

OBJETIVO

Establecer una metodología para identificar las causas que originaron un determinado hallazgo, observación, incidencia o no conformidad, para determinar la causa raíz y formular las acciones que harán parte del plan de mejoramiento.

GLOSARIO

Acción Corrección: Acción mediante la cual sólo se elimina o repara la no conformidad detectada, no su causa.

Acción Correctiva y/o Corrección: Acción mediante la cual sólo se elimina o repara la no conformidad detectada, no su causa.

Acción de mejora: Conjunto de acciones tomadas con el fin de optimizar los procesos y/o procedimientos en oportunidad y calidad y, eliminar de raíz la causa que generó la observación/hallazgo de auditoría. El estado de las acciones de mejora comprende el desarrollo, evolución y ejecución a estas acciones que se definen en 4 estados: abierta, cerrada, inefectiva o incumplida.

Acción Preventiva: Acción tomada para evitar una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable.

Análisis de Causas: Técnicas o herramientas para facilitar la identificación de la causa raíz que generó el hallazgo por el Ente de Control tales como: los cinco (5) por qué, lluvia de ideas, diagramas causa efecto, ley de Pareto, espina de pescado, matrices de ponderación, histogramas, entre otros.

Análisis de Riesgos: El análisis del riesgo busca establecer la probabilidad de ocurrencia del mismo y sus consecuencias, este último aspecto puede orientar la clasificación del riesgo, con el fin de obtener información para establecer el nivel de riesgo y las acciones que se van a implementar.

Auditoría interna: Actividad independiente y objetiva de aseguramiento y consulta, concebida para agregar valor y mejorar las operaciones de una entidad. Ayuda a una entidad a cumplir sus objetivos aportando un enfoque sistemático y disciplinado para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de gestión de riesgos, control y gobierno.

Autoevaluación o Seguimiento del Proceso: comprende el monitoreo que se le debe realizar a la operación de la entidad a través de la medición de los resultados generados en cada proceso, procedimiento, proyecto, plan y/o programa, teniendo en cuenta los indicadores de gestión, el manejo de los riesgos, los planes de mejoramiento, entre otros.

Causas del hallazgo: Las razones subyacentes de la brecha entre la condición esperada y la real, que generan condiciones adversas (qué originó la diferencia encontrada).

Conformidad: Cumplimiento de un requisito

Hallazgo: Hecho relevante que genera o puede generar el incumplimiento de un requisito, técnico, legal o funcional (puede ser positivo o negativo). Resultados de la evaluación de la evidencia recopilada frente a los criterios establecidos.

GLOSARIO

Indicador: Es una representación (cuantitativa preferiblemente) establecida mediante la relación entre dos o más variables, a partir de la cual se registra, procesa y presenta información relevante con el fin de medir el avance o retroceso en el logro de un determinado objetivo en un periodo de tiempo determinado.

Indicador: Expresión cuantitativa o cualitativa que permite establecer el estado del objeto a evaluar en un momento determinado, con relación a rangos establecidos.

Meta: Valor esperado (objetivo) que espera alcanzar un indicador en un período específico.

No conformidad: Incumplimiento de un requisito.

Observación: Son las desviaciones presentadas a partir de los resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría recopilada frente a los criterios de auditoría establecidos en el Programa de Auditoría del proceso auditado. Deben cumplir con cuatro características:

- Criterio: Normas (jerarquizadas) procesos, procedimientos, instructivos, manuales, planes, programas, formatos, guías, sistemas de información y de gestión.
- Condición: Situación encontrada una vez realizada la evaluación, validación, verificación y/o comprobación de cumplimiento.
- Causa: Razones por las cuales a juicio del auditor interno ocurrió la condición
- Consecuencia: Impacto a la gestión o institucionalidad tanto cuantitativa como cualitativa de la condición encontrada.

Oportunidad de Mejora: Conjunto de acciones que de ser establecidas o ejecutadas impactarían de manera positiva el desarrollo de las funciones y/o actividades de los procesos y/o dependencias.

Plan de mejoramiento: Mecanismo que ayuda a concebir y valorar las acciones que deben implementarse para mejorar la gestión institucional y el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la entidad.

RESPONSABLES

Funcionarios y contratistas de la Secretaría Distrital de Seguridad, Convivencia y Justicia.

DESARROLLO

El líder del proceso deberá conformar un grupo / equipo interdisciplinario de trabajo con el fin de realizar el análisis de manera participativa contando con la experiencia y conocimiento necesario para el análisis de las situaciones o escenarios relacionados con el hallazgo, observación, incidencia o no conformidad, igualmente si dentro de la formulación de un plan de mejoramiento se identifica la necesidad de construir acciones de mejora, que contemplen la participación de otras dependencias, inmediatamente éstas se integraran para que contribuyan en el marco de sus competencias en su diseño e implementación. Sin embargo, la dependencia donde se originó el hallazgo, observación, incidencia o no conformidad será la encargada de

DESARROLLO

realizar el seguimiento y monitoreo a la gestión de las acciones con el fin de dar cumplimiento a los tiempos, las actividades establecidas y realizar el reporte a la OCI oportunamente.

Siguiendo los procedimientos: PD-SM-4 Planes de Mejoramiento Interno y PD-SM-5 Planes de Mejoramiento Institucional Contraloría de Bogotá, a continuación, se describen las actividades que se deben llevar a cabo para la formulación de los mismos:

1. IDENTIFICAR LA FUENTE DEL HALLAZGO

Con el fin de establecer el tipo hallazgo, observación, incidencia o no conformidad que se está presentando, es necesario en un primer momento identificar las fuentes en donde se genera, para lo cual es necesario establecer alguna de las siguientes opciones:

- **Auditorías efectuadas por la Oficina de Control Interno:** Corresponden a las auditorías internas realizadas por la Oficina de Control Interno y que se encuentran en el Programa Anual de Auditoría
- **Auditoría Interna de los sistemas de gestión:** Corresponden a las auditorías internas que se realizan a los sistemas de gestión de calidad, ambiental realizadas por el equipo de auditoría conformado para tal fin.
- **Auditoría Externa:** Los aspectos no conformes y oportunidades de mejora declarados por el ente certificador a los sistemas de gestión de calidad, ambiental, seguridad de la información, seguridad y salud en el trabajo, archivo general de la nación y todos los entes externos.
- **Resultados Indicadores:** Se formulan acciones por esta fuente, cuando el resultado de los indicadores se encuentra en rango regular o no se llegó a la meta (color rojo).
- **Producto y/o Servicio no Conforme:** Cuando el resultado obtenido por la evaluación en la prestación del servicio que los procesos misionales efectúan es no conforme
- **Salidas intermedias no conformes:** Cuando se presenta y de acuerdo con la caracterización de bienes y servicios, incumplimiento de las características y atributos de los bienes o servicios generados por los procesos misionales.
- **Autoevaluación:** Reuniones mensuales que realizan los líderes de proceso en conjunto con los miembros de su equipo de trabajo, con el fin de realizar seguimiento a su gestión.
- **Modelo Integrado de Planeación y Gestión:** Cuando se identifique un incumplimiento en las actividades definidas en el plan de actualización de MIPG.
- **PQRSD:** Cuando se identifica un incumplimiento en los tiempos de respuesta a las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias.
- **Revisión por la Alta Dirección:** Se generan como resultado de la revisión que realiza la Alta Dirección al SIG durante la vigencia.
- **Satisfacción del Cliente:** Cuando al realizar la evaluación de satisfacción del cliente, el resultado es deficiente.

DESARROLLO

- **Seguimiento a planes:** Cuando el resultado obtenido de la revisión que las dependencias realizan a los diferentes tipos de planes, **ejemplo:** Plan de Acción, Plan de Adquisiciones, planes operativos, planes de gestión, etc. no está acorde con lo planeado.
- **Riesgos (controles):** Acciones definidas para mejorar o establecer nuevos controles frente a los riesgos identificados, estas acciones son de carácter preventivo.
- **Gestión del cambio:** Acciones tomadas cuando no se lleva a cabo la identificación de cambios que afecten el sistema de gestión de calidad.

2. IDENTIFICACIÓN TIPO DE SITUACIÓN:

Una situación es un hecho relevante que genera o puede generar el incumplimiento de un requisito, técnico, legal o funcional, no obstante, estos pueden ser de carácter positivo o negativo (ver glosario Hallazgo y observación).

Adicional a lo expuesto, es necesario identificar otro tipo de situación denominado **oportunidad de mejora**, y se da para aquellos casos, en donde la acción si bien se desarrolla de manera adecuada, podría darse de una mejor forma, es decir elevar su desempeño, esta situación se puede identificar como resultado de un diagnóstico, autoevaluación o lineamientos de la alta dirección.

Para el caso de los planes de mejora derivados de las auditorías a los sistemas de gestión, los tipos de situaciones pueden ser:

- **Fortalezas:** Casos excepcionales que ameritan ser tenidos en cuenta para ser replicados, ejemplo: no se imprime ningún documento y evidencia la aplicación de la política cero papel.
- **Conformidad:** Es el cumplimiento de requisitos, ejemplo: Evaluado el numeral 4.4, se ha identificado, que se tiene una caracterización de procesos y los funcionarios lo ubican en la intranet y lo explican
- **No Conformidad:** Es el incumplimiento de un requisito, ejemplo: Se presenta el desconocimiento de la política de calidad, por parte de todos los servidores públicos de una dependencia.
- **Observación:** Situación específica que no implica desviación ni incumplimiento de requisitos, pero que constituye una oportunidad de mejora, ejemplo: 3 de 7 servidores públicos no conocen la política de calidad.

3. TIPO DE ACCIONES DE MEJORA

De acuerdo con la naturaleza del hallazgo, es necesario emprender acciones de mejora, para lo cual es necesario tener en cuenta los siguientes lineamientos:

DESARROLLO

- Cuando el hallazgo corresponda a una no conformidad, siempre deberá desarrollarse inicialmente una corrección y posteriormente una acción correctiva.
- Cuando el hallazgo corresponde a una observación, se deberá emprender una acción preventiva o correctiva para el caso de las auditorías o seguimiento de gestión.
- Cuando el hallazgo corresponde a una oportunidad de mejora, será potestativo del proceso generar acciones de tipo preventivo.

A continuación, se describirá de manera general lo correspondiente a las acciones de mejora orientadas a atender el hallazgo denominado No conformidad

- **Corrección:** De acuerdo a lo mencionado, cuando el hallazgo corresponde a una No Conformidad, lo primero que se debe desarrollar como acción de mejora es una corrección, la cual es entendida como una solución inmediata y de monitoreo con el fin de asegurar que las cosas no empeoren.

Ejemplo:

- El hallazgo corresponde a la no aplicación de un procedimiento, la corrección es la aplicación del procedimiento.
- El hallazgo corresponde a dos derechos de petición no respondidos, la corrección es la respuesta de los dos derechos de petición.
- El hallazgo corresponde al no análisis de resultados de un indicador, la corrección es la realización del análisis.

Es fundamental, tener en cuenta que en las correcciones no se debe realizar análisis de causas, solo se coloca la acción que se desarrollará de manera inmediata.

- **Acción correctiva:** Corresponde al conjunto de acciones orientadas a eliminar las causas de las no conformidades u observaciones para el caso de las auditorías o seguimiento de gestión, para lo cual es necesario identificar causas raíz lo cual requiere de un análisis previo, de acuerdo a la metodología definida por la entidad.

De manera grupal, el líder de proceso con su equipo de trabajo deberá emprender la identificación de la(s) causa(s) que ha generado la no conformidad, esta situación se da a través de la utilización técnica para el análisis de causa raíz.

4. ANALISIS DE CAUSA RAIZ

El análisis de causa raíz se utiliza para investigar cuáles son las causas que han originado un determinado problema o incidencia (no conformidades u observaciones). Determinar bien la

DESARROLLO

causa raíz de una incidencia es imprescindible para poder definir acciones correctivas apropiadas que la solventen y que eviten la repetición del problema en el futuro.

4.1. DETERMINACION DE LAS CAUSAS RAIZ DE LAS INCIDENCIAS

Al interior de las dependencias y procesos de la entidad es normal que se presenten incidencias. En algunos casos, determinar la causa que generó éstas situaciones puede ser obvia, pero no ocurre así en todos los casos.

En incidencias que supongan pérdidas significativas de recursos, dinero, o de o afectaciones directas a la misionalidad de la entidad, es prioritario asegurar que el problema se resuelve correctamente y que no se repetirá en el futuro. En estos casos, hacer un análisis de causa raíz es clave para asegurar que tomamos las acciones oportunas.

A continuación, se presenta la metodología recomendada por la entidad para realizar el análisis de causas, la cual debe ser desarrollada en la herramienta tecnológica dispuesta para tal fin

Los Cinco ¿Por Qué?

La técnica de “los 5 por qué” es un método basado en realizar preguntas para explorar las relaciones de causa-efecto que generan un problema en particular. El objetivo final de los 5 Porqué es determinar la causa raíz de un defecto o problema.

Se basa en un proceso de trazabilidad, se analizan las posibles causas al problema caminando hacia atrás, hasta llegar a la última causa que originó el problema. (Tenga en cuenta que no tienen por qué ser exactamente 5 preguntas, pues esto va a depender de la longitud del proceso causal del problema).

El objetivo de esta técnica es descubrir información vital de modo sistemático, analizar las causas ocultas y desarrollar soluciones a las preguntas planteadas. Se puede aplicar a la resolución de un conflicto, toma de diagnóstico o la toma de decisiones.

Imagen 1. Matriz análisis 5 por qué

PROBLEMA	RAZÓN
Por qué-1: ¿Por qué ocurrió el problema?	
Por qué-2: ¿Por qué ocurrió eso?	←
Por qué-3: ¿Por qué ocurrió eso?	←
Por qué-4: ¿Por qué ocurrió eso?	←
Por qué-5: ¿Por qué ocurrió eso?	←
Por qué-6: ¿Por qué ocurrió eso?	←

DESARROLLO

Ejemplo: la dependencia X ha dejado de responder el 5% de las PQRS de manera mensual.

- **Primer ¿por qué?** - ¿Por qué se han dejado de responder el 5% de las PQRS de manera mensual?

Seguramente la respuesta a esta pregunta sería, por que no hace un control a las respuestas PQRS respondidas, es en este momento que se da origen al segundo por qué, el cual sería:

- **Segundo ¿por qué?** - ¿Por qué no se hace control a las respuestas de las PQRS?, obteniéndose como respuesta, por qué no se cuenta con una herramienta informática.

Del mismo modo, se procede a realizar las preguntas subsiguientes:

- **Tercer ¿por qué?** - ¿Por qué no se cuenta con una herramienta informática?, siendo la respuesta, por qué no se han identificado los requerimientos funcionales.
- **Cuarto ¿por qué?** - ¿Por qué no se cuenta con los requerimientos funcionales?, siendo la respuesta, por qué no se tiene un ingeniero de sistemas.
- **Quinto ¿por qué?** - ¿Por qué con se cuenta con un ingeniero de sistemas?, siendo la respuesta, por qué no se cuenta con recursos para la contratación.
- **Sexto ¿por qué?** - ¿Por qué no se cuenta con los recursos para la contratación?, se obtiene como respuesta, por qué no se ha presentado un recorte presupuestal de la entidad.

De acuerdo con el ejemplo anterior, es evidente que para el último caso, frente al recorte presupuestal, el líder del proceso, ni la entidad tienen control frente a la situación, de ahí que la acción de mejora no se puede dar con la respuesta del sexto por qué, por lo que es necesario verificar el anterior, es decir el quinto por qué, cuya respuesta tampoco está bajo el control del líder del proceso, para el cuarto que es el caso del ingeniero de sistemas, esta situación se podría dar no necesariamente a través de contratación, y se podría solicitar al área de sistemas que brindará soporte en el tema o que facilitará la participación de un ingeniero de sistemas, en tal sentido es a través del cuarto por qué, que se emprende la acción de mejora, para lo cual se podría dar a través de 1 o varias acciones, por ejemplo: Solicitar al área de sistemas la participación de un profesional en el diseño, igualmente otra acción podría ser diseñar una herramienta informática de control de respuestas de las PQRS.

A continuación, se describen otros tipos de metodologías que puede ser utilizados para el análisis de causas:

Diagrama de Lluvia de Ideas

También denominado Metaplan. Dado un problema específico en la entidad, se debe concertar una reunión en la que cada uno de los miembros aporte ideas referentes al mismo, con el fin de encontrar entre todas sus causas.

Su desarrollo es de carácter grupal, para lo cual se debe llevar a cabo el siguiente procedimiento:

- 1- Conforme un grupo de trabajo de mínimo tres y máximo de nueve servidores públicos, que conozcan el objeto de análisis, y que se asocia con la no conformidad identificada, para ello se plantea una pregunta alrededor de esta, es así que si la no conformidad plantea:

Todos los meses se dejan de responder el 5% de las PQRS

La pregunta que se formula alrededor del hallazgo es la siguiente:

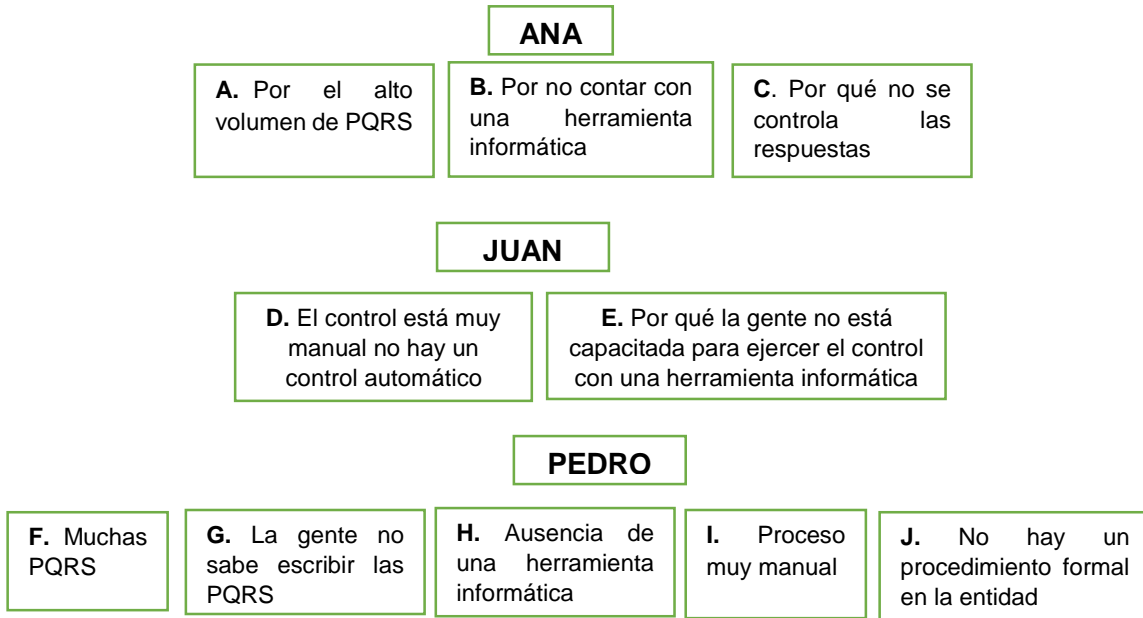
¿Por qué todos los meses se dejan de responder el 5% de las PQRS?

- 2- Una vez se formule la pregunta, entregue mínimo tres y máximo nueve tarjetas en blanco de 15 cm de ancho y 10 cm de alto, para que los integrantes puedan escribir una frase.
- 3- Escriba sobre un tablero o papel periódico la situación que debe ser analizada por los miembros del equipo.
- 4- Solicite a cada uno de los miembros del grupo de trabajo que escriba, desde su punto de vista y sin consultar con nadie, una frase, por tarjeta, que represente una opinión personal alrededor de la pregunta formulada.
- 5- Se recomiendan mínimo tres y máximo nueve tarjetas. Sin embargo, si es imposible identificar esta cantidad, y resultan menos, esta no es limitante para su implementación tal y como se muestra a continuación.

Ejemplo: Se prepara una reunión para identificar la causa raíz de la no conformidad identificada, la cual fue formulada a través de la pregunta relacionada anteriormente, para ello este trabajo se realizará a través de tres servidores públicos: Ana, Juan y Pedro. Se le entrega a cada uno un marcador y cinco tarjetas, aclarando que pueden solicitar más si lo requieren. Además, se les recomienda que, como mínimo, cada uno relacione tres ideas y máximo nueve (sin embargo, esto no debe ser tomado como una regla estricta). El resultado fue el siguiente:

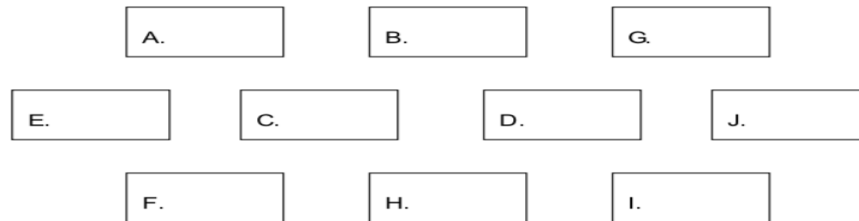
DESARROLLO

Imagen 2. Distribución de ideas



6- Una vez escritas las frases en las tarjetas, cada uno de los participantes procede a pegar las ideas en una hoja de papel periódico o en un tablero, el resultado de este ejercicio es el diagrama lluvia de ideas, que presenta la siguiente estructura:

Imagen 3. Aplicación de la metodología lluvia de ideas



De la lluvia de ideas, por si solo se pueden establecer acciones de mejora. No obstante, podrían generarse un sinnúmero de acciones de mejora, por eso se recomienda que este se convierta en insumo de la siguiente técnica:

El Diagrama de Espina de Pescado

El diagrama de espina de pescado es un diagrama de causa-efecto que se puede utilizar para identificar la/las causa/s potenciales (o reales) de un problema de rendimiento. Los diagramas

DESARROLLO

de espina de pescado pueden servir de estructura para debates de grupo sobre las posibles causas de un problema.

Los diagramas de espina de pescado a menudo se utilizan en la evaluación de las necesidades para ayudar a ilustrar y/o reflejar las relaciones existentes entre varias causas potenciales (o reales) de un problema de rendimiento. Igualmente, los gráficos de relaciones entre las necesidades (o sea las diferencias entre resultados esperados y reales) representan una herramienta pragmática para construir un sistema de intervenciones para la mejora de los rendimientos (combinando por ejemplo tutoría, listas de verificación, formación, motivación, nuevas expectativas) basada en las relaciones a menudo complejas identificadas entre las causas potenciales (o reales).

Los diagramas de espina de pescado permiten un análisis en profundidad, evitando así dejar de lado las posibles causas de una necesidad.

La técnica de espina de pescado es fácil de aplicar y crea una representación visual fácil de entender de causas, categorías de causas y necesidades.

Utilizando un diagrama de espina de pescado, se podrá llamar la atención del grupo sobre la "situación en su conjunto" desde el punto de vista de las causas o factores que pueden tener un efecto en un problema/necesidad.

Incluso después de abordar la necesidad, el diagrama de espina de pescado indica las debilidades que se pueden rectificar – una vez presentadas – antes de que éstas causen mayores dificultades.

Cómo utilizar la herramienta

Identificar las diferencias entre los resultados (o sea el rendimiento) necesarios para el buen funcionamiento de la cadena de resultados de sus programas/proyectos (marco lógico) y los logros actuales hasta la fecha.

Exponer la o las necesidades de forma clara y concisa. Asegurarse de que todos los miembros del grupo estén de acuerdo con las necesidades tal como expuestas. Por ejemplo, la administración nacional ha logrado presentar el 25% (en promedio) de memorias solicitadas a tiempo en los últimos 10 años. Ahora bien, el objetivo de su programa/proyecto es que el 100% de las memorias solicitadas cada año se transmitan a tiempo y que su contenido sea informativo y pertinente.

DESARROLLO

En una hoja de papel larga, trazar una línea horizontal sobre toda su longitud. Dicha línea representará la "espina dorsal" del pescado. Escribir la necesidad a lo largo de esta espina en la parte izquierda.

Identificar las principales categorías de causas de dicha necesidad. La lluvia de ideas a menudo es una técnica eficaz para identificar las categorías de causas. Representar cada categoría de causa con una "espina" - una línea en ángulo de 45° grados de la espina dorsal del pescado. Marcar cada espina tal y como se muestra a continuación.

Imagen 4. Aplicación de la metodología diagrama de espina de pescado



Con la ayuda de la lluvia de ideas, el grupo debe identificar los factores que pueden afectar la causa y/o necesidad. Por cada categoría de causas, preguntar al grupo "¿Por qué tal cosa ocurre?". Añadir cada "razón" al diagrama, indicándola alrededor de la categoría de la causa principal que ésta afecta.

Repetir el procedimiento planteando la pregunta "¿Por qué tal cosa ocurre?" por cada efecto, hasta que no haya más respuestas a la pregunta (ver imagen 4).

Una vez que el grupo ha establecido que el diagrama contiene suficiente información, proceder al análisis del diagrama. Buscar en particular causas que aparezcan en más de una sección del diagrama.

Trazar un círculo alrededor de todas las que parecen ser causas fundamentales al origen de la necesidad. Clasificar las causas por orden de prioridad y definir la acción a emprender. Dicha acción puede ser un estudio más a fondo de las causas fundamentales. Ahora bien, de todas estas causas puede ser seleccionada la que se considera más relevante.

Para incidencias sencillas no es necesario usar todos estos análisis, pero en incidencias complejas con muchas posibles causas pueden servir para simplificar la búsqueda.

5. COMPROBAR LA SITUACIÓN Y BUSCAR EXPERIENCIA OPERATIVA

Este paso sirve para asegurar a corto plazo que el problema no se va a repetir, y que no ha ocurrido nada similar en el pasado.

Primero debemos analizar si hay situaciones similares en nuestra entidad donde se podría repetir el problema, y tomar acciones inmediatas para que esto no suceda.

Posteriormente debemos comprobar si el problema que estamos estudiando ha sucedido anteriormente, y si en ese momento se tomaron acciones o si se consiguió evitar.

6. DETERMINAR LA CAUSA RAÍZ

A partir de todo lo anterior, ya deberíamos tener clara cuál es la **causa raíz**, origen del problema.

Algunos consejos a tener en cuenta son:

- Verificar cuáles de las causas potenciales detectadas son las que realmente han sucedido, y descartar las que no.
- Asegurarse de que las causas no provienen de otra causa anterior.
- Comprobar que son las causas principales.
- Comprobar que si se elimina la causa no se repetirá el problema.
- Normalmente hay más de una causa raíz.

7. DEFINIR ACCIONES

El equipo de trabajo definirá acciones para solventar las causas raíz halladas, teniendo en cuenta lo establecido en el procedimiento de planes de mejoramiento interno PD-SM-4.

Para ello, tener en cuenta:

- Las acciones deben atacar la causa raíz.
- Las acciones propuestas deben ser apropiadas y realistas (en cuando a que solucionan la causa, son posibles de realizar, requieren un presupuesto adecuado y las podemos realizar con los medios que tenemos a nuestro alcance).
- Priorizar las acciones para las causas que puedan repetirse con más probabilidad, o que tengan unos efectos más graves.
- Verificar que la acción evitará que se repita el problema.
- Cuando no podamos evitar que se repitan las causas, establecer acciones para detectar el problema antes de que suceda, o para mitigar sus consecuencias.

DESARROLLO

- Como consejo, se sugiere intentar no imputar como causa raíz a “errores humanos”, y no proponer siempre como acción los cursos de formación. Normalmente suele haber causas más profundas, y acciones más eficaces que estas.

8. REGISTRAR EN EL PLAN DE MEJORAMIENTO LAS ACCIONES Y COMPROBAR QUE SON EFICACES

Una vez registradas e implementadas las acciones en el Plan de Mejoramiento respectivo, se debe documentar todo el avance en la implementación de las acciones, registrando todos los seguimientos y avances en la herramienta tecnológica dispuesta por la entidad, para posteriormente, poner a consideración del responsable de la auditoría o seguimiento la evaluación del plan y la efectividad de las acciones propuestas.

Elaboró: Andrea del Pilar Alejo Ruiz – Contratista Oficina de Control Interno

Mary Lizeth Buitrago Sierra - Profesional Universitario OAP

Revisó: Karol Andrea Parraga Hache – Jefe Oficina de Control Interno

La información de aprobación de este documento podrá ser consultada en el sistema “Portal MIPG” - <https://portalmipg.scj.gov.co>