



**AGENCIA PARA LA
REINCORPORACIÓN
Y LA NORMALIZACIÓN**

AGENCIA PARA LA REINCORPORACIÓN Y LA NORMALIZACIÓN (ARN)

**INFORME DE SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORA
TERCER TRIMESTRE DE LA VIGENCIA 2022**

BOGOTÁ D.C., OCTUBRE DE 2022



TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. DEFINICIONES	3
3. PLANES DE MEJORA REGISTRADOS.....	4
4. ANALISIS DE ACCIONES PARA EL TERCER TRIMESTRE DE LA VIGENCIA 2022.	4
5. ANÁLISIS DE LAS ACCIONES GESTIONADAS.....	6
6. ANALISIS DE ACCIONES CIERRE EXTEMPORANEO	7
7. NOVEDADES EN PLANES DE MEJORAMIENTO	9
8. CONCLUSIONES.....	10



1. INTRODUCCIÓN

En cumplimiento de lo reglamentado en el literal d del artículo 2 (Objetivos de Control Interno) de la Ley 87 de 1993 que dice: “[...]Garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional[...]”; en el rol de Control Interno de Gestión referente a realizar evaluación y seguimiento a los procesos; en la tercera línea de defensa y en el componente de Actividades de Monitoreo establecidos en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG); y, también, con el fin de contribuir a la mejora continua de la Gestión de la Agencia para la Reincorporación y la Normalización (ARN), el Grupo de Control Interno de Gestión realiza el seguimiento al cumplimiento de las acciones adelantadas (Correctivas, Preventivas y de Mejora), formuladas en los Planes de Mejora resultado de las Auditorías Integrales y de Gestión practicadas a los Procesos y Grupos ARN de la Subdirección Territorial.

2. DEFINICIONES

- **ACCIÓN CORRECTIVA:** conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una No Conformidad detectada u otra situación no deseable.
- **ACCIÓN PREVENTIVA:** conjunto de acciones tomadas para eliminar o mitigar la(s) causa(s) de una posible No Conformidad u otra situación potencial no deseable.
- **ASPECTO POR FORTALECER:** hecho o situación que podría generar el incumplimiento de un requisito y/o una situación encontrada que se ajusta o cumple parcialmente con los criterios establecidos.
- **CONFORMIDAD:** cumplimiento de los requisitos bien sea técnicos, legales, del cliente y organización.
- **HALLAZGO:** es el resultado de evaluar la evidencia de la auditoría recopilada frente a los criterios de auditoría.
- **MEJORA CONTINUA:** acción permanente realizada con el fin de aumentar la capacidad para cumplir los requisitos y optimizar el desempeño.



- **NO CONFORMIDAD:** es el incumplimiento de un requisito técnico, legal, del cliente u organización. Se constituye cuando existe evidencia objetiva de incumplimiento.
- **OBSERVACIÓN:** situación que, sin llegar a constituir una desviación o incumplimiento de un requisito, amerita un llamado de atención sobre oportunidades de mejora o debilidades observadas en los servicios, procesos, procedimientos o actividades que podrían, en un futuro, generar una No Conformidad. Las observaciones darán lugar a acciones preventivas por parte de los auditados.
- **OPORTUNIDAD DE MEJORA (RECOMENDACIÓN):** hecho o situación que se puede fortalecer para incrementar el grado de satisfacción de los clientes o de las partes interesadas.
- **PLAN DE MEJORA:** conjunto de medidas de cambio que se toman en una organización para lograr una mejora en su rendimiento. El plan de mejora se constituye, por tanto, como una herramienta para mejorar la gestión como consecuencia de la implantación del Sistema de Gestión de Calidad en una organización.

3. PLANES DE MEJORA REGISTRADOS

De acuerdo con la información reportada en el aplicativo del *Software* para la Administración de la Planeación y la Gestión – SAPYG, y con corte al 30 de septiembre de la Vigencia 2022, se registran un total de 37 Planes de Mejora de los cuales uno (1) corresponden a la Vigencia 2019, 19 corresponden a la Vigencia 2021 y los restantes 16 a la Vigencia 2022; por otra parte, la suma total de las acciones de los planes mencionados corresponde a un número de 437.

4. ANALISIS DE ACCIONES PARA EL TERCER TRIMESTRE DE LA VIGENCIA 2022

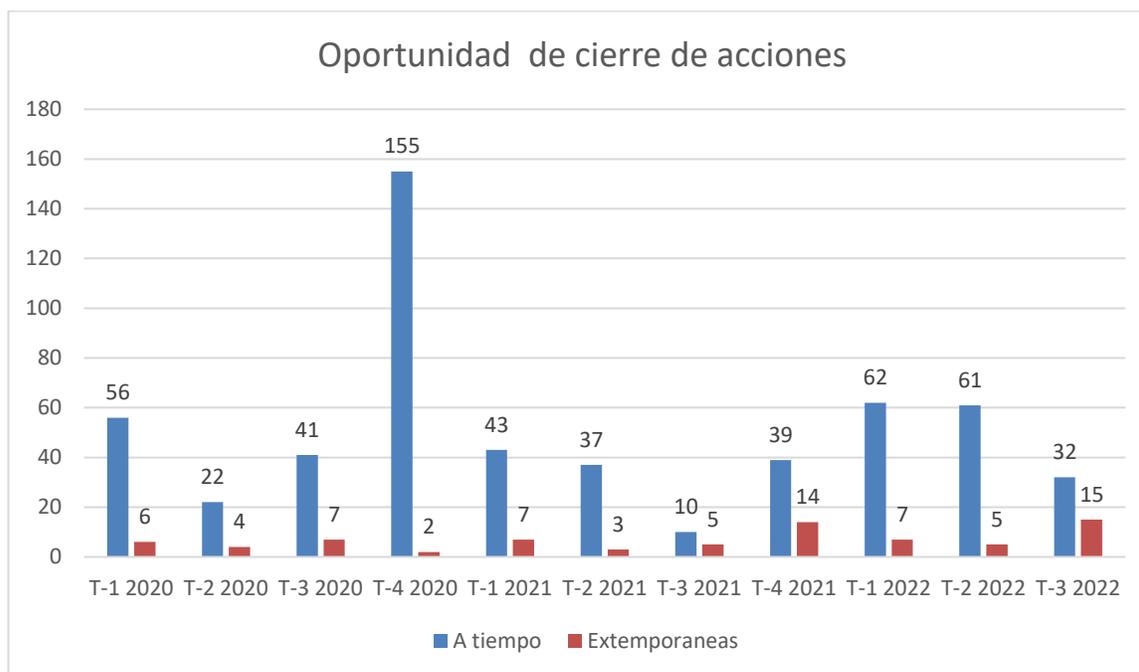
El Grupo de Control Interno de Gestión de la Agencia estableció, como meta de cumplimiento en la gestión del cierre de las acciones en el Plan de Acción del mencionado Grupo, un 90% frente al cumplimiento del total de las acciones programadas para cada trimestre sobre las ejecutadas.



Para el tercer trimestre de la Vigencia 2022 se observa un nivel de cumplimiento de los Planes de Mejoramiento del 91,48%; así las cosas, se realiza el siguiente análisis:

El nivel de cumplimiento de los Planes de Mejoramiento para el tercer trimestre de la Vigencia 2022 fue del 100%; lo anterior equivale al 25% planeado para este periodo y con un acumulado, a la fecha de corte del presente informe, de 75%. Para los 37 Planes de Mejoramiento aprobados (2019 = 1, 2021 = 19 y 2022 = 16), de los cuales estaban programadas 47 acciones para el tercer trimestre, se cerraron 29 a tiempo, tres (3) anticipadas; 11 extemporáneas y quedando cuatro (4) acciones abiertas.

Comparando las cifras en la oportunidad de cierre entre las Vigencias 2020, 2021 y 2022 se obtiene la siguiente gráfica:



De acuerdo con la información anterior, se puede observar que el comportamiento en el cierre de acciones cerradas “A Tiempo” es de un 68% mientras que el cierre “Extemporáneo” fue de un 32%.

5. ANÁLISIS DE LAS ACCIONES GESTIONADAS

Como producto de los Planes de Mejoramiento registrados en el SAPYG y, también, con el objeto de hacer seguimiento a los Planes y Acciones con corte al día: septiembre 30 2022 se presenta el siguiente resumen de reporte así:

AÑO REGISTRO DE LA ACCION	FECHA DE PROGRAMACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN							TOTAL POR AÑO
	2021	2022				2023	2026	
		T-1	T-2	T-3	T-4			
2019			1	3	5	1	1	11
2021	5	68	35	20	60	3		191
2022		5	30	24	165	11		235
TOTAL POR PERIODO	5	73	66	47	230	15	1	437

Del total de las acciones que se encuentran registradas en el SAPYG, a la fecha, estas se encuentran discriminadas de la siguiente manera:

- 11 acciones fueron formuladas durante la Vigencia 2019 y su cumplimiento se programó así:
 - Para la Vigencia 2022 se programaron nueve (9) acciones discriminadas así: una (1) para el segundo trimestre; tres (3) para el tercer trimestre; y, cinco (5) para el cuarto trimestre.
 - Para la Vigencia 2023 se programó una (1) acción.
 - Para la Vigencia 2026 se programó una (1) acción

- 191 acciones fueron formuladas durante la Vigencia 2021 cuyo cumplimiento se programó así:
 - Para la Vigencia 2021 se programaron cinco (5) acciones.
 - Para la Vigencia 2022 se programaron 183 acciones discriminadas así: 68 para el primer trimestre; 35 para el segundo trimestre; 20 para el tercer trimestre y 60 para el cuarto trimestre.
 - Para la Vigencia 2023 se programaron tres (3) acciones.



- 235 acciones fueron formuladas durante la Vigencia 2022 cuyo cumplimiento se programó así:
 - Para el primer trimestre cinco (5) acciones.
 - Para el segundo trimestre 30 acciones.
 - Para el tercer trimestre 24 acciones.
 - Para el cuarto trimestre 165 acciones.
 - Para la Vigencia 2023 se programaron 11 acciones.

6. ANALISIS DE ACCIONES CIERRE EXTEMPORANEO

Actualmente, el Grupo de Control Interno de Gestión de la ARN hace seguimiento a 47 acciones que debían ser cerradas antes del 30 de septiembre de la Vigencia 2022.

Haciendo un análisis de los resultados se detecta que, a pesar de que mensualmente se envían dos (2) correos electrónicos de Seguimiento a las Acciones de Planes de Mejoramiento a los responsables de las acciones para que se cierren a tiempo, aun se tiene un porcentaje de extemporaneidad.

Para evitar el cierre extemporáneo de las acciones es preciso que, los responsables del Plan de Mejora que les corresponda, deben solicitar la modificación de la fecha de cierre a través del “Módulo Solicitud de Modificación” ubicado en el aplicativo SIGER.

Asimismo, es preciso cumplir con lo establecido en el Procedimiento Gestión de Acciones Correctivas y de Mejora (Código EM–P–01, Versión: V-5 y de fecha julio 15 de 2021), especialmente en lo relacionado con la Actividad 8 que dice:

[...]Solicitar la modificación, cada vez que se requiera, en el Software para la Administración de la Planeación y la Gestión la solicitud de cambio en lo referente a los siguientes items:

- a) Responsable.
- b) Ampliación o recorte de fecha fin de la acción.
- c) Justificación.

Registrar los siguientes datos para efectuar la solicitud:

- a) Situación Actual:
 - 1) Número del plan de mejoramiento.
 - 2) Número del hallazgo.



- 3) Número de la acción.
- 4) Descripción de la acción.
- 5) Responsable de la acción si se va a reemplazar.
- 6) Fecha fin de la acción si se va a reemplazar.
- b) Solicitud a modificar:
 - 1) Número del plan de mejoramiento.
 - 2) Número del hallazgo.
 - 3) Número de la acción.
 - 4) Descripción de la acción.
 - 5) Responsable de la acción que se va a asignar.
 - 6) Fecha fin de la acción que se va a ampliar.

Nota 1: para los casos de cambios de fecha para el fin de la acción es necesario solicitarlo, por lo menos, con 15 días calendario de anticipación a la fecha de cierre de la acción.

Nota 2: el módulo de modificaciones solo lo visualizan los jefes y, por este medio, es donde se registran las modificaciones y se efectúan de manera oficial.

Nota 3: validar que el nuevo responsable de la acción tenga los permisos respectivos para que deposite las evidencias en la carpeta compartida destinada para tal fin.

Para obtener mayor información y claridad al respecto por favor consultar en EM-G-01 Guía de Acciones Correctivas y de Mejora. [...]

Por otra parte, es importante aclarar que en el SAPYG solo se permite modificar el Responsable de la Acción y/o su fecha de cierre.

En este punto es preciso tener en cuenta que, tal y como se menciona en el punto 2.3.2.1 (Aprobación cierre de una acción) del documento “Guía Usuario Módulo Acciones de Mejora del SAPYG” de Sertisoft (Proveedor del SAPYG), que se encuentra a cargo del rol de Control Interno, se establece que este tendrá cinco (5) días en total para gestionar la tarea “Solicitud de Cierre”.

Así como es importante el cierre oportuno de las acciones de mejora, como se mencionó anteriormente, también se deben cuidar las evidencias que se cargan en las carpetas compartidas creadas para cada Plan de Mejoramiento, pues su calidad debe estar alineada con lo solicitado en el Manual de Seguimiento a la Planeación Institucional DE–M–03, específicamente en lo relacionado con el Numeral 5.5. (Gestión de Evidencias) literales b. Registro de evidencias de reporte de Acciones y c. Tipología y características de las evidencias – Evidencias propias de la ARN, para el cierre de los hallazgos respectivos, pues estos deben realizarse en los siguientes términos:



- Los documentos en formatos Word y Excel deben contener: logo de la entidad, título, fecha de elaboración, nombre de quien elaboró el documento, nombre de quien revisó el documento. En caso de elaborar un documento borrador colocar marca de agua y versión del documento.
- Para el caso de informes, deben ser realizados en la plantilla de Documentos Complementarios del *software* administrador del Sistema Integrado de Gestión y adicionar nombre de quien elaboró el documento, nombre de quien revisó el documento y fecha de elaboración.
- Las listas de asistencia y actas de reunión deben estar en los formatos establecidos que reposan en el *software* administrador del Sistema Integrado de gestión. Estos deben estar diligenciados en su totalidad, ser legibles, fácilmente identificables y recuperables con el fin de realizar una adecuada aplicación de control de registros.
- Las bases de datos, matrices, entre otros, deben tener encabezado que contenga el nombre de la Entidad, título del documento, nombre de quien lo elaboró, nombre de quien revisó el documento y fecha de elaboración en la parte inferior del archivo.
- Los correos que se utilicen como evidencias, deben presentar la firma del colaborador y estar relacionados de manera clara con la actividad o meta que pretende sustentar.
- Las presentaciones en formato *PowerPoint* deben ser en la plantilla institucional establecida y, en su contenido, se debe especificar título, nombre de dependencia que elaboró y fecha de elaboración; los documentos en formato *PowerPoint* deben acompañar una lista de asistencia o acta de la reunión o actividad en la que se utilizó. El documento en formato *PowerPoint* en sí mismo no representa evidencia si no está respaldado por lista de asistencia y/o acta de reunión con firmas de los asistentes.
- En el caso de imágenes como pantallazos, entre otros, deben ser copiados en archivo de formato Word documentando la fecha y relación con la actividad que pretende evidenciar, que puede ser a partir de un título o una descripción sucinta y deben acompañar la lista de asistencia y/o acta de la reunión o actividad en la que se utilizó. En el caso de evidencias relacionadas con acciones de participación ciudadana, aparte de recoger los lineamientos anteriores según tipo de evidencia y actor, debe acoger los lineamientos de la Guía para Sistematizar la Participación Ciudadana en el Ciclo de Gestión de la Entidad.

7. NOVEDADES EN PLANES DE MEJORAMIENTO

En lo que respecta a las modificaciones de las acciones de los Planes de Mejora se determinó que:

- Se recibieron 15 solicitudes de modificación, las cuales corresponden a cambio de responsable y cambio de fecha de finalización en la acción; las mismas fueron aprobadas y modificadas en el SAPYG durante el primer trimestre de la Vigencia 2022.



8. CONCLUSIONES

Para el segundo trimestre de la Vigencia 2022, el Grupo de Control Interno de Gestión alcanzó el 91,4% de la meta propuesta de cumplimiento; sin embargo, se evidencia que, de igual manera, los responsables de las acciones siguen solicitando el cierre de las acciones de manera extemporánea por lo que se requiere, necesariamente, que estos tomen las medidas respectivas con el fin de mejorar esta situación, así como es importante cuidar la calidad de las evidencias que se adjuntan en las carpetas compartidas creadas para tal fin. Es de aclarar que la efectividad en la aplicación de las acciones propuestas en los Planes de Mejoramiento se ha venido revisando en cada una de las auditorías realizadas y, de igual manera, se continuará con esta labor en las auditorías programadas para la Vigencia 2022.

Elaboró: Silvana Lorena Chaves Patiño; Técnico administrativo, del Grupo de Control Interno de Gestión
Revisó y Aprobó: Eduardo Antonio Sanguinetti Romero; Asesor del Grupo de Control Interno de Gestión
Fecha de Elaboración: octubre 5 de 2022