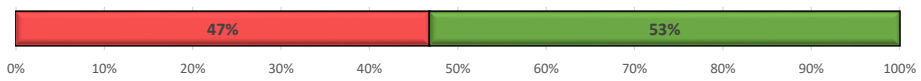
Región Administrativa de Planeación Especial, RAPE Región Central

PLAN DE MEJORAMIENTO

Vigencia 2017 - Seguimiento a Junio 31

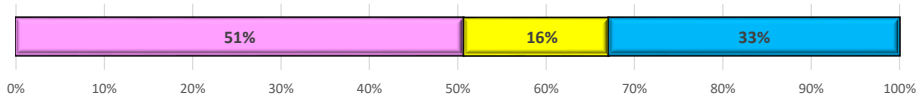
1. Balance por Tipo de Hallazgo u Observación

No Conformidades	49
Oportunidades de Mejora	30
Total Hallazgos u Observaciones	**79**

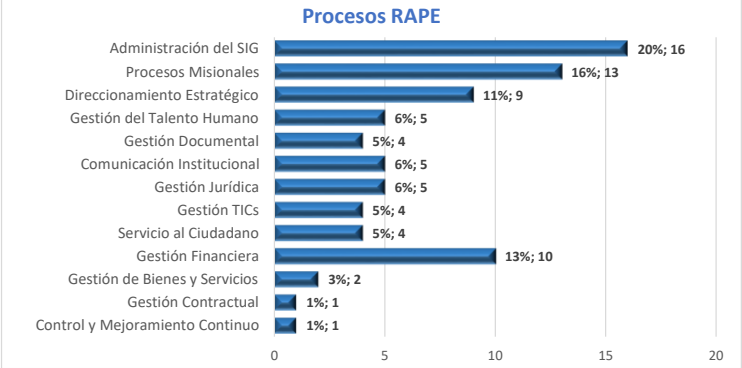


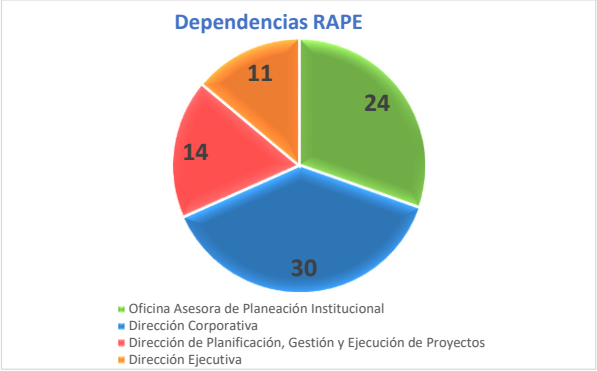
2. Balance por Tipo de Acción

Acción Correctiva	40
Acción Preventiva	13
Acción de Mejora	26
Total Acciones	**79**



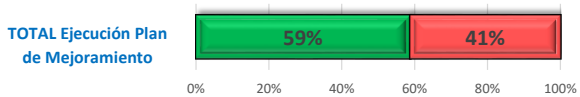
3. Distribución Acciones por Proceso y Dependencia RAPE

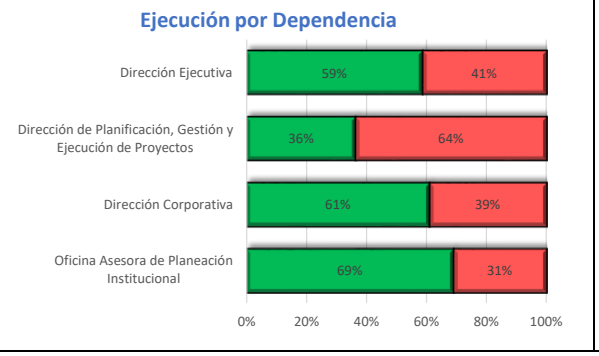


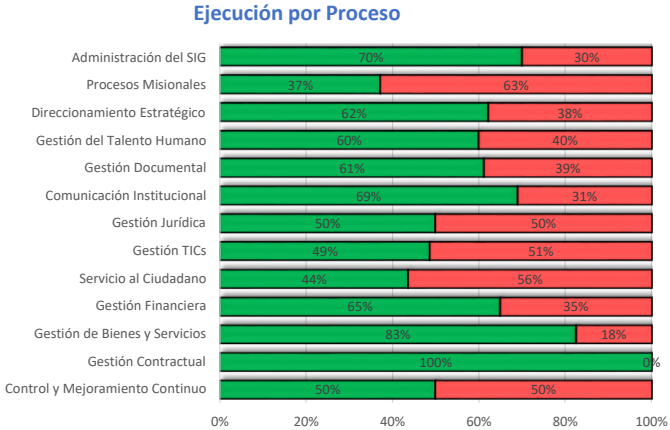


4. Eficiencia: Nivel de Cumplimiento de las acciones - Valoración Control Interno

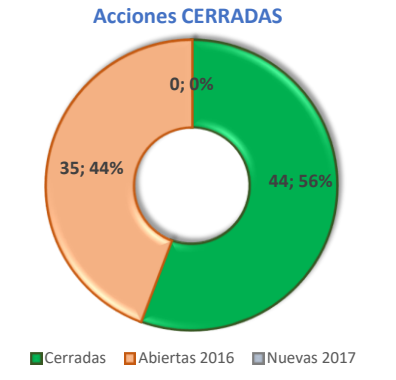
Nivel de Ejecución **Por Ejecutar**

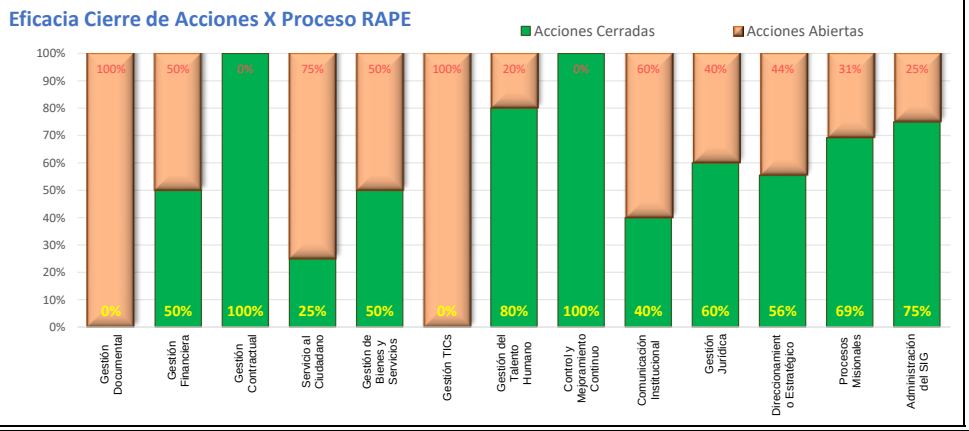






5. Eficacia: Cierre de Acciones





Región Central	**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	HALLAZGO U OBSERVACIÓN			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 (Señalar modo de consulta)	Efectividad	FECHA DE SEGUIMIENTO	EFECTIVIDAD DE LA ACCIÓN				ANÁLISIS Y RESULTADO (EVIDENCIA) DEL SEGUIMIENTO	CIERRE DE LA ACCION	OBSERVACIONES
			DESCRIPCIÓN	FECHA DE GENERACIÓN	TIPO													Se cumplió la Acción	Evidencias Pertinentes	Evidencias Suficientes	Nivel de Efectividad			
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 decripción de las no conformidades o de las oportunidades de mejora evidenciadas por la auditoría.	Diligencie día/mes/año	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 elminará 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 relaciona las evidencias de la ejecución de cada acción.	Cálculo Automático	Diligencie día/mes/año	Valoración de Control Interno	Valoración de Control Interno	Valoración de Control Interno	Cálculo Automático	En este campo CONTROL INTERNO analiza el seguimiento y valora las evidencias relacionadas.	Valoración de Control Interno	En este campo CONTROL INTERNO señala las observaciones a que haya lugar y explica las razones del no cierre.
1	Oficina Asesora de Planeación Institucional	Administración del SIG	Para cumplir con la implementación del MECI, a marzo de 2017, se deben establecer acciones para la incorporación adecuada de los elementos básicos del módulo de Control de Planeación y Gestión. NC 002. Control de Documentos del SGC. Se configura la no conformidad en el cumplimiento de los requisitos establecidos en el literal d) del numeral 4.2.1, así como en los literales d), e), f) y g) del numeral 4.2.3 de la norma técnica NTCGP 1000:2009, ya que no se encontraron evidencias de la disponibilidad de los documentos obsoletos y del control de versiones en los puntos de uso de los documentos. Además, tan solo 3 procesos cuentan con documentación totalmente normalizada.	25-jul.-16	OPORTUNIDAD DE MEJORA	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.En el proceso de adopción, estructuración del SGC para garantizar el buen funcionamiento, no existian las herramientas de seguimiento y control correspondiente, lo cual dificultaba la labor.(4)	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). Una vez actualizados y normalizados 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.- 1. Identificación y definición de la totalidad de procesos, políticas y los objetivos de calidad. 2. Adopción por acto administrativo y socialización de Manual de Calidad	ACCIÓN DE MEJORA	1-sep-16	30/Nov/2016 31/Ene/2017 30/Jun/2017 31/Agt/2017- 30/09/2017	Oficina Asesora de Planeación Institucioal (Administración del SIG)	30-jun.-17	Se avanza con el proceso de actualización y estructuración del SIG, con el fin de definir los contenidos del Manual de Operación, hasta tanto no se cuente con la totalidad de procedimientos, se oficializará la nueva versión de dicho documento. A la fecha, se consolidaron las políticas de operación, las cuales se encuentran en trámite de publicación y actualización en la página web y se incluyen en el Plan Estratégico Institucional 2017-2020 cuyo acto administrativo se encuentra en trámite de revisión y formalización correspondiente. 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.	77%	*Listas de reunión *Informe Revisión Alta Dirección *Correo electrónico de requerimiento de publicación. *Circulares Internas OAPI *Documento Revisión Alta Dirección *Caracterizaciones, Procedimientos *Formatos de los procesos actualizados.	Media	30-jun.-17	Parcial	SI	Parcial	Media	Con relación al seguimiento del período anterior , continua pendiente la expedición del acto administrativo. Se soporta la acción en el acta del 24 de abril del Consejo Directivo donde se aprueba la nueva plataforma estratégica, incluidas las politicas de operación.Asi mismo en el avance que se tiene en la caracterización de los procesos y actualización de los procedimientos , todo a consolidar en el Manual de Operaciones o de Calidad. Esta acción permite realizar y consolidar los hallazgos No. 2, 4, 9, 10 y 19.	NO	Con relación al seguimiento del período anterior , continua pendiente la expedición del acto administrativo. Se soporta la acción en el acta del 24 de abril del Consejo Directivo donde se aprueba la nueva plataforma estratégica, incluidas las politicas de operación.Asi mismo en el avance que se tiene en la caracterización de los procesos y actualización de los procedimientos , todo a consolidar en el Manual de Operaciones o de Calidad. Esta acción permite realizar y consolidar los hallazgos No. 2, 4, 9, 10 y 19.
2	Oficina Asesora de Planeación Institucional	Administración del SIG	Para cumplir con la implementación del MECI, a marzo de 2017, se deben establecer acciones para la incorporación adecuada de los elementos básicos del módulo de Control de Planeación y Gestión	25-jul.-16	OPORTUNIDAD DE MEJORA	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	1-sep-16	30/Nov/2016 30/Jun/2017 31/Agt/2017	Lideres de Proceso	30-jun.-17	Se logró la caracterización de todos los procesos, no obstante, la gestión de aprobación y socialización se realizará en la medida en que se logre la normalización de los mismos, de manera, que se incluya la definición de procedimientos y documentación soporte incluyendo en especial los misionales	77%	*Circulares Internas OAPI *Documento Revisión Alta Dirección *Caracterizaciones, Procedimientos *Formatos de los procesos actualizados.	Media	30-jun.-17	Parcial	SI	Parcial	Media	Este hallazgo se unifica con el No. 1 , teniendo en cuenta que este enmarca la actividad a desarrollar.	SI	
4	Oficina Asesora de Planeación Institucional	Administración del SIG	NC 002. Control de Documentos del SGC. Se configura la no conformidad en el cumplimiento de los requisitos establecidos en el literal d) del numeral 4.2.1, así como en los literales d), e), f) y g) del numeral 4.2.3 de la norma técnica NTCGP 1000:2009, ya que no se encontraron evidencias de la disponibilidad de los documentos obsoletos y del control de versiones en los puntos de uso de los documentos. Además, tan solo 3 procesos cuentan con documentación totalmente normalizada.	30-nov.-16	NO CONFORMIDAD REAL	En el proceso de adopción, estructuración del SGC para garantizar el buen funcionamiento, no existian 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/2017 30/Jun/2017 31/Agt/2017	Oficina Asesora de Planeación Institucioal (Administración del SIG)	30-jun.-17	Se avanza con el proceso de actualización y estructuración del SIG, con el fin de definir los contenidos del Manual de Operación, hasta tanto no se cuente con la totalidad de procedimientos, se oficializará la nueva versión de dicho documento. A la fecha, se consolidaron las políticas de operación, las cuales se encuentran en trámite de publicación y actualización en la página web y se incluyen en el Plan Estratégico Institucional 2017-2020 cuyo acto administrativo se encuentra en trámite de revisión y formalización correspondiente.	77%	*Listas de reunión *Informe Revisión Alta Dirección *Correo electrónico de requerimiento de publicación.	Media	30-jun.-17	Parcial	SI	Parcial	Media	Se cierra esta acción ya que con el cumplimiento y consolidación de las acciones en el hallazgo 1 , se genera la acción a realizar.	SI	Se cierra esta acción ya que con el cumplimiento y consolidación de las acciones en el hallazgo 1 , se genera la acción a realizar.
5	Oficina Asesora de Planeación Institucional	Administración del SIG	NC 001. Seguimiento, Medición y Análisis de Procesos. No se encontraron evidencias que den cuenta de los criterios y métodos diseñados por la entidad para conocer la eficacia, eficiencia y efectividad del Sistema de Gestión de Calidad y sus procesos, contraviniendo los requisitos establecidos en los literales c), e), f) y g) del numeral 4.1, en los literales a y b del numeral 5.4.2, en el literal c) del numeral 6.2.2, en los literales b y c del numeral 8.1, en el numeral 8.2.3, así como en los literales a, b y c del numeral 8.4 y el numeral 8.5.1 de la norma NTCGP 1000:2009.	30-nov.-16	NO CONFORMIDAD REAL	En el proceso de verificación y puesta en marcha del SGC, no todos los procesos habían identificado sus indicadores y unicamente se media la gestión en el marco de los Proyectos de Inversión. Los indicadores de la entidad están asociados únicamente con los proyectos de inversión. No se recibe la información en los terminos establecidos lo que afecta el analisis de información sobre la gestión institucional	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. Oficializando la cultura de rendición de cuentas y entrega periódica de seguimientos por proceso,	ACCIÓN CORRECTIVA	1-dic.-16	31/Ene/2017 30/Abr/2017 31/07/2017	Oficina Asesora de Planeación Institucional	30-jun.-17	Se cuenta con una matriz de indicadores esta pendiente la actualización de acuerdo a los nuevos compromisos de la entidad. 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. A la fecha se consolida la información correspondiente al II Trimestre y se encuentra en trámite de revisión la estrategia de sensibilización orientada a la entrega oportuna de información de avance por parte de los procesos, en cumplimiento de metas definidas en los instrumentos de planeación definidos por la entidad, en desarrollo del contrato 025 de 2017.	90%	Matriz de Indicadores de Gestión	Alta	30-jun.-17	Parcial	SI	Parcial	Media	Los indicadores por proceso han quedado previstos en el formato de Plan de Acción. Falta realizar la oficialización de la Matriz Institucional de Indicadores.En efecto, las herramientas e instrumentos que consolidan información por procesos permitirán contar con resultados de la gestión por procesos, la actividad se complementa con el proceso de sensibilización durante la reinducción sobre rendición de informes para seguimiento y evaluación. Se consolida con la acción a realizar del hallazgo No.7 Y 36	NO	Los indicadores por proceso han quedado previstos en el formato de Plan de Acción. Falta realizar la oficialización de la Matriz Institucional de Indicadores.En efecto, las herramientas e instrumentos que consolidan información por procesos permitirán contar con resultados de la gestión por procesos, la actividad se complementa con el proceso de sensibilización durante la reinducción sobre rendición de informes para seguimiento y evaluación. Se consolida con la acción a realizar del hallazgo No.7 Y 36
7	Oficina Asesora de Planeación Institucional	Administración del SIG	NC 001. Seguimiento, Medición y Análisis de Procesos. No se encontraron evidencias que den cuenta de los criterios y métodos diseñados por la entidad para conocer la eficacia, eficiencia y efectividad del Sistema de Gestión de Calidad y sus procesos, contraviniendo los requisitos establecidos en los literales c), e), f) y g) del numeral 4.1, en los literales a y b del numeral 5.4.2, en el literal c) del numeral 6.2.2, en los literales b y c del numeral 8.1, en el numeral 8.2.3, así como en los literales a, b y c del numeral 8.4 y el numeral 8.5.1 de la norma NTCGP 1000:2009.	30-nov.-16	NO CONFORMIDAD REAL	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 terminos establecidos lo que afecta el analisis de información sobre la gestión institucional	Oficializar cultura de rendición de cuentas y entrega periódica de seguimientos por proceso, en materia de planes de acción, reporte de resultados de indicadores, autovaloración de controles de cada riesgo y cierre de acciones del plan de mejoramiento.	ACCIÓN CORRECTIVA	1-ene.-17	30/06/2017 31/07/2017	Oficina Asesora de Planeación Institucional	30-jun.-17	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. A la fecha se consolida la información correspondiente al II Trimestre y se encuentra en trámite de revisión la estrategia de sensibilización orientada a la entrega oportuna de información de avance por parte de los procesos, en cumplimiento de metas definidas en los instrumentos de planeación definidos por la entidad, en desarrollo del contrato 025 de 2017.	80%	*Plan de Acción Institucional * Matriz de Riesgos Institucional * Matriz de Indicadores RAPE * Plan de Mejoramiento Institucional *Propuesta de Estrategia de sensibilización orientada a la entrega oportuna de información de avance por parte de los procesos, en cumplimiento de metas definidas en los instrumentos de planeación definidos por la entidad	Media	30-jun.-17	Parcial	SI	Parcial	Media	Esta acción a realizar se cierra , ya que se complementa con el hallazgo No. 5, ya que al generar indicadores por procesos, en los diferentes planes institucionales, se articula con la cultura de rendición de cuentas .	SI	Esta acción a realizar se cierra , ya que se complementa con el hallazgo No. 5, ya que al generar indicadores por procesos, en los diferentes planes institucionales, se articula con la cultura de rendición de cuentas .
8	Oficina Asesora de Planeación Institucional	Administración del SIG	OM 002. Requisitos del producto o servicio. En los requisitos establecidos en los numerales 7.2.1 y 7.2.2 de la norma técnica NTCGP 1000:2009, se recomienda estandarizar los instrumentos que permiten definir y realizar la revisión de los requisitos asociados a cada servicio de la entidad.	30-nov.-16	OPORTUNIDAD DE MEJORA	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/2017 30/Jun/2017 31/08/2017	Dirección Ejecutiva Oficina Asesora de Planeación Institucional	30-jun.-17	En las gestiones de actualización del Sistema de Gestión de Calidad y verificación del cumplimiento de requisitos de la NTC-GP 1000:2009 se adelanta la revisión correspondiente, no obstante, quedará en firma dicho ajuste de considerarse pertinente en la actualización del Manual de Calidad	60%	Análisis inicial justificativo de los pros y contras de dicha inclusión en el SGC	Media	30-jun.-17	SI	SI	SI	Alta	Es más una recomedación para que en el momento que se realice un ajuste del Manual de Calidad y si es pertienente se incluya la acción. Ya que el mejoramiento es sobre hallazgos para evitar que las situaciones vuelvan a suceder.	SI	Es más una recomedación para que en el momento que se realice un ajuste del Manual de Calidad y si es pertienente se incluya la acción. Ya que el mejoramiento es sobre hallazgos para evitar que las situaciones vuelvan a suceder. Se recomienda cerrarla como acción del plan de mejoramiento y dejarla a decisión del Comité Directivo, para hacer los ajustes al SGC.
9	Oficina Asesora de Planeación Institucional	Administración del SIG	NC 002. Control de Documentos del SGC. Se configura la no conformidad en el cumplimiento de los requisitos establecidos en el literal d) del numeral 4.2.1, así como en los literales d), e), f) y g) del numeral 4.2.3 de la norma técnica NTCGP 1000:2009, ya que no se encontraron evidencias de la disponibilidad de los documentos obsoletos y del control de versiones en los puntos de uso de los documentos. Además, tan solo 3 procesos cuentan con documentación totalmente normalizada.	30-nov.-16	NO CONFORMIDAD REAL	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/2017 30/Jun/2017 31/08/2017	Oficina Asesora de Planeación Institucional	30-jun.-17	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.	77%	Caracterizaciones, Procedimientos y Formatos de los procesos actualizados, susceptibles de incorporación en el Manual de Procesos y Procedimientos.	Media	30-jun.-17	Parcial	SI	Parcial	Media	Se cierra esta acción ya que con el cumplimiento y consolidación de las acciones en el hallazgo 1 y unificado con el 4 , se genera la acción a realizar.	SI	Se cierra esta acción ya que con el cumplimiento y consolidación de las acciones en el hallazgo 1 y unificado con el 4 , se genera la acción a realizar.
10	Oficina Asesora de Planeación Institucional	Administración del SIG	NC 005. Objetivos de calidad. Se configura la no conformidad de los requisitos señalados en el literal a) del numeral, 4.2.1, así como en el numeral 5.4.1 y en el literal a) del numeral 7.1 de la norma técnica NTCGP 1000:2009, dado que la entidad no ha declarado oficialmente sus objetivos de calidad.	30-nov.-16	NO CONFORMIDAD REAL	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/2017 30/Jun/2017 31/08/2017	Oficina Asesora de Planeación Institucional	30-jun.-17	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 y se socializaron preliminarmente en el marco de la definición del Plan Estratégico Institucional, no obstante, esta pendiente adoptarlos mediante acto administrativo, lo cual se incluira en la nueva versión del Manual de Calidad.	90%	Informe de Revisión de la Dirección del SGC Presentación del PEI	Alta	30-jun.-17	Parcial	SI	Parcial	Media	Se cierra esta acción ya que con el cumplimiento y consolidación de las acciones en el hallazgo 1 y unificado con el 4 , se genera la acción a realizar.	SI	Se cierra esta acción ya que con el cumplimiento y consolidación de las acciones en el hallazgo 1 y unificado con el 4 , se genera la acción a realizar.

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	HALLAZGO U OBSERVACIÓN			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 (Señalar modo de consulta)	Efectividad	FECHA DE SEGUIMIENTO	EFECTIVIDAD DE LA ACCIÓN				ANÁLISIS Y RESULTADO (EVIDENCIA) DEL SEGUIMIENTO	CIERRE DE LA ACCION	OBSERVACIONES
			DESCRIPCIÓN	FECHA DE GENERACIÓN	TIPO													Se cumplió la Acción	Evidencias Pertinentes	Evidencias Suficientes	Nivel de Efectividad			
12	Oficina Asesora de Planeación Institucional	Administración del SIG	NC 002. Control de Documentos del SGC. Se configura la no conformidad en el cumplimiento de los requisitos establecidos en el literal d) del numeral 4.2.1, así como en los literales d), e), f) y g) del numeral 4.2.3 de la norma técnica NTCGP 1000:2009, ya que no se encontraron evidencias de la disponibilidad de los documentos obsoletos y del control de versiones en los puntos de uso de los documentos. Además, tan solo 3 procesos cuentan con documentación totalmente normalizada.	30-nov.-16	NO CONFORMIDAD REAL	Falta de definición de copias no contraladas 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/2017 31/May/2017 31/07/2017	Oficina Asesora de Planeación Institucional	30-jun.-17	Se avanza con el cargue de información de documentos obsoletos,	70%	Carpeta Obsoletos en el Micrositio de SGC	Media	30-jun.-17	SI	SI	SI	Alta	Se puede verificar a través de share point, en algunos procesos donde se encuentra los formatos obsoletos.El punto de control se genera en el momento que Calidad informa sobre los cambios en formatos, a través del correo electrónico.	SI	Teniendo en cuenta que este proceso es permanente, ya que la actualización de documentos se hace dentro del mejoramiento continuo y ya se está controlando por parte de Planeación - Calidad, se sugiere cerrar la acción.
15	Oficina Asesora de Planeación Institucional	Administración del SIG	NC 002. Control de Documentos del SGC. Se configura la no conformidad en el cumplimiento de los requisitos establecidos en el literal d) del numeral 4.2.1, así como en los literales d), e), f) y g) del numeral 4.2.3 de la norma técnica NTCGP 1000:2009, ya que no se encontraron evidencias de la disponibilidad de los documentos obsoletos y del control de versiones en los puntos de uso de los documentos. Además, tan solo 3 procesos cuentan con documentación totalmente normalizada.	30-nov.-16	NO CONFORMIDAD POTENCIAL	La versión del procedimiento vigente debe responder a las actividades y requisitos necesarios para cumplimiento de la norma	Actualizar el procedimiento de Control de Documentos para atender la totalidad de requerimientos previstos en al NTCGP1000:2008	CORRECCIÓN	1-dic.-16	301/Dic/2016 30/Jun/2017	Oficina Asesora de Planeación Institucional	30-jun.-17	El proceso de Administración del SIG, se actualizaron los Procedimientos que lo integran en la pasada vigencia, lo que permitió cumplir esta actividad	100%	Procedimiento actualizado	Alta	30-jun.-17	SI	SI	SI	Alta	Se evidencia el procedimiento actualizado por Planeación. Se recomienda su socilización y publicación	SI	Se evidencia el procedimiento actualizado por Planeación. Se recomienda su socilización y publicación
16	Oficina Asesora de Planeación Institucional	Administración del SIG	NC 003. Control de Registros del SGC. Se configura la no conformidad en el cumplimiento de los requisitos establecidos en el literal b) del numeral 4.2.4 de la norma técnica NTCGP 1000:2009, ya que en el listado de maestro de documentos no cuenta con la relación de los respectivos registros, en especial los que están en uso por parte de los procesos de la entidad.	30-nov.-16	NO CONFORMIDAD POTENCIAL	La versión del procedimiento vigente debe responder a las actividades y requisitos necesarios para cumplimiento de la norma	Actualizar el procedimiento de Control de Registros para atender la totalidad de requerimientos previstos en al NTCGP1000:2008	CORRECCIÓN	1-dic.-16	301/Dic/2016 30/Jun/2017	Oficina Asesora de Planeación Institucional	30-jun.-17	El proceso de Administración del SIG, se actualizaron los Procedimientos que lo integran en la pasada vigencia, lo que permitió cumplir esta actividad	100%	Procedimiento actualizado	Alta	30-jun.-17	SI	SI	SI	Alta	Se evidencia el procedimiento actualizado por Planeación. Se recomienda su socilización y publicación	SI	Se evidencia el procedimiento actualizado por Planeación. Se recomienda su socilización y publicación
17	Oficina Asesora de Planeación Institucional	Administración del SIG	OM 003. Procedimiento Producto No Conforme. Se configura una oportunidad para mejorar el procedimiento P-SIG.04 "Producto y/o servicio no conforme" y atender así los requerimientos correspondientes a los literales b) y c) previstos en el numeral 8.3 de la norma técnica NTCGP 1000:2009, por cuanto es necesario establecer actividades que precisen la autorización del uso del producto o servicio, así como acciones para impedir su uso o aplicación	30-nov.-16	OPORTUNIDAD DE MEJORA	El procedimiento no se ha implementado, toda vez que hasta ahora se encontraba el SGC en la fase de actualización y definición de procesos en curso, por lo cual las actividades de control sobre producto no conformes no aplicaban.	Además de socializar y capacitar sobre la aplicación del procedimiento P-SIG.04 "Producto y/o servicio no conforme", se deben establecer actividades que precisen las acciones para impedir el uso o aplicación de productos o servicios no conformes.	ACCIÓN DE MEJORA	1-dic.-16	301/Dic/2016 30/Jun/2017 30/09/2017	Oficina Asesora de Planeación Institucional	30-jun.-17	Esta actividad se tiene prevista iniciar a comienzos del segundo semestre, con la cual se tiene previsto el inicio del Seguimiento de Producto No Conforme y alistamiento de la Preauditoria Externa para la Certificación de Calidad	5%	Cronograma de actividades para la entrada en operación del Procedimiento de Control y Tratamiento de Producto y/o Servicio No Conforme	Baja	30-jun.-17	NO	NO	NO	Baja	Se cierra esta acción, ya que en la misma definición de la causa, indica : El procedimiento no se ha implementado, toda vez que hasta ahora se encontraba el SGC en la fase de actualización y definición de procesos en curso, por lo cual las actividades de control sobre producto no conformes no aplicaban a la fecha se encuentra en preparación la auditoria de calidad para el segundo semestre del año.	SI	Se cierra esta acción, ya que en la misma definición de la causa, indica : El procedimiento no se ha implementado, toda vez que hasta ahora se encontraba el SGC en la fase de actualización y definición de procesos en curso, por lo cual las actividades de control sobre producto no conformes no aplicaban a la fecha se encuentra en preparación la auditoria de calidad para el segundo semestre del año.
18	Oficina Asesora de Planeación Institucional	Administración del SIG	NC 003. Control de Registros del SGC. Se configura la no conformidad en el cumplimiento de los requisitos establecidos en el literal b) del numeral 4.2.4 de la norma técnica NTCGP 1000:2009, ya que en el listado de maestro de documentos no cuenta con la relación de los respectivos registros, en especial los que están en uso por parte de los procesos de la entidad.	30-nov.-16	NO CONFORMIDAD REAL	No se evidenció la existencia del Listado Maestro de Registros	Consolidar 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 30/09/2017	Oficina Asesora de Planeación - Proceso Gestión Documental.	10-jul.-17	Se ha iniciado la consolidación del Listrado Maestro de Registros, teniendo en cuenta el formato establecido, no obstante, este se definirá hasta tanto no se aprueben las Tablas de Retención Documental y se apruebe el Inventario de la producción documental de la entidad. Es de notar, que al respecto se cuenta con un documento preliminar y se encuentra en proceso de depuración.	70%	Formato Listado Maestro de Registros Proyecto de Tablas de Retención Documental Inventario de Retención Documental	Media	30-jun.-17	Parcial	Parcial	Parcial	Baja	Se evidencia el avance de esta acción, a través de todo el proceso desarrollado con TRD. Sin emabrgo se cierra el hallazgo con el Listado maestro de Registros definitivo que establezca Planeación, complementado con la aprobación de las TRD.	NO	Se evidencia el avance de esta acción, a través de todo el proceso desarrollado con TRD. Sin emabrgo se cierra el hallazgo con el Listado maestro de Registros definitivo que establezca Planeación, complementado con la aprobación de las TRD.
19	Oficina Asesora de Planeación Institucional	Administración del SIG	NC 004. Revisión por la Dirección. Se contravienen las disposiciones previstas en el literal d) del numeral 5.1 sobre el Compromiso de la Dirección, así como los requisitos señalados en los numerales 5.6.1, 5.6.2 y 5.6.3 relacionados con la Revisión por la Dirección, y en el literal b) del numeral 5.5.2 de la norma técnica NTCGP 1000:2009, sobre las responsabilidades previstas para el Representante de la Dirección, por cuanto a la fecha no se evidenció la realización de revisiones al Sistema de Gestión de Calidad de la entidad, por parte de la Alta Dirección	30-nov.-16	NO CONFORMIDAD POTENCIAL	La política de calidad vigente es general y debería incluir aspectos de resorte institucional, teniendo en cuenta la maduración y nuevos compromisos	Revisar la pertinencia de actualizar la política de calidad de la entidad para hacer explícitos algunos asuntos relacionados con el sistema de control interno, la contribución al logro de los fines del estado establecidos en la constitución, y la coherencia con planes de desarrollo, planes sectoriales y planes de desarrollo administrativo.	ACCIÓN CORRECTIVA	1-ene.-17	31/Mar/2017 30/Jun/2017 31/08/2017	Dirección Ejecutiva Oficina Asesora de Planeación Institucional	10-jul.-17	Finalizando la vigencia 2016, la alta dirección adelanto las gestiones de Revisión del Sistema de Gestión de Calidad, con lo cual propuso algunos ajustes que se deberán tener en cuenta en la actualización del Manual de Calidad, documento que integrará la Política de Calidad actualizada	60%	Informe de Revisión del SGC de la Alta Dirección. Proyecto de actualización de Política de Calidad	Media	30-jun.-17	Parcial	SI	Parcial	Media	Se cierra la acción ya que con el cumplimiento del hallazgo No. 1 y 10, se adelanta esta acción , que va inmersa en las acciones que se estan realizando para su gestión.	SI	Se cierra la acción ya que con el cumplimiento del hallazgo No. 1 y 10, se adelanta esta acción , ya que va inmersa en las acciones que se estan realizando para su gestión.
20	Oficina Asesora de Planeación Institucional	Administración del SIG	Los criterios adicionales de valoración del nivel de implementación del MECI, incorporados en el aplicativo del DAFP, evidencian la necesidad de generar acciones de intervención en los procesos de la entidad.	28-feb.-17	OPORTUNIDAD DE MEJORA	La entidad se encuentra migrando la informaicón oficial de sus procesos a través de la herramienta Share Point, por lo cual requerirá establecer estrategias para su difusión y uso oficial.	Socializar y fomentar el uso del sitio de consulta de la documentación oficial de los procesos de la entidad y de su Sistema de Gestión de Calidad, una vez se institucionalice.	ACCIÓN DE MEJORA	1-mar.-17	30-jun.-17	Oficina Asesora de Planeación - Proceso Adminsitración del SIG	10-jul.-17	Desde el 1 de marzo de 2017 se iniciaron actividades informativas de divulgación del Micrositio habilitado para Sistema Integrado de Gestión en SharePoint, a través de correos electrónicos y con explicación personalizada, estas actividades se realizarán durante el resto del semestre, a fin de garantizar que la totalidad del personal tanto funcionarios como contratistas conozcan y manejen la información del Sistema. Actualmente el personal conoce donde se encuentran alojados los documentos y formatos correspondientes de los diferentes procesos.	100%	Correos Electrónicos	Alta	30-jun.-17	SI	SI	SI	Alta	El micrositio Share point, se encuentra funcionamiento y es consultado por todos los funcionarios que conocen de su funcionamiento, las acciones adelantadas evidencian las gestiones para atender esta acción de mejora.	SI	Se recomienda ir actualizando el micrositio, e informando cada vez que se formalice un documento a todos los funcionarios.
21	Oficina Asesora de Planeación Institucional	Administración del SIG	Los criterios adicionales de valoración del nivel de implementación del MECI, incorporados en el aplicativo del DAFP, evidencian la necesidad de generar acciones de intervención en los procesos de la entidad.	28-feb.-17	OPORTUNIDAD DE MEJORA	La entidad solo ha logrado realizar la integración de los sistemas de gestión en lo que tiene que ver con Control Interno y el Sistema de Gestión de Calidad.	Revisar la pertinencia de atender los requerimientos legales establecidos en la normatividad vigente para involucrar en el Sistema Integrado de Gestión de la entidad, los sistemas de Gestión Ambiental, Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, y Gestión de Seguridad en la Información: Se reformula la acción como cargar la información al Micrositio Share Point de los Sistemas citados	ACCIÓN DE MEJORA	1-mar.-17	30-jun.-17 31/08/2017	Oficina Asesora de Planeación - Proceso Adminsitración del SIG	30-jun.-17	A partir del mes de marzo se han iniciado las gestiones de acompañamiento a la Dirección Corporativa para contar con la información necesaria de los Sistemas de Seguridad y Saud en el Trabajo y Gestión de Seguridad de la Información, este último con temas de Gestión Documental para contar con el inventario documental, esta pendiente iniciar las gestiones con Gestión TIC para estandarízar y controlar la información digital de la entidad.	60%	Actas de Reunión Listados de asistencia Información física documental que se ha consolidado con el Proceso de Gestión del Talento Humano y esta en curso de agruparse digitalmente para alojarla en el Micrositio del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo	Media	30-jun.-17	Parcial	Parcial	Parcial	Baja	Se evidencia los avances en el desarrollo de cada sistema, sin embargo su articulación se encuentra en proceso , hasta que se implemente y socialicen cada uno de los sistemas totalmente.	NO	Se evidencia los avances en el desarrollo de cada sistema, sin embargo su articulación se encuentra en proceso , hasta que no se implimente cada uno de los sistemas totalmente.
22	Dirección Ejecutiva	Comunicación Institucional	Para cumplir con la implementación de la Ley 1712 de 2014, Ley de Transparencia, se deben establecer acciones para incorporar los requerimientos de cada articulo aplicable a la entidad.	21-sep.-16	OPORTUNIDAD DE MEJORA	No se evidencian elementos de acceso a la informaicón 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/2016 31/Dic/2017	Asesora de Comunicaciones y proceso Gestión TICS	30-jun.-17	Se desarrollaron acciones de comunicación en el página oficial de la entidad para faclitar el acceso de la información a personas en condición de discapacidad y niños.	85,0%	http://regioncentralrape.gov.co/la-rap-e-busca-integrar-los-316-municipios-la-conforman/ http://regioncentralrape.gov.co/territorios-funcionales-una-alternativa-la-generacion-desarrollo-region-central/ http://regioncentralrape.gov.co/abece-la-region-central-ninos/	Alta	30-jun.-17	Parcial	SI	Parcial	Media	Se evidencia el avace del proceso, sin embargo se requiere que las estrategias se divulgen a los grupos de interes.	NO	Se evidencia el avace del proceso, sin embargo se requiere que las estrategias se divulgen a los grupos de interes.
23	Dirección Ejecutiva	Comunicación Institucional	Para cumplir con la implementación de la Ley 1712 de 2014, Ley de Transparencia, se deben establecer acciones para incorporar los requerimientos de cada articulo aplicable a la entidad.	21-sep.-16	NO CONFORMIDAD REAL	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/2017 31/May/2017 30/09/2017	Asesora de Comunicaciones y proceso Gestión TICS	30-jun.-17	Se realizó la configuración en la pagina web, de acuerdo con lo establecido por la Ley de Transparencia y se actualiza permanentemente la información respectiva.	80,0%	http://regioncentralrape.gov.co/transparencia-acceso-informacion-publica/	Media	30-jun.-17	Parcial	SI	Parcial	Media	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.
24	Dirección Ejecutiva	Comunicación Institucional	OM 001. Comunicación Interna. Se recomienda documentar las evidencias que dan cuenta de la eficacia, eficiencia y efectividad de las acciones de comunicación interna de la entidad, de acuerdo con los requisitos establecidos en los numerales 5.5.3 de Comunicación Interna de la norma técnica NTCGP 1000:2009	30-nov.-16	OPORTUNIDAD DE MEJORA	El proceso de Comunicaciòn 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/2017 30/Jun/2017 3/09/2017	Asesora de Comunicaciones	30-jun.-17	Se elabora mensualmemnte un Newsletter Institucional a fin de comunicar internamente las acciones de la entidad.	70,0%	Diseño e Impresión de NewsLetter	Media	30-jun.-17	Parcial	Parcial	Parcial	Baja	Las evidencias no soportan la medición de la efectividad de las comunicaciones internas en el personal y su utilización. Se recomienda revisar el hallazgo y su pertinencia.	NO	Las evidencias no soportan la medición de la efectividad de las comunicaciones internas en el personal y su utilización. Se recomienda revisar el hallazgo y su pertinencia.

Región Central	**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	HALLAZGO U OBSERVACIÓN			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 (Señalar modo de consulta)	Efectividad	FECHA DE SEGUIMIENTO	EFECTIVIDAD DE LA ACCIÓN				ANÁLISIS Y RESULTADO (EVIDENCIA) DEL SEGUIMIENTO	CIERRE DE LA ACCIÓN	OBSERVACIONES
			DESCRIPCIÓN	FECHA DE GENERACIÓN	TIPO													Se cumplió la Acción	Evidencias Pertinentes	Evidencias Suficientes	Nivel de Efectividad			
25	Dirección Ejecutiva	Comunicación Institucional	NC 007. Satisfacción del Cliente. Se configura la no conformidad del numeral 8.2.1 de la norma técnica NTCGP 1000:2009, correspondiente a la Satisfacción del Cliente, por cuanto no se evidencia el uso ni la institucionalización de instrumentos que le permitan a la entidad contar con información que dé cuenta del nivel de satisfacción de los clientes externos e internos.	30-nov.-16	NO CONFORMIDAD REAL	La entidad aún no cuenta con un documento oficial que de cuenta de su portafolio de servicios.	Generar, socializar y publicar el Portafolio de Servicios de la entidad, en coordinación con los procesos de Atención al Ciudadano y Direccionamiento Estratégico (OAP).	ACCIÓN CORRECTIVA	1-dic.-16	31/Mar/2017 30/Jun/2017 30/09/2017	Asesora de Comunicaciones	30-jun.-17	Actualmente el portafolio de servicios y protocolo de servicio al cliente se encuentran en el área de diseño gráfico. Actualmente, se está a la espera de la aprobación de la nueva imagen institucional.	50,0%	Formatos de aprobación de los asesores de Prensa de los Asociados con la aprobación de la nueva imagen institucional.	Baja	30-jun.-17	Parcial	SI	Parcial	Media	La acción se unifica y consolida con el hallazgo No. 31 de Oficina Asesora de Planeación.	SI	La acción se unifica y consolida con el hallazgo No. 31 de Oficina Asesora de Planeación.
26	Dirección Ejecutiva	Comunicación Institucional	Los criterios adicionales de valoración del nivel de implementación del MECI, incorporados en el aplicativo del DAFP, evidencian la necesidad de generar acciones de intervención en los procesos de la entidad.	28-feb.-17	NO CONFORMIDAD REAL	Aunque la entidad cuenta con Manual de Comunicaciones, aún no se ha socializado el Plan de Comunicaciones para la vigencia 2017.	Construir, socializar y divulgar el Plan de Comunicaciones de la entidad	ACCIÓN CORRECTIVA	1-abr.-17	30-abr.-17	Asesora de Comunicaciones	31-mar.-17	El Plan de comunicaciones se encuentra publicado en la página web y traza la línea mediante la cual se va a enfocar la entidad.	100,0%	http://regioncentralrape.gov.co/wp-content/uploads/2016/04/Plan-Estrategico-de-Comunicaciones-V.2.pdf	Alta	30-jun.-17	SI	SI	SI	Alta	En la página web de la entidad se observa un documento denominado Plan Estratégico de Comunicaciones, se hace necesario revisarlo y socializarlo en el proceso de reinducción.	SI	En la página web de la entidad se observa un documento denominado Plan Estratégico de Comunicaciones, se hace necesario revisarlo y socializarlo en el proceso de reinducción.
27	Dirección Ejecutiva	Control y Mejoramiento Continuo	Los procesos requieren apoyo para establecer el nivel de cumplimiento de sus compromisos con la entidad, de manera periódica.	31-ene.-17	OPORTUNIDAD DE MEJORA	La evaluación de la gestión de las dependencias evidenció que los procesos requieren fortalecer el ejercicio de autovaloración y autocontrol del nivel de cumplimiento de sus compromisos.	Realizar valoraciones del nivel de cumplimiento de los compromisos de cada uno de los procesos y dependencias de la entidad.	ACCIÓN DE MEJORA	1-feb-17	31-dic.-17	Asesor de Control Interno	16-jul.-17	Con la presentación de la evaluación de la gestión 2016 de las dependencias de la entidad; se ha establecido un punto de partida para que los procesos tomen acciones y mejoren sus resultados. La siguientes valoraciones se realizarán con corte a Marzo 31, Junio 30 y Septiembre 30.	25,0%	Presentación Comité Coordinación Sistema de Control Interno. Informe de Evaluac'ion de la Gestión por Dependencias.	Baja	31-mar.-16	Parcial	Parcial	Parcial	Baja	Se sugiere que la evaluación de la gestión por dependencias , en su consolidado se realice finalizando año, ya que trimestralmente se realiza la evaluación de planes a los que se les hace el seguimiento.	SI	Se sugiere que la evaluación de la gestión por dependencias , en su consolidado se realice finalizando año, ya que trimestralmente se realiza la evaluación de planes a los que se les hace el seguimiento.
28	Oficina Asesora de Planeación Institucional	Direccionamiento Estratégico	Para cumplir con la implementación del MECI, a marzo de 2017, se deben establecer acciones para la incorporación adecuada de los elementos básicos del eje transversal de Información y Comunicación	25-jul.-16	NO CONFORMIDAD REAL	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 y cargar la información al Micrositio Share Point de los asuntos citados	ACCIÓN CORRECTIVA	1-oct-16	30/12/2016 30/06/2017 31/08/2017	Dirección Ejecutiva Dirección Corporativa Oficina Asesora de Planeación	10-jul.-17	Se solicito a la Dirección Corporativa la creación de un Micro sitio en SharePoint con el fin de alojar 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 habilito el Micro sitio, actualmente se adelantan las gestiones para el cargue de información correspondiente Se hizo un cargue de información inicial y se encuentra en proceso de configuración, para divulgación correspondiente	95%	Correo Electrónico de Solicitud Micro sitio en Share Point, denominado como "Comités Internos y Organos de Asesoría y Coordinación", ubicado en https://regioncentral.sharepoint.com/CIOAC/SitePages/inicio.aspx	Alta	30-jun.-17	SI	SI	Parcial	Alta	Se utiló el micrositio Share Point en dominio compartido de la entidad, en donde ya se cuenta con enlaces a todos los Comités Institucionales.	NO	Se recomienda estar actualizando el micrositio,ya que a la fecha no se ha realizado la actualización de algunos comites que han tenido modificaciones.
30	Oficina Asesora de Planeación Institucional	Direccionamiento Estratégico	NC 004. Revisión por la Dirección. Se contravienen las disposiciones previstas en el literal d) del numeral 5.1 sobre el Compromiso de la Dirección, así como los requisitos señalados en los numerales 5.6.1, 5.6.2 y 5.6.3 relacionados con la Revisión por la Dirección, y en el literal b) del numeral 5.5.2 de la norma técnica NTCGP 1000:2009, sobre las responsabilidades previstas para el Representante de la Dirección, por cuanto a la fecha no se evidenció la realización de revisiones al Sistema de Gestión de Calidad de la entidad, por parte de la Alta Dirección	30-nov.-16	OPORTUNIDAD DE MEJORA	Es una acción que se hace implícita desde la Oficina Asesora de Planeación Institucional, en el marco de la Política de Calidad adoptada por la Alta Dirección y en cumplimiento de las estrategias de sensibilización lideradas para la implementación del sistema	Incorporar dentro de las responsabilidades del Representante de la Alta Dirección del SGC, la de asegurarse de que se promueva la toma de conciencia de los requisitos del cliente en todos los niveles de la entidad.	ACCIÓN DE MEJORA	1-ene.-17	30-jun-17	Dirección Ejecutiva Oficina Asesora de Planeación Institucional	10-jul.-17	Esta actividad se logro en el marco de la definición del Plan Estratégico Institucional, esta pendiente incorporarla en el Manual de Calidad.	100%	Compromiso de la Alta Dirección Resolución 178 de 2017. Conformación del Equipo MECI y CALIDAD	Alta	30-jun.-17	SI	SI	SI	Alta	Se verifican evidencias y se puede observar el cumplimiento de la acción.	SI	Se verifican evidencias y se puede observar el cumplimiento de la acción.
31	Oficina Asesora de Planeación Institucional	Direccionamiento Estratégico	NC 007. Satisfacción del Cliente. Se configura la no conformidad del numeral 8.2.1 de la norma técnica NTCGP 1000:2009, correspondiente a la Satisfacción del Cliente, por cuanto no se evidencia el uso ni la institucionalización de instrumentos que le permitan a la entidad contar con información que dé cuenta del nivel de satisfacción de los clientes externos e internos.	30-nov.-16	NO CONFORMIDAD REAL	A la fecha la entidad cuenta con un Portafolio de Servicios general que no contiene información sobre los procesos misionales	Coordinar la construcción del Portafolio de Servicios de la entidad, con el proceso de Comunicación Institucional y considerando la información de los procesos misionales y el apoyo del proceso de Atención al Ciudadano.	ACCIÓN CORRECTIVA	1-dic.-16	31/Ene/2017 15/Jun/2017 31/08/2017	Oficina Asesora de Planeación Institucional- Oficina Asesora de Comunicaciones y Prensa - Dirección Técnica	10-jul.-17	Se llevó a cabo una reunión con el personal responsable de los Procesos de Comunicaciones, Gestión de TIC y Gestión Documental, liderada por la Dirección Ejecutiva en la cual se destaco la importancia de trabajar este tema de manera conjunta. Por otra parte, en reunión con la Dirección Técnica se establecio la importancia de desarrollar los Servicios que actualmente se encuentran definidos en la entidad. En este sentido, se adelanta de definición del cronograma de actividades cuyo que prevee la definición del Portafolio de Servicios.	40%	Presentación Actas de reunión Listado de asistencia	Baja	30-jun.-17	Parcial	SI	Parcial	Media	Se observan evidencias del avance de la acción. SE unifica esta acción con la que se encuentra en el hallazgo No.25 de oficina asesora de comunicaciones y prensa y el hallazgo No. 66 de Dirección Técnica.	NO	Se observan evidencias del avance de la acción. SE unifica esta acción con la que se encuentra en el hallazgo No.25 de oficina asesora de comunicaciones y prensa y el hallazgo No. 66 de Dirección Técnica.
32	Oficina Asesora de Planeación Institucional	Direccionamiento Estratégico	NC 007. Satisfacción del Cliente. Se configura la no conformidad del numeral 8.2.1 de la norma técnica NTCGP 1000:2009, correspondiente a la Satisfacción del Cliente, por cuanto no se evidencia el uso ni la institucionalización de instrumentos que le permitan a la entidad contar con información que dé cuenta del nivel de satisfacción de los clientes externos e internos.	30-nov.-16	NO CONFORMIDAD REAL	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-jun.-17	31-dic.-17	Dirección Ejecutiva Oficina Asesora de Planeación Institucional	10-jul.-17	Con la actualización de Plataforma Institucional y la aprobación del Proceso de Servicio al Ciudadano se pondrá en marcha la medición de la Satisfacción de los Usuarios.	40%	Proyecto de Proceso de Atención al Ciudadano	Baja	30-jun.-17	Parcial	SI	NO	Baja	Se observan evidencias del avance de la acción. Se unifica con el hallazgo No. 79 de Dirección Corporativa	SI	Se observan evidencias del avance de la acción. Se unifica con el hallazgo No. 79 de Dirección Corporativa
33	Dirección de Planificación, Gestión y Ejecución de Proyectos	Direccionamiento Estratégico	Para impulsar la participación ciudadana en la formulación de la política o el ejercicio de la misión de la entidad, en atención de los requisitos de la Ley de Transparencia, se deben generar y socializar los correspondientes mecanismos o procedimientos	31-ene.-17	NO CONFORMIDAD POTENCIAL	La entidad requiere fortalecer el ejercicio de participación ciudadana en todas sus propuestas e iniciativas	Generar y socializar procedimientos, protocolos y/o estrategias para llevar a cabo la participación ciudadana en los asuntos RAPE y en los ejercicios de rendición de cuentas.	ACCIÓN PREVENTIVA	1-mar.-17	31-dic.-17	Dirección Ejecutiva Oficina Asesora de Planeación Institucional	30-jun.-17	Se adelantaron las gestiones para contar con la asesoría para la revisión, validación de la propuesta jurídica, organizativa y reglamentaria de creación del Consejo de participación de la Región Central, gestión que se articulará al Proceso de Servicio al Ciudadano a fin de garantizar los espacios y políticas que incluyan la participación de los usuarios de la RAPE Región Central	40%	Esta actividad se viene desarrollando a través del Eje de Gobernanza y Buen Gobierno para lo cual se conformó un equipo de trabajo	Baja	30-jun.-17	NO	Parcial	Parcial	Baja	Considerando que el compromiso está previsto para cumplimiento, a diciembre 31 de 2017, aun no podrá cerrarse la acción. Sin embargo las acciones adelantadas evidencian las gestiones para atender esta acción de mejora. Acción de Dirección Técnica.	NO	Considerando que el compromiso está previsto para cumplimiento, a diciembre 31 de 2017, aun no podrá cerrarse la acción. Sin embargo las acciones adelantadas evidencian las gestiones para atender esta acción de mejora. Acción de Dirección Técnica.
34	Oficina Asesora de Planeación Institucional	Direccionamiento Estratégico	Los criterios adicionales de valoración del nivel de implementación del MECI, incorporados en el aplicativo del DAFP, evidencian la necesidad de generar acciones de intervención en los procesos de la entidad.	28-feb.-17	NO CONFORMIDAD POTENCIAL	El Plan de Ejecución Provisional establecido por la entidad mientras se construía el Plan Estratégico Regional, ya perdió su vigencia.	Oficializar el Plan Estratégico y, de ser el caso, establecer las acciones necesarias para reorientar los proyectos de inversión y los procesos de gestión durante la vigencia 2017.	ACCIÓN PREVENTIVA	1-abr.-17	30-jun.-17 31/08/2017	Oficina Asesora de Planeación - Proceso Direccionamiento Estratégico- Dirección de Planificación (legalización del PER)	30-jun.-17	Se han adelantado actividades para la definición y formulación de las estrategias, a fin de aprobar y oficializar este Plan, entre estas se realizaron dos Jornadas para la definición Plan Estratégico Institucional (PEI) la primera con todo el personal y la segunda con el personal Directivo, por otra parte, se avanza en la definición de Hechos Regionales con sus estrategias y programas correspondientes al Plan Estratégico Regional (PER). Se estima que a partir del mes de Mayo de 2017, se implementará el PEI, el cual se articulará con los diferentes instrumentos de planeación al PER y el Plan de Ejecución Provisional que corresponda al Primer Periodo. Actualmente se encuentran en trámite de oficialización los Planes toda vez que aunque fueron aprobados en el segundo trimestre, sólo hasta el mes de junio fueron avaladas las mediante actas del Consejo Directivo las aprobaciones correspondientes. La acción relacionada con Plan Estrategico Institucional queda a cargo de OAPI, diferenciada de adopción del PER que corresponde a la Dirección Técnica	80%	Presentaciones Listados de Asistencia Correos Electrónicos Actas de Consejo Directivo Proyecto de Acuerdo Regional Proyecto de Resolución Interna	Media	30-jun.-17	Parcial	Parcial	Parcial	Media	Se evidencia el avance en la acción, sin embargo hasta que se formalice los documentos , se procede a cerrar la acción.La acción correspondiente al PER , se traslada para la Dirección Técnica.	NO	Se evidencia el avance en la acción, sin embargo hasta que se formalice los documentos , se procede a cerrar la acción.La acción correspondiente al PER , se traslada para la Dirección Técnica.
35	Oficina Asesora de Planeación Institucional	Direccionamiento Estratégico	Los criterios adicionales de valoración del nivel de implementación del MECI, incorporados en el aplicativo del DAFP, evidencian la necesidad de generar acciones de intervención en los procesos de la entidad.	28-feb.-17	NO CONFORMIDAD POTENCIAL	Los cuerpos colegiados de la entidad deben atender las disposiciones previstas en los actos administrativos y en la normatividad vigente que les da origen.	Revisar la operatividad y pertinencia de los nueve cuerpos colegiados existentes y de posibles comités adicionales que podrían incorporarse (Teletrabajo, por ejemplo), con el fin de actualizar los actos administrativos correspondientes y/o dinamizar su funcionamiento efectivo.	ACCIÓN PREVENTIVA	1-mar.-17	30-ago.-17	Oficina Asesora de Planeación - Proceso Direccionamiento Estratégico	30-jun.-17	A la fecha se adelantaron las gestiones para documentar y cargar la información al Micrositio de Comites, no obstante, se adelantará la revisión correspondiente con el Comité Directivo para revisar la pertinencia y/o posibilidad de abordar en una misma sesión los diferentes puntos, dejando constancia de la	70%	En el marco de la definición del PEI se hizo una revisión con el Comité Directivo y se definio que dado que los organos creados en la entidad responden a la normatividad vigente, se garantizará el funcionamiento de los mismos, no obstante, en aquellos en los que los miembros no varien se abordaran por agenda los puntos de correspondan a fin de cumplir con los compromisos de cada instancia. Se determina por la Dirección Ejecutiva que se deberán adelantarán las gestiones para revisar la conformación y competencias del Comité de Desarrollo Interadministrativo Presentación	Media	30-jun.-17	SI	SI	SI	Alta	Se cierra la acción, ya que se actualizaron algunos comites y el Comité Directivo , no considero la pertinencia de creación de otros comites.Las acciones adelantadas evidencian las gestiones para atender esta acción de mejora.Se ha realizado ajustes al Comité de Contratación y al Comite Institucional de Coordinación de Control Interno.	SI	Se cierra la acción, ya que se actualizaron algunos comites y el Comité Directivo , no considero la pertinencia de creación de otros comites.Las acciones adelantadas evidencian las gestiones para atender esta acción de mejora.Se ha realizado ajustes al Comité de Contratación y al Comite Institucional de Coordinación de Control Interno.
36	Oficina Asesora de Planeación Institucional	Direccionamiento Estratégico	Los criterios adicionales de valoración del nivel de implementación del MECI, incorporados en el aplicativo del DAFP, evidencian la necesidad de generar acciones de intervención en los procesos de la entidad.	28-feb.-17	OPORTUNIDAD DE MEJORA	El análisis de los resultados de la entidad debe socializarse con los usuarios internos y externos, y las partes interesadas, a través de los instrumentos de comunicación establecidos y de la página web institucional.	Socializar y publicar en la página web de la entidad y/o a través de las demás estrategias de comunicación y de interacción con el usuario con que cuenta la Región Central, el análisis de los resultados de los indicadores con el fin de dar a conocer los avances y de permitir la retroalimentación de la ciudadanía y de las partes interesadas.	ACCIÓN DE MEJORA	1-mar.-17	30-may.-17 31/08/2017	Oficina Asesora de Planeación - Proceso Direccionamiento Estratégico	30-jun.-17	Finalizado el I Semestre de la vigencia, se consolidará la información para divulgación de la gestión por resultados de la entidad para conocimiento de las partes interesadas y ciudadanía en general.	30%	Circular 019 - 2017 Solicitud de reporte de información Correos electrónicos	Baja	30-jun.-17	NO	Parcial	Parcial	Baja	La oficina de Planeación, viene trabajando en el seguimiento a indicadores por todos los procesos, sin embargo la socialización y publicación de indicadores no se ha realizado.Se unifica con el hallazgo No 5 que enmarca toda la acción de formulación y socialización de indicadores.	SI	La oficina de Planeación, viene trabajando en el seguimiento a indicadores por todos los procesos, sin embargo la socialización y publicación de indicadores no se ha realizado.Se unifica con el hallazgo No 5 que enmarca toda la acción de formulación y socialización de indicadores.

Región Central	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

Item	DEPENDENCIA	PROCESO	HALLAZGO U OBSERVACIÓN: DESCRIPCIÓN	FECHA DE GENERACIÓN	TIPO	ANÁLISIS DE CAUSA RAÍZ	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN A REALIZAR	TIPO DE ACCIÓN DE MEJORA	FECHA DE INICIO	FECHA FIN	RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN
37	Oficina Asesora de Planeación Institucional	Direccionamiento Estratégico	Los criterios adicionales de valoración del nivel de implementación del MECI, incorporados en el aplicativo del DAFP, evidencian la necesidad de generar acciones de intervención en los procesos de la entidad.	**28-feb.-17**	OPORTUNIDAD DE MEJORA	Dada la juventud de la entidad, aún no cuenta con resultados que señalen los impactos generados a través de las intervenciones de la Región Central RAPE.	Proponer y/o construir estrategias e instrumentos para la realización de evaluaciones de impacto de los proyectos de inversión.	ACCIÓN DE MEJORA	1-may.-17	31-dic.-17	Oficina Asesora de Planeación - Proceso Direccionamiento Estratégico
39	Dirección Corporativa	Gestión Contractual	NC 003. Control de Registros del SGC. Se configura la no conformidad en el cumplimiento de los requisitos establecidos en el literal b) del numeral 4.2.4 de la norma técnica NTCGP 1000:2009, ya que en el listado de maestro de documentos no cuenta con la relación de los respectivos registros, en especial los que están en uso por parte de los procesos de la entidad.	**30-nov.-16**	OPORTUNIDAD DE MEJORA	En algunos procesos está pendiente por actualizar la información cargada en el SECOP. Ver informe de seguimiento a la información publicada en SECOP durante el segundo semestre de 2016: http://regioncentralrape.gov.co/informes-control-interno/	Revisar la información publicada en el SECOP 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	Dirección Corporativa Profesional de contratación
41	Dirección Corporativa	Gestión de Bienes y Servicios	NC 002. Control de Documentos del SGC. Se configura la no conformidad en el cumplimiento de los requisitos establecidos en el literal d) del numeral 4.2.1, así como en los literales d), e), f) y g) del numeral 4.2.3 de la norma técnica NTCGP 1000:2009, ya que no se encontraron evidencias de la disponibilidad de los documentos obsoletos y del control de versiones en los puntos de uso de los documentos. Además, tan solo 3 procesos cuentan con documentación totalmente normalizada.	**30-nov.-16**	NO CONFORMIDAD REAL	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/2017 30/Jun/2017 30/sept/2017	Dirección Corporativa Profesional de Bienes y Servicios
42	Dirección Corporativa	Gestión de Bienes y Servicios	La gestión ambiental de la entidad permite mejoras en los niveles de consumo y ahorro de los recursos, que podrían incidir favorablemente en la austeridad del gasto.	**31-ene.-17**	NO CONFORMIDAD POTENCIAL	La entidad no cuenta con Plan de Acción para la implementación del Plan Institucional de Gestión Ambiental, adoptado mediante Resolución 152 de 2015.	Establecer el Plan de Acción para la implementación del PIGA de la entidad durante la vigencia 2017.	ACCIÓN PREVENTIVA	1-abr-17	30-jun.-17	Dirección Corporativa Responsable Bienes y Servicios
43	Dirección Corporativa	Gestión del Talento Humano	NC 005. Objetivos de calidad. Se configura la no conformidad de los requisitos señalados en el literal a) del numeral, 4.2.1, así como en el numeral 5.4.1 y en el literal a) del numeral 7.1 de la norma técnica NTCGP 1000:2009, dado que la entidad no ha declarado oficialmente sus objetivos de calidad.	**30-nov.-16**	NO CONFORMIDAD REAL	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 Especifico 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	30-jun.-17	Dirección Corporativa Profesional de Nómina
44	Dirección Corporativa	Gestión del Talento Humano	Los criterios adicionales de valoración del nivel de implementación del MECI, incorporados en el aplicativo del DAFP, evidencian la necesidad de generar acciones de intervención en los procesos de la entidad.	**28-feb.-17**	NO CONFORMIDAD POTENCIAL	Las entidades publicas deben realizar mediciones que permitan identificar su cultura organizacional, así como establecer el clima laboral existente en un momento determinado, para fortalecer diagnósticos y optimizar programas y proyectos.	Establecer y desarrollar estrategias para contar con información sobre clima laboral, así como de la identificación de la cultura organizacional, en atención de las orientaciones del Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP.	ACCIÓN PREVENTIVA	1-abr.-17	30-dic.-17	Dirección Corporativa Responsable Talento Humano
45	Dirección Corporativa	Gestión del Talento Humano	Los criterios adicionales de valoración del nivel de implementación del MECI, incorporados en el aplicativo del DAFP, evidencian la necesidad de generar acciones de intervención en los procesos de la entidad.	**28-feb.-17**	OPORTUNIDAD DE MEJORA	La medición del rendimiento del personal de la entidad se está aplicando al nivel directivo y al nivel asesor, pero no a los demás niveles de la entidad, dado el carácter de provisionalidad de éstos.	Analizar la pertinencia de establecer instrumentos que permitan valorar el desempeño laboral de los funcionarios de la entidad que están nombrados de manera provisional.	ACCIÓN DE MEJORA	1-abr.-17	31-dic.-17	Dirección Corporativa Responsable Talento Humano
46	Dirección Corporativa	Gestión del Talento Humano	Los criterios adicionales de valoración del nivel de implementación del MECI, incorporados en el aplicativo del DAFP, evidencian la necesidad de generar acciones de intervención en los procesos de la entidad.	**28-feb.-17**	OPORTUNIDAD DE MEJORA	Los resultados de las evaluaciones de desempeño podrían generar planes de mejoramiento individual o acciones específicas en otros instrumentos operativos de la entidad.	Identificar e incorporar políticas de operación o actividades en los procedimientos de Talento Humano, para definir Planes de Mejoramiento Individuales como parte del análisis de los resultados de la evaluación del desempeño laboral.	ACCIÓN DE MEJORA	1-abr.-17	30-jun.-17	Dirección Corporativa Responsable Talento Humano
47	Dirección Corporativa	Gestión del Talento Humano	Los criterios adicionales de valoración del nivel de implementación del MECI, incorporados en el aplicativo del DAFP, evidencian la necesidad de generar acciones de intervención en los procesos de la entidad.	**28-feb.-17**	NO CONFORMIDAD POTENCIAL	En la página web de la RAPE Región Central, no se han publicado los acuerdos de gestión, ni los compromisos concertados con el personal directivo y asesor de la entidad.	Publicar los acuerdos de gestión y la concertación de compromisos de cada vigencia, con el personal directivo y asesor de la entidad, así como los resultados consolidados de la evaluación del desempeño anual.	ACCIÓN PREVENTIVA	1-abr.-17	30/04/2017 30/09/2017	Dirección Corporativa Profesional de Talento Humano
48	Dirección Corporativa	Gestión Documental	Para cumplir con la implementación del MECI, a marzo de 2017, se deben establecer acciones para la incorporación adecuada de los elementos básicos del eje transversal de Información y Comunicación	**25-jul.-16**	OPORTUNIDAD DE MEJORA	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/2016 31-May-2017 30/12/2017	Director Corporatvo Profesional de Gestión Documental Profesional de TIC

SEGUIMIENTO RESPONSABLE DEL PROCESO / SEGUIMIENTO CONTROL INTERNO

Item	FECHA DE SEGUIMIENTO	ANÁLISIS Y RESULTADO DEL SEGUIMIENTO	% Avance	RELACIÓN DE EVIDENCIAS (Señalar modo de consulta)	Efectividad	FECHA DE SEGUIMIENTO	EFECTIVIDAD DE LA ACCIÓN: Se cumplió la Acción	Evidencias Pertinentes	Evidencias Suficientes	Nivel de Efectividad	ANÁLISIS Y RESULTADO (EVIDENCIA) DEL SEGUIMIENTO	CIERRE DE LA ACCION	OBSERVACIONES
37	30-jun.-17	Tendiendo en cuenta que a la fecha no se han implementado al 100% Proyectos de Inversión, lo que se prevee es una medición de percepción y/o satisfacción de los servicios prestados. Se estima definir algunos indicadores que permitan esta medición y puedan aplicarse en un periodo no menor a tres meses de finalizado el proyecto.	0%		Baja	30-jun.-17	Parcial	Parcial	Parcial	Baja	Se considera más una acción para plan de acción , teniendo en cuenta que no es un hallazgo sobre algo que viene sucediendo sin el cumplimiento de la norma, sino algo a desarrollar una vez esten en marcha los proyectos de inversión. Se recomienda cerra este hallazgo y que se genere dentro del plan de acción.	SI	Se considera más una acción para plan de acción , teniendo en cuenta que no es un hallazgo sobre algo que viene sucediendo sin el cumplimiento de la norma, sino algo a desarrollar una vez esten en marcha los proyectos de inversión. Se recomienda cerra este hallazgo y que se genere dentro del plan de acción.
39	30-jun.-17	La Dirección Corporativa - Contratos tiene en la base de datos la relación de los estados contractuales y cada vez que los supervisores de los contratos solicitan la liquidación de uno de ellos, se revisa el acta de liquidación y se surte el proceso administrativo pertinente, para finalmente publicar el acta en el SECOP, y cambiar el estado en el sistema a "liquidado", manteniemdo el sistema SECOP actualizado. El area continua manteniendo la información actualizada en SECOP. En consecuencia de esta acción se solicita el cierre de la misma.	100%	SECOP Respuesta de la Agencia Nacional de Contratación sobre los documentos a publicar Base contratos 2017 Columna BE	Alta	30-jun.-17	SI	SI	SI	Alta	Se evidencia todos los contratos que han sido subidos al SECOP, con su información soporte.	SI	Esta acción se puede cerrar, de la misma manera se hará el respectivo seguimiento en el mes de agosto de 2017, en la auditoria programada para gestión Contractual
41	30-jun.-17	Una vez analizada la pertinencia de incorporar la gestión y administración del programa de seguros en el Manual de Bienes, se llegó a la conclusión que para mayor efectividad de aplicar las políticas de operación, este será incluida como un proceso nuevo dentro de la caracterización de Gestión de Bienes y Servicios. Teniendo en cuenta que falta la aprobación de la OAPI se solicita prórroga para finalizar esta acción al 30 de septiembre de 2017.	70,0%	Preliminar de la Caracterización del proceso de bienes y servicios Preliminar de la Caracterización del proceso de Seguros	Alta	30-jun.-17	Parcial	SI	Parcial	Media	Se adelanto la caracterización de los procesos de gestión de bienes y servicios , sin embargo se cierra la acción cuando se formalice todo el proceso de Bienes y Servicios	NO	Se verifica acción igualmente en la auditoria programada para este proceso en la última semana de Julio.Se solicita prorroga por la Dirección Corporativa y justifica la acción.
42	30-jun.-17	Se estableció el Plan de Acción para la implementación del PIGA de la entidad para el año 2017, acorde a la resolución 152 de 2015 enfocadas en los ejes, como son el uso eficiente de la energia, la gestión integral de residuos, consumo sostenible y uso eficiente del agua. Teniendo en cuenta que ya se cuenta con el Plan de Acción PIGA se solicita de esta acción para la vigencia 2017.	100,0%	Plan de Acción Preliminar PIGA (15/06/2017)	Alta	30-jun.-17	SI	SI	SI	Alta	Se evidencia el avance de la acción, correspondiente al establecer el PIGA.Se reccomienda realizar diferentes jronadas de socialización del Plan , para el tema de austeridad en el gasto.	SI	Se evidencia el avance de la acción, correspondiente al establecer el PIGA.Se reccomienda realizar diferentes jronadas de socialización del Plan , para el tema de austeridad en el gasto.
43	30-jun.-17	De acuerdo con la revisión del Manual Especifico de Funciones y Competencias Laborales, se determinó viable incorporar un aparte de funciones generales y transversales a todos los empleos, entre otras, la de implementación del Sistema de Gestión de Calidad. Adicionalmente, 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. Teniendo en cuenta que ya se revisó y se estableció la viabilidad de incorporar en el SGC se solicita el cierre de esta acción para la vigencia 2017.	80% 100%	Documento "Revisión Manual Especifico de Funciones y de Competencias Laborales de la entidad" https://regioncentral.sharepoint.com/DC/Documentos%20compartidos/Privada/EVIDENCIAS%20PLAN%20DE%20MEJORAMIENTO%202017%202TRIMESTRE/TALENTO%20HUMANO/Revision%20Manual%20de%20Funciones.pdf	Alta	30-jun.-17	Parcial	SI	SI	Media	Esta acción , esta vinculada a la revisión final y ajuste , si se hace, del Manual de Funciones en el momento que se considere pertinente o de la reestructuración administrativa . Se recomienda el cierre de la acción.	SI	Esta acción , esta vinculada a la revisión final y ajuste , si se hace, del Manual de Funciones en el momento que se considere pertinente o de la reestructuración administrativa . Se recomienda el cierre de la acción.
44	30-jun.-17	Dentro de las actividades de Bienestar para la vigencia 2017 se tiene previsto realizar la primera medición de clima laboral de la entidad, para esto se esta realizando el estudio de mercado del proceso de contratación. En el plan de bienestar se realizarán las acciones concretas una vez se empiecen a ejecutar el compromiso contractual en la vigencia 2017.	0% 30%	Cotizaciones para realizar el Estudio de mercado.	Alta	30-jun.-17	NO	NO	NO	Baja	En el programa de Bienestar de la vigencia 2017, adoptado mediante la Resolución 050, se observa la relación de actividades a desarrollar para fomentar el clima y la cultura organizacional. Una vez se ejecuten estas actividades, se valorará la efectividad de esta acción.	SI	Se cierra la acción y se deja para seguimiento en la auditoria a realizar a la Gestión de Talento Humano .
45	30-jun.-17	De acuerdo con la revisión jurídica y técnica realizada, se consideró pertinente la elaboración y adopción del Sistema de Medición de la Gestión Laboral de Empleados Provisionales, el cual fue aprobado por la Dirección Ejecutiva y adoptado mediante Resolución No. 172 del 29/06/2017 En consecuencia de esta acción se solicita el cierre de la misma.	100,0%	Resolución No. 172 del 29/06/2017 Consultar en: https://regioncentral.sharepoint.com/DE/AJ/_layouts/15/guestaccess.aspx?folderid=160b8a0ef9bb84136b9ea997c0616af50&authkey=AeTOnnh3WlxKvy2K2bpvA8w	Alta	30-jun.-17	SI	SI	SI	Alta	Se realizó la acción y a la fecha ya se tiene concertado compromisos laborales y comportamentales con los funcionarios en provisionalidad.	SI	Se realizó la acción y a la fecha ya se tiene concertado compromisos laborales y comportamentales con los funcionarios en provisionalidad.
46	30-jun.-17	En el Sistema de Medición de la Gestión Laboral de Empleados Provisionales, el cual fue aprobado por la Dirección Ejecutiva y adoptado mediante Resolución No. 172 del 29/06/2017, se contempla la formulación de planes de mejoramiento individual en la Fase II del proceso de medición. En consecuencia de esta acción se solicita el cierre de la misma.	100,0%	Resolución No. 172 del 29/06/2017 Consultar en: https://regioncentral.sharepoint.com/DE/AJ/_layouts/15/guestaccess.aspx?folderid=160b8a0ef9bb84136b9ea997c0616af50&authkey=AeTOnnh3WlxKvy2K2bpvA8w	Alta	30-jun.-17	SI	SI	SI	Alta	Mediante la resolución N.172 , se estableció el protocolo para la evaluación de los funcionarios en provisionalidad.	SI	Mediante la resolución N.172 , se estableció el protocolo para la evaluación de los funcionarios en provisionalidad.
47	30-jun.-17	Se realizó publicación de los Acuerdos de Gestión de Gerentes Públicos de la vigencia 2016, debidamente evaluados. Para los acuerdos de Gestión correspondientes a la vigencia 2017la documentación se encuentra en proceso de consolidación. Debido a esto se solicita ampliar plazo de fecha final para el 30/09/2017. Se reitera que la obligatoriedad de publicación es frente a los Acuerdos de Gestión de los Gerentes Públicos, no al nivel asesor. Teniendo en cuenta lo anterior se solicita prórroga para finalizar esta acción al 30 de septiembre de 2017.	50%	http://regioncentralrape.gov.co/acuerdos-de-gestion-socios/	Alta	30-jun.-17	NO	Parcial	Parcial	Baja	Una vez se publique la información correspondiente del año 2017, se procederá a realizar la valoración de la efectividad de la acción.Se recomienda para el próximo trimestre tener esta acción realizada al 100%	NO	Una vez se publique la información correspondiente del año 2017, se procederá a realizar la valoración de la efectividad de la acción.Se recomienda para el próximo trimestre tener esta acción realizada al 100%
48	30-jun.-17	Una vez revisado el Sistema de Gestión Documental de la CAR y teniendo en cuenta que cumple con las especificaciones técnicas requerida por la RAPE, se tomó la desición de adoptarlo en la entidad, a razón de esto se adelantan los estudios previos de un convenio interadministrativo con la CAR, para así poder instalar y poner en funcionamiento el Sistema de Información SIDCAR. Adicionalmente se realizó la proyección de presupuesto para la adquisición del dominio WEB, la firma electrónica y herramientas de hardware requeridas al momento de la implementación del sistema. Durante el mes de junio la CAR informó que la Oficina Jurídica está realizando la revisión de los estudios previos del convenio marco y del cual se desprenderá un convenio específico, para la adquisición de dicho Sistema de Información. No obstante, la documentación generada actualmente por la entidad es controlada mediante los formatos normalizados en el SGC los cuales fueron diseñados para este propósito. **Nota:** Con el fin de realizar el proceso contractual correspondiente, el inicio de la ejecución del convenio y la puesta en marcha del aplicativo se solicita que la fecha fin de esta acción sea el 31 de diciembre de 2017.	60%	Estudio Previo Convenio Marco - CAR Especificaciones Téncias del Sistema de Información	Media	30-jun.-17	Parcial	Parcial	Parcial	Baja	Se evidencia el avance realizado en la gestión, sin embargo la acción se cierra en el momento de la implementación de la herramienta.	NO	Se evidencia el avance realizado en la gestión, sin embargo la acción se cierra en el momento de la implementación de la herramienta.

Región Central	**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	HALLAZGO U OBSERVACIÓN			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 (Señalar modo de consulta)	Efectividad	FECHA DE SEGUIMIENTO	EFECTIVIDAD DE LA ACCIÓN				ANÁLISIS Y RESULTADO (EVIDENCIA) DEL SEGUIMIENTO	CIERRE DE LA ACCIÓN	OBSERVACIONES
			DESCRIPCIÓN	FECHA DE GENERACIÓN	TIPO													Se cumplió la Acción	Evidencias Pertinentes	Evidencias Suficientes	Nivel de Efectividad			
49	Dirección Corporativa	Gestión Documental	Para cumplir con la implementación de la Ley 1712 de 2014, Ley de Transparencia, se deben establecer acciones para incorporar los requerimientos de cada artículo aplicable a la entidad.	**21-sep.-16**	NO CONFORMIDAD REAL	No se evidencia la existencia de un índice actualizado de los actos, documentos e informaciones calificados como clasificados o reservados.	Generar un Índice actualizado de los actos, documentos e informaciones calificados como 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/2017 31/May/2017 **31-Dic -2017**	Dirección Corporativa Proceso de Gestión Documental	30-jun.-17	Una vez aprobado el cuadro de clasificación documental (CCD) por el AGN se procederá a complementar con el listado de documentos incluidos en el SGC para realizar la clasificación de documentos reservados. El indice se generará una vez se han aprobadas las TRD y se unifique con el listado de documentos del SGC. **Nota**: Debido a que las TRD y el CCD se entregarán en el mes de Julio y teniendo en cuenta que el AGN tiene por ley 90 días para generar las observaciones, se solicita que la fecha final de esta acción sea el 31 de Diciembre de 2017	31/12/2016 31/03/2017	* Plan de Trabajo de elaboración de TRD * Entrevistas a productores documentales * Cuadro de Clasificación documental * Tablas de Retención Documental por Dirección *Documento de presentación de tablas al AGN - v.1 * Actas de reunión con productores documentales * Acta de aprobación de TRD por parte del Comité Institucional de Desarrollo Administrativo"	90,0%	30-jun.-17	parcial	SI	Parcial	Media	La acción se complementa con la aprobación de las TRD, una vez sean presentadas al AGN.Soportan evidencias de la gestión realizada en el período que concluyen en la revisión por Planeación- calidad.	NO	La acción se complementa con la aprobación de las TRD, una vez sean presentadas al AGN.Soportan evidencias de la gestión realizada en el período que concluyen en la revisión por Planeación- calidad.
51	Dirección Corporativa	Gestión Documental	Los criterios adicionales de valoración del nivel de implementación del MECI, incorporados en el aplicativo del DAFP, evidencian la necesidad de generar acciones de intervención en los procesos de la entidad.	**28-feb.-17**	NO CONFORMIDAD POTENCIAL	La entidad aun no cuenta con Tablas de Retención Documental oficiales.	Adelantar gestiones ante el Archivo General de la Nación, para establecer un plan de trabajo que le permita a la entidad establecer condiciones y cronogramas para la aprobación y oficialización de sus Tablas de Retención Documental	ACCIÓN PREVENTIVA	1-mar.-17	31/05/2017 **31/09/2017**	Dirección Corporativa Profesional de Gestión Documental	30-jun.-17	Se realizaron las siguientes actividades dando cumplimiento al "Plan de Trabajo de elaboración de TRD": * Realizar entrevistas a productores documentales * Definir series y subseries documentales por dirección *Construir Cuadro de Clasificación documental * Construir Tablas de Retención Documental por Dirección A la fecha se cuenta con el 100% de las TRD y se encuentran en validación por los directores; para la cuarta semana de Abril serán, ajustadas y aprobadas, para envío en el mes de mayo al Archivo General de la Nación. * Elaborar el documento de presentación de tablas al AGN el cual contiene, la valoración documental realizada durante la elaboración de las tablas, cada una de las actividades metodológicas y la contextualización sobre la naturaleza de la entidad, siendo estas aprobadas por el comité institucional de desarrollo administrativo el 12 de mayo de 2017. En la primera semana del mes de junio el Archivo General informó que el plan de trabajo se realizará una vez se reciban las TRD. **Nota:** Debido a que el documento de presentación de las TRD se encuentra en revisión desde el pasado 8 de junio de 2017 en la Oficina de Planeación Institucional, se solicita que la fecha fin de esta acción sea el próximo 31de septiembre de 2017.	90,0%	* Plan de Trabajo de elaboración de TRD * Entrevistas a productores documentales * Cuadro de Clasificación documental * Tablas de Retención Documental por Dirección *Documento de presentación de tablas al AGN - v.1 * Actas de reunión con productores documentales * Acta de aprobación de TRD por parte del Comité Institucional de Desarrollo Administrativo"	Alta	30-jun.-17	Parcial	SI	Parcial	Media	El proceso de gestión documental ha realizado avances importantes hacia la consolidación de las TRD de la entidad, lo que le permite , iniciar el proceso de aprobación de dichas TRD ante el Archivo General de la Nación. Sin embargo, la acción se cierra en el momento que se encuentren aprobadas la TRD por el Archivo General.	NO	El proceso de gestión documental ha realizado avances importantes hacia la consolidación de las TRD de la entidad, lo que le permite , iniciar el proceso de aprobación de dichas TRD ante el Archivo General de la Nación. Sin embargo, la acción se cierra en el momento que se encuentren aprobadas la TRD por el Archivo General.
54	Dirección Corporativa	Gestión Financiera	NC 008. Seguimiento y medición del producto y/o servicio. Se configura la no conformidad en el cumplimiento de los requisitos establecidos en el numeral 8.2.4 y en el literal a) del numeral 8.1 de la norma técnica NTCGP 1000:2009, por cuanto los productos y servicios ofrecidos o entregados por cada proceso, no tienen seguimiento, ni se verifica el cumplimiento de los requisitos exigidos para cada cual.	**30-nov.-16**	NO CONFORMIDAD REAL	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	Dirección Corporativa Técnico responsable de Tesorería	30-jun.-17	Se realizó Circular 16 de fecha 23 de mayo de 2017, en donde se solicitó a las diferentes dependencias la reprogramación del PAC de junio a diciembre del PAC Actual y de Reservas Presupuestales. Adicionalmente, se envío un correo electrónico remitido a todas a las áreas de la entidad el día 27 de junio se realizó el seguimiento del PAC de la Vigencia Actual y de Reservas del mes de junio. Se ajustó la política y procedimiento de elaboración de estos informes. En consecuencia de esta acción se solicita el cierre de la misma.	100%	Informes de Seguimiento PAC. Correo electrónico, matriz de seguimiento	Alta	30-jun.-17	SI	SI	SI	Alta	Se evidencian las acciones realizadas para control de la ejecución del PAC, por parte de la Dirección Corporativa . Se continuar el seguimiento a las directrices establecidas en la circular No 016 de 2017.	SI	Se evidencian las acciones realizadas para control de la ejecución del PAC, por parte de la Dirección Corporativa . Se continuar el seguimiento a las directrices establecidas en la circular No 016 de 2017.
55	Dirección Ejecutiva	Gestión Jurídica	Se deben generar acciones que permitan el cumplimiento de las funciones del Comité de Conciliación a que haya lugar.	**22-ago.-16**	OPORTUNIDAD DE MEJORA	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 y aplicación de mecanismos de arreglo directo, tales como la transacción, conciliación, sin perjuicio de su estudio y decisión en cada caso concreto.	Agilizar la formulación de políticas de prevención del daño antijurídico y de mecanismos de arreglo directo, tales como la transacción, conciliación, sin perjuicio de su estudio y decisión en cada caso concreto, y generar el reglamento interno del Comité de Conciliación.	ACCIÓN DE MEJORA	10-oct.-16	31-dic-2016 30-jun-2017 30/09/2017	Asesor Jurídico	30-jun.-17	Dentro de la actualización de los procedimientos del proceso de Gestión Jurídica, aprobados y adoptadosto se encuentra ,P-GJ.02 Daño Antijurídico, P-GJ.03 , dentro del cual se encuentra relacionada en el numeral 6.3 " La Politicas Operación Orientadas a la Prevención del Daño Antijurídico y de Defensa de los Intereses del Entidad " En Comité Institucional de Coordinación de Control Interno de fecha 23 de junio de 2017, se acordó que se modifica la resolución del Comité de Conciliación de acuerdo a la revisión jurídica y teniendo en cuenta el tema de la periodicidad de las reuriones y reglamento interno.Una vez se realice la modificación a la Resolución RAPE No.082 de 2015, por la cual se conformó y estructuró el Comité de Conciliación se citará a reunión del mismo para abordar las temáticas requeridas entre ellas la relacionada con el reglamento del mismo, dentro del compromiso adquirido en el Comite de Control Interno	50%	Procedimiento P-GJ.03 "Prevención del Daño Antijurídico". Acta de Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. Acta de Comité Institucional de Coordinación de Control Interno	Baja	30-jun.-17	Parcial	Parcial	Parcial	Baja	Se encuentra definido el procedimiento P-GJ.03 " Atención a requerimientos jurídicos ", sin embargo se encuentra en revisión por Asesor Jurídico, para hacer las modificaciones correspondientes a la formulación de políticas relacionadas con la prevención del daño antijurídico y 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. La acción se cumple con la formalización de estas políticas y reglamento interno del Comité de Conciliaciones y su formalización.	NO	Se encuentra definido el procedimiento P-GJ.03 " Atención a requerimientos jurídicos ", sin embargo se encuentra en revisión por Asesor Jurídico, para hacer las modificaciones correspondientes a la formulación de políticas relacionadas con la prevención del daño antijurídico y 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. La acción se cumple con la formalización de estas políticas y reglamento interno del Comité de Conciliaciones y su formalización.
56	Dirección Ejecutiva	Gestión Jurídica	Se deben generar acciones que permitan el cumplimiento de las funciones del Comité de Conciliación a que haya lugar.	**22-ago.-16**	OPORTUNIDAD DE MEJORA	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/2017 31/Jul/2017 31-agos-2017	Asesor Jurídico	30-jun.-17	En Comité Institucional de Coordinación de Control Interno de fecha 23 de junio de 2017, se acordó que se modifica la resolución del Comité de Conciliación de acuerdo a la revisión jurídica y teniendo en cuenta el tema de la periodicidad de las reuriones y reglamento interno.	50%	Acta de Comité Institucional de Coordinación de Control Interno	Baja	30-jun.-17	Parcial	Parcial	Parcial	Baja	La acción se cumple con el ajuste del Comité de Conciliaciones y su formalización.Se unifica esta acción en el hallazgo No.55 y 57	SI	La acción se cumple con el ajuste del Comité de Conciliaciones y su formalización.Se unifica esta acción en el hallazgo No.55 y 57
57	Dirección Ejecutiva	Gestión Jurídica	Se deben generar acciones que permitan el cumplimiento de las funciones del Comité de Conciliación a que haya lugar.	**22-ago.-16**	OPORTUNIDAD DE MEJORA	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/2017 31/05/2017 31/Agos/2017	Asesor Jurídico	30-jun.-17	Una vez se realice la modificación a la Resolución RAPE No.082 de 2015, por la cual se conformó y estructuró el Comité de Conciliación se citará a reunión del mismo para abordar las temáticas requeridas entre ellas la relacionada con el reglamento del mismo, dentro del compromiso adquirido en el Comite de Control Interno	25%	Acta de Comité Institucional de Coordinación de Control Interno	Baja	30-jun.-17	Parcial	Parcial	Parcial	Baja	La acción se cumple con el ajuste del Comité de Conciliaciones y su formalización.Se unifica esta acción en el hallazgo No.56 y 57	SI	La acción se cumple con el ajuste del Comité de Conciliaciones y su formalización.Se unifica esta acción en el hallazgo No.56 y 57
58	Dirección Ejecutiva	Gestión Jurídica	NC 001. Seguimiento, Medición y Análisis de Procesos. No se encontraron evidencias que den cuenta de los criterios y métodos diseñados por la entidad para conocer la eficacia, eficiencia y efectividad del Sistema de Gestión de Calidad y sus procesos, contraviniendo los requisitos establecidos en los literales c), e), f) y g) del numeral 4.1, en los literales a y b del numeral 5.4.2, en el literal c) del numeral 6.2.2, en los literales b y c del numeral 8.1, en el numeral 8.2.3, así como en los literales a, b y c del numeral 8.4 y el numeral 8.5.1 de la norma NTCGP 1000:2009.	**30-nov.-16**	NO CONFORMIDAD REAL	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	31/12/2016 30/05/2017 31/Agos/2017	Asesor Jurídico	30-jun.-17		10,0%		Baja	30-jun.-17	NO	NO	NO	Baja	La acción se cumple en el momento de actualizar el normograma institucional y su socialización.	NO	La acción se cumple en el momento de actualizar el normograma institucional y su socialización.
59	Dirección Ejecutiva	Gestión Jurídica	NC 003. Control de Registros del SGC. Se configura la no conformidad en el cumplimiento de los requisitos establecidos en el literal b) del numeral 4.2.4 de la norma técnica NTCGP 1000:2009, ya que en el listado de maestro de documentos no cuenta con la relación de los respectivos registros, en especial los que están en uso por parte de los procesos de la entidad.	**30-nov.-16**	NO CONFORMIDAD REAL	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-2016 30-may-2017	Asesor Jurídico	30-jun.-17	Se debe hacer por parte de control interno una nueva revisión de los procedimientos y los formatos aprobados y adoptados, ya que se refiere a algunos que se encuentran obsoletos y precisar el hallazgo u observación	0,0%		Baja	30-jun.-17	SI	SI	SI	Alta	Se revisa los procedimientos actuales y los relacionado con el hallazgo y ya no se encuentran estos referenciados.	SI	Se cierra la acción, se revisan procedimientos actuales .

Región Central	**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	HALLAZGO U OBSERVACIÓN			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 (Señalar modo de consulta)	Efectividad	FECHA DE SEGUIMIENTO	EFECTIVIDAD DE LA ACCIÓN				ANÁLISIS Y RESULTADO (EVIDENCIA) DEL SEGUIMIENTO	CIERRE DE LA ACCION	OBSERVACIONES
			DESCRIPCIÓN	FECHA DE GENERACIÓN	TIPO													Se cumplió la Acción	Evidencias Pertinentes	Evidencias Suficientes	Nivel de Efectividad			
60	Dirección Corporativa	Gestión TICs	Para cumplir con la implementación de la Ley 1712 de 2014, Ley de Transparencia, se deben establecer acciones para incorporar los requerimientos de cada articulo aplicable a la entidad.	21-sep.-16	NO CONFORMIDAD REAL	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 y gestionar su socialización en la web de la entidad.	ACCIÓN CORRECTIVA	15-dic.-16	31/Mar/2017 30/Jun/2017 31/12/2017	Dirección Corporativa Profesional de TIC- Dirección Técnica	30-jun.-17	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 aprobación por parte del AGN, 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 unicamente la analiza. Con base en lo anterior y cumpliendo con los lineamientos del formato de Datos Abiertos, para el tercer trimestre del 2017, se pretende definir el cronograma de trabajo que permita identificar que tipos de datos son abiertos y aplicar los lineamientos de Mintic, para ello se tendrá en cuenta el inventario documental, el proyecto de TRD y la información de Sistema de información geografica. Adicional a esto se realizó una reunion con los funcionarios de los procesos responsables, donde se estableció el cronograma de trabajo y se acordo realizar la revisión de los listados de documentos del sistema gestion de calidad y el cuadro de	25,0%	Listado de asistencia reunion, cronograma de trabajo.	Baja	30-jun.-17	NO	SI	Parcial	Baja	Se evidencian el trámite que se ha realizado a través de las reuniones y el cronograma de trabajo ,pero la acción se cierra una vez la entidad defina que información se publica como datos abiertos.Se unifica con el hallazgo 78 de Dirección Tecnica	NO	Se evidencian el trámite que se ha realizado a través de las reuniones y el cronograma de trabajo ,pero la acción se cierra una vez la entidad defina que información se publica como datos abiertos.Se unifica con el hallazgo 78 de Dirección Tecnica
61	Dirección Corporativa	Gestión Documental	Para cumplir con la implementación de la Ley 1712 de 2014, Ley de Transparencia, se deben establecer acciones para incorporar los requerimientos de cada articulo aplicable a la entidad.	21-sep.-16	NO CONFORMIDAD REAL	El documento "Listado Activos de Información", previsto en el link http://regioncentralrape.gov.co/gestion-documental/, no se puede consultar.	Generar, en coordinación con el proceso Sistema Integrado de Gestión, el documento "Listado Activos de Información" y gestionar su socialización en la página web de la entidad.	ACCIÓN CORRECTIVA	1-oct.-16	31/Mar/2017 30/Jun/2017 31/Dic/2017	Dirección Corporativa Profesional de Gestión Documental	30-jun.-17	El Listado de Activos de Información, actualmente se encuentra en proceso de consolidación desde la Oficina Asesora de Planeación. **Nota:** Debido a que las TRD y el CCD se entregarán en el mes de Julio y teniendo en cuenta que el AGN tiene por ley 90 dias para generar las observaciones, se solicita que la fecha final de esta acción sea el 31 de Diciembre de 2017	70,0%	* Plan de Trabajo de elaboración de TRD * Entrevistas a productores documentales * Cuadro de Clasificación documental * Tablas de Retención Documental por Dirección "Documento de presentación de tablas al AGN - v.1 * Actas de reunión con productores documentales * Acta de aprobación de TRD por parte del Comité Institucional de Desarrollo Administrativo"	Media	30-jun.-17	Parcial	SI	Parcial	Media	Se evidencia el trabajo que se ha venido adelantando en Gestión documental, para consolidar las TRD y gestionar su aprobación. Está acción va ligada a la aprobación de las TRD.	NO	Se evidencia el trabajo que se ha venido adelantando en Gestión documental, para consolidar las TRD y gestionar su aprobación. Está acción va ligada a la aprobación de las TRD.
62	Dirección Corporativa	Gestión TICs	OM 001. Comunicación Interna. Se recomienda documentar las evidencias que dan cuenta de la eficacia, eficiencia y efectividad de las acciones de comunicación interna de la entidad, de acuerdo con los requisitos establecidos en los numerales 5.5.3 de Comunicación Interna de la norma técnica NTCGP 1000:2009	30-nov.-16	NO CONFORMIDAD REAL	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/Mar/2017 30/Jun/2017 **31/09/2017**	Dirección Corporativa Profesional de TIC	30-jun.-17	Se solicitó la actualización del Manual de Gestion de TIC donde se evidencia en la politica 7.7 POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN Y CARGE DE INFORMACION EN LA PAGINA WEB, la cual da cumplimiento al hallazgo. Es de anotar que la administración de la Página WEB es competencia del área de comunicaciones. Teniendo en cuenta lo anterior se solicita prórroga para finalizar esta acción al 30 de septiembre de 2017.	80%	Proyecto de Manual Estratégico de Comunicaciones actualizado Correo Electrónico de mtigar hallazgo Plan de Mjoramiento 13/06/2017	Media	30-jun.-17	Parcial	SI	Parcial	Media	Se evidencia la revisión del Manual, sin embargo la acción se cierra una vez el proyecto se formalice y socialice.	NO	Se evidencia la revisión del Manual, sin embargo la acción se cierra una vez el proyecto se formalice y socialice.
63	Dirección Corporativa	Gestión TICs	NC 001. Seguimiento, Medición y Análisis de Procesos. No se encontraron evidencias que dan cuenta de los criterios y métodos diseñados por la entidad para conocer la eficacia, eficiencia y efectividad del Sistema de Gestión de Calidad y sus procesos, contraviniendo los requisitos establecidos en los literales c), e), f) y g) del numeral 4.1, en los literales a y b del numeral 5.4.2, en el literal c) del numeral 6.2.2, en los literales b y c del numeral 8.1, en el numeral 8.2.3, así como en los literales a, b y c del numeral 8.4 y el numeral 8.5.1 de la norma NTCGP 1000:2009.	30-nov.-16	NO CONFORMIDAD REAL	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/Mar/2017 30/Jun/2017 30/09/2017	Dirección Corporativa Profesional de TIC	30-jun.-17	Se definieron las políticas y lineamientos de operación relacionadas con la atención de los requerimientos tecnológicos internos y fue solicitada la incorporación al Manual TIC. Teniendo en cuenta lo anterior se solicita prórroga para finalizar esta acción al 30 de septiembre de 2017.	80%	Proyecto de Manual Estratégico de Comunicaciones actualizado Correo Electrónico de mtigar hallazgo Plan de Mjoramiento 13/06/2017	Media	30-jun.-17	Parcial	SI	Parcial	Media	En cuanto se oficialice el Manual de Gestión TICS, se verificará el cumplimiento de esta acción.	NO	En cuanto se oficialice el Manual de Gestión TICS, se verificará el cumplimiento de esta acción.
64	Dirección Corporativa	Gestión TICs	NC 007. Satisfacción del Cliente. Se configura la no conformidad del numeral 8.2.1 de la norma técnica NTCGP 1000:2009, correspondiente a la Satisfacción del Cliente, por cuanto no se evidencia el uso ni la institucionalización de instrumentos que le permitan a la entidad contar con información que dé cuenta del nivel de satisfacción de los clientes externos e internos.	30-nov.-16	NO CONFORMIDAD REAL	No se cuenta con un instrumento para la valoración del servicio de soporte prestado en desarrollo del 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/2017 30/Jun/2017 31/Dic/2017	Dirección Corporativa Profesional de TIC	30-jun.-17	Se estableció la necesidad de una aplicación que cumpla con la inedición de la satisfacción del usuario interno y deje una trazabilidad por cada incidente o problema con la infraestructura Tecnológica incluyendo este proyeto con recursos disponibles en POAI 2017. Como acción inmediata se está realizando una encuesta de satisfacción via correo electónico. Debido a esto se solicita prórroga para finalizar esta acción correctiva al 31 de diciembre de 2017.	50,0%	POAI 2017 / PAA Versión 8 Correos con la encuesta de satisfacion.	Media	30-jun.-17	NO	Parcial	Parcial	Baja	Las evidencias del cumplimiento de la acción no son suficientes , si esta va dirijida unicamente a medición de cliente interno. Si es dentro del proceso de Servicio al ciudadno,se ha adelantado el tema de medición de la satisfacción del usuario.	NO	No se evidencia el cumplimiento de la acción, si esta va dirijida unicamente a medición de cliente interno, ya que dentro del proceso de Servicio al ciudadno,se ha adelantado el tema de medición de la satisfacción del usuario.
65	Dirección de Planificación, Gestión y Ejecución de Proyectos	Planificación del Territorio	Para cumplir con la implementación del MECI, a marzo de 2017, se deben establecer acciones para la incorporación adecuada de los elementos básicos del eje transversal de Información y Comunicación	25-jul.-16	NO CONFORMIDAD REAL	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. Definir el portafolio de servicios misionales que incluya la caracterización de los usuarios asociados a cada servicio definido.	ACCIÓN CORRECTIVA	1-oct.-16	31/Mar/2017 30/Jun/2017 31/08/2017	Dirección Técnica	30-jun.-17	En la información de los ejes misionales, se han caracterizado los correspondientes usuarios y partes interesadas. Se debe realizar la validación con el equipo técnico para su posterior publicación	100%	La información de las caracterizaciones de los ejes se puede consultar, una vez esté validada con el equipo técnico en: Intranet - RAPE -Sistema Integrado de Gestión- Sistema de Gestión de Calidad - Mapa de Procesos	Alta	30-jun.-17	Parcial	Parcial	Parcial	Baja	Todos los ejes cuentan con información de sus usuarios y partes interesadas, pero la información se debe consolidar y socializar con la entidad.Se homologa esta acción con el hallazgo 68 y 70	NO	Todos los ejes cuentan con información de sus usuarios y partes interesadas, pero la información se debe consolidar y socializar con la entidad.Se homologa esta acción con el hallazgo 68 y 70
66	Dirección de Planificación, Gestión y Ejecución de Proyectos	Planificación del Territorio	Para cumplir con la implementación de la Ley 1712 de 2014, Ley de Transparencia, se deben establecer acciones para incorporar los requerimientos de cada articulo aplicable a la entidad.	21-sep.-16	NO CONFORMIDAD REAL	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	31/12/2016 31/05/2017 31/08/2017	Dirección Técnica (Dirección de Planificación, Gestión y Ejecución de Proyectos) Oficina Asesora de Planeación Institcuional	30-jun.-17	Se prevé su cumplimiento con la delimitación de procedimientos, documentos y/o registros que se aplican a los procesos misionales, Acción que se adelanta de manera conjunta con la Oficina Asesora de Planeación Institucional para la normalización correspondiente de los procesos que garantizan una correcta prestación de servicios de la entidad. A la fecha se cuenta con la caracterización de usuarios para el Portafolio de Servicios; en reunión con OAPI se estableció la importancia de desarrollar los Servicios que actualmente se encuentran definidos en la entidad. En este sentido, se adelanta de definición del cronograma de actividades cuyo que prevee la definición del Portafolio de Servicios.	50%	Presentación Actas de reunión Listado de asistencia	Baja	30-jun.-17	Parcial	Parcial	Parcial	Baja	Es una acción que esta bajo la responsabilidad también de la Oficina Asesora de Planeación y Asesora de y Comunicación , sobre la cual se trabaja.Esta accion se unifica con el hallazgo de Planeación y Comunicaciones de generar portafolio de servicios No.31 y 25	SI	Es una acción que esta bajo la responsabilidad también de la Oficina Asesora de Planeación y Asesora de y Comunicación , sobre la cual se trabaja.Esta accion se unifica con el hallazgo de Planeación y Comunicaciones de generar portafolio de servicios No.31 y 25
67	Dirección de Planificación, Gestión y Ejecución de Proyectos	Planificación del Territorio	NC 002. Control de Documentos del SGC. Se configura la no conformidad en el cumplimiento de los requisitos establecidos en el literal d) del numeral 4.2.1, así como en los literales d), e), f) y g) del numeral 4.2.3 de la norma técnica NTCGP 1000:2009, ya que no se encontraron evidencias de la disponibilidad de los documentos obsoletos y del control de versiones en los puntos de uso de los documentos. Además, tan solo 3 procesos cuentan con documentación totalmente normalizada.	30-nov.-16	NO CONFORMIDAD REAL	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	15/03/2017 31/05/2017 31/08/2017	Cada uno de los profesionales responsables de los ejes misionales (Dirección de Planificación, Gestión y Ejecución de Proyectos) Oficina Asesora de Planeación Institcuional	30-jun.-17	Se prevé su cumplimiento con la delimitación de procedimientos, documentos y/o registros que se aplican a los procesos misionales, Acción que se adelanta de manera conjunta con la Oficina Asesora de Planeación Institucional para la normalización correspondiente de los procesos que garantizan una correcta prestación de servicios de la entidad.	50%	Borrador de caracterización Procedimientos y formatos.	Baja	30-jun.-17	Parcial	Parcial	Parcial	Baja	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.
68	Dirección de Planificación, Gestión y Ejecución de Proyectos	Planificación del Territorio	OM 002. Requisitos del producto o servicio. En los requisitos establecidos en los numerales 7.2.1 y 7.2.2 de la norma técnica NTCGP 1000:2009, se recomienda estandarizar los instrumentos que permiten definir y realizar la revisión de los requisitos asociados a cada servicio de la entidad.	30-nov.-16	NO CONFORMIDAD REAL	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, estableciendo así el Portafolio de Productos y Servicios de la entidad	ACCIÓN CORRECTIVA	15-dic.-16	14/02/2017 15/05/2017 30/08/2017	Dirección Técnica, Oficina de Planeación y procesos Comunicación Estratégica y de Atención al Ciudadano. Oficina Asesora de Planeación Institcuional Dirección Corporativa (Servicio al Ciudadano) Dirección Ejecutiva (Comunicación Institucional).	30-jun.-17	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. Teniendo en cuenta los servicios definidos en la Resolución 279 de 2016, se establecerá el Portafolio de Productos y/o Servicios, en un trabajo conjunto con OAPI y Dirección Corporativa. A la fecha se cuenta con la caracterización de usuarios para el Portafolio de Servicios; en reunión con OAPI se estableció la importancia de desarrollar los Servicios que actualmente se encuentran definidos en la entidad. En este sentido, se adelanta de definición del cronograma de actividades cuyo que prevee la definición del Portafolio de Servicios.	55%	Los servicios de la entidad se ha ubicado en la web, en el link: http://regioncentralrape.gov.co/servicios-ci	Baja	30-jun.-17	Parcial	Parcial	Parcial	Baja	Esta acción se complementa con la No 68 y 70 de Portafolio de Servicios.	SI	Esta acción se complementa con la No 68 y 70 de Portafolio de Servicios.

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	HALLAZGO U OBSERVACIÓN			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 (Señalar modo de consulta)	Efectividad	FECHA DE SEGUIMIENTO	EFECTIVIDAD DE LA ACCIÓN				ANÁLISIS Y RESULTADO (EVIDENCIA) DEL SEGUIMIENTO	CIERRE DE LA ACCIÓN	OBSERVACIONES
			DESCRIPCIÓN	FECHA DE GENERACIÓN	TIPO													Se cumplió la Acción	Evidencias Pertinentes	Evidencias Suficientes	Nivel de Efectividad			
69	Dirección de Planificación, Gestión y Ejecución de Proyectos	Planificación del Territorio	NC 003. Control de Registros del SGC. Se configura la no conformidad en el cumplimiento de los requisitos establecidos en el literal b) del numeral 4.2.4 de la norma técnica NTCGP 1000:2009, ya que en el listado de maestro de documentos no cuenta con la relación de los respectivos registros, en especial los que están en uso por parte de los procesos de la entidad.	30-nov.-16	NO CONFORMIDAD REAL	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	15/03/2017 31/04/2017 15/08/2017	Cada uno de los profesionales responsables de los ejes misionales	30-jun.-17	Se inició la organización documental de algunos de los expedientes, como: Mercados Campesinos del Eje de Seguridad Alimentaria y se generaron los FUD parciales de los Ejes de Gobernanza, Competitividad y Sustentabilidad, sin embargo, esta pendiente su revisión y actualización, además de los FUD de Infraestructura y Seguridad Alimentaria. Para lo cual se adelantará una estrategia de revisión y actualización correspondiente. Se aprobó la propuesta de TRD para el área misional	35%	Acta de aprobación de la propuesta de TRD por parte de la Directora Técnica	Baja	30-jun.-17	NO	Parcial	NO	Baja	Se observa que se adelanta el proceso en conjunto con la aprobación de TRD y proceso de gestión documental.Se cumple la acción con el hallazgo No. 51 De Corporativa.	SI	Se observa que se adelanta el proceso en conjunto con la aprobación de TRD y proceso de gestión documental.Se cumple la acción con el hallazgo No. 51 De Corporativa.
70	Dirección de Planificación, Gestión y Ejecución de Proyectos	Planificación del Territorio	OM 002. Requisitos del producto o servicio. En los requisitos establecidos en los numerales 7.2.1 y 7.2.2 de la norma técnica NTCGP 1000:2009, se recomienda estandarizar los instrumentos que permiten definir y realizar la revisión de los requisitos asociados a cada servicio de la entidad.	30-nov.-16	OPORTUNIDAD DE MEJORA	La caracterización de las expectativas y necesidades de los usuarios misionales, no se encuentra consolidad 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	30/06/2017 31/08/2017	Dirección de Planificación, Gestión y Ejecución de Proyectos	30-jun.-17	Definir los instrumentos (se propone encuesta) teniendo en cuenta los servicio que presta la entidad y espacio en el cual se aplicaría.	0%		Baja	30-jun.-17	NO	NO	NO	Baja	Esta acción se complementa con la No 68 y 70 .	SI	Esta acción se complementa con la No 68 y 70 de Portafolio de Servicios.
71	Dirección de Planificación, Gestión y Ejecución de Proyectos	Planificación del Territorio	NC 007. Satisfacción del Cliente. Se configura la no conformidad del numeral 8.2.1 de la norma técnica NTCGP 1000:2009, correspondiente a la Satisfacción del Cliente, por cuanto no se evidencia el uso ni la institucionalización de instrumentos que le permitan a la entidad contar con información que dé cuenta del nivel de satisfacción de los clientes externos e internos.	30-nov.-16	NO CONFORMIDAD REAL	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 ficha 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	15/03/2017 31/06/2017 31/08/2017	Dirección de Planificación, Gestión y Ejecución de Proyectos Dirección Corporativa (Servicio al Ciudadano)	30-jun.-17	Participación en el proceso de elaboración de los instrumentos de satisfacción de los usuarios, con el Proceso de Servicio al Ciudadano, teniendo encuenta los lineamientos del Portafolio de Servicios que se defina.	0,0%		Baja	30-jun.-17	Parcial	SI	NO	Baja	El tema de satisfacción del usuario se viene trabajando desde la Dirección Corporativa y Oficina de Planeación, por lo cual esta acción se recomienda consolidarla con la No. 79 Y 32.	SI	El tema de satisfacción del usuario se viene trabajando desde la Dirección Corporativa y Oficina de Planeación, por lo cual esta acción se recomienda consolidarla con la No. 79 Y 32.
72	Dirección de Planificación, Gestión y Ejecución de Proyectos	Planificación del Territorio	NC 009. Evidencias Producto No Conforme. Se contravienen las disposiciones previstas en los literales s y d, así como las aclaraciones señaladas en el numeral 8.3 de la norma técnica NTCGP 1000:2009, por cuanto no se encontraron evidencias que den cuenta del uso del procedimiento P-SIG.04 "Producto y/o servicio no conforme".	30-nov.-16	NO CONFORMIDAD REAL	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	15/03/2017 31/07/2017 31/08/2017	Dirección de Planificación, Gestión y Ejecución de Proyectos Oficina Asesora de Planeación Institucional	30-jun.-17	Esta actividad se prevé una vez se actualicen y normalicen los procedimientos de los procesos misionales.	0,0%		Baja	30-jun.-17	NO	NO	NO	Baja	No se observan evidencias que den cuenta del nivel de cumplimiento de este compromiso. Se recomienda definir la pertinencia de dejar este hallazgo como una acción a realizar no a mejorar.	SI	No se observan evidencias que den cuenta del nivel de cumplimiento de este compromiso. Se recomienda definir la pertinencia de dejar este hallazgo como una acción a realizar no a mejorar.
73	Dirección de Planificación, Gestión y Ejecución de Proyectos	Planificación del Territorio	NC 009. Evidencias Producto No Conforme. Se contravienen las disposiciones previstas en los literales s y d, así como las aclaraciones señaladas en el numeral 8.3 de la norma técnica NTCGP 1000:2009, por cuanto no se encontraron evidencias que den cuenta del uso del procedimiento P-SIG.04 "Producto y/o servicio no conforme".	30-nov.-16	NO CONFORMIDAD REAL	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	31-jul.-17 15/10/2017	Dirección de Planificación, Gestión y Ejecución de Proyectos	30-jun.-17	Esta actividad se prevé una vez se actualicen y normalicen los procedimientos de los procesos misionales.	0,0%		Baja	30-jun.-17	NO	NO	NO	Baja	No se observan evidencias que den cuenta del nivel de cumplimiento de este compromiso. Se recomienda definir la pertinencia de dejar este hallazgo como una acción a realizar ya que no se ha realizado auditoría de calidad a procesos misionales, para poder aplicarlo.	SI	No se observan evidencias que den cuenta del nivel de cumplimiento de este compromiso. Se recomienda definir la pertinencia de dejar este hallazgo como una acción a realizar ya que no se ha realizado auditoría de calidad a procesos misionales, para poder aplicarlo.
74	Dirección de Planificación, Gestión y Ejecución de Proyectos	Planificación del Territorio	NC 001. Seguimiento, Medición y Análisis de Procesos. No se encontraron evidencias que den cuenta de los criterios y métodos diseñados por la entidad para conocer la eficacia, eficiencia y efectividad del Sistema de Gestión de Calidad y sus procesos, contraviniendo los requisitos establecidos en los literales c), e), f) y g) del numeral 4.1, en los literales a y b del numeral 5.4.2, en el literal c) del numeral 6.2.2, en los literales b y c del numeral 8.1, en el numeral 8.2.3, así como en los literales a, b y c del numeral 8.4 y el numeral 8.5.1 de la norma NTCGP 1000:2009.	30-nov.-16	NO CONFORMIDAD REAL	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 30/09/2017	Dirección de Planificación, Gestión y Ejecución de Proyectos	30-jun.-17	Se han definido cinco (5) indicadores de proceso 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. OAPI cuenta con una matriz de indicadores esta pendiente la actualización de acuerdo a los nuevos compromisos de la entidad.	90,0%	Indicadores definidos en la propuesta de caracterización del proceso misional. Matriz de Indicadores de Gestión	Alta	30-jun.-17	Parcial	SI	Parcial	Media	Los indicadores definidos, se deben socializar y publicar, para cumplimiento de la acción	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.
76	Dirección de Planificación, Gestión y Ejecución de Proyectos	Planificación del Territorio	Los criterios adicionales de valoración del nivel de implementación del MECI, incorporados en el aplicativo del DAFP, evidencian la necesidad de generar acciones de intervención en los procesos de la entidad.	28-feb.-17	NO CONFORMIDAD REAL	Los procesos misionales no han atendido con oportunidad los compromisos establecidos en el plan de mejoramiento	Establecer un plan de trabajo interno para definir roles, responsabilidades, y las fechas de cumplimiento de los compromisos específicos del área misional en el plan de mejoramiento institucional.	ACCIÓN CORRECTIVA	24-abr.-17	14-jul.-17	Dirección de Planificación, Gestión y Ejecución de Proyectos	30-jun.-17	El plan de trabajo está previsto desarrollarse entre abril y mayo de 2017. Se elaboró el plan de trabajo. Sin embargo, se ajustó debido a que las actividades se retrasaron considerando el aumento en la dedicación para realizar ajustes al POAI según los proyectos del PEI2.	100,0%	Plan de trabajo ajustado	Alta	30-jun.-17	SI	SI	SI	Alta	Se evidenció el plan de trabajo ajustado	SI	Se evidenció el plan de trabajo ajustado
77	Dirección de Planificación, Gestión y Ejecución de Proyectos	Planificación del Territorio	Los criterios adicionales de valoración del nivel de implementación del MECI, incorporados en el aplicativo del DAFP, evidencian la necesidad de generar acciones de intervención en los procesos de la entidad.	28-feb.-17	OPORTUNIDAD DE MEJORA	Dentro del componente de alianzas instituciones previsto en el formulario FURAG II del aplicativo DAFP, se definió la necesidad de establecer alianzas público-privadas, en las entidades públicas, las cuales no han sido documentadas aún por la entidad.	Revisar la pertinencia, identificar y documentar las necesidades de alianzas público-privadas (APP)	ACCIÓN DE MEJORA	30-abr.-17	31/07/2017 30/09/2017	Dirección de Planificación, Gestión y Ejecución de Proyectos Oficina Asesora de Planeación Institucional	30-jun.-17	Ya se han identificado diferentes posibilidades de financiación y cooperación para el desarrollo de las actividades misionales. Se plantea la elaboración de un documento que registre la pertinencia, identificación de las necesidades de APP en la Región Central	5,0%		Baja	30-jun.-17	NO	NO	NO	Baja	Se realizan las gestiones pero no se evidencia la documentación de esta acción, el cierre se realiza en el momento que se presenten evidencias de la gestión .	NO	Se realizan las gestiones pero no se evidencia la documentación de esta acción, el cierre se realiza en el momento que se presenten evidencias de la gestión .
78	Dirección de Planificación, Gestión y Ejecución de Proyectos	Planificación del Territorio	Los criterios adicionales de valoración del nivel de implementación del MECI, incorporados en el aplicativo del DAFP, evidencian la necesidad de generar acciones de intervención en los procesos de la entidad.	28-feb.-17	NO CONFORMIDAD POTENCIAL	La entidad no cuenta con mecanismos que faciliten el compartir información y/o bases de datos, producto de su quehacer misional.	Gestionar la publicación de información y/o bases de datos de la Entidad, con el fin simplificar al ciudadano la realización de los trámites y solicitudes, en coordinación con el proceso de Servicio al Ciudadano.	ACCIÓN PREVENTIVA	1-jun.-17	30-oct.-17	Dirección de Planificación, Gestión y Ejecución de Proyectos	30-jun.-17	Se efectuó la compra de la licencia de ArcGIS que incluyó el módulo del visor de mapas, para facilitar el acceso a la información cartográfica de la Entidad. Se realizó capacitación virtual para el cargue y manejo de la información del visor de mapas. Así mismo, se busca que la información publicada sea considerada en la estrategia de Datos Abiertos, liderada por MinTIC. Esta estrategia involucra procesos de la Dirección Corporativa (TIC, Gestión Documental y Servicios al Ciudadano), OAPI (Administración de SIG) y los procesos misionales.	50,0%	Orden de compra mediante Tienda Virtual del Estado Colombiano No. 17508 Presentación Datos Abiertos	Baja	30-jun.-17	Parcial	Parcial	Parcial	Baja	La acción se unifica con los hallazgos No 60 y 80 de la Dirección Corporativa,cierra cuando la pagina web nos permita compartir toda la información de carácter público e inquietudes con el ciudadano, la acción se comparte con el proceso de Servicio al Ciudadano	SI	La acción se unifica con los hallazgos No 60 y 80 de la Dirección Corporativa,cierra cuando la pagina web nos permita compartir toda la información de carácter público e inquietudes con el ciudadano, la acción se comparte con el proceso de Servicio al Ciudadano
79	Dirección Corporativa	Servicio al Ciudadano	NC 007. Satisfacción del Cliente. Se configura la no conformidad del numeral 8.2.1 de la norma técnica NTCGP 1000:2009, correspondiente a la Satisfacción del Cliente, por cuanto no se evidencia el uso ni la institucionalización de instrumentos que le permitan a la entidad contar con información que dé cuenta del nivel de satisfacción de los clientes externos e internos.	30-nov.-16	NO CONFORMIDAD REAL	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 definan.	ACCIÓN CORRECTIVA	15-dic.-16	30/04/2017 **31/12/2017**	Dirección Corporativa Profesional de Atención al ciudadano. Oficina Asesora de Planeación . Dirección Técnica	30-jun.-17	En el Manual de Servicio al Ciudadano que se esta adelantando, describirá la metodología de medición de la satisfacción al Ciudadano que se aplicará en todos los canales de atención identificados para la entidad. Adicionalmente, Se incluye una encuesta de satisfacción al ciudadano que sería aplicada en cada uno de los canales de atención, falta ajustar, realizar pruebas y aprobar. Debido a esto se solicita prórroga para finalizar esta acción correctiva al 31 de diciembre de 2017.	50,0%	Protocolos de atención Encuestas de satisfacción Aplicadas	Baja	30-jun.-17	Parcial	Parcial	NO	Baja	Las evidencias no son suficientes para concluir que se ha avanzado considerablemente en el tema.SE unifica este hallazgo con el de Oficina Asesora de Planeación No. #32 y se unifica y complementa con el hallazgo No 80 de Corporativa. SE unifica con el hallazgo No. 71 de Dirección tecnica	NO	Las evidencias no son suficientes para concluir que se ha avanzado considerablemente en el tema.SE unifica este hallazgo con el de Oficina Asesora de Planeación No. #32 y se unifica y complementa con el hallazgo No 80 de Corporativa. SE unifica con el hallazgo No. 71 de Dirección tecnica
80	Dirección Corporativa	Servicio al Ciudadano	NC 007. Satisfacción del Cliente. Se configura la no conformidad del numeral 8.2.1 de la norma técnica NTCGP 1000:2009, correspondiente a la Satisfacción del Cliente, por cuanto no se evidencia el uso ni la institucionalización de instrumentos que le permitan a la entidad contar con información que dé cuenta del nivel de satisfacción de los clientes externos e internos.	30-nov.-16	OPORTUNIDAD DE MEJORA	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/2017 30/Jun/2017 **31/12/2017**	Dirección Corporativa Profesional de Atención al ciudadano	30-jun.-17	Se definió una base de datos para registro de consultas de cada uno de los canales dispuestos, con la cual se hace seguimiento a la funcionalidad de los canales y a la satisfacción del usuario. Adicionalmente, se definieron los protocolos para cada uno de los canales de atención dejando pendiente la aprobación de los mismos. **Nota:** Una vez se normalice el proceso de Servicio al Ciudadano, se procederá a la socialización de los protocolos para la implementación de los mismos, asegurando así la funcionalidad de los canales de atención, por lo anterior se solicita que la fecha final de esta acción sea el 31 de diciembre de 2017.	60%	Base de datos de seguimiento canales de atención Protocolos de atención	Media	30-jun.-17	Parcial	Parcial	Parcial	Baja	Los canales de comunicación de los usurios se evidencian en el uso del correo electrónico y la ventanilla de atención, la acción se debe evidenciar con lo establecido en el manual de Servicio al Ciudadano.	NO	Los canales de comunicación de los usurios se evidencian en el uso del correo electrónico y la ventanilla de atención, la acción se debe evidenciar con lo establecido en el manual de Servicio al Ciudadano.

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	HALLAZGO U OBSERVACIÓN			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 (Señalar modo de consulta)	Efectividad	FECHA DE SEGUIMIENTO	EFECTIVIDAD DE LA ACCIÓN				ANÁLISIS Y RESULTADO (EVIDENCIA) DEL SEGUIMIENTO	CIERRE DE LA ACCIÓN	OBSERVACIONES
			DESCRIPCIÓN	FECHA DE GENERACIÓN	TIPO													Se cumplió la Acción	Evidencias Pertinentes	Evidencias Suficientes	Nivel de Efectividad			
81	Dirección Corporativa	Servicio al Ciudadano	Los criterios adicionales de valoración del nivel de implementación del MECI, incorporados en el aplicativo del DAFP, evidencian la necesidad de generar acciones de intervención en los procesos de la entidad.	**28-feb.-17**	OPORTUNIDAD DE MEJORA	Los usuarios de la entidad no cuentan con mecanismos o alternativas que les facilite consultar el estado de sus peticiones, quejas, reclamos o solicitudes.	Generar mecanismos y/u opciones o tecnológicas que permitan al ciudadano hacer seguimiento al estado de sus trámites y peticiones en forma fácil y oportuna.	ACCIÓN DE MEJORA	1-mar.-17	30/06/2017 **31/12/2017**	Dirección Corporativa Profesional de Atención al ciudadano	30-jun.-17	Se definio y alimentó una base de datos de consultas recibidas por los diferentes canales de comunicación de la entidad, con el fin de establecer el perfil de los usuarios, tipos de consultas y el seguimiento de respuesta de les mismas, entre otros. **Nota:** Mediante el Sistema de Información SIDCAR, se logrará implementar la ventanilla virtual la cual permitirá al ciudadano realizar el seguimiento a sus PQRSD, por lo anterior se solicita que la fecha fin de esta acción sea el 31 de diciembre de 2017.	50,0%	Base de datos de consultas recibidas Estudio previo convenio Marco - CAR	Baja	30-jun.-17	Parcial	NO	Parcial	Baja	Se evidencia el enlace de Contactenos de la página web de la entidad se observa el lineamiento "*Si desea conocer la respuesta de un requerimiento, solicítella al correo contactenos@regioncentralrape.gov.co*", pero a la fecha no se ha desarrollado la herramienta de seguimiento para que el usuario haga seguimiento al estado de sus trámites de forma fácil y oportuna.	NO	la acción se cierra solo hasta la instlación de la herramienta.
82	Dirección Corporativa	Servicio al Ciudadano	Los criterios adicionales de valoración del nivel de implementación del MECI, incorporados en el aplicativo del DAFP, evidencian la necesidad de generar acciones de intervención en los procesos de la entidad.	**28-feb.-17**	NO CONFORMIDAD POTENCIAL	No se han realizado consultas a la ciudadanía o a los usuarios, que permitan identificar acciones de mejora en la planeación, evaluación y desempeño de la entidad.	Realizar consultas a la ciudadanía, procesar y analizar los resultados, para establecer oportunidades de mejorar la planeación, la evaluación, la gestión y el desempeño	ACCIÓN PREVENTIVA	1-mar.-17	30/06/2017 **31/12/2017**	Dirección Corporativa Profesional de Atención al ciudadano	30-jun.-17	Se diseño una encuesta para medir la satisfacción de los usuarios, la cual será aplicada en el segundo trimestre de 2017, . No obstante en la aplicación se evidencio la necesidad de ajustar las preguntas reduciendo el tiempo de respuesta de los ciudadanos. **Nota:** Adicionalmente con la Dirección Técnicas se compilarán y analizarán las encuestas de satisfacción realizadas en los mercados campesinos. Por lo anterior, se solicita que la fecha fin de esta acción sea el 31 de diciembre de 2017.	50,0%	Encuestas de medición de usuarios Encuestas mercados campesinos	Baja	30-jun.-17	Parcial	Parcial	Parcial	Baja	La acción se cumple con las actividades del hallazgo 79 y 80 .	SI	La acción se cumple con las actividades del hallazgo el hallazgo 79 y 80 .
83	Dirección Corporativa	Gestión Financiera	Auditoría al proceso de gestión financiera - RC. 004. Fenecimiento de Reservas: Dado que la entidad ha realizado el fenecimiento de las reservas que no se giran durante la vigencia de ejecución, no ha permitido la generación de pasivos, sin embargo es necesario establecer los lineamientos del caso, dada la posibilidad de ocurrencia de este hecho.	**15-may.-17**	OPORTUNIDAD DE MEJORA	Para el caso de constituir pasivos exigibles o vigencias expiradas, la entidad requiere de lineamientos específicos para proceder.	Establecer lineamientos para orientar a la entidad en el caso de que sea necesario constituir Pasivos Exigibles o Vigencias Expiradas.	ACCIÓN PREVENTIVA	1-jun.-17	31-dic.-17	Profesional Especializado Área Financiera	30-jun.-17	Se están estableciendo los lineamientos para orientar a la entidad con el fin de conocer en que casos se debe efectuar un pasivo exigible o fenecimiento de las reservas, mediante un procedimiento el cual se estará normalizando en el siguiente trimestre.	10,0%		Baja	30-jun.-17	NO	NO	NO	Baja	No se muestra avance en la gestión	NO	No se muestra avance en la gestión
84	Dirección Corporativa	Gestión Financiera	Auditoría al proceso de gestión financiera - RC. 007. Seguimiento y Rendición de Cuentas: Aunque la entidad atiende las disposiciones legales sobre los informes a presentar o publicar, se requiere fortalecer la socialización, retroalimentación y generación de alertas sobre la ejecución presupuestal de la entidad.	**15-may.-17**	OPORTUNIDAD DE MEJORA	El uso del PAC, como herramienta oficial de seguimiento a la ejecución del presupuesto de la entidad, tal y como lo establece el Estatuto Orgánico de Presupuesto, requiere de mayor socialización y cultura de monitoreo.	Generar alertas mensuales y socializar los resultados de la ejecución del PAC de la entidad con el equipo directivo y los demás responsables de la gestión del presupuesto.	ACCIÓN DE MEJORA	22-may.-17	31-dic.-17	Técnico Administrativo Tesorería	30-jun.-17	Se realizó Circular 16 de fecha 23 de mayo de 2017, en donde se solicitó a las diferentes dependencias la reprogramación del PAC de junio a diciembre del PAC Actual y de Reservas Presupuestales. Seguidamente se realizó una socialización a manera de taller el día martes 30 de mayo de 2017 a los funcionarios de la entidad sobre el manejo del PAC e implicaciones de no aplicarlo. Así mismo la Directora Corporativa efectuó la socialización del informe de resultados en el Comité Directivo del mes de mayo 2017.	80,0%	Correo electrónico, Circular 16, listado de asistencia y Resolución 137	Alta	30-jun.-17	SI	SI	SI	Alta	Es una acción que se puede consolidar con la numero 54 , se cierra y se recomienda el seguimiento a la acción.	SI	Es una acción que se puede consolidar con la numero 54 , se cierra y se recomienda el seguimiento a la acción.
85	Dirección Corporativa	Gestión Financiera	Auditoría al proceso de gestión financiera - NC. 001. Modificaciones al Programa Anual Mensualizado de Caja: No se están atendiendo los requisitos previstos en el Acuerdo regional 011 de 2015 (arts. 58, 61 y 62), en el Procedimiento RAPE P.GF.03 Programa Anual Mensualizado de Caja (PAC) y en el Manual de Tesorería M.GF.03, con relación a la modificación del PAC.	**15-may.-17**	NO CONFORMIDAD REAL	El procedimiento RAPE P.GF.03 Programa Anual Mensualizado de Caja (PAC), no se está aplicando con rigurosidad, ocasionando que los ajustes al PAC no consideren los términos y protocolos previstos en el Estatuto Orgánico de Presupuesto de la entidad	Dar cumplimiento al procedimiento y ajustar el formato de proyección del PAC mensualizado y formalizar el formato de solicitud de ajuste y/o modificación PAC.	ACCIÓN CORRECTIVA	22-may.-17	31-dic.-17	Técnico Administrativo Tesorería	30-jun.-17	A través de la circular 16 y la Resolución 137 de 2016, se está dando cumplimiento al procedimiento RAPE P.GF.03 Programa Anual Mensualizado de Caja (PAC). Adicionalmente, junto con la Oficina de Planeación se actualizó el formato F-GF.03-01 Proyección del programa anual Mensualizado de Caja (PAC) por procesos y se normalizó el formato F-GI.03-03 ajuste o modificación del Programa Anual Mensualizado de Caja (PAC) En consecuencia de esta acción se solicita el cierre de la misma.	100,0%	Correo electrónico, Circular 16, listado de asistencia, Resolución 137, formatos F-GF.03-01 y FGI.03-03.	Alta	30-jun.-17	SI	SI	SI	Alta	Se evidencia el cumplimiento de la acción. Es para seguimiento y evaluación permanente.	SI	Se cierra la acción
86	Dirección Corporativa	Gestión Financiera	Auditoría al proceso de gestión financiera - NC. 002. Formalización de la Constitución de Reservas: Se evidenció el incumplimiento del Acuerdo Regional 005 de 2016, que establece que las reservas presupuestales deben constituirse a más tardar el 3 de enero de cada año mediante resolución expedida por el Director Ejecutivo de la RAPE Región Central.	**15-may.-17**	NO CONFORMIDAD REAL	La entidad constituyó las reservas mediante acta firmada por el Director Corporativo, el día 15 de enero de 2017, contraviniendo las disposiciones del Acuerdo Regional 005 de 2016.	Revisar los actos administrativos de aprobación y/o de liquidación del presupuesto de la entidad, con el fin de precisar los términos y condiciones para la realización de la constitución de las reservas de 2017, de acuerdo con los lineamientos de la normatividad vigente y constituir las reservas a través de acto administrativo	ACCIÓN CORRECTIVA	1-jun.-17	31-ene.-18	Profesional Especializado Área Financiera	30-jun.-17	Una vez revisados los actos administrativos de aprobación y/o liquidación del presupuesto de la entidad se llegó a la conclusión que esta actividad se cumplirá en el mes enero de 2018 con la elaboración de la resolución de las Reservas Presupuestales 2018.	50,0%	Acuerdo Regional 011 de 2015	Media	30-jun.-17	Parcial	Parcial	Parcial	Baja	Se deja la acción con el fin hacer seguimiento en el momento de su ocurrencia.	NO	Para seguimiento y evaluación
87	Dirección Corporativa	Gestión Financiera	Auditoría al proceso de gestión financiera - OM. 001. Indicadores: Existen indicadores del proceso en el Manual de Políticas Contables M-GF.02 de la entidad, no hacen parte de la matriz de indicadores del proceso de gestión financiera.	**15-may.-17**	OPORTUNIDAD DE MEJORA	Los indicadores relacionados en el Manual de Políticas Contables M-GF.02 de la entidad, no hacen parte de la matriz de indicadores del proceso de gestión financiera.	Revisar la pertinencia de los indicadores asociados con el proceso de gestión financiera y ajustar y/o actualizar la información en Manual de Políticas Contables.	ACCIÓN PREVENTIVA	1-jun.-17	31-dic.-17	Profesional Especializado Área Financiera	30-jun.-17	Se realizó un análisis de los indicadores asociados con el proceso de Gestión Financiera, seguidamente se solicitó mediante correo electrónico de fecha 29 de junio a la Oficina Asesora de Planeación justificando la modificación del Manual de Políticas y Procedimientos Contables, para retirar de este los indicadores financieros.	50,0%	Correo eléctronico de fecha 29 de junio de 2017	Media	30-jun.-17	Parcial	Parcial	Parcial	Baja	Se pide retirar los indicadores a Calidad, pero a la vez se debe revisar la pertinencia de formular otros que nos permita medir la gestión de la entidad, desde ese proceso.	NO	Se pide retirar los indicadores a Calidad, pero a la vez se debe revisar la pertinencia de formular otros que nos permita medir la gestión de la entidad, desde ese proceso.
88	Dirección Corporativa	Gestión Financiera	Auditoría al proceso de gestión financiera - OM.002. Control Validación Información Exógena: Se evidenciaron debilidades en los controles para reducir el riesgo en el diligenciamiento y verificación de la información de la entidad, cargada a través del formato 1001 de información exógena.	**15-may.-17**	OPORTUNIDAD DE MEJORA	Se encontraron diferencias entre la información del aplicativo TNS, mediante el cual se gestiona la información de nómina, presupuesto, tesorería y contabilidad, y la del formato DIAN No. 1001, documento oficial de captura de información exógena por parte de dicha entidad	Optimizar los controles antes de reportar la información exógena de la siguiente manera: 1. El profesional especializado del área financiera realizará la verificación Manual del aplicativo TNS -libros auxiliares- con el formato 1001 de la DIAN y realizará los ajustes correspondientes. 2. El Director Administrativo y Financiero validará junto con el profesional del área financiera que los reportes generados por TNS concuerden con los formatos 1001 de la DIAN antes del envió de la información.	ACCIÓN DE MEJORA	1-jun.-17	30-abr.-18	Profesional Especializado Área Financiera	30-jun.-17	Esta actividad se inicia a partir de marzo de 2018	0,0%		Baja	30-jun.-17	NO	NO	NO	Baja	La acción conlleva es a establecer controles para la conciliación de la información a reportar, frente a los soportes en el sistema.	NO	No se cierra la acción, se puede establecer controles y se mantiene para control y seguimiento.
89	Dirección Corporativa	Gestión Financiera	Auditoría al proceso de gestión financiera - OM. 003. Control Información Conciliación Bancaria: El cruce de cuentas se realiza de forma manual, mediante formatos de apoyo, verificando una a una cada cuenta del mes, en donde el factor humano puede configurar riesgos asociados con la ocurrencia de descuadres futuros y falta de oportunidad para subsanarlos, que podrían ocasionar la posible ineficiencia del proceso conciliatorio.	**15-may.-17**	OPORTUNIDAD DE MEJORA	Revisados los cruces de cuentas de algunos periodos específicos, se pudo establecer la debilidad de los controles realizados para la conciliación bancaria.	Realizar los ajustes en el aplicativo TNS oportunamente	ACCIÓN DE MEJORA	1-jun.-17	31-dic.-17	Profesional Especializado/Técnico Administrativo	30-jun.-17	Durante este periodo se han presentado un ajuste el cual se realizo oportunamente en el mes de junio de acuerdo al comprobante de Contabilidad CC-00-00008 22 de junio de 2017.	14,3%	comprobantes de Contabilidad CC-00-00008 22 de junio de 2017.	Baja	30-jun.-17	SI	SI	SI	Alta	la acción se cierra ya que en el hallazgo No. 88 se debe establecer un punto de control mensual del cruce de la información en el momento de realizar las conciliaciones de toda la información que genera el sistema.	SI	Para control y seguimiento.
90	Dirección Corporativa	Gestión Financiera	Auditoría al proceso de gestión financiera - OM. 004. Informe Contable por cambio de representante legal: El informe contable realizado cuando se han producido cambios de representante legal, presenta debilidades en la atención de las disposiciones del capítulo 4°, del Título IV "Procedimientos relativos a los estados, informes y reportes contables", del Régimen de Contabilidad Pública, .	**15-may.-17**	OPORTUNIDAD DE MEJORA	El informe contable realizado cuando se han producido cambios de representante legal, no aclara algunos aspectos que no son aplicables en la entidad, y requiere de mayor detalle en la relación de documentos y soportes contables.	Mejorar la construcción y soportes del informe contable que se debe presentar cuando se produzcan cambios de representante legal o del contador, y establecer las justificaciones y explicaciones correspondientes, cuando los criterios establecidos allí no sean aplicables a la entidad de conformidad con la Circular 5 de 2015 de la Contaduría General de Nación.	ACCIÓN PREVENTIVA	1-jun.-17	31-dic.-17	Profesional Especializado Área Financiera	30-jun.-17	A la fecha de corte de este seguimiento no se ha presentado cambio de Director Ejecutivo y/o Contador Público en la entidad. Para el tercer trimestre, se realizará una socialización a las personas involucradas en este proceso con el fin de que cuando exista la necesidad de construir los informes contables a la hora de cambio de Representante Legal y/o Contador Público se realice con las indicaciones establecidas	0,0%		Baja	30-jun.-17	SI	SI	SI	Alta	La entrega de los cargos y su información debe ajustarse a lo establecido por la ley y las observaciones pertinentes al caso las realiza quien recibe el cargo en el tiempo establecido.	SI	Se cierra ya que es una acción cuyo control es en el momento de generarse
91	Dirección Corporativa	Gestión Financiera	Auditoría al proceso de gestión financiera - OM. 005. Modificación del presupuesto al interior de la entidad: El alcance del procedimiento P-DE.04 Formulación y Modificación del Presupuesto, no contempla el desarrollo de modificaciones al presupuesto, y no define controles o políticas de operación para realizar ajustes al interior del presupuesto de la entidad.	**15-may.-17**	OPORTUNIDAD DE MEJORA	El procedimiento P-DE.04 Formulación y Modificación del Presupuesto, no establece políticas de operación, actividades, formatos o controles, y no existen lineamientos específicos en caso de la ocurrencia de modificaciones presupuestales o de la necesidad de realizar ajustes al interior del presupuesto de la entidad.	Informar a la OAPI la necesidad de proceder a ajustar el procedimiento P-DE.04 "Formulación y Modificación del Presupuesto" conforme al Estatuto de presupuesto de la Entidad. Adicionalmente, solicitar la revisión y pertinencia de la adopción del Manual de Presupuesto que se encuentra en proceso en aras de armonizar el procedimiento, con las disposiciones presupuestales vigentes.	ACCIÓN PREVENTIVA	1-jun.-17	30-sep.-17	Profesional Especializado Área Financiera	30-jun.-17	Se solicitó mediante correo electrónico de fecha 29 de junio a la Oficina Asesora de Planeación el ajuste al procedimiento P-DE.04 "Formulación y Modificación del Presupuesto" conforme al Estatuto de presupuesto de la Entidad. Así mismo se solicitó en el mismo correo anterior, la revisión y pertinencia de adopción del Manual de Presupuesto y la armonización de estos. En consecuencia de esta acción se solicita el cierre de la misma.	100,0%	Correo eléctronico de fecha 29 de junio de 2017	Alta	30-jun.-17	Parcial	Parcial	Parcial	Baja	Se mantiene la acción hasta que la Oficina de Planeación realice el ajuste del procedimiento y la adopción del Manual	NO	Se continua seguimiento y evaluación
92																								
93																								
94																								
95																								
96																								
97																								

Región Central	**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	HALLAZGO U OBSERVACIÓN			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 (Señalar modo de consulta)	Efectividad	FECHA DE SEGUIMIENTO	EFECTIVIDAD DE LA ACCIÓN				ANÁLISIS Y RESULTADO (EVIDENCIA) DEL SEGUIMIENTO	CIERRE DE LA ACCIÓN	OBSERVACIONES
			DESCRIPCIÓN	FECHA DE GENERACIÓN	TIPO													Se cumplió la Acción	Evidencias Pertinentes	Evidencias Suficientes	Nivel de Efectividad			
98																								
99																								
100																								
101																								
102																								
103																								
104																								
105																								
106																								
107																								
108																								
109																								
110																								
111																								
112																								
113																								
114																								
115																								
116																								