# PROCEDIMIENTO: GESTIÓN DE PLANES DE MEJORAMIENTO

## 1. DATOS BÁSICOS

Nombre del Proceso: Direccionamiento Estratégico

Código: DG-100-PD-137

Versión:6

Vigencia: 14/08/2020

**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, las 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 en formato Plan único de Mejoramiento- Autoevaluación y su registro, ejecución y seguimiento es responsabilidad de cada líder de proceso
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 la Oficina 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 seis 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 verifica el cumplimiento y efectividad de las acciones propuestas, lo cual se reportará semestralmente al Ente de Control.

1. Una acción se encuentra abierta, cuando no se ha ejecutado la totalidad de las actividades establecidas para la prevención, corrección o mejora,y,por el contrario, se encuentra cerrada cuando se ha ejecutado la totalidad de las actividades establecidas para la prevención, corrección o mejora y estas han permitido que se logre el objetivo de la acción en términos de que la no conformidad no se repita, no se presente o el proceso mejore su desempeño.

**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. También se usa para el Mapa de Riesgos

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 gestión 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 | Servidor Publico ejecutor de Proceso | Todas las dependencias | No aplica | No aplica |
| 2 | Verificar la pertinencia de la situación de mejora  Si: El argumento o justificación respalda situaciones favorables, de progreso o perfeccionamiento se continúa con la actividad No. 3  No: No crea la situación de mejora y finaliza el procedimiento | Líder de Proceso | Todas las dependencias | Verificar si es pertinente establecer una acción de mejora | No aplica |
| 3 | Aplicar la metodología denominada Causa Raiz para realizar el análisis de la situación de mejora | Servidor Publico ejecutor de Proceso  Líder de proceso | Todas las dependencias | No aplica | Guía Metodológica Análisis Causa Raíz  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 cumplimiento  Si son coherentes se continúa con la actividad No. 5  No: Se regresa a la actividad No. 3 | Líder de proceso | Todas las dependencias | Revisar que la(s) acción(es) planteada(s) en el plan de mejoramiento sean coherentes, realizables y ataque(n) la(s) causa(s) raíz detectada(s) | Guía Metodológica Análisis Causa Raíz  Análisis Causa Raíz |
| 5 | Registrar la(s) causa(s) raíz identificada(s) y la(s) acción(es) preventivas, correctivas y/o de mejora, en el Formato establecido y envíar a la Oficina Asesora de Planeación para su publicación en los registros de cada proceso | Líder de proceso | Todas las dependencias | No aplica | Plan Unico de mejoramiento Institucional- autoevaluación  Plan Unico de mejoramiento Institucional- Evaluación independiente |
| 6 | Ejecutar la(s) acción(es) planteada(s) en el plan de mejoramiento y registrarlas en el Plan  En caso que las acciones planteadas en el plan de mejoramiento Institucional- Evaluacion independiente requieran algún ajuste, el líder de proceso debe solicitar el visto bueno a la Oficina de Control Interno para realizarlo  Cuando se trate del Plan Unico de mejoramiento Institucional- autoevaluación cada líder definirá si se realiza | Líder de proceso | Todas las dependencias | No aplica | Plan Unico de mejoramiento Institucional- autoevaluación  Plan Unico de mejoramiento Institucional- Evaluación independiente |
| 7 | Promover el cumplimiento de la(s) acción(es) planteada(s) en el plan de mejoramiento | Jefe Oficina Asesora de Planeación | Oficina Asesora de Planeación | No aplica | Correo electrónico |
| 8 | Hacer seguimiento al cumplimiento del Plan Unico de mejoramiento Institucional  de acuerdo con las fechas establecidas por los líderes de proceso. | Líder de proceso | Todas las dependencias | Verificar que se de cumplimiento a las acciones dentro de los tiempos establecidos | Plan Unico de mejoramiento Institucional- autoevaluación  Plan Unico de mejoramiento Institucional- Evaluación independiente |
| 9 | Evaluar la eficacia de las de la(s) acción(es) desarrolladas de acuerdo con lo establecido en el plan de auditoría | Asesor (a) con funciones de Control interno | Dirección General | Verificar si las acciones adelantadas y las evidencias soporte se cumplen efectivamente | Plan Unico de mejoramiento Institucional- Evaluación independiente  Informe 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 el Sistema Integrado de Gestión y la página web de la entidad  Para 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 | ORFEO  Correo electrónico  Certificación reporte SIRECI |

## 8. DOCUMENTOS ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO

Formato Plan Unico de Mejoramiento Institucional

Formato análisis de causa Raíz

Guía Metodológica Análisis 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 |

## 10. ETAPAS DEL DOCUMENTO

| ETAPAS DEL DOCUMENTO | NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE | FECHA |
| --- | --- | --- |
| Elaboración | Martha Gómez, Magdalena Pedraza, Sara Rivera, Jenny Malaver | 11/08/2020 |
| Revisión | Ricardo Hernández | 13/08/2020 |
| Aprobación | Carlos Parra | 14/08/2020 |