados los documentos en el formato y no más de 200 folios por carpeta).	0%	Abierto			
602019	Auditoría Interna de Gestión	Informe de Auditoría	19-jul-16	Gestión de Servicios Administrativos	Se evidenciaron impresoras y aires acondicionados de propiedad personal de los servidores públicos de la Defensoría Regional, creando incertidumbre en los bienes de la Regional Magdalena.	Ingreso de elementos personales tales como: abanicos, impresoras, aires, etc.	Al no contar los servidores públicos con los elementos necesarios para el desarrollo de sus funciones ingresan a la Defensoría del Pueblo dichos elementos.	Pese a que no se cuente con los elementos y se ingresen bienes propiedad de los servidores públicos no se esta dejando registro para control de inventarios	Registrar todos los bienes propiedad de los servidores públicos	Corrección	Defensor Regional	Recurso humano	Registrar todos los bienes propiedad de los servidores públicos	1 Registro de todos los elementos que ingresan a la Regional	01-oct-16	15-feb-17			El 22-ene-2017, Planeación dio aprobación al Plan de Mejoramiento y durante Feb de 2017 no reportó avances. Los funcionarios que tengan elementos de su propiedad en las instalaciones de la Defensoría deben registrar (ingreso y salida) en el libro de control del guarda de Seguridad; para el correspondiente control. La evidencia del cumplimiento de esta acción es el registro fotográfico del libro de seguridad donde se registre el ingreso de dichos elementos y el nombre del servidor	0%	Abierto			
602020	Auditoría Interna de Gestión	Informe de Auditoría	19-jul-16	Gestión de Servicios Administrativos	Se evidenciaron elementos de oficina inservibles en condiciones para dar de baja y dados de baja en diferentes puntos de la Defensoría del Pueblo desmejorando la imagen de la Defensoría.	Se siguen utilizando Elementos o bienes a pesar de que se han dados de baja	Por necesidad del servicio se mantuvieron en uso algunos elementos dados de baja	N/A	Por necesidad del servicio se mantuvieron en uso algunos elementos dados de baja	Retirar de la sede regional los bienes inservibles dados de baja y realizar las bajas del año 2016.	Acción Correctiva	Funcionario del área Administrativa	Recurso humano	Dar de baja a bienes inservibles	Una (1) Resolución de bajas	01-oct-16	31-ene-17			El 22-ene-2017, Planeación dio aprobación al Plan de Mejoramiento y durante Feb de 2017 no reportó avances. Se recomienda que atendiendo con el manual de funciones corresponde al P.G. 15 -Admin (Ing. Sistemas) realizar acción bajo la coordinación del Defensor Regional	0%	Abierto		
602021	Auditoría Interna de Gestión	Informe de Auditoría	19-jul-16	Direccionamiento Estratégico	La UPS de respaldo de energía y las baterías requieren de mantenimiento.	La gestión de la Regional no implica resultados del nivel central.	Falta de remisión del nivel central de recursos para el mantenimiento de la UPS.	N/A	Falta de remisión del nivel central de recursos para el mantenimiento de la UPS.	Realización del mantenimiento de la UPS.	Acción Correctiva	Nivel central	recursos financieros y logísticos	Mantenimiento de la UPS	No. de mantenimientos realizados / No. de mantenimientos a realizar	01-oct-16	30-mar-17			El 22-ene-2017, Planeación dio aprobación al Plan de Mejoramiento y durante Feb de 2017 no reportó avances. Se dará por cumplido cuando reenvíen el correo electrónico mediante el cual realizaron la solicitud de mantenimiento para el 2017, dirigida a la SubAdministrativa con copia al Grupo de Sistemas en la oportunidad requerida.	0%	Abierto		
602022	Auditoría Interna de Gestión	Informe de Auditoría	19-jul-16	Gestión de Servicios Administrativos	El Sistema Híbrido Avanzado marca PANASONIC KY-TES624 se encuentra ubicado en el piso frente al Rack de Comunicaciones, representando un riesgo para el equipo.	Falta de disposición de tiempo.	No ubicar correctamente el sistema híbrido avanzado.	N/A	No ubicar correctamente el sistema híbrido avanzado.	Realizar el correctivo de la posición de la planta telefónica.	Corrección	Despacho Regional	recursos logísticos	Ubicación adecuada del sistema híbrido avanzado	1 reubicación	01-oct-16	30-oct-17			El 22-ene-2017, Planeación dio aprobación al Plan de Mejoramiento y durante Feb de 2017 no reportó avances. Por manual de funciones le corresponde al P.G. 15 -Admin (Ing. Sistemas) realizar acción bajo la coordinación del Defensor Regional.	0%	Abierto		

		ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO																				Código: SQ-F05			
																						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				
Nº	Fuente de hallazgo	Detalle de la fuente	Fecha hallazgo	Proceso - Subproceso Afectado	Hallazgo y/o Situación		¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	Causa(s) Raíz	ACCIÓN	Tipo de acción	Responsable de ejecución	Recursos	Meta de la acción	Indicador	Fecha inicio	Fecha Terminación	SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO	DOCUMENTOS SOPORTE	OBSERVACIONES OCI	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	Estado de la Acción
602001	Auditoría Interna de Gestión	Informe de Auditoría	19-jul-16	Gestión de Servicios Administrativos	Fallas en la realización de reuniones bimestrales que se deben realizar del Subcomité Regional, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 5 de la Resolución 1270 de 2013, por la cual se reestructura el Comité de Gestión Ambiental de la Defensoría del Pueblo.		Falta de disposición de tiempo.	Desconocimiento de la Resolución 1270 de 2013.	N/A		Desconocimiento de la Resolución 1270 de 2013.	Realizar las actas de reuniones bimestrales.	Acción Correctiva	Funcionarios	Recurso humano	Totalidad de reuniones bimestrales realizadas	Tres (3) reuniones bimestrales / No. total de reuniones bimestrales	01-oct-16	31-ene-17			El 22-ene-2017, Planeación dio aprobación al Plan de Mejoramiento y durante Feb de 2017 no reportó avances. Los servidores designados para el Comité Ambiental son los responsables de esta acción. La evidencia de cumplimiento es: 1. capacitación a todos los servidores sobre la Resolución 1270 de 2013 (registro fotográfico y listado de asistencia una vez por año) 2. Cumplimiento de las acciones contempladas en el Plan de Gestión Ambiental Vigente y memorias de reunión realizadas bimensualmente con todos los servidores en donde se hace seguimiento al cumplimiento de las acciones y se toman correctivos al respecto.	0%	Abierto	
4012001	Auditoría Interna de Gestión	Informe de Auditoría	27/12/2016	Gestión del Talento Humano	No se evidenció la evaluación final ni la concertación de objetivos, respecto de los logros alcanzados de: Dra. Alix Duarte, María Eva Villate, Héctor López Páez; funcionarios en Carrera Administrativa. Situación que evidencia el incumplimiento en la concertación para la evaluación de desempeño, que debía presentarse el 25 de julio de 2016. Subsanao el hecho posterior por la doctora Nigieria Rentería Lozano.	No se ha presentado	Desconocimiento del procedimiento para realizar la concertación de objetivos.	N/A	N/A	N/A	N/A	Desconocimiento en el procedimiento para concertar y evaluar objetivos con los funcionarios.	Realizar la concertación de objetivos de desempeño para los funcionarios de carrera del periodo noviembre 2016 - enero 2017.	Corrección	DIME	Humano	Concertar objetivos con los funcionarios de carrera	Nº de concertaciones realizadas / # de funcionarios de carrera	15/01/2017	#####	Se realizó el 22 de febrero de 2017 la concertación de objetivos de los 15 días hábiles siguientes al día que se reunieron, es decir el plazo máximo era hasta el 31/03/2017 y en el formato	Concertación de objetivos de María Eva 1, Concertación de objetivos María Eva 2, Concertación de objetivos Héctor López Páez	La OCI observó que la memoria de reunión de la concertación sobre concertación de objetivos se tenía compromiso de realizarla dentro de los 15 días hábiles siguientes al día que se reunieron, es decir el plazo máximo era hasta el 31/03/2017 y en el formato	100%	Cerrado Eficaz
													Realizar la evaluación de desempeño para los funcionarios de carrera del periodo noviembre 2016 - junio 30 2017	Corrección	DIME	Humano	Evaluar los funcionarios de carrera administrativa	Nº de evaluaciones realizadas / # de funcionarios de carrera	01/02/2017	#####			La delegada no presenta avances de la acción	0%	Abierto
													Realizar capacitación de concertación de objetivos y de evaluación de desempeño al Delegado para Indígenas y minorías étnicas.	Acción Correctiva	Subdirección de Talento Humano	Humano	1 capacitación al Delegado en el tema	Número de capacitaciones realizadas / Número de capacitaciones programadas.	15/01/2017	#####	El 31 de enero de 2017 la doctora Mónica Cortés, de la Subdirección de Talento Humano brindó capacitación al doctor Pedro Posada acerca de como realizar la concertación de	Capacitación Evaluación de Desempeño	La delegada envió a la OCI memoria de reunión de la capacitación con el Grupo de Carrera Administrativa.	100%	Cerrado Eficaz
4012002	Auditoría Interna de Gestión	Informe de Auditoría	27/12/2016	Gestión del Talento Humano	No se realizaron jornadas de inducción en la vigencia 2015, así como tampoco en el primer semestre 2016 (Decreto Ley 1567 de 1998 - Por el cual se crea el sistema nacional de capacitación y sistema de estímulo para los empleados del Estado	No se ha presentado	No se evidencia asistencia de los servidores públicos de la Delegada las jornadas de inducción y de re-inducción.	N/A	N/A	N/A	N/A	No se evidencia asistencia de los servidores públicos de la Delegada las jornadas de inducción y de re-inducción.	Informar a talento humano en el plan de capacitación 2017, que se convoque a los servidores públicos a inducción y reinducción para la vigencia 2017	Corrección	DIME	Humano	1 Plan de capacitaciones	Nº de planes realizados / Nº de planes notificados	09/02/2017	#####	El 16 de febrero de 2017 fue enviado por parte de la Delegada para Indígenas y Minorías Étnicas correo electrónico de soporte y la matriz diligenciada.	Se envía correo electrónico de soporte y la matriz diligenciada.	La OCI evidenció que la delegada envió mediante correo electrónico a la Subdirección de Gestión de Talento Humano el 16 de febrero de 2017 la solicitud de capacitación y en su contenido aparece que entre las habilidades a fortalecer se consignó la inducción y reinducción para los funcionarios de la DIME.	100%	Cerrado Eficaz
													Realizar inducción para servidores nuevos y reinducción para los servidores de la DIME en la vigencia 2017	Acción Correctiva	Subdirección de Talento Humano	Humano	Participación de los servidores públicos de la DIME en los procesos de inducción y de re-inducción.	Número de funcionarios/Número de funcionarios que asistieron a la inducción o re-inducción.	09/02/2017	#####			La delegada no presenta avances de la acción	0%	Abierto
4012003	Auditoría Interna de Gestión	Informe de Auditoría	27/12/2016	Gestión del Talento Humano	Fallas en el registro de la información que debe registrarse de todos los servidores públicos que conforman la DIME en el SIGEP, a pesar de que la Ley de Transparencia y el derecho al acceso a la información pública nacional obliga a divulgar la información de las personas que se encuentran vinculadas bien sea por contrato de prestación de servicios, en carrera o en provisionalidad.	No se ha presentado	Desconocimiento de los funcionarios sobre los requisitos.	N/A	N/A	N/A	N/A	Desconocimiento sobre los requisitos que deben tener los funcionarios públicos en el aplicativo SIGEP	Realizar con el apoyo de Talento Humano una jornada de sensibilización de SIGEP en la Delegada para Indígenas y Minorías Étnicas del nivel nacional.	Acción Correctiva	Subdirección de Talento Humano	Humano	Sensibilización por parte de Gestión Documental a los funcionarios de la DIME	Número de capacitaciones realizadas / Número de capacitaciones programadas.	06/02/2017	#####	Se realizó capacitación a SIGEP a los servidores públicos de la DIME del nivel nacional. Capacitación el 27 de febrero por parte de la Subdirección	Capacitación SIGEP 27-02	La delegada envió a la OCI el listado de asistencia a la capacitación del SIGEP en donde aparece la firma de diez (10) servidores públicos.	100%	Cerrado Eficaz
													Realizar actualización del SIGEP de los servidores públicos de la delegada de las regionales y del nivel central.	Corrección	Subdirección de Talento Humano	Humano	Actualización de la información suministrada en el SIGEP.	Número de funcionarios de la DIME / Número de funcionarios con información actualizada en el SIGEP	24/02/2017	#####	Se avanzó corrigiendo lo pertinente por parte del nivel nacional y se realizaron llamadas telefónicas a las regionales para informarles acerca del procedimiento y lo que tienen como documentos pendientes	Correo electrónico enviado por la Subdirección de Talento Humano a la Delegada y cuadro de seguimiento de las llamadas informativas	La OCI consultó los servidores públicos de la delegada y el SIGEP obteniendo los siguientes resultados: los funcionarios Rocío Calvahe Dueñas y Yina Lorena Márquez Navarro, no les aparece reportado el cargo, en cuanto esta última le aparece en la experiencia laboral con la Defensoría del Pueblo de octubre a diciembre de 2014. No se muestran datos de Eva María de la Concepción Sáenz Pulido. La OCI sugiere recalcar a cada funcionario para que cumpla con la obligación legal de mantener su hoja de vida actualizada en el sistema.	50%	En Ejecución
													Solicitar mediante memorando a los funcionarios que se encuentran en territorio que realicen las correcciones a las que haya lugar.	Corrección	DIME	Humano	Funcionarios que realicen adecuado diligenciamiento del aplicativo SIGEP	Nº de solicitudes realizadas / Nº de solicitudes a realizar * 100	06/02/2017	#####			La delegada no presenta avances de la acción	0%	Abierto
4012004	Auditoría Interna de Gestión	Informe de Auditoría	27/12/2016	Gestión del Talento Humano	No se registro información en la hoja de vida en el SIGEP del siguiente contratista: Ulder Arley Cañas Jamioy, Regional Amazonas.	No se ha presentado	Desconocimiento de los funcionarios sobre los requisitos.	N/A	N/A	N/A	N/A	En el momento de formular las acciones se evidencia que el funcionario se encuentra registrado en el SIGEP, sin embargo falta actualizar información.	Solicitar mediante memorando al funcionario que se encuentra en territorio que realice las correcciones a las que haya lugar en aplicativo SIGEP dado que si tiene usuario activo.	Acción Correctiva	DIME - Talento Humano	Humano	Funcionarios diligenciando correctamente aplicativo SIGEP	Nº de solicitudes realizadas / Nº de solicitudes a realizar * 100	06/02/2017	#####	En el momento de formular las acciones se evidencia que el funcionario se encuentra registrado en el SIGEP.		La OCI comprobó que el profesional Ulder Arley Cañas Jamioy aparece con dos entidades como son: la Defensoría del Pueblo y la Gobernación del Amazonas; además le aparece el cargo denominado profesional especializado asesor (el cual no existe) y aparece como servidor público. La OCI recomienda confirmar si es contratista o servidor público de la entidad y su cargo.	90%	En Ejecución
4012005	Auditoría Interna de Gestión	Informe de Auditoría	27/12/2016	Gestión de Servicios Administrativos	La DIME no cuenta con los mejores espacios físicos para la prestación de servicio al ciudadano; incomodidad, privacidad; al interior de algunas áreas son utilizadas para guardar elementos y bienes.	No se ha presentado	Límitado espacio físico con el que cuenta la DIME en el Bloque C de Chapinero	N/A	N/A	N/A	N/A	Límitado espacio que se tiene a raíz de que la Delegada quedo con menos espacio físico.	Solicitar mediante memorando a la Subdirección Administrativa para que se revise la ubicación física y solicitar que brinde opciones para mejorar la atención a los usuarios.	Acción Correctiva	DIME - Subdirección Administrativa	Humano - Físico	Solicitud para la mejora del espacio físico en el que se encuentra la DIME actualmente	Nº de solicitudes realizadas / Nº de solicitudes a realizar * 100	06/02/2017	#####			La delegada no presenta avances de la acción	0%	Abierto
4012006	Auditoría Interna de Gestión	Informe de Auditoría	27/12/2016	Promoción y Divulgación	No se evidencia seguimiento a las actividades realizadas por los funcionarios y contratistas de la Delegada para los Indígenas y Minorías Étnicas en temas específicos de	No se ha presentado	No se tiene una plataforma para llevar consecutivo de las acciones que día a día se presentan.	Desconocimiento del procedimiento para no perder la memoria histórica de la institución.	N/A	N/A	N/A	No existe los medios para que cada asesor ingrese la asistencia técnica que brinda continuamente a la comunidad.	Crear un mecanismo de seguimiento que permita desde el nivel nacional y desde el nivel regional alimentar el trabajo que diariamente se realiza con las comunidades	Acción Correctiva	DIME - Oficina de Sistemas	Humano	Tener registrados las acciones que desarrolla la DIME en todo el territorio colombiano.	Un tablero de control	06/02/2017	#####			La delegada no presenta avances de la acción	0%	Abierto

														ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO										Código:	SQ-F05
																								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						Estado de la Acción
Nº	Fuente de Hallazgo	Detalle de la Fuente	Fecha Hallazgo	Proceso - Subproceso Afectado	Hallazgo y/o Situación		¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	Causa(s) Raíz	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	Porcentaje de Cumplimiento	
4012007	Auditoría Interna de Gestión	Informe de Auditoría	27/12/2016	Gestión del Talento Humano	No hay capacitación y actualización a todos los funcionarios de la DIME; en temas específicos de Comunidades Indígenas y Minorías Étnicas.	No se ha presentado	No se ha solicitado a Talento Humano la necesidad de actualizarnos.	Dado las múltiples tareas que se tienen en la Delegada queda muy poco tiempo para capacitarse en los temas de interés.	N/A			No se ha solicitado a Talento Humano la importancia de actualizar una vez al año al equipo de DIME en los asuntos étnicos.	Actualización en temas étnicos y de interés y necesidad para la DIME	Acción Correctiva	DIME - Talento Humano	Humano	Actualización de temas étnicos y de interés para la DIME	Número de capacitaciones realizadas / Número de capacitaciones programadas.	06/02/2017	#####			La delegada no presenta avances de la acción	0%	Abierto
4012008	Auditoría Interna de Gestión	Informe de Auditoría	27/12/2016	Gestión de Servicios Administrativos	Deficiencia en la capacidad de los equipos de cómputo; no es el más adecuado en capacidad para cumplir en los tiempos estimados las actividades asignadas.	No se ha presentado	No hay equipos tecnológicos en la entidad para satisfacer las necesidades de la DIME.	N/A	N/A			No hay equipos tecnológicos en buen estado para satisfacer las necesidades de la DIME	Solicitar mediante memorando a la Subdirección Administrativa para que por favor revise nuestras necesidades en computadores, impresoras, escáner y cámara fotográfica.	Acción Correctiva	DIME - Subdirección Administrativa	Tecnológico	Mejorar los equipos tecnológicos de la DIME	Nº de solicitudes realizadas / Nº de solicitudes a realizar * 100	06/02/2017	#####			La delegada no presenta avances de la acción	0%	Abierto
4012009	Auditoría Interna de Gestión	Informe de Auditoría	27/12/2016	Gestión de Servicios Administrativos	Debilidades en la aplicación de las directrices del Archivo General de la Nación, Ley 594 de 2000 / Ley General de Archivos y la Resolución 412 de 2015, mediante la cual aprueba la actualización del manual de archivo versión N° 2 de la Defensoría del Pueblo	No se ha presentado	Fallas en el archivo de la documentación del Delegado	Desconocimiento por parte de los servidores públicos acerca de las normas archivísticas	No se capacito a la persona del archivo de la DIME por parte de la Defensoría del Pueblo en las reglas internas y de nivel nacional en cuanto al archivo.	N/A	N/A	No se capacito a la persona del archivo de la DIME por parte de la Defensoría del Pueblo en las reglas internas y de nivel nacional en cuanto al archivo.	Solicitar al grupo de Gestión Documental una capacitación de refuerzo en el manejo de los formatos de Archivo y Correspondencia a la funcionaria Laura Ramirez	Acción Correctiva	DIME - Gestión Documental	Humano	Sensibilización a la funcionaria encargada del archivo.	Nº de solicitudes realizadas / Nº de solicitudes a realizar * 100	06/02/2017	#####	Desde la Delegada se solicitó al Grupo de Gestión Documental una capacitación, la cual se desarrolló el 20 de febrero en las instalaciones de la DIME.	Memoria de reunión de la Capacitación de Gestión documental. 20 febrero de 2017.	La delegada aportó memoria de reunión en donde consta la capacitación a la auxiliar administrativo de DIME sobre formatos del SGC y procedimientos de gestión documental.	100%	Cerrado Eficaz
													Capacitación general a los funcionarios y contratista de la DIME sobre archivo y la metodología con la que se hará entrega de los archivos que cada uno de los funcionarios y/o contratistas tienen en su poder para centralizarlos con la funcionaria Laura Ramirez	Acción Correctiva	Gestión documental	Humano	Archivo de Gestión de 2016 organizado de conformidad con el Instructivo de Correspondencia y Archivo de la Defensoría del Pueblo los lineamientos establecidos por el AGN.	Número de capacitaciones realizadas / Número de capacitaciones programadas.	06/02/2017	#####			La delegada no presenta avances de la acción	0%	Abierto
													Jornadas de trabajo con el grupo de Gestión Documental y la Delegada de Indígenas para hacer la respectiva entrega de los libros que reposan en cajas y estanterías a la Biblioteca de la entidad	Corrección	DIME	Humano	Archivo de Gestión de 2016 organizado de conformidad con el Instructivo de Correspondencia y Archivo de la Defensoría del Pueblo los lineamientos establecidos por el AGN.	Número de jornadas realizadas / Número de jornadas programadas * 100	06/02/2017	#####			La delegada no presenta avances de la acción	0%	Abierto
													Organizar el archivo de gestión de 2016 de la Delegada de acuerdo a los criterios establecidos en la Ley 594 de 2000, Acuerdo 042 de 2002, Acuerdo 002 de 2014, Acuerdo 004 de 2015, Acuerdo 005 de 2015 y Decreto 1080 de 2015 en concordancia con el Instructivo de Correspondencia y Archivo de la Defensoría del Pueblo y la Circular 50-023 de 2015	Corrección	DIME	Humano	Archivo de Gestión de 2016 organizado de conformidad con el Instructivo de Correspondencia y Archivo de la Defensoría del Pueblo los lineamientos establecidos por el AGN.	Nº de archivo organizado / Nº total de archivo	06/02/2017	#####			La delegada no presenta avances de la acción	0%	Abierto
4012010	Auditoría Interna de Gestión	Informe de Auditoría	27/12/2016	Gestión de Servicios Administrativos	Se evidencio la falta de equipo de computadores e impresoras, presentan total desactualización en los programas instalados, poca capacidad y lentitud; con el fin de optimizar de forma eficiente y eficaz la atención de nuestros usuarios internos y externos.	No se ha presentado	No hay equipos tecnológicos en la entidad para satisfacer las necesidades de la DIME.	N/A	N/A			No hay equipos tecnológicos en buen estado para satisfacer las necesidades de la DIME	Solicitar mediante memorando a la Subdirección Administrativa para revisar las necesidades en computadores, impresoras, escáner y cámara fotográfica.	Acción Correctiva	DIME - Subdirección Administrativa	Humano	Mejorar los equipos tecnológicos de la DIME	Nº de solicitudes realizadas / Nº de solicitudes a realizar * 100	06/02/2017	#####			La delegada no presenta avances de la acción	0%	Abierto
1	Estrategia de Rendición de Cuentas Vigencia 2016	Informe Evaluación Estrategia de Rendición de Cuentas Vigencia 2016	07-sep-16	Direccionamiento Estratégico	Se realiza y publica un acta sobre el resultado del ejercicio de rendición de cuentas para el defensor, pero no se presenta de la misma forma (acta) sobre la actividad realizada por el Secretario General en temas administrativos.	No se ha presentado	Porque las audiencias de rendición de cuentas del defensor y del secretario general son coordinadas y organizadas desde distintas dependencias.	Por disposición de la Alta Dirección la Vicdefensoría es responsable del componente de Rendición de Cuentas del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.	NA			No se han definido de forma articulada las acciones tendientes a estandarizar la entrega de los productos.	Definir un producto estandarizado que evidencie el resultado de los ejercicios de Rendición de Cuentas	Acción Correctiva	Defensor del Pueblo	Recursos Humanos (Equipo de trabajo que actúe de manera coordinada y articulada)	Producto estandarizado que resulte de los espacios a través de los cuales se realizan los ejercicios de rendición de cuentas.	No. de productos entregados/ Total de productos Planeados	01-jun-17	30-jun-17			No se presentó seguimiento en este bimestre	0%	Abierto
3	Estrategia de Rendición de Cuentas Vigencia 2016	Informe Evaluación Estrategia de Rendición de Cuentas Vigencia 2016	07-sep-16	Direccionamiento Estratégico	Ausencia de caracterización de los grupos de interés y de una estrategia de comunicación sobre las que se prioricen las acciones para la Rendición de Cuentas.	No se ha presentado	Debido al cambio de administración se adelantaron las fechas de realización de las actividades que comprende el desarrollo del componente de rendición de cuentas, lo que modificó el cronograma y apresuró su cumplimiento.	Implementación tardía del Formato-instrumento de consulta a la ciudadanía diseñado con el fin de capturar información sobre el usuario, sus expectativas y necesidades.	NA			Se dispone de los mecanismos necesarios que permiten la caracterización de los grupos de interés, pero no se utilizan de la manera adecuada.	Sacar un mejor provecho de los espacios de capacitación y de comunicación generados con los grupos de interés, de tal forma que sirvan como incentivo o acompañamiento y permitan una mejor cualificación del Proceso de Rendición de Cuentas. Esos espacios estarán motivados en las necesidades y expectativas de los grupos de interés y harán parte de la estrategia de rendición de cuentas.	Acción Correctiva	Defensor del Pueblo	Recursos Humanos y Logísticos (necesidades locales, de transporte, tiempos de grabación, edición y de costos)	Caracterizar adecuadamente los grupos de interés e incluir en la rendición de cuentas sus necesidades y expectativas.	No de dependencias que tuvieron en cuenta a los grupos de interés en los espacios de interlocución/Nº. de dependencias que abrieron espacios de interlocución	01-abr-17	18-ago-17			No se presentó seguimiento en este bimestre	0%	Abierto
4	Estrategia de Rendición de Cuentas Vigencia 2016	Informe Evaluación Estrategia de Rendición de Cuentas Vigencia 2016	07-sep-16	Direccionamiento Estratégico	La mayoría de informes del ejercicio realizado no cumplen con los lineamientos dados por la Vicdefensoría.	No se ha presentado	Con la modificación de cronograma el adelanto de las fechas para el desarrollo de las actividades las dependencias apenas alcanzaron el cumplimiento del 100% de los requerido.	Cada año se busca ampliar el desarrollo del conjunto de acciones que configuran la rendición de cuentas.	NA			No se definen con antelación suficiente las instrucciones y lineamientos tanto en la realización de los informes que presentan las Defensorías Regionales, Direcciones y Delegadas como de lineamientos de revisión para los responsables de la Vicdefensoría que participan dentro del Proceso.	Establecer instrucciones claras y oportunas en la realización de los informes que presentan las Defensorías Regionales, Direcciones y Delegadas; así como de lineamientos de revisión para los responsables de la Vicdefensoría que participan dentro del Proceso.	Acción Correctiva	Defensor del Pueblo	Recursos Humanos (Equipo de trabajo que actúe de manera coordinada y articulada)	Lineamientos e instrucciones claras tanto en la realización de informes como en la revisión de los mismos.	No. de productos que siguieron los lineamientos establecidos/ Total de productos generados	20-ene-17	30-jun-17			No se presentó seguimiento en este bimestre	0%	Abierto

	ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO																				Código:		SQ-F05			
																					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					Estado de la Acción
																					PRIMER BIMESTRE					
N°	Fuente de hallazgo	Detalle de la fuente	Fecha hallazgo	Proceso - Subproceso Afectado:	Hallazgo y/o Situación		¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	¿PORQUE?	Causa(s) Raíz	ACCIÓN	Tipo de acción	Responsable de ejecución	Recursos	Meta de la acción	Indicador	Fecha Inicio	Fecha Terminación	SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO	DOCUMENTOS SOPORTE	OBSERVACIONES OCI	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		
5	Herramienta Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano	Informe de Evaluación y Seguimiento - Herramienta Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano	16-sep-16	Direccionamiento Estratégico	Los informes y actas publicados en la Web no indican claramente diferentes elementos mínimos.	No se ha presentado	Cada año se busca ampliar el desarrollo del conjunto de acciones que configuran la rendición de cuentas.	Las dependencias no advierten los nuevos elementos a tener en cuenta para el desarrollo conjunto de la rendición.	NA			No se han definido productos estandarizados de las actividades programadas.	Definir un producto estandarizado que incluya según el caso: - Responsables de proyección (nombres y cargos) - Responsables de aprobación (nombres y cargos) - Periodo de evaluación - Temas Generales a tratar/tratados - Fecha de elaboración del documento - Preguntas Realizadas	Acción Correctiva	Defensor del Pueblo Vicedefensora del Pueblo	Recursos Humanos y Logísticos (necesidades locales, de transporte; tiempos de grabación, de edición y de costos)	Productos estandarizados para las actividades programadas.	No. de productos que siguieron los lineamientos establecidos/ Total de productos generados	20-ene-17	30-jun-17			No se presentó seguimiento en este bimestre	0%	Abierto	
183					183								209													

Nº: Número consecutivo acumulado de hallazgos, asignado por la Oficina de Control Interno

Fuente del hallazgo: Selecciónar de la lista desplegable

Detalle de la fuente: Nombre del informe o documento dado por quien detectó el hallazgo (Revisión por la Dirección, PQBDOP etc..)

Fecha hallazgo: Día, mes, año del informe o documento de quien detectó el hallazgo

Proceso afectado: Tomado de la lista desplegable

Hallazgo y/o Situación: Transcripción del hallazgo presentado en el informe o documento

Causas: Escribir los motivos que originan al interior de la DEFENSORIA dicho hallazgo

Acción: Actividades que se realizaron para mitigar 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: Día, mes año en el cual se inicia la acción

Fecha de terminación: Día, mes año en el cual se termina la acción teniendo en cuenta el plazo considerado para realizar las acciones pertinentes

Notas Control Interno :

- 1- Nov 2016. Herramienta consolidada de los planes de mejoramiento formulados y publicados en la Web a 12 de octubre del 2016.
- 2- Nov 2016. Se realiza seguimiento a estos planes de mejoramiento sobre la versión 3 y se consolidan unos seguimiento adelantados previamente por la Oficina de Control Interno
- 3- Mar 2017. Se retiran los planes de Mejora "Cerrados" en el seguimiento con fecha de corte 31 diciembre 2016, correspondientes a seis (6) planes de mejora.
- 4- Mar 2017 Se incluye una nueva acción al hallazgo 602508, que se había cerrado de manera ineficaz en el corte de 31 dic 2016 y con esta nueva acción queda en estado abierto..

Corte 28 febrero 2017

ID.	Unidad Organizacional	Fecha cierre auditoria	Fecha form PM	Proceso afectado	Estado de los Hallazgos		Estado de las acciones			Cumplimientos		% de avance acciones	Estado a 28-feb-2017	Observaciones
					Cantidad	Abierto	Cantidad	Abierto	En Ejecución	% Hallazg	% Accione			
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	1	37	0	1	94,6%	94,6%	97,3%	Con Seguimiento	Queda pendiente solo un hallazgo: 602508; estaba cerrado de manera "ineficaz", pero la Regional Ocaña decide reformular la acción. Queda esta acción pendiente para el otro seguimiento
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	15	45	13	2	62,2%	62,2%	68,9%	Con Seguimiento	28feb2017: Se presentó seguimiento y reporte a esta Plan de Mejora de manera extemporánea. Se ofrece por parte de la OCI, realizar videoconferencia para analizar cada una de las acciones y se desarrolló el 28 de marzo. Esta regional tiene como defensor regional asignado al Secretario Privado del Despacho: José María Balcázar, razón por la cual este profesional, está liderando este cumplimiento al Plan de Mejora. Con este seguimiento se cierran 30 hallazgos, dos de manera ineficaz. En el anterior corte de 31 de dic 2017, de los 45 hallazgos, se tenían cerrados 1
7	Atención y Tramite (Nivel Central)- Subproceso de Defensoría Pública	18-dic-15	28-jun-16	Subproceso de Defensoría Pública	14	8	14	2	6	35,7%	35,7%	58,0%	Sin Seguimiento	28feb2017: No se presenta seguimiento, previa solicitud del responsable de la OCI a esta Oficina.
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	6	2	17	3	2	50,0%	58,8%	75,0%	Sin Seguimiento	28feb2017: No se presenta seguimiento, previa solicitud de correos y telefónicamente al responsable de la OCI a la Oficina de Planeación.
11	Auditoría de Certificación 1- Nivel central 2- Bolívar 3- Cundinamarca 4- Quindío 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	0	4	20,0%	41,7%	77,8%	Sin Seguimiento	28feb2017: No se presenta seguimiento, previa solicitud de correos y telefónicamente al responsable de la OCI a la Oficina de Planeación.
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	0	6	0	0	100,0%	100,0%	100,0%	Cerrado	28feb2017: Se da cierre al Plan de mejora
13	D.D. Para la Salud, la Seguridad Social y la Discapacidad.	29-dic-15	11-ago-16	1- Gestión de Servicios Administrativos 2- Evaluación y Seguimiento	12	1	12	1	0	91,7%	91,7%	91,7%	Con Seguimiento	28feb2017: Se da cierre a la acción que estaba abierta, sin embargo por hallazgo No. 4, la Delegada presenta nuevo plan sobre este tema de la TRD: pendiente aprobación por parte de la Oficina de Planeación. Se mantiene el Plan de mejora abierto con este solo hallazgo

Corte 28 febrero 2017

ID.	Unidad Organizacional	Fecha cierre auditoria	Fecha form PM	Proceso afectado	Estado de los Hallazgos		Estado de las acciones			Cumplimientos		% de avance acciones	Estado a 28-feb-2017	Observaciones
					Cantidad	Abierto	Cantidad	Abierto	En Ejecución	% Hallazg	% Accione			
14	Regional Choco	05-abr-16	30-mar-17		27	0	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%	Sin Formulación	28feb2017: No se presenta formulación a la fecha de corte; sin embargo el 30 de marzo se formuló el plan de mejora luego de entregado el memorando OCI-1030-034 y correo del 27 de marzo del 2017. Se realizará seguimiento en el corte de abril 2017.
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	15	21	10	5	23,8%	28,6%	37,5%	Con Seguimiento	28feb2017: Se formalizó por parte de la OP, el 29 de diciembre de 2017, se adelantó seguimiento en marzo. Hay acciones 15 acciones que no presentaron seguimiento y las fechas de cumplimiento se formularon para la vigencia 2016, no con cumplimiento de la vigencia 2017.
16	Regional Cordoba	07-jul-16	Con Observaciones sin Formalizar		33	0	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%	Formulado con Observaciones	28feb2017: Aun no se recibe formalización por parte de la Oficina de Planeación. Se solicitó a esta oficina, a las regionales y oficinas pendientes la formalización a estos planes de mejora, con el memorando y correo OCI-1030-034 del 27 de marzo 2017.
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	23	23	23	0	0,0%	0,0%	0,0%	Sin Seguimiento	Se formalizó por parte de la Oficina de Planeación, el 22 de enero de 2017, se adelantó seguimiento por parte del profesional de la OCI, sin embargo la regional no realizó seguimiento. Se dejan observaciones en el plan de mejoramiento
18	Regional Guajira	29-ago-16	Sin Formular		28	0	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%	Sin Formulación	28feb2017: Se solicitó con copia a esta regional, la formalización del Plan de Mejora, mediante memorando OCI-1030-034 y correo el pasado 27 de marzo 2017
19	Contratación	29-sep-16	31-mar-17	Gestión Contractual	1	0	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%	Sin Formulación	28feb2017: A esta fecha de corte, no se tenía formalizado el plan de mejora, sin embargo el 31-mar-2017, se formaliza y se le da cierre luego de entregado el memorando OCI-1030-034 y correo del 27 de marzo del 2017.
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	10	18	11	2	20,0%	27,8%	35,6%	Con Seguimiento	28feb2017: Se presenta seguimiento a las dieciocho (18) acciones formuladas y se cierran cinco (5).
21	Tema Rendición de Cuentas	07-sep-16	20-feb-16	1- Direccionamiento Estratégico	4	4	4	4	0	0,0%	0,0%	0,0%	Sin Seguimiento	28feb2017: Se formalizó plan, sin embargo no se presentó seguimiento.
					272	82	209	67	22					