

Contenido

1. Objetivo de la guía	2
2. Alcance	2
3. Introducción.....	2
4. Definiciones	3
5. Identificación de una situación de mejora.....	4
6. Análisis causal.....	9
6.1. Lluvia de Ideas.....	9
6.2. "5 ¿Por qué?"	11
6.3. Diagrama Causa – Efecto.....	13
6.4. Pareto	15
7. Formulación de las acciones del plan de mejoramiento.....	18
8. Reporte de avance de las acciones de los planes de mejoramiento	21
9. Realizar ajustes a los planes de mejoramiento.....	23
10. Realizar Monitoreo permanente (SDO) y Seguimiento Trimestral (OCI) 23	
11. Evaluación y cierre de los Planes de Mejoramiento.	24
12. Reportes.....	26

1. Objetivo de la guía

Orientar la formulación, ejecución, monitoreo, seguimiento, verificación y evaluación de los planes de mejoramiento del Ministerio de Educación Nacional – MEN, originados a partir de diferentes fuentes o situaciones de mejora.

2. Alcance

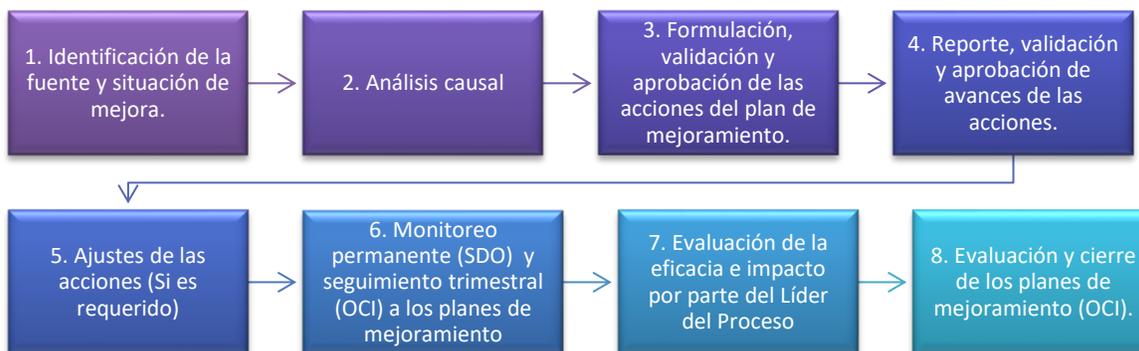
Esta guía debe ser aplicada por todos los servidores públicos del MEN, durante la formulación, ejecución, monitoreo, seguimiento, verificación y evaluación de los planes de mejoramiento asociados a todos los procesos de la entidad de acuerdo con las diferentes fuentes de evaluación.

3. Introducción

Los lineamientos para la administración y gestión de los planes de mejoramiento son establecidos por el proceso de Gestión de Procesos y Mejora, el cual lidera la Subdirección de Desarrollo Organizacional.

La gestión de los planes de mejoramiento es responsabilidad de los líderes funcionales designados en la plataforma del Sistema Integrado de Gestión – SIG, módulo de Mejora.

Las actividades para tener en cuenta en la gestión de un plan de mejora están consignadas en el procedimiento PM-PR-02 Gestión de Planes de Mejoramiento, el cual se resume a continuación:



4. Definiciones

- **Acción Correctiva¹:** Acción para eliminar la causa de una no conformidad y evitar que vuelva a ocurrir. Puede haber más de una causa para una no conformidad. La acción correctiva se formula para prevenir que una situación que ya sucedió vuelva a ocurrir, mientras que la acción preventiva está enfocada a evitar situaciones potenciales, es decir, que aún no han se han presentado pero que tienen probabilidad de hacerlo.
- **Acción de mejora:** Cualquier acción que suponga una mejora en la eficacia y/o eficiencia de cualquier actividad del sistema integrado de gestión.
- **Acción Preventiva²:** Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad u otra situación potencial, no deseable. Puede haber más de una causa para una no conformidad potencial. La acción preventiva está enfocada a evitar situaciones potenciales, es decir, que aún no se han presentado pero que tienen probabilidad de hacerlo, mientras que la acción correctiva se formula para prevenir que una situación que ya sucedió vuelva a ocurrir.
- **Causa:** Fundamento, motivo u origen específico de la acción de mejora, no conformidad real o no conformidad potencial identificada.
- **Conformidad:** Satisfacción del cumplimiento de un requisito que puede ser reglamentaria, profesional, interna o del cliente.
- **Corrección³:** Acción para eliminar una no conformidad detectada. Una corrección puede realizarse con anterioridad, simultáneamente o después de una acción correctiva. Una corrección puede ser, por ejemplo, un reproceso o una reclasificación.
- **Hallazgo⁴:** Resultado de la evaluación de las evidencias de la auditoría frente a los criterios de auditoría. Los hallazgos de la auditoría indican conformidad o no conformidad.
- **Meta:** Hace referencia al producto específico que se quiere lograr a partir de la acción planteada.

¹ NTC ISO 9001:2015 Pg. 30

² NTC ISO 9001:2015 Pg. 29

³ NTC ISO 9001:2015 Pg. 30

⁴ NTC ISO 9001:2015 Pg. 32

- **No conformidad⁵:** Incumplimiento de un requisito.
- **Oportunidad de mejora:** Corresponde a un hallazgo, no relacionado con incumplimientos, que conlleva a analizar la viabilidad de implementar acciones para optimizar el desempeño del Sistema Integrado de Gestión.
- **Plan de mejoramiento:** Conjunto de acciones encaminadas a subsanar un hallazgo identificado.
- **Requisito⁶:** Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.

“Generalmente implícita” significa que es habitual o práctica común para la organización y las partes interesadas, que la necesidad o expectativa bajo consideración es tácita. En contraposición, un requisito especificado es aquel que está explícito, por ejemplo, información documentada (procedimientos, guías, formatos, etc).

- **Fuente de la situación de mejora:** Hace referencia al origen de la situación de mejora identificada.

5. Identificación de una situación de mejora

5.1 Fuente

Como parte de la primera fase de la gestión de los planes de mejoramiento, el usuario deberá identificar la fuente de la situación de mejora. A continuación, se relacionan las diferentes fuentes que pueden estar asociadas a una situación de mejora y los responsables de identificar dichas situaciones de mejora al interior del MEN:

Fuente	Responsable de analizar la situación	Dependencia que lidera o acompaña
Resultados de la medición de la satisfacción de los actores de valor o grupos de interés.	Dependencia que aplica la evaluación de la satisfacción	<ul style="list-style-type: none"> • Dependencia que lidera la estrategia de Participación ciudadana • Subdirección de Desarrollo Organizacional

⁵ NTC ISO 9001:2015 Pg. 20

⁶ NTC ISO 9001:2015 Pg. 20

Fuente	Responsable de analizar la situación	Dependencia que lidera o acompaña
		<ul style="list-style-type: none"> Dependencia que lidera la estrategia de Servicio
Producto y/o servicio no conforme reiterado (Cuando se presenta por dos trimestres consecutivos en la vigencia)	Dependencia que hace el reporte de productos o servicios y/o Comité Institucional de Gestión y desempeño	<ul style="list-style-type: none"> Subdirección de Desarrollo Organizacional
Resultados de la revisión por la dirección del SIG.	Dependencia/proceso responsable y/o Comité Institucional de Gestión y Desempeño	<ul style="list-style-type: none"> Subdirección de Desarrollo Organizacional
Informe Auditoría ente certificador	Todas las dependencias responsables	<ul style="list-style-type: none"> Subdirección de Desarrollo Organizacional
Informe Auditoría Contraloría	Todas las dependencias responsables	<ul style="list-style-type: none"> Oficina de Control Interno
Informe Auditoría DANE	Dependencia/proceso responsable	<ul style="list-style-type: none"> Oficina Asesora de Planeación y Finanzas Subdirección de Desarrollo Organizacional
Informe Auditoría otros organismos externos	Dependencia/proceso responsable	<ul style="list-style-type: none"> Oficina de Control Interno
Informe de Auditorías internas (Combinada, especial e integrales o de gestión)	Dependencia/proceso responsable	<ul style="list-style-type: none"> Oficina de Control Interno Subdirección de Desarrollo Organizacional
Análisis de desempeño de los indicadores. reiterado (Cuando se presenta por dos trimestres consecutivos en la vigencia)	Dependencia/proceso responsable	<ul style="list-style-type: none"> Subdirección de Desarrollo Organizacional Oficina de Control Interno
Informe de PQRSD reiterado (Cuando se presenta por dos	Dependencia responsable del análisis de PQRS	<ul style="list-style-type: none"> Oficina de Control Interno

Fuente	Responsable de analizar la situación	Dependencia que lidera o acompaña
trimestres consecutivos en la vigencia)		<ul style="list-style-type: none"> • Subdirección de Desarrollo Organizacional
Gestión de riesgos. reiterado (Cuando se presenta por dos trimestres consecutivos en la vigencia)	Dependencia/proceso responsable	<ul style="list-style-type: none"> • Oficina de Control Interno • Subdirección de Desarrollo Organizacional
Autoevaluación	Dependencia/proceso responsable y/o Comité Institucional de Gestión y Desempeño	<ul style="list-style-type: none"> • Oficina de Control Interno • Subdirección de Desarrollo Organizacional
Inspecciones de Gestión Ambiental	Subdirección de Gestión Administrativa	<ul style="list-style-type: none"> • Líder: Subdirección de Gestión Administrativa • Apoyo: Subdirección de Desarrollo Organizacional
Inspecciones de Seguridad y Salud en el Trabajo	Subdirección de Talento Humano-COPAST	<ul style="list-style-type: none"> • Líder: Subdirección de Talento Humano • Apoyo: Subdirección de Desarrollo Organizacional
Investigaciones de incidentes y accidentes de trabajo y enfermedades de origen laboral	Subdirección de Talento Humano-COPAST	<ul style="list-style-type: none"> • Líder: Subdirección de Talento Humano • Apoyo: Subdirección de Desarrollo Organizacional
Incidentes de Seguridad de la Información	Oficina de Tecnología y Sistemas de Información	<ul style="list-style-type: none"> • Líder: Oficina de Tecnología y Sistemas de Información • Apoyo: Subdirección de Desarrollo Organizacional
Participación Ciudadana	Dependencia que lidera la estrategia de Participación ciudadana	<ul style="list-style-type: none"> • Dependencia que lidera la estrategia de Participación ciudadana

Fuente	Responsable de analizar la situación	Dependencia que lidera o acompaña
		<ul style="list-style-type: none"> Subdirección de Desarrollo Organizacional Dependencia que lidera la estrategia de Servicio
Cambios en el contexto	Dependencia / Proceso responsable	<ul style="list-style-type: none"> Subdirección de desarrollo organizacional

Cuadro 1-Fuentes y responsables de identificación de acción de mejora

Nota: El Ministerio de Educación cuenta con el Formato - Formulación Planes de Mejoramiento PM-FT-09 que facilita la recolección y documentación de la información permitiendo a los usuarios establecer las actividades del plan antes de su cargue en plataforma. El diligenciamiento de este formato no exime al área de la responsabilidad de cargar el plan de mejoramiento en el módulo correspondiente del SIG (Mejora).

5.2 Tipificación

Adicionalmente, el usuario deberá seleccionar la tipificación de la situación de mejora entre las siguientes opciones:

- Hallazgo
- No conformidad
- Oportunidad de mejora

Nota: Cuando se generan las situaciones de mejora desde los módulos de auditoría y riesgos, la tipificación se realiza automáticamente.

El Ministerio de Educación Nacional (MEN) entenderá por hallazgo, aquellas situaciones identificadas que requieren mejoras provenientes de las fuentes de auditorías internas auditorías de gestión, focalizadas y de entes de control como CGR.

5.3 Descripción

Posteriormente, el usuario deberá describir la situación de mejora. Teniendo en cuenta los siguientes elementos:

- Condición: Situación problemática o susceptible de mejora que se está presentando. (LO QUÉ ES)
- Criterio: El requisito o lineamiento que se está incumpliendo o que potencialmente se podría incumplir. (LO QUÉ DEBE SER)
- Efecto: consecuencia o impacto pasado o futuro. (DIFERENCIA ENTRE LO QUÉ ES Y LO QUÉ DEBE SER)
- Causa: Razón o razones por las que puede estar sucediendo la condición. (QUÉ LO ORIGINÓ)

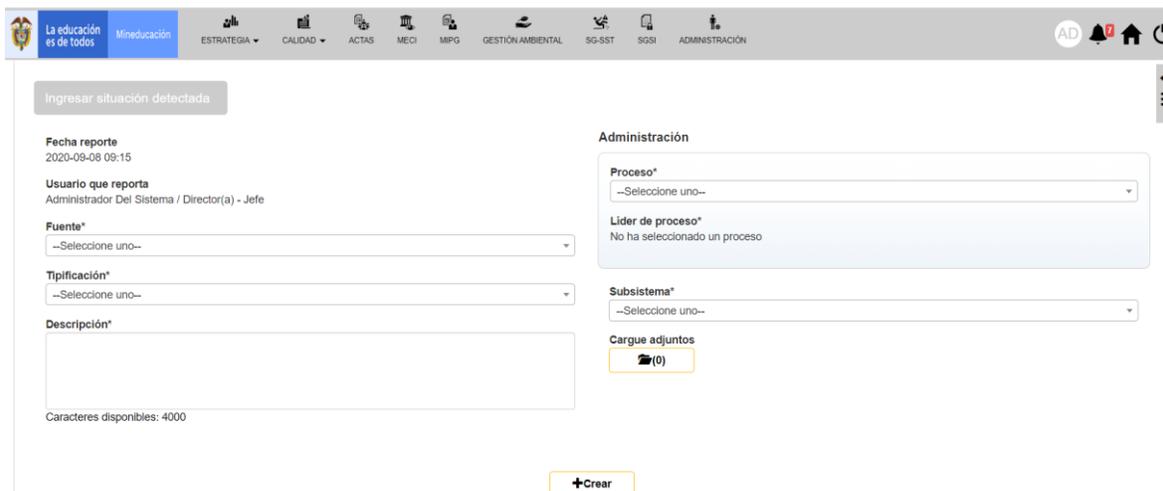
Nota: El efecto y la causa son opcionales en la redacción de la descripción de la situación de mejora.

Ejemplo:

El Proceso Gestión del Talento Humano, no está dando cumplimiento a las directrices establecidas en el procedimiento de Selección y Vinculación del Talento Humano, en cuanto a la verificación de los requisitos establecidos (criterio), toda vez que en 5 de los 8 procesos de selección y vinculación verificados (789, 765, 968, 826 y 902 del año 2019) no se diligenció la lista de chequeo de verificación de requisitos (condición). Incumpliendo en numeral XYZ de la ISO 9001 de 2015 (criterio). Lo anterior ha generado que algunas personas seleccionadas para ocupar los cargos vacantes no cumplan con las condiciones establecidas en el manual de funciones (efecto).

5.4. Selección del Proceso y subsistema (Modelo referencial)

A continuación, el usuario debe seleccionar el proceso al cual esta asociada la situación de mejora detectada, así como el subsistema correspondiente (modelos referenciales: Sistema Integrado de Gestión, Modelo Integrado de Planeación y Control, Sistema de Gestión de Calidad, Sistema de Gestión Ambiental, Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo, Sistema de Gestión de Seguridad de la Información).



The screenshot shows the 'Ingresar situación detectada' form in the SIG system. The form is divided into two main sections: 'Fecha reporte' and 'Administración'. The 'Fecha reporte' section includes a date field (2020-09-08 09:15) and a 'Usuario que reporta' field (Administrador Del Sistema / Director(a) - Jefe). The 'Administración' section includes a 'Proceso*' dropdown menu, a 'Lider de proceso*' field (No ha seleccionado un proceso), a 'Subsistema*' dropdown menu, and a 'Cargue adjuntos' button with a file icon and '(0)' next to it. A '+Crear' button is located at the bottom right of the form. The top navigation bar includes 'La educación es de todos', 'Mineducación', and various system modules like 'ESTRATEGIA', 'CALIDAD', 'ACTAS', 'MECI', 'MPG', 'GESTIÓN AMBIENTAL', 'SG-SST', 'SGSI', and 'ADMINISTRACIÓN'.

Nota: Una vez se crea la situación de mejora, esta debe ser aprobada en el Sistema por el líder del proceso, quien podrá asignar a otra persona como responsable de la ejecución de las siguientes etapas del Plan de Mejoramiento.

6. Análisis causal

La segunda fase de la gestión de los planes de mejoramiento es el análisis causal, el cual consiste en identificar la causa raíz que está generando la situación de mejora, (hallazgo, no conformidad u oportunidad de mejora), esta fase es muy importante puesto que, si la causa raíz identificada no es la correcta, las acciones del plan de mejoramiento estarán apuntando a situaciones que no solucionarán de fondo las necesidades o problemáticas presentadas.

En los casos que se considere necesaria la participación de más de una dependencia para realizar el análisis de causas, se deberá programar una o varias reuniones con el propósito de hacer un análisis integral.

Para esta fase se proponen 4 metodologías que se despliegan en la plataforma del Sistema Integrado de Gestión – SIG, módulo de Mejora: Lluvia de Ideas, 5 ¿Por qué?, Diagrama de Causa-Efecto y Pareto, las cuales se detallan metodológicamente y con ejemplos de situaciones ficticias a continuación:

6.1. Lluvia de Ideas

Es una técnica que tiene por objeto generar ideas en un ambiente de trabajo grupal, en el que todos pueden hacer sugerencias y aportar más y mejores ideas de las que se podrían producir trabajando de forma independiente.

Se busca la participación de un número significativo de servidores que están involucrados en el proceso y/o dependencia. Para que esta técnica funcione es necesario que los participantes se abstengan de criticar o minimizar a los demás.

Pasos a seguir:

- Formular las posibles ideas de causas que dan origen a la situación de mejora.
- Ordenar las ideas de causas según su nivel de importancia.
- Seleccionar las ideas que más se ajusten a la causalidad de la situación de mejora identificada.
- Valorar las ideas más afines y obtener las conclusiones que expresarán la causa raíz.

Ejemplo:

Los métodos que se aplican para asegurar la calidad de los productos/servicios de los procesos, no son efectivos. El Indicador “Porcentaje total de producto no conforme” tiene un resultado a marzo de 2018 de 48% vs una meta de máximo 10%. No hay evidencia de las acciones correctivas tomadas, lo que genera el incumplimiento del numeral 10.2 de la norma NTC-ISO9001:2015.

Análisis de Causas

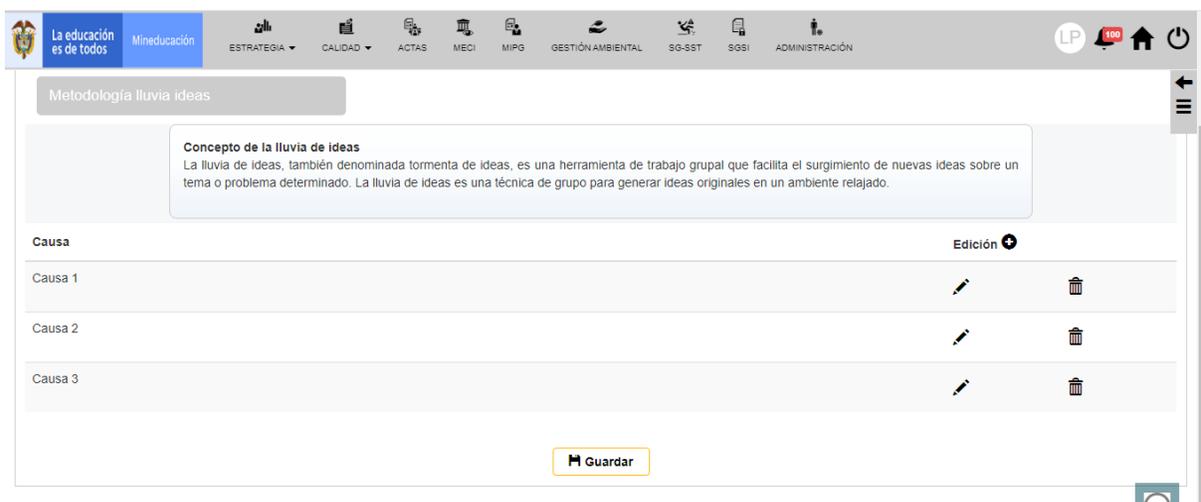
Se realiza una sesión de trabajo con los expertos técnicos, en este caso los miembros de la Subdirección de Desarrollo Organizacional, desde donde se lidera la consolidación de los resultados del Producto y Servicio No Conforme - PSNC en el MEN, para recolectar ideas de posibles causas del hallazgo encontrado.

Ejemplos de posibles ideas de causas:

1. No se realizan análisis de los datos de los indicadores para tomar decisiones.
2. Los enlaces del SIG en las dependencias no han recibido capacitación en todas las funcionalidades del aplicativo del SIG, para formular acciones preventivas y correctivas
3. No se conoce el procedimiento para definir correcciones, acciones preventivas y correctivas, cuando se analizan los datos de los indicadores.
4. Los responsables del reporte de los indicadores consideran que el análisis de datos y tendencia no es obligatorio.
5. Los indicadores que miden el PSNC no son los adecuados.
6. Las herramientas utilizadas no permiten realizar un análisis adecuado para tomar acciones.

7. No hay claridad sobre los conceptos aplicados para el seguimiento y medición del PSNC.
8. El líder del proceso junto con su equipo de trabajo, no se reúnen para realizar la evaluación y seguimiento al proceso.

Posteriormente, se ordenan las ideas recolectadas por temas afines o por nivel de importancia. En este ejemplo se podría concluir que las ideas de causas No. 1 y 2 son las más afines en cuanto al origen del hallazgo, por tanto, se priorizan para la formulación de las acciones de mejora.



Nota: Tenga en cuenta que solo las ideas más afines en cuanto al origen del hallazgo serán las que se incluyan en el sistema.

6.2. "5 ¿Por qué?"

Es una técnica sistemática de preguntas, que consiste en preguntar el ¿Por qué? de la situación de mejora de manera consecutiva, hasta llegar a la causa raíz que originó la situación.

Se utiliza de la siguiente forma:

- Se comienza realizando una lluvia de ideas, normalmente utilizando un diagrama de causa y efecto.
- Una vez se hayan identificado las causas, se empieza a preguntar “¿por qué es así?” o “¿por qué está pasando esto?”
- Se continúa preguntando por qué al menos cinco veces. Esto permite buscar a fondo y no conformarse con causas ya “probadas y ciertas”.
- Surgirán ocasiones donde se podrá ir más allá de las cinco veces preguntando por qué para poder obtener las causas principales.

- Durante este tiempo se debe tener cuidado de no empezar a preguntar “¿Quién?”. Hay que recordar que el proceso debe enfocarse hacia los problemas y no hacia las personas involucradas.

Ejemplo:

Situación de Mejora: (No conformidad de una auditoría interna). Se evidenció que el Proceso Gestión del Talento Humano, no está dando cumplimiento a las directrices establecidas en el procedimiento de Selección y Vinculación del Talento Humano, en cuanto a la verificación de los requisitos establecidos, toda vez que en 5 de los 8 procesos de selección y vinculación verificados (789, 765, 968, 826 y 902 del año 2019) no se diligenció la lista de chequeo de verificación de requisitos. Incumpliendo en numeral XYZ de la ISO 9001 de 2015.

Análisis

1. ¿Por qué?

Causa. Desconocimiento de la existencia del formato de lista de chequeo en el SIG.

2. ¿Por qué?

Causa. Hay servidores nuevos en el proceso de selección y vinculación del MEN, que no conocían dicho formato.

3. ¿Por qué?

Causa. Los servidores nuevos no recibieron inducción en puesto de trabajo.

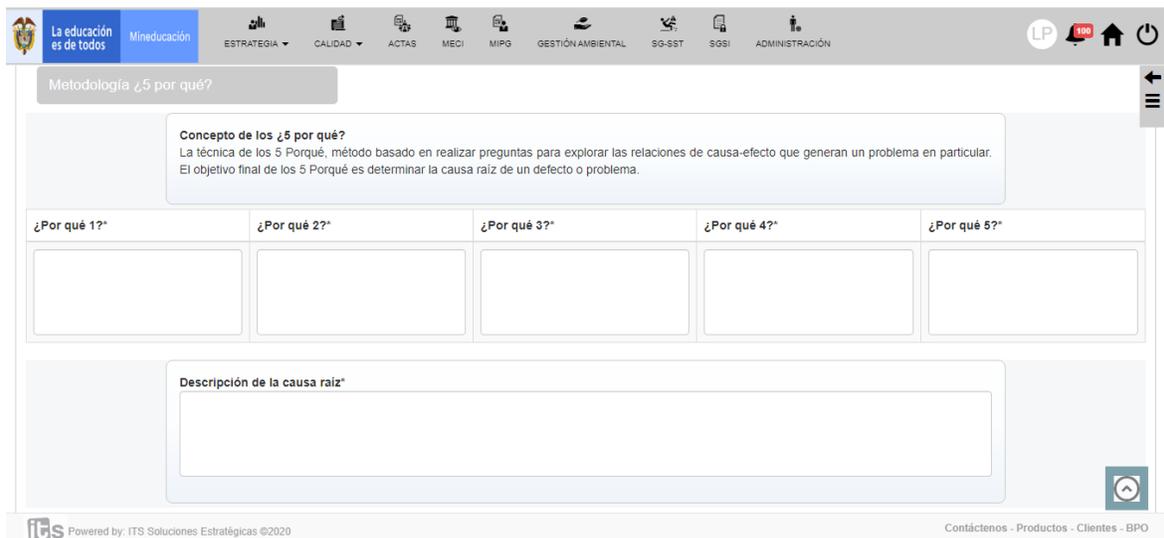
4. ¿Por qué?

Causa. No se encuentra documentado ni implementado en el MEN, como se debe realizar la inducción en puesto de trabajo.

5. ¿Por qué?

Causa. El proceso de Gestión del Talento Humano en el programa de inducción solo contempla la fase de orientación a la gestión pública e inducción a la Entidad, pero no la inducción en puesto de trabajo.

Una vez se ha identificado la causa raíz, que para el ejemplo sería el número cinco (5), se procede a formular las acciones correspondientes.



The screenshot shows a web application interface for the '¿5 por qué?' methodology. At the top, there is a navigation bar with various icons and the text 'La educación es de todos' and 'Mineducación'. Below the navigation bar, the title 'Metodología ¿5 por qué?' is displayed. The main content area contains a text box with the following text: 'Concepto de los ¿5 por qué? La técnica de los 5 Porqué, método basado en realizar preguntas para explorar las relaciones de causa-efecto que generan un problema en particular. El objetivo final de los 5 Porqué es determinar la causa raíz de un defecto o problema.' Below this text box, there are five input fields labeled '¿Por qué 1?', '¿Por qué 2?', '¿Por qué 3?', '¿Por qué 4?', and '¿Por qué 5?'. At the bottom of the form, there is a larger text box labeled 'Descripción de la causa raíz'. The footer of the application includes the logo 'ITS Powered by: ITS Soluciones Estratégicas ©2020' and navigation links for 'Contáctenos - Productos - Clientes - BPO'.

Nota: En los campos de la aplicación SIG el usuario deberá relacionar la causa correspondiente a cada pregunta y si se utilizan solo tres (3) o cuatro (4) ¿Por qué? debe diligenciar el restante con N/A para que el sistema continúe su flujo de manera correcta.

6.3. Diagrama Causa – Efecto

El diagrama causa-efecto es una forma de organizar y representar las diferentes teorías propuestas sobre las causas de un problema. Se conoce también como diagrama de Ishikawa o espina de pescado y se utiliza en las fases de diagnóstico y solución de la causa.

Un diagrama de Causa-Efecto sirve para que participantes conozcan en profundidad el proceso con que trabajan, visualizando con claridad las relaciones entre los efectos y sus causas. Sirve también para guiar las discusiones, al exponer con claridad los orígenes de un problema de calidad permitiendo encontrar oportunamente la causa raíz.

Para construir un diagrama causa-efecto se debe:

- Establezca claramente el problema (efecto) que va a ser analizado. En este caso la situación de mejora (Hallazgo, No conformidad u Oportunidad de Mejora).
- Proponga una "Lluvia de ideas" para identificar el mayor número posible de causas que puedan estar contribuyendo para generar el problema, preguntando "¿Por qué está sucediendo?".
- Agrupe las causas en categorías. Una forma de agrupamiento es la siguiente: Máquina (Computadores, software e infraestructura), mano de obra (personas: servidores y contratistas), método (Procesos, procedimientos),

materiales (Información u otro insumo), recursos económicos (presupuesto) y factores externos.

- Para comprender mejor el problema, busque las subcausas o haga otros diagramas de causa y efecto para cada una de las causas encontradas.
- Escriba cada causa en cada categoría dentro de los rectángulos sombreados en azul.
- Se pueden añadir las subcausas o causas adicionales en cada categoría en los rectángulos paralelos, si es necesario.

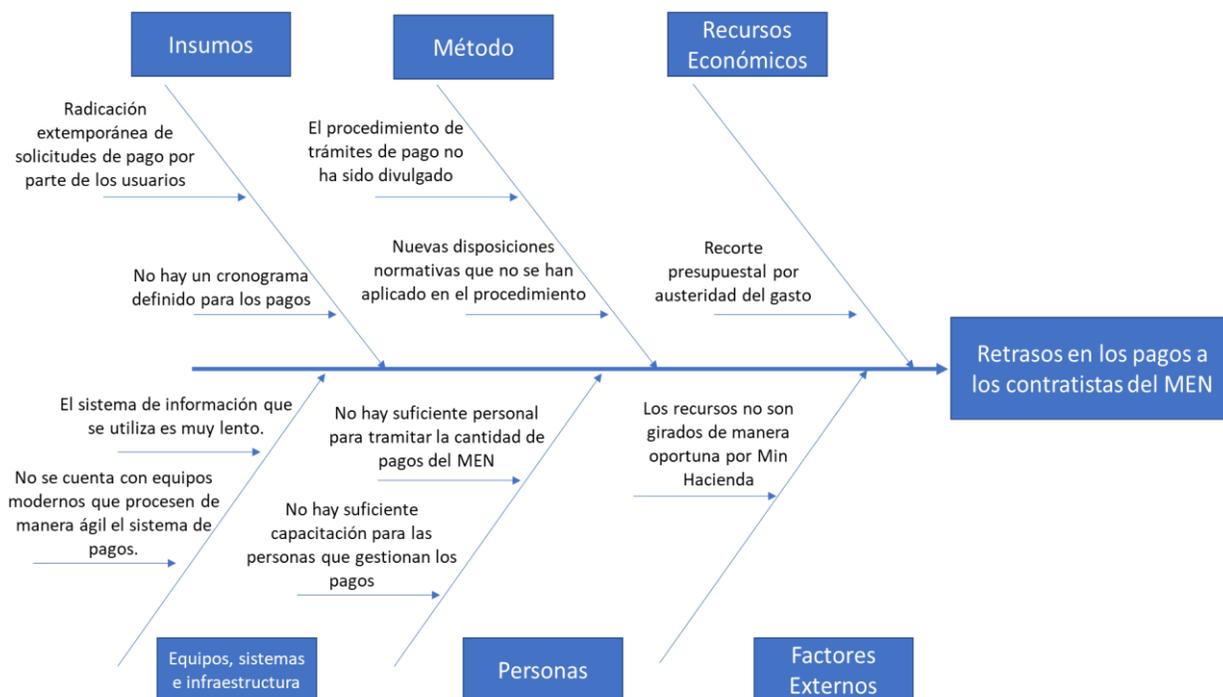
Metodología espina de pescado

Insumos o entradas del proceso	Las personas	Los equipos, sistemas e infraestructura
Radicación extemporánea de solicitudes de pago por parte de los usuarios Caracteres disponibles: 3926	No hay suficiente capacitación para las personas que gestionan los pagos Caracteres disponibles: 3926	
No hay un cronograma definido para los pagos Caracteres disponibles: 3954	No hay suficiente personal para tramitar la cantidad de pagos del MEN Caracteres disponibles: 3928	No se cuenta con equipos modernos que procesen de manera ágil el sistema de pagos. Caracteres disponibles: 3916
		El sistema de información que se utiliza es muy lento Caracteres disponibles: 3947
Incumplimiento de los ANS establecidos por el Proceso de Gestión Financiera, en cuanto al pago de los contratistas de prestación de servicios. Caracteres disponibles: 3958		Efecto
		Los recursos no son girados de manera oportuna por Min Hacienda Caracteres disponibles: 3935
Nuevas disposiciones normativas que no se han aplicado en el procedimiento Caracteres disponibles: 3926	Recorte presupuestal por austeridad del gasto Caracteres disponibles: 3953	
El procedimiento de trámites de pago no ha sido divulgado Caracteres disponibles: 3943		
El método o procedimientos	Los recursos económicos	Factores externos
Descripción de la causa raíz* Radicación extemporánea de solicitudes de pago por parte de los usuarios Caracteres disponibles: 3928		

Guardar

Ejemplo:

Situación de mejora: Retraso en todos los pagos a los contratistas de prestación de servicios en promedio con 10 días de demora, en los meses de agosto, septiembre y octubre del 2017, incumpliendo los ANS establecidos en el proceso de Gestión Financiera.



Identificación de la causa más relevante:

Una vez analizado el diagrama construido con los expertos técnicos, se determina que las causas que originan el problema, en este caso serían las relacionadas con los insumos.

Después se determinan las acciones de manera que ataquen las causas definidas como causas raíz.

6.4. Pareto

El diagrama de Pareto consiste en un gráfico de barras que clasifica de izquierda a derecha en orden descendente las causas en torno a una situación de mejora. Esto nos permite concentrar nuestros esfuerzos en aquellas causas que representan el 80% de total de causas.

Pasos a seguir:

1. Determine la situación de mejora.
2. Determine las posibles causas en torno a la situación de mejora, incluyendo el período de tiempo.
3. Recolecte los datos: Comienza a recolectar los datos. Estos dependerán de la naturaleza del problema. Por ejemplo, número de PSNC si analizamos la calidad de los servicios y productos del MEN. Recuerda que las unidades deben ser las mismas. Tenga presente que el período de tiempo es el mismo para todos, si va a recolectar los datos pertenecientes a un trimestre, debe ser igual para todas las causas.
4. Ordene de mayor a menor: organice, de mayor a menor, las causas con base en los datos que recolectamos y su medida. Si es el número de veces que se presenta un evento será por cantidad.
5. Realice los cálculos: A partir de los datos ordenados, el sistema calcula el acumulado, el porcentaje y el porcentaje acumulado.
6. Grafique las causas: En el eje X el sistema ubica las causas. Y en el eje Y la frecuencia de cada causa, con barras verticales.
7. Grafique la curva acumulada: En el eje Y el sistema ubica el porcentaje acumulado, por lo tanto, va desde 0 hasta 100%.
8. Analice el diagrama.

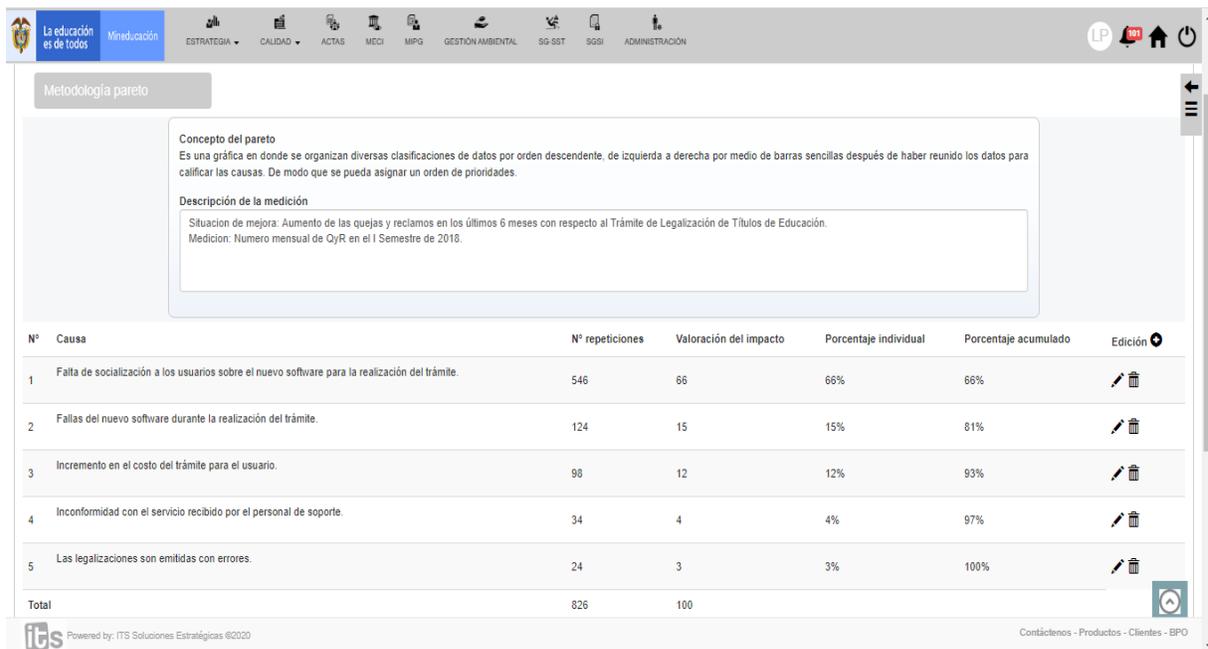
Ejemplo:

1. Situación de mejora: Aumento de las quejas y reclamos en los últimos 6 meses con respecto al Trámite de Legalización de Títulos de Educación.
2. Posibles causas:
 - Falta de socialización a los usuarios sobre el nuevo software para la realización del trámite.
 - Fallas del nuevo software durante la realización del trámite.
 - Incremento en el costo del trámite para el usuario.
 - Inconformidad con el servicio recibido por el personal de soporte.
 - Las legalizaciones son emitidas con errores.
3. Datos

Causa	Frecuencia	Frecuencia acumulada	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Falta de socialización a los usuarios sobre el nuevo software para la realización del trámite.	546	546	66%	66%

Causa	Frecuencia	Frecuencia acumulada	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Fallas del nuevo software durante la realización del trámite.	124	670	15%	81%
Incremento en el costo del trámite para el usuario.	98	768	12%	93%
Inconformidad con el servicio recibido por el personal de soporte.	34	802	4%	97%
Las legalizaciones son emitidas con errores.	24	826	3%	100%
Total	826		100%	

4. **Análisis:** El 81% está concentrado en las 2 primeras causas. Esta distribución es suficiente para dirigir nuestros esfuerzos en dar solución a estos inconvenientes. Posteriormente y si se desea, podemos hacer un nuevo análisis de Pareto con las causas restantes, donde el 80% estará representado en otras causas. De esta forma, iremos acabando con la situación problemática.



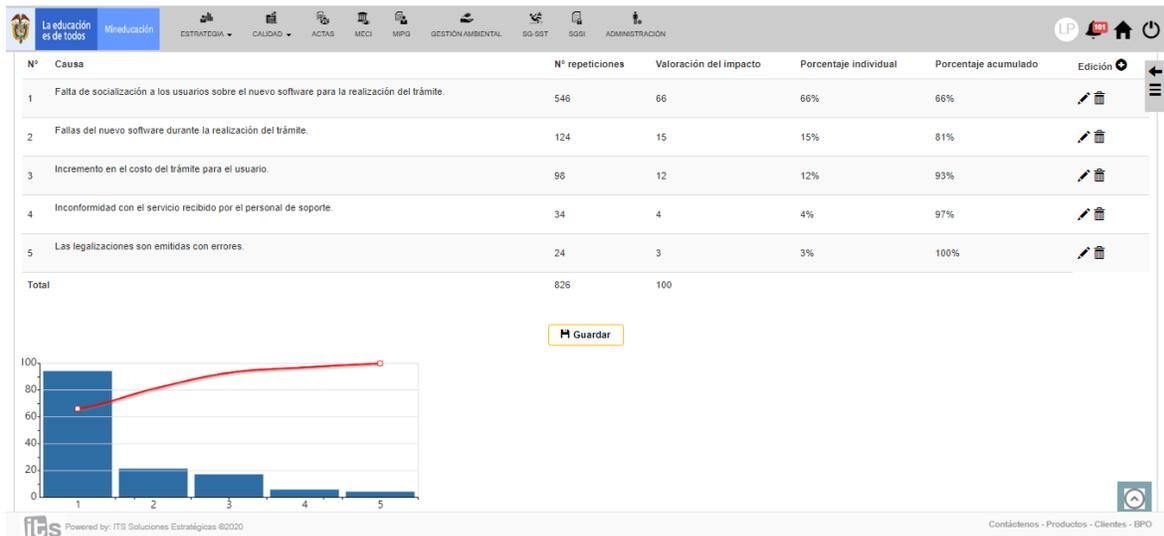
Metodología pareto

Concepto del pareto
Es una gráfica en donde se organizan diversas clasificaciones de datos por orden descendente, de izquierda a derecha por medio de barras sencillas después de haber reunido los datos para calificar las causas. De modo que se pueda asignar un orden de prioridades.

Descripción de la medición
Situación de mejora: Aumento de las quejas y reclamos en los últimos 6 meses con respecto al Trámite de Legalización de Títulos de Educación.
Medición: Numero mensual de CyR en el I Semestre de 2018.

Nº	Causa	Nº repeticiones	Valoración del impacto	Porcentaje individual	Porcentaje acumulado	Edición
1	Falta de socialización a los usuarios sobre el nuevo software para la realización del trámite.	546	66	66%	66%	 
2	Fallas del nuevo software durante la realización del trámite.	124	15	15%	81%	 
3	Incremento en el costo del trámite para el usuario.	98	12	12%	93%	 
4	Inconformidad con el servicio recibido por el personal de soporte.	34	4	4%	97%	 
5	Las legalizaciones son emitidas con errores.	24	3	3%	100%	 
Total		826	100			

Powered by: ITS Soluciones Estratégicas ©2020
Contáctenos - Productos - Clientes - BPO



7. Formulación de las acciones del plan de mejoramiento.

Identificar necesidad de realizar corrección

Para la formulación de las acciones del plan de mejoramiento el usuario debe definir si se requiere realizar una corrección, es decir, una acción inmediata que sirva para controlar las consecuencias o efectos negativos de la no conformidad o de la desviación.

Recuerde que: Las correcciones **atacan la no conformidad**, mientras que las acciones correctivas atacan **la causa de la no conformidad**. Una corrección no evita que el problema se vuelva a presentar, lo cual es el objeto de la acción correctiva.

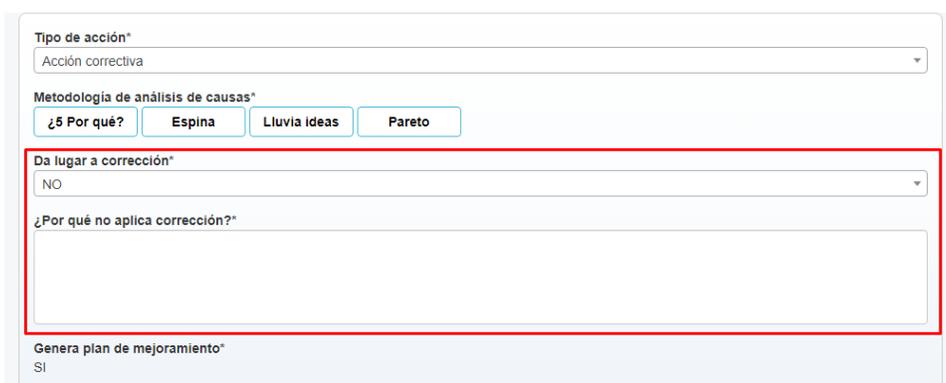
Se puede formular una corrección y una acción correctiva cuando se detecta una no conformidad. La "**corrección**" es una acción que se adopta para eliminar una no conformidad detectada o sus efectos, por ejemplo, el reemplazo un procedimiento obsoleto con la versión vigente, la elaboración de un acta que no se encontró; en cambio, la "**acción correctiva**" no puede ser tomada antes de hacer una determinación de la causa raíz de la no conformidad.

Las correcciones se identifican en las siguientes situaciones:

- Cuando hay una **solución inmediata** a la no conformidad o hallazgo evidenciado. (Es importante que cada líder de proceso o quien sea designado para la elaboración del Plan de Mejoramiento determine la pertinencia y viabilidad de determinar la corrección de conformidad con lo establecido en PM-PR-02_V4).

- La corrección se formula para **abordar el problema más obvio y** controlar o eliminar el efecto negativo de la no conformidad (No su causa raíz), para que el producto o servicio sea aceptable para su utilización o liberación.
- La acción correctiva comprende el análisis de la búsqueda de la raíz del problema para que no se vuelva a presentar la no conformidad.

IMPORTANTE: en caso de que no aplique la corrección se debe relacionar las razones del por qué no aplica la misma en el sistema, tal y como se especifica a continuación:



Tipo de acción*
Acción correctiva

Metodología de análisis de causas*
¿5 Por qué? Espina Lluvia Ideas Pareto

Da lugar a corrección*
NO

¿Por qué no aplica corrección?*

Genera plan de mejoramiento*
SI

- Ejemplo de Corrección y Acción Correctiva:

No conformidad: 5 de los 100 trámites revisados de convalidaciones de EPBM fueron entregados al usuario con errores en el nombre y número de identidad del convalidante en los actos administrativos.

Corrección: Solicitar al usuario el acto administrativo entregado, corregirlo y volver a entregarlo al usuario, solicitando disculpas por el error cometido.

Acción correctiva. Realizar ajuste en el Sistema de Información de Convalidaciones que está generando el error en los nombres y documentos de identidad de algunos usuarios, con el fin que no se vuelva a presentar el error en mención.

- Creación Corrección

Al marcar que el hallazgo da lugar a corrección, se debe hacer una descripción de ésta, registrando: la fecha de inicio, fecha fin, la dependencia y el usuario responsable.

Corrección inmediata

Corrección propuesta*

Fecha inicio*

Fecha fin*

Dependencia*
--Seleccione uno--

Responsable de la corrección*
No ha seleccionado un responsable

+ Crear

- Creación acciones de mejora

Posterior a la creación de la corrección, con la(s) acción(es) de mejora a formularse debe seleccionar la causa a la cual va a dar solución. Luego, debe redactar la(s) acción(es) de mejora, determinando la unidad de medida, la meta, fecha de inicio y fecha fin, la dependencia y el usuario responsable de dicha actividad.

La educación es de todos | Mineducación

ESTRATEGIA | CALIDAD | ACTAS | MECI | MPG | GESTIÓN AMBIENTAL | SG-SST | SGGI | ADMINISTRACIÓN

LP | [Home] | [Power]

Acción

Información de la acción N° 813

Causas
Falta de socialización a los usuarios sobre el nuevo software para la realización del trámite.

Acción*
Construcción de manual de usuario del nuevo software de legalizaciones y publicación en la interfaz principal para que el usuario lo descargue cuando inicie su trámite.

Caracteres disponibles: 3832

Unidad de medida*
Manual de usuario del nuevo software de legalizaciones [construido y publicado].

Caracteres disponibles: 3922

Fechas
Fecha inicio*
01-08-2020

Fecha fin*
31-12-2020

Dependencia*
[-] Unidad de Atención al Ciudadano

Meta*
1

Caracteres disponibles: 249

Responsable*
Dora Ines Ojeda Roncancio / Asesor

+ Crear

ifs Powered by: ITS Soluciones Estratégicas ©2020

Contactenos - Productos - Clientes - BPO

Tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

Acción:

- Las acciones asociadas tanto a la corrección como a las acciones correctivas deben ser claras orientándose al producto final y en lo posible, como buena práctica debe seguir un ciclo PHVA. (No es necesario generar una acción por cada etapa del ciclo).
- Es importante que las acciones correctivas y las metas asociadas sean coherentes, pertinentes, suficientes, realizables y que permitan eliminar la causa raíz.
- La acción no puede ser una explicación o justificación del hallazgo planteado.
- No se debe plantear como acción de mejoramiento lo que ya está documentado en los procesos, procedimientos o en la normatividad vigente.

Responsable de la acción:

- En el caso que las acciones del plan de mejoramiento correspondan a varias dependencias deberán ser previamente formuladas y concertadas con estas.
- El usuario que se relacione como responsable de la acción, es la persona que deberá reportar periódicamente los avances y evidencias correspondientes en el sistema.

Meta:

- Cada meta debe tener en forma independiente, su propia unidad de medida, dimensión y plazo.
- La meta no puede ser un indicador de gestión, reunión o emisión de oficios
- La unidad de medida expresa la métrica de las actividades o metas que contiene cada acción con el fin de poder medir el grado de avance. **Ejemplo:** número de informes emitidos, funcionarios evaluados, funcionarios capacitados, contratos revisados, etc.
- En la cantidad de la meta se relaciona el volumen o tamaño de la unidad de medida propuesta para la meta establecida en valores absolutos. **Ejemplo:** 20. No establecer porcentajes en la cantidad de la meta.

Fechas:

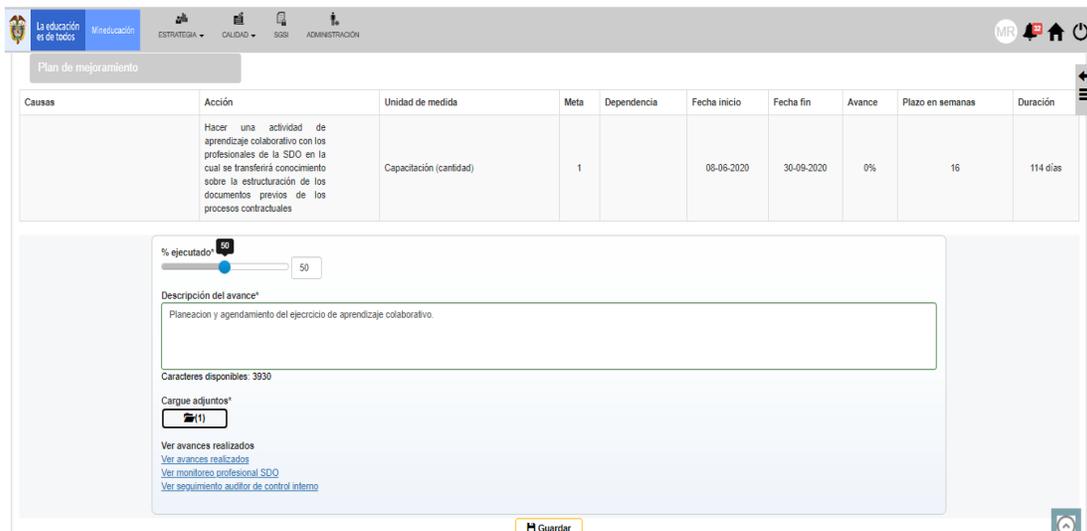
- La fecha de inicio de las acciones debe ser posterior a la identificación de la situación de mejora.
- El periodo entre la fecha inicio y fecha fin no puede superar más de un año

Recuerde que: Las acciones del Plan de Mejoramiento las revisa la SDO y la OCI y posteriormente las aprueba el líder del proceso respectivo, en el transcurso del flujo generado en el sistema se podrán realizar ajustes de acuerdo con las observaciones que surjan.

8. Reporte de avance de las acciones de los planes de mejoramiento

En esta etapa, posterior a la aprobación de las acciones por parte del líder del proceso en el sistema, el responsable de cada acción debe reportar los avances de las acciones correspondientes.

Si un plan de mejora requirió correcciones, en el aplicativo SIG al usuario responsable de la acción será enviada notificación con el asunto de la corrección a tratar.



Causas	Acción	Unidad de medida	Meta	Dependencia	Fecha inicio	Fecha fin	Avance	Plazo en semanas	Duración
	Hacer una actividad de aprendizaje colaborativo con los profesionales de la SDO en la cual se transferirá conocimiento sobre la estructuración de los documentos previos de los procesos contractuales	Capacitación (cantidad)	1		08-06-2020	30-09-2020	0%	16	114 días

% ejecutado: 50

Descripción del avance*

Planeacion y agendamiento del ejercicio de aprendizaje colaborativo.

Caracteres disponibles: 3930

Cargue adjuntos*

Ver avances realizados
[Ver avances realizados](#)
[Ver monitoreo profesional SDO](#)
[Ver seguimiento auditor de control interno](#)

Guardar

Tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

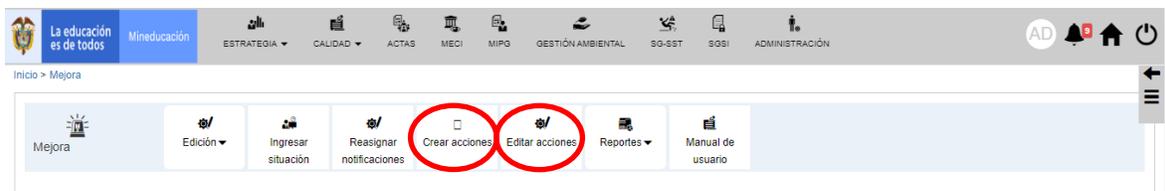
- Revise previamente los monitoreos realizados por la SDO y seguimientos realizados por la OCI.
- Realice los reportes de avance parcial de las acciones, de acuerdo con las fechas de vencimiento, con el fin de evidenciar la gestión permanente de los planes de mejoramiento, no espere a la fecha de vencimiento para reportar el 100% de ejecución. Recuerde que la SDO realiza monitoreo permanente y la OCI seguimiento trimestral.
- Calcule aproximadamente a qué porcentaje equivale el avance que va a reportar, trate de ser lo más objetivo posible al momento de asignar el porcentaje de avance vs. los soportes con los que cuenta.
- En la descripción del avance, detalle las actividades realizadas, los productos generados, las fechas, entre otros datos relevantes del avance a registrar, la idea es que sea lo más completa posible esta descripción.
- Cuando reporte el cumplimiento del 100% de la acción, especifique y evidencie cómo la acción aportó a la solución de la problemática o situación de mejora y a la eliminación de la causa raíz.
- Al momento de cargar los adjuntos anexe los documentos que den cuenta, en lo posible, del producto final del avance reportado, no cargue archivos de avances intermedios. Si son varios, por favor comprímalos.

- Antes de guardar el avance verifique que la información y soportes sean correctos. Después de guardar, verifique en la opción de “ver avances realizados” la información y soportes efectivamente cargados y enviados a la OCI.

Recuerde que: Los avances registrados, los aprobará en el sistema la OCI, y solo después de esto se verá reflejado en el sistema dicho avance, si por el contrario, la OCI lo devuelve para algún ajuste, deberá hacer la modificación y será sometido nuevamente a la aprobación de dicha dependencia.

9. Realizar ajustes a los planes de mejoramiento.

Si se requieren ajustes sobre un plan de mejoramiento, antes de su vencimiento y previo a que la acción llegue al 100%, el responsable de la acción (edición de acciones) o del plan de mejoramiento (Creación de acciones), puede solicitar ajustes a las acciones (Acción, unidad de medida, meta, fechas, responsables) o adicionar acciones a un plan de mejoramiento a través del Sistema, en las opciones de “crear acciones” o “editar acciones”. Estas modificaciones serán revisadas y aprobadas por la SDO y la OCI, respectivamente en el sistema y se admitirán máximo dos (2) solicitudes de ajuste a las acciones inicialmente formuladas.



Recuerde que: La solicitud de ajuste debe realizarse 10 días hábiles antes del vencimiento de la acción o del seguimiento trimestral de la OCI.

10. Realizar Monitoreo permanente (SDO) y Seguimiento Trimestral (OCI)

Tanto al profesional de la SDO como a profesional de la OCI, llega una notificación de monitoreo y seguimiento respectivamente, en la cual se debe ingresar por la opción del ojo:

RECIBIDO	Acción	Verificación
24-11-2020 14:03	Ver notificación	
24-11-2020 14:03		
24-11-2020 14:02		
24-11-2020 13:59		
24-11-2020 13:56		

1 2 3 4 5 ... 9 Siguient

Una vez se ingresa a la notificación, se debe ir a la acción a la cual se desea realizar el monitoreo (SDO) o seguimiento (OCI) y proceder a registrar el comentario relacionado con la acción a validar. Cuando se haya realizado el registro del monitoreo o seguimiento se procede a seleccionar el botón de “guardar”. Una vez guardado, podrá verificar que el mismo se realizó visualizándolo en la opción de “ver monitoreo SDO” o “ver seguimiento auditor de control interno”, como se puede apreciar en las siguientes imágenes:

Se esta ejecutando dentro de los plazos establecidos

Caracteres disponibles: 3048

Guardar

[Ver monitoreo profesional SDO](#)
[Ver seguimiento auditor de control interno](#)

Monitoreo		
Descripción	Responsable	Fecha
Se está ejecutando la acción dentro de los plazos establecidos.	Lina Mercedes Duran Martinez / Profesional Especializado	2020-11-19

Nota: La notificación **no desaparecerá** hasta que el usuario reporte el 100% de la acción, por lo tanto podrá registrar el comentario en cualquier momento.

11. Evaluación y cierre de los Planes de Mejoramiento.

Después de reportar el 100% de avance de las acciones que componen el Plan de Mejoramiento por parte de los responsables, el líder del proceso y la Oficina de Control Interno realizarán en el sistema la evaluación donde verifican la eficacia, la oportunidad y el impacto de la(s) acción(es) tomada(s) una vez concluida(s),

estableciendo si se eliminó la causa de la situación de mejora y ésta no se ha vuelto a manifestar. Finalmente, realiza el cierre en el sistema determinando si el Plan de Mejoramiento fue efectivo o no, si este no fue efectivo, el líder de proceso deberá formular nuevamente un plan de mejoramiento.

Evaluación plan de mejoramiento líder de proceso

¿Se cumplieron las acciones propuestas en el plan de mejoramiento?*

SI

¿Las acciones se cumplieron el tiempo establecido?*

SI

¿Las acciones generaron el impacto esperado?*

SI

Comentarios*

Cargue adjuntos

 (0)

 Enviar

Evaluación plan de mejoramiento OCI

¿Se cumplieron las acciones propuestas en el plan de mejoramiento?*

SI

¿Las acciones se cumplieron el tiempo establecido?*

SI

¿Las acciones generaron el impacto esperado?*

SI

Comentarios*

Responsable de realizar el cierre del plan
Jonathan Ricardo Cortes Rivera / Contratista

 Devolver

 Enviar

Evaluación responsable de cierre

Efectivo*

--Seleccione uno--

Observaciones*

 Finalizar

12. Reportes

El módulo de mejora de la aplicación del SIG cuenta con los siguientes reportes, los cuales facilitan la consulta de los planes de mejoramiento, las acciones y el estado de avance, entre otros. Estos los podrán visualizar los usuarios de acuerdo con los permisos asignados en los perfiles correspondientes:

- **Buscar plan:** Esta opción permite hacer la búsqueda de las acciones asociadas a un Plan de Mejoramiento que han sido previamente creadas.
- **Buscar plan eliminado:** Esta opción permite realizar la búsqueda de las acciones que fueron eliminadas.
- **Reporte por acciones:** Esta opción permite visualizar el detalle de las acciones que se encuentran almacenadas en el sistema y que fueron creadas en los Planes de Mejoramiento.
- **Listado total de planes:** Esta opción permite realizar la búsqueda del listado total de planes.
- **Reporte histórico:** Esta opción permite realizar la búsqueda de las acciones que se ejecutaron.
- **Reporte reasignación hallazgo:** Esta opción permite realizar la búsqueda de las acciones que han sido reasignadas.
- **Reporte seguimientos:** Esta opción permite realizar la búsqueda de los seguimientos realizados a las acciones.
- **Reporte cambios acciones:** Esta opción permite realizar la búsqueda de los cambios que han sufrido las acciones que han sido creadas o editadas.
- **Reporte gestión flujo:** Esta opción permite realizar la búsqueda de los comentarios que se han realizado en el flujo de las acciones que han sido creadas o editadas.

Control de Cambios		
Versión	Fecha de entrada en vigencia	Naturaleza del cambio
01	03-12-2020	Se crea el documento como complemento del Procedimiento de Planes de Mejoramiento incluyendo las acciones relacionadas con el Módulo de Planes de mejora en el SIG.
02	24-05-2021	Se actualiza el documento incluyendo para las fuentes de mejora lo relativo a tendencias (cuando se presenta por dos trimestres consecutivos en la vigencia).
03	30-03-2022	Se actualizó agregando nueva fuente denominada cambios en el contexto, se incluyó la corrección en el reporte de los avances de acción y se añadió el paso de la evaluación de las acciones por el líder del proceso
04	Rige a partir de su publicación en el SIG	Se actualiza la guía para asociar el Formato - Formulación Planes de Mejoramiento PM-FT-09.

Ruta de aprobación					
Elaboró		Revisó		Aprobó	
Nombre	Lina Vannesa Perdomo	Nombre	Lina Mercedes Durán	Nombre	Edna del Pilar Páez
Cargo	Profesional Especializado Subdirección de Desarrollo Organizacional	Cargo	Subdirectora de Desarrollo Organizacional	Cargo	Subdirectora de Desarrollo Organizacional