



**PROCESO
RELACIONADO:** Medición y Análisis

LÍDER ESTRATÉGICO: Jefe Oficina Asesora de Planeación / Jefe Oficina de Control
Interno

LÍDER OPERATIVO: Directores Técnicos / Jefes de Oficina / Coordinadores de Grupo

OBJETIVO: Tomar acciones para eliminar las causas de los hallazgos detectadas (No Conformidades, Observaciones), para evitar que vuelvan a ocurrir y de las causas potenciales para prevenir su ocurrencia, permitiendo así, el mejoramiento continuo, la disminución de costos y el desarrollo efectivo en todos los procesos que realiza la Entidad.

ALCANCE: Este procedimiento inicia con la identificación de los hallazgos durante el desarrollo de los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación del Departamento y culmina con el cierre de la eficacia de las acciones tomadas.

Este procedimiento es transversal a todos los procesos del Departamento. Analiza los hallazgos (No Conformidades, Observaciones) previamente identificados a través de las diferentes fuentes de medición y seguimiento, como son:
Auditorías, Seguimiento al Producto/Servicio No Conforme, Revisión por la Dirección, Quejas y Reclamos, resultados de las mediciones de satisfacción del cliente, Resultados de seguimiento a riesgos e indicadores; para definir y establecer las acciones preventivas, correctivas y oportunidades de mejora que garanticen el cumplimiento de los requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad y de los Productos y/o Servicios que ofrece la Entidad.

Se debe identificar plenamente el tipo de acción para el adecuado planteamiento de las acciones a seguir, si es una acción correctiva se debe generar una corrección inmediata, analizar las causas para eliminar la raíz del problema y definir acciones realizables que impidan que éstas vuelvan a ocurrir. Si es acción preventiva se procede a identificar las acciones que puedan impedir la materialización de una no conformidad potencial o el incumplimiento de un requisito que aún no se haya hecho evidente.

Este procedimiento está enmarcado en los numerales 8.5.1, 8.5.2 y 8.5.3 de la Norma NTCGP 1000 vigente y es obligatorio cumplimiento para demostrar las acciones orientadas a la mejora continua de los procesos.

GENERALIDADES: El líder de cada proceso responsable de la acción debe asegurar que se tomen las acciones pertinentes sin demora injustificada para eliminar los hallazgos detectados y sus causas o las posibles ocurrencias de situaciones no deseadas.

Quando se considere pertinente se aplicarán técnicas de solución de problemas, entre ellas: Lluvia de ideas, espina de pescado, cinco por qué? y diagrama de Pareto, entre otras, para identificar las causas que originan el hallazgo y permitan establecer los planes de acción que eliminarán las mismas.

Los riesgos son una fuente para establecer acciones preventivas en la Entidad, los controles de los riesgos permiten establecer planes de acción que mitiguen la probabilidad de ocurrencia y el impacto del mismo. Por lo tanto, el registro del mapa de Riesgos es validado como un registro de acción preventiva dentro del Sistema de Gestión de la Calidad.

Sin embargo, cuando el riesgo se ha materializado se deberá documentar la acción correctiva en el plan de mejoramiento de cada proceso.

El seguimiento de los planes de mejoramiento es responsabilidad de cada líder de proceso, sin embargo, un **Acción Preventiva:** Conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable.

Acción Correctiva: Conjunto de actividades tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una No Conformidad detectada u otra situación indeseable, para evitar que vuelva(n) a suceder.

Oportunidad de Mejora: Conjunto de actividades que permiten aumentar la capacidad para cumplir los requisitos establecidos.

No conformidad: Incumplimiento de un requisito.

**TERMINOLOGÍA Y
ABREVIATURAS:**

Evidencia: Registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que demuestra una no conformidad potencial o real, la cual es verificable.

Corrección: Acción inmediata tomada para eliminar una No Conformidad detectada. Puede realizarse junto con una Acción Correctiva.

SGC: Sistema de Gestión de la Calidad del Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP.

OCI: Oficina de Control Interno.

OAP: Oficina Asesora de Planeación.

Líder Estratégico: es quien garantiza el seguimiento y control de los procesos misionales.

Líder Operativo: es quien asegura la planificación, ejecución y resultados de los mismos.



N°	ACTIVIDAD (FLUJOGRAMA)	RESPONSABLE	REGISTRO	OBSERVACIÓN
1	Identificar el hallazgo (No conformidad, Observación, incumplimiento potencial)	Persona, funcionario, contratista, Auditor o líder de proceso que haya detectado o tenga conocimiento de un hallazgo o incumplimiento potencial.	Correo electrónico/ Plan de Mejoramiento	Documentar mediante un correo electrónico dirigido a planeacion@dafp.gov.co la situación encontrada, de manera clara y sencilla, relacionando el proceso al cual se le identifica la acción (preventiva o correctiva). Cuando es resultado de una auditoria es el auditor quien documentará el hallazgo en el plan de mejoramiento y lo enviará a la OAP.
2	¿ Está completa la información?	Profesional designado Oficina Asesora de Planeación	Correo electrónico/ Plan de Mejoramiento	El profesional analiza el contenido y la pertinencia del hallazgo, si cumple con todos los requisitos de identificación lo incluye en el plan de mejoramiento, le asigna el consecutivo y complementa la información relacionada al área y proceso.
3	Enviar el hallazgo en el plan de mejoramiento del proceso	Jefe Oficina Asesora de Planeación y profesional designado Oficina Asesora de Planeación	Correo electrónico/ Plan de Mejoramiento	El profesional remite el plan de mejoramiento por medio de correo electrónico al líder del proceso respectivo para el establecimiento de las acciones.
4	¿ Requiere corrección?	Líder del Proceso/Grupo de trabajo	Plan de Mejoramiento	Cuando el hallazgo detectado implique una corrección inmediata debido al grado de incumplimiento o riesgo para el proceso, el líder procederá a realizarla sin demora injustificada y ésta se incluirá como acción en el plan de mejoramiento. La aplicación de una corrección no es la solución del hallazgo, por tanto se debe continuar con la propuestas de acciones.
5	Implementar la corrección	Líder del Proceso/Grupo de trabajo	Plan de Mejoramiento	El responsable del proceso tiene la facultad para decidir la solución inmediata al problema (corrección) y aplicar las correcciones inmediatas.
6	Identificar el tipo de acción	Líder del Proceso/Grupo de trabajo	Plan de Mejoramiento	Si la acción a tomar es correctiva, se debe analizar la causa del hallazgo, documentarla y plantear acciones que impidan una nueva ocurrencia y que eliminen la causa raíz de la misma. Si es preventiva se debe proceder a inscribir acciones que impidan la materialización de la posible ocurrencia o potencial incumplimiento. Siempre que sea acción correctiva se debe plantear una corrección.
7	Analizar la evidencia y antecedentes del hallazgo	Líder del Proceso/Grupo de trabajo	Documentos de trabajo Listado de asistencia Plan de Mejoramiento	Documentar los antecedentes del hallazgo, analizando mediante las técnicas sugeridas las posibles causas del hallazgo para encontrar la causa raíz del problema. Cuando es una acción de mejora no aplica esta actividad. Se debe responder el plan en ocho días a partir del recibo del mismo.
8	Determinar y documentar plan de mejoramiento	Líder del Proceso/Grupo de trabajo	Plan de Mejoramiento /correo electrónico	Posterior al análisis del hallazgo el equipo de trabajo documentará mínimo tres acciones que permitan el tratamiento adecuado del mismo, definiendo fechas, metas y responsables para cada una de ellas. Si la acción implica coordinación con otras áreas el líder del proceso deberá informar y convocar las reuniones de trabajo oportunamente. El plan se envía a la OAP para su aprobación.
9	Revisar y aprobar plan de mejoramiento	Profesional designado Oficina Asesora de Planeación	Plan de Mejoramiento	Se verifica que se haya identificado el tipo de acción y las acciones adecuadas. Se revisa que estén diligenciados la totalidad de los campos, que se haya definido responsables y fechas para la implementación. Las actividades del plan no deben superar tres meses a partir de la primera acción. a actividades. Si existe algún error u omisión se asesora al área responsable del plan.



N °	ACTIVIDAD (FLUJOGRAMA)	RESPONSABLE	REGISTRO	OBSERVACIÓN
10		Jefe Oficina Asesora de Planeación y profesional designado Oficina Asesora de Planeación	Correos electronicos Listado de asistencia	La Oficina Asesora de Planeación analiza el análisis de causas y los planes de acción propuestos para garantizar el cumplimiento del objetivo del tratamiento a las acciones correctivas y preventivas con los objetivos institucionales.
11		Jefe Oficina Asesora de Planeación y profesional designado Oficina Asesora de Planeación	Plan de Mejoramiento electronico /Correo electrónico	Incluir el plan de mejoramiento en el listado de control de los procesos. Enviar comunicado al Líder para el inicio de las acciones y a la Oficina de Control Interno para la coordinación del seguimiento de las acciones.
12		Líder del Proceso/Grupo de trabajo	Documentos de trabajo/Registro de reuniones	Se coordinan y ejecutan las actividades planificadas de acuerdo con los tiempos establecidos. Se deja evidencia del avance. Se hace seguimiento a las acciones.
13		Líder del Proceso	Documentos de trabajo/Registro de reuniones	El líder de proceso realiza la verificación de las actividades durante el desarrollo de la gestión de su proceso, con el fin de asegurar su cumplimiento.
14		Jefe Oficina de Control Interno/Profesional designado Oficina de Control Interno	Planeación de cierre/comunicado electronico	La OCI planifica el cierre de la eficacia mínimo un mes despues del cumplimiento del plan de mejoramiento y designa a un auditor calificado para su realización. Se dejan los comentarios y las evidencias.
15		Jefe Oficina de Control Interno/Profesional designado Oficina de Control Interno	Planeación de cierre/comunicado electronico	La OCI designará un Auditor calificado garantizando los principios de la auditoria, para que haga el debido seguimiento al plan o planes de mejoramiento desginados. Se le comunicará al auditor mediante correo electrónico anexando la ruta de acceso a los planes de mejoramiento y las consideraciones necesarias.
16		Auditor designado	Plan de Mejoramiento/ Documentos de trabajo	El auditor contacta al lider del proceso designado, define la fecha para la visita de cierre, reúne las evidencias, verifica las actividades desarrolladas y comunica a la Oficina de Control Interno la decisión sobre el cierre o la necesidad de replantear dicha visita.
17		Auditor designado	Plan de Mejoramiento/ Comunicado electronico	Si se han cumplido la totalidad de las acciones se procede a hacer el cierre de la eficacia del plan de mejoramiento, se registra dicha decisión y anexa las evidencia en un comunicado electronico dirigido a la Oficina de Control Interno. Si no se han realizado las actividades se informa a la Oficina de Control Interno para replantear la fecha de cierre.
18		Auditor designado	Plan de Mejoramiento/ Comunicado electronico	Se registra en el plan de mejoramiento en el archivo electronico, la fecha de cierre y las observaciones que se requieran. Se anexan las evidencias y se envían a la Oficina de Control Interno para su adecuada administración de la información.