



## ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO

Código: SQ-F05  
 Versión: 3  
 Vigente desde: 29/08/2016

| SECCIÓN 1: IDENTIFICACIÓN DEL HALLAZGO |                              |                      |                |                              |   | Acción Registrada en Plan de mejoramiento | SECCIÓN 2: ANÁLISIS CAUSAS   |  |          |          |  |               | SECCIÓN 3: PLAN DE MEJORAMIENTO  |                          |                          |                   |   |   | SECCIÓN 4: SEGUIMIENTO |                   |  |  | Estado de la Acción   |                   |                            |
|--|------------------------------|----------------------|----------------|------------------------------|---|---|--|--|----------|----------|--|---------------|--|--------------------------|--------------------------|-------------------|---|---|------------------------|-------------------|--|--|---|-------------------|----------------------------|
| Nº                                     | Fuente de hallazgo           | Detalle de la fuente | Fecha hallazgo | Proceso Subproceso Afectado  | Hallazgo y/o Situación  |   | ¿PORQUE?   | ¿PORQUE?   | ¿PORQUE? | ¿PORQUE? | ¿PORQUE?   | Causa(s) Raíz | ACCIÓN   | Tipo de acción Propuesta | Responsable de ejecución | Recursos          | Meta de la acción   | Indicador   | Fecha Inicio           | Fecha Terminación | SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO   | DOCUMENTOS SOPORTE   |   | OBSERVACIONES OCI | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO |
| 602501                                 | Auditoría Interna de Gestión | R. Ocaña             | 14-dic-15      | Gestión del Talento Humano   | Fallas en la realización de las reuniones mensuales que se deben realizar de conformidad con lo dispuesto en el artículo 12 de la Resolución 208 de 2014, por la cual se adopta el Reglamento Interno para la elección de los miembros del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Defensoría del Pueblo y se dictan otras disposiciones.   | No presenta                               | Porque no se le da la verdadera importancia a la norma, siendo las demás funciones, las terminan absorbiendo el tiempo que le confiere el artículo 12 de la resolución 208 de 2014 para asumir las responsabilidades que se le confiere al comité. |  |          |          | Poco reconocimiento de la importancia del comité en todos los niveles administrativos (defensor regional y funcionarios)   | N/A           | Solicitar al nivel central capacitación sobre la resolución 208 de 2014, en lo concerniente a nuevas disposiciones reglamentarias, empoderamiento y organización empresarial   | Acción Correctiva        | Defensor Regional        | Humanos y Físicos | Gestionar una capacitación con el nivel central y a través de ella, empoderar al personal de la región y especialmente al COPASST en todos los asuntos de su competencia en el marco de la resolución 208 de 2014 | Solicitud de capacitación nivel central (1 Realización de reuniones ajustadas a la resolución 208 de 2014 de manera mensual, (12) | 01-ene-16              | 31-dic-16         |  |  | Cerrado en evaluación de enero 2017   | 100%              | Cerrado Eficaz             |
| 602502                                 | Auditoría Interna de Gestión | R. Ocaña             | 14-dic-15      | Gestión del Talento Humano   | No se envió a la Subdirección de Gestión de Talento Humano el diagnóstico de necesidades de capacitación para el año 2015 de la Regional, de conformidad con lo solicitado en el memorando No. 50/208 del 13 de noviembre de 2014.  | No presenta                               | Desatención al memorando No 50/208 del 13 de noviembre de 2014   |  |          |          | No se le ha dado la verdadera importancia a los procesos de capacitación, como una de las estructuras del mejoramiento continuo de la regional   | N/A           | Elaboración del diagnóstico de necesidades de capacitación para 2015 de la regional a la subdirección de talento humano.   | Acción Correctiva        | Defensor Regional        | Humanos y Físicos | Actualizar el diagnóstico de necesidades de capacitación de la Regional   | Diagnóstico de necesidades de capacitación (1)  | 01-ene-16              | 31-dic-16         |  |  | Cerrado en evaluación de enero 2017   | 100%              | Cerrado Eficaz             |
| 602503                                 | Auditoría Interna de Gestión | R. Ocaña             | 14-dic-15      | Gestión del Talento Humano   | No se utiliza el formato dispuesto para el control de permiso personal por hora (GTH-FTD-68) por los funcionarios que se ausentan por más de una hora de la Regional Ocaña.   | No presenta                               | No se conocía que existía un formato de control de permisos personal por horas   | Desconocimiento de la importancia que amerita asumir directrices del orden nacional para generar una organización empresarial  |          |          | Desconocimiento de la importancia que amerita asumir directrices del orden nacional para generar una organización empresarial  | N/A           | Aunque ya se utiliza el formato GT-FTD-68, se acentuará sobre la importancia del acatamiento al diligenciamiento del formato   | Acción Correctiva        | Defensor Regional        | Físicos y humanos | Sensibilizar a todos y todos los funcionarios de la regional sobre la importancia del diligenciamiento del formato  | Seguimiento evaluación y control del diligenciamiento del formato (12 revisiones)   | 01-ene-16              | 31-dic-16         | Para los permisos personales por horas, los servidores públicos de la Regional diligencian el formato vigente en el Sistema de Gestión de Calidad, el cual es autorizado y firmado por el Defensor Regional. | Formato diligenciado TH-F68, V2; Control de permiso personal por horas, de febrero de 2017 | Se verifica el diligenciamiento del formato de Control de Permiso Personal por Horas (Código TH-F68; Versión 2) del mes de febrero/2017 y su vigencia en el Sistema de Gestión de Calidad, encontrándose el Vo Bo del Defensor Regional. La acción se cierra como cumplida 100% y de manera eficaz. No obstante, se debe seguir garantizando el uso de los formatos vigentes del Sistema de gestión de Calidad, publicados en la página web institucional; en el listado maestro de documentos. | 100%              | Cerrado Eficaz             |
| 602504                                 | Auditoría Interna de Gestión | R. Ocaña             | 14-dic-15      | Direccionamiento Estratégico | Incumplimiento de las directrices emanadas de la Resolución 1692 de 2013, teniendo en cuenta la no participación efectiva de los funcionarios que conforman la Defensoría Regional Ocaña en la formulación del PAA de las vigencias 2015.   | No presenta                               | Se presentan desatenciones que aparentemente no revisitan la importancia que verdaderamente tienen   |  |          |          | No se le da la suficiente importancia a procesos tan simples pero a la vez fundamentales en la calidad de los mismos.  | N/A           | Recepcionar los informes mensuales de ejecución contractual, garantizando el proceso formal de fecha, nombre y firma del profesional administrativo y de gestión que los recepciona.   | Mejora                   | Defensor Regional        | Humanos y físicos | Seguimiento y monitoreo mensual al proceso  | Acciones (12)   | 01-ene-16              | 31-dic-16         |  |  | Cerrado en evaluación de enero 2017   | 100%              | Cerrado Eficaz             |
| 602505                                 | Auditoría Interna de Gestión | R. Ocaña             | 14-dic-15      | Direccionamiento Estratégico | Carencia de seguimiento de las actividades planteadas en el PAA de la vigencia 2015, así como de las respectivas actas reunión mensuales de conformidad con lo establecido en la Resolución 1692 de 2013.   | No presenta                               | Se desconoce la importancia de la planeación para lograr el objetivo de la misión defensorial en el marco del plan estratégico 2013-2016   | Desconocimiento de la necesidad de articular procesos en términos de planeación estratégica  |          |          | Desconocimiento de la necesidad de articular procesos en términos de planeación estratégica  | N/A           | Revisión, modificación y ajustes al PAA con la participación efectiva de todos los funcionarios de la regional.  | Mejora                   | Defensor Regional        | Humanos y Físicos | Revisión, modificación y ajustes al PAA   | Revisión, modificación y ajuste al PAA (4)  | 01-mar-16              | 31-dic-16         |  |  | Cerrado en evaluación en octubre 2016   | 100%              | Cerrado Eficaz             |
| 602506                                 | Auditoría Interna de Gestión | R. Ocaña             | 14-dic-15      | Direccionamiento Estratégico | Fallas en el cumplimiento manual de funciones asignadas al defensor regional en cuanto al cumplimiento de los planes, programas y proyectos señalados por el Defensor del Pueblo, así como de lo establecido en el literal b del artículo 5 de la Resolución 602 de 2013 y en la Circular 001 de 2014, teniendo en cuenta la baja ejecución del PAA de la Defensoría Regional Ocaña durante la vigencia 2015.<br>b. Debilidades en el análisis y controles de carácter preventivo y correctivo establecidos por la regional, teniendo en cuenta las desviaciones que se han | No presenta                               | Se desconoce la verdadera importancia de los planes, programas y proyectos, los cuales se enmarcan en el manual de funciones del defensor regional   | Desconocimiento sobre la importancia del seguimiento a todos los procesos de la regional, los cuales, se enmarcan en planes, programas y proyectos.  |          |          | Desconocimiento sobre la importancia del seguimiento a todos los procesos de la regional, los cuales, se enmarcan en planes, programas y proyectos.  | N/A           | Realizar seguimiento periódico al PAA, en términos de revisión, seguimiento y evaluación; para con ello poder garantizar la ejecución de las cifras del PAA y corregir procesos que se han desviado de su esencia planificadora. | Mejora                   | Defensor Regional        | Humanos y Físicos | Seguimiento al PAA y análisis de los procesos que se lleva a cabo   | Seguimientos (6)  | 01-feb-16              | 31-dic-16         |  |  | Cerrado en evaluación de enero 2017   | 100%              | Cerrado Eficaz             |
| 602507                                 | Auditoría Interna de Gestión | R. Ocaña             | 14-dic-15      | Direccionamiento Estratégico | La Defensoría Regional no está aplicando todos los lineamientos para la atención de sus Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias y Felicidades (PQRSDF), como lo son promover y orientar a los usuarios para la correcta utilización del buzón, extraer y registrar semanalmente PQRSDF del buzón y realizar el informe estadístico de las PQRSDF. Criterios que fueron establecidos por la Secretaría General y divulgados a todas las Defensorías Regionales mediante correos electrónicos de septiembre y octubre de 2015.                                   | No presenta                               | Desconocimiento del Decreto 025 de 2014, Artículo 19, numeral 7  | No se posee la formación necesaria para reconocer que los canales de comunicación entre el usuario y la regional, son aquellos que nutren con la información necesaria para hacer revisión, análisis y evaluación a los procesos que se han establecido y, son el constructo para corregir las desviaciones de los procesos, buscando mejorar las funciones establecidas por la entidad. |          |          | No se posee la formación necesaria para reconocer que los canales de comunicación entre el usuario y la regional, son aquellos que nutren con la información necesaria para hacer revisión, análisis y evaluación a los procesos que se han establecido y, son el constructo para corregir las desviaciones de los procesos, buscando mejorar las funciones establecidas por la entidad. | N/A           | Capacitar a cada uno de los funcionarios de la regional sobre la importancia del usuario para mejorar los procesos funcionales de la regional  | Mejora                   | Defensor Regional        | Humanos y Físicos | Capacitación, revisión y análisis estadístico del buzón de PQRSDF   | Capacitación, revisión y análisis estadístico (6)   | 01-feb-16              | 31-dic-16         |  |  | Cerrado en evaluación de enero 2017   | 100%              | Cerrado Eficaz             |
| 602508                                 | Auditoría Interna de Gestión | R. Ocaña             | 14-dic-15      | Direccionamiento Estratégico | Fallas en el seguimiento y control en los términos del trámite de los derechos de petición que recibe la Regional Ocaña, puesto que se encontraron peticiones que a la fecha de la visita de auditoría no habían sido repartidos ni entregados a algún funcionario responsable y por lo tanto no se habían tramitado, así como peticiones de las cuales se desconoce el trámite   | No presenta                               | Después del proceso relacionado  | No se posee un sistema de información capaz de hacer seguimiento y evaluación a mecanismos tan importantes como los derechos de petición   |          |          | No se cuenta con una herramienta que permita hacer el registro y seguimiento a documentos importantes como los derechos de petición.   | N/A           | Elaborar una plantilla en formato Excel que permita llevar a cabo el registro mensual y el seguimiento de los derechos de petición radicados en la Regional Ocaña  | Acción Correctiva        | Defensor Regional        | Humanos y Físicos | Obtener mediante la plantilla en Excel, un registro y seguimiento de todos los derechos de petición radicados en la Regional, con el fin de garantizar el trámite de los mismos en los tiempos                    | 1 herramienta implementada.   | 01-mar-17              | 28-abr-17         | En ejecución.  | En ejecución.  | Teniendo en cuenta que la acción para este hallazgo fue replanteada y su ejecución está programada para los meses de marzo y abril de 2017, se verificará su avance en el próximo seguimiento a realizar por parte de la OC para el periodo correspondiente.  | 0%                | En Ejecución               |

| SECCIÓN 1: IDENTIFICACIÓN DEL HALLAZGO |                              |                      |                |  | SECCIÓN 2: ANÁLISIS CAUSAS   |                      |  |   |          |   | SECCIÓN 3: PLAN DE MEJORAMIENTO   |                   |                          |                          |   |  | SECCIÓN 4: SEGUIMIENTO |              |  |  |   |                            |                     |
|--|------------------------------|----------------------|----------------|--|--|----------------------|--|---|----------|---|---|-------------------|--------------------------|--------------------------|---|--|------------------------|--------------|--|--|---|----------------------------|---------------------|
| N°                                     | Fuente de hallazgo           | Detalle de la fuente | Fecha hallazgo | Proceso / Subproceso Afectado                | Hallazgo y/o Situación   | Plan de mejoramiento |  |   |          |   |   | ACCIÓN            | Tipo de acción Propuesta | Responsable de ejecución | Recursos  | Meta de la acción  | Indicador              | Fecha Inicio | Fecha Terminación  | PRIMER BIMESTRE  |   | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO | Estado de la Acción |
|  |                              |                      |                |  |  | ¿PORQUE?             | ¿PORQUE?   | ¿PORQUE?  | ¿PORQUE? | ¿PORQUE?  | ¿PORQUE?  |                   |                          |                          |   |  |                        |              |  | Causa(s) Raíz  | SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO  |                            |                     |
| 602509                                 | Auditoría Interna de Gestión | R. Ocaña             | 14-dic-15      | Promoción y Divulgación                      | Fallas en el ejercicio de la promoción y divulgación de los derechos humanos de la Defensoría Regional Ocaña, evidenciadas en:<br>a. Carencia de planeación y gestión y de actividades de promoción y divulgación de los derechos humanos, en observancia a las funciones esenciales 20, 21, 22 y 23 del manual de funciones del Defensor Regional, adoptado mediante Resolución 065 de 2014. b. No se evidenciaron la realización de actividades de Promoción y Divulgación en la Regional Ocaña y por lo tanto no se aplica la matriz de planeación educativa, la cual es la base de las actividades de capacitación bajo Modelo Pedagógico Institucional. c. La no realización del curso pedagógico sobre los derechos de la niñez dirigidos a los padres y responsables de los menores amonestados, de conformidad con el establecido en el artículo 54 Ley de la 1098 de 2006 - Código de infancia y adolescencia. d. Inobservancia de un centro de | No presenta          | Porque se guardó la esperanza de que la dirección nacional de promoción y divulgación vinculará y profesional que debe estar encargado de la coordinación de estos temas   | Desconocimiento de la responsabilidad misional que tiene cada uno de los funcionarios para transveralizar su acción específica funcional con la promoción y divulgación de los derechos humanos | N/A      | Desconocimiento de la responsabilidad misional que tiene cada uno de los funcionarios para transveralizar su acción específica funcional con la promoción y divulgación de los derechos humanos | a. Planear y gestionar actividades de promoción y divulgación de los derechos humanos de acuerdo a la resolución 065 de 2014. b. Aplicar modelo pedagógico institucional. Realización de cursos pedagógicos sobre los derechos de la niñez, dirigidos a los padres y responsables de los menores amonestados, según el artículo 54 del código de infancia y adolescencia. d. Creación de un centro de documentación para el acceso de los usuarios a las diferentes publicaciones sobre derechos humanos y DIH. | Acción Correctiva | Defensor Regional        | Humanos y Físicos        | a. Capacitar en mecanismos de protección de Derechos Humanos al establecimiento carcelario de Ocaña y de policía, tomando como instrumentos de acción, el modelo pedagógico institucional. c. Ejecución de talleres sobre los derechos de los niños, niñas y adolescentes amonestados, dirigidos a sus padres y/o responsables, de acuerdo al art. 54 del CIA. d. Creación de la biblioteca de Derecho Humanos y DIH para el acceso libre y espontáneo de los usuarios. | Talleres sobre derechos de los niños, niñas y adolescentes (6). Creación de biblioteca (1) | 01-ene-16              | 31-dic-16    |  |  | Cerrado en evaluación de enero 2017   | 100%                       | Cerrado Eficaz      |
| 602510                                 | Auditoría Interna de Gestión | R. Ocaña             | 14-dic-15      | Subproceso de Defensoría Pública             | Debilidades en la actualización de los usuarios del Sistema VisionWeb DP, toda vez que registran contratistas que no laboran en la entidad a saber: Dr. Carlos González, Dr. Jairo Claro, Dr. Eduardo Carrascal, Dr. Oscar Pallares, este último tiene a su cargo 148 casos activos e inactivos según el Sistema   | No presenta          | Porque no existe el tiempo suficiente  | Reciente terminación de los contratos de los defensores públicos, quienes presentan un número elevado de asignaciones de servicio.  | N/A      | Reciente terminación de los contratos de los defensores públicos, quienes presentan un número elevado de asignaciones de servicio.  | Fortalecimiento en la actualización de los usuarios en el sistema VisionWeb   | Acción Correctiva | Defensor Regional        | Humanos y Físicos        | Mantener actualizado mes a mes el sistema VisionWeb DP  | Actualizaciones (12)   | 01-ene-16              | 31-dic-16    |  |  | Cerrado en evaluación de enero 2017   | 100%                       | Cerrado Eficaz      |
| 602511                                 | Auditoría Interna de Gestión | R. Ocaña             | 14-dic-15      | Subproceso de Defensoría Pública             | No se controla adecuadamente la asistencia a las barras académicas, se encontraron defensores públicos que en ocasiones no acuden a las barras y que no justifican su inasistencia.  | No presenta          | En la actualidad, un defensor público del área penal, es quien se encuentra encargado de la coordinación de la barra académica.  | Por la terminación del contrato del defensor público coordinador de barra académica.  | N/A      | Por la terminación del contrato del defensor público coordinador de barra académica.  | Controlar adecuadamente la asistencia a las barras académicas   | Mejora            | Defensor Regional        | Físicos y humanos        | Controlar la asistencia de los defensores públicos a las barras, eximiendo eventualmente a aquellos que tengan la suficiente justificación debidamente acreditada para no hacerlo.  | Seguimiento evaluación y control de estados de asistencia mensual (12)                     | 01-ene-16              | 31-dic-16    |  |  | Cerrado en evaluación de enero 2017   | 100%                       | Cerrado Eficaz      |
| 602512                                 | Auditoría Interna de Gestión | R. Ocaña             | 14-dic-15      | Subproceso de Defensoría Pública             | Fallas en la recepción de los informes mensuales de ejecución contractual, toda vez que se evidenció que algunos de estos informes no tienen la fecha, nombre y firma de la Profesora Administrativa y de Gestión que los recibe.  | No presenta          | Descuido del proceso formal de recibo y entrega de informes mensuales de ejecución contractual. Se presentan desatenciones que aparentemente no revisten la importancia que verdaderamente tienen                                      | No se le da la suficiente importancia a procesos tan simples pero a la vez fundamentales en la calidad de los mismos.   | N/A      | No se le da la suficiente importancia a procesos tan simples pero a la vez fundamentales en la calidad de los mismos.   | Recepcionar los informes mensuales de ejecución contractual, garantizando el proceso formal de fecha, nombre y firma del profesional administrativo y de gestión que los recepciona.  | Mejora            | Defensor Regional        | Humanos y físicos        | Seguimiento y monitoreo mensual al proceso  | Acciones (12)  | 01-ene-16              | 31-dic-16    |  |  | Cerrado en evaluación de enero 2017   | 100%                       | Cerrado Eficaz      |
| 602513                                 | Auditoría Interna de Gestión | R. Ocaña             | 14-dic-15      | Subproceso de Defensoría Pública             | Fallas en el uso de algunos formatos establecidos por la Dirección Nacional de Defensoría Pública, teniendo en cuenta que: a. No se está utilizando en todos los programas, el acta de derechos y obligaciones de los usuarios atendidos. No se está utilizando el formato acta de reparto.  | No presenta          | Se presentan desatenciones que aparentemente no revisten la importancia que verdaderamente tienen  | No se le da la suficiente importancia a procesos tan simples pero a la vez fundamentales en la calidad de los mismos.   | N/A      | No se le da la suficiente importancia a procesos tan simples pero a la vez fundamentales en la calidad de los mismos.   | Garantizar la observancia en el uso de los formatos establecidos por la dirección nacional de defensoría pública para acceder al servicio   | Mejora            | Defensor Regional        | Humanos y Físicos        | Seguimiento y monitoreo al diligenciamiento de la solicitudes del servicio  | acciones (6-bimensual)   | 01-ene-16              | 31-dic-16    |  |  | Cerrado en evaluación de enero 2017   | 100%                       | Cerrado Eficaz      |
| 602514                                 | Auditoría Interna de Gestión | R. Ocaña             | 14-dic-15      | Subproceso de Defensoría Pública             | Fallas en la gestión documental del proceso de Defensoría Pública, toda vez que se encontraron contratos y las actas de inicio se encuentran sin archivar, no se hallaron los certificados de salud y pensión de todos los meses objeto de auditoría, ni tampoco los certificados de antecedentes fiscales, disciplinarios y penales   | No presenta          | Se presentan desatenciones que aparentemente no revisten la importancia que verdaderamente tienen  | No se le da la suficiente importancia a procesos tan simples pero a la vez fundamentales en la calidad de los mismos.   | N/A      | No se le da la suficiente importancia a procesos tan simples pero a la vez fundamentales en la calidad de los mismos.   | Cumplir con el proceso de gestión documental de defensoría pública  | Mejora            | Defensor Regional        | Humanos y Físicos        | Seguimiento y monitoreo al proceso de gestión documental  | acciones (6-bimensual)   | 01-ene-16              | 31-dic-16    |  |  | Cerrado en evaluación de enero 2017   | 100%                       | Cerrado Eficaz      |
| 602515                                 | Auditoría Interna de Gestión | R. Ocaña             | 14-dic-15      | Subproceso de Recursos y Acciones Judiciales | Debilidades en la gestión de la gestión de investigación defensorial   | No presenta          | Se presentan desatenciones que aparentemente no revisten la importancia que verdaderamente tienen. Además la infraestructura existente no tiene la capacidad de proveer espacios privados para realizar las entrevistas a los usuarios | No se le da la suficiente importancia a procesos tan simples pero a la vez fundamentales en la calidad de los mismos.   | N/A      | No se le da la suficiente importancia a procesos tan simples pero a la vez fundamentales en la calidad de los mismos.   | Fortalecer la gestión de la investigación defensorial   | Mejora            | Defensor Regional        | Humanos y Físicos        | Seguimiento y monitoreo al proceso de gestión documental  | acciones (6-bimensual)   | 01-ene-16              | 31-dic-16    | Se realizó reunión de seguimiento a la gestión a los formatos utilizados por el área de investigación Defensorial en la Regional Ocaña, revisándose de manera aleatoria cuatro casos de la ejecución mensual, así como la verificación de los objetos a desarrollar. | Memoria de reunión de seguimiento a la gestión del área de investigación Defensorial, con fecha de 16/03/2017. | Se verificó el documento soporte enviado el 17/03/2017 mediante mensaje electrónico, evidenciándose la realización del respectivo seguimiento por parte de Defensor Regional al área de Investigación Defensorial. La presente acción se cierra como cumplida al 100% y de manera eficaz. Sin embargo, es importante resaltar que los seguimientos deben seguirse realizando mensualmente de conformidad con la resolución 1692 de 2013, con el fin de verificar el cumplimiento de las actividades planeadas, antes de hacer el cargo de información en el aplicativo STRATEGOS. | 100%                       | Cerrado Eficaz      |
| 602516                                 | Auditoría Interna de Gestión | R. Ocaña             | 14-dic-15      | Subproceso de Recursos y Acciones Judiciales | Falencias en la aplicación de las directrices y procedimientos para la atención y trámite de peticiones  | No presenta          | No existe un criterio unificador conceptual de clasificación estándar para la atención y trámite de peticiones   | No se ha recibido la capacitación necesaria para la aplicación de las directrices y procedimientos para la atención y trámite de peticiones.  | N/A      | No se ha recibido la capacitación necesaria para la aplicación de las directrices y procedimientos para la atención y trámite de peticiones.  | Fortalecimiento en la aplicación de las directrices y procedimientos para la atención y trámite de peticiones   | Mejora            | Defensor Regional        | Humanos y Físicos        | Gestionar ante la DNATQ el proceso de capacitación necesario para aplicar las directrices y procedimientos para la atención y trámite de peticiones   | Diligenciamiento de la solicitud de capacitación al personal de ATQ de la Regional         | 01-ene-16              | 31-dic-16    |  |  | Cerrado en evaluación en octubre 2016   | 100%                       | Cerrado Eficaz      |



## ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO

|                |            |
|----------------|------------|
| Código:        | SQ-FOS     |
| versión:       | 3          |
| Vigente desde: | 29/08/2016 |

| SECCIÓN 1: IDENTIFICACIÓN DEL Hallazgo |                              |                      |                |  |  | SECCIÓN 2: ANÁLISIS CAUSAS                |   |   |          |          | SECCIÓN 3: PLAN DE MEJORAMIENTO |   |   |                          |                          |                   | SECCIÓN 4: SEGUIMIENTO  |   |              |                   | Estado de la Acción        |                    |                   |                            |
|--|------------------------------|----------------------|----------------|--|--|---|---|---|----------|----------|---------------------------------|---|---|--------------------------|--------------------------|-------------------|---|---|--------------|-------------------|----------------------------|--------------------|-------------------|----------------------------|
| Nº                                     | Fuente de Hallazgo           | Detalle de la fuente | Fecha Hallazgo | Proceso / Subproceso Afectado                | Hallazgo y/o Situación   | Acción Registrada en Plan de mejoramiento | ¿PORQUE?  | ¿PORQUE?  | ¿PORQUE? | ¿PORQUE? | ¿PORQUE?                        | Causa/Raíz  | ACCIÓN  | Tipo de acción Propuesta | Responsable de ejecución | Recursos          | Meta de la acción   | Indicador   | Fecha Inicio | Fecha Terminación |                            | PRIMER BIMESTRE    |                   | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO |
|  |                              |                      |                |  |  |   |   |   |          |          |                                 |   |   |                          |                          |                   |   |   |              |                   | SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO | DOCUMENTOS SOPORTE | OBSERVACIONES DCI |                            |
| 602517                                 | Auditoría Interna de Gestión | R. Ocaña             | 14-dic-15      | Subproceso de Recursos y Acciones Judiciales | En el transcurso de la de auditoría, se estableció inobservancia del registro en el Sistema VisionWeb RAJ.   | No presenta                               | Porque las claves fueron ocasionales bloqueadas y no se gestionó la reactivación de las mismas, presentándose un vacío en la sistematización. | Fallas en el sistema VisionWeb RAJ  | N/A      |          |                                 | Fallas en el sistema VisionWeb RAJ  | Gestionar una capacitación en Sistemas de información VisionWeb RAJ   | Mejora                   | Defensor Regional        | Humanos y Físicos | Gestionar la capacitación en Sistemas de información VisionWeb RAJ  | Diligenciamiento de la solicitud de capacitación al personal competente | 01-ene-16    | 31-dic-16         |                            |                    | 100%              | Cerrado Eficaz             |
| 602518                                 | Auditoría Interna de Gestión | R. Ocaña             | 14-dic-15      | Subproceso de Recursos y Acciones Judiciales | Desarticulación del Subproceso de Recursos y Acciones, con los demás Subprocesos que componen el proceso de Atención y Trámite en la regional Ocaña, así como los distintos grupos de trabajo (atención a la víctimas, atención a la población desplazada).        | No presenta                               | Por el desconocimiento de la necesidad de articulación con los demás subprocesos  | No reconocemos ni asumimos la acción defensorial de manera articulada, en el marco de la planeación estratégica                         | N/A      |          |                                 | No reconocemos ni asumimos la acción defensorial de manera articulada, en el marco de la planeación estratégica                         | Estimular la articulación del subproceso de recursos y acciones con los demás subprocesos   | Preventiva               | Defensor Regional        | Humanos y Físicos | Realización de mesas de trabajo articuladas en el marco de la planeación estratégica de la regional.            | Metas trimestrales  | 01-ene-16    | 31-dic-16         |                            |                    | 100%              | Cerrado Eficaz             |
| 602519                                 | Auditoría Interna de Gestión | R. Ocaña             | 14-dic-15      | Subproceso de Recursos y Acciones Judiciales | Fallas en la gestión del subproceso de RAJ respecto a la carencia de acciones ante aquellos Juzgados que omiten notificar a la Regional sobre la admisión de la demanda de conformidad con el establecido en la Ley 472 de 1998                                    | No presenta                               | Porque existe desconocimiento generalizado sobre lo concerniente a la gestión del subproceso del RAJ.   | Desatención a procesos absolutamente importantes para el desarrollo de los procesos.  | N/A      |          |                                 | Desatención a procesos absolutamente importantes para el desarrollo de los procesos.  | Gestionar una capacitación en Sistemas de información RAJ   | Mejora                   | Defensor Regional        | Humanos y Físicos | Gestionar la capacitación en Sistemas de información RAJ  | Diligenciamiento de la solicitud de capacitación al personal competente | 01-ene-16    | 31-dic-16         |                            |                    | 100%              | Cerrado Eficaz             |
| 602520                                 | Auditoría Interna de Gestión | R. Ocaña             | 14-dic-15      | Subproceso de Recursos y Acciones Judiciales | Debilidades en la aplicación de las directrices del Archivo General de la Nación; Ley 594 de 2000/Ley General de Archivos y la Resolución 412 de 2015 mediante la cual se aprueba la actualización del manual de archivo versión No. 2 de la Defensoría del Pueblo | No presenta                               | Porque en la regional no se ha recibido capacitación relacionada  | Desconocimiento de la ley   | N/A      |          |                                 | Desconocimiento de la ley   | Aplicar la ley 594 de 2000 y la resolución 412 de 2015  | Acción Correctiva        | Defensor Regional        | Humanos y Físicos | Capacitar en la ley 594 de 2000 y la resolución 412 de 2015   | Diligenciamiento de la solicitud de capacitación al personal competente | 01-ene-16    | 31-dic-16         |                            |                    | 100%              | Cerrado Eficaz             |
| 602521                                 | Auditoría Interna de Gestión | R. Ocaña             | 14-dic-15      | Gestión de Servicios Administrativos         | Incumplimiento de la directriz estipulada en el artículo 5 de la resolución 085 de 2014, en la cual se establece que el Defensor Regional es el único funcionario facultado en las regiones para suscribir oficios, memorandos, comunicaciones y telegramas        | No presenta                               | Desconocimiento de algunos funcionarios de la regional  | Desatención a la resolución 085 de 2014   | N/A      |          |                                 | Desatención a la resolución 085 de 2014   | Elaboración de un memorando o comunicación interna para exhortar al personal sobre el acatamiento a la resolución 085 de 2014                   | Acción Correctiva        | Defensor Regional        | Humanos y Físicos | Circular el memorando en los funcionarios de la regional  | Memorandos elaborados y circularizados (1)                              | 01-ene-16    | 31-dic-16         |                            |                    | 100%              | Cerrado Eficaz             |
| 602522                                 | Auditoría Interna de Gestión | R. Ocaña             | 14-dic-15      | Gestión de Servicios Administrativos         | Inobservancia de lo estipulado en el artículo 1 de la resolución 085 de 2014, puesto que en las comunicaciones expedidas por la regional no se utiliza el código establecido para la regional  | No presenta                               | Desconocimiento absoluto en el tema   | Carencia de información entre el nivel central y la regional.   | N/A      |          |                                 | Carencia de información entre el nivel central y la regional.   | Aplicar el código de comunicaciones externas  | Acción Correctiva        | Defensor Regional        | Humanos y Físicos | Implementar el artículo 1 de la resolución 085 de 2014  | Memorando (1)   | 01-ene-16    | 31-dic-16         |                            |                    | 100%              | Cerrado Eficaz             |
| 602523                                 | Auditoría Interna de Gestión | R. Ocaña             | 14-dic-15      | Gestión de Servicios Administrativos         | se encontraron elementos a los cuales no se les da ningún uso, como sillas, las cuales se encuentran guardadas desde que fueron adquiridas implicando un alto riesgo deterioro y obsolescencia   | No presenta                               | Porque se pretendía darle el mejor uso  | Conservar y maximizar la vida útil del mobiliario de la regional  | N/A      |          |                                 | Conservar y maximizar la vida útil del mobiliario de la regional.   | Adecuar la infraestructura para generar los espacios necesarios para la instalación del mobiliario mencionado                                   | Acción Correctiva        | Defensor Regional        | Humanos y Físicos | Instalar el mobiliario relacionado  | Número de mobiliario instalado  | 01-ene-16    | 31-ene-17         |                            |                    | 100%              | Cerrado Eficaz             |
| 602524                                 | Auditoría Interna de Gestión | R. Ocaña             | 14-dic-15      | Gestión de Servicios Administrativos         | Inobservancia del respectivo procedimiento para lograr dar de baja bienes, de conformación los establecidos en el Manual Integrado para el manejo de bienes de propiedad de la Defensoría del Pueblo adoptado mediante Resolución 7 del 22 de mayo de 2015.        | No presenta                               | Existe la imposibilidad de lograr conceptos técnicos especializados para dar de baja el mobiliario relacionado                                | La complejidad planteada por el nivel central para asumir las consideraciones previstas en el manual integrado para el manejo de bienes | N/A      |          |                                 | La complejidad planteada por el nivel central para asumir las consideraciones previstas en el manual integrado para el manejo de bienes | Gestionar con el SENA la expertise de aprendiz emita los conceptos requeridos   | Acción Correctiva        | Defensor Regional        | Humanos y Físicos | Dar de baja los bienes que así lo estipule el estudio en el marco de la resolución 735 de 2 de mayo de 2015     | Cantidad de muebles que requieren ser dados de baja                     | 01-ene-16    | 31-dic-16         |                            |                    | 100%              | Cerrado Eficaz             |
| 602525                                 | Auditoría Interna de Gestión | R. Ocaña             | 14-dic-15      | Gestión de Servicios Administrativos         | no se cuenta con un sistema ininterrumpido de potencia que garantice la contingencia de la operación de los equipos de cómputo ante eventuales fallas de energía   | No presenta                               | Porque se ha solicitado reiteradamente la revisión, acondicionamiento e instalación de la UPS   | No se ha obtenido respuesta del nivel central   | N/A      |          |                                 | No se ha obtenido respuesta del nivel central   | Reiterar la solicitud de intervención al nivel central.   | Acción Correctiva        | Defensor Regional        | Humanos y Físicos | Gestionar periódicamente la solicitud relacionada   | Reiteraciones mensuales (12)  | 01-ene-16    | 31-dic-16         |                            |                    | 100%              | Cerrado Ineficaz           |
| 602526                                 | Auditoría Interna de Gestión | R. Ocaña             | 14-dic-15      | Tecnologías de la Información                | no se ha recibido capacitación para los sistemas de información SILJYP RUP a los servidores públicos de la Regional.   | No presenta                               | Porque depende de la programación de la defensoría del pueblo del nivel nacional  | Fallas en programación de capacitaciones relacionadas   | N/A      |          |                                 | Fallas en programación de capacitaciones relacionadas   | Solicitar capacitaciones en SILJYP RUP  | Acción Correctiva        | Defensor Regional        | Humanos y Físicos | Reiteración periódica de solicitudes de capacitación  | Solicitudes mensuales (12)  | 01-ene-16    | 31-dic-16         |                            |                    | 100%              | Cerrado Eficaz             |
| 602527                                 | Auditoría Interna de Gestión | R. Ocaña             | 14-dic-15      | Gestión de Servicios Administrativos         | escasa gestión en el Sistema de Gestión Ambiental de la Regional Ocaña, lo cual genera el incumplimiento de las metas programadas.   | No presenta                               | Porque el tiempo necesario para asumir la función limita otras funciones consideradas prioritarias  | Múltiples ocupaciones y escases de personal   | N/A      |          |                                 | Múltiples ocupaciones y escases de personal   | Cumplir con las metas programadas y hacer seguimiento periódico   | Acción Correctiva        | Defensor Regional        | Humanos y Físicos | Seguimiento y control estricto a las metas programadas en el sistema de gestión ambiental                       | Controles periódicos (6)  | 01-ene-16    | 31-dic-16         |                            |                    | 100%              | Cerrado Eficaz             |
| 602528                                 | Auditoría Interna de Gestión | R. Ocaña             | 14-dic-15      | Gestión de Servicios Administrativos         | incumplimiento de la directiva presidencial 04 de 2012 "Eficiencia Administrativa y lineamientos de Política cero papel en la Administración Pública" ya que muchos de los documentos electrónicos realizados por la regional también se están imprimiendo.        | No presenta                               | Se creía que al enviar la información de manera electrónica y física, se iba a asegurar la llegada de la misma al remitente                   | Desconocimiento de la directiva 04 de 2012 y poca confianza de la información enviada de manera electrónica                             | N/A      |          |                                 | Desconocimiento de la directiva 04 de 2012 y poca confianza de la información enviada de manera electrónica                             | Implementar la directiva presidencial 04 de 2012  | Acción Correctiva        | Defensor Regional        | Humanos y Físicos | Reunir a los funcionarios de la regional, informar e instaurar la directiva 04 de 2012 (reuniones trimestrales) | Reuniones de seguimiento (4)  | 01-ene-16    | 31-dic-16         |                            |                    | 100%              | Cerrado Eficaz             |
| 602529                                 | Auditoría Interna de Gestión | R. Ocaña             | 14-dic-15      | Gestión de Servicios Administrativos         | la Defensoría Regional Ocaña no ha presentado cumplimiento del Comité de Gestión Ambiental los informes bimestrales establecidos en el numeral del artículo 4 de la Resolución 1270 de 2013.   | No presenta                               | Por no brindarle la importancia que tiene la gestión ambiental en los procesos y subprocesos  | Desconocimiento de la articulación de variable ambiental en la gestión defensorial  | N/A      |          |                                 | Desconocimiento de la articulación de variable ambiental en la gestión defensorial  | Cumplir con los tiempos estipulados para el envío de los informes del comité  | Acción Correctiva        | Defensor Regional        | Humanos y Físicos | Envía de los informes su debido tiempo (6)  | Informes enviados   | 01-ene-16    | 31-dic-16         |                            |                    | 100%              | Cerrado Eficaz             |
| 602530                                 | Auditoría Interna de Gestión | R. Ocaña             | 14-dic-15      | Gestión de Servicios Administrativos         | el documento correspondiente a la revisión tecnomecánica de la camioneta FORD de placas OBG 692 asignada a la Defensoría Regional Ocaña se encuentra vencido.  | No presenta                               | Aunque el hallazgo ha sido superado el descuido ha sido el factor precursor del hecho   | No prevenir en la planeación de los procesos y subprocesos de la regional acciones como esta  | N/A      |          |                                 | No prevenir en la planeación de los procesos y subprocesos de la regional acciones como esta  | Realizar la respectiva revisión en el tiempo justo para no tener inconvenientes que obstaculicen el correcto desempeño del servicio defensorial | Acción Correctiva        | Defensor Regional        | Humanos y Físicos | Realizar la revisión técnica mecánica (1)   | Revisión Técnica mecánica   | 01-oct-15    | 31-oct-16         |                            |                    | 100%              | Cerrado Eficaz             |
| 602531                                 | Auditoría Interna de Gestión | R. Ocaña             | 14-dic-15      | Gestión de Servicios Administrativos         | fallas en la socialización del código de ética de la entidad, adoptado mediante Resolución 931 del 2002, lo cual dificulta el despliegue de este importante elemento de control  | No presenta                               | Porque aunque no existen fallas en la socialización (existen actas) lo que ocurre es desinterés expreso del funcionario                       | Desatención al cumplimiento de la resolución 931 del 2002   | N/A      |          |                                 | Desatención al cumplimiento de la resolución 931 del 2002   | Socializar el código de ética en la regional  | Acción Correctiva        | Defensor Regional        | Humanos y Físicos | Socializaciones con todo el equipo de la regional el código de ética  | Socializaciones (2)   | 01-feb-16    | 30-nov-16         |                            |                    | 100%              | Cerrado Eficaz             |



## ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO

Código: SQ-F05  
 Versión: 3  
 Vigente desde: 29/08/2014

| SECCIÓN 1: IDENTIFICACIÓN DEL HALLAZGO |                              |                      |                |                               |   | Acción Registrada en Plan de mejoramiento | SECCIÓN 2: ANÁLISIS CAUSAS  |   |          |          |          | SECCIÓN 3: PLAN DE MEJORAMIENTO  |   |                          |                          |                   |  |  | SECCIÓN 4: SEGUIMIENTO |                   |                            |                    |                                       |                            |                     |
|--|------------------------------|----------------------|----------------|-------------------------------|---|---|---|---|----------|----------|----------|--|---|--------------------------|--------------------------|-------------------|--|--|------------------------|-------------------|----------------------------|--------------------|---------------------------------------|----------------------------|---------------------|
| Nº                                     | Fuente de hallazgo           | Detalle de la fuente | Fecha hallazgo | Proceso / Subproceso Afectado | Hallazgo y/o Situación  |   | ¿PORQUE?  | ¿PORQUE?  | ¿PORQUE? | ¿PORQUE? | ¿PORQUE? | Causa(s) Raíz  | ACCIÓN  | Tipo de acción Propuesta | Responsable de ejecución | Recursos          | Meta de la acción  | Indicador                              | Fecha Inicio           | Fecha Terminación | SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO | DOCUMENTOS SOPORTE | OBSERVACIONES DCI                     | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO | Estado de la Acción |
| 602532                                 | Auditoría Interna de Gestión | R. Ocaña             | 14-dic-15      | Gestión del Talento Humano    | con base a la información recopilada, se evidenciaron fallas en la gestión de los riesgos de la Regional, teniendo en cuenta el escaso conocimiento del equipo de trabajo de sus mapas de riesgo y el monitoreo y seguimiento de los controles para mitigar los riesgos identificados dentro de los términos establecidos, incumpliendo de esta forma los literales a y f del artículo 2 de la Ley 87 de 1993, el artículo 4 del Decreto 152 de 2001 y el componente administración del riesgo del Modelo Estándar de Control Interno, actualizado mediante Decreto 943 de 2014, así como las resoluciones internas 602 de 2013 y 523 | No presenta                               | El mapa de riesgo no se ha elaborado de manera conjunta y participativa                                       |   |          |          | N/A      | No se pudo garantizar la presencia de todo el equipo de la regional y eso no garantiza el manejo del riesgo de manera integral               | Monitoreo seguimiento y socialización del mapa de riesgos   | Acción Correctiva        | Defensor Regional        | Humanos y Físicos | Gestión, revisión, modificación, ajustes socialización (monitoreo) al mapa de riesgos de la regional | Monitoreos (3)                         | 01-ene-16              | 31-dic-16         |                            |                    | Cerrado en evaluación en octubre 2016 | 100%                       | Cerrado Eficaz      |
| 602533                                 | Auditoría Interna de Gestión | R. Ocaña             | 14-dic-15      | Direccionamiento Estratégico  | deficiencias en los controles implementados en la Regional para prevenir y reducir el impacto de las desviaciones de cada proceso, afectando el logro de los objetivos institucionales, incumpliendo de esta forma, las disposiciones frente al control interno contenidas en el artículo 6 de la Ley 87 de 1993, el Modelo Estándar de Control Interno MECI-1000:2005, en su elemento controles y el literal B del artículo 5 de la Resolución interna 602 de 2013.  | No presenta                               | Desconocemos el algunas disposiciones y características estructurantes del método estándar de control interno |   |          |          | N/A      | Se requiere mayor suficiencia en términos de tiempo para poder lograr un mayor manejo del método y el análisis de desviación de los procesos | Fortalecimiento de los controles implementados en la regional   | Mejora                   | Defensor Regional        | Humanos y Físicos | Capacitación y análisis periódico de la desviación de los procesos                                   | Capacitaciones (2)                     | 01-mar-16              | 31-dic-16         |                            |                    | Cerrado en evaluación en octubre 2016 | 100%                       | Cerrado Eficaz      |
| 602534                                 | Auditoría Interna de Gestión | R. Ocaña             | 14-dic-15      | Direccionamiento Estratégico  | Se evidenció que la Regional Ocaña está llevando cabo diversas actividades las cuales no se encuentran documentadas dentro de los procesos y procedimientos de la entidad. Incumpliendo los numerales 4.1 y 4.2.3 control de registros de la norma NTCGP 1000:2009.   | No presenta                               | Porque se desconoce que se debió documentar y articular todos los procesos                                    | Desconocimiento generalizado en el manejo de los procesos internos  |          |          | N/A      | Desconocimiento generalizado en el manejo de los procesos internos   | Documentar todos los procesos que se adelantan en la regional   | Mejora                   | Defensor Regional        | Humanos y Físicos | Documentar todos los procesos existentes en la regional que no han sido tenidos en cuenta para ello  | Procesos documentados (6)              | 01-ene-16              | 31-dic-16         |                            |                    | Cerrado en evaluación en octubre 2016 | 100%                       | Cerrado Eficaz      |
| 602535                                 | Auditoría Interna de Gestión | R. Ocaña             | 14-dic-15      | Direccionamiento Estratégico  | Desconocimiento e inaplicabilidad de los procedimientos obligatorios del Sistema (Control de documentos, Control de Registros, Control del Producto o servicio no conforme, Acciones correctivas, Acciones preventivas), incumpliendo los numerales, 4.1e, 4.1f, 8.2.2, 8.3, 8.5.2 y 8.5.3.   | No presenta                               | Desconocimiento para la aplicación de los procedimientos obligatorios del sistema                             | Desconocimiento por falta de capacitación   |          |          | N/A      | Desconocimiento por falta de capacitación  | Gestionar capacitaciones con el nivel central   | Mejora                   | Defensor Regional        | Humanos y Físicos | Gestión de capacitación en el tema   | Número de Capacitaciones               | 01-ene-16              | 31-dic-16         |                            |                    | Cerrado en evaluación en octubre 2016 | 100%                       | Cerrado Eficaz      |
| 602536                                 | Auditoría Interna de Gestión | R. Ocaña             | 14-dic-15      | Direccionamiento Estratégico  | La Política, Objetivos de calidad y principios de calidad no han sido lo suficientemente interiorizados por todos los funcionarios la Regional/Ocaña, incumpliendo el numeral 6.2.2 literal d.  | No presenta                               | Se le resta importancia al tema   | Se desconoce la importancia la importancia del mejoramiento continuo en términos de gestión de la calidad |          |          | N/A      | Se desconoce la importancia la importancia del mejoramiento continuo en términos de gestión de la calidad                                    | Proyección de un memorando para que los funcionarios interioricen la gestión de la calidad en los procesos que se llevan a cabo   | Mejora                   | Defensor Regional        | Humanos y Físicos | Circulación del memorando en los funcionarios de la regional   | Memorandos elaborados y circulados (2) | 01-feb-16              | 31-jul-16         |                            |                    | Cerrado en evaluación en octubre 2016 | 100%                       | Cerrado Eficaz      |
| 602537                                 | Auditoría Interna de Gestión | R. Ocaña             | 14-dic-15      | Direccionamiento Estratégico  | Se evidenció la no aplicación de los procedimientos de los procesos misionales y que se encuentran dispuestos en el listado maestro de documentos. Incumpliendo numeral 4.1 de la Norma NTCGP 1000:2009.  | No presenta                               | Se le resta importancia al tema   | Desatención sobre la gran importancia de los procesos misionales que se estructuran en el listado maestro |          |          | N/A      | Desatención sobre la gran importancia de los procesos misionales que se estructuran en el listado maestro                                    | Elaboración del Memorando respectivo  | Mejora                   | Defensor Regional        | Humanos y Físicos | Circulación del memorando en los funcionarios de la regional   | Memorandos elaborados y circulados (2) | 01-feb-16              | 31-jul-16         |                            |                    | Cerrado en evaluación en octubre 2016 | 100%                       | Cerrado Eficaz      |
| 601201                                 | Auditoría Interna de Gestión | R. Cesar             | 30-jul-15      | Gestión del Talento Humano    | No se evidencia la evaluación final de todos los funcionarios en la concertación de objetivos; respecto de los logros alcanzados, situación que crea incertidumbre en la concertación para la evaluación de desempeño. Pendientes los funcionarios en provisionalidad: Dormelina Barrios Lara, Eduar Rafael León López, Eduardo Enrique Perpiñán Elvia Graciela Cuadro Pizarro, Fabio José Mendoza, Ingrid Ospino González, Jorge Carlo Jiménez Paredes, Juan Carlos Gamboa, Juan Eduardo Murgas, Nasty María Bolaño Idarra, Sandra Rúa Monsalve, Yanitza Carrillo Maestre.   | No presenta                               | Incertidumbre en la concertación para la evaluación de desempeño  | N/A   |          |          |          | Incertidumbre en la concertación para la evaluación de desempeño   | 1. Descargar los formatos correspondientes y aplicar las evaluaciones a los funcionarios 2. Utilizar la información contenida en el siguiente enlace para la finalización anterior: <a href="http://paloma.defensoria.gov.co/files/formatos-de-evaluacion-del-desempeno-y-de-concertacion-de-objetivos/">http://paloma.defensoria.gov.co/files/formatos-de-evaluacion-del-desempeno-y-de-concertacion-de-objetivos/</a> | Acción Correctiva        | Defensor Regional Cesar  | Humano            | Realizar las evaluaciones pertinentes  | Evaluación                             | 19-oct-15              | 12-dic-16         |                            |                    | Cerrado en evaluación en octubre 2016 | 100%                       | Cerrado Eficaz      |

| SECCIÓN 1: IDENTIFICACIÓN DEL HALLAZGO |                              |                      |                |                               |   | Acción Registrada en Plan de mejoramiento | SECCIÓN 2: ANÁLISIS CAUSAS  |          |          |          |          | SECCIÓN 3: PLAN DE MEJORAMIENTO   |   |                          |                          |          |   |                    | SECCIÓN 4: SEGUIMIENTO |                   |                            |                    | Estado de la Acción  |                            |                     |
|--|------------------------------|----------------------|----------------|-------------------------------|---|---|---|----------|----------|----------|----------|---|---|--------------------------|--------------------------|----------|---|--------------------|------------------------|-------------------|----------------------------|--------------------|--|----------------------------|---------------------|
| Nº                                     | Fuente de hallazgo           | Detalle de la fuente | Fecha hallazgo | Proceso / Subproceso Afectado | Hallazgo y/o Situación  |   | ¿PORQUE?  | ¿PORQUE? | ¿PORQUE? | ¿PORQUE? | ¿PORQUE? | Causa(s) Raíz   | ACCIÓN  | Tipo de acción Propuesta | Responsable de ejecución | Recursos | Meta de la acción   | Indicador          | Fecha Inicio           | Fecha Terminación | SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO | DOCUMENTOS SOPORTE | OBSERVACIONES OCI  | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO | Estado de la Acción |
| 601202                                 | Auditoría Interna de Gestión | R. Cesar             | 30-jul-15      | Gestión del Talento Humano    | Se evidenció que los siguientes servidores Públicos están pendientes por actualización de SIGEP con corte a diciembre 31 de 2014: Fabio José Mendoza Méndez, Nasy María Bolaños Barraga, Karen Lariza Guerra Marulanda, Rafael Alonso Arrieta Luque, Digna Marceliano García, Juan Carlos Gamboa Martínez.  | No presenta                               | Incumplimiento compromiso con el DAFP                                     | N/A      |          |          |          | Incumplimiento compromiso con el DAFP                                     | Solicitar a RRHH a través de correo electrónico el listado de funcionarios que deben actualizar SIGEP y el listado con los documentos pendientes. | Acción Correctiva        | Defensor Regional Cesar  | Humano   | Ayuda en el acceso a plataforma SIGEP, así como los formatos de los archivos que se deben subir a la misma. | Memorando          | 06-oct-15              | 30-oct-15         |                            |                    | Se recomienda que está acción sea responsabilidad de todos y cada uno de los servidores de la Región quienes deben ingresar al SIGEP con su usuario y contraseña y actualizar la información. Una vez la actualicen deben reportárselo a la Subdirección de Talento Humano (Jose Gerardo Gonzalez josegonzalez@defensoria.gov.co) por correo electrónico para que este emita el Vo.Bo. Cuando tenga este correo se lo remiten al P.G. 15 - Ing. de Sistemas para que consolide la información de la Región y remitir el correspondiente informe a la OCI. La fecha máxima para reporta la actualización al Ing. Jorge es el 19 de mayo de 2017.<br><br>Plan de Mejoramiento formulado el 24 de noviembre de 2015; a partir del mes de diciembre de 2015 debían haber iniciado con el reporte de avance. A cierre de dic de 2015 no reportaron ningún avance razón por la cual se les ofreció realizar videoconferencia para analizar cada una de las acciones. Durante ene, feb y marzo de 2017 no reportaron avance a esta actividad. Una vez se retiró de la entidad el Defensor Regional el P.G. 15 Administrativo (Ing. Jorge Jimenez) solicita realizar videoconferencia la cual se realiza el 28 de marzo de 2017 donde se realizan recomendaciones. | 50%                        | En Ejecución        |
| 601203                                 | Auditoría Interna de Gestión | R. Cesar             | 30-jul-15      | Gestión del Talento Humano    | Se evidenció que mediante resolución N° 829 de junio 16 de 2014, se nombró provisionalidad a la Dra. Diana Paola Serrano Martínez, como profesora universitaria grado 15; sin embargo se encuentra laborando, porque nunca se posesionó, sin que se librarán comunicaciones entre la Coordinación de la Subdirección de talento Humano y la Regional Cesar evidenciando falta de comunicación, seguimiento, control y gestión en la planta de personal. | No presenta                               | No posesión funcionaria Diana Paola Serrano Martínez                      | N/A      |          |          |          | No posesión funcionaria Diana Paola Serrano Martínez                      | Solicitar a la Subdirección de Talento Humano la comunicación de NO posesión de dicha funcionaria.  | Acción Correctiva        | Defensor Regional Cesar  | Humano   | Cumplir con las directrices de la Subdirección de Talento Humano  | Memorando          | 19-oct-15              | 30-nov-15         |                            |                    | Cerrado en evaluación en octubre 2016  | 100%                       | Cerrado Eficaz      |
| 601204                                 | Auditoría Interna de Gestión | R. Cesar             | 30-jul-15      | Gestión del Talento Humano    | No se realizó seguimiento a los planes y metas que la regional debía cumplir para el 2014 lo cual afecta significativamente el cumplimiento de la planeación estratégica de la entidad; no se encontraron las actas de seguimiento respectivas.   | No presenta                               | No se realizó el respectivo control de las metas e indicadores de gestión | N/A      |          |          |          | No se realizó el respectivo control de las metas e indicadores de gestión | Cumplir, a partir de la fecha con las indicaciones de la Resolución 1492 de 2013  | Acción Correctiva        | Defensor Regional Cesar  | Humano   | Reunión mensual de seguimiento  | Memoria de reunión | 01-oct-15              | 31-dic-15         |                            |                    | El control lo debe realizar cada líder de proceso y presentar un informe de la gestión realizada mensualmente al Defensor Regional (la cual debe formar parte de la memoria de seguimiento a Strategos); la cual debe además quedar registrada en el aplicativo Strategos - campo Observaciones. Finalmente se informa que acción corresponde al proceso Estratégico y no de Talento Humano<br><br>Plan de Mejoramiento formulado el 24 de noviembre de 2015; a partir del mes de diciembre de 2015 debían haber iniciado con el reporte de avance. A cierre de dic de 2015 no reportaron ningún avance razón por la cual se les ofreció realizar videoconferencia para analizar cada una de las acciones. Durante ene, feb y marzo de 2017 no reportaron avance en esta actividad. Una vez se retiró de la entidad el Defensor Regional el P.G. 15 Administrativo (Ing. Jorge Jimenez) solicita realizar videoconferencia la cual se realiza el 28 de marzo.  | 0%                         | Abierto             |
| 601205                                 | Auditoría Interna de Gestión | R. Cesar             | 30-jul-15      | Direccionamiento Estratégico  | No se realizó un análisis el mapa de riesgos de la regional así como tampoco se evidenció seguimiento a las acciones dirigidas a la mitigación de los mismos.   | No presenta                               | Vulnerabilidad en la ocasión del impacto del riesgo                       | N/A      |          |          |          | Vulnerabilidad en la ocasión del impacto del riesgo                       | Construir el mapa de riesgo operativo y el mapa de riesgo de corrupción de acuerdo a la realidad de la Regional Cesar.                            | Acción Correctiva        | Defensor Regional Cesar  | Humano   | 1. Elaborar el mapa de riesgos operativos<br>2. Elaborar el mapa de riesgos de corrupción                   | Mapa de riesgos    | 01-oct-15              | 31-dic-15         |                            |                    | Cerrado en evaluación en octubre 2016  | 100%                       | Cerrado Eficaz      |

| SECCIÓN 1: IDENTIFICACIÓN DEL HALLAZGO |                              |                      |                |                                  | Acción Registrada en Plan de mejoramiento   | SECCIÓN 2: ANÁLISIS CAUSAS |   |          |          |          |   | SECCIÓN 3: PLAN DE MEJORAMIENTO  |                   |                          |                          |   |                    |           | SECCIÓN 4: SEGUIMIENTO |                   |                                |  | Estado de la Acción |                   |
|--|------------------------------|----------------------|----------------|----------------------------------|---|----------------------------|---|----------|----------|----------|---|--|-------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------|-----------|------------------------|-------------------|--------------------------------|--|---------------------|-------------------|
| Nº                                     | Fuente de hallazgo           | Detalle de la fuente | Fecha hallazgo | Proceso - Subproceso Afectado    |   | Hallazgo y/o Situación     | ¿PORQUE?  | ¿PORQUE? | ¿PORQUE? | ¿PORQUE? | ¿PORQUE?  | Causa(s) Raíz  | ACCIÓN            | Tipo de acción Propuesta | Responsable de ejecución | Recursos  | Meta de la acción  | Indicador | Fecha Inicio           | Fecha Terminación | SEGUIMIENTO FINANCIERO PROCESO | DOCUMENTOS SOPORTE   |                     | OBSERVACIONES DCI |
| 601206                                 | Auditoría Interna de Gestión | R. Cesar             | 30-jul-15      | Direccionamiento Estratégico     | No se conoce la política ni la metodología impartida para la administración del riesgo.   | No presenta                | Desconocimiento de las políticas de administración del riesgo   | N/A      |          |          | Desconocimiento de las políticas de administración del riesgo   | Impartir las políticas y definir una metodología para socializar las directrices para la administración del riesgo | Acción Correctiva | Defensor Regional Cesar  | Humano                   | Reunión bimensual   | Memoria de reunión | 01-oct-15 | 31-dic-15              |                   |                                | La evidencia de cumplimiento de dicha acción son siete (7) memorias de reunión firmadas por los servidores de la época en donde se identifica que tema del manual de riesgos fue socializado. En caso de que no hubiesen realizado dichas reuniones bimensuales durante el 2016 y primer bimestre de 2017 los integrantes del equipo MECI-CALIDAD de la Regional deben llevar memoria de reunión donde informen las razones del porque no realizaron las reuniones ya que el Plan de Mejoramiento era de conocimiento de los Servidores desde diciembre de 2016 y en ella plasmar la estrategia de cumplimiento a partir de la vigencia 2017. Se recomienda que el actual Defensor Regional emita un memorando interno conminando a que todos los servidores realicen las actividades contempladas en el Plan de Mejoramiento para que este se cumpla lo antes posible; entre ellas el auto capacitarse (cada servidor previamente estudie el material que remitió la Oficina de Planeación durante el 2015 y 2016 y listado maestro de documentos) para posteriormente reforzar mediante una capacitación que sea dictada por la Oficina de Planeación o dada por una Universidad del Cesar en donde se aclaren las dudas que se tengan. El cumplimiento de esta acción es evidencia con el envío de: 1. Memo del Regional para todos los servidores. 2. Solicitud de capacitación a Planeación y | 0%                  | Abierto           |
| 601207                                 | Auditoría Interna de Gestión | R. Cesar             | 30-jul-15      | Direccionamiento Estratégico     | La herramienta Mapa de Riesgo no está construida de manera técnica de tal forma que el objetivo para lo cual se creó la misma, no se cumple.  | No presenta                | El mapa de riesgo no cumple su objetivo   | N/A      |          |          | El mapa de riesgo no cumple su objetivo   | Aplicar las técnicas y metodologías para la elaboración de mapas de riesgo   | Acción Correctiva | Defensor Regional Cesar  | Humano                   |   | Mapa de riesgos    | 01-oct-15 | 31-dic-15              |                   |                                | Cerrado en evaluación en octubre 2016  | 100%                | Cerrado Eficaz    |
| 601208                                 | Auditoría Interna de Gestión | R. Cesar             | 30-jul-15      | Promoción y Divulgación          | No se evidencian adecuado programa o cronograma anual que involucre las actividades de promoción y divulgación de una forma transversal facilitando la gestión y control para el periodo 2014, situación que conlleva al incumplimiento del plan de acción - Sistema strategico por dicho periodo como se aprecia en el Plan de Acción Anual 2014. Para el momento de la auditoría periodo 2015, evidencia el cumplimiento en el plan An del 94% reportado en el sistema strategico | No presenta                | 8. Incumplimiento plan de acción - sistema strategico por dicho periodo año 2014.                                     | N/A      |          |          | 8. Incumplimiento plan de acción - sistema strategico por dicho periodo año 2014.                                     | verificación - seguimiento es la información registrada en sistemas mensualmente.                                  | Acción Correctiva | Defensor Regional Cesar  | Humano                   | Adecuación del cronograma de actividades para comunidades, víctimas, FFWA, colegios etc. Para el cumplimiento del PAA | Cronograma         | 01-ene-15 | 31-dic-15              |                   |                                | Cerrado en evaluación en octubre 2016  | 100%                | Cerrado Eficaz    |
| 601209                                 | Auditoría Interna de Gestión | R. Cesar             | 30-jul-15      | Promoción y Divulgación          | No se evidencia actualización sobre las temáticas previstas al profesional responsable de la Promoción y divulgación de DDHH, DH.   | No presenta                | 9. no encontrarse acorde con las nuevas dinámicas pedagógicas sobre DDHH y DH.  | N/A      |          |          | 9. no encontrarse acorde con las nuevas dinámicas pedagógicas sobre DDHH y DH.  | Actualizar a los profesionales en DDHH y DH  | Acción Correctiva | Defensor Regional Cesar  | Humano                   | Solicitar a la dirección nacional envíen las publicaciones para el acceso a la información.                           | Memorando          | 02-oct-15 | 31-dic-15              |                   |                                | Cerrado en evaluación en octubre 2016  | 100%                | Cerrado Eficaz    |
| 601210                                 | Auditoría Interna de Gestión | R. Cesar             | 30-jul-15      | Promoción y Divulgación          | la Defensoría cuenta con un espacio que sea el más adecuado para acceder a las distintas publicaciones sobre derechos humanos y derechos internacionales humanitarios, las publicaciones se encuentran desactualizadas, no existe stand.  | No presenta                | 10. El uso de la información se limitado para usuarios y funcionarios.  | N/A      |          |          | 10. El uso de la información se limitado para usuarios y funcionarios.  | Iniciar inventario de publicaciones enviadas por la dirección nacional de promoción y divulgación.                 | Acción Correctiva | Defensor Regional Cesar  | Humano                   | Habilitar espacio de consulta.  | Fotograma          | 01-oct-15 | 31-dic-15              |                   |                                | Cerrado en evaluación en octubre 2016  | 100%                | Cerrado Eficaz    |
| 601211                                 | Auditoría Interna de Gestión | R. Cesar             | 30-jul-15      | Promoción y Divulgación          | No se evidenció inventario de publicaciones   | No presenta                | 11. es no contar con herramientas de organización que impiden el seguimiento de publicaciones.                        | N/A      |          |          | 11. es no contar con herramientas de organización que impiden el seguimiento de publicaciones.                        | Iniciar inventario dotar de documentos recientes temas de DDHH y DH.   | Acción Correctiva | Defensor Regional Cesar  | Humano                   | relacionar los libros y/o publicaciones enviados por la Dirección nacional de   | Inventario         | 01-oct-15 | 31-dic-15              |                   |                                | Cerrado en evaluación en octubre 2016  | 100%                | Cerrado Eficaz    |
| 601212                                 | Auditoría Interna de Gestión | R. Cesar             | 30-jul-15      | Promoción y Divulgación          | Se evidenció informe a la Sede Central la Defensoría del pueblo "Unidad Pública Especializada en Información en Derechos Humanos LUPEIDH" por parte del Dr. Eduard Rafael León López; de la situación en inventario de libros, actualizaciones de las publicaciones, sitio apropiado adecuado acceso y acopio de las ediciones en septiembre 25 de 2014   | No presenta                | 12. la falta de adecuación de un lugar apto para la consulta y la lectura.  | N/A      |          |          | 12. la falta de adecuación de un lugar apto para la consulta y la lectura.  | mayor seguimiento a las solicitudes  | Acción Correctiva | Defensor Regional Cesar  | Humano                   | El envío de publicaciones y un stand adecuado.  | Memorando          | 01-oct-15 | 31-dic-15              |                   |                                | Cerrado en evaluación en octubre 2016  | 100%                | Cerrado Eficaz    |
| 601213                                 | Auditoría Interna de Gestión | R. Cesar             | 30-jul-15      | Subproceso de Defensoría Pública | Aunque hay planeación en la atención al usuario, se evidenció sobrecarga de actividades en los funcionarios asignados en sus diferentes casos.  | No presenta                | Sobrecarga de actividades para los funcionarios en mención y demoras en la atención a las solicitudes de los usuarios | N/A      |          |          | Sobrecarga de actividades para los funcionarios en mención y demoras en la atención a las solicitudes de los usuarios | Gestionar ante la DNDP y el Sr Defensor del Pueblo la contratación del personal requerido por la Regional Cesar    | Acción Correctiva | Defensor Regional Cesar  | Humano                   | Solicitud de contratación de dos PAG  | Memorando          | 01-may-15 | 31-dic-15              |                   |                                | Cerrado en evaluación en octubre 2016  | 100%                | Cerrado Eficaz    |



## ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO

|                |            |
|----------------|------------|
| Código:        | SQ-F05     |
| versión:       | 3          |
| Vigente desde: | 29/08/2016 |

| SECCIÓN 1: IDENTIFICACIÓN DEL HALLAZGO |                              |                      |                |                                      |  | Acción Registrada en Plan de mejoramiento | SECCIÓN 2: ANÁLISIS CAUSAS  |          |          |          |   |  | SECCIÓN 3: PLAN DE MEJORAMIENTO |                          |                          |   |                                    |           | SECCIÓN 4: SEGUIMIENTO |                   |   |   |                   |                            |
|--|------------------------------|----------------------|----------------|--------------------------------------|--|---|---|----------|----------|----------|---|--|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|---|------------------------------------|-----------|------------------------|-------------------|---|---|-------------------|----------------------------|
| Nº                                     | Fuente de hallazgo           | Detalle de la fuente | Fecha hallazgo | Proceso / Subproceso Afectado        | Hallazgo y/o Situación   |   | ¿PORQUE?  | ¿PORQUE? | ¿PORQUE? | ¿PORQUE? | ¿PORQUE?  | Causa/Raíz   | ACCIÓN                          | Tipo de acción Propuesta | Responsable de ejecución | Recursos  | Meta de la acción                  | Indicador | Fecha Inicio           | Fecha Terminación | SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO  | DOCUMENTOS SOPORTE  | OBSERVACIONES OCI | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO |
| 601214                                 | Auditoria Interna de Gestión | R. Cesar             | 30-jul-15      | Subproceso de Defensoría Pública     | Se evidenció, que los informes bimestrales no son conciliados con la información reportada en el programa stratos y Planificación cumplidos el 67.38%, según las alertas.  | No presenta                               | El sistema no refleja la realidad de la planeación  | N/A      |          |          | El sistema no refleja la realidad de la planeación  | Coordinar las fechas de entrega de los datos, previa revisión de los mismos  | Acción Correctiva               | Defensor Regional Cesar  | Humano                   | Consultar las alertas rojas en el sistema   | Certificación de PAG sobre el tema | 01-oct-15 | 31-dic-15              |                   |   | Se recomienda que se elija un líder del proceso de Defensoría pública quien consolide la información de todos y verifique contra Strategos el cumplimiento de metas (emitir informe del Sistema Strategos con alertas). Cada mes levantar una memoria de reunión donde se revise el cumplimiento de metas vs. informe de gestión de Defensores Públicos y se establezca estrategias para su cumplimiento de eso se genera un informe para el Defensor Regional. Plan de Mejoramiento formulado el 24 de noviembre de 2015; a partir del mes de diciembre de 2015 debían haber iniciado con el reporte de avance. A cierre de dic de 2015 no reportaron ningún avance razón por la cual se les ofreció realizar videoconferencia para analizar cada una de las acciones. Durante ene, feb y marzo de 2017 no reportaron avance en esta actividad.  | 0%                | Abierto                    |
| 601215                                 | Auditoria Interna de Gestión | R. Cesar             | 30-jul-15      | Subproceso de Defensoría Pública     | Las visitas a las audiencias de los defensores públicos y de seguimiento a los procesos no se cumplían 100%. Las solicitudes no siempre son autorizadas por la Dirección Nacional de Defensoría Pública.   | No presenta                               | No se supervisa de manera adecuada el desempeño de los Defensores Públicos en el cumplimiento de sus obligaciones contractuales | N/A      |          |          | No se supervisa de manera adecuada el desempeño de los Defensores Públicos en el cumplimiento de sus obligaciones contractuales | Gestionar ante la DNDP y el Sr Defensor del Pueblo la contratación del personal requerido por la Regional Cesar                      | Acción Correctiva               | Defensor Regional Cesar  | Humano                   | Solicitud de contratación de dos PAG  | Memorando                          | 01-may-15 | 31-dic-15              |                   |   | Cerrado en evaluación en octubre 2016   | 100%              | Cerrado Eficaz             |
| 601216                                 | Auditoria Interna de Gestión | R. Cesar             | 30-jul-15      | Subproceso de Defensoría Pública     | Se encontraron algunos informes mensuales que no tienen constancia de recibido, lo cual afecta la trazabilidad de la información y posterior verificación del cumplimiento de los términos de entrega, ausencia de punto de control.                     | No presenta                               | Afectación en la trazabilidad de la información   | N/A      |          |          | Afectación en la trazabilidad de la información   | Diseñar las estrategias pertinentes para obtener la constancia de recibo de los informes mensuales                                   | Acción Correctiva               | Defensor Regional Cesar  | Humano                   | Verificar la entrega y dejar constancia de ello   | Certificación de PAG sobre el tema | 01-oct-15 | 31-dic-15              |                   |   | Se recomienda que el Líder del Proceso de Defensoría Pública junto con los demás profesionales G.19 levanten una memoria de reunión donde establezcan las estrategias y se recomiende que creen un control de recibo y devolución de informes; correspondiente a una planilla por programa donde firmados los defensores públicos de la Regional; ya que normalmente se firma el oficio con el cual se entrega del informe el cual se archiva en cada carpeta de defensor. Plan de Mejoramiento formulado el 24 de noviembre de 2015; a partir del mes de diciembre de 2015 debían haber iniciado con el reporte de avance. A cierre de dic de 2015 no reportaron ningún avance razón por la cual se les ofreció realizar videoconferencia para analizar cada una de las acciones. Durante ene, feb y marzo de 2017 no reportaron avance en esta actividad. Una vez se retira de la entidad el Defensor Regional el P.G. 15 Administrativo (Ing. Jorge Jimenez) solicita realizar videoconferencia la cual se realiza el 28 de marzo. | 0%                | Abierto                    |
| 601217                                 | Auditoria Interna de Gestión | R. Cesar             | 30-jul-15      | Subproceso de Defensoría Pública     | No se alimenta en su totalidad el sistema de información VisionWeb DP pues existen defensores Públicos que no cuentan con usuario ni clave de acceso.  | No presenta                               | No se cuentan con los datos y estadísticas en el sistema de información VisionWeb   | N/A      |          |          | No se cuentan con los datos y estadísticas en el sistema de información VisionWeb   | Gestionar el acceso de los Defensores Públicos al sistema de información VisionWeb. Solicitar la capacitación del manejo del sistema | Acción Correctiva               | Defensor Regional Cesar  | Humano                   | Gestionar usuarios y claves de acceso para el sistema VisionWeb. Capacitar a los Defensores Públicos y al PAG | Informe (de cumplimiento)          | 01-oct-15 | 31-dic-15              |                   |   | Se recomienda que el líder del proceso genere un informe del estado de solicitudes en el aplicativo VW DP además informe todos los programas (no Penal - Justicia para la Paz etc.) están parametrizados en el sistema y que abogados (programa) no tienen acceso a este y especificar en donde se ingresa la información generada por los abogados que no tienen acceso al sistema para ser remitido a la OCI con copia a Defensoría Pública y Sistemas.   | 0%                | Abierto                    |
| 601218                                 | Auditoria Interna de Gestión | R. Cesar             | 30-jul-15      | Gestión de Servicios Administrativos | No existe un adecuado archivo (ítem específica), se encuentra disperso alrededor de cada oficina, no hay numeración de folios de acuerdo a las directivas emitidas por el Archivo General de la Nación (Proceso de gestión documental y de gestión de la | No presenta                               | No organización del archivo de la institución   | N/A      |          |          | No organización del archivo de la institución   | Realizar una jornada de adecuación de los espacios para el archivo en cumplimiento a las normas de gestión documental                | Acción Correctiva               | Defensor Regional Cesar  | Humano                   | Aplicar las normas que emanan del Archivo General de la nación  | Memorando y fotograma              | 01-oct-15 | 31-dic-15              |                   |   | Cerrado en evaluación en octubre 2016   | 100%              | Cerrado Eficaz             |
| 601219                                 | Auditoria Interna de Gestión | R. Cesar             | 30-jul-15      | Subproceso de Defensoría Pública     | El sistema Visión-Web DP, presenta alertas en rojo por unidad, dificultando el cumplimiento de las metas propuestas; adicionalmente se constató la lentitud del sistema durante la auditoría in-situ.  | No presenta                               | Alertas en rojo, metas no cumplidas   | N/A      |          |          | Alertas en rojo, metas no cumplidas   | Revisar de manera periódica las alertas del sistema  | Acción Correctiva               | Defensor Regional Cesar  | Humano                   | Mitigar las alertas en rojo con los ajustes pertinentes   | Informe del PAG                    | 01-oct-15 | 31-dic-15              |                   |   | Se recomienda que el líder del proceso debe generar informes estadísticos del Sistema Visión Web Defensoría Pública para su correspondiente seguimiento y control; estos debiesen analizarse junto con los demás P.G. 19 para establecer estrategias para que los Defensores Públicos actualicen el sistema y comunicárenlos por escrito estableciendo tiempos. Debo recibir respuesta positiva incluir el incumplimiento a la actualización del sistema en los reportes de supervisión. Plan de Mejoramiento formulado el 24 de noviembre de 2015; a partir del mes de diciembre de 2015 debían haber iniciado con el reporte de avance. A cierre de dic de 2015 no reportaron ningún avance razón por la cual se les ofreció realizar videoconferencia para analizar cada una de las acciones. Durante ene, feb y marzo de 2017 no reportaron avance en esta actividad.   | 0%                | Abierto                    |
| 601220                                 | Auditoria Interna de Gestión | R. Cesar             | 30-jul-15      | Tecnologías de la Información        | Deficiencia en la conectividad por cableado a internet (WiFi).   | No presenta                               | Retardos en el acceso y uso de los sistemas de información y en general a internet e intranet                                   | N/A      |          |          | Retardos en el acceso y uso de los sistemas de información y en general a internet e intranet                                   | Gestionar ante el nivel central la implementación del cableado estructurado en la Regional Cesar                                     | Acción Correctiva               | Defensor Regional Cesar  | Humano                   | Garantizar el acceso oportuno a los diferentes sistemas de información  | Memorando                          | 02-oct-15 | 18-mar-16              |                   |   | Cerrado en evaluación en octubre 2016   | 100%              | Cerrado Eficaz             |
| 601221                                 | Auditoria Interna de Gestión | R. Cesar             | 30-jul-15      | Subproceso de Defensoría Pública     | Presenta diferencias con los reportes de alertas rojo presentados en el sistema stratos, no cumpliendo con las metas propuestas; cumplió con el 67.37%.  | No presenta                               | Alertas en rojo, metas no cumplidas   | N/A      |          |          | Alertas en rojo, metas no cumplidas   | Reportar a tiempo los datos y realizar seguimiento a los mismos de manera mensual  | Acción Correctiva               | Defensor Regional Cesar  | Humano                   | Reportar la información en los tiempos correspondientes, verificar los indicadores cada mes                   | Reporte Mensual Planeación         | 02-oct-15 | 31-dic-15              |                   |   | Recomendación: Aplica la misma acción determinada para el hallazgo N. 601214. Plan de Mejoramiento formulado el 24 de noviembre de 2015; a partir del mes de diciembre de 2015 debían haber iniciado con el reporte de avance en el Plan de Mejoramiento. A cierre de dic de 2016 no reportaron.  | 0%                | Abierto                    |
| 601222                                 | Auditoria Interna de Gestión | R. Cesar             | 30-jul-15      | Tecnologías de la Información        | Deficiencia obsolescencia de los equipos de cómputo de los funcionarios; los actuales generan retrasos inconvenientes en sus compromisos laborales.  | No presenta                               | Difícil acceso al sistema de VisiónWeb, así como la afectación a la radicación y trámite de quejas.                             | N/A      |          |          | Difícil acceso al sistema de VisiónWeb así como la afectación a la radicación y trámite de quejas.                              | Solicitar cinco (05) equipos de cómputo nuevo, cinco impresoras de escritorio  | Acción Correctiva               | Defensor Regional Cesar  | Humano                   | Requerir a la subdirección administrativa, la solicitud para la adquisición de los                            | Memorando                          | 01-oct-15 | 01-dic-15              |                   | Formato enviado en su oportunidad a la Subadmon; solicitando los equipos. | Se recibió correo electrónico remitido a la Subdirección Administrativa; mediante el cual envió formato de necesidades para el 2017.  | 100%              | Cerrado Eficaz             |

| SECCIÓN 1: IDENTIFICACIÓN DEL HALLAZGO |                              |                      |                |  |   | Acción Registrada en Plan de mejoramiento | SECCIÓN 2: ANÁLISIS CAUSAS  |         |         |         |         |            | SECCIÓN 3: PLAN DE MEJORAMIENTO |                          |                          |          |   |                                |              |                   |                            |                    | SECCIÓN 4: SEGUIMIENTO     |                     |                   |  |
|--|------------------------------|----------------------|----------------|--|---|---|---|---------|---------|---------|---------|------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------|---|--------------------------------|--------------|-------------------|----------------------------|--------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|--|
| N°                                     | Fuente de hallazgo           | Detalle de la fuente | Fecha hallazgo | Proceso, Subproceso Afectado                                       | Hallazgo y/o Situación  |   | PORQUE?   | PORQUE? | PORQUE? | PORQUE? | PORQUE? | Causa/Raíz | ACCIÓN                          | Tipo de acción Propuesta | Responsable de ejecución | Recursos | Meta de la acción   | Indicador                      | Fecha Inicio | Fecha Terminación | PRIMER BIMESTRE            |                    | Porcentaje de Cumplimiento | Estado de la Acción |                   |  |
|  |                              |                      |                |  |   |   |   |         |         |         |         |            |                                 |                          |                          |          |   |                                |              |                   | SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO | DOCUMENTOS SOPORTE |                            |                     | OBSERVACIONES OCI |  |
| 601223                                 | Auditoria Interna de Gestión | R. Cesar             | 30-jul-15      | Subproceso de Atención y Trámite de Quejas, Solicitudes y Asesoría | No existe un control estandarizado en la Regional Cesar, de las peticiones por el funcionario que atiende al usuario, se utiliza un control (hoja de Excel, libro minuta)   | No presenta                               | puede ocurrir una posible perdida de la información.  |         |         |         |         | N/A        |                                 | Acción Correctiva        | Defensor Regional Cesar  | Humano   | Se llevará un registro único en VisionWeb   | Reporte VisionWeb              | 01-oct-15    | 01-dic-15         |                            |                    | 0%                         | Abierto             |                   |  |
| 601224                                 | Auditoria Interna de Gestión | R. Cesar             | 30-jul-15      | Subproceso de Atención y Trámite de Quejas, Solicitudes y Asesoría | La Defensoría del Pueblo Regional Cesar presenta solicitudes pendientes de registro en el sistema Web-ATQ.  | No presenta                               | demora en el registro de las actuaciones, peticiones y quejas de los usuarios a la VisionWeb. |         |         |         |         | N/A        |                                 | Acción Correctiva        | Defensor Regional Cesar  | Humano   | Evacuar las quejas pendientes de registro   | Reporte VisionWeb              | 01-oct-15    | 01-dic-15         |                            |                    | 0%                         | Abierto             |                   |  |
| 601225                                 | Auditoria Interna de Gestión | R. Cesar             | 30-jul-15      | Subproceso de Atención y Trámite de Quejas, Solicitudes y Asesoría | Presento incumplimiento por el periodo 2014 en el Plan de Acción Anual 2014 evidenciando alertas rojas, incidencias y el logro de los objetivos institucionales en la toma de decisiones de la entidad; seguimiento a la gestión de la misma.   | No presenta                               | Refleja falencias en la planeación  |         |         |         |         | N/A        |                                 | Acción Correctiva        | Defensor Regional Cesar  | Humano   | Ajustar los indicadores para la vigencia 2015   | Reporte STRATEGOS              | 01-nov-15    | 01-dic-15         |                            |                    | 0%                         | Abierto             |                   |  |
| 601226                                 | Auditoria Interna de Gestión | R. Cesar             | 30-jul-15      | Gestión de Servicios Administrativos                               | No existe archivo centralizado, ni control de archivo, el cual se encuentra disperso y sin foliar de acuerdo a las directivas emitidas por el Archivo General de la Nación. (Proceso de gestión documental)   | No presenta                               | Desorden en el manejo de los documentos   |         |         |         |         | N/A        |                                 | Acción Correctiva        | Defensor Regional Cesar  | Humano   | aplicar las normas que emanan del Archivo General de la nación  | Memoria de reunión Fotografías | 01-oct-15    | 01-dic-15         |                            |                    | 0%                         | Abierto             |                   |  |
| 601227                                 | Auditoria Interna de Gestión | R. Cesar             | 30-jul-15      | Subproceso de Atención y Trámite de Quejas, Solicitudes y Asesoría | Se tienen riesgos de incumplimiento de las actividades y metas proyectadas debido a la alta demanda de usuarios y la falta de funcionarios que apoyen el procedimiento de orientación individual asistencia legal, como el caso de la Dra. Ruddy Marbery Jaime Miranda, que desempeña funciones en ATQ y administrativas. | No presenta                               | Incumplimiento de las metas   |         |         |         |         | N/A        |                                 | Acción Correctiva        | Defensor Regional Cesar  | Humano   | Gestionar ante el defensor del pueblo el respectivo nombramiento de la doctora Ruddy Marbery Jaime Miranda, por su perfil en Derecho en función al 100% en ATQ. | Memorando                      | 01-oct-15    | 01-dic-15         |                            |                    | 100%                       | Cerrado Ineficaz    |                   |  |

| ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO |                              |                      |                |  |  |                            |          |          |          |          |          |  |   |                          | Código:                  | SQ-F05     |  |                        |              |                   |                            |   |   |                            |                     |
|---|------------------------------|----------------------|----------------|--|--|----------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|--|---|--------------------------|--------------------------|------------|--|------------------------|--------------|-------------------|----------------------------|---|---|----------------------------|---------------------|
|   |                              |                      |                |  |  |                            |          |          |          |          |          |  |   |                          | versión:                 | 3          |  |                        |              |                   |                            |   |   |                            |                     |
|   |                              |                      |                |  |  |                            |          |          |          |          |          |  |   |                          | Vigente desde:           | 29/08/2016 |  |                        |              |                   |                            |   |   |                            |                     |
| SECCIÓN 1: IDENTIFICACIÓN DEL HALLAZGO  |                              |                      |                |  | Acción Registrada en Plan de mejoramiento  | SECCIÓN 2: ANÁLISIS CAUSAS |          |          |          |          |          | SECCIÓN 3: PLAN DE MEJORAMIENTO  |   |                          |                          |            |  | SECCIÓN 4: SEGUIMIENTO |              |                   |                            |   |   |                            |                     |
| Nº  | Fuente de hallazgo           | Dirigido a la fuente | Fecha hallazgo | Proceso, Subproceso Afectado                                       | Hallazgo y/o Situación   | Plan de mejoramiento       | ¿PORQUE? | ¿PORQUE? | ¿PORQUE? | ¿PORQUE? | ¿PORQUE? | Causa/Raíz   | ACCIÓN  | Tipo de acción Propuesta | Responsable de ejecución | Recursos   | Meta de la acción  | Indicador              | Fecha Inicio | Fecha Terminación | SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO | DOCUMENTOS SOPORTE  | OBSERVACIONES DCI   | Porcentaje de cumplimiento | Estado de la Acción |
| 601228  | Auditoria Interna de Gestión | R. Cesar             | 30-jul-15      | Subproceso de Atención y Trámite de Quejas, Solicitudes y Asesoría | Deficiencia, obsolescencia de los equipos de cómputo de los funcionarios; los actuales generan retrasos inconvenientes en sus compromisos laborales.   | No presenta                |          |          |          |          |          | Difícil acceso a los diversos sistemas de información, VisionWeb, SIJIT  | Solicitar dos (02) equipos de cómputo nuevo, una impresora y un escáner   | Acción Correctiva        | Defensor Regional Cesar  | Humano     | Requerir a la subdirección administrativa, la solicitud para la adquisición de los respectivos equipos   | Memorando              | 01-oct-15    | 31-mar-16         |                            | Formato enviado en su oportunidad a la Subadm; solicitando los equipos.   | Se recibió correo electrónico remitido a la Subdirección Administrativa, mediante el cual enviar formato de necesidades para el 2017.   | 100%                       | Cerrado Eficaz      |
| 601229  | Auditoria Interna de Gestión | R. Cesar             | 30-jul-15      | Gestión de Servicios Administrativos                               | Instalaciones en pésimas condiciones para atender a la población desplazada, no se cuenta con la mínima privacidad, ni sitio de trabajo para cumplir su función dignamente como lo merecen las personas desplazadas.   | No presenta                |          |          |          |          |          | Atención inadecuada a los usuarios víctimas, filtración de información, el usuario se abstiene de contar la verdad del hecho ocurrido                        | Gestionar la adecuación de los espacios requeridos para atender a los usuarios de manera digna, con privacidad y confidencialidad   | Acción Correctiva        | Defensor Regional Cesar  | Humano     | Solicitud de recursos para adecuación, adecuación de instalaciones   | Memorando              | 01-oct-15    | 30-jun-16         |                            |   | Cerrado en evaluación en octubre 2016   | 100%                       | Cerrado Eficaz      |
| 601230  | Auditoria Interna de Gestión | R. Cesar             | 30-jul-15      | Subproceso de Recursos y Acciones Judiciales                       | No se cuenta con el personal que se encargue de las actividades relacionadas con el subproceso de Recursos y Acciones Judiciales.  | No presenta                |          |          |          |          |          | No se registra en el sistema de información VisionWeb, módulo RAJ  | Gestionar el nombramiento de un funcionario de nivel profesional que se encargue de las actividades de RAJ solicitando de paso la creación de usuario, asignación de clave.                   | Acción Correctiva        | Defensor Regional Cesar  | Humano     | 1. Nombramiento funcionario RAJ<br>2. Solicitud acceso<br>3. Capacitación  | Memorando              | 01-oct-15    | 01-jun-16         |                            |   | Cerrado en evaluación en octubre 2016   | 100%                       | Cerrado Eficaz      |
| 601231  | Auditoria Interna de Gestión | R. Cesar             | 30-jul-15      | Subproceso de Recursos y Acciones Judiciales                       | No existe Usuario Creador clave para acceder al sistema de información VisionWeb RAJ.  | No presenta                |          |          |          |          |          | No se registra en el sistema de información VisionWeb, módulo RAJ la información pertinente, por lo cual no se tienen cifras ni estadísticas respecto a tema | Solicitar de paso la creación de usuario  | Acción Correctiva        | Defensor Regional Cesar  | Humano     | 2. Solicitud acceso  | Memorando              | 01-oct-15    | 01-jun-16         |                            |   | Cerrado en evaluación en octubre 2016   | 100%                       | Cerrado Eficaz      |
| 601232  | Auditoria Interna de Gestión | R. Cesar             | 30-jul-15      | Subproceso de Recursos y Acciones Judiciales                       | No se efectúa el Registro de las Acciones en el Sistema de Información VisionWeb RAJ.  | No presenta                |          |          |          |          |          | No se llevan los registros del sistema SIJIT   | Asignación de clave.  | Acción Correctiva        | Defensor Regional Cesar  | Humano     | 3. Capacitación  | Memorando              | 01-oct-15    | 01-jun-16         |                            | Reporte Generado del Aplicativo vision Web-RAJ Usuario: Lorena Maria Bruges Pinto.  | Si bien es cierto ingresaron las Acciones de Grupo al Sistema; al revisar Strategos se identificó que no cumplieron con las metas establecidas; indicador 4.2 (Rojos 75.8%) - indicador 4.5 (Rojos 76.6%) - indicador 4.6 (Amarillo 83.3%). Para la vigencia 2017 se recomendase cumpla con las metas establecidas. | 100%                       | Cerrado Ineficaz    |
| 601233  | Auditoria Interna de Gestión | R. Cesar             | 30-jul-15      | Subproceso de Atención y Trámite de Quejas, Solicitudes y Asesoría | Aun es deficiente la conectividad en el Sistema de Información Interinstitucional de Justicia transicional SIJIT.  | No presenta                |          |          |          |          |          | No se llevan los registros del sistema SIJIT   | Solicitar la capacitación del sistema SIJIT, así como los accesos respectivos a los funcionarios encargados del tema  | Acción Correctiva        | Defensor Regional Cesar  | Humano     | 1. Capacitación<br>2. Solicitud acceso<br>3. Implementación  | Memorando Informe      | 02-oct-15    | 31-dic-16         |                            |   | Cerrado en evaluación en octubre 2016   | 100%                       | Cerrado Eficaz      |
| 601234  | Auditoria Interna de Gestión | R. Cesar             | 30-jul-15      | Gestión de Servicios Administrativos                               | Los Funcionarios auditados denotan desconocimiento de las tablas de retención documental impartidas por el Archivo General de la Nación y en el Manual de Archivo interno aprobado por Resolución 1036 de 2011 y en las Circulares 2030-005 de 2012, 2030-013 de 2013. | No presenta                |          |          |          |          |          | Manejo inadecuado de los documentos del archivo de la Institución  | 1. Solicitar a la Subdirección Administrativa una capacitación en Gestión Documental<br>2. Realizar una jornada contingencia de archivo que involucre a todos los funcionarios de la regional | Acción Correctiva        | Defensor Regional Cesar  | Humano     | 1. Cumplir con la normatividad en cuanto al manejo adecuado del archivo emanada del Archivo General de la Nación<br>2. Disponer de la información contenida en los documentos de archivo de una manera ágil y oportuna | Memorando Informe      | 02-oct-15    | 31-dic-15         |                            |   | Cerrado en evaluación en octubre 2016   | 100%                       | Cerrado Eficaz      |
| 601235  | Auditoria Interna de Gestión | R. Cesar             | 30-jul-15      | Gestión de Servicios Administrativos                               | Desconocimiento sobre la nueva TRD.  | No presenta                |          |          |          |          |          | Manejo inadecuado de los documentos del archivo de la Institución  | 1. Solicitar a la Subdirección Administrativa una capacitación en Gestión Documental<br>2. Realizar una jornada contingencia de archivo que involucre a todos los funcionarios de la regional | Acción Correctiva        | Defensor Regional Cesar  | Humano     | 1. Cumplir con la normatividad en cuanto al manejo adecuado del archivo emanada del Archivo General de la Nación<br>2. Disponer de la información contenida en los documentos de archivo de una manera ágil y oportuna | Memorando Informe      | 02-oct-15    | 31-dic-15         |                            |   | Cerrado en evaluación en octubre 2016   | 100%                       | Cerrado Eficaz      |
| 601236  | Auditoria Interna de Gestión | R. Cesar             | 30-jul-15      | Gestión de Servicios Administrativos                               | No se utiliza el documento que registre información sobre préstamo de documentos del archivo, ver formato código GAD-FTO-14.   | No presenta                |          |          |          |          |          | Manejo inadecuado de los documentos del archivo de la Institución  | 1. Solicitar a la Subdirección Administrativa una capacitación en Gestión Documental<br>2. Realizar una jornada contingencia de archivo que involucre a todos los funcionarios de la regional | Acción Correctiva        | Defensor Regional Cesar  | Humano     | 1. Cumplir con la normatividad en cuanto al manejo adecuado del archivo emanada del Archivo General de la Nación<br>2. Disponer de la información contenida en los documentos de archivo de una manera ágil y oportuna | Memorando Informe      | 02-oct-15    | 31-dic-15         |                            | La Socialización se realiza a través de una capacitación bien sea por parte del Grupo de Gestión Documental (Subdirección Administrativa) o dada por una Universidad de Santa Marta; así mismo a través de la auto capacitación (leer los documentos publicados en el listado maestro de documentos). El cumplimiento se ve reflejado en las carpetas que cada uno de los servidores maneja las cuales deben estar con gestión documental (organizadas las hojas por tamaño, foliadas, sin gache de coseadora, relacionados los documentos en el formato y no más de 200 folios por carpeta). | 50%   | En Ejecución               |                     |
| 601237  | Auditoria Interna de Gestión | R. Cesar             | 30-jul-15      | Gestión de Servicios Administrativos                               | El sistema de información documental LASERFICHE, no se encuentra funcionando.  | No presenta                |          |          |          |          |          | Manejo inadecuado de los documentos del archivo de la Institución  | 1. Solicitar a la Subdirección Administrativa una capacitación en Gestión Documental<br>2. Realizar una jornada contingencia de archivo que involucre a todos los funcionarios de la regional | Acción Correctiva        | Defensor Regional Cesar  | Humano     | 1. Cumplir con la normatividad en cuanto al manejo adecuado del archivo emanada del Archivo General de la Nación<br>2. Disponer de la información contenida en los documentos de archivo de una manera ágil y oportuna | Memorando Informe      | 02-oct-15    | 31-dic-15         |                            |   | Cerrado en evaluación en octubre 2016   | 100%                       | Cerrado Eficaz      |



ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO

Código: SQ-F05  
 versión: 3  
 Vigente desde: 29/08/2016

| SECCIÓN 1: IDENTIFICACIÓN DEL HALLAZGO |                              |  |                |                                      |   | SECCIÓN 2: ANÁLISIS CAUSAS                |  |         |         |         |         | SECCIÓN 3: PLAN DE MEJORAMIENTO  |   |                          |                          |             |  | SECCIÓN 4: SEGUIMIENTO  |              |                   |                            |                    |                   |                     |                            |
|--|------------------------------|--|----------------|--------------------------------------|---|---|--|---------|---------|---------|---------|--|---|--------------------------|--------------------------|-------------|--|---|--------------|-------------------|----------------------------|--------------------|-------------------|---------------------|----------------------------|
| N°                                     | Fuente de hallazgo           | Detalle de la fuente                                 | Fecha hallazgo | Proceso / Subproceso afectado        | Hallazgo y/o situación  | Acción Registrada en Plan de mejoramiento | PORQUE?  | PORQUE? | PORQUE? | PORQUE? | PORQUE? | Causa(s) Raíz  | ACCIÓN  | Tipo de acción Propuesta | Responsable de ejecución | Recursos    | Meta de la acción  | Indicador   | Fecha Inicio | Fecha Terminación | PRIMER BIMESTRE            |                    |                   | Estado de la Acción |                            |
|  |                              |  |                |                                      |   |   |  |         |         |         |         |  |   |                          |                          |             |  |   |              |                   | SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO | DOCUMENTOS SOPORTE | OBSERVACIONES DCI |                     | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO |
| 601238                                 | Auditoría Interna de Gestión | R. Cesar   | 30-jul-15      | Gestión de Servicios Administrativos | No se utiliza el formato de salida de bienes de la sede que la Subdirección de Servicios Administrativos ha diseñada para estos efectos.  | No presenta                               | Posible pérdida de elementos, no control de inventario   | N/A     |         |         |         | Posible pérdida de elementos, no control de inventario   | Implementar el uso del formato GFTO-07 denominado "Seguimiento autorización de salida provisional de elementos" a los funcionarios de la Regional Cesar   | Acción Correctiva        | Defensor Regional Cesar  | Humano      | Actualizar el inventario por funcionario   | Memorando   | 02-oct-15    | 31-mar-16         |                            |                    |                   | 0%                  | Abierto                    |
| 601239                                 | Auditoría Interna de Gestión | R. Cesar   | 30-jul-15      | Gestión de Servicios Administrativos | No se evidencia por parte del Nivel Central el establecimiento del Plan Estratégico de seguridad vial del que habla la norma .  | No presenta                               | No cumplimiento de lo estipulado en la norma   | N/A     |         |         |         | No cumplimiento de lo estipulado en la norma   | Construir el PESV de acuerdo a las normas vigentes  | Acción Correctiva        | Defensor Regional Cesar  | Humano      | Definir encargado, generar el PESV para la vigencia 2.016-2017   | PESV  | 02-oct-15    | 30-abr-16         |                            |                    |                   | 0%                  | Abierto                    |
| 601240                                 | Auditoría Interna de Gestión | R. Cesar   | 30-jul-15      | Gestión de Servicios Administrativos | El material balístico con el que se confecciona el chaleco antibalas que encuentra relacionado en el inventario de la Regional, ya no cumple con los requisitos para protección teniendo en cuenta que la fecha máxima de vencimiento ya expiró (vencido el 18 de diciembre de 2014). | No presenta                               | No contar con un elemento de seguridad para la integridad del Defensor Regional  | N/A     |         |         |         | No contar con un elemento de seguridad para la integridad del Defensor Regional  | 1. Dar de baja del inventario el chaleco con serie 580932<br>2. Solicitar ante la Subdirección Administrativa el suministro de un nuevo chaleco antibalas   | Acción Correctiva        | Defensor Regional Cesar  | Humano      | Dar de baja el chaleco antibalas   | Acta de baja Memorando  | 02-oct-15    | 31-dic-15         |                            |                    |                   | 100%                | Cerrado Eficaz             |
| 601241                                 | Auditoría Interna de Gestión | R. Cesar   | 30-jul-15      | Direccionamiento Estratégico         | Los equipos de cómputo de los funcionarios de la Regional Cesar, en su mayoría están obsoletos y evidencian poco mantenimiento.   | No presenta                               | No se aprovechan las TICs como apoyo para cumplir la misión de la institución a cabalidad, no existe productividad del funcionario ya que existen prolongados retardos de tiempos que deben esperar tanto USUARIOS como funcionarios para poder avanzar en la atención de un requerimiento | N/A     |         |         |         | No se aprovechan las TICs como apoyo para cumplir la misión de la institución a cabalidad, no existe productividad del funcionario ya que existen prolongados retardos de tiempos que deben esperar tanto USUARIOS como funcionarios para poder avanzar en la atención de un requerimiento | Solicitar a la Subdirección Administrativa la adquisición de los equipos requeridos por la Regional Cesar y por los funcionarios de acuerdo a las necesidades detectadas                                      | Acción Correctiva        | Defensor Regional Cesar  | Humano      | Capacitar a los funcionarios en el uso adecuado de las herramientas ofimáticas y las TICs  | Formato de solicitud de necesidades   | 02-oct-15    | 31-dic-16         |                            |                    |                   | 100%                | Cerrado Eficaz             |
| 601242                                 | Auditoría Interna de Gestión | R. Cesar   | 30-jul-15      | Direccionamiento Estratégico         | Adecuación de los puntos de red sin el lleno de las especificaciones técnicas para ello de hecho se conecta vía WiFi a través de un access point.   | No presenta                               | Retraso en el acceso a los sistemas de información y por ende en la atención al usuario, riesgo de pérdida de datos e información en caso de fallas eléctricas   | N/A     |         |         |         | Retraso en el acceso a los sistemas de información y por ende en la atención al usuario, riesgo de pérdida de datos e información en caso de fallas eléctricas   | Gestionar ante el nivel central la implementación del cableado estructurado en la Regional Cesar, así como la adquisición de UPS de respaldo y una central telefónica de comunicaciones                       | Acción Correctiva        | Defensor Regional Cesar  | Tecnológico | estructurado UPS de respaldo Infraestructura de comunicación   | Formato de solicitud de necesidades   | 01-oct-15    | 31-dic-16         |                            |                    |                   | 100%                | Cerrado Eficaz             |
| 601243                                 | Auditoría Interna de Gestión | R. Cesar   | 30-jul-15      | Direccionamiento Estratégico         | No se aplican políticas de seguridad de información a los equipos de cómputo y Software asociado a los mismos. Inexistencia de un Rack de comunicaciones telefónicas.   | No presenta                               | Retraso en el acceso a los sistemas de información y por ende en la atención al usuario, riesgo de pérdida de datos e información en caso de fallas eléctricas   | N/A     |         |         |         | Retraso en el acceso a los sistemas de información y por ende en la atención al usuario, riesgo de pérdida de datos e información en caso de fallas eléctricas   | Gestionar ante el nivel central la implementación del cableado estructurado en la Regional Cesar, así como la adquisición de UPS de respaldo y una central telefónica de comunicaciones                       | Acción Correctiva        | Defensor Regional Cesar  | Tecnológico | estructurado UPS de respaldo Infraestructura de comunicación   | Formato de solicitud de necesidades   | 01-oct-15    | 31-dic-16         |                            |                    |                   | 100%                | Cerrado Eficaz             |
| 601244                                 | Auditoría Interna de Gestión | R. Cesar   | 30-jul-15      | Direccionamiento Estratégico         | Las instalaciones de los equipos de cómputo y de comunicaciones no cumplen con las normas de cableado estructurado, que permitan garantizar los requisitos de seguridad de la información y seguridad física.   | No presenta                               | Retraso en el acceso a los sistemas de información y por ende en la atención al usuario, riesgo de pérdida de datos e información en caso de fallas eléctricas   | N/A     |         |         |         | Retraso en el acceso a los sistemas de información y por ende en la atención al usuario, riesgo de pérdida de datos e información en caso de fallas eléctricas   | Gestionar ante el nivel central la implementación del cableado estructurado en la Regional Cesar, así como la adquisición de UPS de respaldo y una central telefónica de comunicaciones                       | Acción Correctiva        | Defensor Regional Cesar  | Tecnológico | Cableado estructurado UPS de respaldo Infraestructura de comunicación  | Formato de solicitud de necesidades   | 01-oct-15    | 31-dic-16         |                            |                    |                   | 100%                | Cerrado Eficaz             |
| 601245                                 | Auditoría Interna de Gestión | R. Cesar   | 30-jul-15      | Direccionamiento Estratégico         | No existe una UPS de respaldo de energía.   | No presenta                               | Retraso en el acceso a los sistemas de información y por ende en la atención al usuario, riesgo de pérdida de datos e información en caso de fallas eléctricas   | N/A     |         |         |         | Retraso en el acceso a los sistemas de información y por ende en la atención al usuario, riesgo de pérdida de datos e información en caso de fallas eléctricas   | Gestionar ante el nivel central la implementación del cableado estructurado en la Regional Cesar, así como la adquisición de UPS de respaldo y una central telefónica de comunicaciones                       | Acción Correctiva        | Defensor Regional Cesar  | Tecnológico | estructurado UPS de respaldo Infraestructura de comunicación   | Formato de solicitud de necesidades   | 01-oct-15    | 31-dic-16         |                            |                    |                   | 100%                | Cerrado Eficaz             |
| 304001                                 | Auditoría Interna de Gestión | Atención y Tramite Subprocesos de Defensoría Pública | 18-dic-15      | Subproceso de Defensoría Pública     | No aplicación de todas las directrices emanadas de la Resolución 1692 de 2013   | No presenta                               | Desconocimiento de todas las directrices de la Resolución 1692 de 2013   | N/A     |         |         |         | Desconocimiento de todas las directrices de la Resolución 1692 de 2013   | Aplicar todas las directrices emanadas de la Resolución 1692 de 2013  | Acción Correctiva        | Director DNDP            | Humano      | Carpetas organizadas en cada uno de los Grupos de la DNDP con los soportes documentales de los logros reportados oportunamente en Strategos de la ejecución del POE y de PAA de la dependencia | Número de reportes de ejecución del POE y PAA registrados oportunamente en Strategos que cuentan con soportes documentales            | 01-mar-16    | 31-dic-16         |                            |                    |                   | 88.8%               | En Ejecución               |
| 304002                                 | Auditoría Interna de Gestión | Atención y Tramite Subprocesos de Defensoría Pública | 18-dic-15      | Subproceso de Defensoría Pública     | Inadecuada planeación en algunas metas del PAA de la DNDP para el periodo enero a agosto de 2015  | No presenta                               | Falta de vinculación de los funcionarios de la DNDP en la formulación del POE y del PAA  | N/A     |         |         |         | Falta de vinculación de los funcionarios de la DNDP en la formulación del POE y del PAA  | Vincular a los funcionarios de la DNDP en la formulación del POE y del PAA 2016   | Acción Correctiva        | Director DNDP            | Humano      | POE y PAA 2016 formulados con la participación de los funcionarios de la DNDP  | Número de funcionarios de la DNDP vinculados en la formulación del POE y PAA/Total funcionarios DNDP                                  | 05-nov-15    | 15-ene-16         |                            |                    |                   | 100%                | Cerrado Ineficaz           |
| 304003                                 | Auditoría Interna de Gestión | Atención y Tramite Subprocesos de Defensoría Pública | 18-dic-15      | Subproceso de Defensoría Pública     | Baja ejecución del PAA de la DNDP durante la vigencia 2014  | No presenta                               | Falta de seguimiento mensual a la ejecución del POE y del PAA de la DNDP con los Responsables de los Grupos de la dependencia  | N/A     |         |         |         | Falta de seguimiento mensual a la ejecución del POE y del PAA de la DNDP con los Responsables de los Grupos de la dependencia  | Realizar reuniones mensuales de seguimiento a la ejecución del POE del PAA de la DNDP con los Responsables de los Grupos de la dependencia, con las respectivas memorias de reunión que evidencien esta labor | Acción Correctiva        | Director DNDP            | Humano      | Nivel sobresaliente en la ejecución del POE y del PAA de la dependencia  | Número de reuniones mensuales de seguimiento a la ejecución del POE y del PAA realizadas/9  | 01-mar-16    | 31-dic-16         |                            |                    |                   | 44.4%               | En Ejecución               |
| 304004                                 | Auditoría Interna de Gestión | Atención y Tramite Subprocesos de Defensoría Pública | 18-dic-15      | Subproceso de Defensoría Pública     | No se comunicó estado de la solicitud al aspirante con suficiente celeridad afectando cuando menos la eficacia del procedimiento evaluado   | No presenta                               | Falta de Auxiliares Administrativos en los periodos de contratación masiva de Defensores Públicos  | N/A     |         |         |         | Falta de Auxiliares Administrativos en los periodos de contratación masiva de Defensores Públicos  | Solicitar a la Subdirección de Talento Humano que en los periodos de contratación masiva de Defensores Públicos se asignen a la DNDP tres (3) Auxiliares Administrativos adicionales                          | Acción Correctiva        | Director DNDP            | Humano      | Solicitudes de los aspirantes a operadores del SMD tramitadas oportunamente  | Número de Auxiliares Administrativos asignados por la Subdirección de Talento Humano/Número de Auxiliares Administrativos solicitados | 01-jun-16    | 31-ago-16         |                            |                    |                   | 100%                | Cerrado Eficaz             |



ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO

Código: SQ-F05  
 versión: 3  
 Vigente desde: 29/08/2016

| SECCIÓN 1: IDENTIFICACIÓN DEL HALLAZGO |                              |  |                |                                  |  | SECCIÓN 2: ANÁLISIS CAUSAS               |          |          |          |          |          | SECCIÓN 3: PLAN DE MEJORAMIENTO   |  |                          |                          |          |   | SECCIÓN 4: SEGUIMIENTO  |              |                   |                            |                    |                   |   |                     |                |
|--|------------------------------|--|----------------|----------------------------------|--|--|----------|----------|----------|----------|----------|---|--|--------------------------|--------------------------|----------|---|---|--------------|-------------------|----------------------------|--------------------|-------------------|---|---------------------|----------------|
| N°                                     | Fuente de hallazgo           | Detalle de la fuente                                 | Fecha hallazgo | Proceso / Subproceso afectado    | Hallazgo y/o Situación   | Acción propuesta en Plan de mejoramiento | ¿PORQUE? | ¿PORQUE? | ¿PORQUE? | ¿PORQUE? | ¿PORQUE? | Causa/Raíz  | ACCIÓN   | Tipo de acción propuesta | Responsable de ejecución | Recursos | Meta de la acción   | Indicador   | Fecha inicio | Fecha Terminación | PRIMER BIMESTRE            |                    |                   | Porcentaje de cumplimiento                  | Estado de la Acción |                |
|  |                              |  |                |                                  |  |  |          |          |          |          |          |   |  |                          |                          |          |   |   |              |                   | SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO | DOCUMENTOS SOPORTE | OBSERVACIONES DCI |   |                     |                |
| 304005                                 | Auditoría Interna de Gestión | Atención y Tramite Subproces o de Defensoría Pública | 18-dic-15      | Subproceso de Defensoría Pública | Información del SIGEP desactualizada para los Defensores Públicos revisados por la auditoría   | No presenta                              |          | N/A      |          |          |          | Solamente existe un funcionario para actualizar la información del SIGEP de los Defensores Públicos contratados, lo que hace imposible cumplir esta labor en los plazos establecidos por el DAFP para estos fines | Solicitar a la Subdirección de Talento Humano que en los periodos de contratación masiva de Defensores Públicos se asigne el personal necesario para realizar esta labor y tramitar ante el DAFP el respectivo plan de contingencia            | Acción Correctiva        | Director DNDP            | Humano   | Información del SIGEP actualizada para los Defensores Públicos contratados, en los términos del Plan de Contingencia presentado al DAFP                 | Número de servidores públicos asignados por la Subdirección de Talento Humano/Número de servidores públicos solicitados   | 01-jun-16    | 31-ago-16         |                            |                    |                   | Cerrado en evaluación en octubre 2016       | 100%                | Cerrado Eficaz |
| 304006                                 | Auditoría Interna de Gestión | Atención y Tramite Subproces o de Defensoría Pública | 18-dic-15      | Subproceso de Defensoría Pública | la inspección de las hojas de vida de los contratistas de la muestra no evidenció la firma al final de diligenciamiento, situación que podría tener un requerimiento por parte de una visita de funcionarios de la Función Pública | No presenta                              |          | N/A      |          |          |          | Falta un punto de control específico para verificar que las copias físicas de las hojas de vida de los Defensores Públicos a contratar se encuentren debidamente suscritas por los mismos                         | Implementar un punto de control específico en la actual lista de chequeo de contratación para verificar que las copias físicas de las hojas de vida de los Defensores Públicos a contratar se encuentren debidamente suscritas por los mismos  | Acción Correctiva        | Director DNDP            | Humano   | Copia física de las hojas de vida de los Defensores Públicos contratados/Número de Defensores Públicos contratados suscritas                            | Número de hojas de vida suscritas por los Defensores Públicos contratados/Número de Defensores Públicos contratados suscritas   | 01-jun-16    | 31-ago-16         |                            |                    |                   | Cerrado en evaluación en octubre 2016       | 100%                | Cerrado Eficaz |
| 304007                                 | Auditoría Interna de Gestión | Atención y Tramite Subproces o de Defensoría Pública | 18-dic-15      | Subproceso de Defensoría Pública | Existencia del riesgo de la prestación de servicio por incumplimiento de citas en los Programas 1098 y 1257  | No presenta                              |          | N/A      |          |          |          | El sistema de información VisionWeb no incluye los programas de Representación Judicial de Víctimas (RVJ)   | Hacer al Grupo de Sistemas los requerimientos funcionales para desarrollar un módulo en el actual sistema de información del SNOIP para manejar los programas de RVJ   | Acción Correctiva        | Director DNDP            | Humano   | Información oportuna y confiable para el manejo de los Programas de RVJ   | Número de requerimientos funcionales realizados al Grupo de Sistemas  | 01-mar-16    | 30-jun-16         |                            |                    |                   | No se presentó seguimiento en este bimestre | 0%                  | Abierto        |
| 304008                                 | Auditoría Interna de Gestión | Atención y Tramite Subproces o de Defensoría Pública | 18-dic-15      | Subproceso de Defensoría Pública | No existe herramienta o sistema de información para la tabulación de la información correspondiente a los procedimientos de representación de víctimas   | No presenta                              |          | N/A      |          |          |          | El sistema de información VisionWeb no incluye los programas de Representación Judicial de Víctimas (RVJ)   | Hacer al Grupo de Sistemas los requerimientos funcionales para desarrollar un módulo en el actual sistema de información del SNOIP para manejar los programas de RVJ   | Acción Correctiva        | Director DNDP            | Humano   | Información oportuna y confiable para el manejo de los Programas de RVJ   | Número de requerimientos funcionales realizados al Grupo de Sistemas  | 01-mar-16    | 30-jun-16         |                            |                    |                   | No se presentó seguimiento en este bimestre | 0%                  | Abierto        |
| 304009                                 | Auditoría Interna de Gestión | Atención y Tramite Subproces o de Defensoría Pública | 18-dic-15      | Subproceso de Defensoría Pública | Inaplicabilidad del formato de estadísticas por delitos en Representación Judicial de Víctimas   | No presenta                              |          | N/A      |          |          |          | Falta de publicación en el listado maestro de documentos del SGC de los formatos ajustados de RVJ   | Implementar los formatos ajustados de estadísticas por delitos en la RVJ   | Acción Correctiva        | Director DNDP            | Humano   | Estadísticas consolidadas por delitos en la RVJ   | Número de reportes mensuales allegados/Número total de reportes que deben realizar las Regionales   | 01-mar-16    | 31-dic-16         |                            |                    |                   | No se presentó seguimiento en este bimestre | 9%                  | En Ejecución   |
| 304010                                 | Auditoría Interna de Gestión | Atención y Tramite Subproces o de Defensoría Pública | 18-dic-15      | Subproceso de Defensoría Pública | Insuficiencia de personal con el perfil de Psicólogo así como de Contador Público para la prestación del servicio y/o consecuente presentación de los dictámenes periciales  | No presenta                              |          | N/A      |          |          |          | Falta de peritos para la RVJ  | Solicitar a la Subdirección de Talento Humano la vinculación de Peritos Financieros (1 para el Regional Atlántico, 1 para Santander y 2 para el Nivel Central) y 3 Peritos Psicólogos (1 para la Regional Antioquia y 2 para el Nivel Central) | Acción Correctiva        | Director DNDP            | Humano   | Sobrecarga laboral de los peritos de la RVJ disminuida  | Número de Peritos asignados por la Subdirección de Talento Humano/Número de Peritos solicitados   | 01-mar-16    | 30-abr-16         |                            |                    |                   | Cerrado en evaluación de enero 2017         | 100%                | Cerrado Eficaz |
| 304011                                 | Auditoría Interna de Gestión | Atención y Tramite Subproces o de Defensoría Pública | 18-dic-15      | Subproceso de Defensoría Pública | No se rinde informe por separado ni de manera estructurada sobre lo acontecido en las jornadas de acopio documental en la RVJ  | No presenta                              |          | N/A      |          |          |          | Los informes de las actividades realizadas en las jornadas de acopio documental de RVJ se presentan en el mismo informe que se remite a la Subdirección Administrativa para la legalización de viáticos           | Elaborar e implementar un formato de informe de actividades realizadas en las jornadas de acopio documental en la RVJ  | Acción Correctiva        | Director DNDP            | Humano   | Informes de actividades realizadas en las jornadas de acopio documental en la RVJ presentados en forma independiente                                    | Número de informes de actividades realizadas en las jornadas de acopio documental en la RVJ presentados/Número de jornadas de acopio documental en la RVJ                       | 01-mar-16    | 31-dic-16         |                            |                    |                   | No se presentó seguimiento en este bimestre | 0%                  | En Ejecución   |
| 304012                                 | Auditoría Interna de Gestión | Atención y Tramite Subproces o de Defensoría Pública | 18-dic-15      | Subproceso de Defensoría Pública | Falta de evidencias sobre la trazabilidad del ejercicio de acopio documental con miras a la presentación del incidente de reparación dentro de los procesos de la Ley 975/2005   | No presenta                              |          | N/A      |          |          |          | No se deja evidencia de la entrega a los Defensores Públicos de los documentos que se diligencian en las jornadas de acopio documental de RVJ   | Elaborar e implementar una planilla en la cual conste el diligenciamiento y entrega por parte de los peritos a los Defensores Públicos de los documentos que se diligencian en las jornadas de acopio documental de RVJ                        | Acción Correctiva        | Director DNDP            | Humano   | Evidencia sobre la trazabilidad del acopio documental con miras a la presentación del incidente de reparación dentro de los procesos de la Ley 975/2005 | Número de planillas diligenciadas en las jornadas de acopio documental de RVJ/Número de Defensores Públicos - RVJ que participan en esas  | 01-mar-16    | 31-dic-16         |                            |                    |                   | No se presentó seguimiento en este bimestre | 50%                 | En Ejecución   |
| 304013                                 | Auditoría Interna de Gestión | Atención y Tramite Subproces o de Defensoría Pública | 18-dic-15      | Subproceso de Defensoría Pública | Inconsistencias en la utilización del número CUI del proceso en el formato de participación en audiencia DEP-FTD-31  | No presenta                              |          | N/A      |          |          |          | El número único de identificación de los procesos judiciales no es el que se coloca en el Formato de participación en audiencia de los peritos DEP-FTD-31   | Ajustar e implementar el Formato de Informe de Participación en audiencia de los peritos forenses  | Acción Correctiva        | Director DNDP            | Humano   | Información coincidente entre la citación de la autoridad judicial y el Informe de participación en audiencia del perito forense                        | Número de Informes de participación en audiencia del perito forense coincidente con el de las citaciones de la autoridad judicial/Número de citaciones de la autoridad judicial | 01-mar-16    | 31-dic-16         |                            |                    |                   | No se presentó seguimiento en este bimestre | 50%                 | En Ejecución   |

| SECCIÓN 1: IDENTIFICACIÓN DEL HALLAZGO |                              |   |                |                                  |   | SECCIÓN 2: ANÁLISIS CAUSAS                |   |   |  |         |         | SECCIÓN 3: PLAN DE MEJORAMIENTO  |   |                          |  |                     |   | SECCIÓN 4: SEGUIMIENTO   |              |                   |                            |                    |                   |                     |                            |
|--|------------------------------|---|----------------|----------------------------------|---|---|---|---|--|---------|---------|--|---|--------------------------|--|---------------------|---|--|--------------|-------------------|----------------------------|--------------------|-------------------|---------------------|----------------------------|
| N°                                     | Fuente de hallazgo           | Detalle de la fuente                                | Fecha hallazgo | Proceso / Subproceso Afectado    | Hallazgo y/o Situación  | Acción Registrada en Plan de mejoramiento | PORQUE?   | PORQUE?   | PORQUE?  | PORQUE? | PORQUE? | Causa(s) Raíz  | ACCIÓN  | Tipo de acción Propuesta | Responsable de ejecución   | Recursos            | Meta de la acción   | Indicador  | Fecha Inicio | Fecha Terminación | PRIMER BIMESTRE            |                    |                   | Estado de la Acción |                            |
|  |                              |   |                |                                  |   |   |   |   |  |         |         |  |   |                          |  |                     |   |  |              |                   | SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO | DOCUMENTOS SOPORTE | OBSERVACIONES DCI |                     | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO |
| 304014                                 | Auditoría Interna de Gestión | Atención y Tramite Subproceso de Defensoría Pública | 18-dic-15      | Subproceso de Defensoría Pública | Falta de un espacio adecuado para la guarda, custodia y archivo de los documentos que hacen parte tanto de procedimiento de Registro y Selección así como de otros que hacen parte de otras actividades de la DNDP, existiendo riesgo de pérdida de documentos  | No presenta                               | Escasez de espacios adecuados que se puedan destinar para este fin en la actual sede de la DNDP   | N/A   |  |         |         | Escasez de espacios adecuados que se puedan destinar para este fin en la actual sede de la DNDP  | Retirar la solicitud a la Secretaría General de los espacios físicos y mobiliario necesarios que permitan hacer un adecuado archivo de los documentos de la DNDP        | Acción Correctiva        | Director DNDP  | Humano              | Espacio adecuado para la guarda, custodia y archivo de los documentos de la DNDP    | Solicitud realizada a la Secretaría General de los espacios físicos y mobiliario necesarios para el archivo de la DNDP | 01-mar-16    | 30-abr-16         |                            |                    |                   | 100%                | Cerrado Eficaz             |
| 304014                                 |                              |   |                |                                  |   |   | La capacidad de las sedes es menor a la necesaria debido al número de funcionarios y a la alta demanda de usuarios.   | Hay una falla en la aplicación de la Norma Técnica de Infraestructura en las sedes de la entidad, ya que no se previó que la infraestructura es insuficiente teniendo en cuenta que en la actualidad hay una mayor demanda de servicios de la población | Es reciente la expedición de la Norma Técnica de Infraestructura NTC 6047 de 2013.   |         |         | Es reciente la expedición de la Norma Técnica de Infraestructura NTC 6047 de 2013.   | Establecer lineamientos de servicio al ciudadano  | Acción Correctiva        | Lider proceso de Evaluación Satisfacción Grupos de Interés               | Humano              | Un documento con lineamientos de servicio al ciudadano establecido.                 | Número de documento con lineamientos establecidos/1*100  | 16-may-16    | 16-jun-16         |                            |                    |                   | 100%                | Cerrado Eficaz             |
| BV1                                    | Auditoría Externa de Calidad | Auditoría Externa de Calidad                        | 20-abr-16      | Direccionamiento Estratégico     | No se observa la determinación de la Infraestructura necesaria para la prestación de los servicios. No se evidencian la RegionalCali, Sede Central condiciones adecuadas de ergonomía, asignación de turnos, orientación, señalización, áreas de servicio que aseguren la confidencialidad y hacer placentera la experiencia del usuario.   | No presenta                               | Hay una falla en la aplicación de la Norma Técnica de Infraestructura en las sedes de la entidad, ya que no se previó que la infraestructura es insuficiente teniendo en cuenta que en la actualidad hay una mayor demanda de servicios de la población | Es reciente la expedición de la Norma Técnica de Infraestructura NTC 6047 de 2013.  |  |         |         | Es reciente la expedición de la Norma Técnica de Infraestructura NTC 6047 de 2013.   | Diseñar e implementar un modelo de orientación e información al usuario y capacitar a los servidores públicos en servicio al ciudadano                                  | Acción Correctiva        | Lider proceso de Evaluación Satisfacción Grupos de Interés               | Humano y Financiero | Implementar el modelo en las 36 Defensorías Regionales                              | Número de Regionales con el modelo implementado /36*100  | 01-jun-16    | 31-dic-16         |                            |                    |                   | 0%                  | En Ejecución               |
| BV1                                    |                              |   |                |                                  |   |   | Hay una falla en la aplicación de la Norma Técnica de Infraestructura en las sedes de la entidad, ya que no se previó que la infraestructura es insuficiente teniendo en cuenta que en la actualidad hay una mayor demanda de servicios de la población | Es reciente la expedición de la Norma Técnica de Infraestructura NTC 6047 de 2013.  |  |         |         | Es reciente la expedición de la Norma Técnica de Infraestructura NTC 6047 de 2013.   | Gestionar proyectos de inversión y asignar recursos para adquirir y mejorar las sedes regionales y el nivel central de la Defensoría del Pueblo, conforme a la NTC 6047 | Acción Correctiva        | Secretaría General Lider proceso de Gestión de Servicios Administrativos | Humano y Financiero | Un proyecto de inversión gestionados  | Número de proyectos gestionados/1*100  | 01-ene-14    | 31-dic-16         |                            |                    |                   | 75%                 | En Ejecución               |
| BV2                                    | Auditoría Externa de Calidad | Auditoría Externa de Calidad                        | 20-abr-16      | Transversal                      | No hay un adecuado seguimiento y medición de los procesos. Los procesos promoción y divulgación prevención y protección, Atención y trámites, Gestión Contractual, Investigación y análisis, Defensoría Pública no cuentan con indicadores pertinentes para el seguimiento y medición de sus objetivos, con el fin de tener medidas sobre la eficiencia, eficacia y efectividad de los mismos. Los actuales indicadores establecidos en strategos no están alineados totalmente a los objetivos del proceso y a los objetivos de Calidad. | No presenta                               | Los indicadores no permiten la medición de objetivos.   | Se deben establecer indicadores de acuerdo a los objetivos de calidad y de los procesos que permitan su medición.   | Aunque se cuenta con las herramientas de medición PAA y POE se identifica debilidad en la alineación de los objetivos estratégicos con los objetivos de los procesos |         |         | Aunque se cuenta con las herramientas de medición PAA y POE se identifica debilidad en la alineación de los objetivos estratégicos con los objetivos de los procesos | Redefinir los objetivos de calidad de la Defensoría del Pueblo  | Acción Correctiva        | Oficina de Planeación y Líderes de procesos.                             | Humano              | Actualizar el manual de calidad de la entidad                                       | Número de actualizaciones de manual de calidad /1*100  | 02-may-16    | 31-dic-16         |                            |                    |                   | 100%                | Cerrado Eficaz             |
| BV2                                    |                              |   |                |                                  |   |   | Los indicadores no permiten la medición de objetivos.   | Se deben establecer indicadores de acuerdo a los objetivos de calidad y de los procesos que permitan su medición.   | Aunque se cuenta con las herramientas de medición PAA y POE se identifica debilidad en la alineación de los objetivos estratégicos con los objetivos de los procesos |         |         | Aunque se cuenta con las herramientas de medición PAA y POE se identifica debilidad en la alineación de los objetivos estratégicos con los objetivos de los procesos | Alinear los objetivos de los procesos   | Acción Correctiva        | Oficina de Planeación y Líderes de procesos.                             | Humano              | 19 procesos revisados.  | N° de procesos revisados/19*100  | 02-may-16    | 31-dic-16         |                            |                    |                   | 100%                | Cerrado Eficaz             |
| BV2                                    |                              |   |                |                                  |   |   | Los indicadores no permiten la medición de objetivos.   | Se deben establecer indicadores de acuerdo a los objetivos de calidad y de los procesos que permitan su medición.   | Aunque se cuenta con las herramientas de medición PAA y POE se identifica debilidad en la alineación de los objetivos estratégicos con los objetivos de los procesos |         |         | Aunque se cuenta con las herramientas de medición PAA y POE se identifica debilidad en la alineación de los objetivos estratégicos con los objetivos de los procesos | Hacer un ejercicio de coherencia Institucional  | Acción Correctiva        | Oficina de Planeación y Líderes de procesos.                             | Humano              | 1 Herramienta publicada   | N° de herramientas publicadas / 1*100  | 01-jun-16    | 31-dic-16         |                            |                    |                   | 100%                | Cerrado Eficaz             |
| BV3                                    | Auditoría Externa de Calidad | Auditoría Externa de Calidad                        | 20-abr-16      | Procesos Misionales              | No se ha implementado claramente los controles de Diseño No se ha implementado claramente en los procedimientos de coordinaciones el tratamiento de quejas, peticiones y asesorías SA-P-01, Promoción Divulgación. PD-P07Diseño gráfico los mecanismos de control de revisión, verificación validación y cambios del diseño.  | No presenta                               | Se tiene controles de diseño que señalan el numeral 7.3 de la norma pero no se ha realizado la total implementación.  | No se ha socializado los lineamientos del sistema de atención integral por parte del nivel central  | Se tiene el Instructivo General del Sistema de Atención Integral, el cual actualmente se encuentra en revisión por la alta dirección                                 |         |         | Se tiene el Instructivo General del Sistema de Atención Integral, el cual actualmente se encuentra en revisión por la alta dirección.                                | Aprobación del Instructivo General del Sistema de Atención Integral   | Acción Correctiva        | Vicedefensoría Lider Proceso Atención                                    | Humano, Financiero  | Un Instructivo GSAI aprobado  | Instructivo GSAI aprobado/1*100  | 02-may-16    | 31-dic-16         |                            |                    |                   | 0%                  | Abierto                    |
| BV3                                    |                              |   |                |                                  |   |   |   |   |  |         |         |  | Generalización del Instructivo del Sistema de Atención Integral   | Acción Correctiva        | Lider Proceso Atención   | Humano, Financiero  | Realizar una jornada de socialización del GSAI                                      | jornadas de socialización de GSAI /1*100   | 02-may-16    | 31-dic-16         |                            |                    |                   | 0%                  | Abierto                    |
| BV3                                    |                              |   |                |                                  |   |   |   |   |  |         |         |  | Articulación del Instructivo con los procesos   | Acción Correctiva        | Lider Proceso Atención   | Humano, Financiero  | Verificar semestralmente la aplicación del GSAI en el proceso de Atención y Trámite | Verificación de la aplicación de GSAI en el proceso de Atención y Trámite /2*100                                       | 02-may-16    | 31-dic-16         |                            |                    |                   | 0%                  | Abierto                    |



ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO

Código: SQ-F05  
 versión: 3  
 Vigente desde: 29/08/2016

| SECCIÓN 1: IDENTIFICACIÓN DEL HALLAZGO |                              |                              |                |                                      |  | SECCIÓN 2: ANÁLISIS CAUSAS                |   |  |   |         |   | SECCIÓN 3: PLAN DE MEJORAMIENTO  |   |                             |  |   |  | SECCIÓN 4: SEGUIMIENTO  |              |                   |                            |                    |                   |                            |                     |                  |
|--|------------------------------|------------------------------|----------------|--------------------------------------|--|---|---|--|---|---------|---|--|---|-----------------------------|--|---|--|---|--------------|-------------------|----------------------------|--------------------|-------------------|----------------------------|---------------------|------------------|
| Nº                                     | Fuente de hallazgo           | Detalle de la fuente         | Fecha hallazgo | Proceso, Subproceso Afectado         | Hallazgo y/o Situación   | Acción Registrada en Plan de mejoramiento | PORQUE?   | PORQUE?  | PORQUE?   | PORQUE? | PORQUE?   | Causa/Raíz   | ACCIÓN  | Tipo de acción              | Responsable de ejecución   | Recursos  | Meta de la acción  | Indicador   | Fecha Inicio | Fecha Terminación | PRIMER BIMESTRE            |                    |                   | Porcentaje de cumplimiento | Estado de la Acción |                  |
|  |                              |                              |                |                                      |  |   |   |  |   |         |   |  |   |                             |  |   |  |   |              |                   | SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO | DOCUMENTOS SOPORTE | OBSERVACIONES DCI |                            |                     |                  |
| BIV                                    | Auditoria Externa de Calidad | Auditoria Externa de Calidad | 20-abr-16      | Procesos Misionales                  | No se encuentran definidos cuáles son los posibles eventos que generan producto o servicio no conforme en las etapas intermedias de productos dentro de los procesos misionales para la prestación del servicio.   | No presenta                               | No se tiene caracterización de Producto y Servicio No Conforme de los procesos misionales   | No se han realizado las mesas de trabajo con los líderes de los procesos para la identificación de Producto y Servicio No Conforme                     | No se cuenta con el talento humano suficiente que apoyen a los líderes de los procesos en la realización de la caracterización del producto y servicio no conforme y los documentos relacionados. |         |   |  | Vincular profesionales de apoyo para el equipo de planeación de la Entidad  | Acción Correctiva           | Despacho del Defensor  | Humano, Financiero  | Vincular 2 profesionales de apoyo para el equipo de la oficina de planeación.      | N profesionales vinculados a la OP/2*100  |              | 02-may-16         | 15-jun-16                  |                    |                   |                            | 100%                | Cerrado Eficaz   |
|  |                              |                              |                |                                      |  |   | No se tiene caracterización de Producto y Servicio No Conforme de los procesos misionales   | No se han realizado las mesas de trabajo con los líderes de los procesos para la identificación de Producto y Servicio No Conforme                     | No se cuenta con el talento humano suficiente que apoyen a los líderes de los procesos en la realización de la caracterización del producto y servicio no conforme y los documentos relacionados. |         |   |  | Realizar mesas de trabajo con los líderes de los procesos para elaborar la caracterización del Producto y Servicio No Conforme de los procesos misionales | Acción Correctiva           | Oficina de Planeación y Líderes de procesos.                                   | Humano  | Realizar una mesa de trabajo por proceso para la caracterización de PSNC           | N de mesas de trabajo/8 procesos misionales*100   |              | 02-may-16         | 31-jul-16                  |                    |                   |                            | 100%                | Cerrado Eficaz   |
|  |                              |                              |                |                                      |  |   | No se tiene caracterización de Producto y Servicio No Conforme de los procesos misionales   | No se han realizado las mesas de trabajo con los líderes de los procesos para la identificación de Producto y Servicio No Conforme                     | No se cuenta con el talento humano suficiente que apoyen a los líderes de los procesos en la realización de la caracterización del producto y servicio no conforme y los documentos relacionados. |         |   |  | Normalizar y publicar para su implementación la caracterización de PSNC   | Acción Correctiva           | Oficina de Planeación y Líderes de procesos.                                   | Humano  | 8 caracterizaciones de PSNC normalizadas y publicadas                              | caracterización de PSNC normalizada y publicada/8 procesos misionales*100   |              | 02-may-16         | 31-jul-16                  |                    |                   |                            | 100%                | Cerrado Eficaz   |
| BVS                                    | Auditoria Externa de Calidad | Auditoria Externa de Calidad | 20-abr-16      | Subproceso de Defensoría Pública     | No es eficaz el control de los equipos de Seguimiento y de medición. Al verificar el ensayo para identificar el funcionamiento del arma de fuego se observa que se utiliza un pie de rey digital PI 49235 Serie 500-197-208 no obstante no tiene la identificación del estado de su calibración, no se pudo establecer con la hoja de vida su nivel de criticidad y calibración. No se evidencia el mecanismo de consulta del estado de calibración cuando el técnico no se encuentre en las instalaciones de la Defensoría. (2) | No presenta                               |   |  |   |         |   |  | Organizar las hojas de vida de los equipos fuera de las áreas de los laboratorios   | Acción Correctiva           | Dirección Nacional Defensoría Pública  | Humano  | Tener las hojas de vida de los equipos de laboratorio para consulta controlada     | Hojas de vida de los equipos de laboratorio/No. de equipos de laboratorio   |              | 23-may-16         | 31-dic-16                  |                    |                   |                            | 100%                | Cerrado Ineficaz |
|  |                              |                              |                |                                      |  |   | El inventario de los equipos de laboratorio se encuentra asignado individualmente a cada uno de los peritos, razón por la cual las llaves de las áreas donde se encuentran los mismos las maneja cada quien | Las hojas de vida de los equipos de laboratorio se archivan en las áreas donde se encuentran los mismos  | N/A   |         |   |  | Implementar el Plan de Mantenimiento y Calibración de los equipos de laboratorios del GI D  | Acción Correctiva           | Dirección Nacional Defensoría Pública  | Humano, Financiero  | Equipos de laboratorios del GI D calibrados y/o con mantenimiento                  | No. de equipos de laboratorios del GI D calibrados y/o con mantenimiento /No. de equipos de laboratorios del GI D |              | 23-may-16         | 31-dic-16                  |                    |                   |                            | 100%                | Cerrado Eficaz   |
| BVI                                    | Auditoria Externa de Calidad | Auditoria Externa de Calidad | 20-abr-16      | Gestión de Servicios Administrativos | No se cuenta con un adecuado control de registros. Se evidencian el proceso de Planificación, Gestión Contractual, Gestión Financiera (Tesorería), Defensoría Pública, carpetas que no cumplen con la identificación adecuada, y condiciones de almacenamiento que no cumplen con las orientaciones técnicas del instructivo de correspondencia y archivo AD-1 02  | No presenta                               | Hay debilidad en el control de registros por parte de las dependencias  | Los servidores públicos de cada dependencia no están realizando control de registro y disposición final de documentos                                  | Falta de una estrategia integral que involucre las diferentes áreas en el cumplimiento de los requisitos de Gestión Documental.   |         |   |  | Realizar jornadas de control de registros y archivo por parte de cada dependencia.  | Acción Correctiva           | Gestión de Servicios Administrativos   | Humano  | Dos jornadas de control de registros y archivos por cada dependencia de la entidad | N de jornadas de control de registros y archivos por dependencia /2*100   |              | 01-jun-16         | 31-dic-16                  |                    |                   |                            | 100%                | Cerrado Eficaz   |
|  |                              |                              |                |                                      |  |   | Falta de una estrategia integral que involucre las diferentes áreas en el cumplimiento de los requisitos de Gestión Documental.   |  |   |         | Solicitar a cada dependencia mediante memorando la actualización de la relación de las personas con funciones de archivo correspondencia.               | Acción Correctiva  | Gestión de Servicios Administrativos  | Humano                      | Un memorando con solicitud de información                                      | Un memorando enviado/1*100  |  | 01-jun-16   | 30-jun-16    |                   |                            |                    | 100%              | Cerrado Eficaz             |                     |                  |
|  |                              |                              |                |                                      |  |   | Falta de una estrategia integral que involucre las diferentes áreas en el cumplimiento de los requisitos de Gestión Documental.   |  |   |         | Realizar vistas de seguimiento como estrategia del cumplimiento de los lineamientos establecidos en el instructivo de correspondencia y archivo AD-1 02 | Acción Correctiva  | Gestión de Servicios Administrativos  | Humano y Financiero         | 2 vistas de seguimiento por dependencia y 1 visita de seguimiento por regional | N° visitas realizadas por dependencia /2*100<br>N° visitas realizadas por regional /1*100 |  | 02-ene-16   | 31-dic-16    |                   |                            |                    | 100%              | Cerrado Eficaz             |                     |                  |
| 1                                      | Auditoria Externa de Calidad | Auditoria Externa de Calidad | 01-jul-16      | Gestión de Servicios Administrativos | No Conformidad # 1 Se tienen deficiencias en el control de los registros. Se evidencian el proceso de Promoción y Divulgación Dirección Nal. unidades de almacenamiento de los archivos de Gestión sin cumplir con los lineamientos de organización de Gestión Documental. En la Regional Cundinamarca carpetas de expedientes sin identificación de serie y sub serie. En los procesos de Investigación y análisis, Servicios   | No presenta                               | No se cuenta con un instrumento que permita identificar el tiempo de retención de los registros del Sistema de Gestión de Calidad y su disposición final.   | N/A  | N/A   |         |   |  | Diseñar un instrumento que permita identificar el tiempo de retención de los registros del Sistema de Gestión de Calidad y su disposición final.          | Acción Correctiva           | Grupo de Gestión Documental/ Oficina de Planeación                             | Humanos   | Un (1) instrumento diseñado y publicado  | Número de documentos diseñados y publicados /1*100  |              | 14-jul-16         | 31-ago-16                  |                    |                   |                            | 100%                | Cerrado Ineficaz |
|  |                              |                              |                |                                      |  |   | Falta de una estrategia integral que involucre las diferentes áreas en el cumplimiento de los requisitos de Gestión Documental.   | No se cuenta con los recursos (talento humano e infraestructura) necesarios para el cumplimiento de las directrices de almacenamiento de los archivos. | N/A   |         |   | Presentar una propuesta para la inclusión en el Plan Anual de Adquisiciones de las necesidades a nivel de infraestructura para la gestión documental.          | Acción Correctiva   | Grupo de Gestión Documental | Humanos, Financieros   | Propuesta presentada ante el Secretario General.  | Número de propuestas presentadas ante el Secretario General / 1 *100               |   | 18-jul-16    | 31-ene-16         |                            |                    |                   | 100%                       | Cerrado Ineficaz    |                  |
|  |                              |                              |                |                                      |  |   |   |  |   |         |   | Modificar y/o ajustar el procedimiento SQ-P04 Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora-ACPM, para clarificar las fuentes para la formulación de acciones. | Corrección  | Oficina de Planeación       | Humano   | 1 procedimiento ajustado  | N° de procedimientos a/N° de procedimientos ajustados                              |   | 07-jul-16    | 30-ago-16         |                            |                    |                   | 100%                       | Cerrado Eficaz      |                  |

| SECCIÓN 1: IDENTIFICACIÓN DEL HALLAZGO |                              |                              |                |                                  |  | SECCIÓN 2: ANÁLISIS CAUSAS                |   |         |         |         |   | SECCIÓN 3: PLAN DE MEJORAMIENTO   |  |                                  |                                    |   |  |   | SECCIÓN 4: SEGUIMIENTO |                   |                            |                    |                            |                     |
|--|------------------------------|------------------------------|----------------|----------------------------------|--|---|---|---------|---------|---------|---|---|--|----------------------------------|------------------------------------|---|--|---|------------------------|-------------------|----------------------------|--------------------|----------------------------|---------------------|
| Nº                                     | Fuente de hallazgo           | Detalle de la fuente         | Fecha hallazgo | Proceso / Subproceso Afectado    | Hallazgo y/o Situación   | Acción Registrada en Plan de mejoramiento | PORQUE?   | PORQUE? | PORQUE? | PORQUE? | PORQUE?   | Causa/ Raíz   | ACCIÓN   | Tipo de acción Propuesta         | Responsable de ejecución           | Recursos  | Meta de la acción  | Indicador   | Fecha Inicio           | Fecha Terminación | PRIMER BIMESTRE            |                    | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO | Estado de la Acción |
|  |                              |                              |                |                                  |  |   |   |         |         |         |   |   |  |                                  |                                    |   |  |   |                        |                   | SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO | DOCUMENTOS SOPORTE |                            |                     |
| 2                                      | Auditoría Externa de Calidad | Auditoría Externa de Calidad | 01-jul-16      | Direccionamiento Estratégico     | No Conformidad # 2<br>No se han implementado de manera sistemática acciones correctivas y preventivas.<br>Se observó que en las regionales Bolívar, Quindío, Tolima, Valle, se realizan reuniones de seguimiento mensual de avance actividades propuestas en el PAA, estas acciones no se están registrando en un plan de mejoramiento y no se lleva un control  | No presenta                               | Pese a que se toman decisiones y se establecen acciones de mejoramiento cuando se analizan los resultados del PAA, estas acciones no se están registrando en un plan de mejoramiento y no se lleva un control |         |         |         |   | No son claras las fuentes dentro del procedimiento SQ-P04 que aclaran en que momento se debe formular acciones correctivas, preventivas y de mejora.                                    | Socializar el procedimiento SQ-P04 Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora-ACPM a las defensorías delegadas, direcciones nacionales y Regionales que intervienen en la prestación de servicios de la Defensoría del Pueblo                 | Acción Correctiva                | Oficina de Planeación              | Humano, Tecnológicos  | Procedimiento socializado a las Delegadas, Direcciones y Regionales que intervienen. | Nº de socializaciones realizadas/Nº de socializaciones a realizar | 07-jul-16              | 30 ago-16         |                            |                    | 50%                        | En Ejecución        |
|  |                              |                              |                |                                  |  |   |   |         |         |         |   |   | Revisar y/o Ajustar la herramienta de consolidación y divulgación de los planes de mejoramiento de la Entidad.   | Acción Correctiva                | Oficina de Planeación              | Humano, Tecnológicos  | Herramienta revisada y ajustada  | Nº de herramientas actualizadas / Nº de herramientas de ACPM.     | 07-jul-16              | 30 ago-16         |                            |                    | 100%                       | Cerrado Eficaz      |
| 3                                      | Auditoría Externa de Calidad | Auditoría Externa de Calidad | 01-jul-16      | Procesos Misionales              | No Conformidad # 3<br>8.3 No se registra detección del Servicio No conforme.<br>No se evidenció registro de detección de producto no conforme en las etapas intermedias del servicio dentro de los procesos misionales, en las regionales Procesos Promoción y Divulgación Prevención y protección, Investigación y análisis.  | No presenta                               | Los servidores públicos de la Defensoría del pueblo desconocen el procedimiento SQ-P03 Control del producto y/o servicio no conforme  |         |         |         |   | Falta de socialización del procedimiento SQ-P03 Control del producto y/o servicio no conforme a cada uno de los servidores públicos intervinientes para conocer los tiempos de reporte. | Ajustar el procedimiento SQ-P03 Control del producto y/o servicio no conforme, con el fin de establecer tiempos de reporte de PSNC.  | Corrección                       | Oficina de Planeación              | Humano  | 1 procedimiento ajustado   | Nº de procedimientos s/Nº de procedimientos ajustados             | 07-jul-16              | 30 ago-16         |                            |                    | 100%                       | Cerrado Ineficaz    |
|  |                              |                              |                |                                  |  |   |   |         |         |         |   |   | Socializar el procedimiento SQ-P03 Control del producto y/o servicio no conforme y los documentos relacionados a las defensorías delegadas, direcciones nacionales y defensorías regionales que intervienen en la prestación del                 | Acción Correctiva                | Oficina de Planeación              | Humano  | Procedimiento socializado a las Delegadas, Direcciones y Regionales que intervienen. | Nº de socializaciones realizadas/Nº de socializaciones a realizar | 07-jul-16              | 30 ago-16         |                            |                    | 100%                       | Cerrado Eficaz      |
|  |                              |                              |                |                                  |  |   |   |         |         |         |   |   | Una vez socializado el procedimiento, emitir un comunicado interno mensual durante seis meses por parte de los líderes de los procesos a los servidores públicos que intervienen en la prestación del servicio, para generar cultura de reporte. | Acción Correctiva                | Líderes de los procesos misionales | Humano  | Generar cultura de reporte PSNC  | Nº de comunicados emitidos / 6                                    | 05 ago-16              | 05-feb-17         |                            |                    | 83%                        | En Ejecución        |
| 4                                      | Auditoría Externa de Calidad | Auditoría Externa de Calidad | 01-jul-16      | Subproceso de Defensoría Pública | No Conformidad # 4<br>7.6 No es eficaz el control de los equipos de Seguimiento y medición.<br>Al verificar el ensayo Determinación de aptitud de disparo de arma de fuego, se observa que se utilizan equipos de medición como pie de rey digital Serie # B-CSX-8 y balanza Serie # 145-4555, para los que se evidencia que no se tiene planificada la frecuencia de calibración, ni registros recientes de resultado y estado de su calibración. | No presenta                               | No se encuentra los certificados de calibración de equipos de medición en la hoja de vida.  |         |         |         | No se han realizado la calibración de los equipos de medición | No se cuenta con un plan de mantenimiento de calibración de equipos de medición, ya que no se contaba con los recursos para su realización  | Corrección   | Subproceso de Defensoría Pública | Humano                             | un plan de mantenimiento y calibración de los equipos de medición | Número de planes de mantenimiento y calibración elaborados/1*100                     | 15-jul-16   | 31-dic-16              |                   |                            | 0%                 | En Ejecución               |                     |
|  |                              |                              |                |                                  |  |   |   |         |         |         |   | Desarrollar un proyecto de inversión que permita la financiación del mantenimiento y calibración de los equipos de medición de la Defensoría del Pueblo.                                | Acción Correctiva  | Subproceso de Defensoría Pública | Humano, Financiero                 | Un proyecto de inversión  | Número de proyectos formulados y aprobados por el DNP/1*100                          | 15-jul-16   | 31-dic-16              |                   |                            | 0%                 | En Ejecución               |                     |

| ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO |                              |   |                |                                      |   |                            |   |   |   |   |               |   |                          |  | Código:            | SQ-F05  |  |                        |                   |   |   |  |                            |                     |
|---|------------------------------|---|----------------|--------------------------------------|---|----------------------------|---|---|---|---|---------------|---|--------------------------|--|--------------------|---|--|------------------------|-------------------|---|---|--|----------------------------|---------------------|
|   |                              |   |                |                                      |   |                            |   |   |   |   |               |   |                          |  | versión:           | 3   |  |                        |                   |   |   |  |                            |                     |
|   |                              |   |                |                                      |   |                            |   |   |   |   |               |   |                          |  | Vigente desde:     | 29/08/2016  |  |                        |                   |   |   |  |                            |                     |
| SECCIÓN 1: IDENTIFICACIÓN DEL Hallazgo  |                              |   |                |                                      | Acción Registrada en Plan de mejoramiento   | SECCIÓN 2: ANÁLISIS CAUSAS |   |   |   |   |               | SECCIÓN 3: PLAN DE MEJORAMIENTO   |                          |  |                    |   |  | SECCIÓN 4: SEGUIMIENTO |                   |   |   | Estado de la Acción  |                            |                     |
| Nº  | Fuente de Hallazgo           | Detalle de la fuente                      | Fecha Hallazgo | Proceso Subproceso Afectado          | Hallazgo y/o Situación  | ¿PORQUE?                   | ¿PORQUE?  | ¿PORQUE?  | ¿PORQUE?  | ¿PORQUE?  | Causa(s) Raíz | ACCIÓN  | Tipo de acción Propuesta | Responsable de ejecución                 | Recursos           | Meta de la acción   | Indicador  | Fecha Inicio           | Fecha Terminación | SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO  | DOCUMENTOS SOPORTE  | OBSERVACIONES DCI  | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO | Estado de la Acción |
| 5   | Auditoría Externa de Calidad | Auditoría Externa de Calidad              | 01-jul-16      | Promoción y Divulgación              | No Conformidad # 5 7.5.1 Debilidades en el control de la prestación del servicio. Se evidenció que en el proceso de promoción y divulgación central y regional Bolívar no se diligenció en todos los casos el formato de evaluación de las capacitaciones. En la Regional Quindío no se diligenció el registro solicitud de servicio para el radicado RUS: 74989 2016. En la regional Valle del Cauca no se reprogramó la capacitación en DDHH programada para Febrero y Abril. Incumpliendo las disposiciones dadas en | No presenta                | Porque al momento de realizar las capacitaciones no se tenía conocimiento del formato de evaluación de la misma.  | Falta de socialización de los formatos actualizados.  | Falta una estrategia efectiva de Divulgación de los documentos y formatos del Listado Maestro de Documentos.  | Falta una estrategia efectiva de Divulgación de los documentos y formatos del Listado Maestro de Documentos.                  |               | Divulgar cada dos semanas, mediante las herramientas de comunicación internas de la Defensoría del Pueblo los documentos actualizados y/o creados en el Listado Maestro de Documentos.  | Acción Correctiva        | Jefe Oficina de Planeación               | Humanos            | 12 comunicados que contengan información de las modificaciones del Listado Maestro de Documentos.                 | Número de comunicaciones realizadas /127/ 100  | 15-jul-16              | 31-dic-16         |   |   | Cerrado en evaluación de enero 2017  | 100%                       | Cerrado Eficaz      |
| 406001  | Auditoría Interna de Gestión | Delegada para Asuntos Agrarios y Tierras. | 18-abr-16      | Gestión Contractual                  | 1. No se evidenció actualización del RUT para contratación del 2015, siendo exigencia de la DIAN a partir de la reforma tributaria del 2012 (entre otros cambios código de actividades 2013 frente a las realizadas en 2015) de la muestra seleccionada.  | No presenta                | El Punto de Control de la actividad en el procedimiento pre-contractual no fue eficaz.  | No se verificó el cumplimiento de este requisito.   | La lista de cheques contiene el listado de documentos que se requieren para su contratación, pero no hay indicaciones sobre su contenido o sobre las actualizaciones que se deben | Se hizo una revisión de cumplimiento de documentos, pero no se revisó su actualización.                                       |               | Verificación de la fecha de expedición del RUT.   | Acción Correctiva        | Delegada para Asuntos Agrarios y Tierras | Humano Tecnológico | Revisión actualización RUT  | Número de Contratos con Rut actualizados año 2016.   | 01-may-16              | 30-jun-16         |   |   | Cerrado en evaluación en octubre 2016  | 100%                       | Cerrado Eficaz      |
| 406002  | Auditoría Interna de Gestión | Delegada para Asuntos Agrarios y Tierras. | 18-abr-16      | Gestión Contractual                  | 2. En los informes de actividades reportados por el contratista Andrés López González, esta pendiente la firma del mismo, por los periodos de junio a diciembre del 2015  | No presenta                | No se verificó el cumplimiento de este requisito, por parte del Supervisor, ni de la Delegada.  | Había confusión sobre las firmas que debía contener el informe de actividades.  | Había un error en el formato de actividades remitido a los contratistas de las regionales.  | Había un error en el formato de informes de actividades de los contratistas.  |               | Corregir el formato de informe de actividades de los contratistas de la Delegada (Actividad ya realizada). Enviar un oficio a los supervisores de los contratos de la Defensoría Delegada para Asuntos Agrarios y Tierras con el fin de que verifiquen todos los requisitos para autorizar  | Acción Correctiva        | Delegada para Asuntos Agrarios y Tierras | Humano Tecnológico | Ajuste del formato de informe de actividades  | Formato de informe de actividades corregido y memorando a supervisores de contrato de la Delegada.     | 01-may-16              | 01-jul-16         |   |   | Cerrado en evaluación en octubre 2016  | 100%                       | Cerrado Eficaz      |
| 406003  | Auditoría Interna de Gestión | Delegada para Asuntos Agrarios y Tierras. | 18-abr-16      | Gestión de Servicios Administrativos | 3. La Delegada no cuenta con Tabla de Retención Documental aprobada.  | No presenta                | La última tabla de retención documental aprobada se expidió en 2009, antes de la creación de la Delegada.   | A pesar de que se cuenta con un TRD aprobada por el Comité de Archivo, el Archivo General de la Nación no ha aprobado la tabla propuesta. | N/A   | El Archivo General de la Nación no ha aprobado la TRD de la Delegada Agraria  |               | La Delegada para Asuntos Agrarios y Tierras y remitió un memorando solicitando al Grupo de Gestión Documental la aprobación de la TRD, a partir de esta solicitud se realizaron dos reuniones entre la Delegada y el Grupo, una primera para dar lineamientos sobre lo que se podía hacer mientras se aprueba la TRD por parte del Archivo y en la segunda para revisar como se está avanzando en la organización del | Acción Correctiva        | Delegada para Asuntos Agrarios y Tierras | Humano             | Gestión para actualización de la TRD  | Memorando de reiteración solicitud de aprobación de TRD. Reuniones con el Grupo de Gestión Documental. | 01-feb-16              | 30-abr-16         |   |   | Cerrado en evaluación en octubre 2016  | 100%                       | Cerrado Eficaz      |
| 406004  | Auditoría Interna de Gestión | Delegada para Asuntos Agrarios y Tierras. | 18-abr-16      | Gestión de Servicios Administrativos | 4. No existe el Formato Único de Inventario Documental para los archivos de gestión.  | No presenta                | El archivo esta en proceso de organización.   | No se cuenta con la TRD de la Delegada.   | El AGN no ha aprobado la TRD  | El Archivo General de la Nación no ha aprobado la TRD de la Delegada Agraria  |               | Organizar los archivos de acuerdo a los asuntos y temas previstos en la propuesta de TRD de la Delegada siguiendo las normas de Archivo y elaborar el inventario documental del archivo de gestión.   | Acción Correctiva        | Delegada para Asuntos Agrarios y Tierras | Humano             | Formato Único de Inventario Documental elaborado  | Formato Único de Inventario Documental   | 01-may-16              | 31-dic-16         |   |   | Cerrado en evaluación de enero 2017  | 100%                       | Cerrado Eficaz      |
| 406005  | Auditoría Interna de Gestión | Delegada para Asuntos Agrarios y Tierras. | 18-abr-16      | Gestión de Servicios Administrativos | 5. Las Cajas y Carpetas no están identificadas con el rótulo.   | No presenta                | El archivo esta en proceso de organización.   | No se cuenta con la TRD de la Delegada.   | El AGN no ha aprobado la TRD  | El Archivo General de la Nación no ha aprobado la TRD de la Delegada Agraria  |               | Organizar los archivos de acuerdo a los asuntos y temas previstos en la propuesta de TRD de la Delegada siguiendo las normas de Archivo   | Acción Correctiva        | Delegada para Asuntos Agrarios y Tierras | Humano             | Archivo de gestión de la Delegada organizado  | carpetas y cajas de archivo de la Delegada organizadas de acuerdo a las normas de archivo              | 01-may-16              | 31-dic-16         | Se concluyó la organización de las carpetas y las cajas de los asuntos y temas previstos en la propuesta de TRD de la Delegada y se elaboró el inventario documental con corte a 31 de diciembre de 2016. | Formato Único de Inventario Documental - AGN - Código AD-P08-F11 Carpetas y cajas de archivo de la Delegada | Se recibieron las evidencias el 15 de marzo de 2017, identificándose el 10% pendiente; se recomendó que se efectuara visita por parte del Grupo de Gestión Documental. | 100%                       | Cerrado Eficaz      |
| 406006  | Auditoría Interna de Gestión | Delegada para Asuntos Agrarios y Tierras. | 18-abr-16      | Direccionamiento Estratégico         | 6. Se evidencio en el Sistema Strategas, alertas en rojo en el indicador avance promoción y divulgación derechos de la población campesina en el mes de abril de 2015, indicador avance Guías sobre rutas de acceso a derechos acceso a tierra, financiamiento, asistencia técnica...   | No presenta                | Durante el mes de abril se presentó un retraso en el cumplimiento del avance, sin embargo se tomaron acciones correctivas y esta actividad se pudo cumplir en el año. | No se dejó evidencia de la realización de las reuniones que se realizaron para el seguimiento del POE y Acciones correctivas.             | N/A   | No se dejó evidencia de la realización de las reuniones que se realizaron para el seguimiento del POE y Acciones correctivas. |               | Realizar el control mensual de los avances en el POE. Frente a las alertas que genera Strategas señalar las razones del retraso en el cumplimiento y las acciones correctivas.  | Acción Correctiva        | Delegada para Asuntos Agrarios y Tierras | Humano             | Seguimiento mensual al POE  | Ayudas de memoria de seguimiento mensual a actividades del POE   | 01-may-16              | 31-ene-17         |   |   | Cerrado en evaluación de enero 2017  | 100%                       | Cerrado Eficaz      |
| 1   | Auditoría Interna de Gestión | Delegado de Salud                         | 29-dic-15      | Evaluación y Seguimiento             | No realizan dentro de la periodicidad requerida las reuniones de seguimiento la gestión tal y como lo establece la Resolución 1692 de 2013, cada mes durante los cinco primeros días  | No presenta                | No se tenía claro el termino establecido en la resolución 1692 de 2013  | Por interpretación errónea de la resolución 1692 de 2013  | Desconocimiento del contenido de la norma   | Desconocimiento del contenido de la norma   |               | Realizar capacitación en normatividad relacionada con el seguimiento a la gestión Realizar (un) 1 comité de seguimiento POE y PAA a más tardar el tercer día hábil del mes siguiente al mes ejecutado   | Acción Correctiva        | Norberto Acosta                          | Legísticos Humanos | Realizar reuniones de seguimiento a la gestión dentro de los términos establecidos en la resolución 1692 de 2013. | Nº de reuniones realizadas   | 01-feb-16              | 31-dic-16         |   |   | Cerrado en evaluación de enero 2017  | 100%                       | Cerrado Eficaz      |
| 2   | Auditoría Interna de Gestión | Delegado de Salud                         | 29-dic-15      | Gestión de Servicios Administrativos | Las actas que reposan en la carpeta no contienen todas las firmas en señal de aceptación y aprobación de los que asistieron a las reuniones   | No presenta                | No se tienen claros los lineamientos del manejo de las actas  | Se asuman las planillas de asistencia como señal de aceptación de las actas, las cuales se anexaban a la misma                            | Desconocimiento de la gestión documental del Sistema de Gestión de Calidad  | Desconocimiento de la gestión documental del Sistema de Gestión de Calidad  |               | Realizar una capacitación de la gestión documental existente en el proceso Incluir como parte integral de las actas, las firmas de los participantes como señal de aceptación   | Acción Correctiva        | Norberto Acosta                          | Legísticos Humanos | Contar con las actas firmadas por todos los participantes en los comités  | Nº de actas firmadas completamente   | 01-feb-16              | 31-dic-16         |   |   | Cerrado en evaluación de enero 2017  | 100%                       | Cerrado Eficaz      |
| 3   | Auditoría Interna de Gestión | Delegado de Salud                         | 29-dic-15      | Evaluación y Seguimiento             | La Delegada no tiene riesgos identificados para el tema de gestión documental   | No presenta                | No se separaron los riesgos de información digital e información documental   | En la identificación de riesgos no se tuvo en cuenta el de gestión documental   | Se realizó el Analisis de Riesgos en la matriz general  | Se interpreto que al incluirse en la matriz de riesgos no era necesario realizar la identificación de los mismos              |               | Realizar la identificación de riesgos de gestión documental   | Acción Correctiva        | Norberto Acosta                          | Legísticos Humanos | Incluir en la matriz de riesgos, los asociados a la gestión   | Nº de Riesgo identificado  | 01-mar-16              | 31-dic-16         |   |   | Cerrado en evaluación de enero 2017  | 100%                       | Cerrado Eficaz      |

| ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO |                              |                      |                |                                      |  |  |   |  |  |          |          |   |  |                             |                          |  | Código:   | SQ-F05  |                               |                   |   |  |   |                            |                     |
|---|------------------------------|----------------------|----------------|--------------------------------------|--|--|---|--|--|----------|----------|---|--|-----------------------------|--------------------------|--|---|---|-------------------------------|-------------------|---|--|---|----------------------------|---------------------|
|   |                              |                      |                |                                      |  |  |   |  |  |          |          |   |  |                             |                          |  | versión:  | 3   |                               |                   |   |  |   |                            |                     |
|   |                              |                      |                |                                      |  |  |   |  |  |          |          |   |  |                             |                          |  | Vigente desde:  | 29/08/2016  |                               |                   |   |  |   |                            |                     |
| SECCIÓN 1: IDENTIFICACIÓN DEL HALLAZGO  |                              |                      |                |                                      |  | Acción<br>Registrada en<br>Plan de<br>mejoramiento | SECCIÓN 2: ANÁLISIS CAUSAS  |  |  |          |          | SECCIÓN 3: PLAN DE MEJORAMIENTO   |  |                             |                          |  |   | SECCIÓN 4: SEGUIMIENTO  |                               |                   |   |  |   |                            |                     |
| Nº  | Fuente de hallazgo           | Detalle de la fuente | Fecha hallazgo | Proceso, Subproceso, Afectado        | Hallazgo y/o Situación   |  | ¿PORQUE?  | ¿PORQUE?   | ¿PORQUE?   | ¿PORQUE? | ¿PORQUE? | Causa(s) Raíz   | ACCIÓN   | Tipo de acción              | Responsable de ejecución | Recursos   | Meta de la acción   | Indicador   | Fecha inicio                  | Fecha Terminación | SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO  | DOCUMENTOS SOPORTE   | OBSERVACIONES OCI   | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO | Estado de la Acción |
| 4   | Auditoria Interna de Gestión | Delegada de Salud    | 29-dic-15      | Gestión de Servicios Administrativos | Tabla de retención documental (TRD) desactualizada   | No presenta  | La Delegada no cuenta con TRD aprobada  | No se estaba utilizando la TRD debido a que la delegada fue creada mediante resolución 120 de 2012   | No esta aprobada la TRD por el Archivo General de la Nación                      |          |          | No esta aprobada la TRD por el Archivo General de la Nación   | Revisar en forma conjunta con el grupo de gestión documental los ajustes que requiere la TRD.<br>Gestionar ante la subdirección Administrativa la aprobación de la TRD<br>La delegada empezara a aplicar las TRD una vez este aprobada en el Archivo General de la nación, pero se realizara todo la identificación clasificación de la documentación según las directrices establecidas   | Acción Correctiva           | Norberto Acosta          | Logísticos y Humanos                                 | Utilizar la TRD aprobada por el Archivo General de la nación                                    | TRD aplicada  | Una vez este aprobada las TRD | 31-dic-16         | Se cuenta con el formato único de inventario documental - AGN-Código AD-POB-F11. De igual manera se cuenta clasificado y documentado en medio físico y magnético. | Formato único de inventario documental - AGN-Código AD-POB-F11.  | La delegada a través de mensaje electrónico del 16 de marzo de 2017 a la OCI y a la Oficina de Planeación reformuló el Plan de Mejoramiento consultando al Grupo de Gestión Documental para que le orientara el respecto, la acción propuesta consiste en realizar la identificación y clasificación de la documentación de conformidad con las directrices existentes. | 0%                         | Abierto             |
| 5   | Auditoria Interna de Gestión | Delegada de Salud    | 29-dic-15      | Gestión de Servicios Administrativos | Organización del archivo de gestión: Carpetas que no están organizadas de acuerdo con la TRD y el manual de archivo vigente  | No presenta  | La Delegada no cuenta con TRD aprobada  | No se estaba utilizando la TRD debido a que la delegada fue creada mediante resolución 120 de 2012   | No esta aprobada la TRD por el Archivo General de la Nación                      |          |          | No esta aprobada la TRD por el Archivo General de la Nación   | Revisar en forma conjunta con el grupo de gestión documental los ajustes que requiere la TRD.<br>Gestionar ante la subdirección Administrativa la aprobación de la TRD<br>La delegada empezara a aplicar las TRD una vez este aprobada en el Archivo General de la nación, pero se realizara todo la Organización de Archivo de Gestión y Transferencias Documentales según las directrices establecidas por la dependencia de Gestión | Acción Correctiva           | Norberto Acosta          | Logísticos y Humanos                                 | Organizar el Archivo de Gestión y Transferencia Documental según el procedimiento Código AD-POB | 100% de documentos organizados                                    | 01-ene-16                     | 31-dic-16         |   |  | Cerrado en evaluación de enero 2017   | 100%                       | Cerrado Eficaz      |
| 6   | Auditoria Interna de Gestión | Delegada de Salud    | 29-dic-15      | Gestión de Servicios Administrativos | Las cajas utilizadas para archivar las carpetas no están rotuladas conforme a Manual de Archivo y su disposición en las estanterías no cumplen con organización establecida  | No presenta  | La rotulación de las cajas en la Delegada de la salud se estaba realizando con base en los formatos vigentes hasta el 01 de diciembre de 2015 | Desconocimiento del Instructivo de Comunicaciones Oficiales y Organización de Archivos.  | Falta de capacitación de los funcionarios  |          |          | Falta de capacitación de los funcionarios   | Capacitar a los funcionarios para la aplicación del procedimiento Código: AD-POB Organización Archivos de Gestión y Transferencias Documentales, el formato Código: AD-POB-F12, el Instructivo de Comunicaciones Oficiales y Organización de Archivos.   | Acción Correctiva           | Norberto Acosta          | Logísticos y Humanos                                 | Rotular las cajas de archivo según formatos vigentes y organizar el archivo de gestión          | Nº de cajas rotuladas y organizadas según formato vigente         | 01-ene-16                     | 31-dic-16         |   |  | Cerrado en evaluación de enero 2017   | 100%                       | Cerrado Eficaz      |
| 7   | Auditoria Interna de Gestión | Delegada de Salud    | 29-dic-15      | Gestión de Servicios Administrativos | Inventario de documentos que tiene la delegada se realizó en formato diferente formato al aprobado por el Sistema de Gestión Documental ADPOB-F11  | No presenta  | El inventario de documentos se estaba realizando con base en los formatos vigentes hasta el 01 de diciembre de 2015                           | No se revisó el formato actualizado el 2 de diciembre de 2015.   | Falta de capacitación de los funcionarios  |          |          | Falta de capacitación de los funcionarios   | Capacitar a los funcionarios en la adopción del formato ADPOB-F11.   | Acción Correctiva           | Norberto Acosta          | Logísticos y Humanos                                 | Realizar el inventario documental en el formato vigente   | Nº de carpetas relacionadas en el formato                         | 01-ene-16                     | 31-dic-16         |   |  | Cerrado en evaluación de enero 2017   | 100%                       | Cerrado Eficaz      |
| 8   | Auditoria Interna de Gestión | Delegada de Salud    | 29-dic-15      | Gestión de Servicios Administrativos | Se dispone de equipos para la atención de desastres como extintores de CO2, sofkaflan o multipropósito pero con la carga vencida.  | No presenta  | No se realizó revisión de los equipos de atención de desastres por no ser de competencia de la delegada                                       | La función específica para la gestión de recursos físicos esta bajo la responsabilidad de la Subdirección administrativa, como lo establece el Decreto 02 de 2014. |  |          |          | La función específica para la gestión de recursos físicos esta bajo la responsabilidad de la Subdirección administrativa. | Acción Correctiva  | Subdirección Administrativa | Logísticos y Humanos     | Disponer de extintores para la atención de desastres | Extintor con recarga vigente  | 01-oct-16   | 31-dic-16                     |                   |   | Mediante mensaje electrónico del 15 de marzo de 2017 el profesional asignado para esta labor manifestó que la red de gabinetes contra incendios y sus equipos (motobombas y tableros de control) ya están en funcionamiento, además los extintores que se instalaron tienen carga vigente hasta noviembre de 2017. | 100%  | Cerrado Eficaz             |                     |
| 9   | Auditoria Interna de Gestión | Delegada de Salud    | 29-dic-15      | Evaluación y Seguimiento             | Por falla en los controles en gestión documental se extraviaron los radicados números 201500827297, 201500827306, Claudia Patricia Alvarado Pachón y 201500842631, 201500842731, 201500842773 y 201500842793, oficinas de 23 de octubre de 2015 de Rodrigo Albert Zapata Sierra. | No presenta  | No se realizó el registro de estos radicados en el formato establecido en el procedimiento, ni se informó al jefe inmediato de los mismos     | Se realizó devolución correspondencia por comunicación verbal.   |  |          |          | Se realizó devolución correspondencia por comunicación verbal   | Acción Correctiva  | Norberto Acosta             | Logísticos y Humanos     | Mejorar los controles de correspondencia             | Nº de documentos devueltos por falta de competencia   | 01-ene-16   | 31-dic-16                     |                   |   | Cerrado en evaluación de enero 2017  | 100%  | Cerrado Eficaz             |                     |
| 10  | Auditoria Interna de Gestión | Delegada de Salud    | 29-dic-15      | Gestión de Servicios Administrativos | La planilla de entrega de correspondencia no cumple con los parámetros establecidos en el Sistema de Gestión de Calidad, uso del formato   | No presenta  | No se tenía conocimiento del formato establecido código AD-POB-F26  | Desconocimiento de la gestión documental de la oficina de correspondencia  | Falta de capacitación en la gestión documental del Sistema de Gestión de Calidad |          |          | Falta de capacitación en la gestión documental del Sistema de Gestión de Calidad  | Realizar capacitación para el manejo de la planilla de entrega de correspondencia formato AD-POB-F26   | Acción Correctiva           | Norberto Acosta          | Logísticos y Humanos                                 | Realizar entrega de correspondencia en la planilla vigente.                                     | Correspondencia a entregada                                       | 01-ene-16                     | 31-dic-16         |   |  | Cerrado en evaluación de enero 2017   | 100%                       | Cerrado Eficaz      |
| 11  | Auditoria Interna de Gestión | Delegada de Salud    | 29-dic-15      | Evaluación y Seguimiento             | Correspondencia devuelta desde el mes de abril de 2015 sin realizarle ninguna gestión  | No presenta  | No se registro e informo la correspondencia devuelta al jefe inmediato  | N/A  |  |          |          | No se registro e informo la correspondencia devuelta al jefe inmediato  | Acción Correctiva  | Norberto Acosta             | Logísticos y Humanos     | Mejorar los controles de correspondencia             | Correspondencia a de devoluciones   | 01-ene-16   | 31-dic-16                     |                   |   | Cerrado en evaluación de enero 2017  | 100%  | Cerrado Eficaz             |                     |
| 12  | Auditoria Interna de Gestión | Delegada de Salud    | 29-dic-15      | Evaluación y Seguimiento             | En la rotación de funciones no se halló la entrega de los documentos y archivos debidamente inventariados para garantizar la continuidad de la gestión (Acuerdo 038 de 2002)   | No presenta  | Se expidieron oficios de entrega y recibo de documentos, pero no se hizo relación de los mismos   | Desconocimiento de la normatividad aplicable en archivos e inventarios   | Falta de capacitación en normas de archivo e inventarios por parte del personal  |          |          | Falta de capacitación en normas de archivo e inventarios por parte del personal   | Capacitar a los funcionarios en normas de archivo e inventarios  | Acción Correctiva           | Norberto Acosta          | Logísticos y Humanos                                 | Realizar la entrega de los documentos y archivos inventariados                                  | Nº de actas   | 01-ene-16                     | 31-dic-16         |   |  | Cerrado en evaluación de enero 2017   | 100%                       | Cerrado Eficaz      |
| 6009-1  | auditoria interna de gestión | Informe de Auditoria | 02-may-16      | Gestión de Talento humano            | Hallazgo No. 1: No se evidencia el envío en los tiempos establecidos de la concertación de objetivos ni de la calificación los servidores de carrera administrativa, situación que crea incertidumbre en la concertación para la evaluación de desempeño.                        | No se ha presentado                                | por incumplimiento de algunos funcionarios de carrera en la entrega a tiempo de la concertación de objetivos                                  | por vacaciones del defensor regional   | Por falta de coordinación  | N/A      | N/A      | Por falta de coordinación   | Elaboración de memorando estableciendo fechas de reunión entre el regional y funcionarios de carrera para la concertación de objetivos en la elaboración, entrega y posterior envío de la calificación al nivel central.   | Acción Correctiva           | Defensor Regional        | Humano   | 1 memorando   | Nº de requerimientos realizados / Nº de requerimientos a realizar | 24-ago-16                     | 24-ago-16         |   |  |   | 0%                         | Abierto             |



## ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO

|                |            |
|----------------|------------|
| Código:        | SQ-F05     |
| versión:       | 3          |
| Vigente desde: | 29/08/2016 |

| SECCIÓN 1: IDENTIFICACIÓN DEL HALLAZGO |                              |                      |                |                                      | SECCIÓN 2: ANÁLISIS CAUSAS   |   |   |                                   |          |          | SECCIÓN 3: PLAN DE MEJORAMIENTO  |  |   |  |  |                        |   | SECCIÓN 4: SEGUIMIENTO   |                                  |  |   |   |   |                     |                            |                    |
|--|------------------------------|----------------------|----------------|--------------------------------------|--|---|---|-----------------------------------|----------|----------|--|--|---|--|--|------------------------|---|--|----------------------------------|--|---|---|---|---------------------|----------------------------|--------------------|
| N°                                     | Fuente de hallazgo           | Detalle de la fuente | Fecha hallazgo | Proceso / Subproceso Afectado        | Hallazgo y/o Situación   | Acción Registrada en Plan de mejoramiento |   |                                   |          |          |  | Acción   | Tipo de acción Propuesta  | Responsable de ejecución   | Recursos                               | Meta de la acción      | Indicador   | Fecha Inicio   | Fecha Terminación                | PRIMER BIMESTRE  |   |   | Porcentaje de cumplimiento  | Estado de la Acción |                            |                    |
|  |                              |                      |                |                                      |  | ¿PORQUE?                                  | ¿PORQUE?  | ¿PORQUE?                          | ¿PORQUE? | ¿PORQUE? | ¿PORQUE?   |  |   |  |  |                        |   |  |                                  | ¿PORQUE?   | ¿PORQUE?  | ¿PORQUE?  |   |                     | SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO | DOCUMENTOS SOPORTE |
| 6009-2                                 | auditoria interna de gestión | Informe de Auditoria | 02-may-16      | Gestión de Talento humano            | Hallazgo No. 2: Se evidenció que los siguientes servidores Públicos están pendientes por actualización de SIGEP con corte a diciembre 31 de 2015: Gerney Calderón Perdomo, Oscar Yesid Puentes Cartes, Maritza Escandón Téllez, Carolina Murcia Rodríguez, Eda Ospino Quintero, Vianey Ramirez Rincón Pedro Rojas Rojas, Hector William Suarez Moreno, Jorge Rolando Araujo Mulca Anderson Cuellar Pinzón, Olga María Leyva González, John Freddy Mallarón Muñoz, Carlos Adolfo Perdomo Hermda, Leonardo Riveros Santos, León Edilberto Rodríguez, Diego Arturo SANCHEZ Pinzón Juan Leonardo Urrutia Tinjaca, Pedro Yepes Gallego.   | No se ha presentado                       | por fallas del sistema  | N/A                               | N/A      | N/A      | N/A  | N/A  | por fallas del sistema  | realizar jornadas periódicas de verificación de datos en el SIGEP. | Acción Correctiva                      | Ingeniero de sistemas  | Humano  | hacer dos jornadas de verificación semestrales de la información subida al SIGEP | N° de jornadas realizadas/2 *100 | 02-may-16  | 15-dic-16   |   |   |                     | 0%                         | Abierto            |
| 6009-3                                 | auditoria interna de gestión | Informe de Auditoria | 02-may-16      | Direccionamiento Estratégico         | Hallazgo No.03 : con base a la información recopilada, se evidenciar fallas en la gestión de los riesgos de proceso de la Regional, teniendo en cuenta la escasa participación del equip de trabajo en la construcción de los mapas de riesgo, la formulación de las acciones para la administración de riesgo, y el no monitoreo y seguimiento de las acciones para mitigar el riesgo que se identificaron, incumpliendo de esta forma, las disposiciones contenidas en cuanto administración de riesgo en el Decreto 1599 de 2001 (por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano) y las resoluciones internas 2006-2010 y 602 de 2013. | No se ha presentado                       | falta de comunicación entre los diferentes actores implicados   | desconocimiento de la metodología | N/A      | N/A      | N/A  | desconocimiento de la metodología  | Realizar dos reuniones de monitoreo del mapa de riesgos con sus respectivas actas, aplicando la metodología correspondiente.  | Acción Correctiva  | Defensor Regional                      | Humano, Tecnológico    | 2 reuniones hacer para monitorear al mapa de riesgos                | N° de reuniones programadas/N° Reuniones realizadas                              | 09-mar-16                        | 31-oct-16  | Realización de reunión de monitoreo del mapa de riesgos el día 29 de abril de 2016.   | Acta de reunión elaborada el día 29 de abril de 2016, como electrónico enviado con el acta de este monitoreo realizado (Monitoreo Mapa de riesgos 29-Abril-2016.pdf)  | Se verificaron las memorias de reunión de los monitoreos realizados a los mapas de riesgos de gestión y corrupción con fecha del 29 de abril y el 30 de diciembre de 2016. La acción se cierra con cumplimiento de 100% y de manera eficaz. No obstante, las actividades de monitoreo a los mapas de riesgos deben seguirse realizando con el fin de evitar las causas que generaron el hallazgo. | 100%                | Cerrado Eficaz             |                    |
| 6009-4                                 | auditoria interna de gestión | Informe de Auditoria | 02-may-16      | Direccionamiento Estratégico         | Hallazgo No. 04: Deficiencias en los controles implementados en la Región para prevenir y reducir el impacto de la desviaciones de cada proceso, afectando el logro de los objetivos institucionales, incumpliendo de esta forma, las disposiciones frente al control interno contenidas en el artículo 6 de la Ley 87 de 1993, el Modelo Estándar de Control Interno MECI-1000:2005, en su elemento controles y el literal B del artículo 5 de la Resolución interna 602 de 2013.   | No se ha presentado                       | por desconocimiento de los procedimientos y controles existentes  | sobre carga de trabajo            | N/A      | N/A      | por desconocimiento de los procedimientos y controles existentes y sobre carga laboral | Realizar reuniones mensuales con el fin de superar las deficiencias que se presentan en los controles que previenen la desviación de los procesos en los diferentes subsistemas del sistema de control interno a saber: Subsistema de control estratégico, Subsistema de control de gestión, Subsistema de control y evaluación. | Acción Correctiva   | Defensor Regional  | Humano                                 | 8 Reuniones de control | N° de reuniones realizadas/8*100                                    | 01-abr-16  | 31-dic-16                        | Reuniones realizadas mensualmente. Actas de STRATEGICOS. | ACTA ENERO.pdf<br>ACTA FEBRERO.pdf<br>ACTA MARZO.pdf<br>ACTA ABRIL.pdf<br>ACTA MAYO.pdf<br>ACTA JUNIO.pdf<br>ACTA JULIO.pdf<br>ACTA AGOSTO.pdf<br>ACTA SEPTIEMBRE.pdf<br>ACTA OCTUBRE.pdf<br>ACTA NOVIEMBRE.pdf | Se verificaron los documentos soportes enviados mediante mensaje electrónico del mes de marzo de 2017 evidenciándose la realización de la evaluación y seguimiento a las actividades del PAA 2016, y la participación del Defensor Regional y de algunos servidores públicos. La acción se cierra con cumplimiento del 100% y de manera eficaz. Es importante resaltar que, la Regional debe continuar realizando mensualmente el seguimiento de las actividades planeadas de conformidad con la resolución 1692 de 2013. | 100%  | Cerrado Eficaz      |                            |                    |
| 6009-5                                 | auditoria interna de gestión | Informe de Auditoria | 02-may-16      | Gestión de servicios administrativos | e implementación de lineamientos directrices, evaluaciones y controles para la atención al ciudadano por parte de los funcionarios que realizan dicha responsabilidad (no control de los usuarios atendidos en el libro control diseñados para dicho procedimiento situación que impide tener retroalimentación con los usuarios que acude a la entidad y conocer el nivel de cumplimiento e incumplimiento de sus expectativas. De esta forma se afecta la función administrativa la cual, busca la satisfacción de las necesidades generales de todos los habitantes, de conformidad con los principios, finalidades y cometidos consagrados en la Constitución Política.      | No se ha presentado                       | Por sobre carga de trabajo se registraba de manera incompleta en el sistema de información  | N/A                               | N/A      | N/A      | N/A  | Por sobre carga de trabajo se registraba de manera incompleta en el sistema de información   | Realizar el registro completo de los usuarios en el libro de control, usar el sistema implementado por el nivel central RIP con el fin de direccionar a los usuarios de acuerdo a cada caso que se presenta   | Acción Correctiva  | Defensor Regional                      | Humano, Tecnológico    | Implementación del sistema RIP y retroalimentación con los usuarios | 100/100  | 01-abr-16                        | 31-dic-16  |   |   |   | 0%                  | En Ejecución               |                    |
| 6009-6                                 | auditoria interna de gestión | Informe de Auditoria | 02-may-16      | Promoción y divulgación              | Hallazgo 06: Incumplimiento de las metas planeadas en el año 2015, respecto a la realización de foros y actividades sobre el Derecho a la participación y el control social.   | No se ha presentado                       | Las actividades planeadas en el paa del año 2015 para esta meta no fueron realizadas en los tiempos presupuestales, dichas actividades se realizaron entre los meses de noviembre y diciembre e 2015 a saber: Taller o capacitación en control social con la red veedurías ciudadanas, Talleres con comités de veedurías ciudadanas, redes de apoyo y organizaciones sociales y comunitarias del departamento y por último el Taller en control social y veedurías ciudadanas con mesa departamental y municipales de | N/A                               | N/A      | N/A      | N/A  | Las actividades planeadas en el paa del año 2015 para esta meta no fueron realizadas en los tiempos presupuestales, dichas actividades se realizaron entre los meses de noviembre y diciembre e 2015 a saber: Taller o capacitac   | Realización de las actividades faltantes con el fin de alcanzar las metas del paa, antes de que termine la vigencia de mismo, Taller o capacitación en control social con la red departamental de apoyo a la veedurías ciudadana, Taller con comités de veedurías ciudadanas, redes de apoyo y organizaciones sociales y comunitarias del departamento y por último el Taller en control social y veedurías ciudadanas con mesa departamental y municipales de víctimas. Al año | Acción Correctiva  | Funcionario de promoción y divulgación | Humano                 | Realización de los talleres y/o capacitaciones                      | N° de talleres y/o capacitaciones / 7 *100                                       | 01-abr-16                        | 31-dic-16  |   |   |   | 0%                  | En Ejecución               |                    |

| SECCIÓN 1: IDENTIFICACIÓN DEL HALLAZGO |                              |                      |                |  |  | SECCIÓN 2: ANÁLISIS CAUSAS                |  |  |   |          |  | SECCIÓN 3: PLAN DE MEJORAMIENTO  |   |                          |   |  |  | SECCIÓN 4: SEGUIMIENTO   |              |   |   |  |  |                            |                     |
|--|------------------------------|----------------------|----------------|--|--|---|--|--|---|----------|--|--|---|--------------------------|---|--|--|--|--------------|---|---|--|--|----------------------------|---------------------|
| N°                                     | Fuente de hallazgo           | Detalle de la fuente | Fecha hallazgo | Proceso, Subproceso Afectado.                | Hallazgo y/o Situación   | Acción Registrada en Plan de mejoramiento | ¿PORQUE?   | ¿PORQUE?   | ¿PORQUE?  | ¿PORQUE? | ¿PORQUE?                                     | Causa(s) Raíz  | ACCIÓN  | Tipo de acción Propuesta | Responsable de ejecución                | Recursos   | Meta de la acción  | Indicador  | Fecha Inicio | Fecha Terminación   | PRIMER BIMESTRE   |  |  | Porcentaje de cumplimiento | Estado de la Acción |
|  |                              |                      |                |  |  |   |  |  |   |          |  |  |   |                          |   |  |  |  |              |   | SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO  | DOCUMENTOS SOPORTE   | OBSERVACIONES DCI  |                            |                     |
| 6009-7                                 | auditoria interna de gestión | Informe de Auditoria | 02-may-16      | Promoción y divulgación                      | Hallazgo 07: La no distribución de publicaciones entre los usuarios, centros educativos o instituciones de orden Departamental; se evidencia en demasía existencia de las mismas publicaciones.  | No se ha presentado                       | el centro de documentación se empezó a implementar en la regional Caquetá a a partir de finales de 2014 con la creación de oficina de promoción y divulgación muchas publicaciones repressadas son de antes de la creación de esta oficina | no se realizaban jornadas en los centros educativos para la entrega del material | N/A   | N/A      | N/A  | no se realizaban jornadas en los centros educativos para la entrega del material   | implementación por parte del funcionario de promoción y divulgación del centro de documentación de la regional Caquetá con el fin de dar destino final a las publicaciones repressadas                        | Acción Correctiva        | Funcionario de promoción y divulgación  | Humano   | implementar el centro de documentación para entrega del material, 2 al año | N° de entregas realizadas/2*100  | 01-abr-16    | 31-dic-16   | Capacitación por parte de la ENPDDH Martha Elizabeth Celis Pérez para la gestión e implementación del centro de documentación en la Regional Caquetá.<br><br>Distribución de material de promoción y divulgación de derechos Humanos a coordinadores de las mesas municipales de víctimas del Caquetá<br><br>Entrega y distribución de material a diversos sectores en la Feria Nacional del servicio al ciudadano realizada en la ciudad de Florencia. | Memorando 3010-01-29.pdf<br><br>Listado de Asistencia Entrega de material de promoción y divulgación.pdf<br><br>Formatos de prestamos bibliotecarios.pdf | Con el fin de verificar la totalidad de acciones que demuestren tener un centro de documentación en operado es necesario solicitar un archivo fotográfico mediante el cual se observe el espacio destinado para ello, la disposición de las publicaciones.   | 75%                        | En Ejecución        |
| 6009-8                                 | auditoria interna de gestión | Informe de Auditoria | 02-may-16      | Atención y Tramite                           | Hallazgo 08: No se clasifican de manera correcta las peticiones en parte por falta de direccionamiento y capacitación desde el nivel central.  | No se ha presentado                       | inadecuada utilización del sistema de información  | por falta de capacitación a los funcionarios                                     | N/A   | N/A      | N/A  | por falta de capacitación a los funcionarios   | solicitar capacitaciones en el manejo de las peticiones así como del manejo del sistema de información RUP que permite el direccionamiento de las mismas  | Acción Correctiva        | Defensor Regional                       | Humano, Tecnológico  | 1 solicitud de Capacitación para la implementación del sistema RUP         | N° de solicitudes realizadas / N° de solicitudes a realizar                          | 27 jul-16    | 29 jul-16   | Se ha realizado capacitación en VisionWeb RUP, esta bajo la dirección del ingeniero Gustavo Pena.<br><br>Se recibió capacitación visionWeb RUP, esta siendo ejecutado por las dependencias de ATQ y RAJ, sin embargo, correlación a los funcionarios nuevos existe confusión en la calificación de renuncia de un funcionario por la falta de capacitación en la capacitación en el proceso misional.   | Cumplido de permanencia de fecha 28 de Julio de 2016.<br><br>ProgramaciónTurnosRUPFinalMarzo.pdf   | Se verificó el cumplimiento de permanencia emitido por la Regional Caquetá por los días 26, 27 y 28 de julio de 2016 al ingeniero Gustavo Pena Jordan (Profesional Especializado del Grupo de Sistemas) y en la cual se menciona el objetivo de la visita: realización de capacitación en VisionWeb RUP a los funcionarios y contratistas defensores públicos de área promiscuo, administrativo y caso de justicia.<br><br>Adicionalmente, se verificó el archivo con la programación de turnos correspondiente al RUP asignados a los servidores públicos de la Regional entre enero marzo de 2017.<br><br>La acción se cierra con cumplimiento de 100% y de manera eficaz. | 100%                       | Cerrado Eficaz      |
| 6009-9                                 | auditoria interna de gestión | Informe de Auditoria | 02-may-16      | Atención y Tramite                           | Hallazgo 09: Incumplimiento de los términos para reiterar las solicitudes realizadas por la Defensoría Regional en el marco de la gestión de las peticiones.   | No se ha presentado                       | por falta de capacitación a los funcionarios   | N/A  | N/A   | N/A      | por falta de capacitación a los funcionarios | Solicitar constantemente capacitación para los funcionarios en la clase de gestión que se le debe hacer a las peticiones de acuerdo a su clasificación | Acción Correctiva   | Defensor Regional        | Humano                                  | 2 Solicitudes de capacitación permanente a los funcionarios, semestral | N° de capacitaciones solicitadas/2*100                                     | 27 jul-16  | 31-dic-16    | Se ha realizado una sola capacitación en el proceso misional.<br><br>Se ha realizado un solo requerimiento, sin | Memorando No. 134 fecha 30 de marzo de 2016 (Memorando6009-134.pdf).  | Solo se ha realizado una solicitud, observando con preocupación que la misma no fue despachada ni positiva ni negativamente.                             | 50%  | En Ejecución               |                     |
| 6009-10                                | auditoria interna de gestión | Informe de Auditoria | 02-may-16      | Atención y Tramite                           | Hallazgo 10: Carencia del listado de funcionarios renuentes  | No se ha presentado                       | por falta de capacitación a los funcionarios   | gran cantidad de peticiones  | poco personal para la gran cantidad de peticiones | N/A      | N/A  | por falta de capacitación a los funcionarios   | Llevar el listado de los funcionarios renuentes y hacer el respectivo seguimiento a los casos en que se presenten funcionarios renuentes  | Acción Correctiva        | Funcionarios ATQ                        | Humano   | realización de peticiones en los tiempos y de los listados de los          | 1 listado  | 27 jul-16    | 31-dic-16   |   |  | 0%   | Abierto                    |                     |
| 6009-11                                | auditoria interna de gestión | Informe de Auditoria | 02-may-16      | Atención y Tramite                           | Hallazgo 11: Se evidencian alarmas en el sistema que no han sido resueltas afectando el debido control de gestión de las peticiones.   | No se ha presentado                       | Falta de tiempo de los funcionarios por carga laboral  | disposición de los funcionarios encargados                                       | N/A   | N/A      | N/A  | Falta de tiempo de los funcionarios por carga laboral  | Realizar la gestión en el sistema a las peticiones que presentan alarmas, establecer mecanismos de control a estas alarmas, implementar los mecanismos de control propuestos por parte del defensor regional. | Acción Correctiva        | Defensor regional Funcionarios ATQ      | Humano   | control permanente en la gestión de las peticiones                         | N° de mecanismos de control implementados /N° de mecanismos de control a implementar | 01-abr-16    | 31-dic-16   | Con anterioridad a la identificación del hallazgo dentro de la auditoría realizada, el defensor regional en el primer semestre del año 2016 adelantó brigadas de alimentación de sistema de aquellas solicitudes  | Memorando6009-122<br>Memorando6009-154   | Se observan las acciones determinadas por el Defensor Regional al respecto que se encuentran soportadas con las evidencias allegadas.  | 100%                       | Cerrado Eficaz      |
| 6009-12                                | auditoria interna de gestión | Informe de Auditoria | 02-may-16      | subproceso de Defensoria Publica             | Hallazgo No. 12: No se diligencian los formatos del sistema de Gestión en su totalidad. No se evidencian la totalidad de los formatos de barras solicitados así como tampoco las justificaciones de los defensores insistentes de las cuales debería cuando menos dejarse copia escaneada. | No se ha presentado                       | No exigencia por parte del Profesional Administrativo y de Gestión   | N/A  | N/A   | N/A      | N/A  | No exigencia por parte del Profesional Administrativo y de Gestión   | Diligenciar los formatos de asistencia de los defensores públicos a las diferentes barras académicas, Exigir la debida justificación en caso de presentarse ausencias a las barras académicas.                | Acción Correctiva        | Profesional Administrativo y de Gestión | Humano   | 2 mensuales  | N° de barras académicas realizadas/16*100  | 01-abr-16    | 31-dic-16   | Se dejaron las respectivas copias de las barras académicas en el archivo de la regional.  | SOPORTE HALLAZGOS BARRAS.pdf   | Solo se han enviado 11 soportes de las 18 planteadas en el Plan de Mejora.   | 62%                        | En Ejecución        |
| 6009-13                                | auditoria interna de gestión | Informe de Auditoria | 02-may-16      | subproceso de Defensoria Publica             | Hallazgo No. 13: Se encontraron 12 alarmas al momento de la auditoria sobre la aceptación del caso   | No se ha presentado                       | falta de control y gestión por parte del Profesional Administrativo y de Gestión   | N/A  | N/A   | N/A      | N/A  | falta de control y gestión por parte del Profesional Administrativo y de Gestión   | Realizar permanente control y gestión a los casos que maneja el proceso defensoria pública  | Acción Correctiva        | Profesional Administrativo y de Gestión | realización permanente de control y gestión                            | Diario   | N° de controles realizados/N° de controles a realizar                                | 01-abr-16    | 31-dic-16   | Se aceptaron todos los casos que llegan a la regional.<br><br>Se puede evidenciar en el sistema de VisionWeb donde la fecha todo se encuentra aceptado y debidamente hecho su   | SOPORTE HALLAZGOS RECIBIDO INFORMES001.  | Para poder establecer este cumplimiento es necesario contar con un reporte oficial del sistema de información Vision-Web DP con corte a 31 de diciembre de 2016, lo cual permitirá evidenciar el cumplimiento de la acción. De no ser posible se necesita una imagen de pantalla que muestre esa información.  | 0%                         | Abierto             |
| 6009-14                                | auditoria interna de gestión | Informe de Auditoria | 02-may-16      | subproceso de Defensoria Publica             | Hallazgo No. 14: Se encontraron algunos informes mensuales que no tienen constancia de recibido, lo cual afecta la trazabilidad de la información y el posterior verificación del cumplimiento de los términos de entrega, ausencia de punto de control.                                   | No se ha presentado                       | falta de control y gestión por parte del Profesional Administrativo y de Gestión   | N/A  | N/A   | N/A      | N/A  | falta de control y gestión por parte del Profesional Administrativo y de Gestión   | Registrar la fecha de recibido y firma en los informes de ejecución mensual que presentan los defensores públicos.  | Acción Correctiva        | Profesional Administrativo y de Gestión | Humano   | Registro mensual   | N° de registros realizados/12*100  | 01-abr-16    | 31-dic-16   | Todos los informes tienen su respectiva firma de recibido.  | SOPORTE HALLAZGOS RECIBIDO INFORMES001.  | Soportado mediante archivos escaneados en los que se observa la firma y fecha de recibido de los informes.   | 100%                       | Cerrado Eficaz      |
| 6009-15                                | auditoria interna de gestión | Informe de Auditoria | 02-may-16      | Subproceso de Recursos y Acciones Judiciales | Hallazgo 15: El funcionario a cargo de este subproceso, no ha recibido capacitación adecuada para el correcto desempeño de las actividades que corresponden a su cargo en la regional auditada.  | No se ha presentado                       | No capacitación al funcionario de RAJ  | N/A  | N/A   | N/A      | N/A  | No capacitación al funcionario de RAJ  | Solicitar capacitación para el funcionario de RAJ   | Acción Correctiva        | funcionario RAJ                         | humano   | 1 solicitud de capacitación  | N° de solicitudes realizadas/1*100   | 01-abr-16    | 31-dic-16   |   |  | 0%   | Abierto                    |                     |



ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO

Código: SQ-F05  
 Versión: 3  
 Vigente desde: 29/08/2016

| SECCIÓN 1: IDENTIFICACIÓN DEL HALLAZGO |                              |                      |                |  |  | Acción<br>Registrada en<br>Plan de<br>mejoramiento              | SECCIÓN 2: ANÁLISIS CAUSAS   |   |          |          |  | SECCIÓN 3: PLAN DE MEJORAMIENTO  |  |                          |  |  |   |  | SECCIÓN 4: SEGUIMIENTO |                   |  |   |   |                            |                     |
|--|------------------------------|----------------------|----------------|--|--|---|--|---|----------|----------|--|--|--|--------------------------|--|--|---|--|------------------------|-------------------|--|---|---|----------------------------|---------------------|
| Nº                                     | Fuente de hallazgo           | Detalle de hallazgo  | Fecha hallazgo | Proceso, Subproceso, Método.                 | Hallazgo y/o Situación   |   | ¿PORQUE?   | ¿PORQUE?  | ¿PORQUE? | ¿PORQUE? | ¿PORQUE?   | Causa(s) Raíz  | ACCIÓN   | Tipo de acción Propuesta | Responsable de ejecución                   | Recursos   | Meta de la acción   | Indicador  | Fecha Inicio           | Fecha Terminación | SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO   | DOCUMENTOS SOPORTE  | OBSERVACIONES DCI   | Porcentaje de cumplimiento | Estado de la Acción |
| 6009-16                                | auditoria interna de gestión | Informe de Auditoria | 02-may-16      | Subproceso de Recursos y Acciones Judiciales | Hallazgo 16: El registro de la información correspondiente al periodo auditado se encuentra atrazado.  | No se ha presentado   | No capacitación al funcionario de RAJ  | N/A   | N/A      | N/A      | N/A  | No capacitación al funcionario de RAJ  | Solicitar capacitación para el funcionario de RAJ  | Acción Correctiva        | funcionario RAJ                            | humano   | 1 solicitud de capacitación   | Nº de solicitudes realizadas/1*  | 01-abr-16              | 31-dic-16         |  |   |   | 0%                         | Abierto             |
| 6009-17                                | auditoria interna de gestión | Informe de Auditoria | 02-may-16      | Atención y Trámite                           | Hallazgo 17: No hay claridad por falta de un direccionamiento específico del nivel central en cuanto a la responsabilidad de registro de la información ya que los funcionarios de ATQ también hacen uso del sistema y del módulo RAJ.   | No se ha presentado   | No capacitación a los funcionarios de RAJ y ATQ  | N/A   | N/A      | N/A      | N/A  | No capacitación a los funcionarios de RAJ y ATQ  | Solicitar capacitación para el funcionario de RAJ  | Acción Correctiva        | funcionario RAJ                            | humano y tecnológico   | 1 solicitud de capacitación   | Nº de solicitudes realizadas/1* 100  | 01-abr-16              | 31-dic-16         | Se ha realizado capacitación en Visión Web Ruj, bajo la dirección del Ingeniero Gustavo Perea. | Implementación de turnos para funcionarios de ATQ y RAJ. Se verificó el cumplimiento de permanencia emitido por la Regional Caquetá por los días 26, 27 y 28 de julio de 2016 al Ingeniero Gustavo Perea Jordan (Profesional Especializado del Grupo de Sistemas) y en la cual se menciona el objetivo de la visita: realización de capacitación en Visión Web Ruj a los funcionarios y contratistas defensores públicos de área promiscua, administrativo y casa de justicia.  |   | 100%                       | Cerrado Eficaz      |
| 6009-18                                | auditoria interna de gestión | Informe de Auditoria | 02-may-16      | Gestión de servicios administrativos         | Hallazgo No. 18 : No se aplican las Directrices del Archivo General de la Nación, en el Manual de Archivo aprobado por Resolución 1036 de 2011 y en las Circulares 2030-005 de 2012, 2030-013 de 2013, expresadas en el desarrollo del presente numeral, en parte por la falta de apoyo por parte de líder de este proceso.  | No se ha presentado   | No capacitación de los funcionarios, falta de elementos y adecuación del archivo   | N/A   | N/A      | N/A      | N/A  | No capacitación de los funcionarios, falta de elementos y adecuación del archivo   | Solicitar capacitación al nivel central frente al manejo del archivo, Solicitar al nivel central la estantería y demás elementos necesarios para el correcto manejo del archivo físico de la regional  | Acción Correctiva        | Defensor Regional                          | Financiero, logístico, humano y tecnológico                        | Capacitación de funcionarios, elementos de archivo y adecuación del sitio de disposición  | Nº de solicitudes realizadas/1* 100  | 01-abr-16              | 31-dic-16         |  |   |   | 0%                         | Abierto             |
| 6009-19                                | auditoria interna de gestión | Informe de Auditoria | 02-may-16      | Gestión de servicios administrativos         | Hallazgo No 19: falencias en la organización y control de los inventarios de la Defensoría Regional, de conformidad con las situaciones evidenciadas en el desarrollo del presente numeral, las cuales se materializan en el incumplimiento de los instructivos relacionados con inventarios por parte de la Subdirección Administrativa (Traslado de responsabilidades)   | No se ha presentado   | Falta de disponibilidad y por conceptos técnicos sugeridos en algunos bienes   | N/A   | N/A      | N/A      | N/A  | Falta de disponibilidad y por conceptos técnicos sugeridos en algunos bienes   | Iniciar el proceso de bajas de los bienes de la Defensoría del Pueblo que así lo requieren con el fin de actualizar los inventarios, Actualizar el registro del traslado interno entre funcionarios de equipos de computo y elementos que están en funcionamiento. | Acción Correctiva        | Defensor Regional                          | Financiero, logístico, humano y tecnológico                        | realización de manera correcta el proceso de baja de elementos, traslados de bienes entre funcionarios y actualización de inventarios | Nº de bajas realizadas/ Nº de bienes para baja *100<br>Nº traslados registrados / Nº de bienes de la Defensoría regional * 100 | 01-abr-16              | 31-dic-16         |  |   |   | 0%                         | Abierto             |
| 6009-20                                | auditoria interna de gestión | Informe de Auditoria | 02-may-16      | Gestión de servicios administrativos         | Hallazgo No 20: bajo una muestra selectiva se encontraron equipos de cómputo, los cuales no están a cargo de los funcionarios y figuran en el inventario reportado por la Subdirección Administrativa en fecha febrero 16 de 2016.   | No se ha presentado   | Falta de disponibilidad y por conceptos técnicos sugeridos en algunos bienes   | N/A   | N/A      | N/A      | N/A  | Falta de disponibilidad y por conceptos técnicos sugeridos en algunos bienes   | Iniciar el proceso de bajas de los equipos de computo de la Defensor del Pueblo que así lo requieren con el fin de actualizar los inventarios.   | Acción Correctiva        | Defensor Regional                          | Financiero, logístico, humano y tecnológico                        | realización de manera correcta el proceso de baja de equipos de computo, traslados entre funcionarios y actualización de inventarios  | Nº de bajas realizadas/ Nº de bienes para baja *100<br>Nº traslados registrados / Nº de bienes de la Defensoría regional * 100 | 03-oct-16              | 07-oct-16         |  |   |   | 0%                         | Abierto             |
| 6009-21                                | auditoria interna de gestión | Informe de Auditoria | 02-may-16      | Tecnologías de la Información                | Hallazgo N.21: No existe conectividad internet por parte de la Defensoría de Pueblo Regional Caquetá cuyo proveedor sea un contratista de la entidad ya que este servicio es costado por los funcionarios de la Regional, creando incertidumbre en el servicio prestado y la comunicación transversal con el nivel central, adicionalmente podría estar pagando por un servicio que no se le presta a la Defensoría. | No se ha presentado   | Traslado de sede, el contratista no contaba con la cobertura en redes de comunicación en el sector donde está ubicada la nueva sede de la regional | N/A   | N/A      | N/A      | N/A  | Traslado de sede, el contratista no contaba con la cobertura en redes de comunicación en el sector donde está ubicada la nueva sede de la regional | Trasladar e instalar el nuevo enlace terrestre de fibra óptica a la nueva sede de la regional Caquetá .  | Acción Correctiva        | Ingeniero de sistemas, LINE comunicaciones | Financiero, logístico, humano y tecnológico                        | 1 instalación por parte de la empresa contratista la instalación del canal de comunicación terrestre en la nueva sede                 | Nº de instalaciones realizadas/1* 100  | 02-may-16              | 11-jul-16         |  |   |   | 0%                         | Abierto             |
| 602001                                 | Auditoria Interna de Gestión | Informe de Auditoria | 19-jul-16      | Direccionamiento Estratégico                 | La Regional Magdalena, para el periodo 2016 presentó incumplimiento en las metas propuestas según reporte del sistema de información Strategos, respecto del plan de acción anual 2016 con corte al mes de abril, incumpliendo con lo establecido en la Resolución 169 de 2013 incidiendo en el logro de los objetivos institucionales, en la toma de decisiones de la entidad y el seguimiento a la gestión.        | No se ha presentado   | Los funcionarios no entregan las cifras acorde a lo planeado.  | Falta de estrategia de seguimiento a las actividades que permita cumplir las metas. | N/A      | N/A      | N/A  | Falta de estrategia de seguimiento a las actividades que permita cumplir las metas.  | Realizar un control mensual con el fin de que las metas del PAA presenten un cumplimiento de por lo menos 98%  | Acción Correctiva        | Defensoría Regional Magdalena              | Recurso humano   | Cumplir a las metas propuestas en Strategos.  | No. de metas sin cumplir / No. total de metas  | 01-oct-16              | 31-ene-17         |  |   | El 22-ene-2017, Planeación dio aprobación al Plan de Mejoramiento y durante Feb de 2017 no reportó avance. El control lo debe realizar cada líder de proceso y presentar un informe de la gestión realizada mensualmente al Defensor Regional (a cual debe formar parte de la memoria de seguimiento a Strategos y registrada en el aplicativo Strategos - campo Observaciones) 2172-2194 | 0%                         | Abierto             |
| 602002                                 | Auditoria Interna de Gestión | Informe de Auditoria | 19-jul-16      | Gestión del Talento Humano                   | No se realizaron jornadas de reintroducción en la vigencia 2015, así como tampoco el primer semestre de 2016 (Decreto Ley 1567 de 1998 - por el cual se crean el sistema nacional de capacitación y el sistema de estímulos para los empleados del Estado).  | Incumplimiento en la realización del proceso de reintroducción. | se presentó desconocimiento de la realización en los tiempos establecidos por la norma   | N/A   | N/A      | N/A      | se presentó desconocimiento de la realización en los tiempos establecidos por la norma | Concientizar a los funcionarios de reintroducción y realizar las mismas a los funcionarios vigencia 2015 y 2016.                                   | Corrección   | Defensor Regional        | Recurso humano                             | Cumplir las jornadas de reintroducción 2015 y primer semestre 2016 | Un (1) Proceso de reintroducción  | 01-oct-16  | 30-mar-17              |                   |  | El 22-ene-2017, Planeación dio aprobación al Plan de Mejoramiento y durante Feb de 2017 no reportó avance. Se recomienda que el Líder del Proceso de Gestión de Talento Humano (Defensor Regional) en coordinación con el P.G. 15 - Ing. Sistemas (cargo administrativo), solicite a la Subdirección de Talento Humano, los lineamientos para realizar la reintroducción a los servidores y realizarla (levantando evidencias). La evidencia de cumplimiento esta acción es la solicitud a Talento Humano y las evidencias de haber realizado el proceso de reintroducción. Posteriormente formar parte del Plan de Mejoramiento para la Subdirección de Talento Humano por ser el responsable directo del tema a nivel nacional. | 0%  | Abierto                    |                     |



ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO

Código: SQ-F05  
 Versión: 3  
 Vigente desde: 29/08/2014

| SECCIÓN 1: IDENTIFICACIÓN DEL HALLAZGO |                              |                      |                |  |  | Acción Registrada en Plan de Mejoramiento | SECCIÓN 2: ANÁLISIS CAUSAS  |   |   |          |          |   | SECCIÓN 3: PLAN DE MEJORAMIENTO  |   |                               |                              |  |  |   | SECCIÓN 4: SEGUIMIENTO |                            |                    |                   |   |  |         |         |
|--|------------------------------|----------------------|----------------|--|--|---|---|---|---|----------|----------|---|--|---|-------------------------------|------------------------------|--|--|---|------------------------|----------------------------|--------------------|-------------------|---|--|---------|---------|
| Nº                                     | Fuente de hallazgo           | Detalle de la fuente | Fecha hallazgo | Proceso - Subproceso Afectado                      | Hallazgo y/o Situación   |   | ¿PORQUE?  | ¿PORQUE?  | ¿PORQUE?  | ¿PORQUE? | ¿PORQUE? | Causa/Raíz  | ACCIÓN   | Tipo de acción Propuesta  | Responsable de ejecución      | Recursos                     | Meta de la acción  | Indicador  | Fecha Inicio  | Fecha Terminación      | SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO | DOCUMENTOS SOPORTE | OBSERVACIONES OCI | Porcentaje de Cumplimiento  | Estado de la Acción  |         |         |
| PRIMER BIMESTRE                        |                              |                      |                |  |  |   |   |   |   |          |          |   |  |   |                               |                              |  |  |   |                        |                            |                    |                   |   |  |         |         |
| 602003                                 | Auditoria Interna de Gestión | Informe de Auditoria | 19-jul-16      | Gestión del Talento Humano                         | Fallas en la realización de las reuniones mensuales que se deben realizar del COPASST de conformidad con lo dispuesto en el artículo 12 de la Resolución 208 de 2014, por la cual se adopta el Reglamento Interno para la elección de los miembros del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Defensoría del Pueblo se dictan otras disposiciones.  |   | Se realizaron las reuniones mensuales pero no se dejaron registro de las mismas   | Desconocimiento de la realización de actas.   | Falta de cultura en el adecuado control de registros (actas de reunión) | N/A      |          | Falta de cultura en el adecuado control de registros (actas de reunión)   | Concientizar a los funcionarios de la importancia de realizar la memoria de reunión mensuales del COPASST para efectuar la realización de las mismas.    | Acción Correctiva   | Funcionarios comité COPASST   | Recurso humano               | Totalidad de memoria de reunión mensuales realizadas                       | Siete (7) memorias de reunión / No. total de memoria de reunión  | 01-oct-16   | 31-ene-17              |                            |                    |                   | El 22-ene-2017, Planeación dio aprobación al Plan de Mejoramiento y durante Feb de 2017 no reportó avance. Se recomienda que los representantes por parte de la Regional al COPASST sean los responsables de esta acción; quienes deben realizar las reuniones y levantar memoria de reunión (firmada por todos los asistentes en cada una de las hojas). La evidencia es el envío de las tres (3) memorias de reunión de los meses de enero, febrero, marzo de 2017.   | 0%   | Abierto |         |
| 602004                                 | Auditoria Interna de Gestión | Informe de Auditoria | 19-jul-16      | Gestión del Talento Humano                         | No se han definido planes de emergencia de conformidad con lo establecido en el Decreto 1443 de 2014, a través del cual el Ministerio del Trabajo dicta disposiciones para la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST).  |   | No aplicación de las directrices contenidas en el Decreto 1443 de 2014.   | Desconocimiento del Decreto.  | N/A   |          |          | Desconocimiento del Decreto.  | Socializar las directrices del Decreto 1443 de 2014 e implementar planes de emergencia dentro del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. | Acción Correctiva   | Comité de Emergencia          | Recurso humano               | Implementación de los planes de emergencia                                 | No. planes a implementar / No. planes de emergencia  | 01-oct-16   | 31-ene-17              |                            |                    |                   | El 22-ene-2017, Planeación dio aprobación al Plan de Mejoramiento y durante Feb de 2017 no reportó avance. Se recomienda que los representantes por parte de la Regional al Comité de Emergencia sean los responsables de esta acción; quienes deben realizar la socialización del Decreto y realizar memoria de reunión (firmada por todos los asistentes en cada una de las hojas). La evidencia es el envío de una (1) memoria de reunión que pudo haberse realizado durante el primer trimestre de año. Esa socialización se le debe realizar posteriormente a cada funcionario nuevo que ingrese a la Regional y dejar evidencia de ello.  | 0%   | Abierto |         |
| 602005                                 | Auditoria Interna de Gestión | Informe de Auditoria | 19-jul-16      | Gestión del Talento Humano                         | Fallas en el registro de la información que debe registrarse de todos los servidores públicos que conforman la Defensoría Regional Magdalena en el Sistema de Información y Gestión del Empleo PÚBLICOSIGEP, a pesar de que la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional, obliga a divulgar la información de las personas que se encuentran vinculadas bien sea por contrato de prestación de servicios, en carrera o en provisionalidad.  |   | Falta de armonización con el nivel central.   | Falta de socialización del funcionamiento del SIGEP.                                | N/A   |          |          | Falta de socialización del funcionamiento del SIGEP.  | Requerir cumplimiento del registro de la información faltante en el SIGEP.   | Corrección  | Funcionarios                  | Recurso humano y tecnológico | Totalidad de información de los servidores públicos registrada en el SIGEP | No. de servidores públicos con información faltante por registrar en el SIGEP / No. de servidores públicos totales | 01-oct-16   | 31-ene-17              |                            |                    |                   | El 22-ene-2017, Planeación dio aprobación al Plan de Mejoramiento y durante Feb de 2017 no reportó avance. Se recomienda que esté sea responsabilidad de todos cada uno de los servidores de la Regional; quienes deben ingresar al SIGEP con su usuario y contraseña y actualizar la información. Una vez se actualicen debe reportarse a la Subdirección de Talento Humano (José Gerardo González - josegonzalez@defensoria.gov.co por correo electrónico para que este emita el Vo. Bo. Cuando tengan este correo se lo remiten al P.G. 15 - IT de Sistemas para que consolide la información de la Regional y remita el correspondiente informe a la OCI. Fecha máxima para reporta la actualización al Ing. Andrés es el 19 de mayo de 2017. | 0%   | Abierto |         |
| 602006                                 | Auditoria Interna de Gestión | Informe de Auditoria | 19-jul-16      | Evaluación de la Satisfacción de Grupos de Interés | La Defensoría Regional no está aplicando todos los lineamientos para la atención de sus Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias y Felicidades (PQRSDF), como lo son promover y orientar a los usuarios para la correcta utilización del buzón, extraer y registrar semanalmente las PQRSDF del buzón y realizar el informe estadístico de las PQRSDF. Criterios que fueron establecidos por la Secretaría General y divulgados a todas las Defensorías Regionales mediante correos electrónicos de octubre de 2014 y definidos en el procedimiento (EG-P01) vigente desde el 10 de diciembre de 2015. |   | No empoderamiento del proceso.  | Incumplimiento de las directrices del procedimiento.                                | N/A   |          |          |   | Incumplimiento de las directrices del procedimiento.   | Aplicar los lineamientos expedidos para la atención de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias y Felicidades (PQRSDF). | Acción Correctiva             | Funcionarios                 | Recurso humano   | Cumplimiento de los lineamientos para PQRSDF   | No. de lineamientos faltantes por cumplir / No. total de lineamientos | 01-oct-16              | 31-ene-17                  |                    |                   |   | El 22-ene-2017, Planeación dio aprobación al Plan de Mejoramiento y durante Feb de 2017 no reportó avance. Se recomienda que de acuerdo al Manual de funciones instructivo enviado por Secretaría General - Grupo de Atención al Ciudadano está acción este a cargo del P.G. 15 - Admón (ing. Sistemas) junto con el Defensor Regional igualmente se recomienda que realicen una socialización a todos los servidores de la entidad; incluidos contratistas y levanten listado de asistencia a dicha capacitación. La evidencia del cumplimiento respecto a los lineamientos, es llevar el libro control de PQRSDF y enviar fotografías del mismo actualizado a la fecha de reporte de cumplimiento. | 0%      | Abierto |
| 602007                                 | Auditoria Interna de Gestión | Informe de Auditoria | 19-jul-16      | Gestión de Servicios Administrativos               | Carencia de aire acondicionado.  |   | No existe en este momento el contrato de mantenimiento para los aires acondicionados, el cual depende de la gestión de la Subdirección Administrativa | N/A   | N/A   |          |          | No existe en este momento el contrato de mantenimiento para los aires acondicionados, el cual depende de la gestión de la Subdirección Administrativa | Gestión para la realización del mantenimiento de los aires acondicionados de la Regional   | Corrección  | Subdirección administrativa   | Financiero                   | Funcionamiento de los aires acondicionados de la regional                  | Nº de aires acondicionados funcionando/Nº de aires acondicionados funcionando                                      | 01-oct-16   | 30-mar-17              |                            |                    |                   | El 22-ene-2017, Planeación dio aprobación al Plan de Mejoramiento y durante Feb de 2017 no reportó avance. Se dará por cumplido cuando se reciba el reporte de dato a la Sub-Administrativa Líder del Proceso Región P.G. 15 Ing. Sistemas) firmado por el Defensor Regional y soliciten el mantenimiento respectivo. Posteriormente y debe incluir en un Plan de Mejoramiento para el Líder Proceso a Nivel Nacional (Subdirección Administrativa)   | 0%   | Abierto |         |
| 602008                                 | Auditoria Interna de Gestión | Informe de Auditoria | 19-jul-16      | Gestión de Servicios Administrativos               | Goteras y Humedad en algunas oficinas  |   | La gestión de la Regional no implica resultados del nivel central.  | No existe en este momento contrato para la reparación de los techos.                | N/A   |          |          | No existe en este momento contrato para la reparación de los techos.  | Gestionar recursos para la adecuación locativa de la sede que permita la reparación del techo de la sede regional.                                       | Corrección  | Subdirección administrativa   | Financiero                   | Reparación de daños en la Regional Magdalena                               | Nº de reparaciones/Nº de daños locativos   | 01-oct-16   | 30-mar-17              |                            |                    |                   | El 22-ene-2017, Planeación dio aprobación al Plan de Mejoramiento y durante Feb de 2017 no reportó avance. Se dará por cumplido cuando reciba el reporte de solicitud de adecuación a la Subadministrativa; posteriormente se debe incluir en un Plan de Mejoramiento para el Líder del Proceso a Nivel Nacional  | 0%   | Abierto |         |
| 602009                                 | Auditoria Interna de Gestión | Informe de Auditoria | 19-jul-16      | Direccionamiento Estratégico                       | Se evidenció en el sistema Strategos alertas en Rojo por el no cumplimiento de las metas propuestas a la fecha de la auditoria.  |   | Los funcionarios no entregan las cifras acorde a lo planeado.   | Falta de estrategia de seguimiento a las actividades que permita cumplir las metas. | N/A   |          |          | Falta de estrategia de seguimiento a las actividades que permita cumplir las metas.   | Realizar un control mensual con el fin de que las metas del PAA presenten un cumplimiento de por lo menos 98%  | Acción Correctiva   | Defensoría Regional Magdalena | Humano                       | Cumplir a las metas propuestas en Strategos.                               | No. de metas sin cumplir / No. total de metas  | 01-oct-16   | 31-dic-16              |                            |                    |                   | El 22-ene-2017, Planeación dio aprobación al Plan de Mejoramiento y durante Feb de 2017 no reportó avance. Se recomienda que el control lo realice cada líder de proceso regional (ATQ - Defensoría Regional - Promoción y Divulgación, etc.) y presentar un informe de la gestión realizada mensualmente al Defensor Regional; la cual debe además quedar registrada en Aplicativo Strategos campo observaciones. Estos informes deben formar parte de la memoria de seguimiento que realice el Regional al cumplimiento de metas mensual.   | 0%   | Abierto |         |



## ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO

|                |            |
|----------------|------------|
| Código:        | SQ-F05     |
| versión:       | 3          |
| Vigente desde: | 29/08/2016 |

| SECCIÓN 1: IDENTIFICACIÓN DEL HALLAZGO |                              |                      |                |  |  | Acción Registrada en Plan de mejoramiento | SECCIÓN 2: ANÁLISIS CAUSAS   |  |  |          |  | SECCIÓN 3: PLAN DE MEJORAMIENTO   |   |                                     |                               |  |   |   | SECCIÓN 4: SEGUIMIENTO |                   |                            |  |   |                            |                     |
|--|------------------------------|----------------------|----------------|--|--|---|--|--|--|----------|--|---|---|-------------------------------------|-------------------------------|--|---|---|------------------------|-------------------|----------------------------|--|---|----------------------------|---------------------|
| Nº                                     | Fuente de hallazgo           | Detalle de la fuente | Fecha hallazgo | Proceso / Subproceso Afectado                                      | Hallazgo y/o Situación   |   | ¿PORQUE?   | ¿PORQUE?   | ¿PORQUE?   | ¿PORQUE? | ¿PORQUE?   | Causa(s) Raíz   | ACCIÓN  | Tipo de acción Propuesta            | Responsable de ejecución      | Recursos   | Meta de la acción   | Indicador   | Fecha Inicio           | Fecha Terminación | SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO | DOCUMENTOS SOPORTE   | OBSERVACIONES OCI   | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO | Estado de la Acción |
| PRIMER BIMESTRE                        |                              |                      |                |  |  |   |  |  |  |          |  |   |   |                                     |                               |  |   |   |                        |                   |                            |  |   |                            |                     |
| 602010                                 | Auditoría Interna de Gestión | Informe de Auditoría | 19-jul-16      | Subproceso de Defensoría Pública                                   | No hay una adecuada planeación en la atención al usuario, se evidencia sobrecarga - concentración de actividades en los Coordinadores administrativos y de gestión en sus diferentes casos creando desatención en actividades de seguimiento a los reportes e informes de los Defensores Públicos a su cargo entre otros.  |   | No había una distribución de las funciones de los auxiliares administrativos, adscritos a Defensoría Pública.              | Hay tres Profesionales Administrativos y de Gestión y solo hay dos auxiliares administrativos. | Falta de personal (1 auxiliar administrativo) que realice las funciones                      |          | N/A  | Falta de personal (1 auxiliar administrativo) que realice las funciones   | Las funciones de los auxiliares administrativos serán reasignadas para desconcentrar las funciones. Además se gestionara con el nivel central el ingreso de otro auxiliar administrativo. | Acción Correctiva                   | Defensoría Regional Magdalena | Humano   | Asignación de tiempos en la atención a los usuarios                 | No. de solicitudes / No. de solicitudes a realizar                        | 01-oct-16              | 30-mar-17         |                            |  | El 22-ene-2017, Planeación dio aprobación al Plan de Mejoramiento y durante Feb de 2017. Según la información suministrada por la Subdirección de Talento Humano en la Regional existen tres (3) cargos P.G. 19 y dos (2) Auxiliares Admín G. 10 ; el nombramiento de otro Auxiliar G. 10 se escapa de la competencia del Defensor Regional, razón por la cual para cumplir esta acción se solicita: 1. Memorando dirigido a Talento Humano solicitando el personal que requiere la Regional para desarrollar eficientemente sus funciones 2. Memoria de Reunión realizada con el grupo de Defensores Públicos donde de común acuerdo establezcan la distribución equitativa de trabajo entre los funcionarios activos actualmente (con copia a la Subdirección de Talento Humano); ya que es incierto cuando nombren a nuevo servidor.   | 0%                         | Abierto             |
| 602011                                 | Auditoría Interna de Gestión | Informe de Auditoría | 19-jul-16      | Subproceso de Defensoría Pública                                   | Insistencia a las barras académicas por parte de la Dra. Claudia Helena Serje Coordinadora de Barra Académica - responsable según contrato No.3752, se evidenció la delegación de dicha responsabilidad en terceros no proliamente con la experiencia laboral académica para las expectativas de los Defensores Públicos, no presentación a supervisor los temas a tratar, metodología, no entrega de material académico didáctico; creando incertidumbre en las siguientes reuniones requeridas. Se evidencian correos electrónicos de llamados de atención por parte del Profesional administrativo y de gestión (supervisor Dr. Harlen Contreras Londoño. |   | La contratista no atiende a las obligaciones contractuales ni las observaciones que le realiza el supervisor del contrato. | Falta de compromiso por parte de la Contratista en el cumplimiento de sus funciones.           |  | N/A      | Falta de compromiso por parte de la Contratista en el cumplimiento de sus funciones. | Remisión de informes a la Dirección Nacional de Defensoría Pública reportando esta situación, para tomar los correctivos. | Acción Correctiva   | Coordinadores de Defensoría Pública | Recurso humano                | Dirección Nacional de Defensoría Pública tome los correctivos en cumplimiento al | No. de comunicaciones realizadas / No. de comunicaciones a realizar | 01-oct-16   | 31-dic-16              |                   |                            | El 22-ene-2017, Planeación dio aprobación al Plan de Mejoramiento y durante Feb de 2017 no reportó avances. Remitir a la OC los reportes de incumplimiento del Contrato de la Sra. Claudia Helena Serje, durante el segundo periodo de 2016 e informar si para el 2017 le renovaron contrato. Esta acción debe ser remitida por la Dra. Harlen Contreras Londoño - P.G. 19 Defensoría Pública. | 0%  | Abierto                    |                     |
| 602012                                 | Auditoría Interna de Gestión | Informe de Auditoría | 19-jul-16      | Subproceso de Atención y Trámite de Quejas, Solicitudes y Asesoría | El sistema Visión-Web DP, presenta atrasos por unidad, dificultando el cumplimiento de las metas propuestas adicionalmente se constató la lentitud del sistema durante la auditoría in-situ.   |   | La regional cuenta con equipos obsoletos   | La gestión de la Regional no implica resultados del nivel central.                             | Falta de adquisición por parte del nivel central de equipos para la prestación del servicio. |          | N/A  | Falta de adquisición por parte del nivel central de equipos para la prestación del servicio.                              | Gestionar ante el nivel central la adquisición de mas equipos de computo.   | Acción Correctiva                   | Subdirección Administrativa   | recursos financieros y logísticos  | Adquisición de nuevos equipos de computo                            | No. de equipos adquiridos   | 01-oct-16              | 30-mar-17         |                            |  | El 22-ene-2017, Planeación dio aprobación al Plan de Mejoramiento y durante Feb de 2017 no reportó avances. Se dará por cumplido cuando reenvien el correo electrónico mediante el cual realizaron la solicitud de elementos para el 2017, dirigida a la SubAdministrativa en la oportunidad requerida. Esta acción formara parte del Plan de Mejoramiento que se establezca para el LIII del Proceso a nivel Nacional (Subdirección Administrativa).   | 0%                         | Abierto             |
| 602013                                 | Auditoría Interna de Gestión | Informe de Auditoría | 19-jul-16      | Direccionamiento Estratégico                                       | Deficiencia en la capacidad de los equipos de cómputo.   |   | La regional cuenta con equipos obsoletos   | La gestión de la Regional no implica resultados del nivel central.                             | Falta de adquisición por parte del nivel central de equipos para la prestación del servicio. |          | N/A  | Falta de adquisición por parte del nivel central de equipos para la prestación del servicio.                              | Gestionar ante el nivel central la adquisición de mas equipos de computo.   | Acción Correctiva                   | Subdirección Administrativa   | recursos financieros y logísticos  | Adquisición de nuevos equipos de computo                            | No. de equipos adquiridos   | 01-oct-16              | 30-mar-17         |                            |  | Aplica la misma observación realizada para el hallazgo 602012.  | 0%                         | Abierto             |
| 602014                                 | Auditoría Interna de Gestión | Informe de Auditoría | 19-jul-16      | Subproceso de Atención y Trámite de Quejas, Solicitudes y Asesoría | Se presentan quejas pendientes de cerrar por el año 2015, en el Sistema Visión Web ATQ, situación que genera desinformación en las estadísticas del consolidado a nivel nacional.  |   | No se alimenta de forma oportuna el sistema de Visión Web - ATQ.   | No se esta aplicando correctamente el procedimiento de los procedimientos del proceso AT       | Desconocimiento de los funcionarios en la aplicación de los procedimientos del proceso AT    |          | N/A  | Desconocimiento de los funcionarios en la aplicación de los procedimientos del proceso AT                                 | Socializar a los funcionarios de la regional magdalena los procedimientos y formatos del proceso AT y conclusión en Visión Web ATQ de las quejas de 2015.                                 | Acción Correctiva                   | Funcionarios de ATQ           | Recurso humano y tecnológico   | Total de quejas cerradas 2015                                       | No. de quejas sin tramitar año 2015 / No. total de quejas y Socialización | 01-oct-16              | 01-abr-17         |                            |  | El 22-ene-2017, Planeación dio aprobación al Plan de Mejoramiento y durante Feb de 2017 no reportó avances. Teniendo en cuenta que el líder del proceso de ATQ es el P.G. 18 (JOSFINA MAESTRE SHIRLEY VERÓNICA), recomendamos que sea apoyada durante los tres (3) primeros meses por el P.G. 17 (NEIRA RODRIGUEZ SERGIO ANDRÉS) teniendo en cuenta que ingresó a la entidad el 22 de febrero de 2017, entre los días (2) profesionales socializar a todos los servidores de la regional el proceso de Atención y Trámite que se encuentra publicado en el listado maestro de documentos, para lo cual se sugiere realizar capacitaciones a grupos de diez (10) personas. Iniciando por los siete (7) funcionarios de ATQ. La evidencia es el registro fotográfico de la capacitación y el listado de asistencia. Esta actividad se debe realizar en el menor tiempo posible. Por otro lado la P.G. 18- ATQ debe recibir capacitación por parte del Ing. sistemas en el aplicativo Visión Web (RUP-ATQ) de lo cual deben dejar como evidencia memoria de reunión; para que genere los informes estadísticos de Visión Web (módulos RUP-ATQ) con base a los cuales debe realizar seguimiento y control al grupo de ATQ. En ese orden de ideas a esta fecha: debe haber cero (0) quejas pendientes por cerrar correspondientes al 2015 y años anteriores. Del 2016. | 0%                         | Abierto             |



ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO

Código: SQ-FOS  
 versión: 3  
 Vigente desde: 29/08/2016

| SECCIÓN 1: IDENTIFICACIÓN DEL HALLAZGO |                              |                      |                |  |  | Acción Registrada en Plan de mejoramiento | SECCIÓN 2: ANÁLISIS CAUSAS  |   |   |          |          |   | SECCIÓN 3: PLAN DE MEJORAMIENTO   |                          |                                     |  |   |   | SECCIÓN 4: SEGUIMIENTO |                   |                            |  |   |                            |                     |
|--|------------------------------|----------------------|----------------|--|--|---|---|---|---|----------|----------|---|---|--------------------------|-------------------------------------|--|---|---|------------------------|-------------------|----------------------------|--|---|----------------------------|---------------------|
| Nº                                     | Fuente de hallazgo           | Detalle de la fuente | Fecha hallazgo | Proceso / Subproceso Afectado                                      | Hallazgo y/o Situación   |   | ¿PORQUE?  | ¿PORQUE?  | ¿PORQUE?  | ¿PORQUE? | ¿PORQUE? | Causa(s) Raíz   | ACCIÓN  | Tipo de acción Propuesta | Responsable de ejecución            | Recursos   | Meta de la acción   | Indicador   | Fecha Inicio           | Fecha Terminación | SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO | DOCUMENTOS SOPORTE   | OBSERVACIONES OCI   | Porcentaje de cumplimiento | Estado de la Acción |
| PRIMER BIMESTRE                        |                              |                      |                |  |  |   |   |   |   |          |          |   |   |                          |                                     |  |   |   |                        |                   |                            |  |   |                            |                     |
| 602015                                 | Auditoría Interna de Gestión | Informe de Auditoría | 19-jul-16      | Gestión de Servicios Administrativos                               | No se evidenció un adecuado archivo de las peticiones realizadas por los Usuarios.   |   | Falta de unidad de criterio en la organización.                                       | Falla en la aplicación de los lineamientos de Gestión Documental  | N/A   |          |          | Falla en la aplicación de los lineamientos de Gestión Documental  | Realizar jornadas para organizar de forma adecuada los archivos, siguiendo los lineamientos de Gestión Documental de la entidad   | Acción Correctiva        | Defensoría Regional Magdalena       | Recurso humano   | Archivo organizado  | Nº de jornadas realizadas/Nº jornadas planificadas                  | 01-oct-16              | 01-oct-17         |                            |  | El 22-ene-2017, Planeación dio aprobación al Plan de Mejoramiento y durante Feb de 2017 no reportó avances. La Organización del Archivo es responsabilidad de todos los funcionarios. Se recomienda que cada persona maneje sus carpetas con gestión documental (activo-inactivo) realizar gestión con el SENA para que realicen sus prácticas estudiantiles de gestión documental para organizar el archivo que este pendiente; se recomienda igualmente que el líder del Proceso Administrativo de la Regional ( P.G.15 -Ingeniero de sistemas) establezca la estrategia a desarrollar durante el 2017 para organizar el archivo con el apoyo de todos los servidores. Teniendo en cuenta las limitaciones de personal que tiene actualmente la Regional se recomienda que cada área maneje su propio archivo; realizando toda la gestión documental, cada área debe remitir por correo electrónico a la Auxiliar Administrativa G. 6 (ARISTIZAB SALAZAR LEYDI DAYANA) el listado de las carpetas que está manejando en un cuadro de Excel para que esta consolide y tengan la información de la regional para consulta y seguimiento. Por lo anterior todos deben recibir capacitación en Gestión Documental. La evidencia de cumplimiento de esta acción es una memoria de reunión donde se establezcan las estrategias y jornadas de archivo para el 2017 firmada. | 0%                         | Abierto             |
| 602016                                 | Auditoría Interna de Gestión | Informe de Auditoría | 19-jul-16      | Gestión de Servicios Administrativos                               | Carencia de impresoras para el cumplimiento de entrega de soporte de solicitud de la petición del usuario causando malestar y credibilidad del servicio de la Defensoría Magdalena.  |   | La regional cuenta con equipos obsoletos  | La gestión de la Regional no implica resultados del nivel central.  | Falta de adquisición por parte del nivel central de equipos para la prestación del servicio.  | N/A      |          | Falta de adquisición por parte del nivel central de equipos para la prestación del servicio.  | Gestionar ante el nivel central la adquisición de impresoras, para mejorar la prestación del servicio.  | Acción Correctiva        | Subdirección administrativa         | recursos financieros y logísticos                                | Adquisición de nuevas impresoras                                  | No. de equipos adquiridos   | 01-oct-16              | 30-mar-17         |                            |  | El 22-ene-2017, Planeación dio aprobación al Plan de Mejoramiento y durante Feb de 2017 no reportó avances. Se dará por cumplido cuando reemplen el correo electrónico mediante el cual realizaron la solicitud de elementos para el 2017, dirigida a la Subadministrativa en la oportunidad requerida.   | 0%                         | Abierto             |
| 602017                                 | Auditoría Interna de Gestión | Informe de Auditoría | 19-jul-16      | Subproceso de Atención y Trámite de Quejas, Solicitudes y Asesoría | No existe un control estandarizado en la Regional Magdalena, de las peticiones p el funcionario que atiende al usuario, cada uno utiliza su control, situación que causa retrasos e inconvenientes en sus demás compromisos laborales.                               |   | No se esta aplicando correctamente el procedimiento los procedimientos del proceso AT | Desconocimiento de los funcionarios en la aplicación de los procedimientos del proceso AT   | N/A   |          |          | Desconocimiento de los funcionarios en la aplicación de los procedimientos del proceso AT   | Socializar a los funcionarios de la regional magdalena los procedimientos y formatos del proceso AT, para mejorar la atención a los usuarios  | Acción Correctiva        | Funcionarios de ATQ                 | Recurso humano   | Aplicación de los registros para el control de ATQ en la regional | Nº de socializaciones realizadas/ Nº Socializaciones a realizar     | 01-oct-16              | 15-feb-17         |                            |  | El 22-ene-2017, Planeación dio aprobación al Plan de Mejoramiento y durante Feb de 2017 no reportó avances. Con el cumplimiento de la acción del hallazgo 602014 se cumple con el hallazgo 602017.  | 0%                         | Abierto             |
| 602018                                 | Auditoría Interna de Gestión | Informe de Auditoría | 19-jul-16      | Gestión de Servicios Administrativos                               | Debilidades en la aplicación de las directrices del Archivo General de la Nación; Ley 594 de 2000/Ley General de Archivos y la Resolución 412 de 2015, mediante la cual se aprueba la actualización del manual de archivo versión No. 2 de la Defensoría del Pueblo. |   | Falta de empoderamiento de los funcionarios.  | Incumplimiento de la Ley 594 de 2000/Ley General de Archivos.   | N/A   |          |          | Socializar y cumplir con las directrices del Archivo General de la Nación implementándolas en la Regional y dejando las evidencias en acta y registros fotográficos | Acción Correctiva   | Funcionarios             | Recurso humano                      | Cumplimiento de las directrices del Archivo General de la Nación | No. de directrices por cumplir / No. total de directrices         | 01-oct-16   | 31-ene-17              |                   |                            | El 22-ene-2017, Planeación dio aprobación al Plan de Mejoramiento y durante Feb de 2017 no reportó avances. La Socialización se realiza a través de una capacitación bien sea por parte del Grupo de Gestión Documental (Subdirección Administrativa) o dada por una Universidad de Santa Marta; así mismo a través de la auto capacitación (leer los documentos publicados en el listado maestro de documentos). El cumplimiento se ve reflejado en las carpetas que cada uno de los servidores maneja las cuales deben estar con gestión documental (organizadas las hojas por tamaño, foliadas, sin gacho de cosedora, relacionados los documentos en el formato y no más de 200 folios por carpeta). | 0%  | Abierto                    |                     |
| 602019                                 | Auditoría Interna de Gestión | Informe de Auditoría | 19-jul-16      | Gestión de Servicios Administrativos                               | Se evidenciaron impresoras y aires acondicionados de propiedad personal de los servidores públicos de la Defensoría Regional, creando incertidumbre en los bienes de la Regional Magdalena.  |   | Ingreso de elementos personales tales como: abanicos, impresoras, aires, etc.         | Al no contar los servidores públicos con los elementos necesarios para el desarrollo de sus funciones ingresan a la Defensoría del Pueblo dichos elementos. | Pese a que no se cuente con los elementos y se ingresen bienes propiedad de los servidores públicos no se esta dejando registro para control de inventarios | N/A      |          | Pese a que no se cuente con los elementos y se ingresen bienes propiedad de los servidores públicos no se esta dejando registro para control de inventarios         | Dejar establecido en acta los elementos personales que se van a ingresar a la regional por parte de los servidores públicos, teniendo en cuenta de que estos solo sean utilizados para el desempeño de las funciones de los mismos, mientras se obtiene los elementos necesarios para la regional | Corrección               | Defensor Regional                   | Recurso humano   | Registrar todos los bienes propiedad de los servidores públicos   | 1 Registro de todos los elementos que ingresan a la Regional        | 01-oct-16              | 15-feb-17         |                            |  | El 22-ene-2017, Planeación dio aprobación al Plan de Mejoramiento y durante Feb de 2017 no reportó avances. Los funcionarios que tengan elementos de su propiedad en las instalaciones de la Defensoría deben registrar (ingreso y salida) en el libro de control del guarda de Seguridad; para el correspondiente control. La evidencia del cumplimiento de esta acción es el registro fotográfico del libro de seguridad donde se registre e ingreso de dichos elementos y el nombre del servidor   | 0%                         | Abierto             |
| 602020                                 | Auditoría Interna de Gestión | Informe de Auditoría | 19-jul-16      | Gestión de Servicios Administrativos                               | Se evidenciaron elementos de oficina inservibles en condiciones para dar de baja y dados de baja en diferentes puntos de la Defensoría del Pueblo desmejorando la imagen de la Defensoría.   |   | Se siguen utilizando Elementos o bienes a pesar de que se han dados de baja           | Por necesidad del servicio se mantuvieron en uso algunos elementos dados de baja  | N/A   |          |          | Por necesidad del servicio se mantuvieron en uso algunos elementos dados de baja  | Retirar de la sede regional los bienes inservibles dados de baja y realizar las bajas del año 2016.   | Acción Correctiva        | Funcionario del área Administrativa | Recurso humano   | Dar de baja a bienes inservibles                                  | Una (1) Resolución de bajas   | 01-oct-16              | 31-ene-17         |                            |  | El 22-ene-2017, Planeación dio aprobación al Plan de Mejoramiento y durante Feb de 2017 no reportó avances. Se recomienda que atendiendo con el manual de función le corresponde al P.G. 15 -Admón (Ing. Sistema) realizar esta acción bajo la coordinación del Defensor Regional   | 0%                         | Abierto             |
| 602021                                 | Auditoría Interna de Gestión | Informe de Auditoría | 19-jul-16      | Direccionamiento Estratégico                                       | La UPS de respaldo de energía y las baterías requieren de mantenimiento.   |   | La gestión de la Regional no implica resultados del nivel central.                    | Falta de remisión del nivel central de recursos para el mantenimiento de la UPS.  | N/A   |          |          | Falta de remisión del nivel central de recursos para el mantenimiento de la UPS.  | Realización del mantenimiento de la UPS.  | Acción Correctiva        | Nivel central                       | recursos financieros y logísticos                                | Mantenimiento de la UPS   | No. de mantenimientos realizados / No. de mantenimientos a realizar | 01-oct-16              | 30-mar-17         |                            |  | El 22-ene-2017, Planeación dio aprobación al Plan de Mejoramiento y durante Feb de 2017 no reportó avances. Se dará por cumplido cuando reemplen el correo electrónico mediante el cual realizaron la solicitud de mantenimiento para el 2017, dirigida a la SubAdministrativa con copia al Grupo de Sistemas en la oportunidad requerida.  | 0%                         | Abierto             |
| 602022                                 | Auditoría Interna de Gestión | Informe de Auditoría | 19-jul-16      | Gestión de Servicios Administrativos                               | El Sistema Híbrido Avanzado marca PANASONIC KX-TES24 se encuentra ubicado en el piso frente al Rack de Comunicaciones, representando un riesgo para el equipo.   |   | Falta de disposición de tiempo  | No ubicar correctamente el sistema híbrido avanzado.  | N/A   |          |          | No ubicar correctamente el sistema híbrido avanzado.  | Realizar el correctivo de la posición de la planta telefónica.  | Corrección               | Despacho Regional                   | recursos logísticos  | Ubicación adecuada del sistema híbrido avanzado                   | 1 reubicación   | 01-oct-16              | 30-oct-17         |                            |  | El 22-ene-2017, Planeación dio aprobación al Plan de Mejoramiento y durante Feb de 2017 no reportó avances. Por manual de funciones le corresponde al P.G. 15 -Adm (Ing. Sistema) realizar esta acción bajo la coordinación del Defensor Regional.  | 0%                         | Abierto             |



ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO

Código: SQ-F05  
 versión: 3  
 Vigente desde: 29/08/2016

| SECCIÓN 1: IDENTIFICACIÓN DEL HALLAZGO |                              |                      |                |                                      |   | SECCIÓN 2: ANÁLISIS CAUSAS                |   |  |         |         |   | SECCIÓN 3: PLAN DE MEJORAMIENTO  |  |                                    |                                |   |   | SECCIÓN 4: SEGUIMIENTO   |              |   |   |   |   |                     |                   |
|--|------------------------------|----------------------|----------------|--------------------------------------|---|---|---|--|---------|---------|---|--|--|------------------------------------|--------------------------------|---|---|--|--------------|---|---|---|---|---------------------|-------------------|
| Nº                                     | Fuente de hallazgo           | Detalle de la fuente | Fecha hallazgo | Proceso / Subproceso afectado        | Hallazgo y/o Situación  | Acción Registrada en Plan de mejoramiento | PORQUE?   | PORQUE?  | PORQUE? | PORQUE? | PORQUE?   | Causa/efecto   | ACCIÓN   | Tipo de acción                     | Responsable de ejecución       | Recursos  | Meta de la acción   | Indicador  | Fecha inicio | Fecha Terminación   | PRIMER BIMESTRE   |   | Porcentaje de cumplimiento  | Estado de la Acción |                   |
|  |                              |                      |                |                                      |   |   |   |  |         |         |   |  |  |                                    |                                |   |   |  |              |   | SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO  | DOCUMENTOS SOPORTE  |   |                     | OBSERVACIONES OCI |
| 60203                                  | Auditoría Interna de Gestión | Informe de Auditoría | 19-Jul-16      | Gestión de Servicios Administrativos | Fallas en la realización de reuniones bimestrales que se deben realizar de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 5 de la Resolución 1270 de 2013, por la cual se reestructura el Comité de Gestión Ambiental de la Defensoría del Pueblo.   |   | Falta de disposición de tiempo  | Desconocimiento de la Resolución 1270 de 2013.   | N/A     |         |   | Desconocimiento de la Resolución 1270 de 2013.   | Realizar las actas de reuniones bimestrales.   | Acción Correctiva                  | Funcionarios                   | Recurso humano  | Totalidad de reuniones bimestrales realizadas   | Tres (3) reuniones bimestrales / No. total de reuniones bimestrales                                | 01-oct-16    | 31-ene-17   |   |   | 0%  | Abierto             |                   |
| 4012001                                | Auditoría Interna de Gestión | Informe de Auditoría | 27/12/2016     | Gestión del Talento Humano           | No se evidenció la evaluación final ni la concertación de objetivos, respecto de los logros alcanzados de: Dra. Alex Duarte, María Eva Villate, Héctor López Pujic; funcionarios en Carrera Administrativa. Situación que evidencia el incumplimiento en la concertación para la evaluación de desempeño, que debía presentarse el 25 de julio de 2016. Subsanao el hecho posterior por la doctora Nigéria Rentería Lozano. | No se ha presentado                       | Desconocimiento del procedimiento para realizar la concertación de objetivos.                                     | N/A  | N/A     | N/A     | N/A   | Desconocimiento en el procedimiento para concertar y evaluar objetivos con los funcionarios.   | Realizar la concertación de objetivos de desempeño para los funcionarios de carrera del periodo noviembre 2016 - enero 2017.                         | Corrección                         | DIME                           | Humano  | Concertar objetivos con los funcionarios de carrera   | Nº de concertaciones realizadas / # de funcionarios de carrera                                     | 15/01/2017   | #####   | Se realizó el 22 de febrero de 2017 la concertación de objetivos de la doctora María Eva 2, Concertación de objetivos con el doctor Héctor López Pujic.   | Concertación de objetivos de María Eva 1, Concertación de objetivos de María Eva 2, Concertación de objetivos de Héctor López Pujic.  | La OCI observó que la memoria de reunión de concertación sobre concertación de objetivos se tenía compromiso de realizarla dentro de los 15 días hábiles siguientes al día que se reunieron, es decir el plazo máximo era hasta el 31/02/2017 y en el formato   | 100%                | Cerrado Eficaz    |
|  |                              |                      |                |                                      |   |   |   |  |         |         |   |  | Realizar la evaluación de desempeño para los funcionarios de carrera de periodo noviembre 2016 - junio 30 2017                                       | Corrección                         | DIME                           | Humano  | Evaluar los funcionarios de carrera administrativa  | Nº de evaluaciones realizadas / # de funcionarios de carrera                                       | 01/02/2017   | #####   |   | La delegada no presenta avances de la acción  | 0%  | Abierto             |                   |
|  |                              |                      |                |                                      |   |   |   |  |         |         |   |  | Realizar capacitación de concertación de objetivos y de evaluación de desempeño al Delegado para Indígenas y minorías étnicas.                       | Acción Correctiva                  | Subdirección de Talento Humano | Humano  | 1 capacitación al Delegado en el tema   | Número de capacitaciones realizadas / Número de capacitaciones programadas.                        | 15/01/2017   | #####   | El 31 de enero de 2017 la doctora Mónica Cortés, de la Subdirección de Talento Humano brindó capacitación al doctor Pedro Posada acerca de como realizar la concertación de                                   | Capacitación Evaluación de Desempeño  | La delegada envió a la OCI memoria de reunión de la capacitación con el Grupo de Carrera Administrativa.  | 100%                | Cerrado Eficaz    |
| 4012002                                | Auditoría Interna de Gestión | Informe de Auditoría | 27/12/2016     | Gestión del Talento Humano           | No se realizaron jornadas de inducción en la vigencia 2015, así como tampoco en el primer semestre 2016 (Decreto Ley 1567 de 1998 - Por el cual se crea el sistema nacional de capacitación y sistema de estímulo para los empleados del Estado   | No se ha presentado                       | No se evidencia asistencia de los servidores públicos de la Delegada las jornadas de inducción y de re-inducción. | N/A  | N/A     | N/A     | N/A   | No se evidencia asistencia de los servidores públicos de la Delegada a las jornadas de inducción y de re-inducción   | Informar a talento humano en el plan de capacitación 2017, que se convoque a los servidores públicos a inducción y reinducción para la vigencia 2017 | Corrección                         | DIME                           | Humano  | 1 Plan de capacitaciones  | Nº de planes realizados / Nº de planes notificados   | 09/02/2017   | #####   | El 16 de febrero de 2017 fue enviado por parte de la Delegada para Indígenas y Minorías Étnicas correo electrónico a la Subdirección de Talento Humano haciendo mención                                       | Se envió correo electrónico de soporte y la matriz diligenciada.  | La OCI evidenció que la delegada envió mediante mensaje electrónico a la Subdirección de Gestión de Talento Humano el 16 de febrero de 2017 la solicitud de capacitación y en su contenido aparece que entre las habilidades a fortalecer se consignó la inducción y reinducción para los funcionarios de la DIME.  | 100%                | Cerrado Eficaz    |
|  |                              |                      |                |                                      |   |   |   |  |         |         |   |  | Realizar inducción para servidores nuevos y reinducción para los servidores de la DIME en la vigencia 2017   | Acción Correctiva                  | Subdirección de Talento Humano | Humano  | Participación de los servidores públicos de la DIME en los procesos de inducción y de re-inducción. | Número de funcionarios/Número de funcionarios que asistieron a la inducción o re-inducción.        | 09/02/2017   | #####   |   | La delegada no presenta avances de la acción  | 0%  | Abierto             |                   |
| 4012003                                | Auditoría Interna de Gestión | Informe de Auditoría | 27/12/2016     | Gestión del Talento Humano           | Fallas en el registro de la información que debe registrarse de todos los servidores públicos que conforman la DIME en el SIGEP, a pesar de que la Ley de Transparencia y el derecho al acceso a la información pública nacional obliga a divulgar la información de las personas que se encuentran vinculadas bien sea por contrato de prestación de servicios, en carrera o en provisionalidad.                           | No se ha presentado                       | Desconocimiento de los funcionarios sobre los requisitos.   | N/A  | N/A     | N/A     | N/A   | Desconocimiento sobre los requisitos que deben tener los funcionarios públicos en el aplicativo SIGEP  | Realizar con el apoyo de Talento Humano una jornada de sensibilización de SIGEP en la Delegada para Indígenas y Minorías Étnicas del nivel nacional. | Acción Correctiva                  | Subdirección de Talento Humano | Humano  | Sensibilización por parte de Gestión Documental a los funcionarios de la DIME                       | Número de capacitaciones realizadas / Número de capacitaciones programadas.                        | 08/02/2017   | #####   | Se realizó capacitación a SIGEP a los servidores públicos de la DIME del nivel nacional. Capacitación el 27 de febrero por parte de la Subdirección   | Capacitación SIGEP 27-02  | La delegada envió a la OCI el listado de asistencia a la capacitación del SIGEP en donde aparece la firma de 100 servidores públicos.   | 100%                | Cerrado Eficaz    |
|  |                              |                      |                |                                      |   |   |   |  |         |         |   |  | Realizar actualización del SIGEP de los servidores públicos de la delegada de las regionales y del nivel central.                                    | Corrección                         | Subdirección de Talento Humano | Humano  | Actualización de la información suministrada en el SIGEP.   | Número de funcionarios de la DIME / Número de funcionarios con información actualizada en el SIGEP | 24/02/2017   | #####   | Se avanzó corrigiendo los pertinentes por parte del nivel nacional y se realizaron llamadas telefónicas a las regionales para informarles acerca del procedimiento y lo que tienen como documentos pendientes | Correo electrónico enviado por la Subdirección de Talento Humano a la Delegada y cuadro de seguimiento de las llamadas informativas   | La OCI consultó los servidores públicos de la delegada y el SIGEP obteniendo los siguientes resultados: Las funcionarias Rocío Calvecha Dueñas y Yina Lorena Márquez Navarro, no les aparece reportado el cargo, en cuanto esta última le aparece en la experiencia laboral con la Defensoría del Pueblo de octubre a diciembre de 2014. No se muestran datos de Eva María de la Concepción Sáenz Pulido. La OCI sugiere recalcar a cada funcionario para que cumpla con la obligación legal de mantener su hoja de vida actualizada en el sistema. | 50%                 | En Ejecución      |
|  |                              |                      |                |                                      |   |   |   |  |         |         |   |  | Solicitar mediante memorando a los funcionarios que se encuentran en territorio que realicen las correcciones a las que haya lugar.                  | Corrección                         | DIME                           | Humano  | Funcionarios que realicen adecuado diligenciamiento del aplicativo SIGEP                            | Nº de solicitudes realizadas / Nº de solicitudes a realizar * 100                                  | 08/02/2017   | #####   |   | La delegada no presenta avances de la acción  | 0%  | Abierto             |                   |
| 4012004                                | Auditoría Interna de Gestión | Informe de Auditoría | 27/12/2016     | Gestión del Talento Humano           | No se registro información en la hoja de vida en el SIGEP del siguiente contratista: Ulder Arley Cañas Jamioy, Regional Amazonas.   | No se ha presentado                       | Desconocimiento de los funcionarios sobre los requisitos.   | N/A  | N/A     | N/A     | En el momento de formular las acciones se evidencia que el funcionario se encuentra registrado en el SIGEP, sin embargo falta actualizar información. | Solicitar mediante memorando al funcionario que se encuentra en territorio que realice las correcciones a las que haya lugar que si tiene usuario activo.              | Acción Correctiva  | DIME - Talento Humano              | Humano                         | Funcionarios diligenciando correctamente aplicativo SIGEP                               | Nº de solicitudes realizadas / Nº de solicitudes a realizar * 100                                   | 08/02/2017   | #####        | En el momento de formular las acciones se evidencia que el funcionario se encuentra registrado en el SIGEP. |   | La OCI comprobó que el profesional Ulder Arley Cañas Jamioy aparece con dos entidades como son: la Defensoría del Pueblo y la Corporación del Amazonas; además le aparece el cargo denominadoprofesional especializado asesor (el cual no existe) y aparece como servidor público. La OCI recomienda confirmar si es contratista o servidor público de la entidad y su cargo. | 90%   | En Ejecución        |                   |
| 4012005                                | Auditoría Interna de Gestión | Informe de Auditoría | 27/12/2016     | Gestión de Servicios Administrativos | La DIME no cuenta con los mejores espacios físicos para la prestación de servicio al ciudadano; incomodidad, privacidad; al interior de algunas áreas son utilizadas para guardar elementos y bienes.   | No se ha presentado                       | Limitado espacio físico con el que cuenta la DIME en el Bloque C de Chapinero                                     | N/A  | N/A     | N/A     | Limitado espacio que se tiene a raíz de la construcción del Bloque C, en el cual la Delegada quedo con menos espacio físico.                          | Solicitar mediante memorando a la Subdirección Administrativa para que se revise la ubicación física y que se brinde opciones para mejorar la atención a los usuarios. | Acción Correctiva  | DIME - Subdirección Administrativa | Humano - Físico                | Solicitud para la mejora del espacio físico en el que se encuentra la DIME actualmente  | Nº de solicitudes realizadas / Nº de solicitudes a realizar * 100                                   | 08/02/2017   | #####        |   |   | La delegada no presenta avances de la acción  | 0%  | Abierto             |                   |
| 4012006                                | Auditoría Interna de Gestión | Informe de Auditoría | 27/12/2016     | Promoción y Divulgación              | No se evidencia seguimiento a las actividades realizadas por los funcionarios y contratistas de la Delegada para los Indígenas y Minorías Étnicas en temas específicos de   | No se ha presentado                       | No se tiene una plataforma para llevar consecutivo de las acciones que día a día se presentan.                    | Desconocimiento del procedimiento para no perder la memoria histórica de la institución. | N/A     | N/A     | No existe los medios para que cada asesor ingrese la asistencia técnica que brinda continuamente a la comunidad.                                      | Crear un mecanismo de seguimiento que permita desde el nivel nacional y desde el nivel regional alimentar el trabajo que diariamente se realiza con las comunidades    | Acción Correctiva  | DIME - Oficina de Sistemas         | Humano                         | Tener registrados las acciones que desarrolla la DIME en todo el territorio colombiano. | Un tablero de control   | 08/02/2017   | #####        |   |   | La delegada no presenta avances de la acción  | 0%  | Abierto             |                   |

| ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (ACPM)-PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO |  |   |                |                                      |   |   |  |   |   |          |  |   |   |                                    | Código:   | SQ-F05  |   |   |                   |                            |  |  |   |                     |                |
|---|--|---|----------------|--------------------------------------|---|---|--|---|---|----------|--|---|---|------------------------------------|---|---|---|---|-------------------|----------------------------|--|--|---|---------------------|----------------|
|   |  |   |                |                                      |   |   |  |   |   |          |  |   |   |                                    | versión:  | 3   |   |   |                   |                            |  |  |   |                     |                |
|   |  |   |                |                                      |   |   |  |   |   |          |  |   |   |                                    | Vigente desde:  | 29/08/2016  |   |   |                   |                            |  |  |   |                     |                |
| SECCIÓN 1: IDENTIFICACIÓN DEL HALLAZGO  |  |   |                |                                      | Acción Registrada en Plan de mejoramiento   | SECCIÓN 2: ANÁLISIS CAUSAS  |  |   |   |          | SECCIÓN 3: PLAN DE MEJORAMIENTO  |   |   |                                    |   | SECCIÓN 4: SEGUIMIENTO  |   |   |                   |                            |  |  |   |                     |                |
| Nº  | Fuente de hallazgo                               | Detalle de la fuente  | Fecha hallazgo | Proceso / Subproceso afectado        | Hallazgo y/o Situación  | ¿PORQUE?  | ¿PORQUE?   | ¿PORQUE?  | ¿PORQUE?  | ¿PORQUE? | Causa/ Raíz  | ACCIÓN  | Tipo de acción Propuesta  | Responsable de ejecución           | Recursos  | Meta de la acción   | Indicador   | Fecha Inicio  | Fecha Terminación | SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO | DOCUMENTOS SOPORTE   | OBSERVACIONES DCI  | Porcentaje de cumplimiento  | Estado de la Acción |                |
| 4012007   | Auditoría Interna de Gestión                     | Informe de Auditoría  | 27/12/2016     | Gestión del Talento Humano           | No hay capacitación y actualización a todos los funcionarios de la DIME, en temas específicos de Comunidades Indígenas y Minorías Étnicas.  | No se ha solicitado a Talento Humano la necesidad de actualizarnos.                   | Dado las múltiples tareas que se tienen en la Delegada queda muy poco tiempo para capacitarse en los temas de interés.   | N/A   |   |          | No se ha solicitado a Talento Humano la importancia de actualizar una vez al año al equipo de DIME en los asuntos étnicos.   | Actualización en temas étnicos y de interés y necesidad para la DIME.   | Acción Correctiva   | DIME - Talento Humano              | Humano  | Actualización de temas étnicos y de interés para la DIME.   | Número de capacitaciones realizadas / Número de capacitaciones programadas.   | 05/10/2017  | #####             |                            |  | La delegada no presenta avances de la acción                                     | 0%  | Abierto             |                |
| 4012008   | Auditoría Interna de Gestión                     | Informe de Auditoría  | 27/12/2016     | Gestión de Servicios Administrativos | Deficiencia en la capacidad de los equipos de cómputo; no es el más adecuado en capacidad para cumplir en los tiempos estimados las actividades asignadas.  | No hay equipos tecnológicos en la entidad para satisfacer las necesidades de la DIME. | N/A  | N/A   |   |          | No hay equipos tecnológicos en buen estado para satisfacer las necesidades de la DIME.   | Solicitar mediante memorando a la Subdirección Administrativa para que por favor revise nuestras necesidades en computadores, impresoras, escáner y cámara fotográfica.   | Acción Correctiva   | DIME - Subdirección Administrativa | Tecnológico   | Mejorar los equipos tecnológicos de la DIME.  | Nº de solicitudes realizadas / Nº de solicitudes a realizar * 100   | 05/10/2017  | #####             |                            |  | La delegada no presenta avances de la acción                                     | 0%  | Abierto             |                |
| 4012009   | Auditoría Interna de Gestión                     | Informe de Auditoría  | 27/12/2016     | Gestión de Servicios Administrativos | Debilidades en la aplicación de las directrices del Archivo General de la Nación, Ley 594 de 2000 / Ley General de Archivos y la Resolución 412 de 2015, mediante la cual aprueba la actualización del manual de archivo versión N° 2 de la Defensoría del Pueblo | No se ha presentado   | Fallas en el archivo de la documentación del Delegada  | Desconocimiento por parte de los servidores públicos acerca de las normas archivísticas   | No se capacito a la persona del archivo de la DIME por parte de la Defensoría del Pueblo en las reglas internas y de nivel nacional en cuanto al archivo. | N/A      | N/A  | No se capacito a la persona del archivo de la DIME por parte de la Defensoría del Pueblo en las reglas internas y de nivel nacional en cuanto al archivo.   | Solicitar al grupo de Gestión Documental una capacitación de refuerzo en el manejo de los formatos de Archivo y Correspondencia a la funcionaria encargada del archivo. Laura Ramirez | Acción Correctiva                  | DIME - Gestión Documental   | Humano  | Sensibilización a la funcionaria encargada del archivo.   | Nº de solicitudes realizadas / Nº de solicitudes a realizar * 100 | 05/10/2017        | #####                      | Desde la Delegada se solicitó al Grupo de Gestión Documental una capacitación, la cual se desarrolló el 20 de febrero en las instalaciones de la DIME. | Memoria de reunión de la Capacitación de Gestión documental. 20 febrero de 2017. | La delegada aportó memoria de reunión en donde consta la capacitación a la auxiliar administrativo de DIME sobre formatos del SOC y procedimientos de gestión documental. | 100%                | Cerrado Eficaz |
| 4012009   | Auditoría Interna de Gestión                     | Informe de Auditoría  | 27/12/2016     | Gestión de Servicios Administrativos | Se evidenció la falta de equipo de computadores e impresoras, presentan total desactualización en los programas instalados, poca capacidad y lentitud; con el fin de optimizar de forma eficiente y eficaz la atención de nuestros usuarios internos y externos.  | No hay equipos tecnológicos en la entidad para satisfacer las necesidades de la DIME. | N/A  | N/A   |   |          | No hay equipos tecnológicos en buen estado para satisfacer las necesidades de la DIME.   | Solicitar mediante memorando a la Subdirección Administrativa para que por favor revise nuestras necesidades en computadores, impresoras, escáner y cámara fotográfica.   | Acción Correctiva   | DIME - Subdirección Administrativa | Humano  | Mejorar los equipos tecnológicos de la DIME.  | Nº de solicitudes realizadas / Nº de solicitudes a realizar * 100   | 05/10/2017  | #####             |                            |  | La delegada no presenta avances de la acción                                     | 0%  | Abierto             |                |
| 1   | Estrategia de Rendición de Cuentas Vigencia 2016 | Informe Evaluación Estrategia de Rendición de Cuentas Vigencia 2016 | 07-sep-16      | Direccionamiento Estratégico         | Se realiza y publica un acta sobre el resultado del ejercicio de rendición de cuentas para el defensor, pero no se presenta de la misma forma (acta) sobre la actividad realizada por el Secretario General en temas administrativos.                             | No se ha presentado   | Risque las audiencias de rendición de cuentas del defensor y del secretario general son coordinadas y organizadas desde distintas dependencias.  | Por disposición de la Alta Dirección la Vicdefensoría es responsable del componente de Rendición de Cuentas del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.         | NA  |          | No se han definido de forma articulada las acciones tendientes a estandarizar la entrega de los productos.   | Definir un producto estandarizado que evidencie el resultado de los ejercicios de Rendición de Cuentas.   | Acción Correctiva   | Defensor del Pueblo                | Recursos Humanos (Equipo de trabajo que actúe de manera coordinada y articulada)                              | Producto estandarizado que resulte de los espacios a través de los cuales se realizan los ejercicios de rendición de cuentas. | No. de productos entregados/ Total de productos Planeados   | 01-jun-17   | 30-jun-17         |                            |  | No se presentó seguimiento en este bimestre                                      | 0%  | Abierto             |                |
| 3   | Estrategia de Rendición de Cuentas Vigencia 2016 | Informe Evaluación Estrategia de Rendición de Cuentas Vigencia 2016 | 07-sep-16      | Direccionamiento Estratégico         | Asencia de caracterización de los grupos de interés y de una estrategia de comunicación sobre las que se prioricen las acciones para la Rendición de Cuentas.   | No se ha presentado   | Debido al cambio de administración se adelantaron las fechas de realización de las actividades que comprende el desarrollo del componente de rendición de cuentas, lo que modificó el cronograma y apresuró su cumplimiento. | Implementación tardía del Formato-instrumento de consulta a la ciudadanía diseñado con el fin de capturar información sobre el usuario, sus expectativas y necesidades. | NA  |          | Se dispone de los mecanismos necesarios que permiten la caracterización de los grupos de interés, pero no se utilizan de la manera adecuada.   | Sacar un mejor provecho de los espacios de capacitación y de comunicación generados con los grupos de interés, de tal forma que sirvan como incentivo o acompañamiento y permitan una mejor cualificación del Proceso de Rendición de Cuentas. Esos espacios estarán motivados en las necesidades y expectativas de los grupos de interés y harán parte de la estrategia de rendición de cuentas. | Acción Correctiva   | Defensor del Pueblo                | Recursos Humanos y Logísticos (necesidades locales, de transporte, tiempos de grabación, edición y de costos) | Caracterizar adecuadamente los grupos de interés e incluir en la rendición de cuentas sus necesidades y expectativas.         | No de dependencias que tuvieron en cuenta a los grupos de interés en los espacios de interacción/No. de dependencias que abrieron espacios de interacción | 01-abr-17   | 18-ag-17          |                            |  | No se presentó seguimiento en este bimestre                                      | 0%  | Abierto             |                |
| 4   | Estrategia de Rendición de Cuentas Vigencia 2016 | Informe Evaluación Estrategia de Rendición de Cuentas Vigencia 2016 | 07-sep-16      | Direccionamiento Estratégico         | La mayoría de Informes del ejercicio realizado no cumplen con los lineamientos dados por la Vicdefensoría   | No se ha presentado   | Con la modificación de cronograma el adelanto de las fechas para el desarrollo de las actividades las dependencias apenas alcanzaron el cumplimiento del 100% de los requeridos.   | Cada año se busca ampliar el desarrollo del conjunto de acciones que configuran la rendición de cuentas.  | NA  |          | No se definen con antelación suficiente las instrucciones y lineamientos tanto en la realización de los informes que presentan las Defensorías Regionales, Direcciones y Delegadas como de revisión para los responsables de la Vicdefensoría. | Establecer instrucciones claras y oportunas en la realización de los informes que presentan las Defensorías Regionales, Direcciones y Delegadas; así como de lineamientos de revisión para los responsables de la Vicdefensoría que participan dentro del Proceso.  | Acción Correctiva   | Defensor del Pueblo                | Recursos Humanos (Equipo de trabajo que actúe de manera coordinada y articulada)                              | Lineamientos e instrucciones claras tanto en la realización de informes como en los lineamientos de revisión de los mismos.   | No. de productos que siguieron los lineamientos establecidos/ Total de productos generados  | 20-nov-17   | 30-jun-17         |                            |  | No se presentó seguimiento en este bimestre                                      | 0%  | Abierto             |                |

| SECCIÓN 1: IDENTIFICACIÓN DEL HALLAZGO |   |  |                |                               |   | Acción Registrada en Plan de mejoramiento | SECCIÓN 2: ANÁLISIS CAUSAS   |   |         |         |   |  | SECCIÓN 3: PLAN DE MEJORAMIENTO |   |   |  |   |           |              |                   | SECCIÓN 4: SEGUIMIENTO     |   |                   |                            | Estado de la Acción |
|--|---|--|----------------|-------------------------------|---|---|--|---|---------|---------|---|--|---------------------------------|---|---|--|---|-----------|--------------|-------------------|----------------------------|---|-------------------|----------------------------|---------------------|
| Nº                                     | Fuente de hallazgo                                      | Detalle de la fuente   | Fecha hallazgo | Proceso - Subproceso afectado | Hallazgo y/o Situación  |   | PORQUE?  | PORQUE?   | PORQUE? | PORQUE? | PORQUE?   | Causa(s) Raíz  | ACCIÓN                          | Tipo de acción Propuesta                        | Responsable de ejecución  | Recursos   | Meta de la acción   | Indicador | Fecha Inicio | Fecha Terminación | SEGUIMIENTO AVANCE PROCESO | DOCUMENTOS SOPORTE                          | OBSERVACIONES DCI | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO |                     |
| 5                                      | Herramienta Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano | Informe de Evaluación y Seguimiento - Herramienta Anticorrupción y Atención al Ciudadano | 16-sep-16      | Direccionamiento Estratégico  | Los informes y actas publicados en la Web no indican claramente diferentes elementos mínimos. | No se ha presentado                       | Cada año se busca ampliar el desarrollo del conjunto de acciones que configuran la rendición de cuentas. | Las dependencias no advierten los nuevos elementos a tener en cuenta para el desarrollo conjunto de la rendición. | NA      |         | No se han definido productos estandarizados de las actividades programadas. | Definir un producto estandarizado que incluya según el caso:<br>-Responsables de proyección (nombres y cargos)<br>-Responsables de aprobación (nombres y cargos)<br>-Periodo de evaluación<br>-Temas Generales a tratar/tratados<br>-Fecha de elaboración del documento<br>-Preguntas Realizadas | Acción Correctiva               | Defensor del Pueblo<br>Vicedefensora del Pueblo | Recursos Humanos y Logísticos (necesidades locales, de transporte, tiempos de grabación, edición y de costos) | Productos estandarizados para las actividades programadas. | No. de productos que siguieron los lineamientos establecidos/<br>Total de productos generados | 20-ene-17 | 30-Jun-17    |                   |                            | No se presentó seguimiento en este bimestre | 0%                | Abierto                    |                     |
| 183                                    |   |  |                |                               |   | 183                                       |  |   |         |         |   |  |                                 |   |   |  |   | 209       |              |                   |                            |   |                   |                            |                     |

Nº: Número consecutivo acumulado de hallazgos, asignado por la Oficina de Control Interno

Fuente del hallazgo: Selección de la lista desplegable

Detalle de la fuente: Nombre del informe o documento de quien detectó el hallazgo (Revisión por la Dirección, PQRDOP etc.)

Fecha hallazgo: Día, mes, año del informe o documento de quien detectó el hallazgo

Proceso afectado: Tomado de la lista desplegable

Hallazgo y/o Situación: Transcripción del hallazgo presentado en el informe o documento

Causa: Escribir los motivos que originan al interior de la DEFENSORIA dicho hallazgo

Acción: Actividades que se realizarán para mitigar el hallazgo con el fin de corregir la situación detectada

Tipo de acción: Correctiva, preventiva, mejora

Meta de la acción: Resultado que se espera obtener al terminar las acciones

Indicador: Relación de variables con el fin medir el estado de avance de las acciones para subsanar la situación encontrada

Fecha inicio: Día, mes año en el cual se inicia la acción

Fecha de terminación: Día, mes año en el cual se termina la acción teniendo en cuenta el plazo considerado para realizar las acciones pertinentes

Notas Control Interno :

- 1- Nov 2016. Herramienta consolidada de los planes de mejoramiento formulados y publicados en la Web a 12 de octubre del 2016.
- 2- Nov 2016. Se realiza seguimiento a estos planes de mejoramiento sobre la versión 3 y se consolidan unos seguimiento adelantados previamente por la Oficina de Control Interno
- 3- Mar 2017. Se retiran los planes de Mejora "Cerrados" en el seguimiento con fecha de corte 31 diciembre 2016, correspondientes a seis (6) planes de mejora.
- 4- Mar 2017 Se incluye una nueva acción al hallazgo 602508, que se habla cerrado de manera ineficaz en el corte de 31 dic 2016 y con esta nueva acción queda en estado abierto..