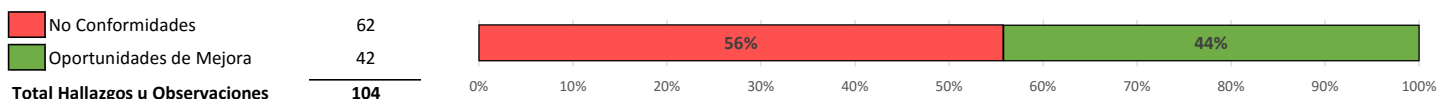


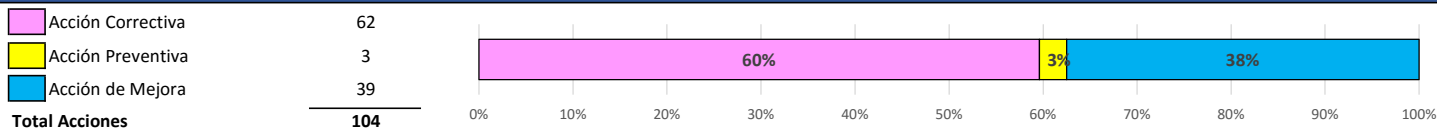
PLAN DE MEJORAMIENTO

Balance con corte a 31 de diciembre de 2016

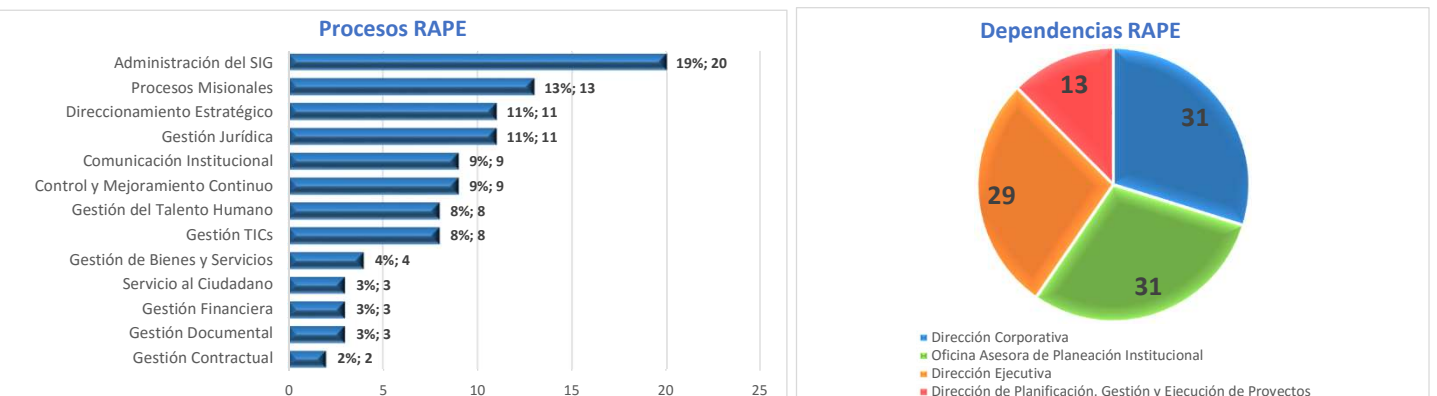
1. Balance por Tipo de Hallazgo u Observación



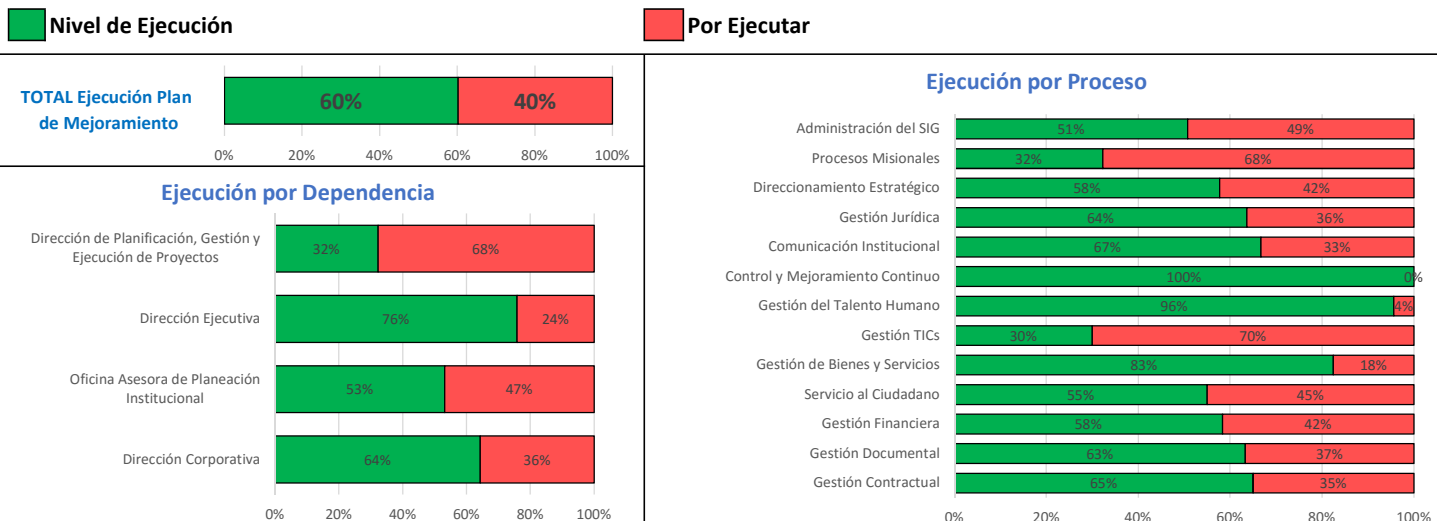
2. Balance por Tipo de Acción



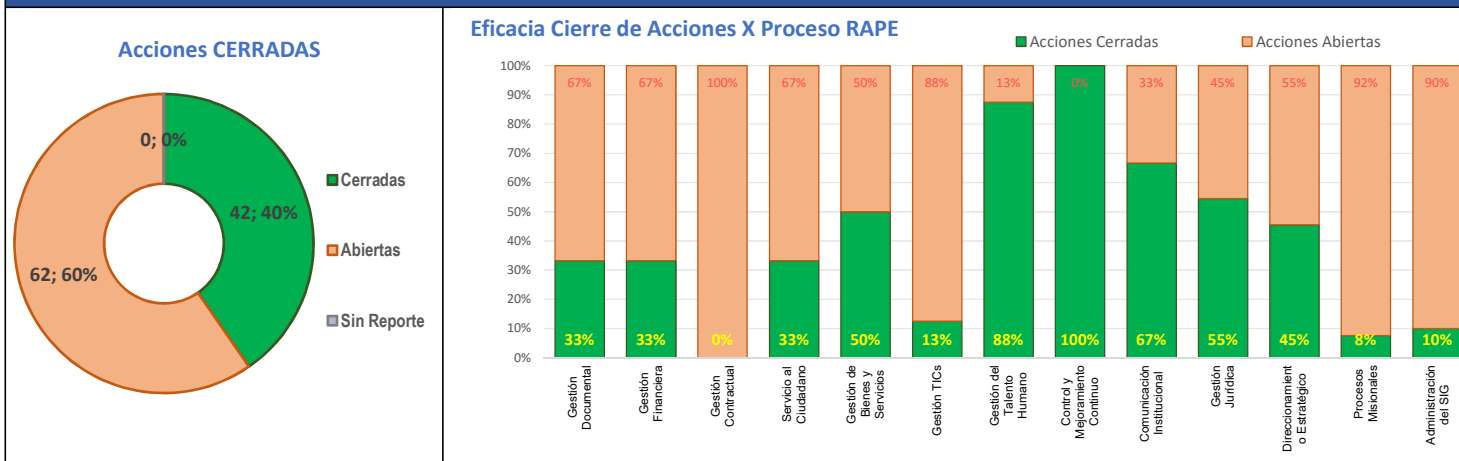
3. Distribución Acciones por Proceso y Dependencia RAPE



4. Nivel de Cumplimiento - Valoración Control Interno



5. Efectividad y Cierre de Acciones



 territorio para la paz			TIPO DE DOCUMENTO:													VERSIÓN No.						
			PROCESO:													3						
			CONTROL Y MEJORAMIENTO CONTINUO													VIGENTE A PARTIR DE:						
			TITULO:													09-dic-2016						
PLAN DE MEJORAMIENTO			CODIGO:			F-CMC.02 - 02							Página 1 de 1									
INFORMACIÓN GENERAL			ANÁLISIS DE CAUSAS, DEFINICIÓN DE ACCIONES Y RESPONSABLES						SEGUIMIENTO RESPONSABLE DEL PROCESO					SEGUIMIENTO CONTROL INTERNO								
Item	DEPENDENCIA	PROCESO	ANÁLISIS DE CAUSA RAÍZ	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN A REALIZAR	TIPO DE ACCIÓN DE MEJORA	FECHA DE INICIO	FECHA FIN	RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN	FECHA DE SEGUIMIENTO	ANÁLISIS Y RESULTADO DEL SEGUIMIENTO	% Avance	RELACIÓN DE EVIDENCIAS	FECHA DE SEGUIMIENTO	EFFECTIVIDAD DE LA ACCIÓN				% Avance Validado	ANÁLISIS Y RESULTADO (EVIDENCIA) DEL SEGUIMIENTO	CIERRE DE LA ACCIÓN	OBSERVACIONES	
No.	Este campo es automático. Se diligencia una vez seleccione el Proceso.	Seleccione la opción correspondiente en cada celda.	En este campo se debe diligenciar la causa que originó la no conformidad o la oportunidad de mejora.	En este campo se diligencia la acción con la que el proceso considera que se mitigará o eliminará la CAUSA RAÍZ.	Seleccione la opción correspondiente en cada celda.	Diligencie día/mes/año.	Diligencie día/mes/año.	En este campo se diligencia NOMBRE y CARGO del responsable de la ejecución de la ACCIÓN.	Diligencie día/mes/año.	En este campo el RESPONSABLE DEL PROCESO analiza el resultado de la ejecución de la acción.	Digite el % que considere pertinente.	En este campo el RESPONSABLE DEL PROCESO resume las evidencias de la ejecución de cada acción.	Diligencie día/mes/año.	Verificación de Control Interno.	Evidencias Pertinentes.	Evidencias Suficientes.	Nivel de Efectividad.	Cálculo Automático.	Cálculo Automático.	En este campo CONTROL INTERNO analiza el seguimiento y valida las evidencias relacionadas.	Verificación de Control Interno.	En este campo CONTROL INTERNO analiza las observaciones a que haga lugar y explica las razones del no cierre.
1	Dirección Corporativa	Gestión del Talento Humano	En el ejercicio de divulgación para la apropiación de los principios y valores de la entidad, no se encuentran las evidencias suficientes que den cuenta de este proceso	Documentar las actividades que se desarrollen para la socialización de principios y valores de la entidad	ACCIÓN DE MEJORA	1-ago.-16	31-dic.-16	Director Corporativo Profesional responsable de Bienestar	30-sep.-16	Durante toda la vigencia, se han llevado a cabo actividades que han permitido la socialización del Código de ética y buen gobierno que pretende orientar el actuar de los servidores de la entidad.	100,0%	- Inducción a las personas que han ingresado a la entidad (con la correspondiente encuesta de satisfacción) - Sensibilización sobre la importancia y responsabilidad de ser servidores públicos en el marco de la celebración del servidor público - Mensajes institucionales a través de medios electrónicos como correo electrónico y WhatsApp donde se resaltan algunos valores institucionales	18-ene.-17	SI	SI	SI	Alta	100,0%		Se evidencia la documentación de actividades desarrolladas, como por ejemplo, las encuestas aplicadas a los funcionarios que han recibido inducción y mensajes corporativos para fomentar los principios y valores de la entidad.	SI	Además de las evidencias presentadas, se pudo constatar que en reuniones de la entidad se han entregado elementos a todos los funcionarios, con los principios y valores institucionales.
2	Oficina Asesora de Planeación Institucional	Direccionamiento Estratégico	Aunque existen documentos que señalan la Misión, Visión y Objetivos Estratégicos de la entidad, estos elementos no se han adoptado por acto administrativo.	Adoptar la Planeación Estratégica Interna por Acto Administrativo y socializar	ACCIÓN DE MEJORA	01-sep-16	31-oct-16	Oficina Asesora de Planeación	31-dic.-16	Mediante Resolución 278 de 2016 se oficializó la Misión, Visión, Objetivos y Servicios de la RAPE Región Central	100%	Resolución 278 de 2016	2-ene.-17	SI	SI	SI	Alta	100,0%		Resolución 278 de 2016	SI	Con la expedición y socialización de la Resolución 278 de 2016, se puede dar por cumplido este compromiso.
3	Oficina Asesora de Planeación Institucional	Administración del SIG	Aunque existen documentos que registran el Mapa de Procesos de la entidad, no se evidencia su adopción, ni la de su manual de operación, mediante acto administrativo.	Adoptar la Planeación Operativa por Acto Administrativo y socializar (Manual de operaciones, políticas internas, herramientas de planeación y control, lineamientos de gestión documental del SIG)	ACCIÓN DE MEJORA	01-sep-16	30-11-2016 31-01-2017	Oficina Asesora de Planeación Institucional (Administración del SIG)	31-dic.-16	Se avanza con el proceso de actualización y estructuración del SIG, con el fin de definir los contenidos del Manual de Operación Se tenía prevista la actualización completa del Sistema al mes de Noviembre, no obstante, por temas de revisión y ajuste de documentos los tiempos se han ampliado, por lo cual esta actividad se extenderá hasta el 30/01/2017	77%	Listas de reunión Informe Revisión Alta Dirección	2-ene.-17	Parcial	SI	Parcial	Media	65,0%		Pendiente la expedición del acto administrativo. Ya hay una propuesta del mismo.	NO	No se ha cumplido cabalmente con el compromiso.
4	Oficina Asesora de Planeación Institucional	Administración del SIG	Algunos de los procesos de la entidad carecen de caracterización y de la documentación que soporte su operación (procedimientos, manuales, formatos, etc.)	Caracterizar todos los procesos de la entidad y socializar sus procedimientos y documentos de apoyo	ACCIÓN DE MEJORA	01-sep-16	30-nov-16	Líderes de Proceso	31-dic.-16	Se logró la caracterización de todos los procesos, no obstante, está pendiente la aprobación y socialización de los mismos	77%	Circulares Internas OAPI Documento Revisión Alta Dirección Caracterizaciones, Procedimientos y Formatos de los procesos actualizados.	2-ene.-17	Parcial	SI	SI	Media	75,0%		Se evidencia la caracterización de todos los procesos de la entidad, sin embargo aún no se han normalizado la totalidad de procesos.	NO	No se ha cumplido cabalmente con el compromiso.
5	Oficina Asesora de Planeación Institucional	Direccionamiento Estratégico	Dificultad para consultar la información relacionada con el desarrollo de los Comités que ha implementado la entidad.	Unificar el sitio de consulta de la información de los Comités Internos y analizar pertinencia de nuevos comités	ACCIÓN CORRECTIVA	01-oct-16	31-dic-16	Dirección Ejecutiva Dirección Corporativa Oficina Asesora de Planeación	31-dic.-16	Se solicitó a la Dirección Corporativa la creación de un Micro sitio en SharePoint con el fin de alinear la información de los Comités Internos u Órganos de Asesoría y Coordinación de la entidad, para consulta de información a su sustento jurídico y funcionamiento correspondiente. Conjuntamente con el apoyo del proceso de Gestión de TIC a cargo de la Dirección Corporativa, se diseño y habilitó el Micro sitio, actualmente se adelantan las gestiones para el cargue de información correspondiente	80%	Correo Electrónico de Solidaridad Micro sitio en Share Point, denominado como "Comités Internos y Órganos de Asesoría y Coordinación", ubicado en https://regioncentral.sharepoint.com/CIOAC/SitePages/inicio.aspx	2-ene.-17	Parcial	SI	Parcial	Media	65,0%		Se ubicó el micrositio Share Point en dominio comandado de la entidad, en donde ya se cuenta con enlaces a todos los Comités Institucionales. Queda pendiente alimentar la información de la mayor parte de ellos.	NO	Se ubicó el micrositio Share Point en dominio comandado de la entidad, en donde ya se cuenta con enlaces a todos los Comités Institucionales. Queda pendiente alimentar la información de la mayor parte de ellos.
6	Dirección Ejecutiva	Comunicación Institucional	En el proceso de comunicaciones, que requiere realizar su caracterización, cuenta con Plan de Acción pero no con Manual, Política, ni Protocolo de divulgación de la información.	Establecer Política y Manual de Comunicaciones que incluya protocolo de divulgación de la información.	ACCIÓN CORRECTIVA	1-nov.-16	31-dic.-16	Asesora de Comunicaciones	31-dic.-16	La política y las directrices de operación para divulgar información de la Región Central han quedado previstas en el manual de Comunicaciones normalizado en el mes de diciembre de 2016.	100,0%	Manual M-CE 01 - 01 Manual estratégico de Comunicaciones V1.	12-ene.-17	SI	SI	SI	Alta	100,0%		Revisado el documento Manual de Comunicaciones, se observan políticas y directrices que orientan al usuario sobre la forma de divulgación de la información de la entidad.	SI	
7	Dirección Ejecutiva	Comunicación Institucional	Funcionarios de la entidad manifiestan no conocer los avances del desarrollo misional, ni los logros de los demás procesos.	Fortalecer el uso de herramientas electrónicas de comunicación, para contribuir a la articulación del trabajo interno, como son: Boletín interno, correo electrónico y tapiz de los computadores.	ACCIÓN DE MEJORA	1-sep.-16	31-dic.-16	Asesora de Comunicaciones	30-sep.-16	Se ha incrementado el uso de herramientas electrónicas de comunicación para dar a conocer las novedades y logros de la entidad: publicaciones virtuales en la página web, uso de redes sociales y uso del papel tapiz de los computadores. Además se han realizado reuniones para socializar proyectos clave de la entidad con todos los funcionarios.	100,0%	Publicaciones web: http://regioncentralrape.gov.co/category/lista-do-de-boletines-region-central/ Twitter: @LaRegionCentral Facebook: https://www.facebook.com/Reg%3%B3n-Central-Reg%3%B3n-Administrativa-y-de-Planeaci%C3%B3n-Especial-193450447731458/	14-oct.-16	SI	SI	SI	Alta	100,0%		Se evidencia que en efecto se han utilizado varios medios y herramientas para dar a conocer los pormenores de la entidad a funcionarios y usuarios externos. Se evidencia la preocupación por dar a conocer los avances y compromisos de la entidad.	SI	Dada la naturaleza de la acción, que se ha clasificado como de mejora, con las evidencias reportadas es posible proceder a su correspondiente cierre.
8	Oficina Asesora de Planeación Institucional	Direccionamiento Estratégico	Aunque la herramienta socialización de información vía whatsapp es útil para que los funcionarios de la entidad se mantengan al tanto de lo que acontece en la RAPE y en la región, se requiere incorporar estrategias que involucren a usuarios y partes interesadas.	Desarrollar Estrategias de rendición de cuentas que involucren la participación de la ciudadanía, de los socios estratégicos, de los usuarios y demás partes interesadas	ACCIÓN DE MEJORA	01-ago-16	15-dic-16	Oficina Asesora de Planeación Dirección Ejecutiva	31-dic.-16	Se adelantaron las gestiones para la actualización del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano con el fin de complementar y detallar las actividades en las cuales se ampliaron aquellas relacionadas con la Rendición de Cuentas El pasado 27 de octubre de 2016 se llevó a cabo la Rendición de Cuentas de la Entidad, la cual estuvo acompañada de espacios previos de diálogo con la ciudadanía e interacción a fin de garantizar el conocimiento de la gestión que se adelanta en cumplimiento de los retos misionales	100%	Resolución 180 de 2016 Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano. Tercer Componente: Rendición de Cuentas	2-ene.-17	SI	SI	SI	Alta	100,0%		Además de las herramientas de comunicación interna y externa, la entidad realizó audiencia de rendición de cuentas en octubre de 2016.	SI	

 territorio para la paz			TIPO DE DOCUMENTO:											FORMATO			VERSIÓN No. 3				
			PROCESO:											CONTROL Y MEJORAMIENTO CONTINUO					VIGENTE A PARTIR DE: 09-dic-2016		
			TÍTULO:							CÓDIGO:								Página 1 de 1			
			PLAN DE MEJORAMIENTO							F-CMC.02 - 02											
INFORMACIÓN GENERAL			ANÁLISIS DE CAUSAS, DEFINICIÓN DE ACCIONES Y RESPONSABLES						SEGUIMIENTO RESPONSABLE DEL PROCESO					SEGUIMIENTO CONTROL INTERNO							
Item	DEPENDENCIA	PROCESO	ANÁLISIS DE CAUSA RAÍZ	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN A REALIZAR	TIPO DE ACCIÓN DE MEJORA	FECHA DE INICIO	FECHA FIN	RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN	FECHA DE SEGUIMIENTO	ANÁLISIS Y RESULTADO DEL SEGUIMIENTO	% Avance	RELACIÓN DE EVIDENCIAS	FECHA DE SEGUIMIENTO	EFFECTIVIDAD DE LA ACCIÓN				% Avance Validado	ANÁLISIS Y RESULTADO (EVIDENCIA) DEL SEGUIMIENTO	CIERRE DE LA ACCIÓN	OBSERVACIONES
9	Dirección Corporativa	Gestión Documental	Considerando que se encuentra en desarrollo e implementación el proceso de gestión documental, no se cuenta con un instrumento que permita coordinar las actividades relacionadas con el trámite de correspondencia, administración de documentos, archivo y préstamos.	Implementar una herramienta tecnológica que permita el control, organización y trazabilidad de la documentación producida por la entidad, desde su origen hasta su destino final	ACCIÓN DE MEJORA	1-jun-16	31-dic-16	Director Corporativo Profesional de Gestión Documental Profesional de TIC	30-sep-16	Se cuenta con los documentos técnicos que definen la solución informática requerida para soportar el proceso de gestión documental, para adelantar el proceso de implementación en la vigencia 2017, debido a que en el año 2016 no se contó con los recursos suficientes para su adquisición e implementación. Con base en esto, se estructuraron los estudios previos para la adquisición de un sistema de información que soporte el proceso de gestión documental y una vez se cuente con la viabilidad presupuestal y técnica del mismo se adelantará el respectivo proceso	50%	Estudio de mercado, estudios previos y requerimientos técnicos	24-ene-17	Parcial	Parcial	Parcial	Baja	50,0%	No se ha realizado la contratación requerida para cumplir este compromiso.	NO	No se ha realizado la contratación requerida para cumplir este compromiso.
10	Dirección de Planificación, Gestión y Ejecución de Proyectos	Planificación del Territorio	Aunque los procesos misionales, tienen claridad de quienes los usuarios, socios estratégicos y partes interesadas de cada eje temático, esta información no se encuentra documentada.	Documentar la caracterización de los usuarios y partes interesadas de cada uno de los ejes temáticos que constituyen los productos misionales de la entidad	ACCIÓN CORRECTIVA	1-oct-16	14-feb-17	Dirección Técnica	30-sep-16	La acción se encuentra en proceso de ejecución	75%		14-oct-16	Parcial	Parcial	Parcial	Baja	50,0%	Todos los ejes cuentan con información de sus usuarios y partes interesadas.	NO	No se ha documentado en un único instrumento la caracterización de todos los usuarios y partes interesadas de los procesos misionales.
11	Dirección de Planificación, Gestión y Ejecución de Proyectos	Planificación del Territorio	Aunque la entidad ha avanzado en la definición del alcance de cada uno de sus ejes misionales, aún no se documenta esta información que, junto con la caracterización de usuarios y partes interesadas, conforma el Portafolio de Productos y Servicios de la entidad.	Establecer, documentar y publicar el Portafolio de Productos y Servicios de la entidad	ACCIÓN DE MEJORA	1-sep-16	14-feb-17	Dirección Técnica, Oficina de Planeación y procesos Comunicación Estratégica y de Atención al Ciudadano.	30-sep-16	Se publicaron en la web los servicios de la entidad, con una breve descripción de los productos asociados con cada servicio. Se está ajustando la caracterización de los procesos misionales, para precisar su alcance y el de cada uno de sus servicios.	75%	Los servicios de la entidad se ha ubicado en la web, en el link: http://regioncentralrape.gov.co/servicios-2/	14-oct-16	SI	Parcial	NO	Media	65,0%	Se observa que en la página web de la entidad se encuentra el vínculo relacionado por el proceso, con la información de los servicios de la entidad.	NO	La información del portafolio de servicios publicada en la web de la entidad, es insuficiente y no guarda coherencia con los servicios señalados por los ejes misionales.
12	Dirección Ejecutiva	Control y Mejoramiento Continuo	No existe un procedimiento de auditoría interna. No se ha caracterizado el proceso de control interno. No hay evidencia de la existencia de planes de mejoramiento.	Caracterizar el proceso de Control y Mejoramiento Continuo y actualizar los procedimientos, formatos y documentación necesaria para su operación.	ACCIÓN CORRECTIVA	18-jul-16	31-jul-16	Asesor de Control Interno	30-sep-16	En julio de 2016 se realizó la caracterización del proceso Control y Mejoramiento Continuo, se generaron dos procedimientos y XX formatos de apoyo	100%	Desde la OPA, se oficializaron los siguientes documentos: - Caracterización Proceso: CPR-CMC - P-CMC.01 Realización Auditorías Internas V1-2016 - P-CMC.02 Acciones preventivas, correctivas y de mejora V2-2016 - F-CMC.01 - 01. Programa Anual de Auditoría - F-CMC.01 - 02. Plan de Auditoría (actualización) - F-CMC.01 - 03. Lista de Verificación o Chequeo - F-CMC.01 - 04 Evaluación de Auditores - F-CMC.01 - 05 Informe de Auditoría - F-CMC.02 - 01 Informes y Segimientos de Control Interno - F-CMC.02 - 02 Plan de Mejoramiento	30-sep-16	SI	SI	SI	Alta	100,0%	Las evidencias relacionadas permiten dar cumplimiento a la acción prevista.	SI	Dadas las evidencias presentadas, se considera pertinente cerrar la acción.
13	Dirección Ejecutiva	Control y Mejoramiento Continuo	Existe confusión entre los formatos de Programa Anual de Auditorías y Plan de Auditoría, que ocasionan imprecisiones en el Programa Anual.	Actualizar el Programa Anual de Auditorías	ACCIÓN DE MEJORA	1-ago-16	25-ago-16	Asesor de Control Interno	30-sep-16	Se presentó propuesta de ajuste al Programa Anual de Auditoría para precisar las acciones del segundo semestre de 2016, el cual fue aprobado por unanimidad por el Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno, el día 25 de agosto. También se planteó el Plan específico de Auditoría para el Sistema de Gestión de Calidad.	100%	El Programa anual de Auditorías se encuentra publicado en la web. Link: http://regioncentralrape.gov.co/wp-content/uploads/2016/09/Programa-Anual-Auditoria-2016-Firmado.pdf	30-sep-16	SI	SI	SI	Alta	100,0%	Las evidencias relacionadas permiten dar cumplimiento a la acción prevista. Ya no existe confusión entre programa y plan de auditoría. El Programa recoge todas las auditorías y tareas anuales de control interno. El Plan se refiere al plan de trabajo de cada auditoría.	SI	Dadas las evidencias presentadas, se considera pertinente cerrar la acción.
14	Dirección Ejecutiva	Control y Mejoramiento Continuo	Las reuniones del Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno no se han realizado en el número esperado.	Completar las reuniones del Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno de 2016	ACCIÓN DE MEJORA	25-ago-16	22-dic-16	Asesor de Control Interno	30-sep-16	Aunque no se realizaron de manera trimestral, como estaba previsto, durante 2016 se realizaron cuatro reuniones del Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno de la entidad, así: La primera, el 22 de junio; la segunda el 25 de agosto; la tercera, el 28 de octubre; y la cuarta, el 29 de noviembre.	100%	Las actas de los comités realizados reposan en el archivo del proceso de Control y Mejoramiento Continuo.	31-dic-16	SI	SI	SI	Alta	100,0%	Las evidencias relacionadas permiten dar cumplimiento a la acción prevista.	SI	Dadas las evidencias presentadas, se considera pertinente cerrar la acción.
15	Dirección Ejecutiva	Control y Mejoramiento Continuo	No hay claridad frente a la aplicabilidad de la normatividad vigente para el desarrollo de los informes y seguimientos que debe realizar control interno.	Realizar consultas a los entes competentes y el correspondiente análisis y actualización del Normograma, Informes y Seguimientos de Control Interno	ACCIÓN DE MEJORA	15-ago-16	10-sep-16	Asesor de Control Interno	30-sep-16	Se realizó un balance sobre la competencia, y periodos de presentación de los informes y seguimientos de control interno actualizando el correspondiente cronograma. Se recibió respuesta de las autoridades competentes en materia de Cuenta Anual (Contralorías General y territoriales), Convenios de Cooperación (DIANA), actividad litigiosa y conciliación (Agencia Nacional de Defensa Jurídica) y Modelo de Planeación y Gestión (DAFP), sin embargo el tema de operatividad de la Cuenta Anual sigue pendiente por parte de Contraloría de Bogotá.	100%	Correos remitidos a las entidades de control y las respectivas respuestas.	30-sep-16	SI	SI	SI	Alta	100,0%	Aunque para el tema de la Cuenta Anual, es necesario que la Contraloría de Bogotá establezca las correspondientes resoluciones reglamentarias, las evidencias relacionadas permiten dar cumplimiento a la acción prevista.	SI	Dadas las evidencias presentadas, se considera pertinente cerrar la acción.

 territorio para la paz			TIPO DE DOCUMENTO:													VERSIÓN No.					
			PROCESO:													3					
			TITULO:													VIGENTE A PARTIR DE:					
			CONTROL Y MEJORAMIENTO CONTINUO													09-dic-2016					
PLAN DE MEJORAMIENTO			CODIGO:			F-CMC.02 - 02							Página 1 de 1								
INFORMACIÓN GENERAL			ANÁLISIS DE CAUSAS, DEFINICIÓN DE ACCIONES Y RESPONSABLES						SEGUIMIENTO RESPONSABLE DEL PROCESO					SEGUIMIENTO CONTROL INTERNO							
Item	DEPENDENCIA	PROCESO	ANÁLISIS DE CAUSA RAÍZ	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN A REALIZAR	TIPO DE ACCIÓN DE MEJORA	FECHA DE INICIO	FECHA FIN	RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN	FECHA DE SEGUIMIENTO	ANÁLISIS Y RESULTADO DEL SEGUIMIENTO	% Avance	RELACIÓN DE EVIDENCIAS	FECHA DE SEGUIMIENTO	EFFECTIVIDAD DE LA ACCIÓN				% Avance Validado	ANÁLISIS Y RESULTADO (EVIDENCIA) DEL SEGUIMIENTO	CIERRE DE LA ACCIÓN	OBSERVACIONES
16	Dirección Ejecutiva	Control y Mejoramiento Continuo	La cultura de autocontrol y autoevaluación de la labor diaria de cada funcionario, es débil	Desarrollar estrategias de sensibilización en temáticas MECI y Sistema de Gestión de Calidad.	ACCIÓN DE MEJORA	1-sep.-16	30-sep.-16	Asesor de Control Interno	30-sep.-16	Como contexto previo a la auditoría al Sistema de Gestión de Calidad de la entidad, el proceso de control interno, en trabajo coordinado con la Oficina Asesora de Planeación, ha establecido estrategias de socialización de los principios de control interno y de acompañamiento a cada proceso para construir instrumentos de seguimiento y mejoramiento continuo.	100%	Correos de socialización y difusión mediante papel tapiz de los equipos de cómputo con elementos de control interno y factores clave para atender la auditoría al SGC.	31-dic.-16	SI	SI	SI	Alta	100,0%	Las evidencias relacionadas permiten dar cumplimiento a la acción de mejora prevista.	SI	Dadas las evidencias presentadas, se considera pertinente cerrar la acción de mejora prevista.
17	Dirección Ejecutiva	Control y Mejoramiento Continuo	No se han realizado auditorías de ningún tipo en la entidad.	Realizar auditoría a todos los procesos de la entidad.	ACCIÓN CORRECTIVA	26-sep.-16	30-nov.-16	Asesor de Control Interno	30-sep.-16	Realizar auditoría a todos los procesos de la entidad.	100%	La auditoría al Sistema de Gestión de Calidad se programó para ser desarrollada entre el 27 de septiembre y el 21 de noviembre de 2016, asunto que se cumplió a cabalidad. La auditoría se realizó a todos los procesos de la entidad.	31-dic.-16	SI	SI	SI	Alta	100,0%	Las evidencias relacionadas permiten dar cumplimiento a la acción de mejora prevista.	SI	Dadas las evidencias presentadas, se considera pertinente cerrar la acción de mejora prevista.
18	Dirección Corporativa	Gestión de Bienes y Servicios	Falta definir estrategias de seguimiento para controlar el consumo de papel	Generar mayor divulgación sobre las estrategias de consumo y ahorro de papel en todos los funcionarios de la entidad	ACCIÓN DE MEJORA	1-sep.-16	31-dic.-16	Director Corporativo Profesional de Bienes y Servicios	31-dic.-16	Se implementó el mecanismo de control de impresión,el cual fue informado a todos los funcionarios de la entidad y se instaló como protector de pantalla en todos los equipos de cómputo, los lineamientos para la optimización del uso del papel de la entidad. Para esto se expidió la circular informativa dirigida a todas las personas que forman parte de la entidad.	100%	Registro fotográfico Equipos de cómputo Circular 09 del 16 de mayo de 2016	24-ene.-17	SI	SI	SI	Alta	100,0%	Revisada la Circular 09 de mayo de 2016, se evidencian las prácticas ambientales que deben considerarse los funcionarios de la entidad, en especial con el uso de documentación, papel y tóner.	SI	Revisada la Circular 09 de mayo de 2016, se evidencian las prácticas ambientales que deben considerar los funcionarios de la entidad, en especial con el uso de documentación, papel y tóner.
19	Dirección Corporativa	Gestión de Bienes y Servicios	Las practicas ambientales de la entidad no se encuentran documentadas.	Establecer y documentar prácticas ambientales en la entidad	ACCIÓN DE MEJORA	1-sep.-16	31-dic.-16	Director Corporativo Profesional de Bienes y Servicios	30-sep.-16	Se realizaron las jornadas de aseo y fumigación en las oficinas de la entidad que permiten minizar los riesgos ambientales. Se efectuó el mantenimiento preventivo y correctivo del aire acondicionado, lo cual repercute en la disminución del consumo de energía y salud de las personas. Se cuenta con los informes de la realización de estas actividades que permiten evidenciar la implementación de prácticas que contribuyen con el componente ambiental de la entidad	80%	Registro fotográfico Certificaciones	14-oct.-16	Parcial	SI	Parcial	Media	65,0%	Las iniciativas medioambientales de la entidad deben documentarse para dar cumplimiento a este compromiso.	NO	Las iniciativas medioambientales de la entidad deben documentarse para dar cumplimiento a este compromiso.
20	Dirección Corporativa	Servicio al Ciudadano	El seguimiento a PQRS se limita al control de respuestas a derechos de petición y se realiza solo desde el proceso de Gestión Jurídica.	Centralizar la información de las PQRS en el proceso de Servicio al Ciudadano, para sistematizar los datos de todas las fuentes o canales de comunicación a través de los cuales pueden llegar requerimientos a la entidad	ACCIÓN DE MEJORA	1-ago.-16	31-dic.-16	Director Corporativo Profesional de Atención al Ciudadano	31-dic.-16	Se consolidó una base de datos de las PQRS que se han tramitado en la entidad, con la cual se realiza el seguimiento de conformidad con el asunto y términos de ley.	100%	Base de datos en excel	14-oct.-16	SI	SI	SI	Alta	100,0%	Con la decisión de adoptar un nuevo proceso en la entidad, denominado "Atención al Ciudadano" todos los mecanismos de PQRS y su información se centraliza en éste.	SI	Considerando que los nuevos informes de PQRS han sido consolidados y remitidos desde el proceso de Servicio al Ciudadano, es viable el cierre de esta acción.
21	Dirección Corporativa	Gestión TICs	En la página web de la entidad no se evidencia un link de quejas, sugerencias y reclamos de fácil acceso para que los ciudadanos realicen sus comentarios.	Actualizar la página web de la entidad, con los informes y links de la atención de las PQRS (Art. 76 de la Ley 1474 de 2011, Decreto Nacional 2641 de 2012).	ACCIÓN PREVENTIVA	1-ago.-16	31-dic.-16	Director Corporativo Profesional TIC	31-dic.-16	Se actualizó la información en la página web de la entidad con el informe de atención de las PQRS	100%	http://regioncentralrape.gov.co/contactenos/	14-oct.-16	SI	SI	SI	Alta	100,0%	La página web de la entidad cuenta con los informes de atención a PQRS y ha establecido un menú particular denominado Atención al Ciudadano, en donde el usuario puede interactuar con la entidad.	SI	
22	Dirección Corporativa	Gestión Contractual	En algunos casos la liquidación de los contratos se realizó por fuera del tiempo establecido en el contrato.	Revisar los contratos que han finalizado su plazo de ejecución y verificar que se encuentren liquidados, en los casos que aplique, o proceder a suscribir la respectiva liquidación de acuerdo con la normatividad vigente	ACCIÓN PREVENTIVA	1-abr.-16	31-ene.-17	Director Corporativo Profesional de contratación	31-dic.-16	Se revisaron los contratos suscritos por la entidad y que se encuentran publicados en el SECOF, para verificar su estado y se estructuró una base de datos para efectuar el seguimiento a los contratos que se deben liquidar. Bajo este panorama se está adelantando el proceso de liquidación de acuerdo con los plazos establecidos por las normas.	100%	Base de datos en excel	24-ene.-17	Parcial	SI	Parcial	Media	65,0%	Teniendo en cuenta que Control Interno realizará la revisión en SECOF en el mes de febrero de 2017, solo hasta entonces se podrá decidir cerrar o no esta acción.	NO	Teniendo en cuenta que Control Interno realizará la revisión en SECOF en el mes de febrero de 2017, solo hasta entonces se podrá decidir cerrar o no esta acción.
23	Dirección Corporativa	Gestión del Talento Humano	La información reportada a la CNSC solo menciona generalidades en sus contenidos.	Registrar con mayor detalle, en la medida que se pueda, la información que se le brinda a la CNSC sobre la comisión de personal de la entidad	ACCIÓN DE MEJORA	1-sep.-16	31-dic.-16	Director Corporativo Profesional responsable de Bienestar	30-sep.-16	Se ajustó la presentación del registro para que visualizara toda la información suministrada a la CNSC.	100%	Reporte a CNSC	14-oct.-16	SI	SI	SI	Alta	100,0%	Se ajustó la presentación de los reportes presentados, con el fin de visualizar todo el contenido publicado.	SI	
24	Dirección Corporativa	Gestión del Talento Humano	En el directorio de los funcionarios de la entidad no cuenta con la totalidad de los campos requeridos	Actualizar el directorio de funcionarios de la entidad para incorporar la información requerida de conformidad con el artículo 5 del Decreto 103 de 2015	ACCIÓN DE MEJORA	1-oct.-16	31-dic.-16	Director Corporativo Profesional responsable de Nómina	31-dic.-16	Se publicó la información actualizada con los campos requeridos tanto para funcionarios de planta como para contratistas	100%	http://regioncentralrape.gov.co/directorio-de-funcionarios/	14-oct.-16	SI	SI	SI	Alta	100,0%	En la web de la entidad se observa este directorio con toda la información requerida en la normatividad relacionada con la Ley de Transparencia	SI	En la web de la entidad se observa este directorio con toda la información requerida en la normatividad relacionada con la Ley de Transparencia
25	Dirección Corporativa	Gestión del Talento Humano	En el directorio de la entidad, no se relaciona información de los contratistas.	Complementar el directorio del personal de la entidad con los datos de los contratistas (Art. 5 del Decreto 103 de 2015)	ACCIÓN DE MEJORA	1-oct.-16	30-nov.-16	Director Corporativo Profesional responsable de Nómina	31-dic.-16	Se complementó la información publicada en la web de la entidad con los datos de los contratistas, incluyendo todos los campos definidos en el Decreto 103 de 2015	100%	http://regioncentralrape.gov.co/directorio-de-funcionarios/	14-oct.-16	SI	SI	Parcial	Alta	90,0%	En la web de la entidad se observa este directorio de contratistas. La información pendiente sobre fechas de inicio y fechas fin de que trata el numeral 10, del artículo 5, del Decreto 103 de 2015, sobre Ley de Transparencia, se atendió en diciembre de 2016.	SI	En la web de la entidad se observa este directorio con toda la información requerida en la normatividad relacionada con la Ley de Transparencia
26	Dirección Ejecutiva	Gestión Jurídica	Aunque existe el procedimiento P-GJ.03 "Atención a Requerimientos Jurídicos", no se han establecido las políticas de operación relacionadas con la prevención del daño antijurídico	Agilizar la formulación de políticas de prevención del daño antijurídico	ACCIÓN DE MEJORA	10-oct.-16	31-dic.-16	Asesor Jurídico	31-dic.-16	Con la actualización del procedimiento P-GJ.03 "Prevención del Daño Antijurídico", se incorporaron políticas de operación en sus Aspectos Relevantes y se ajustaron las actividades para conocer el paso a paso a seguir.	100%	Procedimiento P-GJ.03 "Prevención del Daño Antijurídico"	18-ene.-17	SI	SI	SI	Alta	100,0%	Aunque en los Aspectos Relevantes del procedimiento, no son claras las reglas de juego para la prevención del daño antijurídico, las actividades esbozan la intervención secuencial que debe atender la entidad para actuar en caso de presentarse esta circunstancia.	NO	Aunque en los Aspectos Relevantes del procedimiento, no son claras las reglas de juego para la prevención del daño antijurídico, las actividades esbozan la intervención secuencial que debe atender la entidad para actuar en caso de presentarse esta circunstancia.

TIPO DE DOCUMENTO:			FORMATO													VERSIÓN No.						
PROCESO:			CONTROL Y MEJORAMIENTO CONTINUO													VIGENTE A PARTIR DE:						
TÍTULO:			CODIGO:			F-CMC.02 - 02							Página 1 de 1									
PLAN DE MEJORAMIENTO																						
INFORMACIÓN GENERAL			ANÁLISIS DE CAUSAS, DEFINICIÓN DE ACCIONES Y RESPONSABLES						SEGUIMIENTO RESPONSABLE DEL PROCESO				SEGUIMIENTO CONTROL INTERNO									
Item	DEPENDENCIA	PROCESO	ANÁLISIS DE CAUSA RAÍZ	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN A REALIZAR	TIPO DE ACCIÓN DE MEJORA	FECHA DE INICIO	FECHA FIN	RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN	FECHA DE SEGUIMIENTO	ANÁLISIS Y RESULTADO DEL SEGUIMIENTO	% Avance	RELACIÓN DE EVIDENCIAS	FECHA DE SEGUIMIENTO	EFFECTIVIDAD DE LA ACCIÓN				% Avance Validado	ANÁLISIS Y RESULTADO (EVIDENCIA) DEL SEGUIMIENTO	CIERRE DE LA ACCIÓN	OBSERVACIONES	
															Se cumplió la Acción	Evidencias Pertinentes	Evidencias Suficientes	Nivel de Efectividad				
27	Dirección Ejecutiva	Gestión Jurídica	Aunque existe el procedimiento P-GJ.03 "Atención a Requerimientos Jurídicos", no se han establecido las políticas de operación para la aplicación de mecanismos de arreglo directo, tales como la transacción, conciliación, sin perjuicio de su estudio y decisión en cada caso concreto	Establecer las directrices institucionales para la aplicación de mecanismos de arreglo directo, tales como la transacción, conciliación, sin perjuicio de su estudio y decisión en cada caso concreto	ACCIÓN DE MEJORA	10-oct-16	31-mar.-17	Asesor Jurídico	30-sep.-16	La acción se encuentra en proceso de ejecución	25%		18-ene.-17	NO	NO	NO	Baja	0.0%	No se observan evidencias que den cuenta del nivel de cumplimiento de este compromiso	NO	No se observan evidencias que den cuenta del nivel de cumplimiento de este compromiso	
28	Dirección Ejecutiva	Gestión Jurídica	El Comité de Conciliación de la entidad debe reunirse para establecer su propio reglamento y así prepararse adecuadamente ante cualquier novedad que llegase a ocurrir en el futuro	Generar el reglamento interno del Comité de Conciliación	ACCIÓN DE MEJORA	10-oct-16	31-mar.-17	Asesor Jurídico	30-sep.-16	La acción se encuentra en proceso de ejecución	25%		18-ene.-17	NO	NO	NO	Baja	0.0%	No se observan evidencias que den cuenta del nivel de cumplimiento de este compromiso	NO	No se observan evidencias que den cuenta del nivel de cumplimiento de este compromiso	
29	Oficina Asesora de Planeación Institucional	Administración del SIG	El documento Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, se concretó en el desarrollo de cada uno de los componentes previstos, olvidando incorporar la contextualización de la entidad.	Incorporar en el documento del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano de 2017, una breve contextualización de la entidad.	ACCIÓN DE MEJORA	01-dic-16	31-ene-17	Oficina Asesora de Planeación	31-dic.-16	La acción se encuentra en proceso de ejecución	50%		18-ene.-17	Parcial	SI	Parcial	Media	65.0%	Ya se adelantó la consolidación de esta información de diagnóstico, pero la misma solo quedará actualizada en enero de 2017	NO	En cuanto se oficialice la versión definitiva del PAAC 2017, se verificará el cumplimiento de esta acción.	
30	Oficina Asesora de Planeación Institucional	Administración del SIG	Las estrategias de socialización del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, no han sido suficientes para dar a conocer el documento y su plan de trabajo.	Identificar e implementar más y mejores mecanismos de socialización del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano	ACCIÓN DE MEJORA	01-oct-16	31-dic-16	Oficina Asesora de Planeación	31-dic.-16	En aras de garantizar la socialización de la última versión del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, la entidad adelantó durante el tercer trimestre actividades entre las cuales se destacan las siguientes: - El 18 de agosto de 2016 se llevó a cabo una Actividad de Día Nacional de Lucha Control la Corrupción, en la cual se contó con la participación de las Direcciones, Control Interno y Planeación.	100%	Correo Electrónico de Invitación Presentación de Memoria	2-ene.-17	SI	SI	SI	Alta	100.0%	El Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano fue comunicado por correo a todos los funcionarios de la entidad y el documento, y su correspondiente seguimiento, se encuentran publicados en la página web.	SI		
31	Dirección Ejecutiva	Control y Mejoramiento Continuo	Los controles establecidos por cada proceso en la eliminación, mitigación o incremento de las causas señaladas para cada riesgo, presentan inconsistencias y dificultan el análisis.	Valorar los controles establecidos por cada proceso en la eliminación, mitigación o incremento de las causas señaladas para cada riesgo.	ACCIÓN DE MEJORA	1-dic-16	28-feb.-17	Control Interno	31-dic.-16	Con la consolidación de la información de riesgos de todos los procesos de la entidad, ya se cuenta con propuesta de Matriz de Riesgos Institucional, sin embargo está pendiente su oficialización. Pese a ello, Control Interno ha extraído los riesgos de corrupción identificados y previa revisión con los proceso responsables, ha realizado la valoración de evidencias y controles con la información a diciembre 31 de 2016.	100.0%	Informe de seguimiento a riesgos de corrupción elaborado por control interno, con corte a diciembre 31 de 2016. Link: http://regioncentrales.gov.co/informe-s-control-interno/	16-ene.-17	SI	SI	SI	Alta	100.0%	Se observa que los riesgos de corrupción identificados aumentaron en cantidad con relación al reporte anterior, y todos cuentan con valoración de control interno.	SI	Aunque no se ha oficializado la Matriz de Riesgos Institucional, con el informe realizado por Control Interno se puede cerrar la acción de mejora, por cuanto la misma se formuló en el marco del informe a riesgos de corrupción de la entidad, los cuales fueron valorados en su totalidad.	
32	Dirección Corporativa	Gestión Documental	Las causas del riesgo "Sustracción, alteración, manipulación y/o pérdida de documentos oficiales" no explican las razones de su ocurrencia.	Revisar y actualizar las causas del riesgo "Sustracción, alteración, manipulación y/o pérdida de documentos oficiales"	ACCIÓN DE MEJORA	1-oct-16	28-feb.-17	Director Corporativo Profesional de Gestión Documental	31-dic.-16	Con la actualización del proceso de Gestión Documental se mejoró la identificación de este riesgo, el cual quedó como "Pérdida de información institucional", en donde se ajustaron las causas así: Incumplimiento de los lineamientos de gestión documental y Fallos en el seguimiento al préstamo de documentos	100.0%	Matriz de Riesgos de Corrupción (ver Informe elaborado por Control Interno con corte a diciembre 31 de 2016)	16-ene.-17	SI	SI	SI	Alta	100.0%	Con la revisión de la Matriz de Riesgos de Corrupción que se actualizó con información a 31 de diciembre de 2016, se evidencia el ajuste señalado y la coherencia entre el riesgo, sus causas, consecuencias y controles establecidos.	SI	Con la revisión de la Matriz de Riesgos de Corrupción que se actualizó con información a 31 de diciembre de 2016, se evidencia el ajuste señalado y la coherencia entre el riesgo, sus causas, consecuencias y controles establecidos.	
33	Dirección Corporativa	Gestión de Bienes y Servicios	Las causas del riesgo "Uso indebido de recursos físicos de la entidad" no explican las razones de su ocurrencia.	Valorar la pertinencia de las causas del riesgo "Uso indebido de recursos físicos de la entidad" y actualizarlas.	ACCIÓN DE MEJORA	1-oct-16	28-feb.-17	Director Corporativo Profesional de Bienes y Servicios	31-dic.-16	Con la actualización del proceso de Gestión de Bienes y Servicios se mejoró la identificación de este riesgo, el cual quedó como "Falla en la prestación del servicio relacionado con los recursos físicos de la entidad, por parte de los proveedores", en donde se ajustaron las causas así: Incumplimiento por parte del proveedor	100.0%	Matriz de Riesgos de Corrupción (ver Informe elaborado por Control Interno con corte a diciembre 31 de 2016)	16-ene.-17	SI	SI	SI	Alta	100.0%	Con la revisión de la Matriz de Riesgos de Corrupción que se actualizó con información a 31 de diciembre de 2016, se evidencia el ajuste señalado y la coherencia entre el riesgo, sus causas, consecuencias y controles establecidos.	SI	Con la revisión de la Matriz de Riesgos de Corrupción que se actualizó con información a 31 de diciembre de 2016, se evidencia el ajuste señalado y la coherencia entre el riesgo, sus causas, consecuencias y controles establecidos.	
34	Dirección Corporativa	Gestión del Talento Humano	El alcance y las causas del riesgo "Prevalencia de un trámite o requerimiento por amiguismo o favorecimiento a terceros", dificulta la valoración de la efectividad de los controles	Revisar y definir el alcance o pertinencia del riesgo "Prevalencia de un trámite o requerimiento por amiguismo o favorecimiento a terceros", dificultar la valoración de la efectividad de los controles	ACCIÓN DE MEJORA	1-oct-16	28-feb.-17	Director Corporativo Profesionales responsables de Nómina y Bienestar	31-dic.-16	Con la actualización del proceso de Gestión del Talento Humano, se precisaron las causas y consecuencias de este riesgo, señalando los controles pertinentes para su mitigación. Además se agregó un nuevo riesgo de corrupción relacionado con la "Vinculación de personal sin el cumplimiento de requisitos del cargo".	100.0%	Matriz de Riesgos de Corrupción (ver Informe elaborado por Control Interno con corte a diciembre 31 de 2016)	16-ene.-17	SI	SI	SI	Alta	100.0%	Con la revisión de la Matriz de Riesgos de Corrupción que se actualizó con información a 31 de diciembre de 2016, se evidencia el ajuste señalado y la coherencia entre el riesgo, sus causas, consecuencias y controles establecidos.	SI	Con la revisión de la Matriz de Riesgos de Corrupción que se actualizó con información a 31 de diciembre de 2016, se evidencia el ajuste señalado y la coherencia entre el riesgo, sus causas, consecuencias y controles establecidos.	
35	Dirección Corporativa	Gestión Financiera	El alcance, las causas y controles del riesgo "Incumplimiento de las normas presupuestales", no permiten identificar la forma de mitigar o eliminar el correspondiente riesgo de corrupción	Precisar el alcance del riesgo "Incumplimiento de las normas presupuestales", replantear sus causas y justificar la implementación de sus controles.	ACCIÓN DE MEJORA	1-oct-16	28-feb.-17	Director Corporativo Profesional Gestión Financiera	31-dic.-16	Con la actualización del proceso de Gestión Financiera se redefinieron sus riesgos, generando tres de corrupción así: Presupuesto aprobado sin cumplimiento de los requisitos legales, Afectación de rubros presupuestales que no correspondan en la ejecución presupuestal y Giro de recursos a un tercero que no corresponda. Todos ellos con la correspondiente consistencia con sus causas, consecuencias y controles.	100.0%	Matriz de Riesgos de Corrupción (ver Informe elaborado por Control Interno con corte a diciembre 31 de 2016)	16-ene.-17	SI	SI	SI	Alta	100.0%	Con la revisión de la Matriz de Riesgos de Corrupción que se actualizó con información a 31 de diciembre de 2016, se evidencia el ajuste señalado y la coherencia entre el riesgo, sus causas, consecuencias y controles establecidos.	SI	Con la revisión de la Matriz de Riesgos de Corrupción que se actualizó con información a 31 de diciembre de 2016, se evidencia el ajuste señalado y la coherencia entre el riesgo, sus causas, consecuencias y controles establecidos.	
36	Dirección de Planificación, Gestión y Ejecución de Proyectos	Planificación del Territorio	El portafolio de servicios de la entidad requiere fortalecerse con información de formularios, protocolos y normas relacionadas con la atención de cada servicio.	Involucrar formularios, protocolos, normas o instrumentos de apoyo a la atención de cada servicio de la entidad	ACCIÓN CORRECTIVA	1-oct-16	31-dic.-16	Dirección Técnica	30-sep.-16	La acción se encuentra en proceso de ejecución	50.0%		30-ene.-17	NO	NO	NO	Baja	0.0%	No se observan evidencias que den cuenta del nivel de cumplimiento de este compromiso	NO	No se observan evidencias que den cuenta del nivel de cumplimiento de este compromiso	

 territorio para la paz			TIPO DE DOCUMENTO:											FORMATO				VERSIÓN No. 3							
			PROCESO:											CONTROL Y MEJORAMIENTO CONTINUO								VIGENTE A PARTIR DE: 09-dic-2016			
			TÍTULO: PLAN DE MEJORAMIENTO							CODIGO: F-CMC.02 - 02											Página 1 de 1				
INFORMACIÓN GENERAL			ANÁLISIS DE CAUSAS, DEFINICIÓN DE ACCIONES Y RESPONSABLES						SEGUIMIENTO RESPONSABLE DEL PROCESO					SEGUIMIENTO CONTROL INTERNO											
Item	DEPENDENCIA	PROCESO	ANÁLISIS DE CAUSA RAÍZ	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN A REALIZAR	TIPO DE ACCIÓN DE MEJORA	FECHA DE INICIO	FECHA FIN	RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN	FECHA DE SEGUIMIENTO	ANÁLISIS Y RESULTADO DEL SEGUIMIENTO	% Avance	RELACIÓN DE EVIDENCIAS	FECHA DE SEGUIMIENTO	EFFECTIVIDAD DE LA ACCIÓN				% Avance Validado	ANÁLISIS Y RESULTADO (EVIDENCIA) DEL SEGUIMIENTO	CIERRE DE LA ACCION	OBSERVACIONES				
37	Oficina Asesora de Planeación Institucional	Direccionamiento Estratégico	Los instrumentos para la participación ciudadana en la formulación de la política o el ejercicio de la misión de la entidad, no se han socializado.	Generar y socializar estrategias de participación ciudadana en los asuntos RAPE.	ACCIÓN CORRECTIVA	01-ago-16	15-dic-16	Oficina Asesora de Planeación Dirección Ejecutiva	31-dic-16	Las estrategias de socialización de los asuntos de la RAPE se contemplan en actividades de Rendición de Cuentas, teniendo en cuenta que no hay contacto directo con la ciudadanía sino con las entidades socias de la entidad, de manera, que los espacios de contacto directo se enmarcan en escenarios dispuestos por las entidades socias. En el marco del Convenio de asociación con PROCOMUN 023 el 26 de abril de 2016, se desarrollo esta estrategia de socialización, con la generación de talleres. Esta actividad se cumplió en su totalidad y se tendrán en cuenta con el fin de dar cumplimiento a este numeral es necesario contar con la clasificación de la información, lo cual se encuentra en proceso de consolidación, para determinar si la información es pública o reservada y de esta manera, definir los datos abiertos que produce la entidad. Adicionalmente, es importante tener en cuenta que se han encontrado que en temas misionales la entidad todavía no genera información sino únicamente la analiza.	100,0%	Audiencia Pública de Rendición de Cuentas Socialización de iniciativas institucionales en espacios de capacitación como Talleres - PROCOMUN y Diplomado de Desarrollo Territorial - USTA	2-ene-17	SI	SI	SI	Alta	100,0%	La participación ciudadana no solo se ha dado a través de la atención de sus PQRS, sino que además se ha generado a través de las redes sociales y mediante la audiencia pública de rendición de cuentas.	SI					
38	Dirección Corporativa	Gestión TICs	No se han atendido las recomendaciones MinTic para la publicación de datos abiertos.	Diligenciar el Formato de Publicación de Datos Abiertos del Ministerio de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.	ACCIÓN CORRECTIVA	15-dic-16	31-mar-17	Dirección Corporativa	31-dic-16	Con base en lo anterior, se proyectó que para el primer trimestre del 2017, se logre definir una estrategia que permita gestionar y determinar si la entidad cuenta con datos que puedan ser abiertos, de acuerdo con la clasificación de la información y los datos que se puedan generar en los procesos misionales. Considerando este numeral es pertinente establecer la responsabilidad de los procesos que	25,0%		24-ene-17	NO	NO	Parcial	Baja	10,0%	No se observan evidencias contundentes del cumplimiento de este compromiso, aunque vale la pena destacar que el mismo está previsto para su cumplimiento durante el primer trimestre de 2017.	NO	No se observan evidencias contundentes del cumplimiento de este compromiso, aunque vale la pena destacar que el mismo está previsto para su cumplimiento durante el primer trimestre de 2017.				
39	Dirección Ejecutiva	Comunicación Institucional	No se evidencian elementos de acceso a la información a los distintos grupos étnicos y culturales, y personas que se encuentran en situación de discapacidad.	Plantear estrategias adicionales a las ya incorporadas de información para niños, para facilitar el acceso a grupos étnicos y culturales, y personas que se encuentran en situación de discapacidad.	ACCIÓN DE MEJORA	1-nov-16	31-dic-16	Asesora de Comunicaciones y proceso Gestión TICs	30-sep-16	La acción se encuentra en proceso de ejecución	50,0%		14-oct-16	NO	NO	NO	Baja	0,0%	No se observan evidencias que den cuenta del nivel de cumplimiento de este compromiso	NO	No se observan evidencias que den cuenta del nivel de cumplimiento de este compromiso				
40	Dirección Corporativa	Gestión TICs	El documento "Listado Activos de Información", previsto en el link http://regioncentralrape.gov.co/gesti-on-documental/ , no se puede consultar.	Cargar y socializar el documento "Listado Activos de Información" en la página web de la entidad.	ACCIÓN CORRECTIVA	1-oct-16	31-ene-17	Director Corporativo Profesional TIC	31-dic-16	Actualmente, se encuentra en proceso de consolidación desde la Oficina Asesora de Planeación y una vez sea entregada se realizará el cargue en la página web de la entidad.	0,0%		24-ene-17	NO	NO	NO	Baja	0,0%	No se observan evidencias que den cuenta del nivel de cumplimiento de este compromiso	NO	No se observan evidencias que den cuenta del nivel de cumplimiento de este compromiso				
41	Dirección Corporativa	Gestión TICs	No se evidencia la existencia de un índice actualizado de los actos, documentos e informaciones clasificados como reservados.	Generar un índice actualizado de los actos, documentos e informaciones clasificados o reservados, que incluya sus denominaciones, la motivación y la individualización del acto en que conste cada calificación.	ACCIÓN CORRECTIVA	1-oct-16	28-feb-17	Director Corporativo Profesional TIC	31-dic-16	Con el fin de dar cumplimiento a este numeral es necesario contar con la clasificación de la información, lo cual se encuentra en proceso de consolidación, para determinar si la información es pública o reservada y de esta manera, definir los datos abiertos que produce la entidad. Adicionalmente, es importante tener en cuenta que se han encontrado que en temas misionales la entidad todavía no genera información sino únicamente la analiza. Con base en lo anterior, se proyectó que para el primer trimestre del 2017, se logre definir una estrategia que permita gestionar y determinar si la entidad cuenta con datos que puedan ser abiertos, de acuerdo con la clasificación de la información y los datos que se puedan generar en los procesos misionales. Considerando este numeral es pertinente establecer la responsabilidad de los procesos que producen la información para que se pueda generar el respectivo formato	0,0%		24-ene-17	NO	NO	NO	Baja	0,0%	No se observan evidencias que den cuenta del nivel de cumplimiento de este compromiso	NO	No se observan evidencias que den cuenta del nivel de cumplimiento de este compromiso				
42	Dirección Corporativa	Gestión TICs	En la web no se ha dispuesto de la sección "Transparencia y acceso a información pública", que permita el cumplimiento del Decreto 103 de 2015.	Crear una sección en la página web bajo el nombre "Transparencia y acceso a información pública", en donde se vinculen los accesos a todos los requerimientos de la Ley de Transparencia,	ACCIÓN CORRECTIVA	1-oct-16	28-feb-17	Director Corporativo Profesional TIC	31-dic-16	Se realizó la configuración en la página web, de acuerdo con lo establecido por la Ley de Transparencia y se realizó el actualizando de la información correspondiente.	50,0%	Página web http://regioncentralrape.gov.co/	24-ene-17	Parcial	Parcial	Parcial	Baja	50,0%	Aunque ya existe la sección de que trata La Ley de Transparencia, aun tiene pendiente vincularle toda la información requerida.	NO	Aunque ya existe la sección de que trata La Ley de Transparencia, aun tiene pendiente vincularle toda la información requerida.				

 territorio para la paz			TIPO DE DOCUMENTO:												VERSIÓN No. 3						
			PROCESO:												VIGENTE A PARTIR DE: 09-dic-2016						
			TITULO:												Página 1 de 1						
PLAN DE MEJORAMIENTO												CODIGO:		F-CMC.02 - 02							
INFORMACIÓN GENERAL			ANÁLISIS DE CAUSAS, DEFINICIÓN DE ACCIONES Y RESPONSABLES						SEGUIMIENTO RESPONSABLE DEL PROCESO				SEGUIMIENTO CONTROL INTERNO								
Item	DEPENDENCIA	PROCESO	ANÁLISIS DE CAUSA RAÍZ	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN A REALIZAR	TIPO DE ACCIÓN DE MEJORA	FECHA DE INICIO	FECHA FIN	RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN	FECHA DE SEGUIMIENTO	ANÁLISIS Y RESULTADO DEL SEGUIMIENTO	% Avance	RELACIÓN DE EVIDENCIAS	FECHA DE SEGUIMIENTO	EFFECTIVIDAD DE LA ACCIÓN				% Avance Validado	ANÁLISIS Y RESULTADO (EVIDENCIA) DEL SEGUIMIENTO	CIERRE DE LA ACCION	OBSERVACIONES
43	Dirección Corporativa	Gestión Financiera	La Resolución 533 del 08 de octubre de 2015, para la implementación de las Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF) establece el 31 de diciembre de 2016, como plazo máximo del periodo de preparación obligatorio.	Atender el periodo de preparación obligatorio para la implementación de las Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF)	ACCIÓN PREVENTIVA	1-sep.-16	31-dic.-17	Director Corporativo	31-dic.-16	Se definieron las actividades y el perfil requerido para el apoyo con el que debe contar la entidad para este proceso, el cual se iniciará en el último trimestre de la vigencia 2016 Con base en lo anterior, se inició el proceso de implementación de la etapa preparatoria de las NICSP, sin embargo, la Contaduría General de la Nación exigió la Resolución 593 del 6 de diciembre de 2016 por medio de la cual se modifica el cronograma de aplicación del marco normativo de la resolución 533 de 2015 y aplaza este proceso hasta el 2018. En este sentido, la actividad se debe reprogramar para el 2017.	50%	Resolución 593 de 6 dic 2016 de la Contaduría General de la Nación. Diagnóstico para la implementación del NMCSP	24-ene.-17	Parcial	Parcial	Parcial	Baja	50,0%	Considerando las disposiciones normativas, la acción continuará abierta en 2017, y la verificación de su cumplimiento total solo podrá darse en 2018.	NO	Considerando las disposiciones normativas, la acción continuará abierta en 2017, y la verificación de su cumplimiento total solo podrá darse en 2018.
44	Oficina Asesora de Planeación Institucional	Administración del SIG	En el proceso de adopción, estructuración del SGC para garantizar el buen funcionamiento, no existían las herramientas de seguimiento y control correspondiente, lo cual dificultaba la labor.	Actualizar y normalizar los documentos de cada proceso en donde se establecen las políticas de operación y los controles que los funcionarios deberán tener en cuenta para el desarrollo de su labor, en especial, en lo que se refiere a los documentos relacionados con los procedimientos y manuales de cada proceso.	ACCIÓN CORRECTIVA	1-dic.-16	31-ene.-17	Oficina Asesora de Planeación Institucional	31-dic.-16	Adelanto una revisión y actualización del listado maestro de documentos del SGC, a la fecha se cuenta con la versión actualizada y codificación vigente de documentos del Sistema. Para el manejo y apropiación de los funcionarios se ha apoyado la gestión del Proceso de Gestión Documental, enfatizando en cada seguimiento de procesos la importancia de buen manejo documental con cada uno de los responsables y funcionarios que intervienen en el proceso.	30%	Listado de reunión	2-ene.-17	Parcial	Parcial	Parcial	Baja	50,0%	La entidad se encuentra actualizando las caracterización de sus procesos y la documentación relacionada. Una vez normalizados todos los procesos, se verificarán los puntos de control y las políticas de operación.	NO	La entidad se encuentra actualizando las caracterización de sus procesos y la documentación relacionada. Una vez normalizados todos los procesos, se verificarán los puntos de control y las políticas de operación.
45	Dirección Ejecutiva	Comunicación Institucional	La documentación del proceso Comunicación Institucional no se encuentra normalizada.	Normalizar y socializar todos los documentos del proceso con todos los funcionarios de la entidad, para garantizar el uso de los formatos, plantillas, instructivos y demás documentos oficiales	ACCIÓN CORRECTIVA	1-dic.-16	31-dic.-16	Asesora de Comunicaciones	31-dic.-16	Mediante la Circular OAPI No. 008 de 2016, se normalizó la caracterización y documentos del proceso de Comunicación Institucional.	100,0%	Circular OAPI No. 008 de 2016	16-ene.-17	SI	SI	SI	Alta	100,0%	Revisada la circular en mención, así como la carpeta compartida con la información oficial de los procesos de la entidad, se observa la normalización del Proceso de Comunicación Institucional. Además, se evidencia la existencia del correo de socialización, enviado por la Oficina de Planeación el 30 de diciembre de 2016.	SI	Revisada la circular en mención, así como la carpeta compartida con la información oficial de los procesos de la entidad, se observa la normalización del Proceso de Comunicación Institucional. Además, se evidencia la existencia del correo de socialización, enviado por la Oficina de Planeación el 30 de diciembre de 2016.
46	Dirección Ejecutiva	Gestión Jurídica	Los documentos del proceso de Gestión Jurídica no se han normalizado o están en construcción.	Normalizar y socializar todos los documentos del proceso con todos los funcionarios de la entidad, para garantizar el uso de los formatos, plantillas, instructivos y demás documentos oficiales	ACCIÓN CORRECTIVA	1-dic.-16	31-dic.-16	Asesor Jurídico	31-dic.-16	Mediante la Circular OAPI No. 009 de 2016, se normalizó la caracterización y todos los procedimientos y documentos del proceso de Gestión Jurídica.	100,0%	Circular OAPI No. 009 de 2016	16-ene.-17	SI	SI	SI	Alta	100,0%	Revisada la circular en mención, así como la carpeta compartida con la información oficial de los procesos de la entidad, se observa la normalización del Proceso de Gestión Jurídica. Además, se evidencia la existencia del correo de socialización, enviado por la Oficina de Planeación el 05 de enero de 2017	SI	Revisada la circular en mención, así como la carpeta compartida con la información oficial de los procesos de la entidad, se observa la normalización del Proceso de Gestión Jurídica. Además, se evidencia la existencia del correo de socialización, enviado por la Oficina de Planeación el 05 de enero de 2017
47	Dirección de Planificación, Gestión y Ejecución de Proyectos	Planificación del Territorio	La documentación de los procesos misionales aún no han sido normalizada por la entidad.	Normalizar y socializar todos los documentos de los procesos de la dependencia con todos los funcionarios de la entidad, para garantizar el uso de los formatos, plantillas, instructivos y demás documentos oficiales.	ACCIÓN CORRECTIVA	15-dic.-16	15-mar.-17	Cada uno de los profesionales responsables de los ejes misionales	31-dic.-16	En trabajo coordinado con la Oficina Asesora de Planeación, se continúa actualizando la información de los procesos misionales	50,0%	Borradores de caracterización, procedimientos y formatos	30-ene.-17	NO	Parcial	Parcial	Baja	25,0%	Aunque los borradores dan cuenta del trabajo realizado, no son suficientes para valorar el cumplimiento del compromiso.	NO	Aunque los borradores dan cuenta del trabajo realizado, no son suficientes para valorar el cumplimiento del compromiso.
48	Oficina Asesora de Planeación Institucional	Administración del SIG	En el proceso de verificación y puesta en marcha del SGC, no todos los procesos habían identificado sus indicadores y únicamente se mide la gestión en el marco de los Proyectos de Inversión. Los indicadores de la entidad están asociados únicamente con los proyectos de inversión.	Consolidar indicadores en cada proceso, de tal forma que por lo menos se cuente con un indicador que mida la eficacia, uno que mida la eficiencia y uno que determine la efectividad de los productos y servicios ofrecidos por cada proceso	ACCIÓN CORRECTIVA	1-dic.-16	30-ene.-17	Oficina Asesora de Planeación Institucional	31-dic.-16	Se cuenta con una matriz de indicadores de la mayoría de procesos, se encuentra en validación los misionales. Se espera hacer seguimiento a partir del 2017 y tener el 100% de la meta al 31 de Enero.	80%	Matriz de Indicadores de Gestión	18-ene.-17	Parcial	SI	SI	Media	75,0%	Los indicadores por proceso han quedado previstos en el formato de Plan de Acción. Falta consolidar información de solo tres procesos de la entidad	NO	Una vez se consolide la información de todos los procesos se podrá proceder a cerrar esta acción.
49	Oficina Asesora de Planeación Institucional	Administración del SIG	La identificación, análisis y valoración de riesgos (institucionales y de corrupción) no se realiza en todos los procesos y los instrumentos de apoyo son variados.	Generar la matriz de riesgos con todos los procesos de la entidad, en coordinación con control interno, en donde se identifique claramente cada riesgo, su análisis y valoración, y se establezcan controles pertinentes para la mitigación del riesgo y/o sus causas.	ACCIÓN CORRECTIVA	1-dic.-16	31-ene.-17	Oficina Asesora de Planeación Institucional (Administración del SIG)	31-dic.-16	Esta actividad se adelanto en el marco de actualización de las caracterizaciones de los procesos. Para ello se implementó una Matriz de Riesgos Institucionales, en donde ya ha quedado una propuesta de riesgos de todos los procesos, con la información pertinente a identificación, valoración, análisis y definición de controles. Queda pendiente la revisión final y la oficialización de esta información, para enero de 2017.	100%	Procedimiento de Administración y Gestión de Riesgos Matriz de Riesgos Institucionales Circular de oficialización de los Riesgos Institucionales	18-ene.-17	Parcial	SI	SI	Media	75,0%	Con la caracterización de los procesos, se ha logrado avanzar en esta labor. Una vez se oficialice la matriz de Riesgos Institucional se podrá proceder al cierre de este compromiso, e iniciar la labor de seguimiento y monitoreo. Es importante mencionar que no se encontró el procedimiento mencionado en las evidencias.	NO	Con la caracterización de los procesos, se ha logrado avanzar en esta labor. Una vez se oficialice la matriz de Riesgos Institucional se podrá proceder al cierre de este compromiso, e iniciar la labor de seguimiento y monitoreo. Es importante mencionar que no se encontró el procedimiento mencionado en las evidencias.
50	Dirección Corporativa	Servicio al Ciudadano	No existe medición de satisfacción de los usuarios de la entidad	Realizar la medición de la satisfacción de los usuarios frente a la prestación de los servicios que se definen	ACCIÓN CORRECTIVA	15-dic.-16	30-abr.-17	Director Corporativo Profesional de Atención al ciudadano	31-dic.-16	Una vez se cuente con el Portafolio de Servicios, se plantearán las estrategias de medición del caso.	0,0%		24-ene.-17	NO	NO	NO	Baja	0,0%	No se observan evidencias que den cuenta del nivel de cumplimiento de este compromiso	NO	No se observan evidencias que den cuenta del nivel de cumplimiento de este compromiso

 territorio para la paz			TIPO DE DOCUMENTO:												VERSIÓN No. 3						
			PROCESO:												VIGENTE A PARTIR DE: 09-dic-2016						
			TÍTULO:												Página 1 de 1						
PLAN DE MEJORAMIENTO												CODIGO:		F-CMC.02 - 02							
INFORMACIÓN GENERAL			ANÁLISIS DE CAUSAS, DEFINICIÓN DE ACCIONES Y RESPONSABLES							SEGUIMIENTO RESPONSABLE DEL PROCESO				SEGUIMIENTO CONTROL INTERNO							
Item	DEPENDENCIA	PROCESO	ANÁLISIS DE CAUSA RAÍZ	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN A REALIZAR	TIPO DE ACCIÓN DE MEJORA	FECHA DE INICIO	FECHA FIN	RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN	FECHA DE SEGUIMIENTO	ANÁLISIS Y RESULTADO DEL SEGUIMIENTO	% Avance	RELACIÓN DE EVIDENCIAS	FECHA DE SEGUIMIENTO	EFFECTIVIDAD DE LA ACCIÓN				% Avance Validado	ANÁLISIS Y RESULTADO (EVIDENCIA) DEL SEGUIMIENTO	CIERRE DE LA ACCIÓN	OBSERVACIONES
51	Oficina Asesora de Planeación Institucional	Administración del SIG	En el 2016 se adelantaron acciones para generar una cultura de reporte de gestión frente al cumplimiento de Plan de Acción, sin embargo, no se recibe la información en los términos establecidos lo que afecta el análisis de información sobre la gestión institucional	Fortalecer la cultura de gestión por procesos, impulsando requerimientos periódicos sobre el avance de cada proceso en términos de plan de acción, indicadores, gestión de riesgos y plan de mejoramiento.	ACCIÓN CORRECTIVA	1-ene-17	30-jun-17	Oficina Asesora de Planeación Institucional	31-dic-16	Se construyeron las herramientas para consolidar la información de programación y facilitar el seguimiento permanente y, con ello, la cultura de rendición de cuentas de manera periódica (por lo menos cada tres meses), para la gestión por procesos, en cuanto a Plan de Acción, Indicadores, Matriz de Riesgos. Ya se contaba con Plan de Mejoramiento.	75%	Plan de Acción Institucional Matriz de Riesgos Institucional (propuesta) Matriz de Indicadores RAPE (propuesta) Plan de Mejoramiento Institucional	18-ene-17	NO	SI	Parcial	Baja	40,0%	En efecto, las herramientas e instrumentos que consolidan información por procesos permitirán contar con resultados de la gestión por procesos.	NO	Es necesario iniciar los procesos de seguimiento para medir la calidad y la oportunidad en la entrega de informes por parte de cada proceso y poder identificar el surgimiento de la cultura de rendición de cuentas interna.
52	Oficina Asesora de Planeación Institucional	Administración del SIG	Actualmente el numeral 7.3 Diseño y Desarrollo del servicio. Se encuentra excluido por considerarse que el diseño y desarrollo no aplica a la entidad en razón a que la RAPE Región Central no diseña, controla o desarrolla los servicios que presta debido a que ya están establecidos por las Políticas sectoriales, normatividad y directrices propia de la Entidad.	Revisar la pertinencia de considerar como exclusión el numeral 7.3 Diseño y Desarrollo, con el fin de incluirlo como parte de los requisitos del Sistema de Gestión de Calidad de la RAPE región Central.	ACCIÓN DE MEJORA	1-dic-16	31-ene-17	Dirección Ejecutiva Oficina Asesora de Planeación Institucional	31-dic-16	En las gestiones de actualización del Sistema de Gestión de Calidad y verificación del cumplimiento de requisitos de la NTC-GP 1000:2009 se adelantó la revisión correspondiente, no obstante, quedará en firma dicho ajuste de considerarse pertinente en la actualización del Manual de Calidad	50%	Análisis inicial justificativo de los pros y contras de dicha inclusión en el SGC	25-ene-17	Parcial	Parcial	Parcial	Baja	50,0%	Las evidencias no son suficientes para establecer el cierre de este compromiso.	NO	
53	Oficina Asesora de Planeación Institucional	Administración del SIG	Existe una versión 2015, que no refleja la actualización realizada en 2016 de los procesos y procedimientos	Actualizar el Manual de Procesos y Procedimientos de la entidad o Manual de Operaciones, de acuerdo con los requerimientos establecidos en los literales c) y d) del numeral 4.2.1 de la norma NTCGP 1000:2009.	ACCIÓN CORRECTIVA	1-dic-16	31-ene-17	Oficina Asesora de Planeación Institucional	31-dic-16	Con la actualización de la totalidad de procesos de la entidad, que se espera finalizar en el mes de noviembre se contará con el Manual de Procesos y Procedimientos de la RAPE Región Central. Se tenía prevista la actualización completa del Sistema al mes de Noviembre, no obstante, por temas de revisión y ajuste de documentos los tiempos se han ampliado, por lo cual esta actividad se extenderá hasta el 01/01/2017	77%	Caracterizaciones, Procedimientos y Formatos de los procesos actualizados, susceptibles de incorporación en el Manual de Procesos y Procedimientos.	2-ene-17	Parcial	SI	Parcial	Media	65,0%	La entidad se encuentra actualizando las caracterización de sus procesos y la documentación relacionada. Una vez normalizados todos los procesos, se debe proceder a la actualización del Manual correspondiente.	NO	La entidad se encuentra actualizando las caracterización de sus procesos y la documentación relacionada. Una vez normalizados todos los procesos, se debe proceder a la actualización del Manual correspondiente.
54	Oficina Asesora de Planeación Institucional	Administración del SIG	El plan de acción de la entidad está construido con base en los planes de acción de los proyectos de inversión, desconociendo con ello actividades, compromisos y metas, de la gestión realizada por los procesos, que no tiene relación con el presupuesto. Los instrumentos existentes no han sido apropiados y por ende no son los suficientes para generar una cultura de planeación, ejecución y seguimiento a la gestión	Establecer instrumentos que faciliten la programación, seguimiento y valoración de planes de acción, indicadores y la matriz de riesgos por proceso, con el fin de apoyar la evaluación de la eficiencia, eficacia y efectividad del Sistema de Gestión de Calidad.	ACCIÓN CORRECTIVA	1-dic-16	1-ene-17	Oficina Asesora de Planeación Institucional	31-dic-16	La Oficina Asesora de Planeación Institucional estimo como acción la definición de un Plan de Acción por Procesos para la siguiente vigencia, el cual busca definir los objetivos, estrategias, proyectos, metas, indicadores y responsables por proceso, ampliando el campo de gestión a lo determinado en el POAI y a las actividades propias del proceso.	100%	Circular AOPI Nº 005 del 4 de noviembre de 2016. Es de adlarar que por cambio de administración el proceso de consolidación de esta actividad se ha visto ante la necesidad de ampliar los terminos, con lo cual se espera tener la proyección de un Plan Preliminar que se retomará en 2017 y se aprobará de acuerdo a los terminos de ley para la vigencia correspondiente.	16-ene-17	SI	SI	SI	Alta	100,0%	Revisados todos los instrumentos para determinar la gestión de cada proceso y, en consecuencia, la gestión del SGC, se encontró que tan solo en la Matriz de Indicadores hacen falta 3 procesos por incorporar. Los instrumentos Plan Acción, Plan de Mejora y Matriz de Riesgos cuentan con información de todos los procesos.	SI	A pesar que la Matriz de Indicadores no cuenta con información de tres procesos, ya la entidad cuenta con los instrumentos que facilitan la medición de la Gestión de su SGC: Plan Acción, Plan de Mejora, Matriz de Indicadores y Matriz de Riesgos.
55	Oficina Asesora de Planeación Institucional	Administración del SIG	El Manual de Calidad adoptado no define los objetivos de calidad	Oficializar los objetivos de calidad de la entidad y mejorar la socialización de la política para que, junto a los objetivos de calidad, a los funcionarios les sea fácil referenciarlos.	ACCIÓN CORRECTIVA	1-dic-16	31-ene-17	Oficina Asesora de Planeación Institucional	31-dic-16	Se proyecto una versión preliminar, no obstante, hasta que se logre el 100% de actualización de procesos será posible actualizar el Manual detallando los objetivos de calidad correspondientes de la entidad. En la revisión de la alta dirección del Sistema de Gestión de Calidad, se definieron los objetivos que se tendrán en cuenta en la actualización correspondiente para realizar la respectiva socialización.	77%	Proyecto de objetivos de calidad, documentado en el informe de Revisión de la Dirección del SGC	16-ene-17	Parcial	SI	Parcial	Media	65,0%	Una vez se protolice el correspondiente acto administrativo, se procederá con el cierre de este compromiso.	NO	Una vez se protolice el correspondiente acto administrativo, se procederá con el cierre de este compromiso.
56	Oficina Asesora de Planeación Institucional	Administración del SIG	Actualmente los documentos del Sistema se encuentran alojados en OneDrive asociados al usuario del funcionario responsable de calidad, lo que genera dificultad en consulta y acceso a la documentación al estar limitada por la cuenta institucional	Institucionalizar los puntos de uso para la disponibilidad de los documentos del Sistema de Gestión de Calidad, que garanticen la consulta permanente de los documentos oficiales y de los documentos obsoletos, sin que dicho espacio esté asociado al perfil específico de usuario de alguno de los funcionarios de la entidad.	ACCIÓN CORRECTIVA	1-dic-16	31-ene-17	Oficina Asesora de Planeación Institucional (Administración del SIG) Dirección Corporativa (Gestión de TIC)	31-dic-16	Se iniciaron las gestiones con la Dirección Corporativa para contar con un Microsilo en Sharepoint, de manera que la información del SIG pueda ser consultada sin restricción alguna Actualmente se cuenta con el Microsilo, OAPI esta a la espera de habilitación de cargue de información, actividad que se terminará en la actual vigencia.	90%	Correos Electrónicos Propuesta inicial Imagen de Microsilo de SIG	16-ene-17	SI	Parcial	Parcial	Media	75,0%	Con la normalización paulatina de los procesos, se ha socializado el instrumento OneDrive, como unidad de consulta de la documentación oficial de los procesos de la entidad.	NO	Una vez se actualice la información del Share Point y se verifique la existencia de los controles del caso, se procederá a cerrar este compromiso.
57	Oficina Asesora de Planeación Institucional	Administración del SIG	Falta de definición de copias no controladas y documentos obsoletos del SGC	Prevenir el uso no intencionado de documentos obsoletos, y aplicarles una identificación adecuada en el caso de que se mantengan por cualquier razón. Así mismo generar estrategias que adviertan al usuario sobre el uso de copias controladas o no controladas de la documentación oficial del SGC.	ACCIÓN CORRECTIVA	1-dic-16	31-ene-17	Oficina Asesora de Planeación Institucional	31-dic-16	Se adelantaron gestiones de información y acompañamiento a todo el personal, incluyendo contratistas informando vía correo electrónica y personal los procesos actualizados y las herramientas de consulta habilitadas en la entidad a fin de garantizar que se haga el uso correcto de estos.	60%	Correos Electrónicos Acompañamiento en la implementación de los formatos nuevos	16-ene-17	Parcial	Parcial	Parcial	Baja	50,0%	Aunque las acciones adelantadas son fundamentales para prevenir el uso de documentos obsoletos, las evidencias deben dar cuenta de controles desde la fuente, desde el mismo documento.	NO	
58	Oficina Asesora de Planeación Institucional	Administración del SIG	Los documentos del SGC se manejan con versionamientos con vigencia de año	Precisar las fechas de las versiones de los documentos de cada proceso, para que por lo menos se establezca el mes y la vigencia en la que se generan, ya que con la sola referencia del año se propician escenarios de confusión y riesgos en el uso de las versiones oficiales.	ACCIÓN CORRECTIVA	1-dic-16	31-ene-17	Oficina Asesora de Planeación Institucional	31-dic-16	Se inició una actualización de versionamientos de manera que incluyera día/mes/año de aprobación, gestión que se realizó en el marco de ejercicio de actualización de logo institucional en los diferentes documentos del SGC, que inicio en el mes de diciembre de 2016 y se continuará hasta el 31 de enero de 2017, con los procesos y procedimientos que se normalicen hasta entonces.	77%	Formatos publicados en one drive y el Share Point	16-ene-17	Parcial	SI	Parcial	Media	65,0%	En los procesos ya normalizados se observa que sus documentos cuentan con fechas específicas que permitirán ejercer mejor control en el uso oficial de documentos. Una vez se normalicen todos los procesos de la entidad, se verificará el cumplimiento de esta acción	NO	En los procesos ya normalizados se observa que sus documentos cuentan con fechas específicas que permitirán ejercer mejor control en el uso oficial de documentos. Una vez se normalicen todos los procesos de la entidad, se verificará el cumplimiento de esta acción

 territorio para la paz			TIPO DE DOCUMENTO:												FORMATO				VERSIÓN No. 3		
			PROCESO:												CONTROL Y MEJORAMIENTO CONTINUO				VIGENTE A PARTIR DE: 09-dic-2016		
			TÍTULO:						CODIGO:								Página 1 de 1				
PLAN DE MEJORAMIENTO												F-CMC.02 - 02									
INFORMACIÓN GENERAL			ANÁLISIS DE CAUSAS, DEFINICIÓN DE ACCIONES Y RESPONSABLES						SEGUIMIENTO RESPONSABLE DEL PROCESO					SEGUIMIENTO CONTROL INTERNO							
Item	DEPENDENCIA	PROCESO	ANÁLISIS DE CAUSA RAÍZ	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN A REALIZAR	TIPO DE ACCIÓN DE MEJORA	FECHA DE INICIO	FECHA FIN	RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN	FECHA DE SEGUIMIENTO	ANÁLISIS Y RESULTADO DEL SEGUIMIENTO	% Avance	RELACIÓN DE EVIDENCIAS	FECHA DE SEGUIMIENTO	EFFECTIVIDAD DE LA ACCIÓN				% Avance Validado	ANÁLISIS Y RESULTADO (EVIDENCIA) DEL SEGUIMIENTO	CIERRE DE LA ACCION	OBSERVACIONES
59	Oficina Asesora de Planeación Institucional	Administración del SIG	En el SGC se evidencia la falta de un documento que incluya la política de administración de riesgos de la entidad. No se ha formulado la política de administración de riesgos de la entidad. La herramienta de información de riesgos hace referencia únicamente a los riesgos de corrupción. Existen procesos que no han evidenciado riesgos.	Establecer y documentar procedimiento, manual o instructivo para la adecuada administración de riesgos de manera que se considere integralmente la probabilidad, causa e impacto de los mismos en cada proceso, a fin de establecer controles efectivos.	ACCIÓN CORRECTIVA	1-dic.-16	31-dic.-16	Oficina Asesora de Planeación Institucional	31-dic.-16	En el Proceso de Administración del SIG, se incluyó un procedimiento del SIG, se											

 territorio para la paz			TIPO DE DOCUMENTO:												FORMATO		VERSIÓN No. 3				
			PROCESO:												CONTROL Y MEJORAMIENTO CONTINUO		VIGENTE A PARTIR DE: 09-dic-2016				
			TÍTULO: PLAN DE MEJORAMIENTO						CODIGO:			F-CMC.02 - 02			Página 1 de 1						
INFORMACIÓN GENERAL			ANÁLISIS DE CAUSAS, DEFINICIÓN DE ACCIONES Y RESPONSABLES						SEGUIMIENTO RESPONSABLE DEL PROCESO				SEGUIMIENTO CONTROL INTERNO								
Item	DEPENDENCIA	PROCESO	ANÁLISIS DE CAUSA RAÍZ	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN A REALIZAR	TIPO DE ACCIÓN DE MEJORA	FECHA DE INICIO	FECHA FIN	RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN	FECHA DE SEGUIMIENTO	ANÁLISIS Y RESULTADO DEL SEGUIMIENTO	% Avance	RELACIÓN DE EVIDENCIAS	FECHA DE SEGUIMIENTO	EFFECTIVIDAD DE LA ACCIÓN				% Avance Validado	ANÁLISIS Y RESULTADO (EVIDENCIA) DEL SEGUIMIENTO	CIERRE DE LA ACCIÓN	OBSERVACIONES
69	Dirección Ejecutiva	Gestión Jurídica	No existe un documento en el que el proceso de Gestión Jurídica oriente al usuario en el diligenciamiento del Normograma.	Documentar un procedimiento, instructivo o protocolo que garantice la consolidación, actualización y seguimiento permanente del normograma de la entidad.	ACCIÓN CORRECTIVA	1-dic-16	31-dic-16	Asesor Jurídico	31-dic-16	El formato "F-GJ.03-01 Normograma" del Proceso de Gestión Jurídica cuenta con un instructivo que orienta al usuario sobre su diligenciamiento.	100,0%	Formato "F-GJ.03-01 Normograma" del Proceso de Gestión Jurídica	16-ene-17	SI	SI	SI	Alta	100,0%	Revisado el formato "F-GJ.03-01 Normograma" del Proceso de Gestión Jurídica, se observa el correspondiente instructivo de diligenciamiento. A finales de diciembre de 2016, el proceso remitió el formato a todos los procesos de la entidad para que fuese revisado, ajustado y complementado.	SI	
70	Dirección Ejecutiva	Gestión Jurídica	El normograma de la entidad se encuentra desactualizado y no contempla la totalidad de los procesos.	Gestionar la actualización del normograma de la entidad, consolidando y valorando la información suministrada por cada uno de los procesos de la entidad.	ACCIÓN CORRECTIVA	1-dic-16	31-dic-16	Asesor Jurídico	31-dic-16	Desde el 19 de diciembre de 2016, se solicitó a todos los procesos de la entidad, revisar y complementar la información del normograma. El martes 10 de enero se reiteró esta solicitud. El balance da cuenta de XXX procesos que entregaron la información		Correos con la información remitida por todos los procesos	18-ene-17	NO	NO	NO	Baja	0,0%	Aunque la solicitud de actualización se realizó en diciembre de 2016 a todos los procesos, no se observan evidencias que den cuenta del nivel de cumplimiento de este compromiso	NO	Aunque la solicitud de actualización se realizó en diciembre de 2016 a todos los procesos, no se observan evidencias que den cuenta del nivel de cumplimiento de este compromiso
71	Dirección Ejecutiva	Gestión Jurídica	El procedimiento P-GJ.01 Gestión de actos administrativos, menciona el uso del formato F-GD.01 Formato de ruta, pero no existen registros relacionados. También se hace referencia al formato F-GJ.01 Conceptos jurídicos en este procedimiento, sin que corresponda a ninguno de los registros de dicho procedimiento. En el procedimiento P-GJ.02 Atención a requerimientos jurídicos, se hace referencia al formato F-GJ.01 Respuesta a solicitud de concepto, denominación que no corresponde al formato adoptado en el SGC (F-GH.01 Conceptos jurídicos).	Revisar la pertinencia de los procedimientos del proceso, para establecer los necesarios y actualizar los existentes, garantizando la coherencia entre cada procedimiento y sus documentos de apoyo.	ACCIÓN CORRECTIVA	1-dic-16	31-dic-16	Asesor Jurídico	31-dic-16				18-ene-17	NO	NO	NO	Baja	0,0%	Revisada la carpeta compartida con la información oficial de los procesos de la entidad, no se observa la actualización del procedimiento que causó la acción de mejora.	NO	
72	Oficina Asesora de Planeación Institucional	Administración del SIG	No se evidenció la existencia del Listado Maestro de Registros	Generar el Listado Maestro de Registros con base en el documento de clasificación de la información e inventario documental para garantizar que la custodia de la información responda a los lineamientos de los archivos, con el fin de organizarlos correctamente, mitigando posibles pérdidas de información y generando herramientas que permitan la recuperación en caso de que este riesgo se materialice.	ACCIÓN CORRECTIVA	1-dic-16	31-mar-17	Oficina Asesora de Planeación - Proceso Gestión Documental.	31-dic-16				16-ene-17	NO	NO	NO	Baja	0,0%	No se observan evidencias que den cuenta del nivel de cumplimiento de este compromiso	NO	No se observan evidencias que den cuenta del nivel de cumplimiento de este compromiso
73	Dirección Corporativa	Gestión Documental	No se evidenció la existencia del Listado Maestro de Registros	Consolidar y socializar la información del Formato Único de Información Documental (FUID), con los datos de todos los procesos de la entidad.	ACCIÓN DE MEJORA	1-dic-16	31-mar-17	Director Corporativo Profesional de Gestión Documental	31-dic-16	Se realizaron las entrevistas a los productores documentales de cada proceso y con base en las respuestas se consolidó una nueva versión del Cuadro de Clasificación Documental (CCD). Se realizó la primera versión de las Tablas de Retención Documental de la Dirección Ejecutiva y Dirección Corporativa. Una vez se normalicen los procesos de la Dirección Técnica se procederá a realizar las TRD misionales. Con base en estos documentos se diligenciará el Formato Único de Información Documental (FUID).	40%	Registro de entrevistas documentales Cuadro de Clasificación Documental Primera versión de las Tablas de Retención Documental - TRD	24-ene-17	NO	SI	Parcial	Baja	40,0%	Aun no se reportan mayores avances, por cuanto el cumplimiento de la actividad ha quedado previsto para 2017.	NO	
74	Dirección Corporativa	Gestión TICs	En el manual de Gestión TIC no se encuentra incorporada la política o lineamientos para la administración de la página web de la entidad	Actualizar el Manual de Gestión TICs para incorporar la política o lineamientos de administración de la página web de la entidad	ACCIÓN CORRECTIVA	1-dic-16	31-ene-17	Director Corporativo Profesional de TIC	31-dic-16	Considerando que se encuentra en proceso de actualización y normalización del proceso de Gestión de TIC se incorporarán los lineamientos de administración de la página web de la entidad en concordancia con lo establecido en el manual Estratégico de Comunicaciones en el numeral 4.3.4.1.7 /Página web.	30%	Manual Estratégico de Comunicaciones	24-ene-17	NO	SI	Parcial	Baja	40,0%	Aunque en el Manual de Comunicaciones han quedado previstas algunas orientaciones sobre la actualización de la web, es necesario que desde el proceso Gestión TICs se den los lineamientos del caso.	NO	
75	Dirección Corporativa	Gestión TICs	En el manual de Gestión TIC no se encuentra incorporada la política o lineamientos para la atención de los requerimientos tecnológicos en la entidad	Incorporar políticas o lineamientos de operación relacionadas con la atención de los requerimientos tecnológicos internos.	ACCIÓN CORRECTIVA	1-dic-16	31-ene-17	Director Corporativo Profesional de TIC	31-dic-16	Se definieron las políticas o lineamientos de operación relacionadas con la atención de los requerimientos tecnológicos internos para ser incorporados en el manual de TIC	50%	Documento soporte de políticas de operación	24-ene-17	NO	SI	Parcial	Baja	40,0%	En cuanto se oficialice el Manual de Gestión TICs, se verificará el cumplimiento de esta acción.	NO	
76	Dirección Corporativa	Gestión TICs	No se cuenta con un instrumento para la valoración del servicio de soporte técnico prestado por el proceso	Establecer instrumento que permita valorar por parte del usuario, el nivel de satisfacción frente al servicio de soporte técnico prestado por el proceso a los funcionarios de la entidad.	ACCIÓN CORRECTIVA	1-dic-16	28-feb-17	Director Corporativo Profesional de TIC	31-dic-16	Se estableció la necesidad de una aplicación que cumpla este requerimiento y deje una trazabilidad por cada incidente o problema con la infraestructura Tecnológica, la cual se proyecta implementar en la vigencia 2017, de acuerdo con los recursos disponibles.	0,0%		24-ene-17	NO	NO	NO	Baja	0,0%	No se observan evidencias que den cuenta del nivel de cumplimiento de este compromiso	NO	No se observan evidencias que den cuenta del nivel de cumplimiento de este compromiso

 Región Central territorio para la paz			TIPO DE DOCUMENTO:											FORMATO				VERSIÓN No. 3			
			PROCESO:											CONTROL Y MEJORAMIENTO CONTINUO				VIGENTE A PARTIR DE: 09-dic-2016			
			TITULO:							CODIGO:				F-CMC.02 - 02				Página 1 de 1			
PLAN DE MEJORAMIENTO																					
INFORMACIÓN GENERAL			ANÁLISIS DE CAUSAS, DEFINICIÓN DE ACCIONES Y RESPONSABLES						SEGUIMIENTO RESPONSABLE DEL PROCESO				SEGUIMIENTO CONTROL INTERNO								
Item	DEPENDENCIA	PROCESO	ANÁLISIS DE CAUSA RAÍZ	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN A REALIZAR	TIPO DE ACCIÓN DE MEJORA	FECHA DE INICIO	FECHA FIN	RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN	FECHA DE SEGUIMIENTO	ANÁLISIS Y RESULTADO DEL SEGUIMIENTO	% Avance	RELACIÓN DE EVIDENCIAS	FECHA DE SEGUIMIENTO	EFFECTIVIDAD DE LA ACCIÓN				% Avance Validado	ANÁLISIS Y RESULTADO (EVIDENCIA) DEL SEGUIMIENTO	CIERRE DE LA ACCION	OBSERVACIONES
77	Dirección Ejecutiva	Comunicación Institucional	El proceso de Comunicación Institucional cuenta con base de datos que evidencian la socialización de la información, pero no se realizan análisis de la oportunidad, pertinencia e impacto de dicha socialización.	Documentar las evidencias que dan cuenta de la eficacia, eficiencia y efectividad de las acciones de comunicación interna de la entidad, para fortalecer el proceso y contribuir con el conocimiento de las gestiones que se adelantan para el logro de la misión de la entidad en los procesos no misionales.	ACCIÓN DE MEJORA	1-dic-16	31-mar-17	Asesora de Comunicaciones	31-dic-16				24-ene-17	NO	NO	NO	Baja	0,0%	No se observan evidencias que den cuenta del nivel de cumplimiento de este compromiso	NO	No se observan evidencias que den cuenta del nivel de cumplimiento de este compromiso
78	Dirección Ejecutiva	Comunicación Institucional	La entidad no cuenta con Portafolio de Servicios	Apoyar a la Oficina Asesora de Planeación Institucional en la construcción del Portafolio de Servicios de la entidad, con la información de los procesos misionales.	ACCIÓN CORRECTIVA	1-dic-16	31-mar-17	Asesora de Comunicaciones	31-dic-16				24-ene-17	NO	NO	NO	Baja	0,0%	No se observan evidencias que den cuenta del nivel de cumplimiento de este compromiso	NO	No se observan evidencias que den cuenta del nivel de cumplimiento de este compromiso
79	Dirección Corporativa	Gestión Contractual	En algunos procesos está pendiente por actualizar la información cargada en el SECOF	Revisar la información publicada en el SECOF y en los casos que sea necesario complementar la información del proceso de contratación o efectuar las consultas ante la entidad correspondiente para tal efecto	ACCIÓN DE MEJORA	1-dic-16	31-ene-17	Director Corporativo Profesional de contratación	31-dic-16	Se efectuó la revisión de los documentos publicados en el SECOF, identificando la necesidad de llevar a cabo cambios de estados contractuales en algunos casos. Adicionalmente, se realizó la consulta ante la Agencia Nacional de Contratación para tener claridad suficiente de los documentos que se deben publicar en el SECOF y los plazos respectivos. Con base en lo anterior, se adelantaron las gestiones para continuar con la publicación de los documentos en cada proceso de contratación	80%	SECOF Respuesta de la Agencia Nacional de Contratación sobre los documentos a publicar	24-ene-17	Parcial	SI	Parcial	Media	65,0%	Aun se detectan inconsistencias en la información contractual de la entidad publicada en SECOF. En febrero de 2017, Control Interno realizará una nueva versión.	NO	Aun se detectan inconsistencias en la información contractual de la entidad publicada en SECOF. En febrero de 2017, Control Interno realizará una nueva versión.
80	Dirección Corporativa	Servicio al Ciudadano	No se evidencia un instrumento o documento que evidencie los canales de atención al ciudadano y su funcionalidad	Implementar los mecanismos necesarios para garantizar la funcionalidad de los canales de atención al ciudadano	ACCIÓN DE MEJORA	15-dic-16	31-mar-17	Director Corporativo Profesional de Atención al ciudadano	31-dic-16	Se están realizando las pruebas y ajustes requeridos a los canales de atención como por ejemplo el "chat" y se creó el correo ciudadano@regioncentralrape.gov.co, el cual cuenta con un responsable. Estas acciones se encuentran contempladas que al primer trimestre de 2017 se encuentren en completa funcionalidad	30%	Correo institucional de servicio al ciudadano Herramientas dispuestas en la página web de la entidad	24-ene-17	Parcial	SI	Parcial	Media	65,0%	Los canales de comunicación con el cliente relacionados con CHAT y Contactenos, no son funcionales.	NO	Aunque existen canales, es necesario mejorar su funcionalidad para atender al usuario con calidad y oportunidad.
81	Dirección Corporativa	Gestión de Bienes y Servicios	En el Manual de Bienes y Servicios no se encuentra incorporada la administración de seguros y pólizas de aplicabilidad en la entidad, con sus correspondientes políticas de operación.	Incorporar en el Manual de Bienes y Servicios la gestión y administración de seguros y pólizas de aplicabilidad en la entidad, con sus correspondientes políticas de operación.	ACCIÓN CORRECTIVA	15-dic-16	31-mar-17	Director Corporativo Profesional de Bienes y Servicios	31-dic-16	Esta actividad se llevará a cabo en el primer trimestre de 2017, con base en el programa de seguros adquirido en la vigencia 2016 y la asesoría del corredor de seguros JARQU S.A. Frente a esto ya se cuenta con la identificación de las pólizas que se encuentran vigentes y que responden a las necesidades de la entidad.	70,0%	Programa de seguros de la entidad	24-ene-17	Parcial	SI	Parcial	Media	65,0%	Aunque se reportan algunos avances, el cumplimiento de la actividad ha quedado previsto para 2017.	NO	
82	Dirección Ejecutiva	Control y Mejoramiento Continuo	El procedimiento P-CMC.02 "Acciones preventivas, correctivas y de mejora V2-2016", no establece los requisitos necesarios para revisar la eficacia de las acciones correctivas o preventivas definidas en el Plan de Mejoramiento	Revisar y ajustar el procedimiento P-CMC.02 "Acciones preventivas, correctivas y de mejora V2-2016", de manera que se establezcan políticas de operación relacionadas con los requisitos necesarios para revisar la eficacia de las acciones correctivas o preventivas definidas en el Plan de Mejoramiento de la entidad.	ACCIÓN DE MEJORA	1-dic-16	31-dic-16	Control Interno	31-dic-16	Se actualizó el procedimiento P-CMC.02 "Acciones preventivas, correctivas y de mejora V2-2016" y el Formato F-CMC.02 - 02 "Plan de Mejoramiento", para incluir la forma de valorar la efectividad de las acciones en el plan de mejoramiento por parte de Control Interno.	100,0%	Procedimiento P-CMC.02 "Acciones preventivas, correctivas y de mejora V2-2016" y Formato F-CMC.02 - 02 "Plan de Mejoramiento" actualizados en OneDrive	31-dic-16	SI	SI	SI	Alta	100,0%	Los controles establecidos en el formato Plan de Mejoramiento y los ajustes realizados en el procedimiento correspondiente, permiten reducir la subjetividad de la valoración por parte de Control Interno.	SI	
83	Dirección Ejecutiva	Control y Mejoramiento Continuo	El registro "Plan de Mejoramiento" del proceso no corresponde al establecido en el procedimiento P-CMC.02 Acciones preventivas, correctivas y de mejora (F-CMC.02.03). El "Formato Único de Inventario Documental" no se hizo en el formato normalizado y vigente al F-M-GD.01-03.	Revisar y realizar actualización de registros propios del proceso de manera que se incorporen en los formatos vigentes aplicables.	ACCIÓN CORRECTIVA	1-dic-16	31-dic-16	Control Interno	31-dic-16	La información de los registros correspondientes al Plan de Mejoramiento y al Formato Único de Inventario Documental del proceso Control y Mejoramiento Continuo, ya ha quedado actualizada en los formatos oficiales F-CMC.02.02 y F-M-GD.01-03, respectivamente.	100,0%	Registros del Plan de Mejoramiento y del Formato Único de Inventario Documental del proceso Control y Mejoramiento Continuo	31-dic-16	SI	SI	SI	Alta	100,0%	Los registros de los formatos en mención, corresponden a la documentación oficial de los procesos Gestión Documental y Control y mejoramiento Continuo, ubicada en OneDrive con fecha 12-Dic-2016.	SI	
84	Dirección Corporativa	Gestión del Talento Humano	No se evidencian lineamientos o políticas para que los funcionarios de la entidad den cumplimiento a la implementación de los sistemas de gestión de la entidad	Revisar la viabilidad de incorporar en el Manual Específico de Funciones y de Competencias Laborales de la entidad, lineamientos para que se de cumplimiento a la implementación de los sistemas de gestión de la entidad	ACCIÓN CORRECTIVA	15-dic-16	28-feb-17	Director Corporativo Profesional de Nómina	31-dic-16	Se encuentra en proceso la elaboración del diagnóstico del estado actual y alcance del manual de funciones y competencias laborales adoptado, frente al quehacer y proyección de la entidad con el fin de determinar si se requiere una modificación o ajuste.	80%	Actas de reunión para revisión de manual de funciones por cargos. Matriz de observaciones.	24-ene-17	Parcial	SI	SI	Media	75,0%	Aunque se reportan algunos avances, el cumplimiento de la actividad ha quedado previsto para 2017.	NO	
85	Oficina Asesora de Planeación Institucional	Direccionamiento Estratégico	No se encontraron evidencias que dieran cuenta del compromiso de los funcionarios y contratistas de la entidad con los sistemas de gestión y las políticas y objetivos de calidad.	Establecer estrategias para asegurar que los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas sean conscientes de la pertinencia e importancia de sus actividades y de cómo contribuyen al logro de los objetivos de la calidad.	ACCIÓN CORRECTIVA	1-dic-16	31-dic-16	Oficina Asesora de Planeación	31-dic-16	La entidad cuenta con el compromiso de la alta dirección a 30 de noviembre de 2016, no obstante, con el cambio de administración se adelantaron las gestiones para evidenciar el compromiso correspondiente	100%	Compromiso de la Alta Dirección y Funcionarios de la Entidad	16-ene-17	SI	SI	SI	Alta	100,0%	Además del compromiso firmado por la alta dirección, se encontró un documento con el compromiso firmado por todos los funcionarios de la entidad, en el marco del Sistema de gestión de Calidad.	SI	

Región Central territorio para la paz TIPO DE DOCUMENTO: PROCESO: TÍTULO:			FORMATO												VERSIÓN No. 3						
			CONTROL Y MEJORAMIENTO CONTINUO												VIGENTE A PARTIR DE:						
			F-CMC.02 - 02												09-dic-2016						
PLAN DE MEJORAMIENTO			CÓDIGO:												Página 1 de 1						
INFORMACIÓN GENERAL			ANÁLISIS DE CAUSAS, DEFINICIÓN DE ACCIONES Y RESPONSABLES					SEGUIMIENTO RESPONSABLE DEL PROCESO					SEGUIMIENTO CONTROL INTERNO								
Item	DEPENDENCIA	PROCESO	ANÁLISIS DE CAUSA RAÍZ	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN A REALIZAR	TIPO DE ACCIÓN DE MEJORA	FECHA DE INICIO	FECHA FIN	RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN	FECHA DE SEGUIMIENTO	ANÁLISIS Y RESULTADO DEL SEGUIMIENTO	% Avance	RELACIÓN DE EVIDENCIAS	FECHA DE SEGUIMIENTO	EFFECTIVIDAD DE LA ACCIÓN				% Avance Validado	ANÁLISIS Y RESULTADO (EVIDENCIA) DEL SEGUIMIENTO	CIERRE DE LA ACCIÓN	OBSERVACIONES
86	Dirección Corporativa	Gestión del Talento Humano	No se evidencia un instrumento que evalúe las actividades desarrolladas en el marco de los programas de capacitación y entrenamiento en el puesto de trabajo	Diseñar y aplicar un instrumento que permitan valorar los programas de capacitación y de entrenamiento en el puesto de trabajo en los que participan funcionarios de la RAPE Región Central.	ACCIÓN CORRECTIVA	15-dic-16	28-feb-17	Director Corporativo Profesional de Bienestar	31-dic-16	Todas las actividades lideradas por el proceso de Gestión del Talento Humano fueron valoradas al final de la vigencia por los funcionarios de la entidad, a través de encuestas que permitieron evidenciar el balance de cada estrategia y la proyección de necesidades futuras, en materia de bienestar, capacitación, estímulos y salud ocupacional.	100,0%	Informe Clima y Cultura Organizacional con los resultados de las encuestas aplicadas a los funcionarios.	18-ene-17	SI	SI	SI	Alta	100,0%	Revisado el informe de Clima y Cultura Organizacional, elaborado por el proceso de Talento Humano, se evidencian resultados con la valoración de las estrategias adelantadas en la vigencia.	SI	Se recomienda fortalecer el instrumento de encuesta, para ir involucrando nuevas variables, que permitan evaluar resultados y, porque no, el impacto en el clima de la organización.
87	Dirección Corporativa	Gestión del Talento Humano	En los indicadores definidos en el proceso de Gestión del Talento Humano, no se evidencia el seguimiento respectivo	Hacer uso de los indicadores de seguimiento que ya han sido definidos en el proceso Gestión del Talento Humano, para valorar cada actividad	ACCIÓN CORRECTIVA	15-dic-16	28-feb-17	Director Corporativo Profesional de Nómina y Bienestar	31-dic-16	Se realizó el seguimiento al proceso de Gestión del Talento Humano, con base en los indicadores definidos a la fecha con corte a 31 de diciembre de 2016. Esto servirá de línea línea para el 2017 y además, considerando que este proceso se encuentra en revisión y ajuste.	100%	https://regioncentral-my.sharepoint.com/personal/lopez_regioncentral@pe.gov.co/_layouts/15/guestaccess.aspx?docid=144b58ca391a0f09bb0266a67aa00b5&authkey=ATkDypjB1V4OMX_SN-oRc	24-ene-17	SI	SI	SI	Alta	100,0%	El reporte generado por el proceso de Gestión del Talento Humano, permite evidenciar el seguimiento de sus indicadores.	SI	
88	Dirección Corporativa	Gestión Financiera	No se evidencian informes periódicos del seguimiento al Plan Anual Mensualizado de Caja - PAC	Elaborar informes de seguimiento al Plan Anual Mensualizado de Caja, generando las políticas de operación correspondientes.	ACCIÓN CORRECTIVA	15-dic-16	30-jun-17	Director Corporativo Técnico responsable de Tesorería	31-dic-16	Se normalizó el proceso de Gestión Financiera dentro del cual se incorporó el procedimiento "Programa Anual Mensualizado de Caja - PAC", en el que se definieron los aspectos relevantes y se tiene contemplado la generación de los informes de seguimiento.	30%	Procedimiento Programa Anual Mensualizado de Caja - PAC	24-ene-17	NO	Parcial	Parcial	Baja	25,0%	Aunque se reportan algunos avances, el cumplimiento de la actividad ha quedado previsto para 2017.	NO	
89	Dirección de Planificación, Gestión y Ejecución de Proyectos	Planificación del Territorio	Los servicios misionales de la entidad, y sus requisitos, no se han establecido en un documento oficial.	Generar un documento con la descripción del alcance de los servicios misionales que oferta la entidad y los requisitos que deben atenderse para su cumplimiento.	ACCIÓN CORRECTIVA	15-dic-16	15-mar-17	Directora de Planificación, Gestión y Ejecución de Proyectos	31-dic-16				24-ene-17	NO	NO	NO	Baja	0,0%	No se observan evidencias que den cuenta del nivel de cumplimiento de este compromiso	NO	No se observan evidencias que den cuenta del nivel de cumplimiento de este compromiso
90	Dirección de Planificación, Gestión y Ejecución de Proyectos	Planificación del Territorio	Los expedientes de la documentación misional no están debidamente organizados.	Implementar las políticas de operación administrativas, en especial las relacionadas con el manejo documental, para garantizar la correcta organización de expedientes y del archivo de los asuntos misionales, así como la correspondiente custodia de información física y digital.	ACCIÓN CORRECTIVA	15-dic-16	15-mar-17	Cada uno de los profesionales responsables de los ejes misionales	31-dic-16				24-ene-17	NO	NO	NO	Baja	0,0%	No se observan evidencias que den cuenta del nivel de cumplimiento de este compromiso	NO	No se observan evidencias que den cuenta del nivel de cumplimiento de este compromiso
91	Dirección de Planificación, Gestión y Ejecución de Proyectos	Planificación del Territorio	La caracterización de las expectativas y necesidades de los usuarios misionales, no se encuentra consolidada en un único instrumento o documento.	Establecer en un único instrumento las necesidades y expectativas de los usuarios de los asuntos misionales, con la información de todas las variables trabajadas en cada eje estratégico, que permita realizar la caracterización de cada usuario y complementar así los requisitos asociados a cada producto y servicio.	ACCIÓN DE MEJORA	15-dic-16	15-mar-17	Directora de Planificación, Gestión y Ejecución de Proyectos	31-dic-16				24-ene-17	NO	NO	NO	Baja	0,0%	No se observan evidencias que den cuenta del nivel de cumplimiento de este compromiso	NO	No se observan evidencias que den cuenta del nivel de cumplimiento de este compromiso
92	Dirección de Planificación, Gestión y Ejecución de Proyectos	Planificación del Territorio	La entidad desconoce el nivel de satisfacción de sus usuarios y partes interesadas, frente a la prestación de los servicios misionales.	Institucionalizar instrumentos que den cuenta del nivel de satisfacción de los clientes externos e internos, frente a la prestación de los diferentes servicios y labores adelantadas que permitan determinar alternativas o establecer estrategias para aumentar el nivel de dicha satisfacción, de acuerdo con los requisitos establecidos para cada servicio o con el alcance de los objetivos y políticas de operación previstas.	ACCIÓN CORRECTIVA	15-dic-16	15-mar-17	Directora de Planificación, Gestión y Ejecución de Proyectos	31-dic-16				24-ene-17	NO	NO	NO	Baja	0,0%	No se observan evidencias que den cuenta del nivel de cumplimiento de este compromiso	NO	No se observan evidencias que den cuenta del nivel de cumplimiento de este compromiso
93	Dirección de Planificación, Gestión y Ejecución de Proyectos	Planificación del Territorio	La entidad no cuenta con instrumentos que le permitan ejercer control para determinar, en primer lugar, la pertinencia de iniciar nuevas iniciativas presentadas y, en segundo lugar, el nivel de avance, oportunidad y calidad de las iniciativas que efectivamente se desarrollen.	Institucionalizar instrumentos de control que den cuenta del nivel de pertinencia de nuevas iniciativas, y del nivel de avance de las iniciativas efectivamente desarrolladas.	ACCIÓN CORRECTIVA	15-dic-16	15-mar-17	Directora de Planificación, Gestión y Ejecución de Proyectos	31-dic-16				24-ene-17	NO	NO	NO	Baja	0,0%	No se observan evidencias que den cuenta del nivel de cumplimiento de este compromiso	NO	No se observan evidencias que den cuenta del nivel de cumplimiento de este compromiso
94	Dirección de Planificación, Gestión y Ejecución de Proyectos	Planificación del Territorio	Dada la inexistencia de controles en la prestación de los servicios misionales, el procedimiento P-SIG.04 "Producto y/o servicio no conforme" no está siendo aplicado.	Hacer uso del procedimiento P-SIG.04 "Producto y/o servicio no conforme", cuando se evidencien no conformidades en los servicios prestados, de acuerdo con los instrumentos de control que se establezcan.	ACCIÓN CORRECTIVA	15-dic-16	15-mar-17	Directora de Planificación, Gestión y Ejecución de Proyectos	31-dic-16				24-ene-17	NO	NO	NO	Baja	0,0%	No se observan evidencias que den cuenta del nivel de cumplimiento de este compromiso	NO	No se observan evidencias que den cuenta del nivel de cumplimiento de este compromiso
95	Dirección de Planificación, Gestión y Ejecución de Proyectos	Planificación del Territorio	Los procesos misionales no cuentan con indicadores que midan su eficacia, eficiencia y efectividad.	Consolidar indicadores en cada proceso de la dependencia, de tal forma que por lo menos se cuente con un indicador que mida la eficacia, uno que mida la eficiencia y uno que determine la efectividad de los productos y servicios ofrecidos por cada proceso	ACCIÓN CORRECTIVA	15-dic-16	15-mar-17	Directora de Planificación, Gestión y Ejecución de Proyectos	31-dic-16	Se han definido cinco (5) indicadores que rinden cuentas sobre el desarrollo de cada uno de los servicios ofrecidos por la entidad. De éstos, 1 es de eficacia, 2 de Resultados y 2 de Efectividad.	100,0%	Indicadores definidos en la propuesta de caracterización del proceso misional.	16-ene-17	SI	SI	Parcial	Alta	90,0%	Revisada la propuesta de Matriz de Indicadores, se observan cinco asociados al Ejes estratégicos de planificación y gestión de impacto regional, con toda la información requerida en la matriz, para cada indicador.	NO	Teniendo en cuenta que la Matriz de Indicadores no se ha oficializado y, muy especialmente, que los procesos misionales no se han normalizado, aún no es viable, cerrar esta acción.

 territorio para la paz			TIPO DE DOCUMENTO:												VERSIÓN No. 3						
			PROCESO:												VIGENTE A PARTIR DE: 09-dic-2016						
			TÍTULO:												Página 1 de 1						
PLAN DE MEJORAMIENTO												CÓDIGO: F-CMC.02 - 02									
INFORMACIÓN GENERAL			ANÁLISIS DE CAUSAS, DEFINICIÓN DE ACCIONES Y RESPONSABLES						SEGUIMIENTO RESPONSABLE DEL PROCESO					SEGUIMIENTO CONTROL INTERNO							
Item	DEPENDENCIA	PROCESO	ANÁLISIS DE CAUSA RAÍZ	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN A REALIZAR	TIPO DE ACCIÓN DE MEJORA	FECHA DE INICIO	FECHA FIN	RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN	FECHA DE SEGUIMIENTO	ANÁLISIS Y RESULTADO DEL SEGUIMIENTO	% Avance	RELACIÓN DE EVIDENCIAS	FECHA DE SEGUIMIENTO	EFFECTIVIDAD DE LA ACCIÓN				% Avance Validado	ANÁLISIS Y RESULTADO (EVIDENCIA) DEL SEGUIMIENTO	CIERRE DE LA ACCIÓN	OBSERVACIONES
96	Dirección de Planificación, Gestión y Ejecución de Proyectos	Planificación del Territorio	Los procesos misionales no cuentan con información en la Matriz de Riesgos de la entidad	Establecer riesgos en todos los procesos de la dependencia, en donde se identifique claramente cada riesgo, su análisis y valoración, y se establezcan controles pertinentes para la mitigación del riesgo y/o sus causas.	ACCIÓN CORRECTIVA	15-dic-16	15-mar-17	Directora de Planificación, Gestión y Ejecución de Proyectos	31-dic-16	Se han identificado dos riesgos en los procesos misionales, uno del tipo político y otro del tipo social, con la correspondiente información de causas, consecuencias, valoración de impacto y probabilidad, y la definición de los respectivos controles.	100,0%	Propuesta de Caracterización del Proceso Planificación del Territorio	16-ene-17	SI	SI	Parcial	Alta	90,0%	Revisada la propuesta de Matriz de Riesgos Institucionales, se observan tres riesgos asociados a los procesos misionales, con toda la información requerida en su identificación, valoración y análisis.	NO	Teniendo en cuenta que la Matriz de Riesgo Institucional no se ha oficializado y, muy especialmente, por cuanto no se ha normalizado la información de los procesos misionales, aún no se considera viable el cierre de esta acción.
97	Dirección de Planificación, Gestión y Ejecución de Proyectos	Planificación del Territorio	Los planes de trabajo de los procesos misionales están supeditados únicamente a los planes de acción y cronogramas de los proyectos de inversión.	Establecer planes de trabajo o planes de acción, que le permita a cada proceso de la dependencia hacer seguimiento periódico, evaluar su gestión operativa y generar las acciones de mejora correspondiente	ACCIÓN CORRECTIVA	15-dic-16	15-mar-17	Cada uno de los profesionales responsables de los ejes misionales	31-dic-16	Considerando que el alcance de los procesos misionales tiene relación directa con las necesidades y actividades requeridas en los proyectos de inversión de la entidad, el Plan de Trabajo de la dependencia se ve reflejado en el Plan de Acción Institucional de la Región Central, que para el 2017 ha sido consolidado por la oficina de Planeación, con la información de todos los demás procesos de la entidad.	100,0%	Plan de Acción Institucional 2017	16-ene-17	SI	SI	SI	Alta	100,0%	Revisada la nueva versión de formato del Plan de Acción Institucional, se evidencia que todas las actividades allí planteadas deben estar asociadas con los procesos de la entidad. La mayor parte de las actividades de dicho plan, están asociadas a los procesos misionales y se observa que, con la información allí consignada, es posible realizar seguimiento, medición y análisis de todos los procesos.	SI	
98	Oficina Asesora de Planeación Institucional	Direccionamiento Estratégico	Actualmente no existen una medición de satisfacción de los servicios que presta la dependencia a sus clientes internos	Establecer acciones para medir la satisfacción de los usuarios en los productos y/o servicios de cada proceso de la dependencia.	ACCIÓN CORRECTIVA	1-ene-17	31-mar-17	Dirección Ejecutiva Oficina Asesora de Planeación Institucional	31-dic-16				24-ene-17	NO	NO	NO	Baja	0,0%	No se observan evidencias que den cuenta del nivel de cumplimiento de este compromiso	NO	No se observan evidencias que den cuenta del nivel de cumplimiento de este compromiso
99	Dirección Ejecutiva	Gestión Jurídica	No se encontraron indicadores que permiten valorar el nivel de cumplimiento del proceso de Gestión Jurídica	Consolidar indicadores del proceso, de tal forma que por lo menos se cuente con un indicador que mida la eficacia, uno que mida la eficiencia y uno que determine la efectividad de los productos y servicios ofrecidos	ACCIÓN CORRECTIVA	1-dic-16	31-dic-16	Asesor Jurídico	31-dic-16	Como parte de la normalización del proceso, se identificaron tres indicadores (1 de efectividad y 2 de resultado), con la correspondiente información de sus hojas de vida y la meta correspondiente para la vigencia 2017.	100,0%	Caracterización del Proceso Gestión Jurídica y Propuesta de Matriz de Indicadores	16-ene-17	SI	SI	SI	Alta	100,0%	Revisada la propuesta de Matriz de Indicadores, se observan tres indicadores asociados al proceso de Gestión Jurídica, con toda la información requerida en la matriz, para cada indicador.	SI	A pesar de que la Matriz de Indicadores no se ha oficializado, dada la normalización de todos los documentos del proceso, se considera viable el cierre de esta acción.
100	Dirección Ejecutiva	Gestión Jurídica	No se encontraron riesgos asociados al proceso de Gestión Jurídica	Establecer riesgos en el proceso, en donde se identifique claramente cada riesgo, su análisis y valoración, y se establezcan controles pertinentes para la mitigación del riesgo y/o sus causas.	ACCIÓN CORRECTIVA	1-dic-16	31-dic-16	Asesor Jurídico	31-dic-16	Como parte de la normalización del proceso, se identificaron tres riesgos, del tipo regulatorio, con la correspondiente información de causas, consecuencias, valoración de impacto y probabilidad, y la definición de los respectivos controles.	100,0%	Caracterización del Proceso Gestión Jurídica y Propuesta de Matriz de Riesgos Institucional.	16-ene-17	SI	SI	SI	Alta	100,0%	Revisada la propuesta de Matriz de Riesgos Institucionales, se observan tres riesgos asociados al proceso de Gestión Jurídica, con toda la información requerida en su identificación, valoración y análisis.	SI	A pesar de que la Matriz de Riesgos Institucional no se ha oficializado, dada la normalización de todos los documentos del proceso, se considera viable el cierre de esta acción.
101	Dirección Ejecutiva	Gestión Jurídica	El proceso de Gestión Jurídica no cuenta con una Plan de Acción o un Plan de trabajo que oriente los compromisos anuales en el desarrollo de sus obligaciones.	Establecer planes de trabajo o planes de acción, que le permita al proceso hacer seguimiento periódico, evaluar su gestión operativa y generar las acciones de mejora correspondiente	ACCIÓN CORRECTIVA	1-dic-16	31-dic-16	Asesor Jurídico	31-dic-16	En el plan de acción de la entidad formulado para la vigencia 2017, se establecieron actividades asociadas con el proceso. En consecuencia su seguimiento se puede realizar según lo programado.	100,0%	Plan de Acción Institucional formulado para la vigencia 2017.	31-dic-16	SI	SI	SI	Alta	100,0%	La existencia del Plan de Acción 2017 para el proceso de Gestión Jurídica, le permitirá valorar sus avances trimestrales y optimizar el ejercicio de toma de decisiones. En el Plan de Acción Institucional se observan actividades asociadas al cumplimiento de 2 objetivos específicos de dicho proceso.	SI	
102	Dirección Ejecutiva	Comunicación Institucional	No se encontraron indicadores que permiten valorar el nivel de cumplimiento del proceso de Comunicación Institucional	Consolidar indicadores del proceso, de tal forma que por lo menos se cuente con un indicador que mida la eficacia, uno que mida la eficiencia y uno que determine la efectividad de los productos y servicios ofrecidos	ACCIÓN CORRECTIVA	1-dic-16	31-ene-17	Asesora de Comunicaciones	31-dic-16	Como parte de la normalización del proceso, se identificaron tres indicadores (eficacia, efectividad y resultado), con la correspondiente información de sus hojas de vida y la meta correspondiente para la vigencia 2017.	100,0%	Caracterización del Proceso Comunicación Institucional y Propuesta de Matriz de Indicadores	16-ene-17	SI	SI	SI	Alta	100,0%	Revisada la propuesta de Matriz de Indicadores, se observan tres indicadores asociados al proceso de Comunicación Institucional, con toda la información requerida en la matriz, para cada indicador.	SI	A pesar de que la Matriz de Indicadores no se ha oficializado, dada la normalización de todos los documentos del proceso, se considera viable el cierre de esta acción.
103	Dirección Ejecutiva	Comunicación Institucional	No se encontraron riesgos asociados al proceso de Comunicación Institucional	Establecer riesgos en el proceso, en donde se identifique claramente cada riesgo, su análisis y valoración, y se establezcan controles pertinentes para la mitigación del riesgo y/o sus causas.	ACCIÓN CORRECTIVA	1-dic-16	31-ene-17	Asesora de Comunicaciones	31-dic-16	Como parte de la normalización del proceso, se identificaron dos riesgos, del tipo imagen institucional, con la correspondiente información de causas, consecuencias, valoración de impacto y probabilidad, y la definición de los respectivos controles.	100,0%	Caracterización del Proceso Comunicación Institucional y Propuesta de Matriz de Riesgos Institucional.	16-ene-17	SI	SI	SI	Alta	100,0%	Revisada la propuesta de Matriz de Riesgos Institucionales, se observan dos riesgos asociados al proceso de Comunicación Institucional, con toda la información requerida en su identificación, valoración y análisis.	SI	A pesar de que la Matriz de Riesgos Institucional no se ha oficializado, dada la normalización de todos los documentos del proceso, se considera viable el cierre de esta acción.

Región Central territorio para la paz 			TIPO DE DOCUMENTO: FORMATO											VERSIÓN No. 3									
			PROCESO: CONTROL Y MEJORAMIENTO CONTINUO											VIGENTE A PARTIR DE: 09-dic-2016									
			TITULO: PLAN DE MEJORAMIENTO						CODIGO: F-CMC.02 - 02					Página 1 de 1									
INFORMACIÓN GENERAL			ANÁLISIS DE CAUSAS, DEFINICIÓN DE ACCIONES Y RESPONSABLES						SEGUIMIENTO RESPONSABLE DEL PROCESO				SEGUIMIENTO CONTROL INTERNO										
Item	DEPENDENCIA	PROCESO	ANÁLISIS DE CAUSA RAÍZ	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN A REALIZAR	TIPO DE ACCIÓN DE MEJORA	FECHA DE INICIO	FECHA FIN	RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN	FECHA DE SEGUIMIENTO	ANÁLISIS Y RESULTADO DEL SEGUIMIENTO	% Avance	RELACIÓN DE EVIDENCIAS	FECHA DE SEGUIMIENTO	EFECTIVIDAD DE LA ACCIÓN				% Avance Validado	ANÁLISIS Y RESULTADO (EVIDENCIA) DEL SEGUIMIENTO	CIERRE DE LA ACCION	OBSERVACIONES		
														Se cumplió la Acción				Evidencias Pertinentes	Evidencias Suficientes	Nivel de Efectividad			
104	Dirección Ejecutiva	Comunicación Institucional	El proceso de Comunicación Institucional no cuenta con una Plan de Acción o un Plan de trabajo que oriente los compromisos anuales en el desarrollo de sus obligaciones.	Establecer planes de trabajo o planes de acción, que le permita al proceso hacer seguimiento periódico, evaluar su gestión operativa y generar las acciones de mejora correspondiente	ACCIÓN CORRECTIVA	1-dic-16	31-dic-16	Asesora de Comunicaciones	31-dic-16	Los compromisos del proceso para la vigencia 2017, han quedado previstos en el plan de acción de la entidad.	100,0%	Plan de Acción Institucional - vigencia 2017.	31-dic-16	SI	SI	SI	Alta	100,0%	La existencia del Plan de Acción 2017 para el proceso de Gestión Jurídica, le permitirá valorar sus avances trimestrales y optimizar el ejercicio de toma de decisiones. En el Plan de Acción Institucional se observan actividades asociadas al cumplimiento de 1 objetivo específico de dicho proceso.	SI			