



1. OBJETIVO.

Tomar acciones para eliminar las causas de los hallazgos detectadas (No Conformidades, Observaciones), para evitar que vuelvan a ocurrir y de las causas potenciales para prevenir su ocurrencia, permitiendo así, el mejoramiento continuo, la disminución de costos y el desarrollo efectivo en todos los procesos que realiza el Fondo.

2. ALCANCE.

Este procedimiento inicia con la identificación de los hallazgos en los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación de FONDECUN y culmina con el cierre de las acciones tomadas.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Este procedimiento es transversal a todos los procesos de FONDECUN.

Analiza los hallazgos (No Conformidades, Observaciones) previamente identificados a través de las diferentes fuentes de medición y seguimiento, como son: Auditorias, Quejas y Reclamos, resultados de las mediciones de satisfacción del cliente, Resultados de seguimiento a riesgos e indicadores; para definir y establecer las acciones preventivas, correctivas y oportunidades de mejora que garanticen el cumplimiento de los Servicios que ofrece FONDECUN.

Se debe identificar plenamente el tipo de acción para el adecuado planteamiento de las acciones a seguir, si es una acción correctiva se debe generar una corrección inmediata, analizar las causas para eliminar la raíz del problema y definir acciones realizables que impidan que éstas vuelvan a ocurrir. Si es acción preventiva se procede a identificar las acciones que puedan impedir la materialización de una no conformidad potencial o el incumplimiento de un requisito que aún no se haya hecho evidente.

El líder de cada proceso responsable de la acción debe asegurar que se tomen las acciones pertinentes sin demora injustificada para eliminar los hallazgos detectados y sus causas o las posibles ocurrencias de situaciones no deseadas.

Es responsabilidad del jefe de la Oficina Asesora de Control Interno, la revisión y verificación de la implementación del presente procedimiento y de sus modificaciones.

3.1. Es responsabilidad de los Servidores Públicos, al evidenciar el incumplimiento de un requisito de proceso o de ley (Hallazgo, No conformidad), dar aviso de la misma al responsable del área respectiva, para que éste genere y ejecute un plan de mejora con el fin de solucionar las causas que generaron el incumplimiento.

3.2. En el Fondo se realizan acciones Preventivas:

- Conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable.

3.3. En el Fondo se realizan acciones correctivas que comprenden:



- La investigación de las causas que generaron la no conformidad, así como también el registro de los resultados de la investigación.
- La generación de las acciones correctivas necesarias para evitar la repetición de los hallazgos.
- La utilización de controles efectivos para asegurar la implementación de acciones correctivas eficaces.
- El seguimiento de la acción para comprobar su eficacia.

3.4. Las fuentes para detectar las acciones correctivas son:

- Los resultados de las auditorías internas y/o externas
- Las quejas y reclamos de los clientes
- El incumplimiento de los indicadores que miden la gestión institucional.
- Los resultados de la satisfacción del cliente.
- El incumplimiento de los estándares definidos en cada uno de los procesos que hacen parte del Fondo.
- Los resultados de los comités desarrollados por el Fondo.
- Las fuentes para detectar los hallazgos potenciales son las tendencias que impliquen una aproximación a las metas con el riesgo de no cumplirla.
- Monitoreo, seguimiento o evaluación de mapas de
- Resultados FURAG.

3.5 . Fuentes para identificar Acciones de Mejora

La formulación de Acciones de Mejora es aplicable cuando se detecta una situación para mejorar (No conformidad potencial), las fuentes a tener en cuenta para identificar las no conformidades potenciales son:

- Cambios en la normatividad vigente
- Nuevas relaciones interinstitucionales
- Factores sociales que influyan en el servicio que presta la entidad
- Cambios en la estructura orgánica
- Finalización e inicio del periodo Fiscal
- Resultados de análisis de riesgos por proceso
- Resultados auditorías internas de calidad partiendo de las observaciones o recomendaciones dadas por el auditor.
- Resultados auditorías realizadas por la Oficina de Control Interno
- Resultado de auditorías externas
- Resultados de las auditorías de certificación y acreditación.
- Producto de seguimiento interno a cada proceso
- Resultado de la evaluación de la calidad del servicio (Satisfacción del cliente o usuario)
- Análisis y seguimiento al Plan de Acción
- Análisis de indicadores de gestión

3.6. Las acciones que requieran recursos deben ser aprobadas por el Gerente General.



3.7. El cierre de una acción correctiva se realiza una vez se evidencie el cumplimiento de las actividades establecidas en el plan de acción.

4. PROCEDIMIENTO.

No	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	REGISTRO
1	Identificar el hallazgo (no conformidad, observación, acciones de mejoría) Esta detección se realiza por el jefe de la oficina de control interno. Reportar al jefe inmediato.	Servidores Públicos Trabajadores oficinales, contratista, Auditor o líder de proceso que haya detectado o tenga conocimiento de un hallazgo o incumplimiento	Correo electrónico/ Formato Plan de Mejoramiento Documentar mediante un correo electrónico dirigido a planeación y control interno la situación encontrada, de manera clara y sencilla, relacionando el proceso al cual se le identifica la acción (preventiva o correctiva). Cuando es resultado de una auditoria es el auditor quien documentará el hallazgo, se elabora el plan de mejoramiento y lo enviará a la OCI
2	Evaluar si el tipo de hallazgo es pertinente y requiere una acción correctiva y definir el tratamiento inmediato (Corrección). - El análisis se realiza, de acuerdo con el impacto que se pueda generar.	Responsable del proceso /Grupo de trabajo	Plan de Mejoramiento Cuando el hallazgo detectado implique una corrección inmediata debido al grado de incumplimiento o riesgo para el proceso, el líder procederá a realizarla sin demora injustificada y ésta se incluirá como acción en el plan de mejoramiento. La aplicación de una corrección no es la solución del hallazgo, por tanto, se debe continuar con las propuestas de acciones.
3	Registrar el hallazgo en el formato respectivo, indicando si es acción correctiva (Describir el riesgo, situación o desvío informando, que potencialmente puede ser causa de futuras no conformidades)	Responsable del proceso /Grupo de trabajo	Posterior al análisis del hallazgo el equipo de trabajo documentará las acciones que permitan el tratamiento adecuado del mismo, definiendo fechas, metas y responsables para cada una de ellas. Si la acción implica coordinación con otras áreas el líder del proceso deberá informar y convocar las reuniones de trabajo oportunamente.
4	Determinación de la causa(s) raíz, investigando cuáles fueron las deficiencias en el Sistema que permitió la	Responsable del proceso	Plan de Mejoramiento Si la acción a tomar es correctiva, se debe analizar la causa del hallazgo, documentarla y



	ocurrencia de la no conformidad		plantear acciones que impidan una nueva ocurrencia y que eliminen la causa raíz de la misma. Si es preventiva se debe inscribir acciones que impidan la materialización de la posible ocurrencia o potencial incumplimiento.
5	Generación de las acciones correctivas para eliminar la causa(s)	Responsable del proceso	Plan de Mejoramiento Siempre que sea acción correctiva se debe plantear una corrección.
6	Revisar y aprobar plan de mejoramiento la coherencia entre las actividades planteadas en el plan de mejoramiento y el análisis de causa raíz respectivo.	Profesional designado Oficina de Planeación	Plan de Mejoramiento /Correo electrónico Se verifica que se haya identificado el tipo de acción y las acciones adecuadas. Se revisa que estén diligenciados la totalidad de los campos, que se haya definido responsables y fechas para la implementación. Las actividades del plan no deben superar 12 meses a partir de la primera acción. Si existe algún error u omisión se asesora al área responsable del plan.
7	Desarrollar o ejecutar el plan de mejoramiento y reportar los avances a la oficina de control interno	Responsable del proceso	Plan de Mejoramiento Documentos de trabajo/Registro de reuniones Se coordinan y ejecutan las actividades planificadas de acuerdo con los tiempos establecidos. Se deja evidencia del avance. Se hace seguimiento a las acciones.
8	Verificar el cumplimiento del plan de acción	Líder del Proceso	Documentos de trabajo/Registro de reuniones El líder de proceso realiza la verificación de las actividades durante el desarrollo de la gestión de su proceso, con el fin de asegurar su cumplimiento.
9	Notificar el cumplimiento del plan de acción y solicitar el cierre	Líder del Proceso	Plan de Mejoramiento/ Documentos de trabajo
10	Seguimiento a la eficacia de las acciones implementadas y Realizar el cierre del plan de mejoramiento	Jefe de Control Interno /Profesional designado Oficina de Control Interno	Plan de Mejoramiento/ Documentos de trabajo La OCI Si se han cumplido la totalidad de las acciones procede a hacer el cierre de la eficacia del plan de mejoramiento, se registra dicha.



			Si no se han realizado las actividades se replantear la fecha de cierre y la necesidad de solicitar información adicional al responsable del hallazgo.
11	Cierre del plan de mejoramiento	Jefe de Control Interno /Profesional designado Oficina de Control Interno	
Fin			

6. DOCUMENTOS RELACIONADOS

6.1. Formato Plan de Mejoramiento Control de cambios

Versión	Fecha	Identificación de los cambios	Responsable
01	2021/11/23	Construcción del procedimiento	JOACI

METODOLOGIAS

¿Para la determinación de la causa raíz se pueden utilizar alguna metodología como los 5 por que´s?, lluvia de ideas o espina de pescado.

6.1 METODOLOGIA DE LOS 5 POR QUE´S?

La técnica de los 5 Porqué es un método se fundamenta en la realización de preguntas para explotar las relaciones de causa-efecto que permitieron la generación de la no conformidad

1. Realizar una lluvia de ideas buscando las posibles causas.
2. ¿Una vez recopiladas las posibles causas, iniciar a preguntar por qué es? ¿o porque está pasando esto?
3. Proseguir con al menos cinco porqués, forzando al grupo a buscar el fondo y no limitándose a las inicialmente planteadas.
4. En algunos casos requerirá de más de cinco porqués para identificar la causa raíz.
5. Dentro de las preguntas debe tenerse especial cuidado en no preguntar quién, pues el propósito es identificar la causa del problema y no las personas.

6.2 METODOLOGIA DE LLUVIA DE IDEAS

La lluvia de ideas busca la generación de ideas originales en un ambiente de trabajo relajado.



1. Se enuncia la no conformidad
2. Se nombra a un coordinador del equipo
3. Se procede a enunciar las posibles causas
4. Se listan las causas, sin repetir, ni criticar
5. Se concluye cuando ya no existan nuevas causas.
6. Se analizan, evaluando su idoneidad para determinar la causa raíz de la no conformidad.

6.3 METODOLOGÍA DE ESPINA DE PESCADO

El Diagrama de causa y Efecto (o Espina de Pescado) es una técnica gráfica que permite apreciar con claridad las relaciones entre una no conformidad y las posibles causas que pueden estar contribuyendo para que ocurra.

