# PROCEDIMIENTO GESTIÓN DE PLANES DE MEJORAMIENTO

## DATOS BÁSICOS DEL PROCEDIMIENTO

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre del proceso | Código | Versión | Vigencia |
| Direccionamiento Estratégico | DG-100-DE-PD-0005 | 0001 | 21/10/2022 |
| Confidencialidad: | Integridad: | Disponibilidad: |
| Baja | Alta | Alta |

## 2. OBJETIVO:

Promover la elaboración de los planes de mejoramiento, propuestas para subsanar los hallazgos o cualquier otra situación resultante de las diferentes fuentes de evaluación internas y externas y de los ejercicios de autoevaluación de cada proceso y realizar seguimiento a su ejecución y efectividad, con el propósito de mejorar los productos y servicios, cumplir con los requisitos, así como considerar las necesidades y expectativas de las partes interesadas, corregir, prevenir o reducir los riesgos y mejorar el desempeño institucional del Instituto Nacional para Ciegos.

## 3. ALCANCE:

Inicia con la identificación de la fuente de la situación de mejora, de los hallazgos o cualquier otra situación resultante de las diferentes fuentes de evaluación internas y externas, continúa con la formulación y ejecución de las acciones preventivas, correctivas y de mejora y termina con el seguimiento de ejecución y efectividad de las acciones y el mejoramiento del desempeño de los procesos.

## 4. POLÍTICAS DE OPERACIÓN

1. La formulación, registro, ejecución y seguimiento de las acciones correctivas, preventivas y/o de mejora del plan de mejoramiento es responsabilidad de cada líder del proceso (primera línea de defensa) que participe en la ejecución de las acciones establecidas y la Oficina Asesora de Planeación (Segunda línea de defensa) apoyará el proceso con la generación de alertas cuando lo considere pertinente.
2. La situación de mejora identificada producto de los resultados de autoevaluación, la medición de la satisfacción del cliente, Registro de producto y/o servicio no conforme, análisis de desempeño de los indicadores, Informe de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias o Denuncias- PQRSD, riesgos de los procesos, así como las Inspecciones de Gestión Ambiental y de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, Investigaciones de incidentes y accidentes de trabajo y enfermedades de origen laboral deben ser registradas en el formato Plan único de Mejoramiento Institucional y su registro, ejecución y seguimiento es responsabilidad de cada líder de proceso, como primera línea de defensa.
3. Las acciones producto de las Evaluaciones Independientes se registrarán en el Plan Unico de Mejoramiento Institucional el cual debe elaborarse en un término no mayor a 10 días hábiles y remitir su versión definitiva a el (La) Asesor (a) con funciones de Control Interno y a la oficina Asesora de Planeación por parte de los líderes de proceso. Dichas acciones deberán ejecutarse como máximo dentro de los doce meses siguientes.
4. En el caso de la documentación de las acciones correctivas, preventivas y/o de mejora de los planes de mejoramiento que provengan de las auditorías realizadas por la Contraloría General de la República (CGR), estas no podrán exceder el término establecido por dicho Órgano de Control para su formulación y documentación, contado a partir de la entrega del informe definitivo al INCI.

El (La) Asesor (a) con funciones de Control Interno debe verificar el cumplimiento y efectividad de las acciones propuestas, lo cual se reportará semestralmente al Ente de Control y a los líderes de proceso.

1. Todas las acciones que figuren en el plan único de mejoramiento institucional deben contar con las respectivas evidencias para que El (La) asesor(a) con funciones de control interno o quien haga sus veces las cierre
2. Cuando las acciones planteadas en el plan de mejoramiento Institucional originadas por una Evaluación independiente requieran algún ajuste, el líder de proceso debe solicitar el visto bueno a El (La) Asesor (a) con funciones de Control Interno para realizarlo
3. Cuando se trate de acciones del Plan Único de mejoramiento Institucional planteado por cada proceso, se deberá revisar conjuntamente con la oficina asesora de planeación
4. El (La) asesor(a) con funciones de control interno llevará el registro y mantendrá un inventario actualizado del seguimiento del Plan único de mejoramiento institucional que permita contar con un histórico de las acciones, hallazgos y situaciones de mejora de la entidad.

**5. NORMATIVIDAD**

Ver Normograma Institucional (Proceso Gestión Jurídica)

## 6. DEFINICIONES

Acción correctiva: acción emprendida para eliminar las causas de una no conformidad, o un problema indeseado con el fin de que no vuelva a ocurrir.

Acción preventiva: acción emprendida para eliminar las causas de una no conformidad o un problema potencial con el fin de evitar que ocurra.

Corrección: Acción tomada para eliminar una no conformidad

Oportunidad de mejora: Es una acción emprendida para mejorar el proceso, los procedimientos, formatos, nuevas normas, o situaciones en general que mejoren continuamente el sistema y la gestión de los procesos de la entidad

No conformidad: Incumplimiento de un requisito

Requisito: Necesidad o expectativa establecida generalmente implícita u obligatoria. Puede ser generada por las diferentes partes.

## 7. ACTIVIDADES

| # | Descripción de la Actividad | Responsable(Cargo) | Dependencia | Control(Si Aplica) | Registros |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Identificar la situación de mejora o no deseada o los hallazgos.  | Cualquier cargo de la entidad | Todas las dependencias | No aplica | Correo electrónico con documentos soporte de la situación de mejora o no deseada o los hallazgos o Informe de auditoría |
| 2 | Verificar la pertinencia de la situación de mejoraSi: El argumento o justificación respalda situaciones favorables, de progreso o perfeccionamiento se continúa con la actividad No. 3No: Realizar la justificación a quien envió la situación de mejora o no deseada a través de correo electrónico y se finaliza el procedimiento | Líder de Proceso | Todas las dependencias | Verificar si es pertinente establecer una acción de mejora | Correo electrónico |
| 3 | Aplicar la metodología denominada Causa Raíz para realizar el análisis de la situación de mejora | Líder de proceso y responsable de la acción o procedimientos objeto de mejora | Todas las dependencias | No aplica | Análisis Causa Raíz |
| 4 | Verificar que las acciones de mejora sean coherentes, realizables y ataque(n) la(s) causa(s) raíz detectada(s)En el caso que las acciones involucren a otros procesos y/o dependencias, se debe concertar conjuntamente para dar oportuno cumplimientoSi son coherentes se continúa con la actividad No. 5No: Se regresa a la actividad No. 3 | Líder de proceso | Todas las dependencias | Revisar que la(s) acción(es) planteada(s) sean coherentes, realizables y ataque(n) la(s) causa(s) raíz detectada(s) | Análisis Causa Raíz |
| 5 | Registrar el hallazgo y la(s) causa(s) raíz identificada(s) y la(s) acción(es) preventivas, correctivas y/o de mejora, en el Formato establecido y enviar a la Oficina de Control Interno | Líder de proceso | Todas las dependencias | No aplica | Plan Único de mejoramiento Institucional |
| 6 | Revisar y aprobar las acciones definidas en el Plan de MejoramientoSi: Enviar correo de aprobación al líder de proceso y continuar con la actividad No 8No: Enviar correo con las observaciones y/o sugerencias al líder de proceso | Asesor Control Interno | Dirección General | Verificar que todos los hallazgos, quedaron consignados en el Plan único de Mejoramiento Institucional, que las acciones subsanan el hallazgo y que el plan esta adecuadamente formulado | Plan Único de mejoramiento InstitucionalCorreo electrónico |
| 7 | Promover el cumplimiento de la(s) acción(es) planteada(s) en el plan de mejoramiento si se considera pertinente | Jefe Oficina Asesora de Planeación | Oficina Asesora de Planeación | No aplica | Correo electrónico |
| 8 | Desarrollar las acciones establecidas y hacer seguimiento al cumplimiento del Plan Único de mejoramiento Institucional de acuerdo con las fechas establecidas cada tres meses | Líder de proceso | Todas las dependencias | No aplica | Plan Único de mejoramiento Institucionalcon seguimiento |
| 9 | Evaluar la eficacia de la(s) acción(es) desarrolladas de acuerdo con lo establecido en el Plan Único de mejoramiento Institucional cada tres mesesSi: Si son eficaces se continúa con la actividad No 10 de lo contrario se remiten las observaciones a los líderes de proceso para su revisión y ejecución | Asesor (a) con funciones de Control interno | Dirección General | Verificar si las acciones adelantadas son eficaces y si las evidencias las soportan  | Plan Único de mejoramiento Institucional con seguimientoCorreo electrónicoInforme SIRECI |
| 10 | Consolidar un informe de acuerdo con los resultados de verificación de la ejecución y eficacia de las acciones y envío al Director General, líderes de proceso y a la Oficina Asesora de Planeación para su publicación en la página web de la entidadPara el caso de las acciones que provienen de auditorías de la CGR, se consolida un informe y se reporta en el instrumento que corresponda | Asesor (a) con funciones de Control interno | Dirección General | No aplica | ORFEOCorreo electrónicoCertificación reporte SIRECIPágina web |

## 8. ANEXOS ASOCIADOS

Formato Plan Unico de Mejoramiento Institucional

Formato análisis de causa Raíz

## 9. CONTROL DE CAMBIOS

| Versión | Fecha de Entrada en Vigencia  | Relación de las Secciones Modificadas | Naturaleza Del Cambio |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 28/10/2010 | No aplica por ser versión inicial | Adopción del procedimiento |
| 2 | 07/04/2011 | Sección 6 Descripción | Corrección de nombre de documentos y formatos. |
| 3 | 13/07/2011 | Sección 4 Definición Sección 5 Descripción | Se eliminaron definiciones que se encuentran en otro procedimiento y se corrigieron algunas palabras de la descripción, de acuerdo a sugerencia realizada por la auditoría Interna. |
| 4 | 10/10/2013 | Políticas de operación, normativa aplicable, definiciones y descripción | Se agregan definiciones que complementan la descripción del proceso, se incluyen requisitos de las normas ISO 14001 y OHSAS 18001 |
| 5 | 28/08/2019 | Todo el procedimiento y nombre (Antes acciones correctivas, preventivas y de mejora) | Se ajusta de acuerdo con la normatividad vigente |
| 6 | 14/08/2020 | Todo el procedimiento | Actualización del contenido del documento |
| 7 | 19/03/2021 | Todo el procedimiento | Actualización del contenido del documento |
| 0001 | 21/10/2022 | Todo el procedimiento Cambia de código DG-100-PD-137 versión 7 con ultima vigencia 19/03/2021 a DG-100-DE-PD-0005 versión 0001. | Se ajusta de acuerdo con el accionar del proceso Se generó nuevo código, versión y fecha por migración del procedimiento del Sistema Integrado de Gestión al nuevo Software Suite visión |

**10. ETAPAS DEL DOCUMENTO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ETAPAS DEL DOCUMENTO | NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE | FECHA |
| Elaboración | Martha Gómez, Angelica Cruz, Jenny Malaver | 23/08/2022 |
| Revisión | Ricardo Hernández | 13/09/2022 |
| Aprobación | Carlos Parra | 03/10/2022 |