

Objetivo:

Formular e implementar los planes de mejoramiento tendientes a eliminar la causa de los hallazgos, prevenir su recurrencia o mitigar su impacto, y realizar monitoreo o seguimiento a las acciones correctivas y de mejora, contribuyendo al mejoramiento continuo del Sistema Único de Gestión de la EAAB-ESP.

Alcance:

Inicia con el análisis de los hallazgos (Fuentes internas, externas o de autocontrol), continúa con la formulación de las acciones, el monitoreo o seguimiento a las actividades de los planes de mejoramiento y finaliza con la generación de los informes para las instancias que correspondan.

Términos y definiciones:

- 1 ACCIÓN CORRECTIVA: Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación no deseable.
- 2 ACCIÓN DE MEJORA: Acciones correctivas, preventivas o proyectos de mejora para eliminar las causas de No conformidades reales, potenciales o para fortalecer las áreas.
- 3 ANÁLISIS DE DATOS: Revisión de los resultados de los indicadores, seguimiento y medición de la gestión.
- 4 ARCHER: Plataforma/herramienta especializada en la Gestión, Análisis y Tratamiento de políticas, riesgos, y elementos de cumplimiento de una organización.
- 5 AUTOCONTROL: Capacidad que deben desarrollar todos y cada uno de los servidores públicos de la organización, independientemente de su nivel jerárquico, para evaluar y controlar su trabajo, detectar desviaciones y efectuar correctivos de manera oportuna para el adecuado cumplimiento de los resultados que se esperan en el ejercicio de su función, de tal manera que la ejecución de los procesos, actividades y/o tareas bajo su responsabilidad, se desarrollen con fundamento en los principios establecidos en la Constitución Política.
- 6 CAMBIO DE IMPACTO EN LA EAAB: Cambio en aspectos determinantes (materias primas, insumos, servicios, condiciones de operación, entre otros), que tiene gran afectación a nivel corporativo por su impacto en el sistema de gestión, en la prestación de los servicios o en la forma de operación de los procesos y que no se encuentran reglamentados en procedimientos o normas técnicas.
- 7 CICC: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.
- 8 CONFORMIDAD: Cumplimiento de un requisito.
- 9 CORRECCIÓN: Acción inmediata tomada para eliminar una no conformidad detectada. (Tomado ISO 9001:2015).
- 10 DGCYP: Dirección Gestión de Calidad y Procesos.
- 11 ENFOQUES SISTÉMICOS DE GESTIÓN: Se entiende por enfoques sistémicos los diferentes Sistemas de Gestión o Modelos que la empresa tiene implementados o que decida implementar y que forman parte del SUG.
- 12 EQUIPO DE MEJORAMIENTO: Grupo de trabajo que analiza y propone las acciones requeridas para el manejo de las no conformidades
- 13 FILESERVER: Servidores informáticos en donde se almacena de manera ordenada información oficial de la Empresa, cuyo acceso se realiza según la clasificación y segregación de funciones que provee la Dirección de Servicios de Informática a toda la Empresa de acuerdo con lo establecido en el Manual MPFT0202M02 Administración de Carpetas Corporativas.
- 14 HALLAZGOS DE LA AUDITORÍA: Resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría recopilada frente a los criterios de auditoría.
- 15 HALLAZGO REINCIDENTE: hallazgo que se ha presentado anteriormente para el proceso auditado y que está registrado en anteriores informes de auditoría interna, externa o informes asociados a cumplimientos de requisitos legales.
- 16 HOMOLOGACIÓN: Opción de tratamiento mediante la cual se autoriza asociar para un nuevo hallazgo acciones de mejoramiento ya existentes, las cuales tienen en común la misma causa.
- 17 INACTIVACIÓN / NO PROCEDENTE: Medida que se autoriza para las acciones de mejoramiento que luego de su análisis pueden ser reemplazadas o que su realización no es viable por cambio de normatividad, requisito, porque represente un costo que la Entidad no esté en capacidad de asumir.
- 18 INDICADORES: Característica específica, observable y medible que puede ser usada para mostrar los cambios y progresos que está haciendo un proceso hacia el logro de un resultado específico.
- 19 INFORME DE AUDITORÍA: Documento donde se presenta el resultado de la Auditoría, dirigido a las instancias que correspondan.
- 20 LÍDER DE PROCESO: Gerentes, Secretario General, Jefes de Oficina de Control Interno y Jefe de la Oficina de Investigaciones Disciplinarias, quienes son los encargados de lograr la correcta ejecución del proceso en la empresa. Puede existir más de un líder de acuerdo con el alcance del Proceso.
- 21 MEJORA CONTINUA: Actividad recurrente para mejorar el desempeño.
- 22 MODIFICACIÓN: Cambio o variación de fecha de inicio, fecha de finalización, nombre de responsable de actividades, medio de verificación, registrados a un plan de mejoramiento.
- 23 MONITOREO: Evaluación del avance del plan de acción reportado en el autocontrol por parte de la primera línea de defensa, a cargo de la segunda línea de defensa.
- 24 NO CONFORMIDAD: Incumplimiento de un requisito.
- 25 OBSERVACIÓN: Resultado de la comparación que se realiza entre un criterio establecido y la situación actual encontrada durante el examen a una actividad, procedimiento o proceso (Guía de Auditoría DAFF).
- 26 OCIG: Oficina de Control Interno y Gestión.
- 27 OPORTUNIDAD DE MEJORA: Aspectos identificados que no tienen naturaleza de No Conformidad u Observación pero que deberían mejorarse para evitar posibles no conformidades.
- 28 PLAN DE MEJORAMIENTO: Conjunto de elementos que consolidan las acciones formuladas para eliminar los hallazgos encontrados en los enfoques sistémicos del SUG o para las oportunidades de mejora.
- 29 PQRSD: Peticiones, Quejas, Reclamos, Denuncias.
- 30 RECOMENDACIÓN A LA OBSERVACIÓN: Sugerencias de la OCIG orientadas a la proyección de los planes de mejoramiento que contribuyan a eliminar las causas de las observaciones particulares o generales registradas en los resultados de las auditorías internas, y que se orientan al mejoramiento, optimización y fortalecimiento del área y entidad.
RECOMENDACIÓN: Acciones sugeridas por la OCIG para la atención de situaciones susceptibles de mejora por parte de las áreas o responsables, como resultado de los informes de auditoría interna o seguimientos.
- 31 REFORMULACIÓN: Definición de nuevas de acciones, responsables, plazos de ejecución que requieren el desarrollo del respectivo análisis de causas así como la justificación por parte del responsable/líder del proceso debido a la imposibilidad de culminar las acciones inicialmente establecidas.
- 32 RESPONSABLE DE PROCESO: Funcionario del nivel directivo, encargado de la implementación y mejora del proceso a cargo y de sus respectivos procedimientos.
- 33 REQUISITO: Condición necesaria para algo.
- 34 SEGUIMIENTO: Acción sistemática realizada por la tercera línea de defensa (OCIG), encaminada a verificar el avance en la ejecución de las acciones que son parte de los planes de mejoramiento, según los términos establecidos.
- 35 SUG: Sistema Único de Gestión.
- 36 VERIFICACIÓN: Confirmación de que se han cumplido los requisitos especificados o la eficacia de las acciones implementadas mediante la revisión de evidencia objetiva.

Políticas de Operación:

- 1 Los hallazgos se deben clasificar de acuerdo con su origen: i) Hallazgos del Sistema Único de Gestión (Conformidad, No conformidad u Oportunidad de mejora). ii) Hallazgos de las auditorías realizadas por la Oficina de Control Interno y Gestión (Observación o Recomendación). Lo anterior se explica en la siguiente imagen:


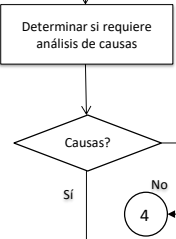
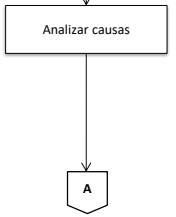


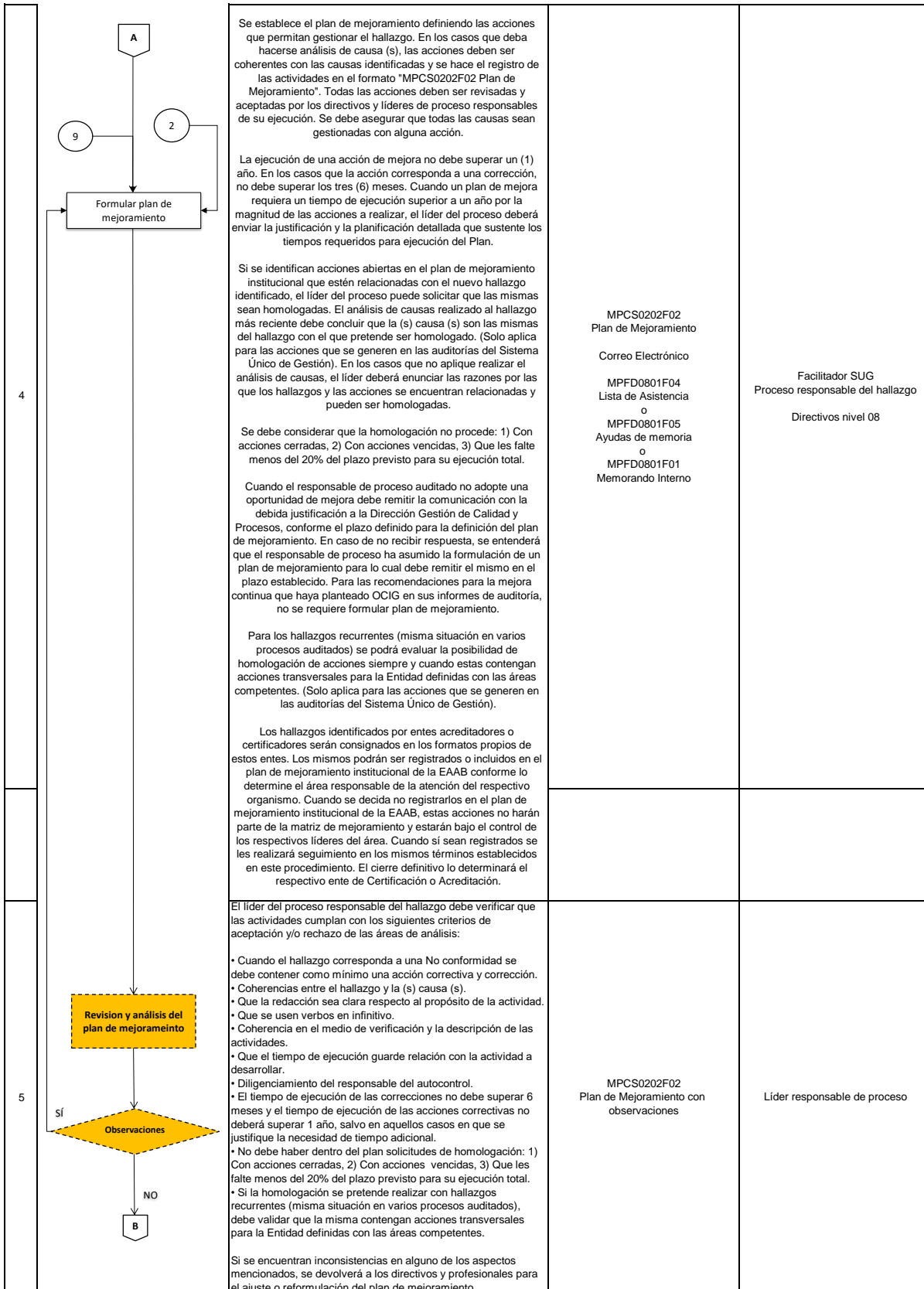
- 2 Cuando el origen de los hallazgos sea por fuentes como: PORSD, Encuestas, acuerdos de gestión, indicadores APA, análisis de datos y Revisión por la Dirección, que involucre varias dependencias, la formulación de las acciones del Plan de Mejoramiento debe ser coordinada por el Líder/responsable del tema fuente y remitida una vez este consolidada al correo electrónico "calidad_procesos@acueducto.com.co" de la Dirección de Gestión Calidad y Procesos. En este caso, si el correo recibido viene con copia a cada uno de los líderes de proceso involucrados en el plan, no será necesario firmas en el documento remitido y se procederá al registro en el aplicativo Archer.
- 3 El responsable del proceso auditado, con el apoyo del equipo de mejoramiento, debe analizar las No Conformidades y Observaciones derivadas de las auditorías internas o externas, identificar la causa o causas que generaron el hallazgo y adoptar acciones en los planes de mejoramiento que sean suficientes, pertinentes, oportunas y viables; orientadas a corregir e eliminar la situación evidenciada, teniendo en cuenta la normatividad vigente según el caso. El plan que se formule debe incluir tanto las correcciones como las acciones correctivas.
- 4 El responsable del proceso auditado debe conformar el equipo de mejoramiento el cual debe estar integrado por los directivos que tengan competencia respecto a los temas objeto del hallazgo y las acciones a desarrollar, quienes articularán a otros colaboradores que tengan conocimiento, experiencia o responsabilidad.
- 5 La Dirección Gestión de Calidad y Procesos o la Oficina de Control Interno y Gestión, según corresponda, podrán solicitar ajustes o complementos a los análisis de causas y consecuencias, así como a las acciones diseñadas, cuando se identifique que estas no son coherentes con lo evidenciado, no estén relacionadas o no contemplen todos los aspectos identificados en el hallazgo. Si la solicitud de ajuste no es acogida por los responsables de proceso auditado; y esto signifique asumir un riesgo para la Entidad o un incumplimiento normativo, se informará de esta situación al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.
- 6 Los planes deben ser formulados dentro de los (10) diez días hábiles siguientes a la notificación del informe final de auditoría o de seguimiento, para lo cual, el proceso podrá solicitar orientación a la OCIG o la DGCYP para revisarlos. Una vez el proceso reciba las observaciones de la revisión realizada por la DGCYP o por la OCIG, este tendrá cinco (5) días adicionales para realizar los ajustes correspondientes y hacer entrega formal a la OCIG o DGCYP según corresponda. En situaciones debidamente justificadas se podrá solicitar prórroga por medio escrito a la OCIG o la DGCYP, las cuales están facultadas para determinar el plazo máximo a otorgar.
- 7 En caso de incumplimiento en la formulación de los planes de mejoramiento la DGCYP o la OCIG, según corresponda, incluirá en el informe cuatrimestral la relación de planes pendientes por formular y pondrá en conocimiento del CICC esta situación, para que se tomen las medidas necesarias
- 8 Cuando un plan de mejora requiera un tiempo de ejecución superior a un año por la magnitud de las acciones a realizar, el líder del proceso deberá enviar la justificación y la planificación detallada que sustente los tiempos requeridos para ejecución del Plan.
- 9 Los hallazgos identificados por entes acreditadores o certificadores serán consignados en los formatos propios de estos entes. Los mismos podrán ser registrados o incluidos en el plan de mejoramiento institucional de la EAAB conforme lo determine el área responsable de la atención del respectivo organismo. Cuando se decida no registrarlos en el plan de mejoramiento institucional de la EAAB, estas acciones no harán parte de la matriz de mejoramiento y estarán bajo el control de los respectivos líderes del área. Cuando sí sean registrados se les realizará seguimiento en los mismos términos establecidos en este procedimiento. El cierre definitivo lo determinará el respectivo ente de Certificación o Acreditación.
- 10 Una **corrección** no debe superar los seis (6) meses de ejecución.
- 11 La Dirección de Saneamiento Ambiental y la Dirección Salud serán las responsables de realizar el monitoreo de los planes de mejoramiento de las auditorías adelantadas por ellos en el marco de sus competencias, siguiendo para ello las directrices que imparta la Dirección de Gestión de Calidad y Procesos para tal fin.
- 12 Si en el proceso de seguimiento/monitoreo que adelante la OCIG o la DGCYP a los planes de mejoramiento se detecta que aun cuando todas las acciones establecidas fueron cumplidas, pero no eficaces y/o efectivas (que no subsanan la causa o causas del hallazgo), comunicará a los procesos auditados. El Jefe de la Oficina de Control Interno y Gestión o el Director Gestión de Calidad y Procesos podrá determinar el cierre de del plan de mejoramiento y requerir al líder y responsable de proceso que se formulen nuevas acciones que eliminen la causa o causas con el fin de que la No Conformidad u Observación no se vuelva a presentar.
- 13 Una vez realizado el monitoreo/seguimiento cuatrimestral de planes de mejoramiento, el Jefe de la OCIG y el Director de la DGCYP tienen la facultad de determinar ajustes al estado de las actividades de planes de mejoramiento cuando detecte que el estado asignado por el profesional o auditor que realizó el monitoreo/seguimiento no es consistente con las observaciones que fueron registradas por este. De igual manera, la DGCYP u OCIG están facultadas para autorizar o no la modificación de las actividades de los planes de mejoramiento toda vez éstas sean justificadas.
- 14 Cuando un proceso como parte de la formulación de un plan de mejoramiento determine que debe hacerse actualización de un documento del SUG, éste deberá tener como medio de verificación el documento actualizado en el Mapa de Procesos.
- 15 Las acciones de mejoramiento asociadas a la actualización de documentos del SUG formuladas por un proceso, formarán parte del plan de Actualización Documental del respectivo proceso que se formule en cumplimiento de lo establecido en el procedimiento MPFD0802P DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS. Cuando las acciones que se formulen en el marco de las auditorías realizadas por la OCIG tengan un componente asociado a la actualización documental, el proceso responsable deberá documentar el respectivo plan de mejoramiento y remitirlo a la OCIG.
- 16 Las recomendaciones producto de auditorías internas de gestión y de informes de seguimiento realizadas por la OCIG, deben ser atendidas por los procesos auditados a través de la implementación de acciones que conlleven a subsanar dichas debilidades sin la formalidad del plan de mejoramiento, de igual forma, en los seguimientos siguientes se realizarán monitoreo al cumplimiento de éstas.
- 17 En cuanto a los planes de mejoramiento que se deban formular con ocasión de los informes y seguimientos realizados por los Entes de Control, estos se registrarán por lo dispuesto en el procedimiento MPCIO201P RELACIÓN CON ENTES EXTERNOS DE CONTROL.

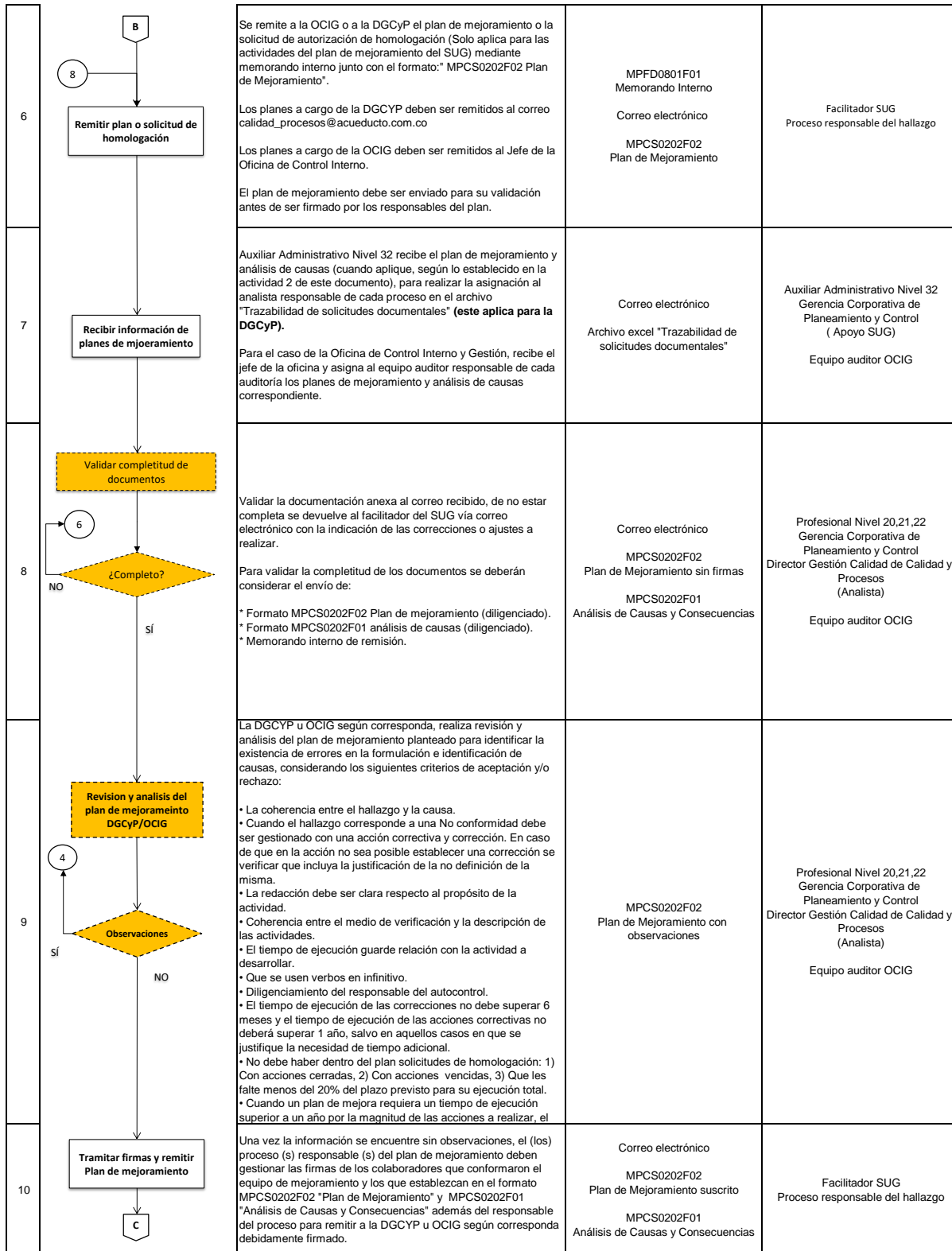
Documentos de soporte

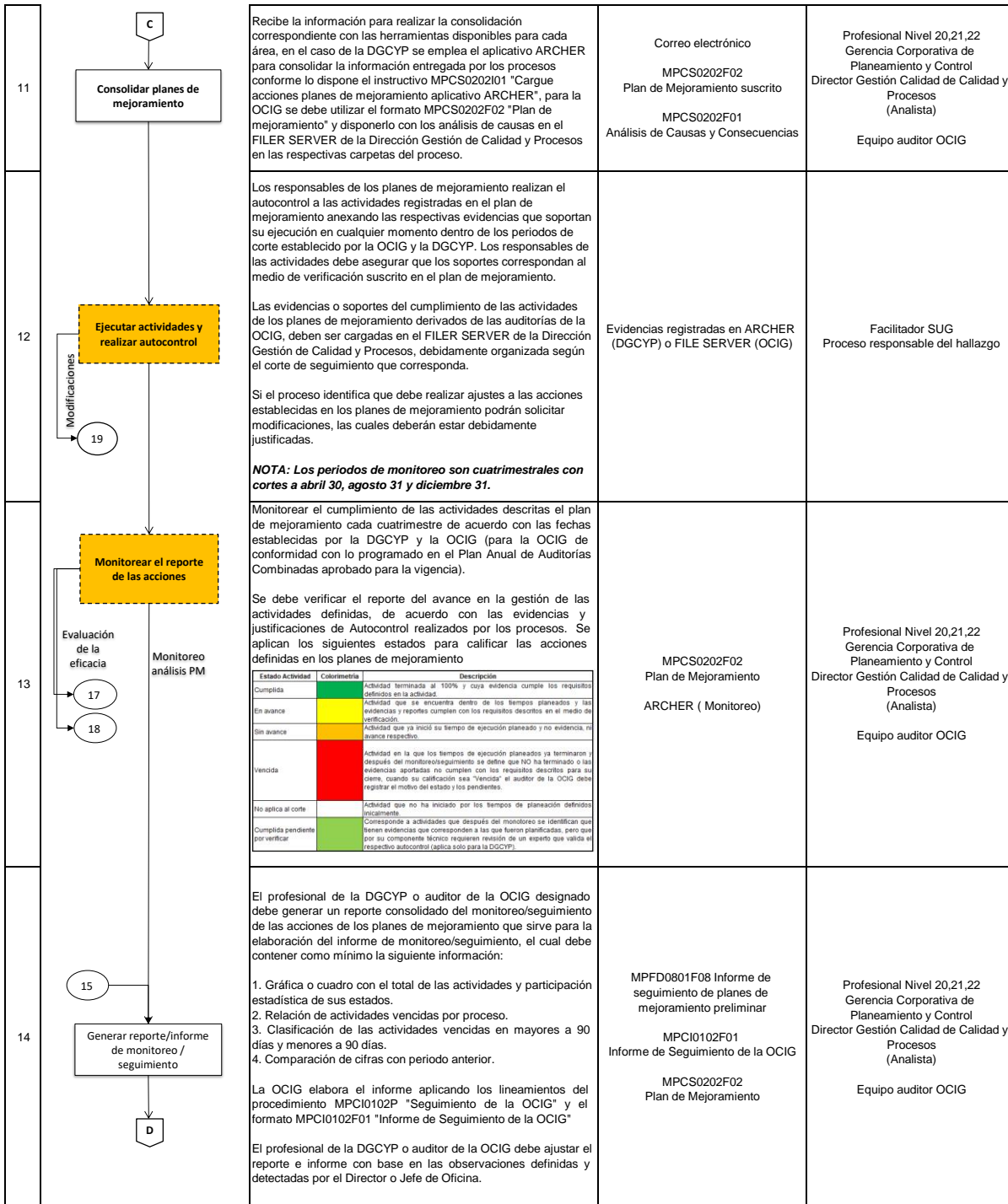
CÓDIGO	NOMBRE	Actividades	ENTIDAD
MPCS0202F01	Formato Análisis de Causas	3, 8, 10, 11, 18, 19	EAAB
MPCS0202F02	Formato Plan de Mejoramiento	4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 15, 16, 20	EAAB
MPFD0801F04	Lista de Asistencia	4	EAAB
MPFD0801F01	Memorando Interno	1, 4, 6, 16, 18, 19	EAAB
MPFD0801F05	Ayudas de memoria	4	EAAB
MPFD0801F08	Informe	14, 15, 16	EAAB
MPEE0108P	Planificación de Cambios.	3	EAAB
MPCS0202F03	Formato Control de Cambios Planes de Mejoramiento	20	EAAB
MPCIO102P	Realización de Informe de Seguimiento de la OCIG	14	EAAB
MPCIO102F01	Informe de Seguimiento de la OCIG	14, 15, 16	EAAB

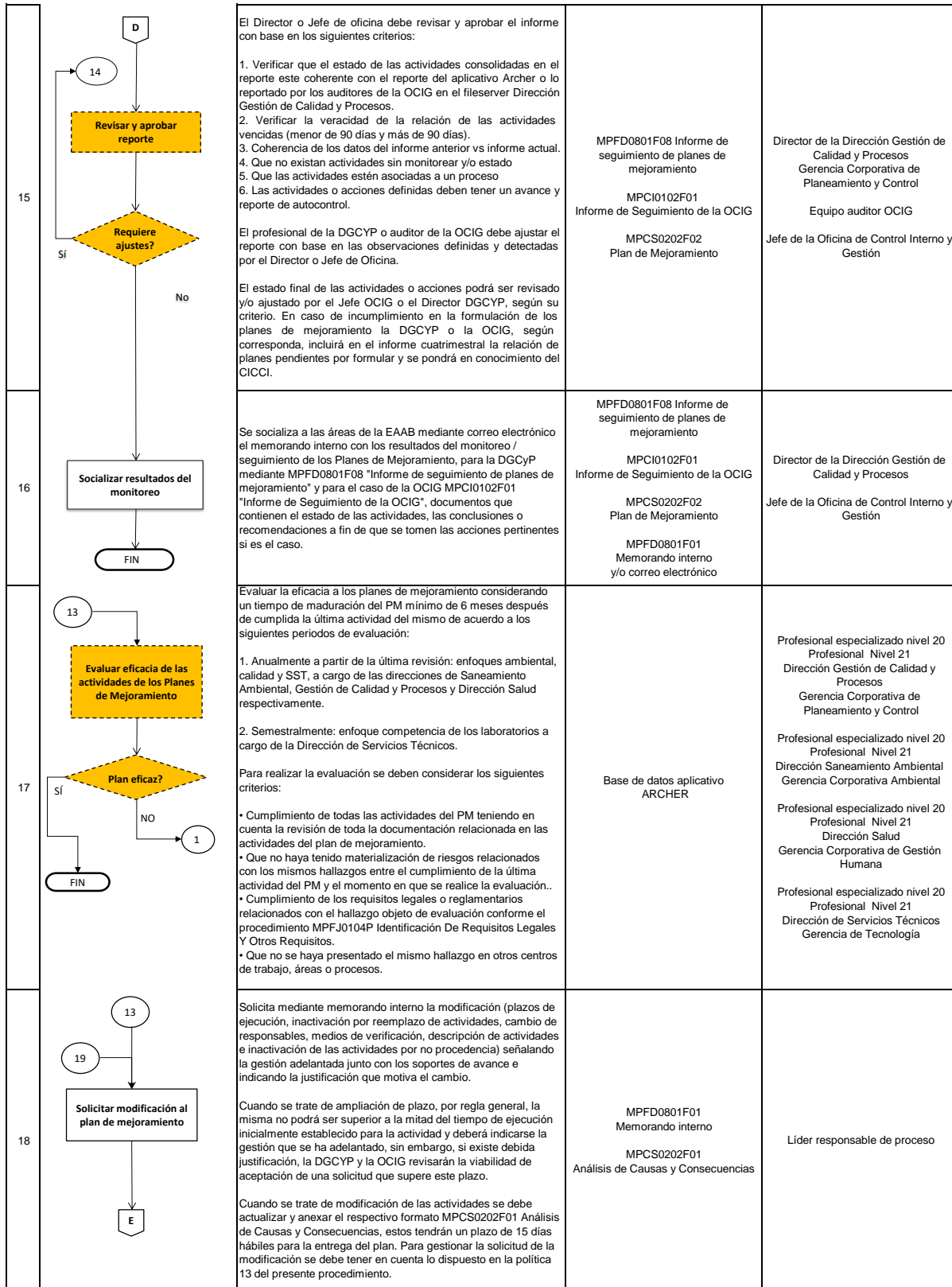
Actividades

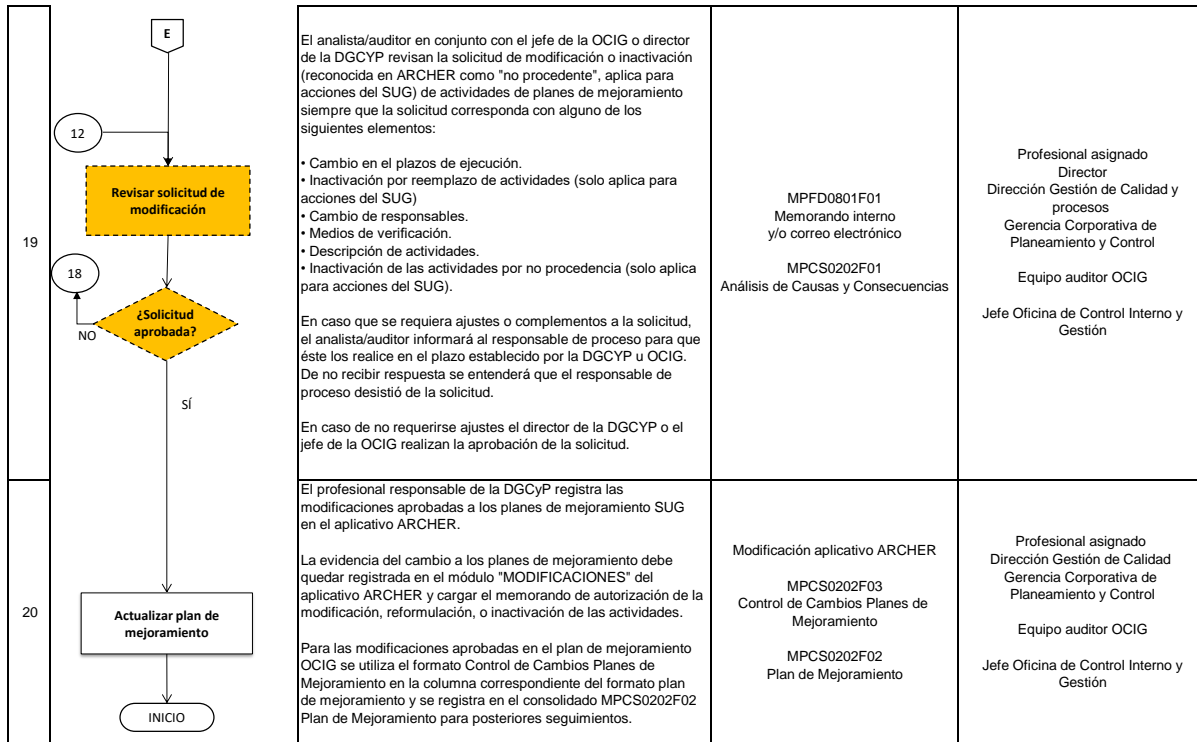
#	Nombre de la actividad	Descripción	Registro	Responsable
1		<p>Recibe la información del hallazgo de: auditoría interna (SUG u OCIG), auditoría externa, análisis de indicadores y datos, PQRSD, encuestas de satisfacción grupos de interés, salidas de Revisión por Dirección, salidas no conformes, seguimientos de OCIG, autocontrol, evaluación de cumplimiento normativo e inspecciones Gerenciales de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST), reporte evaluación de la eficacia.</p> <p>El responsable del proceso debe conformar el equipo de mejoramiento, el cual debe estar integrado por los directivos que tengan competencia respecto a los temas objeto del hallazgo y las acciones a desarrollar.</p>	<p>Correo electrónico MPFD0801F01 Memorando Interno</p>	<p>Líder del proceso Jefes de oficina Nivel 08 Director Nivel 08</p>
2		<p>Considera el siguiente listado para determinar los casos en lo que se requiere análisis de causas:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Hallazgos de auditorías clasificados como No Conformidad u observación. * Acuerdos de gestión. * Indicadores APA. * Inspecciones SST. * Salidas de revisión por la dirección <p>Cuando determine que no aplica análisis de causas procede a formular el plan de mejoramiento.</p> <p>Para las oportunidades de mejora y recomendaciones no se requiere análisis de causas.</p> <p>Al determinar si requiere o no análisis de causas, el profesional informará a través de correo electrónico la utilización de esta metodología.</p>	<p>Correo electrónico</p>	<p>Facilitador SUG Proceso responsable del hallazgo</p>
3		<p>Realizar el análisis de causas empleando el formato "MPCSO202F01 Análisis De Causas" y considerando los siguientes lineamientos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si el hallazgo corresponde con una reincidencia. El líder y los responsables de proceso deben revisar las acciones previamente definidas para proponer nuevas acciones que permitan subsanar eficazmente las causas. 2. Determinar si el hallazgo ha sido identificado como un riesgo o como oportunidad, y determinar posibles materializaciones de riesgos o la necesidad de actualizar la matriz de riesgos u oportunidades conforme el procedimiento MPEE0301P administración de riesgos y oportunidades. 3. Establecer si el hallazgo puede originar cambios de impacto en la EAAB; de esta manera, los cambios de impacto que se identifiquen deben ser planificados por los líderes de proceso, siguiendo lo establecido en el procedimiento MPEE0108P - Planificación de Cambios. 	<p>MPCSO202F01 Análisis de causas y consecuencias</p>	<p>Facilitador SUG Proceso responsable del hallazgo Directivos nivel 06</p>










Control de cambios

FECHA	DESCRIPCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL CAMBIO	VERSIÓN
20/09/2022	<ul style="list-style-type: none"> • Se realizó la actualización del procedimiento al nuevo formato, según procedimiento MPFD0802P "Documentación de procesos" para desarrollar las actividades de tipo control y clarificar el flujo que se sigue a lo largo del procedimiento. • Se ajustó objetivo y el alcance. • Se ajustaron y simplificaron las políticas del procedimiento para mayor claridad y comprensión respecto a la versión 4. • Inclusión de nuevas definiciones: ARCHER, SUG, Reformulación, Enfoques Sistémicos de Gestión • Se elimina la normatividad de acuerdo con la nueva metodología documentación de procesos. 	5
12/11/2022	Se ajusta la redacción de la actividad cuatro para facilitar la lectura y aclarar la gestión que debe desarrollarse en la gestión de las oportunidades de mejora en el caso que el proceso decida no adoptarlas.	6

Control de revisión y aprobación

Elaboración	Revisión	Aprobación
Electo Ramirez Vega Fernando José Velásquez Ávila Dirección Gestión de Calidad y Procesos	Fernando Castro Coral Director Técnico Nivel 08 Dirección Gestión de Calidad y Procesos Gerencia Corporativa de Planeamiento y Control	Fernando Castro Coral Director Técnico Nivel 08 Dirección Gestión de Calidad y Procesos Gerencia Corporativa de Planeamiento y Control
04/11/2022	08/09/2022	12/11/2022