

CITese : 20190126741263EI

COMUNICACIÓN INTERNA

Fecha: 30 de julio de 2019

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 con corte a Julio 2019

Respetados(as) Doctores(as):

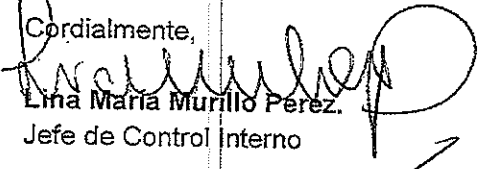
Por medio de la presente me permito hacerles remisión de los resultados del seguimiento al estado de las acciones correctivas, preventivas y de mejora, contenidas en Plan de Mejoramiento Institucional (PMI) vigente.

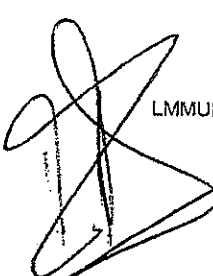
El objetivo general de esta evaluación, fue determinar el grado de implementación y eficacia de las acciones correctivas y preventivas formuladas por los líderes de procesos con el fin de dar solución a los hallazgos generados en las auditorías internas o externas u otras fuentes.

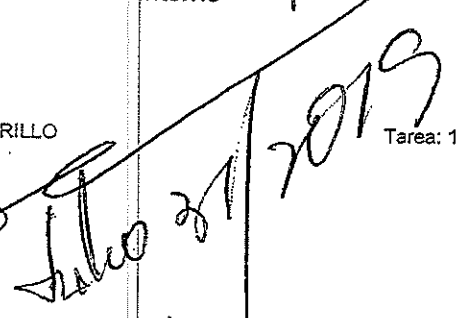
El alcance de la presente evaluación incluye todos los planes de mejora establecidos dentro del periodo 2017-2019, puesto que muchos de los hallazgos y sus respectivas acciones, emprendidas en los años 2017 y 2018 no han sido ejecutados en su totalidad y, por tanto, no se ha concluido con su cierre.

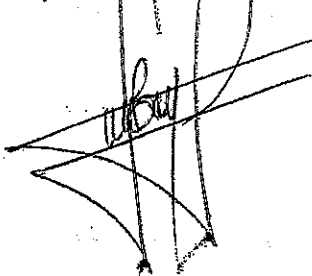
Adjunto a este comunicado encontrarán el informe respectivo.

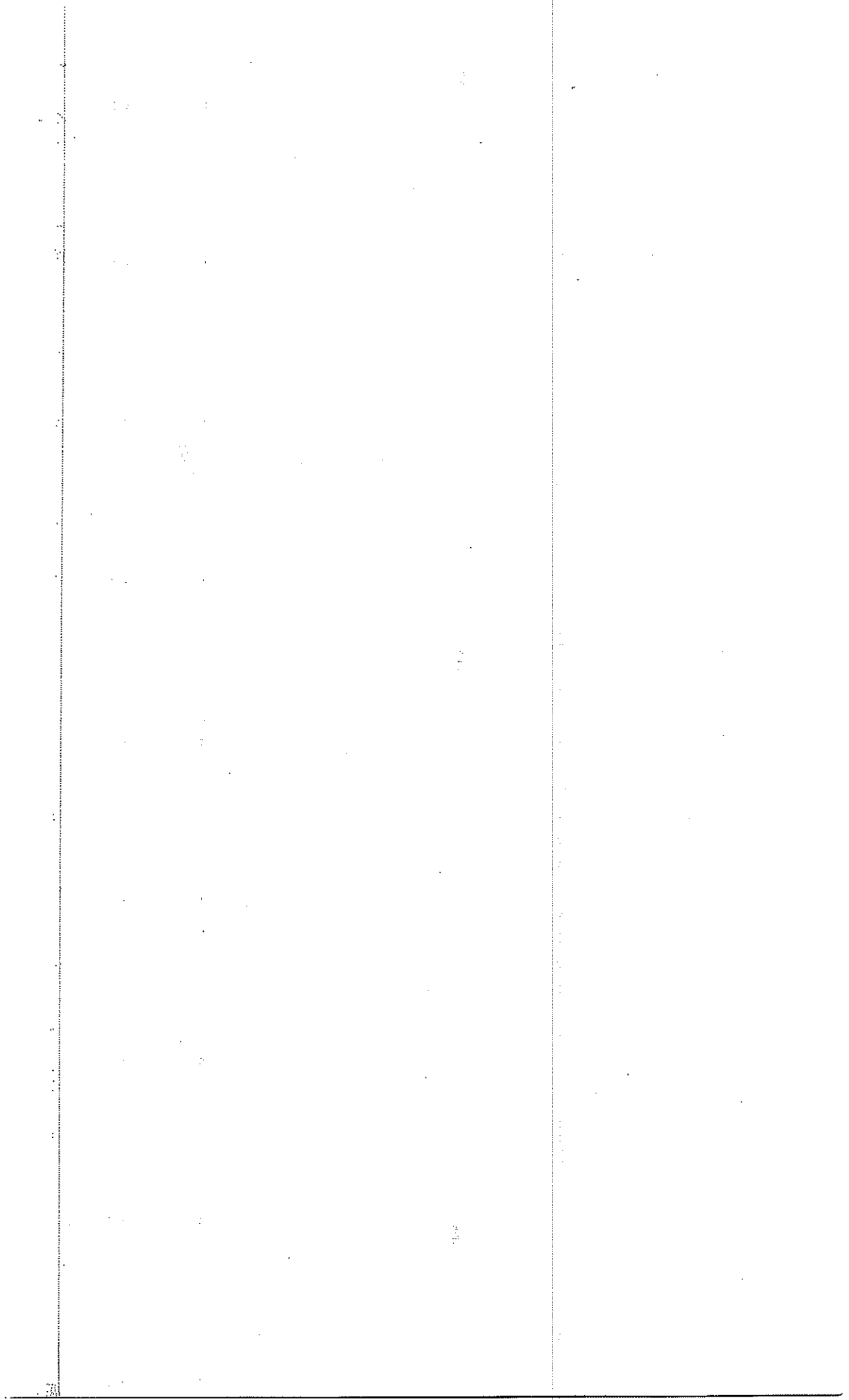
Cordialmente,


Lina Maria Murillo Perez.
Jefe de Control Interno


LMMURILLO


Tarea: 10883



CITese : 20190126741263EI



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

FECHA DE CORTE: 15 de julio de 2019

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Medellín, julio de 2019

LMMURILLO

Tarea: 10883

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 los años 2017 y 2018 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.

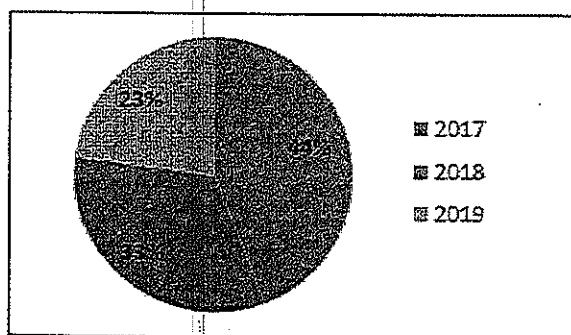
- Se realiza análisis de información; triangulación de datos, elaboración de tablas y gráficos y redacción de conclusiones.

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 409 acciones (correctivas, preventivas o de mejora) incluidas dentro Plan de Mejora Institucional (PMI)¹ 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

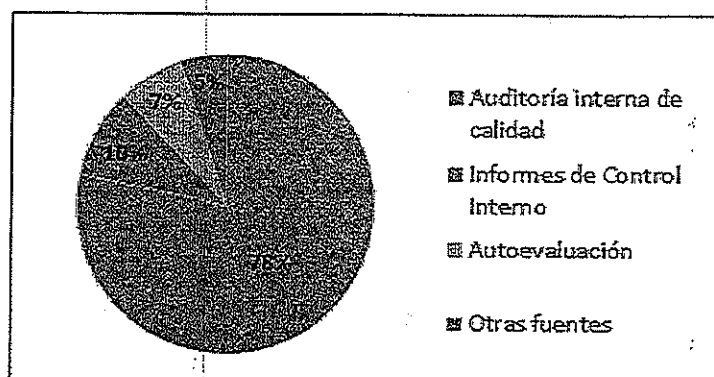


Como se aprecia en el Gráfico N° 2, el 78% de estas acciones provienen de hallazgos de Auditorías Internas de Calidad, un 10% se originan como respuesta a desviaciones o recomendaciones emitidas por la Oficina de Control Interno en sus

¹ No se incluyen las AC 79, 80, 81, ya que estas fueron anuladas en el año 2017 por solicitud del proceso de Mejoramiento Continuo (se ingresaron duplicadas).

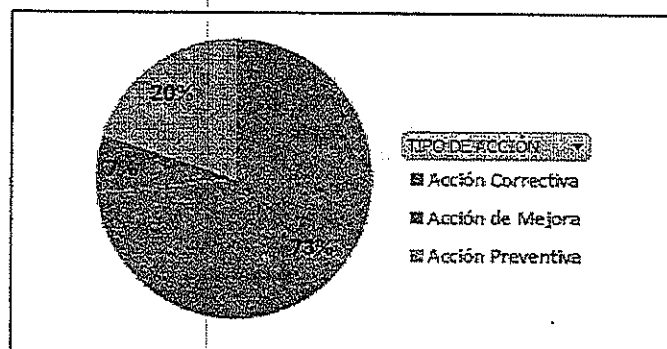
informes de evaluación y seguimiento, el 7% provienen de las actividades de Autoevaluación y el porcentaje restante de otras fuentes como el análisis del Servicio No Conforme y los informes de PQRSR.

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



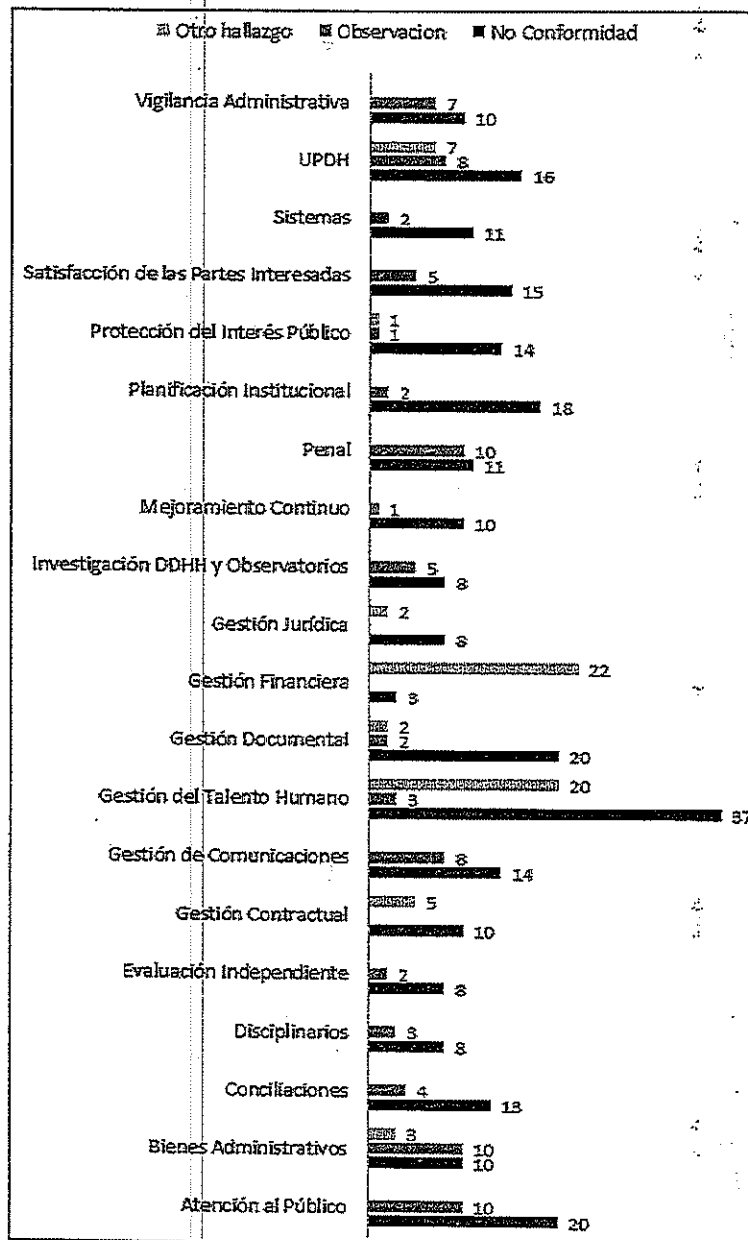
En el gráfico N° 3 puede visualizarse que la mayoría de las acciones establecidas en el Plan de Mejoramiento Institucional son de tipo correctivo (aproximadamente el 73%). Todavía persiste un número importante de acciones preventivas, correspondientes a la vigencia 2017, año en el cual se tenía implementada la norma de calidad NTC ISO 9001:2000, la cual exigía tratamiento de riesgos a través de este tipo de acción. Las acciones de mejora (establecidas de manera proactiva sin responder a un hallazgo de auditoría o incumplimiento específico), representan el 20%.

Gráfico 3. Planes de Mejora según tipo de acción



Las 409 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 el tipo de hallazgo y el subproceso 2017 a 2019



5. HALLAZGOS Y CONCLUSIONES

5.1. Frente a la definición y el diligenciamiento de los Planes de Mejora para la vigencia 2019

- Se evidencia que la mayoría de procesos dio oportuna respuesta a los hallazgos de auditoría interna de calidad realizada en el primer semestre del año 2019, a excepción del subproceso de Gestión Financiera, sobre el cual no existe evidencia de acciones correctivas para el tratamiento de cinco no conformidades resultantes de esta actividad de evaluación. Dentro del subproceso "Protección del Interés Público", tampoco se estableció acción correctiva para la No conformidad N° 3 del informe de hallazgos auditoría.
- Igual que en evaluaciones anteriores, se evidencian importantes falencias y debilidades en el "análisis de causa" relacionada a los hallazgos, riesgos o incumplimientos. Se encuentra que de 97 acciones definidas en la vigencia 2019, por lo menos 35 (aproximadamente 36%), tienen problemas en la definición de las causas del hallazgo respectivo y, por tanto, se establecen acciones con menos probabilidad de ser eficaces en el tiempo. Esta situación sugiere que algunos 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. En la tabla N° 1 se describen las fallas encontradas más comunes, tanto en el análisis de causa raíz como en la definiciones de correcciones y acciones correctivas.

Tabla 1. Principales falencias en el análisis de causa raíz, la definición de acciones correctiva y correcciones

Falencia	Número de acción (plan de mejora) ²	Subproceso
Se define como causa el mismo hallazgo pero con palabras diferentes / falta de profundidad en el análisis (aplicación de técnicas).	360, 362	Gestión Financiera
	399, 402	Gestión Jurídica
	415, 416, 418	Vigilancia Administrativa
	427	Disciplinarios
	442	Protección del Interés Público
	446	Gestión de Comunicaciones
La acción correctiva definida NO ES coherente a la causa raíz establecida, es decir, no busca eliminar las causas del incumplimiento o riesgo. En algunas ocasiones se establece la causa más como una "justificación" o señalamiento de otra área o proceso como responsable del incumplimiento.	389	Gestión del Talento Humano
	397	Gestión Contractual
	400, 402	Gestión Jurídica
	406	Mejoramiento Continuo
	425	Bienes Administrativos
	428	Penal
	432, 433	Investigación DDHH y Observatorios
La acción correctiva planteada obedece más a una corrección que a una real acción correctiva. En otras palabras, se busca eliminar la No Conformidad, más no la causa que la genera.	437, 438, 439	Conciliaciones
	367	Gestión contractual
	398	Gestión Jurídica
	446	Gestión de Comunicaciones
Inadecuado diligenciamiento de la corrección / no se diligencia el campo de corrección cuando en realidad si es aplicable / indican que la corrección "si aplica" pero no la describen	432	Investigación DDHH y Observatorios
	364	Gestión del Talento Humano
	403	Gestión Jurídica
No se analiza ni se establece la causa del incumplimiento o riesgo	441, 442, 443	Protección del Interés Público
	378	Gestión del Talento Humano

² El número de acción correctiva, preventiva y de mejora se puede consultar en el archivo de Excel adjunto a este informe "Seguimiento Planes de Mejora Jun2019"

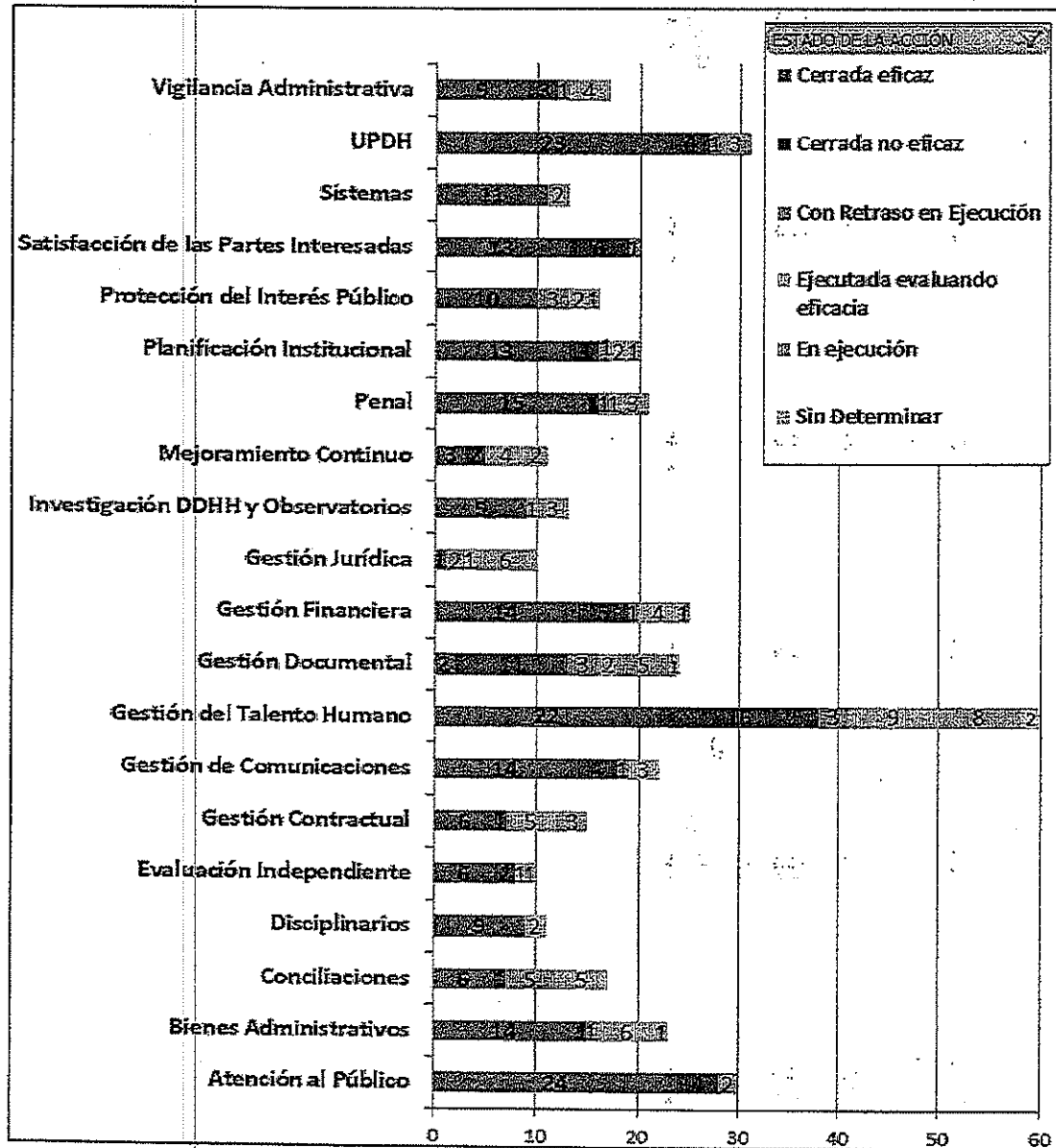
5.2. Frente a la ejecución y la eficacia de las acciones establecidas en el periodo 2017 a 2019

- 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 16% de las acciones planteadas desde 2017 han demostrado no ser eficaces, es decir, no han eliminado la causa de los incumplimientos y por tanto estos se han repetido en el tiempo. En el Gráfico N° 5, se ilustra el estado de las acciones por cada uno de los subprocesos.

Tabla 2. Estado de las acciones correctivas/preventivas vigencia 2017 a 2019

Estado de la Acción	N°	%
Cerrada eficaz	224	54.8%
Cerrada NO eficaz	64	15.6%
Con Retraso en Ejecución	23	5.6%
Ejecutada evaluando eficacia	52	12.7%
En ejecución (en tiempo)	43	10.5%
Sin determinar	3	0.7%
Total	409	100%

Gráfico 5. Estado de los planes de mejora por subproceso (vigencia 2017 a 2019)

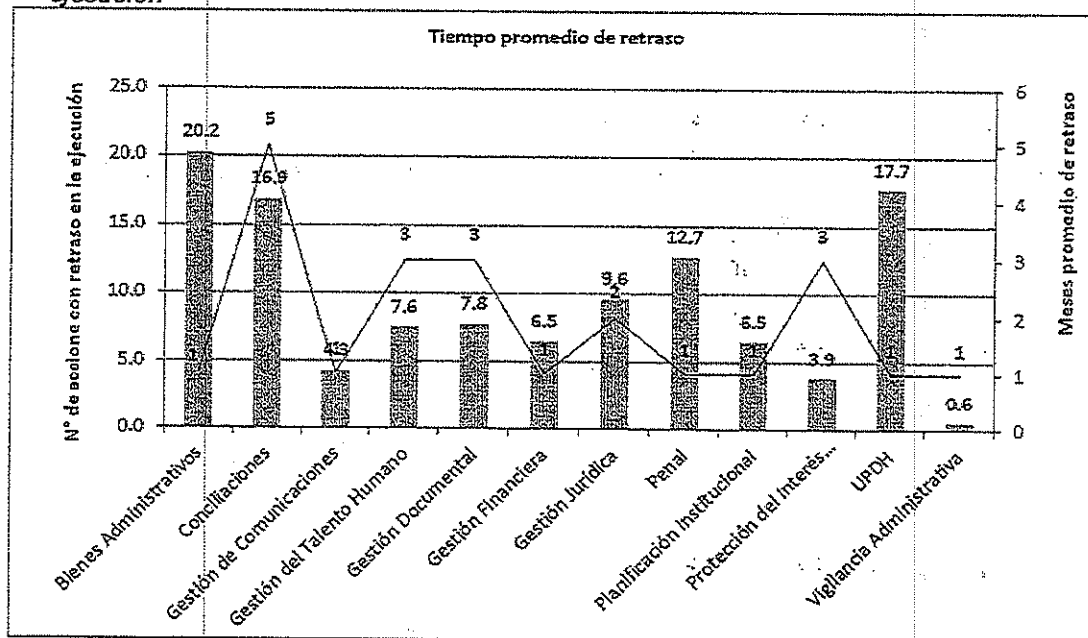


- Se evidencian 3 acciones correspondientes a los subprocesos de Gestión de Talento Humano y Gestión Documental, sobre las cuales no es posible

determinar su estado, puesto que el líder/responsable entrevistado manifestó que la acción registrada en el Plan de Mejoramiento no es la correcta y que hubo un incorrecto registro por parte de la oficina de Planeación (instancia responsable de la consolidación del Plan de Mejoramiento)

- 23 de las acciones analizadas tienen fechas de ejecución vencidas y hasta al momento no se han cumplido en su totalidad. Frente a este “retraso en la ejecución”³, se puede evidenciar que el tiempo promedio de retraso (a partir de la fecha límite establecida para cumplir la acción) es de aproximadamente de 9,5 meses (286 días). En el Gráfico N° 6 se ilustra el tiempo promedio de retraso en la ejecución de las acciones para cada uno de los subprocesos.

Gráfico 6. Tiempo promedio de retraso de las acciones en estado “con retraso en la ejecución”



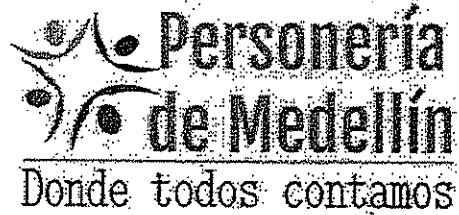
³ Fecha de corte para establecer el tiempo de retraso: 15 de Julio de 2019

6. RECOMENDACIONES

- Dar respuesta a la totalidad de hallazgos de auditoría interna de calidad con las acciones pertinentes para eliminar la causa de las no conformidades detectadas. En este sentido, se solicita al subproceso de **"Gestión Financiera"** establecer las acciones correctivas pertinentes según los resultados de la última auditoría (2019) y remitirlos a Planeación en los términos establecidos dentro del subproceso de Mejoramiento Continuo. Asimismo, se solicita al subproceso **"Protección del Interés Público"** completar la tarea de análisis de causa y definición de acción correctiva para la No Conformidad faltante.
- Nuevamente se recomienda al proceso de Mejoramiento Continuo, fortalecer e 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.

- Evaluar las causas del retraso en la ejecución de las acciones que presentan una demora superior a los seis meses, correspondientes a los subprocesos de **Conciliaciones, Bienes Administrativos, Gestión del Talento Humano, Gestión Documental, Gestión Financiera, Gestión Jurídica, Penal, Planificación Institucional y UPDH**. Así mismo, y según los resultados de este análisis, definir la pertinencia de redefinir la acción a fin de que esta pueda ejecutarse en un tiempo prudente y resolver el incumplimiento o riesgo respectivo.
- 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.

CITese : 20190126741263EI



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

FECHA DE CORTE: 15 de julio de 2019

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Medellín, julio de 2019

LMMURILLO

Tarea: 10883

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 los años 2017 y 2018 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.

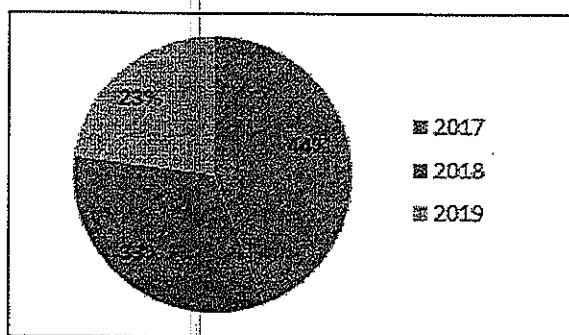
- Se realiza análisis de información; triangulación de datos, elaboración de tablas y gráficos y redacción de conclusiones.

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 409 acciones (correctivas, preventivas o de mejora) incluidas dentro Plan de Mejora Institucional (PMI)¹ 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

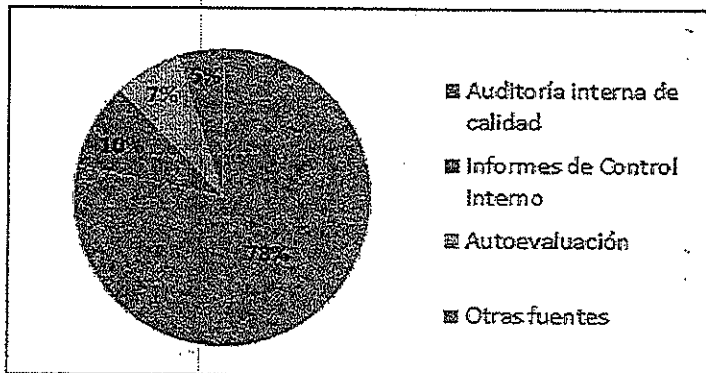


Como se aprecia en el Gráfico N° 2, el 78% de estas acciones provienen de hallazgos de Auditorías Internas de Calidad, un 10% se originan como respuesta a desviaciones o recomendaciones emitidas por la Oficina de Control Interno en sus

¹ No se incluyen las AC 79, 80, 81, ya que estas fueron anuladas en el año 2017 por solicitud del proceso de Mejoramiento Continuo (se ingresaron duplicadas)

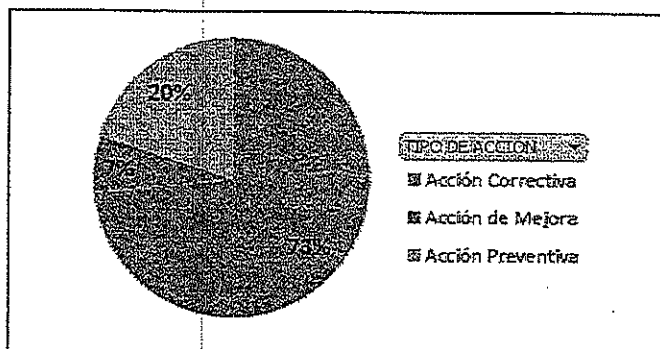
informes de evaluación y seguimiento, el 7% provienen de las actividades de Autoevaluación y el porcentaje restante de otras fuentes como el análisis del Servicio No Conforme y los informes de PQRSR.

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



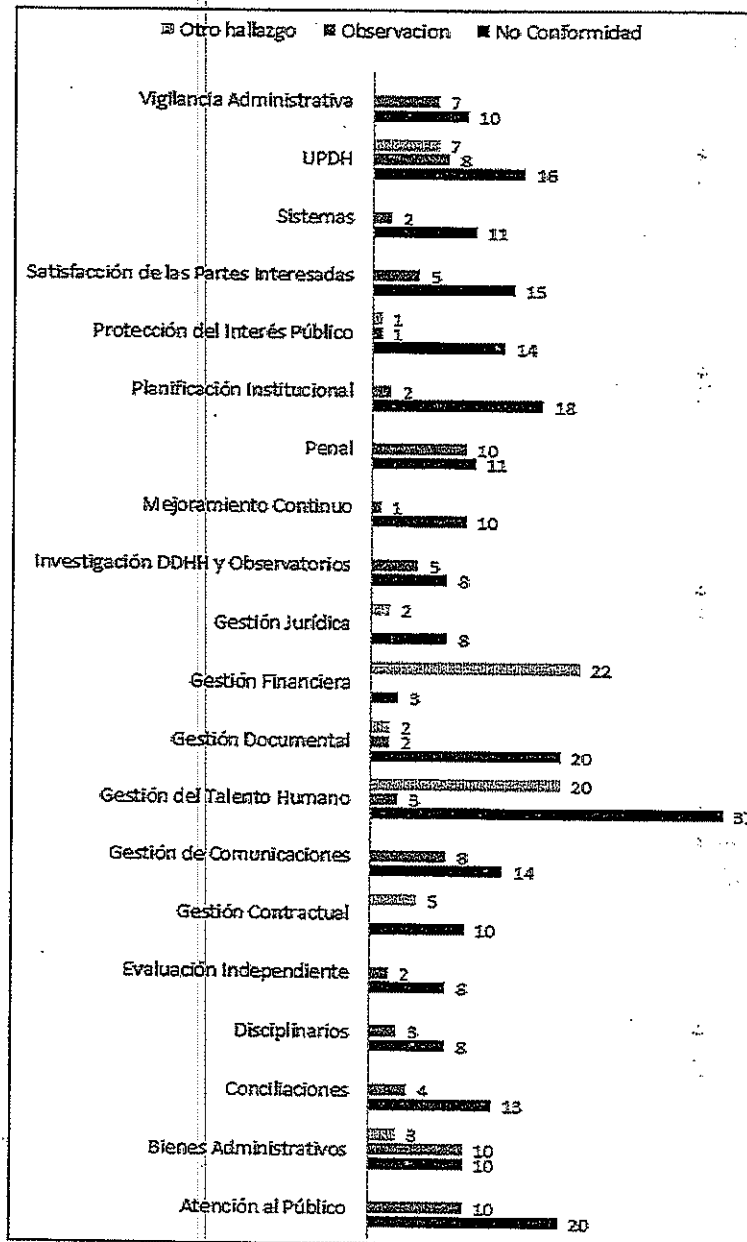
En el gráfico N° 3 puede visualizarse que la mayoría de las acciones establecidas en el Plan de Mejoramiento Institucional son de tipo correctivo (aproximadamente el 73%). Todavía persiste un número importante de acciones preventivas, correspondientes a la vigencia 2017, año en el cual se tenía implementada la norma de calidad NTC ISO 9001:2000, la cual exigía tratamiento de riesgos a través de este tipo de acción. Las acciones de mejora (establecidas de manera proactiva sin responder a un hallazgo de auditoría o incumplimiento específico), representan el 20%.

Gráfico 3. Planes de Mejora según tipo de acción



Las 409 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 el tipo de hallazgo y el subproceso 2017 a 2019



5. HALLAZGOS Y CONCLUSIONES

5.1. Frente a la definición y el diligenciamiento de los Planes de Mejora para la vigencia 2019

- Se evidencia que la mayoría de procesos dio oportuna respuesta a los hallazgos de auditoría interna de calidad realizada en el primer semestre del año 2019, a excepción del subproceso de Gestión Financiera, sobre el cual no existe evidencia de acciones correctivas para el tratamiento de cinco no conformidades resultantes de esta actividad de evaluación. Dentro del subproceso "Protección del Interés Público", tampoco se estableció acción correctiva para la No conformidad N° 3 del informe de hallazgos auditoría.
- Igual que en evaluaciones anteriores, se evidencian importantes falencias y debilidades en el "análisis de causa" relacionada a los hallazgos, riesgos o incumplimientos. Se encuentra que de **97 acciones definidas en la vigencia 2019**, por lo menos **35 (aproximadamente 36%)**, tienen problemas en la definición de las causas del hallazgo respectivo y, por tanto, se establecen acciones con menos probabilidad de ser eficaces en el tiempo. Esta situación sugiere que algunos 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. En la tabla N° 1 se describen las fallas encontradas más comunes, tanto en el análisis de causa raíz como en la definiciones de correcciones y acciones correctivas.

Tabla 1. Principales falencias en el análisis de causa raíz, la definición de acciones correctiva y correcciones

Falencia	Número de acción (plan de mejora) ²	Subproceso
Se define como causa el mismo hallazgo pero con palabras diferentes / falta de profundidad en el análisis (aplicación de técnicas).	360, 362	Gestión Financiera
	399, 402	Gestión Jurídica
	415, 416, 418	Vigilancia Administrativa
	427	Disciplinarios
	442	Protección del Interés Público
	446	Gestión de Comunicaciones
La acción correctiva definida NO ES coherente a la causa raíz establecida, es decir, no busca eliminar las causas del incumplimiento o riesgo. En algunas ocasiones se establece la causa más como una "justificación" o señalamiento de otra área o proceso como responsable del incumplimiento.	389	Gestión del Talento Humano
	397	Gestión Contractual
	400, 402	Gestión Jurídica
	406	Mejoramiento Continuo
	425	Bienes Administrativos
	428	Penal
	432, 433	Investigación DDHH y Observatorios
La acción correctiva planteada obedece más a una corrección que a una real acción correctiva. En otras palabras, se busca eliminar la No Conformidad, más no la causa que la genera.	437, 438, 439	Conciliaciones
	367	Gestión contractual
	398	Gestión Jurídica
	446	Gestión de Comunicaciones
Inadecuado diligenciamiento de la corrección / no se diligencia el campo de corrección cuando en realidad si es aplicable / indican que la corrección "si aplica" pero no la describen	432	Investigación DDHH y Observatorios
	364	Gestión del Talento Humano
	403	Gestión Jurídica
No se analiza ni se establece la causa del incumplimiento o riesgo	441, 442, 443	Protección del Interés Público
	378	Gestión del Talento Humano

² El número de acción correctiva, preventiva y de mejora se puede consultar en el archivo de Excel adjunto a este informe "Seguimiento Planes de Mejora Jun2019"

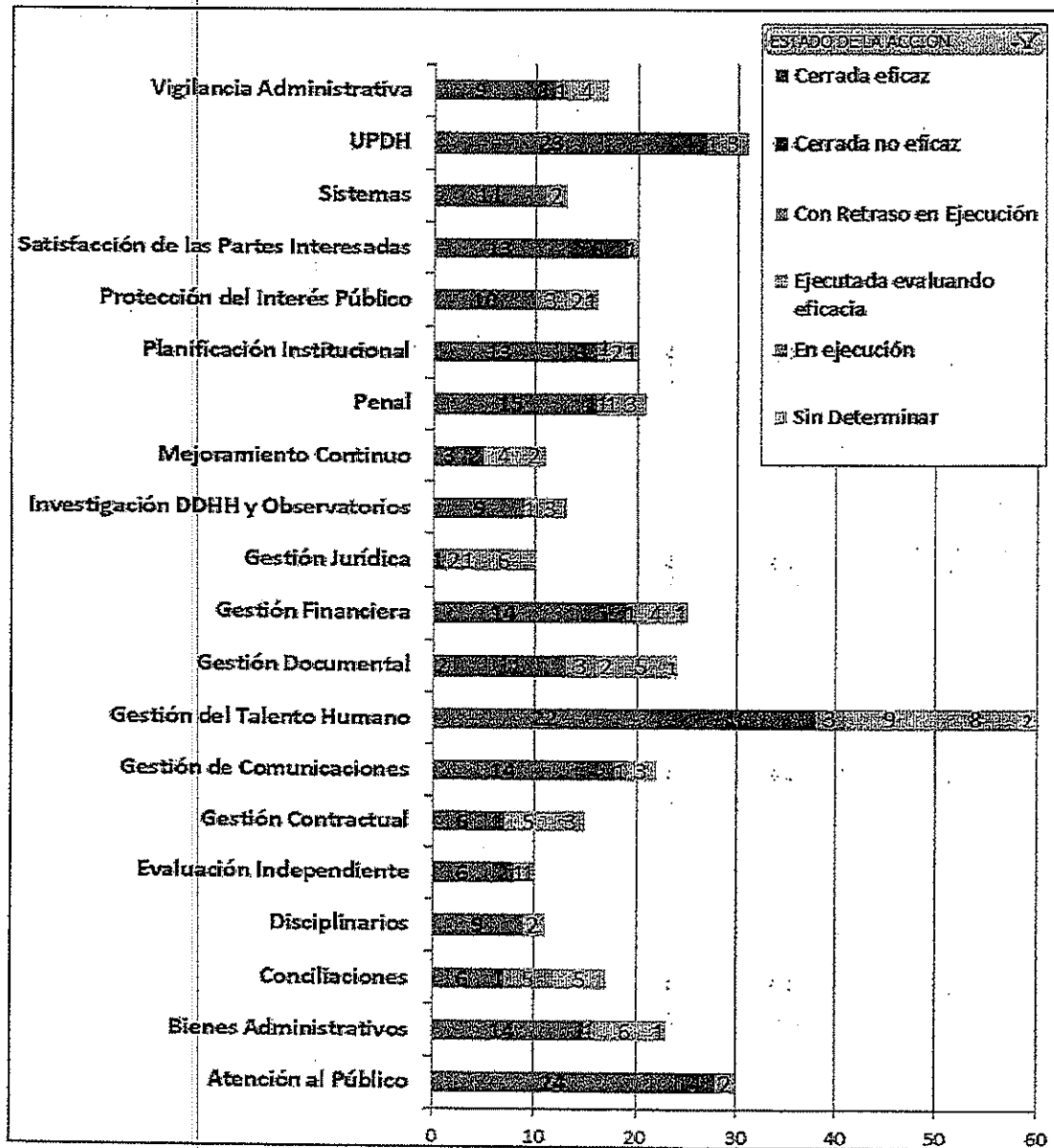
5.2. Frente a la ejecución y la eficacia de las acciones establecidas en el periodo 2017 a 2019

- 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 16% de las acciones planteadas desde 2017 han demostrado no ser eficaces, es decir, no han eliminado la causa de los incumplimientos y por tanto estos se han repetido en el tiempo. En el Gráfico N° 5, se ilustra el estado de las acciones por cada uno de los subprocesos.

Tabla 2. Estado de las acciones correctivas/preventivas vigencia 2017 a 2019

Estado de la Acción	N°	%
Cerrada eficaz	224	54.8%
Cerrada NO eficaz	64	15.6%
Con Retraso en Ejecución	23	5.6%
Ejecutada evaluando eficacia	52	12.7%
En ejecución (en tiempo)	43	10.5%
Sin determinar	3	0.7%
Total	409	100%

Gráfico 5. Estado de los planes de mejora por subproceso (vigencia 2017 a 2019)

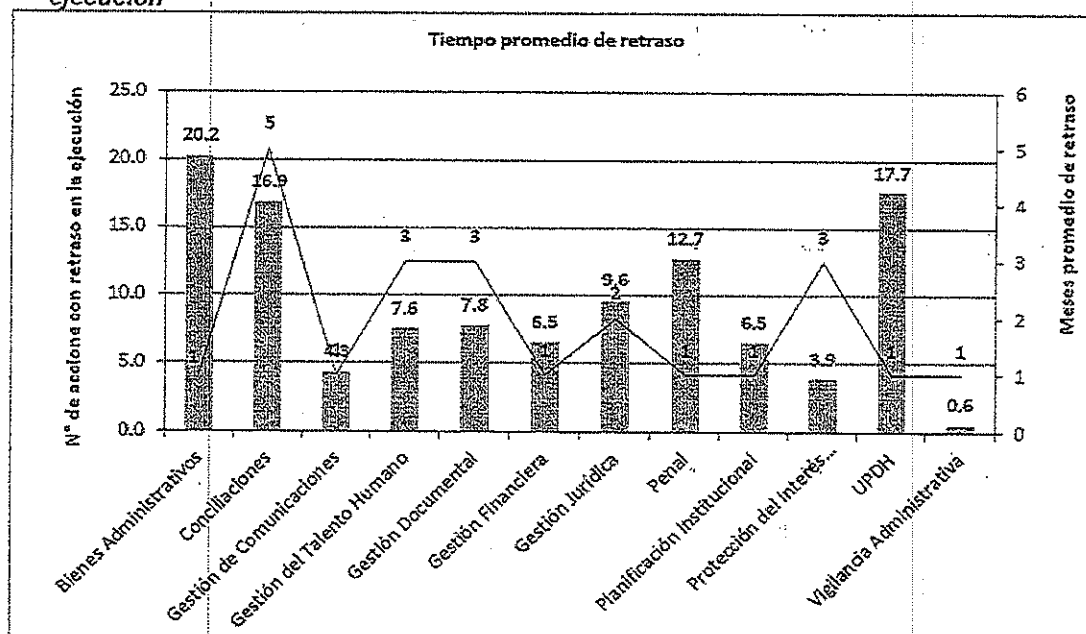


- Se evidencian 3 acciones correspondientes a los subprocesos de Gestión de Talento Humano y Gestión Documental, sobre las cuales no es posible

determinar su estado, puesto que el líder/responsable entrevistado manifestó que la acción registrada en el Plan de Mejoramiento no es la correcta y que hubo un incorrecto registro por parte de la oficina de Planeación (instancia responsable de la consolidación del Plan de Mejoramiento)

- **23** de las acciones analizadas tienen **fechas de ejecución vencidas** y hasta al momento no se han cumplido en su totalidad. Frente a este "retraso en la ejecución"³, se puede evidenciar que el tiempo promedio de retraso (a partir de la fecha límite establecida para cumplir la acción) es de aproximadamente de **9,5 meses (286 días)**. En el Gráfico N° 6 se ilustra el tiempo promedio de retraso en la ejecución de las acciones para cada uno de los subprocesos.

Gráfico 6. Tiempo promedio de retraso de las acciones en estado "con retraso en la ejecución"



³ Fecha de corte para establecer el tiempo de retraso: 15 de Julio de 2019.

6. RECOMENDACIONES

- Dar respuesta a la totalidad de hallazgos de auditoría interna de calidad con las acciones pertinentes para eliminar la causa de las no conformidades detectadas. En este sentido, se solicita al subproceso de **"Gestión Financiera"** establecer las acciones correctivas pertinentes según los resultados de la última auditoría (2019) y remitirlos a Planeación en los términos establecidos dentro del subproceso de Mejoramiento Continuo. Asimismo, se solicita al subproceso **"Protección del Interés Público"** completar la tarea de análisis de causa y definición de acción correctiva para la No Conformidad faltante.
- Nuevamente se recomienda al proceso de Mejoramiento Continuo, fortalecer e 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.

- Evaluar las causas del retraso en la ejecución de las acciones que presentan una demora superior a los seis meses, correspondientes a los subprocesos de **Conciliaciones, Bienes Administrativos, Gestión del Talento Humano, Gestión Documental, Gestión Financiera, Gestión Jurídica, Penal, Planificación Institucional y UPDH**. Así mismo, y según los resultados de este análisis, definir la pertinencia de redefinir la acción a fin de que esta pueda ejecutarse en un tiempo prudente y resolver el incumplimiento o riesgo respectivo.
- 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.