

COMUNICACIÓN INTERNA

Fecha: 02 de agosto de 2018

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 de los Planes de Mejora primer semestre 2018

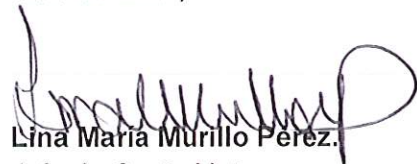
Respetados(as) Doctores(as):

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.

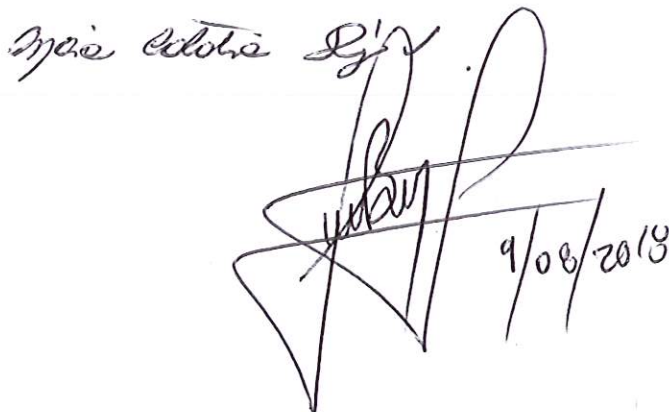
El objetivo general de esta evaluación, fue determinar **el grado de implementación y eficacia de las acciones correctivas y preventivas** formuladas por los líderes de procesos con el fin de dar solución a los hallazgos generados en las auditorías internas o externas u otras fuentes.

Adjunto a este comunicado encontrarán el informe respectivo.

Cordialmente,



Lina María Murillo Pérez.
Jefe de Control Interno



9/08/2018

COMMUNICATIONS

1. The first part of the report is a summary of the work done during the last year.

2. The second part is a detailed account of the work done during the last year.

3. The third part is a summary of the work done during the last year.

4. The fourth part is a summary of the work done during the last year.

5. The fifth part is a summary of the work done during the last year.

6. The sixth part is a summary of the work done during the last year.

7. The seventh part is a summary of the work done during the last year.

8. The eighth part is a summary of the work done during the last year.

9. The ninth part is a summary of the work done during the last year.

10. The tenth part is a summary of the work done during the last year.

11. The eleventh part is a summary of the work done during the last year.

12. The twelfth part is a summary of the work done during the last year.

13. The thirteenth part is a summary of the work done during the last year.

14. The fourteenth part is a summary of the work done during the last year.

15. The fifteenth part is a summary of the work done during the last year.



**INFORME DE EVALUACIÓN DEL ESTADO DEL PLAN DE MEJORA
INSTITUCIONAL (ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS VIGENCIA
2017-2018)**

FECHA DE CORTE: 01 de julio de 2018

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Medellín, Agosto de 2018

Contenido

1. OBJETIVOS	2
2. METODOLOGÍA.....	2
3. ANÁLISIS GENERAL DE RESULTADOS.....	2
4. HALLAZGOS Y CONCLUSIONES.....	5
4.1. Frente a la definición y el diligenciamiento de los Planes de Mejora para la vigencia 2018	5
4.2. Frente a la ejecución y la eficacia de las acciones establecidas en las vigencias 2017 y 2018	7
5. RECOMENDACIONES.....	10

1. OBJETIVOS

- Determinar en qué medida los Líderes de Proceso establecen Planes de Mejora (acciones correctivas y preventivas) 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 (acciones correctivas y preventivas) establecidos por los Líderes a fin de corregir desviaciones y mejorar el desempeño de los procesos

2. METODOLOGÍA

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

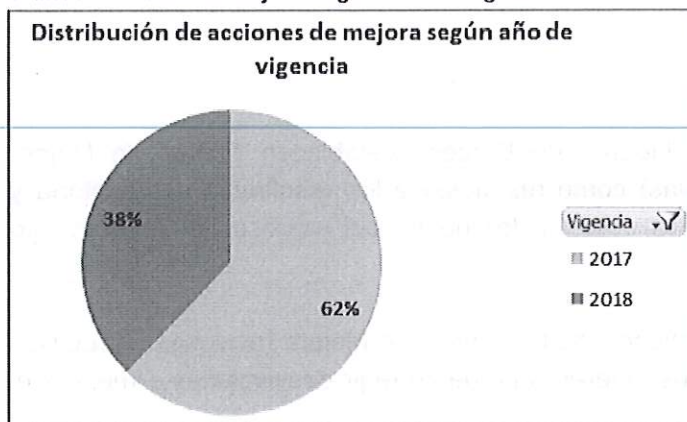
- La Auditora asignada de la Oficina de Control Interno, realiza entrevistas y recolección de evidencias en cada uno de los subprocesos, a fin de determinar el avance en los respectivos planes de mejora.
- Se tabula la información recolectada en los campos de seguimiento contenidos dentro del formato 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/preventivas contenidas en el Plan y las observaciones de seguimiento a cada una de estas, podrán ser consultadas en el Personet, en la ruta: <http://personeriamedellinenlinea.personeriamedellin.gov.co/sgc/>

3. ANÁLISIS GENERAL DE RESULTADOS

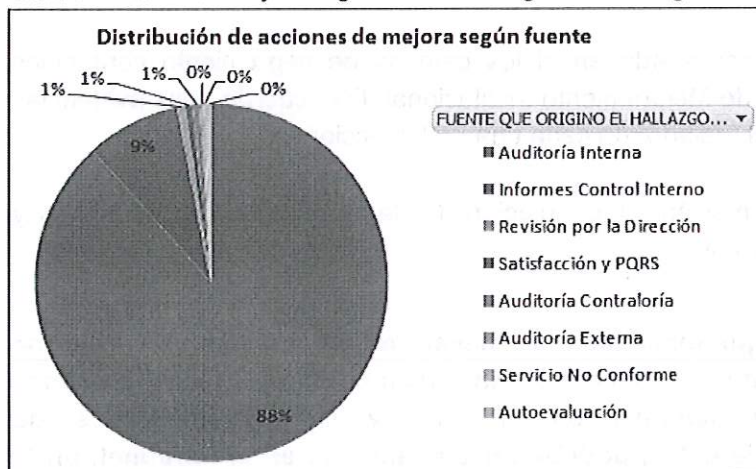
El Plan de Mejora Institucional (PMI), actualmente contiene un total de **289 acciones**, de las cuales, el **62%** corresponden a hallazgos generados en el año 2017 y **38%** a la vigencia 2018.

Gráfico 1. Planes de Mejora según año de vigencia



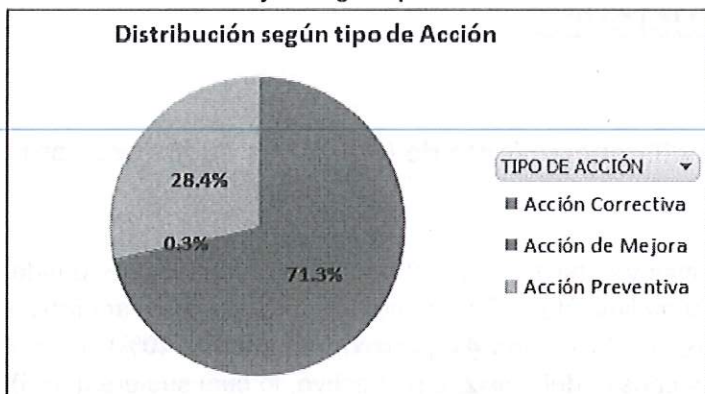
Como se aprecia en el Gráfico N° 2, el 88% de estas acciones provienen de hallazgos de Auditorías Internas de Calidad y un 9% se originan como respuesta a desviaciones o recomendaciones emitidas por la Oficina de Control Interno en sus informes de evaluación y seguimiento. Las demás fuentes de origen de hallazgo, entre otras, las Auditorías Externas, los informes de Satisfacción de la Partes Interesadas, los informes de PQRSR, los informes de Servicio No Conforme y la Autoevaluación tienen una participación mínima, casi nula

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



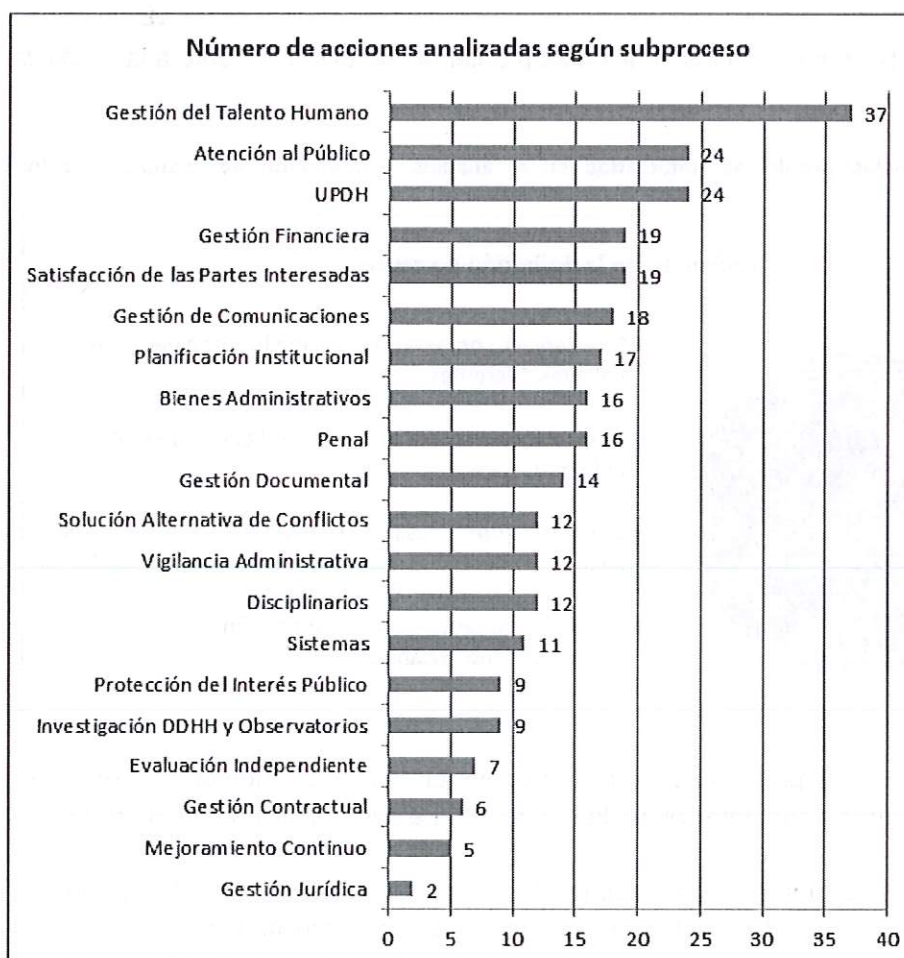
En el Gráfico N° 3 puede visualizarse que la mayoría de las acciones establecidas en el Plan de Mejoramiento Institucional son de tipo correctivo (**aproximadamente el 72%**). Todavía se encuentra un número importante de acciones preventivas, correspondientes a la vigencia 2017, año en el cual se tenía implementada la norma de calidad NTC ISO 9001:2000, la cual exigía tratamiento de riesgos a través de este tipo de acción. Finalmente se puede concluir que las "acciones de mejora" son casi nulas en este Plan; solo se presenta una acción de 289.

Gráfico 3. Planes de Mejora según tipo de acción



Las 289 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 4. Planes de Mejora según subproceso



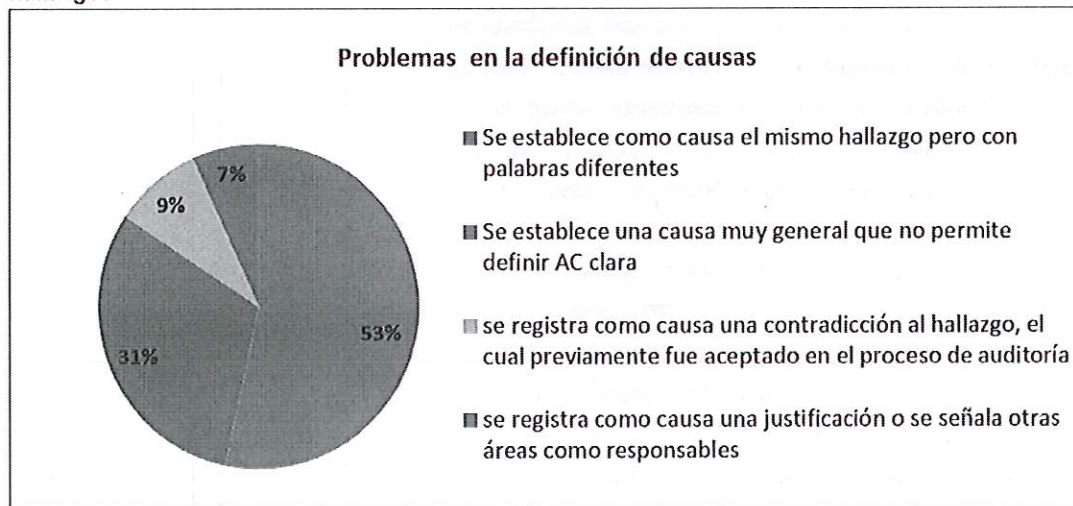
4. HALLAZGOS Y CONCLUSIONES

4.1. Frente a la definición y el diligenciamiento de los Planes de Mejora para la vigencia 2018

- Se evidencian importantes falencias y debilidades en el “análisis de causa” relacionada a los hallazgos, riesgos o incumplimientos. Se encuentra que de **109 acciones definidas en la vigencia 2018**, por lo menos **44 (aproximadamente 40%)**, tienen problemas en la definición de las causas del hallazgo respectivo, lo cual sugiere que: i) los líderes y promotores no hacen uso de las herramientas o técnicas para un adecuado análisis de causa, entre otras, lluvia de ideas, método de los tres por qué, análisis de pareto, etc, y ii) no se está realizando un adecuada revisión de las acciones por parte de la oficina de Planeación, de acuerdo a los lineamientos establecidos en la secuencia 5 del procedimiento PMSM004 ACCIONES CORRECTIVAS.

En el gráfico N° 5, se muestra los principales problemas detectados frente a la “análisis de causa”.

Gráfico 5. Principales problemas detectados en el análisis y definición de “causas” de los hallazgos



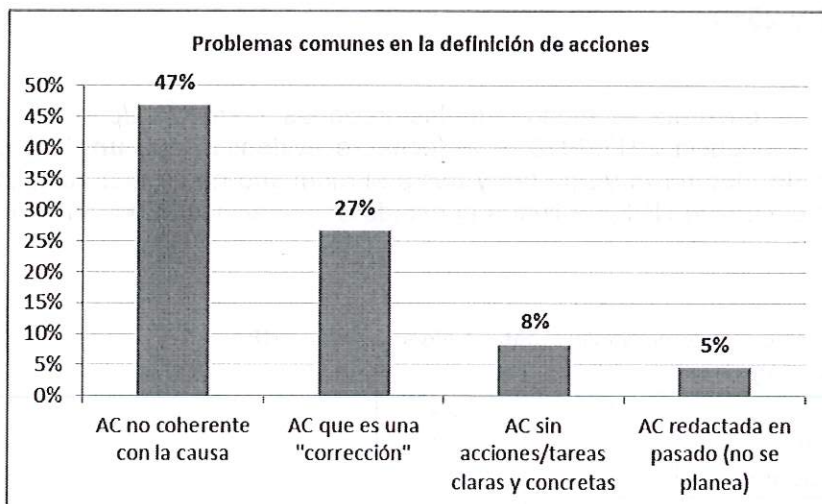
- Adicionalmente a los problemas enunciados en el hallazgo anterior, se detectan algunas otras imprecisiones/errores en lo que se refiere a la definición de causa raíz:
 - Las Acciones Correctivas 301, 302, 303, 304, 305, 306, 311, 312 y 317 del subproceso de Gestión Financiera, no contienen una “causa” clara del

hallazgo; registran en el campo RESUMEN CAUSA, un texto que parece más una actividad o corrección de la situación.

- La Acción Correctiva 260 del subproceso Solución Alternativa de Conflictos señala dentro de su "causa" que: *"Se estudiara la procedencia de esta actuación..."*. Esto significa, que no se ha completado aún el análisis previo a la definición de una adecuada acción correctiva.
- En consecuencia con la demostrada debilidad en el "análisis de causas", también se observan falencias en la definición de Acciones Correctivas, generando un riesgo de que estas no sean eficaces y por tanto, los hallazgos e incumplimientos tendrán una alta probabilidad de repetirse en el tiempo. Por lo menos **70 de las 109** acciones definidas en 2018, presentan problemas en la definición de la acción correctiva/preventiva.

Como se observa en el Gráfico N° 6, el 47% de las acciones propuestas en 2018, no guardan relación alguna con la causa respectiva, el 26% de estas, se constituyen más en una "corrección" que en una "acción correctiva/preventiva" y el 8% no describen actividades claras y concretas.

Gráfico 6. Principales problemas detectados en la definición de las acciones correctivas/preventivas



- En **20 casos** de No Conformidades o hallazgos, donde efectivamente **"debería"** realizarse una corrección, se registra que ésta "No Aplica" o se deja el respectivo campo vacío. Esta situación sugiere, o bien que no se está realizando las correcciones a las que haya lugar, o que, como se expuso en el punto anterior, se confunde el concepto de "corrección" con el de "Acción Correctiva".

- Se observa además otro tipo de omisiones/errores en el diligenciamiento de los planes de mejora como se describe a continuación:
 - Las Acciones Correctivas **313, 314 y 315 del subproceso de Gestión Financiera**, replican el mismo texto en el campo de "ACCIÓN CORRECTIVA, PREVENTIVA O DE MEJORA – ACTIVIDADES" y describen una actividad que no tiene coherencia alguna con el hallazgo correspondiente.
 - Las Acciones correctivas **217 y 251 de los procesos Evaluación Independiente y Planificación Institucional**, presentan error en el campo FUENTE QUE ORIGINA EL HALLAZGO: En la acción N° 217 figura como fuente "Auditoría Interna" cuando la fuente real es "Autoevaluación" y la acción N° 251 registra "Auditoría Contraloría", cuan la fuente es "Auditoría Interna"
 - La Acción Correctiva **323 del subproceso UPDH** no registra fecha de cumplimiento.

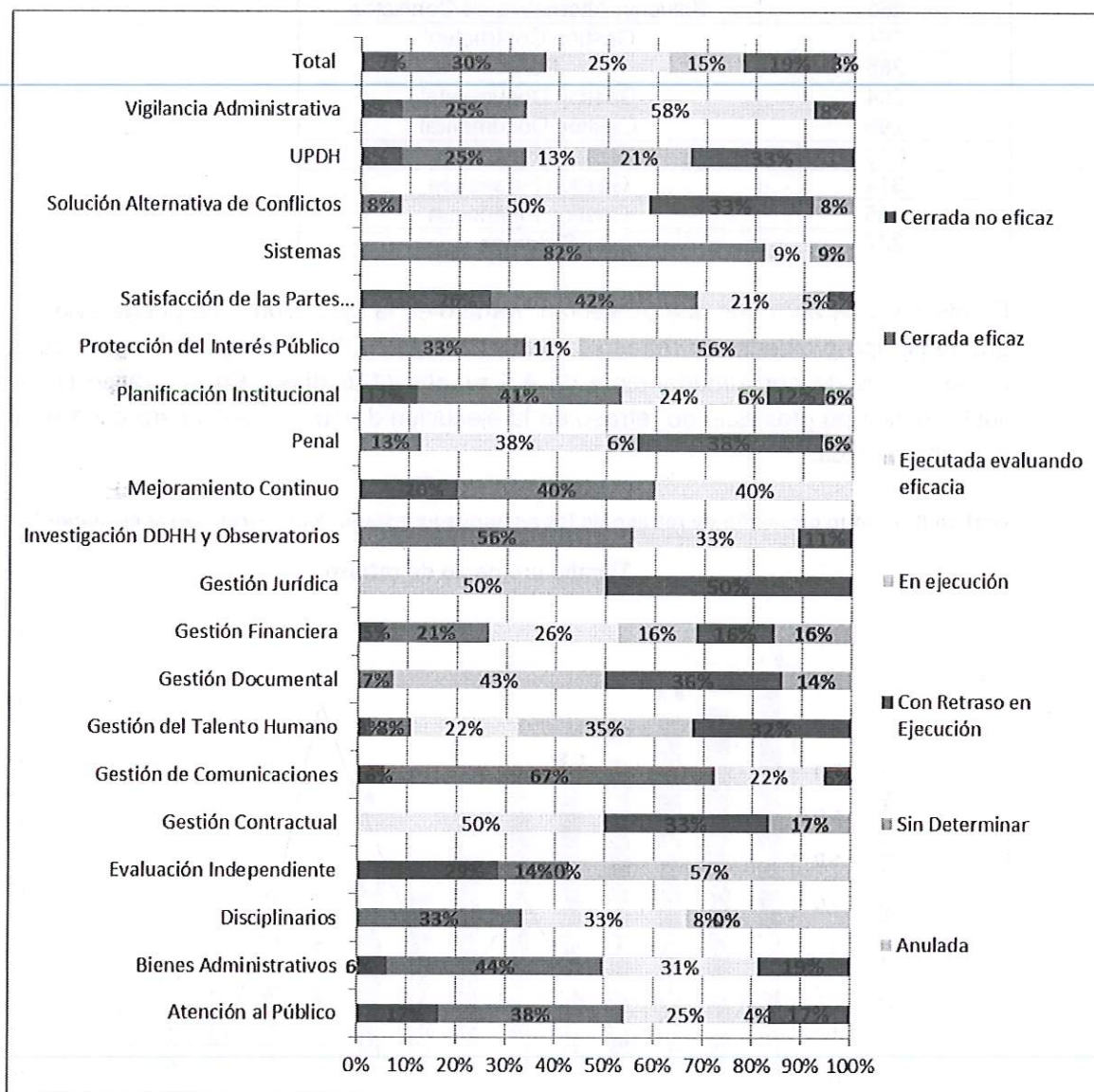
4.2. Frente a la ejecución y la eficacia de las acciones establecidas en las vigencias 2017 y 2018

- En la Tabla N° 1 se presenta el estado de las acciones correctivas/preventivas correspondientes a la vigencia 2017/2018. A la fecha se evidencia, que un **19%** de estas tienen **fechas de ejecución vencidas** y hasta al momento no se han cumplido en su totalidad. En el Gráfico N° 5, se ilustra el estado de las acciones por cada uno de los subprocesos.

Tabla 1. Estado de las acciones correctivas/preventivas vigencia 2017/2018

Estado de la Acción	N°	%
Cerrada eficaz	87	30%
Ejecutada evaluando eficacia	72	25%
Con Retraso en Ejecución	54	19%
En ejecución (en tiempo)	42	15%
Cerrada NO eficaz	21	7%
Sin determinar	10	3%
Anulada	3	1%
Total	289	100%

Gráfico 7. Estado de las acciones correctivas/preventivas por subproceso (vigencia 2017/2018)



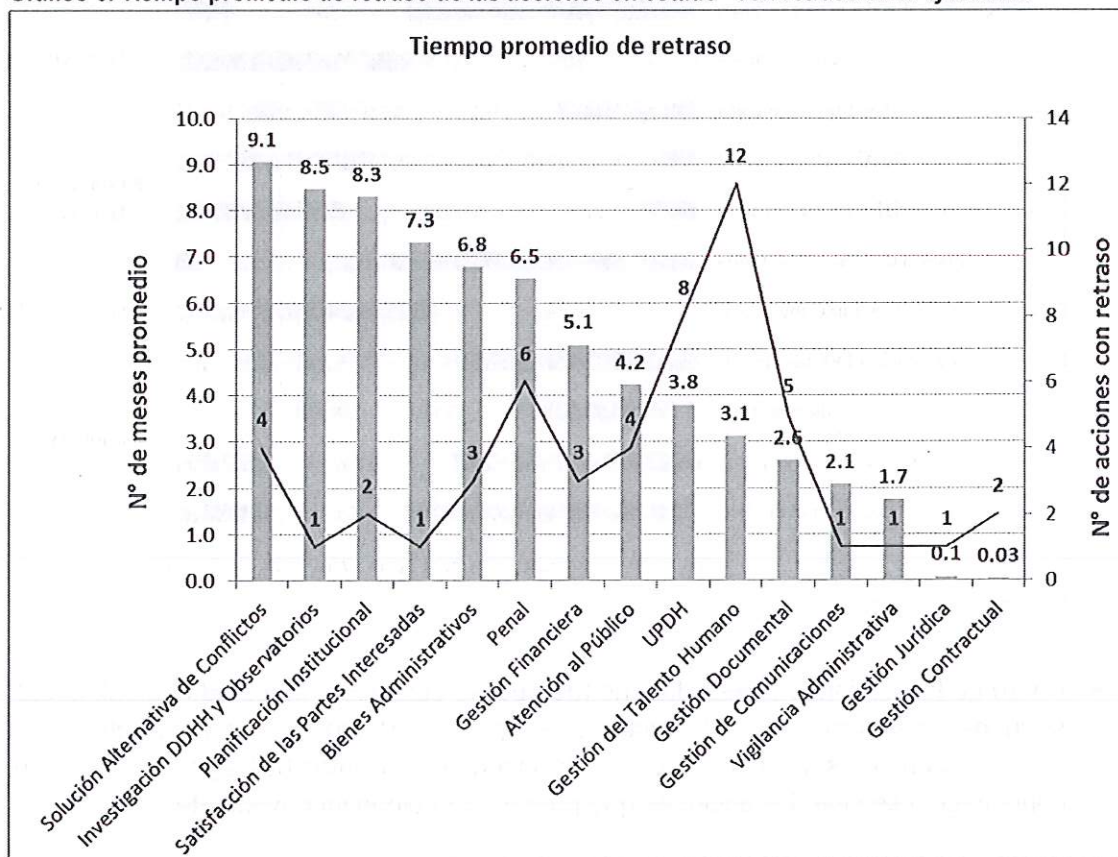
- En 10 de las acciones analizadas, no fue posible establecer su estado actual, debido a su inadecuada formulación; las actividades que conforman la acción correctiva no son claras ni concretas y/o existe una fuerte incoherencia entre hallazgo-causa-acción. A continuación se citan las acciones que presentaron dicho inconveniente:

Tabla 2. Acciones correctivas a las que no se puede determinar su "estado" actual.

N° AC o AP (PMI)	Subproceso
251	Planeación Institucional
260	Solución Alternativa de Conflictos
264	Gestión Contractual
285	Penal
294	Gestión Documental
295	Gestión Documental
313	Gestión Financiera
314	Gestión Financiera
315	Gestión Financiera
327	Sistemas

- Frente a las 54 acciones que presentan "retraso en la ejecución"¹, se puede evidenciar que el tiempo promedio de retraso (a partir de la fecha límite establecida para cumplir la acción) es de aproximadamente de **4,5 meses (135 días)**. En el Gráfico N° 8 se ilustra el tiempo promedio de retraso en la ejecución de las acciones para cada uno de los subprocesos.

Gráfico 8. Tiempo promedio de retraso de las acciones en estado "con retraso en la ejecución"



¹ Fecha de corte para establecer el tiempo de retraso: 01 de Julio de 2018

- A pesar de que la mayor parte de los hallazgos del presente informe son reiterativos y han sido presentados en evaluaciones anteriores (ej: Informe del estado de los Planes de Mejora 2017 CITISE:20180126476334EI), no se evidencia la definición de acciones correctivas dentro del PMI, por parte del proceso de Mejoramiento Continuo, tendientes a subsanar las desviaciones existentes y/o a fortalecer las capacidades internas de la Entidad para asegurar desarrollo eficaz del ciclo de mejora.

5. RECOMENDACIONES

- Desde el proceso de Mejoramiento Continuo se debe fortalecer o implementar acciones de **asesoría, capacitación y control** orientadas a:
 - Establecer de manera oportuna los planes de mejora respuesta a las desviaciones detectadas a través de cualquier fuente, incluyendo la Auditoría Interna.
 - Garantizar la oportuna ejecución de las "correcciones" cuando efectivamente apliquen, como paso previo a la definición de la "acción correctiva". Dar claridad a los Líderes y promotores sobre la diferencia entre estos dos conceptos.
 - Realizar adecuado análisis de causa raíz, haciendo uso de las herramientas y metodologías existentes, con el fin de que la definición y ejecución de acciones correctivas, preventivas y de mejora, sean coherentes y potencialmente eficaces.
 - Asegurar el correcto diligenciamiento de los planes de mejora (acciones) garantizando fiabilidad y claridad en la información
 - Garantizar el cumplimiento de las acciones establecidas en los tiempos determinados.
- Incluir dentro del Plan de Mejoramiento Institucional, todas aquellas acciones que den respuesta a hallazgos de relevancia o repetitivos generados por otras fuentes diferentes a la Auditoría Interna de Calidad (Auditorías de la OCI, Auditorías ICONTEC, Auditorías Contraloría, Análisis de Servicio No Conforme, Análisis de PQRS y Satisfacción del cliente, entre otras)

- Promover la definición e implementación de "acciones de mejora", es decir, aquellas acciones que tienen como objetivo incrementar la capacidad de los procesos para cumplir con los requisitos y mejorar la satisfacción de los usuarios internos y externos, sin que haya lugar a un riesgo o incumplimiento (no conformidad).
- Desde el subproceso de Mejoramiento Continuo, fortalecer la actividad de revisión y "filtro" de los Planes de Mejora remitidos por los Líderes a la Oficina de Planeación, a fin de garantizar que estos cumplan con los requisitos mínimos de análisis y definición de acciones que establece la norma ISO 9001:2015 y las políticas internas de la Entidad, y en consecuencia, tengan alta probabilidad de ser eficaces eliminando las causas de las no conformidades.
- Dar celeridad a la implementación de las acciones correctivas/preventivas, especialmente a aquellas que presentan retrasos superiores a dos meses.
- 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.

