CITESE : 20200113832168EI

COMUNICACIÓN INTERNA

Fecha: **26 de febrero de 2020**

Para: **Dr. Guillermo Duran Uribe**
Personero

Dr. Carlos Alberto Bayer
Jefe de Planeación

Dra. Maria Catalina Diez
Profesional Universitaria Oficina de Planeación

CC: **Líderes de Proceso, Promotores de Calidad, Auditores Internos**

Asunto: **Informe del estado del Plan de Mejoramiento Institucional segundo semestre de 2019**

Respetados(as) Doctores(as):

Por medio de la presente me permito hacerles remisión de los resultados del seguimiento al estado de las acciones correctivas, preventivas y de mejora, contenidas en Plan de Mejoramiento Institucional (PMI) vigente.

El objetivo general de esta evaluación, fue determinar **el grado de implementación y eficacia de las acciones correctivas y preventivas** formuladas por los líderes de procesos con el fin de dar solución a los hallazgos generados en las auditorías internas o externas u otras fuentes.

El alcance de la presente evaluación incluye todos los planes de mejora establecidos dentro del periodo 2017-2019, puesto que muchos de los hallazgos y sus respectivas acciones, emprendidas en los años 2017 y 2018 no han sido ejecutados en su totalidad y, por tanto, no se ha concluido con su cierre.

Adjunto a este comunicado encontrarán el informe respectivo.

Cordialmente,

JORGE HERNANDO GUTIERREZ MORALES
Jefe de Control Interno

MMTOBON Tarea: 1731

CITESE : 20200113832168EI

INFORME DE EVALUACIÓN DEL ESTADO DEL PLAN DE MEJORA INSTITUCIONAL
(ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA PERIODO 2017 -2019)

FECHA DE CORTE: 31de diciembre de 2019

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Medellín, febrero 2020

MMTOBON Tarea: 1731

1. OBJETIVOS

- Determinar en qué medida los Líderes de Proceso establecen Planes de Mejora (acciones correctivas, preventivas y de mejora) como respuesta a los resultados de Auditoría y Evaluación y según los parámetros establecidos dentro del proceso de Mejoramiento Continuo.
- Evaluar el grado de ejecución y eficacia de los Planes de Mejora (establecidos por los Líderes a fin de corregir desviaciones y mejorar el desempeño de los procesos.

2. ALCANCE

El alcance de la presente evaluación incluye todos los planes de mejora establecidos dentro del periodo 2017-2019, puesto que muchos de los hallazgos y sus respectivas acciones, emprendidas en el año 2017 no han sido ejecutados en su totalidad y, por tanto, no se ha concluido con su cierre.

3. METODOLOGÍA

La recolección de información para la presente evaluación se realiza a través de diversas actividades y fuentes de datos:

- La Auditora asignada de la Oficina de Control Interno, realiza entrevistas y recolección de evidencias en cada uno de los subprocesos, a fin de determinar el avance en los respectivos planes de mejora.

- Se tabula la información recolectada en los campos de seguimiento contenidos dentro del formato del Plan de Mejoramiento Institucional. De acuerdo a las evidencias encontradas se determina el “estado” de cada una de las acciones.

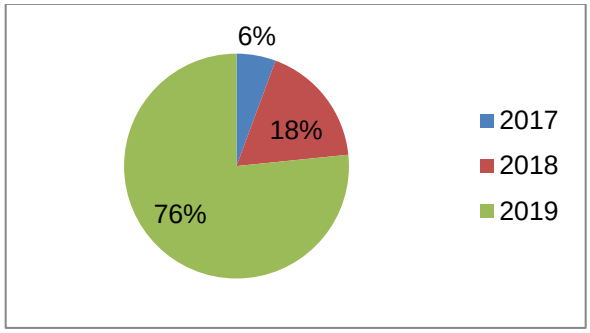
- Se realiza análisis de información; triangulación de datos, elaboración de tablas y gráficos y redacción de conclusiones.

Todos los resultados aquí expuestos se basan en el análisis del Plan de Mejoramiento Institucional vigente a la fecha. Tanto las acciones correctivas o de mejora contenidas en el Plan y las observaciones de seguimiento a cada una de estas, se pueden consultar en el archivo anexo a este informe enviado de manera electrónica.

4. ANÁLISIS GENERAL DE RESULTADOS

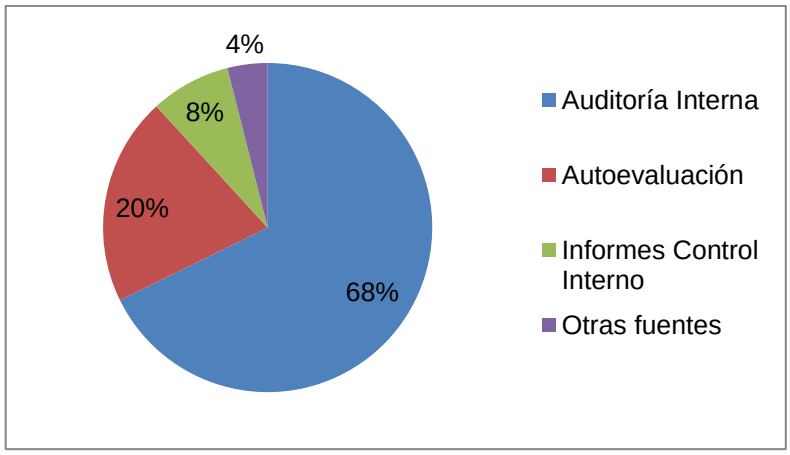
El presente informe contempla el análisis del estado de **127 acciones** abiertas (correctivas, preventivas o de mejora) incluidas dentro Plan de Mejora Institucional (PMI) desde la vigencia 2017. En el gráfico N° 1 se ilustra el porcentaje de acciones analizadas para cada una de las vigencias.

Gráfico 1. Planes de Mejora según año de vigencia



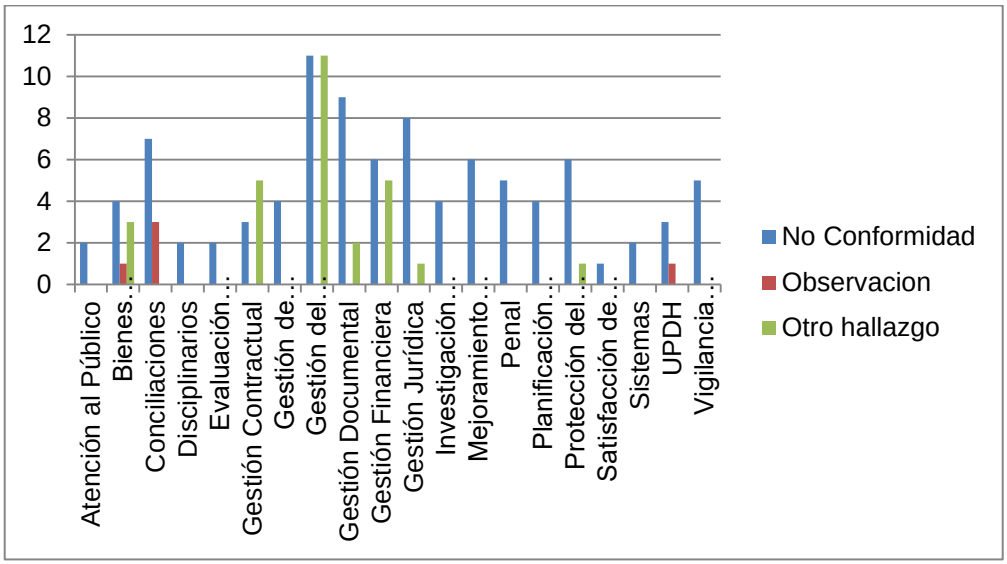
Como se aprecia en el Gráfico N° 2, el **68%** de estas acciones provienen de hallazgos de Auditorías Internas de Calidad, un **8%** se originan como respuesta a desviaciones o recomendaciones emitidas por la Oficina de Control Interno en sus informes de evaluación y seguimiento, el **20%** provienen de las actividades de Autoevaluación y el **4%** corresponde a otras fuentes como el análisis del Servicio No Conforme y los informes de PQRSR.

Gráfico 2. Planes de Mejora según fuente de origen del hallazgo



Las 127 acciones analizadas en este seguimiento corresponden a 20 subprocesos de la Entidad. La distribución de estas, según cada subproceso, se muestra en el Gráfico N°4

Gráfico 3. Planes de Mejora según el tipo de hallazgo y el subproceso de 2017 a 2019



5. RECOMENDACIONES Y CONCLUSIONES

5.1 Frente a la ejecución y la eficacia de las acciones establecidas en el periodo 2017 a 2019, se observa un crecimiento de aproximadamente el 3% con relación al último informe emitido por esta oficina respecto a las acciones cerradas NO eficaz, lo que significa que no han eliminado la causa de los incumplimientos y por tanto estos se han repetido en el tiempo. En la tabla N° 2 se presenta el estado de los planes de mejora (acciones correctivas, preventivas y de mejora) correspondientes al periodo 2017 - 2019. Aproximadamente el 18% de las acciones planteadas desde 2017 han demostrado no ser eficaces.

Tabla 1. Estado de las acciones correctivas/preventivas vigencia 2017 a 2019

Estado de la Acción	N°	%
Cerrada eficaz	328	79.03%
Cerrada NO eficaz	75	18.07%
Con Retraso en Ejecución	12	2.89%
Total	415	100%

5.3 Se observa que no se le ha dado respuesta con las acciones pertinentes a las recomendaciones y observaciones emitidas por la Oficina de Control Interno en los diferentes seguimientos de auditorías de Ley y especiales realizadas en el presente año, como los establece el procedimiento Auditorías Internas PMEI001, actividad 28 “Establecer las acciones correctivas y/o planes de mejoramiento como respuesta a los informes de auditoría siguiendo los lineamientos establecidos dentro del proceso de MEJORAMIENTO CONTINUO” .

En este sentido, se le solicita a los sub procesos de Gestión Financiera (Seguimiento Austeridad en el Gasto), Gestión Contractual (Auditoria especial a la Contratación), Talento Humano (Auditoria al SG-SST), establecer las acciones correctivas pertinentes según los diferentes resultados de las auditorias y seguimientos del año 2020 y remitirlos a Planeación en los términos establecidos dentro del subproceso de Mejoramiento Continuo.

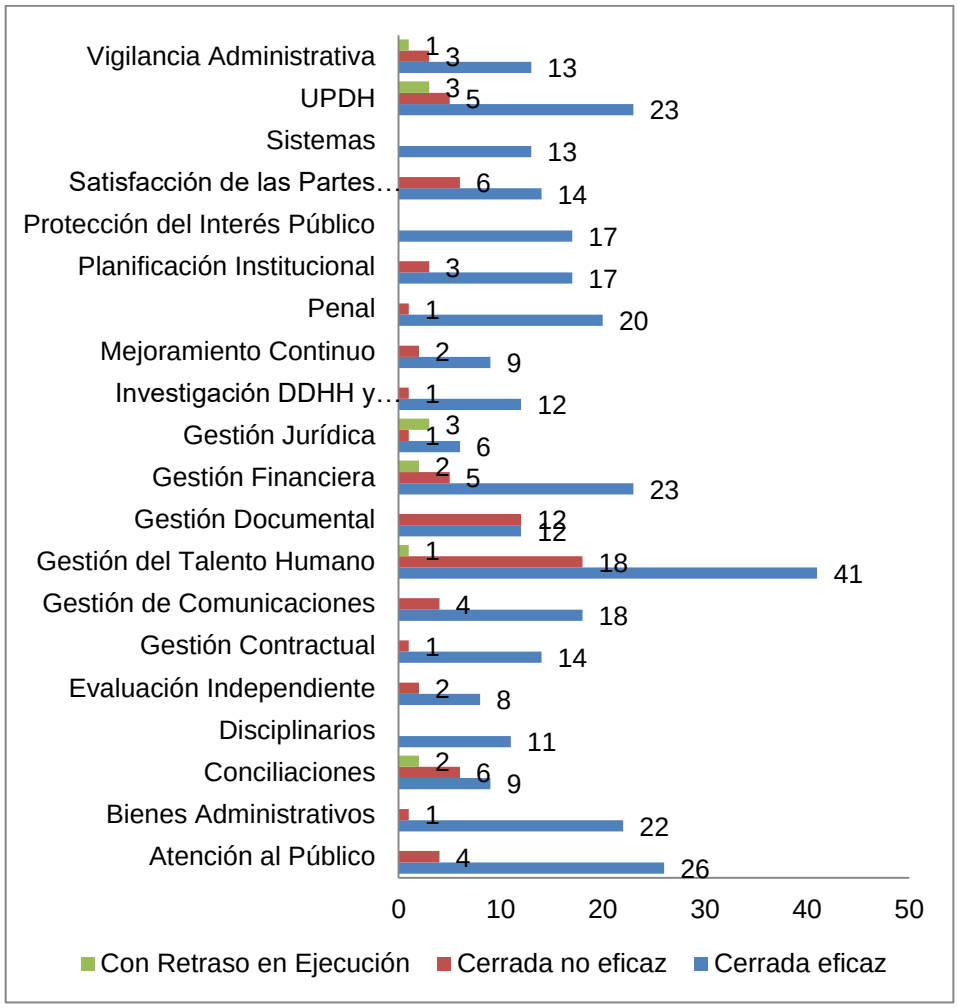
5.2 Es importante destacar el trabajo de todas las áreas de la entidad, en este seguimiento se pudo evidenciar el esfuerzo para subsanar muchas de las acciones abiertas correspondientes a años anteriores.

Como se evidencia en el gráfico 5, se puede observar que bajó a un 2% el estado de las acciones **con retraso en ejecución** a diferencia del informe anterior, aunque ha disminuido este incumplimiento aún se siguen encontrando algunas áreas con demoras en el cumplimiento de las mismas como lo son:

- Vigilancia (1 acción)
- UPDH (3 acciones)
- Gestión Jurídica (3 acciones)
- Gestión Financiera (2 acciones)

- Gestión del Talento Humano (1 acción)
- Conciliaciones (2 acciones)

Gráfico 4. Estado de los planes de mejora por subproceso (vigencia 2017 a 2019)



5.4 Se le recomienda al proceso de Mejoramiento Continuo, evaluar las acciones correctivas/preventivas que fueron cerradas como **"No Eficaces"** y determinar la necesidad de levantar nuevas acciones a fin de subsanar los incumplimientos o riesgos a los que se refieren los hallazgos respectivos.

5.5 Se le recomienda a los auditores internos de calidad que deben dar cumplimiento a la actividad 29 del Procedimiento de auditores internos PMEI001 el que hace referencias a “Realizar periódicamente seguimiento a las acciones emprendidas y remitir informe de la ejecución y eficacia de las mismas al Jefe de la Oficina de Control Interno en el último mes del año”, esta acción permitirá un mejoramiento continuo del proceso.