MANUAL PLANES DE MEJORAMIENTO

INRAVISION – SISTEMA DE MEDIOS PÚBLICOS DEL ESTADO COLOMBIANO S.A.S.

OFICINA DE CONTROL INTERNO

"Las copias impresas de este documento se consideran no controladas. Para verificar la versión vigente consulte el Sistema Integrado de Gestión."

TABLA DE CONTENIDO

Contenido

1. *INTRODUCCIÓN* 3
2. *OBJETIVO* 3
3. *ALCANCE* 3
4. *GLOSARIO* 3
5. *NORMATIVIDAD* 5
7. *DESARROLLO* 6
8. *CONTROL DE CAMBIOS* 11
9. *ELABORÓ, REVISÓ, APROBÓ* 12

"Las copias impresas de este documento se consideran no controladas. Para verificar la versión vigente consulte el Sistema Integrado de Gestión."

1. INTRODUCCIÓN

El Manual de Planes de Mejoramiento de la Oficina de Control Interno de INRAVISIÓN Sistema de Medios Públicos del Estado Colombiano S.AS, establece los lineamientos, directrices y metodología que orientan la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de la efectividad de los planes de mejoramiento institucionales, derivados de auditorías internas, externas, informes de seguimiento, informes de ley y demás actuaciones especiales. Su propósito es contribuir a la mejora continua de la gestión institucional, fortaleciendo los procesos y asegurando la implementación efectiva de acciones correctivas, preventivas y de mejora.

Se debe señalar que los Planes de Mejoramiento son el conjunto de procedimientos, acciones y metas, orientadas de manera planeada, organizada y sistemática, para eliminar las causas de los hallazgos de auditorías, seguimientos, verificaciones y del ejercicio de autoevaluación de la entidad.

2. OBJETIVO

Fortalecer la gestión institucional mediante la formulación e implementación de planes de mejoramiento que, sustentados en el análisis técnico de causas raíz de los hallazgos identificados, promuevan acciones correctivas, preventivas y de mejora pertinentes, medibles y alcanzables, alineadas con los objetivos estratégicos de la entidad, con el fin de generar impactos positivos en la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos.

3. ALCANCE

Este manual aplica a todos los procesos y áreas de INRAVISIÓN que desarrollen planes de mejoramiento, ya sean derivados de auditorías internas, auditorías externas, informes de seguimiento, informes de ley u otras actuaciones especiales.

4. GLOSARIO

Término	Definición
ACCIÓN CORRECTIVA	*Acción para eliminar la causa de una no conformidad y evitar que vuelva a ocurrir.*
ACCIÓN DE MEJORA	*Criterio para mejorar un proceso, procedimiento o actividad.*

"Las copias impresas de este documento se consideran no controladas. Para verificar la versión vigente consulte el Sistema Integrado de Gestión."

Término	Definición
AUDITORÍA	*Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias objetivas y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar el grado en que se cumplen los criterios de auditoría.*
AUDITOR	*Persona con la competencia para llevar a cabo una auditoría.*
AUDITOR LÍDER	*Persona idónea que dirige las actividades de auditoría.*
CAUSA DEL HALLAZGO	*Es la razón subyacente o el motivo principal por el cual se produjo un incumplimiento de una norma o criterio establecido.*
CONFORMIDAD	*Cumplimiento de un requisito.*
EFECTIVIDAD	*Cuando el plan de mejoramiento elimina la(s) causa(s) que originaron los hallazgos o cuando se logra mejorar un procedimiento, proceso o actividad.*
EFICACIA	*Grado en el que se realizan las actividades planificadas y se logran los resultados planificados.*
EFICIENCIA	*Relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados.*
HALLAZGO	*Resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría recopilada frente a los criterios de auditoría.*
ACCION DE MEJORA	*Conjunto de acciones tomadas para aumentar la capacidad respecto de su eficacia, eficiencia o efectividad.*
NO CONFORMIDAD	*Incumplimiento de un requisito.*
PLAN DE MEJORAMIENTO	*Conjunto de procedimientos, acciones y metas, orientadas de manera planeada, organizada y sistemática, para eliminar las causas de los hallazgos de auditorías, seguimientos, verificaciones y del ejercicio de autoevaluación de la entidad.*
EFICACIA	*Se considera eficaz o cumplido cuando se alcanzan todas las metas y acciones planteadas dentro del tiempo establecido.*
RECOMENDACIÓN (OPORTUNIDADES DE MEJORA)	*Son las medidas sugeridas por el auditor de control interno para la superación de observaciones identificadas como resultado de la auditoría (y que no son catalogadas como incumplimiento de la normatividad (leyes, decretos, resoluciones, procedimientos, entre otros). Mediante éstas se busca que el proceso evite problemas futuros y sus consecuencias, adoptando las medidas recomendadas. Así mismo, se emiten recomendaciones con el fin de que se tienda a mejorar la eficiencia de las operaciones del proceso auditado.*

Término	Definición
SUITE VISION	*Plataforma tecnológica institucional de gestión y automatización utilizada para el registro, seguimiento y control de los planes de mejoramiento.*

5. NORMATIVIDAD

- *Ley 87 de 1993 - Establece las normas para el ejercicio del control interno en las entidades del Estado. Define los principios, componentes y responsabilidades del sistema de control interno, incluyendo la necesidad de implementar acciones correctivas y de mejora como parte de la evaluación institucional.*
- *Ley 489 de 1998 - Regula la organización y funcionamiento de las entidades del orden nacional. Reconoce la importancia de la evaluación institucional y la mejora continua como parte de la gestión pública.*
- *Ley 1474 de 2011 – Estatuto Anticorrupción Incluye disposiciones sobre la rendición de cuentas, auditorías y seguimiento a planes de mejoramiento derivados de hallazgos de órganos de control.*
- *Decreto 1499 de 2017 "Por medio del cual se modifica el Decreto número 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015".*
- *Decreto 612 de 2018 - Fija directrices para la integración de los planes institucionales y estratégicos al Plan de Acción de las entidades del Estado. Este decreto articula los planes de mejoramiento con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).*
- *Guía de Auditoría Interna Basada en Riesgos del Departamento Administrativo de la Función Pública –DAFP Proporciona criterios técnicos para la identificación de hallazgos y la formulación de planes de mejora derivados de auditorías internas.*
- *Contraloría General de la República - CGR. Resolución Orgánica 0073 de 2026 vigente, que reglamenta la rendición electrónica de la cuenta, los Informes, otra Información y planes de mejoramiento que realizan los sujetos de vigilancia y control fiscal de la Contraloría General de la República a través del Sistema de Rendición Electrónico de la Cuenta e Informes y Otra Información (SIRECI).*

6. ROLES Y RESPONSABILIDADES

- **Oficina de Control Interno:**

La Oficina de Control Interno desempeña un papel estratégico como evaluador independiente dentro del Sistema de Control Interno, siendo responsable de revisar técnicamente los planes de mejoramiento

formulados por los procesos. Evalúa la coherencia entre hallazgos, causas, acciones y metas, y realiza seguimiento sistemático a la ejecución mediante el análisis de evidencias mediante el módulo de mejoras SUITE VISION, además verifica la efectividad de los planes, solicitando su reformulación cuando no se eliminan las causas raíz. Adicionalmente, elabora y presenta informes de seguimiento cuando la alta dirección así lo requiera.

- **Gerencia**

La Gerencia cumple un rol de supervisión estratégica en el ciclo de los planes de mejoramiento institucional. Recibe los informes de avance y evaluación de efectividad elaborados por la Oficina de Control Interno, y con base en estos, toma decisiones orientadas a garantizar el cumplimiento de las acciones correctivas y de mejora. En casos de incumplimientos reiterados, adopta medidas administrativas o funcionales que permitan corregir desviaciones y fortalecer la gestión. Además, promueve la articulación de los planes con los objetivos institucionales y asegura la disponibilidad de recursos para su ejecución efectiva.

- **Responsables de Procesos o Áreas**

Los responsables de procesos o áreas tienen la función de liderar la formulación técnica de los planes de mejoramiento, identificando las causas raíz de los hallazgos y definiendo acciones concretas, metas claras y responsables. Deben ejecutar las actividades dentro de los plazos establecidos, garantizando la calidad y pertinencia de las acciones implementadas. Son responsables de entregar y reportar las evidencias, facilitando el seguimiento por parte de la Oficina de Control Interno.

- **Gerencia**

La Gerencia cumple un rol de supervisión estratégica en el ciclo de los planes de mejoramiento institucional. Recibe los informes de avance y evaluación de efectividad elaborados por la Oficina de Control Interno, y con base en estos, toma decisiones orientadas a garantizar el cumplimiento de las acciones correctivas y de mejora. En casos de incumplimientos reiterados, adopta medidas administrativas o funcionales que permitan corregir desviaciones y fortalecer la gestión. Además, promueve la articulación de los planes con los objetivos institucionales y asegura la disponibilidad de recursos para su ejecución efectiva.

7. DESARROLLO

Frente a la estructuración de los planes de mejoramiento por procesos, bien sea como producto de auditorías internas de la Oficina de Control Interno o bien las llevadas a cabo por parte de los organismos de control, auditorías internas, externas, informes de seguimiento, informes de ley y demás actuaciones

especiales, se deben desarrollar análisis de causas, acciones para resolver la no conformidad y definir fechas de seguimiento a las mismas, aspectos que le corresponden de forma directa al líder del proceso o área auditada.

1. FORMULACIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

Una vez remitido el informe final de auditoría al auditado, los responsables del proceso o área cuentan con un plazo de cinco (5) días hábiles para formular y enviar el correspondiente plan de mejoramiento. Lo anterior, conforme al procedimiento de auditorías internas (K-P-1) e informes de ley y seguimiento (K-P-2). En este periodo, se debe analizar el informe recibido, identificar las causas de las no conformidades, definir las acciones de mejora y establecer las actividades específicas a desarrollar. La formulación del plan de mejoramiento debe realizarse utilizando el módulo de mejoras SUITE VISION, asegurando que las acciones propuestas respondan de manera efectiva a las no conformidades y/o recomendaciones contenidas en el informe de auditoría.

Para la formulación es importante tener en cuenta puntos clave en el desarrollo de este proceso como lo son:

1. Análisis de la no conformidad: *Se sustenta una revisión detallada del contexto y de las situaciones que dieron origen al incumplimiento del requisito.*

2. Reunir a las partes interesadas*: Es importante incluir a todos los involucrados, relacionados con la no conformidad o proceso evaluado, incluyendo responsables del área, enlaces de gestión, y demás colaboradores pertinentes. El conocimiento técnico, operativo y estratégico de los involucrados es clave para identificar correctamente las causas raíz y definir soluciones efectivas que contribuyan al fortalecimiento del proceso, analizar sus perspectivas ya que sus conocimientos serán cruciales.*

3. Elegir una metodología de análisis de causa raíz*: Existen varias técnicas que pueden ayudar a identificar las causas subyacentes de un problema. A continuación, se sugieren algunas de ellas, las cuales podrán ser utilizadas, sin embargo, existen más metodologías las cuales podrán ser contempladas por parte del auditado.*

- **5 "*porqués*":**

Esta técnica requiere que se pregunte "por qué" al menos cinco veces, o se trabaje a través de cinco niveles de detalle. Una vez que sea difícil responder al "por qué", la causa más probable habrá sido identificada.

Se desarrolla de la siguiente manera: se comienza realizando una tormenta de ideas del por qué se genera el problema, 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". En el momento que una pregunta de "¿por qué?" no aporte ninguna respuesta útil y no se pueda avanzar más, se detiene el ejercicio. Es importante tener en cuenta que el proceso debe enfocarse en los problemas y no en las personas involucradas.

Una vez identificada al menos una posible causa del problema, se discute y se plantean las posibles medidas para eliminar o solventar ese problema en el largo plazo, ya que no se trata de mitigar los posibles efectos del problema sino de solucionarlo de raíz introduciendo una mejora que sea continua en el tiempo y evite que se reproduzca de nuevo.

- **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 Ishikawa1 o diagrama de espina de pescado y se utiliza en las fases de diagnóstico y solución de la causa.

Un diagrama de Causa-Efecto es educativo, sirve para que los servidores públicos 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:

- *Establecer claramente el problema (efecto) que va a ser analizado. En este caso el hallazgo.*
- *Diseñar una flecha horizontal apuntando a la derecha y escribir el problema al interior de un rectángulo localizado en la punta de la flecha.*
- *Proponer 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?".*
- *Agrupar las causas en categorías. Una forma muy utilizada de agrupamiento es la siguiente: Máquina (Computadores o Software), mano de obra (funcionarios y Contratistas), método (Procesos), materiales (Información) y medición (indicadores).*
- *Para comprender mejor el problema, busque las subcausas o haga otros diagramas de causa y*

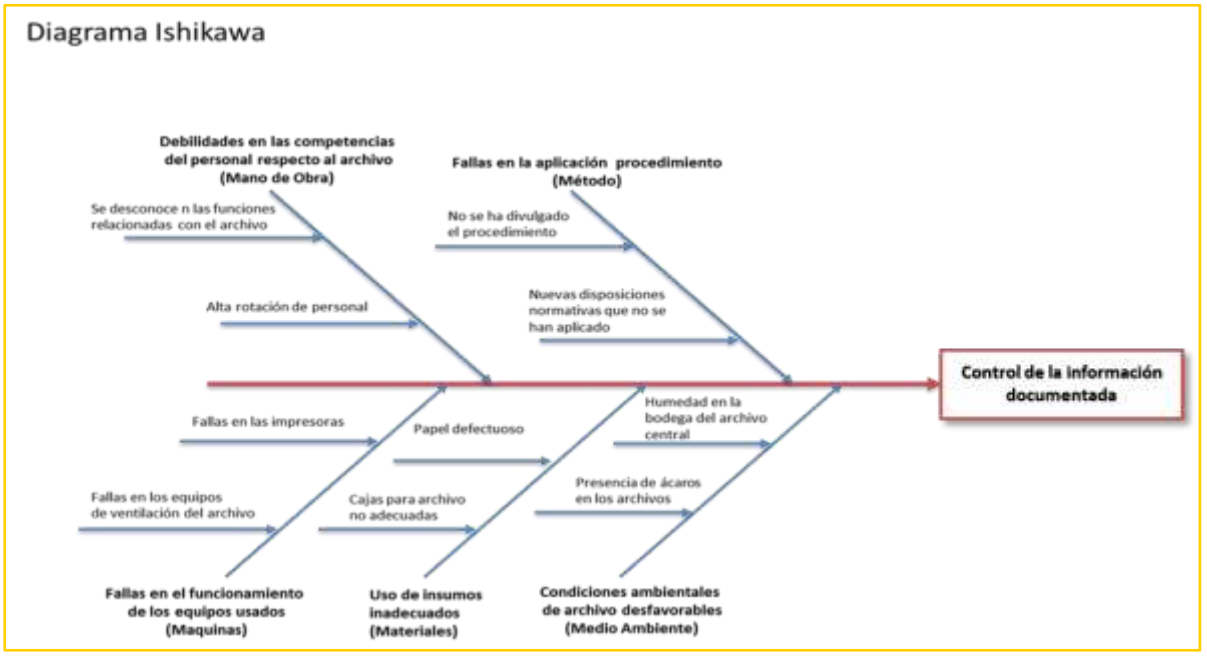
---

1 Kaoru Ishikawa - 1943

efecto para cada una de las causas encontradas.

- *Escribir cada categoría dentro de los rectángulos paralelos a la flecha principal. Los rectángulos quedarán entonces, unidos por líneas inclinadas que convergen hacia la flecha principal.*
- *Se pueden añadir las causas y subcausas de cada categoría a lo largo de su línea inclinada, si es necesario.*

Ejemplo:



2. REVISIÓN Y APROBACIÓN

La Oficina de Control Interno, en su rol de evaluador independiente del Sistema de Control Interno, realiza una revisión técnica del plan de mejoramiento presentado, enfocándose en verificar la pertinencia, suficiencia y coherencia de las acciones formuladas. Esta evaluación busca asegurar que las medidas propuestas estén correctamente alineadas con la causa raíz del hallazgo, y que sean efectivas para su mitigación o eliminación. El análisis incluye la revisión de la primera versión del plan de mejoramiento remitido por el área responsable de su suscripción, verificando que el mismo mantenga coherencia con las no conformidades descritas, las causas, los plazos, las actividades y los responsables definidos, buscando mitigar o eliminar el incumplimiento identificado. Así mismo, se analiza la consistencia de las metas y la

razonabilidad de los plazos definidos. En caso de identificar debilidades en las acciones que debido a que las mismas no respondan adecuadamente al hallazgo, la Oficina emite una solicitud de ajuste a través del módulo de mejoras de SUITE VISION, con el propósito de garantizar que el plan formulado cumpla con los criterios de efectividad y contribuya al fortalecimiento y mejora continua de la gestión institucional. Lo anterior, teniendo en cuenta que la Oficina de Control Interno no valida diagnósticos ni emite conceptos de validez, sino que revisa y formula sugerencias en pro de la mejora continua.

3. EJECUCIÓN

Durante la fase de ejecución, los responsables de los procesos o áreas deben implementar las acciones definidas en el plan de mejoramiento, cumpliendo con los plazos establecidos y previamente aprobados. Esta etapa implica la ejecución de las actividades, sino también, control sobre el cumplimiento de cada acción. Adicionalmente, los soportes documentales que evidencian la gestión realizada deben ser cargados en el módulo de mejora SUITE VISION garantizando así la disponibilidad, integridad y consulta oportuna de la información. Esta documentación es esencial para la posterior verificación y evaluación de la efectividad del plan, y constituye un insumo clave para los informes de seguimiento y auditoría.

4. SEGUIMIENTO

La Oficina de Control Interno es responsable de realizar el seguimiento, verificando el cumplimiento de las actividades y los documentos que soportan la ejecución del plan de mejoramiento, de acuerdo con la información registrada en el módulo de mejoras SUITE VISION por los responsables de la dependencia y/o área según corresponda.

- **Porcentaje de avance**

Con base en las evidencias suministradas por el área responsable, se realizará una verificación detallada del cumplimiento de las actividades programadas en el plan de mejoramiento. Esta revisión permitirá evaluar la coherencia entre las acciones ejecutadas y las causas raíz identificadas, así como determinar el grado de avance real de cada acción asociada a los hallazgos. El porcentaje de avance se establecerá considerando tanto la ejecución efectiva, las evidencias presentadas, lo que permitirá realizar una medición.

- **Relación de evidencias:**

Se cargarán en el módulo de mejoras SUITE VISION, las evidencias que soporten el cumplimiento y efectividad de las acciones.

Así mismo, la Oficina de Control Interno emite alertas sobre vencimientos próximos y comunica a la Gerencia los casos reiterados de incumplimiento. En caso de presentarse vencimientos, la OCI informará al proceso o área responsable el vencimiento para que reporten las actividades a la mayor brevedad, a través de memorando. En caso de reiteración en el vencimiento de actividades, se informará al Gerente de la entidad a través de memorando, teniendo en cuenta lo establecido en el Manual de Auditorías Internas Basado en Riesgos K-M-2.

5. EVALUACIÓN DE EFECTIVIDAD

Una vez las actividades alcanzan el 100% de ejecución, la Oficina de Control Interno procede a evaluar la efectividad del plan de mejoramiento, verificando si las causas que originaron la no conformidad han sido eliminadas de manera sostenible y si el hallazgo no se ha vuelto a presentar. Esta verificación se realiza mediante el análisis de evidencias documentales, visitas de seguimiento, entrevistas con responsables de la dependencia y/o área.

Si el plan se considera efectivo, se registra como cerrado; de lo contrario, se reinicia el ciclo con la formulación de un nuevo plan de mejoramiento siguiendo los lineamientos establecidos en el procedimiento de planes de mejoramiento K-P-3.

8. CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Descripción del cambio	Área productora	Fecha de publicación
1	*Emisión inicial*	*Control Interno*	*07/11/2025*
2	• *Se incluye en la sección "Glosario" SUITE VISION.* • *Se remplaza "Formato K-F-13" por "SUITE VISION"* • *Se actualiza paso a paso de acuerdo con el nuevo módulo de mejoras para la administración de planes de mejoramiento en SUITE VISION.* • *Cambio razón social de RTVC Sistema de Medios Públicos a INRAVISIÓN Sistema de medios Públicos del Estado Colombiano S.A.S.* • *Se actualizan los logos de acuerdo con la nueva razón social de la entidad y se modifica el código del documento conforme a la parametrización*	*Control Interno*	*29/07/2026*

Versión	Descripción del cambio	Área productora	Fecha de publicación
	establecida en Suite Vision.		
	Se realiza nuevamente el cargue del documento en el cual se incluye el logo de RTVC, se ajusta el código de acuerdo con la parametrización de SUITE VISIÓN, se incluye control de cambios, así mismo dando cumplimiento a los lineamientos del manual de marca.V2 y a la Guía de Administración de Información Documentada SIG.	*Coordinación de Planeación*	*05/10/2026*

9. ELABORÓ, REVISÓ, APROBÓ

	ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombres y apellidos	*Sandra Patricia Ricardo Gómez*	*José Ricardo Tobo González*	*José Ricardo Tobo González*
Cargo / Rol	*Profesional Especializado Control Interno*	*Asesor Control Interno*	*Asesor Control Interno*