

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LA E.S.P.

**DIAGNÓSTICO, PLANEACIÓN, DISEÑO Y DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA DE
GESTIÓN DE CALIDAD PARA EL ÁREA DE CONTROL INTERNO EN LA EMPRESA
PIEDRECUESTANA DE SERVICIOS E.S.P. BASADOS EN LA NTC GP 1000:2009**

JUAN MIGUEL ORTEGA APRAEZ 176762



**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE INGENIERÍA
FACULTAD DE INGENIERÍA INDUSTRIAL
FLORIDABLANCA
2014**

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LA E.S.P.

**DIAGNÓSTICO, PLANEACIÓN, DISEÑO Y DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA DE
GESTIÓN DE CALIDAD PARA EL ÁREA DE CONTROL INTERNO EN LA EMPRESA
PIEDRECUESTANA DE SERVICIOS E.S.P. BASADOS EN LA NTC GP 1000:2009**

JUAN MIGUEL ORTEGA APRAEZ 176762

**PROYECTO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE INGENIERÍA
INDUSTRIAL**

**DIRECTOR:
OLMEDO GONZÁLEZ HERRERA**

**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE INGENIERÍA
FACULTAD DE INGENIERÍA INDUSTRIAL
FLORIDABLANCA
2014**

NOTA DE ACEPTACIÓN:

Firma del presidente jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

DEDICATORIA

Se lo dedico a mis padres no solo el proyecto sino el camino recorrido durante estos largos años los cuales lo único que he recibido es apoyo y amor.

AGRADECIMIENTOS

A los profesores que me aportaron en el proyecto y todo el personal de la Piedecuestana E.S.P los cuales permitieron mi progreso.

TABLA DE CONTENIDO

1. Generalidades de la empresa	14
1.1 Identificación.....	15
1.2 Actividad económica.....	15
1.3 Reseña histórica.....	15
1.4 Logo	16
1.5 Misión.....	16
1.6 Visión	16
1.7 Organigrama.....	17
2. Planteamiento del problema	18
3. Antecedentes.....	19
4. Justificación.....	22
5. Objetivos.....	23
5.1 Objetivo General	23
5.2 Objetivos Específicos	23
6. Marco Teórico.....	24
6.1 ¿Qué es Normalización?.....	24
6.1.1 Normalización Internacional.....	24
6.2 La Organización Internacional De Normalización (ISO)	24

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LA E.S.P.

6.3	ICONTEC.....	25
6.4	Norma NTC GP1000 – 2009.....	26
6.5	Principios de gestión de la calidad para la rama ejecutiva del poder público y otras entidades prestadoras de servicios.....	27
6.6	¿Qué es calidad?.....	29
6.7	Modelo de gestión de la calidad.....	29
6.8	Familia de normas técnicas ISO.....	30
6.9	Cómo funciona el modelo ISO 9001:2008.....	31
6.10	Mapa de procesos.....	32
7.	DESARROLLO DEL PROYECTO	33
7.1	Diagnóstico inicial basado en la norma GP 1000:2009	33
7.1.1	Herramienta para el diagnóstico inicial	33
7.1.2	Resultados diagnóstico inicial.....	35
7.2	Diseño de Planes de Mejora	37
7.3	MAPA DE RIESGOS	37
7.4	DIAGNOSTICO DEL ÁREA CONTROL INTERNO RESPECTO AL MECI.....	44
7.5	CRONOGRAMA DE AUTOCONTROL.....	44
7.6	DOCUMENTACIÓN DEL ÁREA DE CONTROL INTERNO	45
7.7	INDICADORES DE GESTIÓN	49
	Fuente: Autor	51

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LA E.S.P.

7.8	Diagnóstico final	52
8.	CONCLUSIONES	55
9.	RECOMENDACIONES	57
	Referencias	58

LISTA DE APÉNDICES

APÉNDICE A. Diagnóstico Norma GP 1000:2009 inicial para el proceso de planeación	
60	
APÉNDICE B. I-MA-01 Instructivo para elaborar documentos del SGC.....	63
APÉNDICE C. Mapa de Riesgos.....	64
APÉNDICE D. Cuestionario MECI y análisis.	64
APÉNDICE E. CRONOGRAMA DE AUTOCONTROL	68
APÉNDICE F. Procedimiento Auditorías Internas	73
APÉNDICE G. Procedimiento de Administración de Riesgos	74
APÉNDICE H. Procedimiento Fomento de la cultura de Autocontrol	75
APÉNDICE I. Procedimiento, asesoría, acompañamiento y seguimiento	76
APÉNDICE J. Procedimiento elaboración y Rendición de informes a entes Internos y externos.	77
APÉNDICE K. DIAGNÓSTICO FINAL	78

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Criterios para diagnóstico inicial GP 1000:2009	35
Tabla 2. Diagnóstico inicial área de control interno	35
Tabla 3 Indicadores de Gestión	49
Tabla 4 Diagnóstico Final área de control interno.....	52

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Logo E.S.P. (Piedecuestana de Servicios Públicos)..... 16

Figura 2: Organigrama de Piedecuestana de Servicios Públicos Domiciliarios 17

Figura 3: Criterios de evaluación NTC GP 1000:2009..... 34

Figura 4: Clasificación del riesgo 43

Figura 5: Convenciones 43

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: DIAGNÓSTICO, PLANEACIÓN, DISEÑO Y DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD PARA EL ÁREA DE CONTROL INTERNO EN LA EMPRESA PIEDECUESTANA DE SERVICIOS E.S.P. BASADOS EN LA NTC GP 1000:2009

AUTOR: Juan Miguel Ortega Apraez

FACULTAD: Facultad de Ingeniería Industrial

DIRECTOR: Olmedo González Herrera

RESUMEN

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 6° de la Ley 872 de 2003, se obliga a las empresas publicas la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad con el propósito de mejorar el desempeño y su capacidad de proporcionar productos o servicios que respondan a las necesidades y expectativas de sus clientes.

Las entidades de carácter público dedicados a la prestación de servicios como la empresa piedecuestana deben implementar un sistema de gestión de calidad basado en la norma técnica para entidades públicas GP 1000:2009 con el objetivo de mejorar la calidad y el funcionamiento de la empresa, esta norma técnica es de obligatorio cumplimiento y su aplicación será auditada por organismos independientes.

Cuando se implementa la norma NTC GP 1000:2009 se pone en funcionamiento la evaluación del desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social con la prestación de los servicios, apoyándose en aspectos correspondientes al sector público como el modelo estándar de control interno MECI.

En este proyecto llevado a cabo en Piedecuestana de servicios E.S.P entidad dedicada a prestar servicios de acueducto, aseo y alcantarillado al municipio de Piedecuesta se trabajó especialmente en documentar los procesos de control interno para lo cual se debe conocer, revisar y estudiar los procesos, documentos y hallazgos provenientes de la organización; realizando un diagnóstico inicial, planeación y diseño del sistema de gestión de calidad basados en la norma NTC GP 1000:2009 enfocado esencialmente en aquellos requisitos los cuales carece la empresa.

PALABRAS CLAVES: Sistema De Gestión De Calidad, Calidad, NTC GP 1000:2009, MECI

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: Diagnosis, planning, design and documentation of quality management system for internal control in Piedecuestana de Servicios ESP based on the standard NTCGP 1000: 2009

AUTHOR(S): Juan Miguel Ortega

FACULTY: Facultad de Ingeniería Industrial

DIRECTOR: Olmedo González Herrera

ABSTRACT

In compliance with the provisions of Article 6 of Act 872 of 2003, to public enterprises undertakes the implementation of a Quality Management System for the purpose of improving performance and its ability to provide products or services that meet the needs and expectations of its customers.

The public entities dedicated to providing services such as Piedecuestana company must implement a quality management system based on the technical standard for public entities GP 1000: 2009 with the aim of improving the quality and performance of the company, this technical standard is mandatory and the application will be audited by independent bodies.

When the NTCGP 1000:2009 standard is implemented starts the evaluation of institutional performance in terms of quality and social satisfaction with service delivery, leaning in public sector with standard internal control model aspects MECI. In this project that I did in the Piedecuestana enterprise engaged in providing water services, toilet and sewage from Piedecuesta. Was documenting the process of internal control for which you must know meet, review and study the processes, documents and findings from the organization. Making an initial diagnosis, planning and design management system based on standard quality NTC GP 1000: 2009 focused primarily on those requirements, which lacks the company.

KEYWORDS: quality management system, quality, NTC GP 1000: 2009

INTRODUCCIÓN

Un buen Sistema de gestión de la calidad documentado que integra todos los procedimientos técnicos y gerenciales de la entidad, hace que las instituciones aseguren la satisfacción de sus clientes. Por esta razón hoy en día para las empresas es muy importante certificarse con la norma técnica de calidad ISO 9001:2008 para brindar a sus usuarios un servicio de calidad.

Al implementar el Sistema de gestión de la calidad en una empresa, este se consolida como una de las principales herramientas para la evaluación de los procesos y procedimientos presentes en el funcionamiento de cada una de las áreas de la empresa. Elaborando una Buena documentación y llevando a cabo un seguimiento a los parámetros de la NTC GP 1000:2009 se lograran obtener los resultados esperados por la entidad.

En este Proyecto se llevó a cabo la fase de la documentación en el área de control interno de la empresa Piedecuestana de Servicios Públicos basados en la norma NTC GP 1000:2009, se realizó un diagnóstico inicial en el que se analizaron las principales falencias del área y así se lograron plantear estrategias que ayudan a que la empresa preste a sus usuarios los servicios con mayor calidad.

1. Generalidades de la empresa

1.1 Identificación

REPRESENTANTE LEGAL: César Toloza Núñez

NIT: 804.005.441-1

EMAIL: gerencia@piedecuestanaesp.gov.co

LOCALIZACIÓN: Carrera 8 No 12-28 en Piedecuesta

1.2 Actividad económica

La actividad económica se ve reflejada a partir de los respectivos códigos CIIU emitidos por la cámara de comercio y su respectiva descripción:

410000 captación, depuración y distribución de agua

900020 barrido de exteriores

900030 recogida y eliminación de desechos

900040 servicios de evacuación de riles y aguas servidas

900090 otras actividades de manejo de desperdicios

1.3 Reseña histórica

La Empresa Piedecuestana de Servicios Públicos Domiciliarios de Piedecuesta “PIEDECUESTANA DE SERVICIOS PÚBLICOS E.S.P” dio inicio a sus labores en febrero de 1998; creada mediante Decreto 172 del 17 Diciembre 1997 expedido por la Alcaldía Municipal de Piedecuesta dando cumplimiento al Acuerdo Municipal 057 de 1997, que facultaba al alcalde municipal para constituir una empresa industrial y comercial para la prestación de los servicios públicos domiciliarios, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 142 de 1994.

Lo que motivó al alcalde de la época a tomar la iniciativa de conformar la empresa fueron altas tarifas de acueducto que se manejaban en ese momento y solicitó realizar el estudio respectivo, luego del cual consideró crear una empresa con capital de municipio para que

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LA E.S.P.

administrara los servicios públicos de acueducto, alcantarillado y aseo para el municipio de Piedecuesta.

1.4 Logo

Figura 1: Logo E.S.P. (Piedecuestana de Servicios Públicos)



Fuente: página web empresa Piedecuestana de servicios públicos E.S.P

1.5 Misión

La Empresa Municipal de Servicios Públicos Domiciliarios de Piedecuesta – PIEDECUESTANA DE SERVICIOS PÚBLICOS E.S.P. es una empresa industrial y comercial del estado del orden municipal, que presta los servicios de acueducto, alcantarillado y aseo, buscando siempre la satisfacción de las necesidades de nuestros clientes con productos y servicios de calidad, con responsabilidad social, ambiental y económica que contribuyan con el desarrollo del municipio de Piedecuesta y la región.

1.6 Visión

Para el año 2016 La Empresa Municipal de Servicios Públicos Domiciliarios de Piedecuesta –PIEDECUESTANA DE SERVICIOS PÚBLICOS E.S.P. será catalogada a nivel nacional como una empresa santandereana que impulsa el desarrollo social y económico del país, prestando su capacidad técnica y operativa en los servicios de acueducto, aseo y alcantarillado con calidad,

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LA E.S.P.

eficiencia y eficacia en sus procesos, contribuyendo con el cuidado y preservación del medio ambiente, a través de la modernización de su infraestructura y la ampliación de cobertura de sus servicios en su área de influencia, con innovación permanente y capacitación de su equipo humano.

1.7 Organigrama

Figura 2: Organigrama de Piedecuestana de Servicios Públicos Domiciliarios



Fuente: suministrado por la empresa Piedecuestana de servicios públicos E.S.P

2. Planteamiento del problema

La empresa PIEDECUESTANA DE SERVICIOS E.S.P. es una empresa pública que busca ofrecer a sus usuarios servicios que satisfagan sus necesidades de Aseo, Acueducto y alcantarillado; logrando ser conocida como una empresa sobresaliente en el departamento.

La organización en búsqueda de la excelencia determino problemas en distintas áreas de la empresa las cuales perjudican el mejoramiento continuo del sistema de gestión de calidad, entre las áreas afectadas se encuentra la de control interno con procesos poco estructurados que no cuentan con formatos ni registros de actividades realizadas. Debido a esto se ve la gran necesidad basados en la norma NTCGP 1000:2009 de elaborar formatos, procedimientos y registros que permitan estructurar procesos de tal manera que se pueda generar un control en las actividades ejecutadas y así lograr una mejor prestación del servicio.

3. Antecedentes

El Sistema de Gestión de la Calidad es una herramienta útil para el logro de los objetivos institucionales en términos de satisfacción de los clientes, usuarios o beneficiarios. La Ley 872 de 2003 ordena la creación de un Sistema de Gestión de la calidad de las entidades del Estado, como una herramienta de gestión sistemática y transparente que permita dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios a cargo de las entidades y agentes obligados.

Mediante El Decreto 4110 de 2004 se adopta la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004, la cual determina las generalidades y los requisitos mínimos para establecer, documentar, implementar y mantener un Sistema de Gestión de la Calidad en los organismos, entidades y agentes obligados.

Por medio del Decreto 4485 del 18 de noviembre de 2009 fue adoptada a finales del año pasado, la primera actualización de la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000, documento trabajado y desarrollado por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) en conjunto con diferentes empresas.

Dicha actualización se realizó con el objeto de facilitar la interpretación e implementación de los requisitos del Sistema de Gestión de Calidad, así como promover su implementación conjunta con el Modelo Estándar de Control Interno y de Desarrollo Administrativo. Por tanto, esta nueva actualización, no incluye nuevos requisitos ni reduce los de la versión 2004.

El estudio realizado por Flores y Velásquez (2009) titulado DIAGNÓSTICO, PLANEACIÓN, DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE LA NORMA TÉCNICA DE LA CALIDAD PARA LA GESTIÓN PÚBLICA NTC GP100:2004 EN LA CONTRALORÍA GENERAL DE SANTANDER fue desarrollado con el fin de cumplir con los Requisitos y exigencias del cliente, buscando la correcta y mejora de los procesos de gestión de control fiscal.

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LA E.S.P.

En la guía diseñada por Yaned Adiel Guisado López y Flor María Mesa Martínez (2009) denominada GUÍA PARA IMPLEMENTAR UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, PARA LA GESTIÓN PÚBLICA BAJO LA NORMA TÉCNICA DE CALIDAD NTC GP1000: 2009, se presenta una propuesta como una guía genérica de implantación, que debe revisarse y acondicionarse de acuerdo a los requisitos, naturaleza, características propias y con la misión de cada entidad.

En el interior de esta guía, se encuentra una estructura administrativa adecuada dentro del contorno de la gestión pública, de poseer los instrumentos necesarios para tomar las decisiones sobre los recursos al igual que sobre las personas o grupos, en busca de orientar los esfuerzos de la entidad hacia el cumplimiento de los objetivos estatales con la utilización eficiente de los recursos.

Aseguran (Guisado López & Mesa Martínez, 2009) que es innegable que las entidades estatales han invertido de manera ineficiente cuantiosos recursos, tratando de encontrar un desarrollo social sustancial con respecto a la desigualdad y pobreza en que se encuentra la población. En este sentido se suma la improvisación, la poca tecnología involucrada en la actuación diaria y sobre todo la falta de seguimiento de instrumentos de medición y evaluación de los efectos de la inversión de recursos de inversión social. Asimismo en la calidad de la gestión en términos de los resultados que efectivamente ha logrado.

En esta misma labor de investigación y consulta se encontró el trabajo de grado profesional en Ingeniería Comercial de Orlando Acosta Alvarado, (DISEÑO Y PROPUESTA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD PARA AGILSEG CIA. LTDA., UTILIZANDO NORMAS ISO 9001:2008, 2011). Según Acosta, las empresas necesitan de políticas de calidad para poder enfrentarse a la creciente competencia que cada día se hace más fuerte, y porque todas

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LA E.S.P.

las empresas pequeñas están constantemente amenazadas de ser delimitadas por poseer parte del mercado correspondiente.

La política de calidad de AGILSEG (Acosta Alvarado, 2011), constituirá ser un documento auditable ya sea por los auditores internos de la empresa o por externos en busca de una certificación, inclusive por el cliente, por este motivo este documento debe ser entendido a todos los niveles, desde el personal operario hasta los directores y gerentes.

4. Justificación

Toda organización requiere desde su interior promover y proyectarse responsable y socialmente, de manera que pueda ser entendida y vivida como una entidad en desarrollo y mejoramiento con la comunidad que la sustenta. Para las empresas del estado implementar la norma NTCGP 1000:2009, traerá un crecimiento y mejoría en los sistemas de calidad, verificando que los procesos que se lleven a cabo en la entidad sean acordes con las especificaciones que la norma trae consigo para obtener un excelente sistema de calidad.

Un sistema de calidad realizado correctamente en las empresas, obtiene como resultado la satisfacción de los usuarios. Para poder lograr alcanzar un sistema de calidad, es preciso realizar primero una serie de etapas, entre las cuales se encuentran: diagnóstico del sistema que se trabaja, diseño del sistema, documentación, implementación y certificación del mismo.

En este proyecto se tiene como fin diseñar, documentar y planificar el sistema de calidad de la empresa, organizando los procesos para que se realicen a cabalidad y cumplan sus funciones.

Al diseñar, planificar y documentar un sistema de calidad para PIEDECUESTANA DE SERVICIOS E.S.P, regido por las Norma NTCGP 1000:2009, se pretende obtener excelente rendimiento en los procesos, mayor satisfacción para los usuarios y destacar a PIEDECUESTANA DE SERVICIOS E.S.P como una entidad promotora de la calidad, distinguiéndose por sus servicios y trabajando para obtener una mejora continua en el sistema.

5. Objetivos

5.1 Objetivo General

Diagnosticar, Planear, Diseñar y Documentar el sistema de gestión de calidad para el área de control interno en la empresa Piedecuestana de Servicios E.S.P. basados en la norma NTC GP 1000:2009

5.2 Objetivos Específicos

- Realizar diagnóstico inicial de los procedimientos en el área de control interno según los requisitos de la norma NTCGP 1000:2009
- Proponer los planes de acción correctivas en los procedimientos en el área de control interno
- Realizar la documentación necesaria en el área de control interno según la norma NTC GP 1000:2009
- Identificar y analizar los riesgos del área de control interno teniendo en cuenta la norma GP 1000:2009 (amenazas oportunidades etc.)
- Crear el mapa de riesgos en el área de control interno
- Diagnosticar el área de control interno teniendo en cuenta MECI 2014
- Formular indicadores que ayuden a la empresa Piedecuestana de servicios públicos E.S.P a evaluar el rendimiento del área de control interno.
- Elaborar un cronograma de cultura del autocontrol en la entidad

6. Marco Teórico

6.1 ¿Qué es Normalización?

La palabra norma viene del latín "normun", significa etimológicamente: "Regla a seguir para llegar a un fin determinado". Este concepto fue concretamente definido (Comité Alemán de Normalización, 1940) como:

"Las reglas que unifican y ordenan lógicamente una serie de fenómenos"

La Normalización (Álvarez García, 1999) es el proceso de elaboración, aplicación y mejora de las normas que se aplican a distintas actividades científicas, industriales o económicas con el fin de ordenarlas y mejorarlas. La Asociación Estadounidense para pruebas de materiales (ASTM), define la Normalización como el proceso de formular y aplicar reglas para una aproximación ordenada a una actividad específica para el beneficio y con la cooperación de todos los involucrados.

6.1.1 Normalización Internacional

Tres son los organismos normalizadores que destacan en la escena internacional según la Oficina Internacional del trabajo OIT (La normalización internacional de las estadísticas del trabajo , 2008):

- La Organización Internacional de Normalización (ISO).
- La Comisión Electrotécnica Internacional (CEI).
- La Unión Internacional de Telecomunicaciones (UIT).

6.2 La Organización Internacional De Normalización (ISO)

La ISO (NAVA CARBELLIDO & JIMÉNEZ VALADEZ , 1991) no es un acrónimo sino el nombre real de la organización y debe utilizarse en todas las lenguas. El término ISO, derivado

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LA E.S.P.

de la palabra griega "isos" (igual), refleja la filosofía de la organización que fomenta una participación y un acceso a las normas.

La ISO es una organización no gubernamental integrada por una red de institutos nacionales de Normalización de 146 países, sus miembros pueden ser organismos gubernamentales o haber sido designados por el gobierno de su país.

La ISO elabora sus normas por medio de Comités Técnicos compuestos por un miembro de cada país.

Por su parte, el Comité Técnico de la ISO sobre terminología y otros recursos lingüísticos (ISO/TC 37) produce normas técnicas sobre la terminología y sobre productos, servicios, procesos y sistemas lingüísticos conexos. Estas normas están al servicio de la industria de la lengua y de cualquier persona que desee crear productos y servicios terminológicos y lingüísticos. Constituyen, además, la base de la Normalización terminológica en todos los comités de la ISO y sirven de orientación a otros comités que producen la terminología normalizada de cierto campo.

6.3 ICONTEC

ICONTEC (INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS Y CERTIFICACION, 2014) es el organismo nacional de Normalización en virtud del decreto 2269 de 1993. Fue fundado el 10 de mayo de 1963.

Desde 1991 ICONTEC trabaja conjuntamente con la industria nacional e internacional en la certificación de sistemas de gestión, lo que le ha permitido expandir sus fronteras hacia otros países con certificados otorgados a organizaciones de Ecuador, Perú, Salvador, Panamá, México y USA.

En la actualidad ICONTEC otorga certificados para Sistemas de Gestión de la Calidad ISO 9001, Sistemas de Gestión Ambiental ISO 14001, QS 9000, HACCP y OHSAS 18001.

6.4 Norma NTC GP1000 – 2009

La Norma NTC GP1000 – 2009 (Galindo Reyes, 2008) está dirigida a todas las entidades, y se ha elaborado con el propósito de que éstas puedan mejorar su desempeño y su capacidad de proporcionar productos y/o servicios que respondan a las necesidades y expectativas de sus clientes.

Promueve la adopción de un enfoque basado en procesos, el cual consiste en determinar y gestionar, de manera eficaz, una serie de actividades relacionadas entre sí. Una ventaja de este enfoque es el control continuo que proporciona sobre los vínculos entre los procesos individuales que forman parte de un sistema conformado por procesos, así como sobre su combinación e interacción.

Permite mejorar la satisfacción de los clientes y el desempeño de las entidades, circunstancia que debe ser la principal motivación para la implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad, y no simplemente la certificación con una norma, la cual debe verse como un reconocimiento, pero nunca como un fin.

Permite la comprensión y el cumplimiento de los requisitos, la necesidad de considerar los procesos en términos que aporten valor, la obtención de resultados del desempeño y la eficacia del proceso y la mejora continua de los procesos, con base en mediciones objetivas.

Esta norma es de aplicación genérica y no es su propósito establecer uniformidad en la estructura y documentación del Sistema de Gestión de la Calidad de las diferentes entidades, puesto que reconoce que el diseño e implementación del Sistema está influenciado por:

- El marco legal aplicable a la entidad,
- El entorno de la entidad, los cambios y los riesgos asociados a éste
- Sus necesidades cambiantes,
- Sus objetivos particulares,

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LA E.S.P.

- Los productos y/o servicios que proporciona,
- Los procesos que emplea y
- El tamaño y la estructura de la entidad.

6.5 Principios de gestión de la calidad para la rama ejecutiva del poder público y otras entidades prestadoras de servicios

Los principios del Sistema de Gestión de la Calidad (NORMA TÉCNICA DE CALIDAD EN LA GESTIÓN PÚBLICA NTCGP 1000:2009, 2009) se enmarcan, integran, complementan y desarrollan dentro de los principios constitucionales.

Se han identificado los siguientes principios de gestión de la calidad, que pueden ser utilizados por la alta dirección, con el fin de conducir a la entidad hacia una mejora en su desempeño:

a) Enfoque hacia el cliente: la razón de ser de las entidades es prestar un servicio dirigido a satisfacer a sus clientes; por lo tanto, es fundamental que las entidades comprendan cuáles son las necesidades actuales y futuras de los clientes, que cumpla con sus requisitos y que se esfuercen por exceder sus expectativas.

b) Liderazgo: desarrollar una conciencia hacia la calidad implica que la alta dirección de cada entidad es capaz de lograr la unidad de propósito dentro de ésta, generando y manteniendo un ambiente interno favorable, en el cual los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas puedan llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la entidad.

c) Participación activa de los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas: es el compromiso de los servidores públicos y/o de los particulares que ejercen funciones públicas, en todos los niveles, el cual permite el logro de los objetivos de la entidad.

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LA E.S.P.

d) Enfoque basado en procesos: en las entidades existe una red de procesos, la cual, al trabajar articuladamente, permite generar valor. Un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.

e) Enfoque del sistema para la gestión: el hecho de identificar, entender, mantener, mejorar y, en general, gestionar los procesos y sus interrelaciones como un sistema contribuye a la eficacia, eficiencia y efectividad de las entidades en el logro de sus objetivos.

f) Mejora continua: siempre es posible implementar maneras más prácticas y mejores para entregar los productos o prestar servicios en las entidades. Es fundamental que la mejora continua del desempeño global de las entidades sea un objetivo permanente para aumentar su eficacia, eficiencia y efectividad.

g) Enfoque basado en hechos y datos para la toma de decisiones: en todos los niveles de la entidad las decisiones eficaces, se basan en el análisis de los datos y la información, y no simplemente en la intuición.

h) Relaciones mutuamente beneficiosas con los proveedores de bienes o servicios: las entidades y sus proveedores son interdependientes; una relación beneficiosa, basada en el equilibrio contractual aumenta la capacidad de ambos para crear valor.

i) Coordinación, cooperación y articulación: el trabajo en equipo, en y entre entidades es importante para el desarrollo de relaciones que beneficien a sus clientes y que permitan emplear de una manera racional los recursos disponibles.

j) Transparencia: la gestión de los procesos se fundamenta en las actuaciones y las decisiones claras; por tanto, es importante que las entidades garanticen el acceso a la información pertinente de sus procesos para facilitar así el control social.

6.6 ¿Qué es calidad?

Acercas de la calidad se conocen diferentes conceptos estos varían de un autor a otro. La calidad tiene su origen en latín y significa tributo o propiedad que distingue a las personas bienes y servicios, en la actualidad existen un gran número de definiciones dadas por estudiosos en el tema, una de ellas es según la Sociedad Americana Para El Control De Calidad (ASQC) (Chandia, 2006): “conjunto de características de un producto, proceso o servicio que le confiere su aptitud, para satisfacer las necesidades del usuario o cliente”.

6.7 Modelo de gestión de la calidad

Los sistemas de gestión de la calidad (Fontalvo Herrera, 2007) son una herramienta con la cual las empresas pueden lograr una ventaja competitiva, y sirven para articular la estrategia de la empresa con los procesos de ésta, generando preferencia en los productos y servicios que la organización ofrece a sus clientes.

Específicamente, define un sistema de gestión de la calidad como la “Interacción entre la estrategia de la organización y sus procesos, en donde el uno necesita del otro para conseguir los resultados deseados”.

Otra aproximación que encontramos a la función de calidad es la de Jaime Varo (2007) como “...el conjunto completo de actividades mediante las cuales se alcanza la aptitud al uso, con independencia de donde se lleven a cabo estas actividades”. Luego define que gestionar es “...coordinar todos los recursos disponibles a fin de conseguir unos objetivos. El objetivo de la calidad es la satisfacción del cliente y del proveedor al mínimo coste combinado. La gestión de la calidad comprende tres procesos: planificación, organización y control, que juran prefiere desarrollar a través de las tres fases de su trilogía: planificación, control y mejora de la calidad”

En cuanto a la responsabilidad para obtener la calidad deseada, precisa que “requiere el compromiso y la participación de todos los miembros de la empresa, en tanto que la

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LA E.S.P.

responsabilidad de la gestión corresponde a la dirección”. Define (Varo, 2007) la planificación de la calidad como “...la actividad de desarrollo de los productos y procesos requeridos para satisfacer las necesidades de los clientes” y comprende las siguientes fases:

1. Identificar los clientes.
2. Descubrir las necesidades de los clientes.
3. Desarrollar las características del producto que respondan a las necesidades de los clientes.
4. Diseñar los procesos capaces de producir las características de los productos.
5. Transferir los planes a las fuerzas operativas.

6.8 Familia de normas técnicas ISO

Se considera una norma técnica a una especificación que establece requisitos que aseguren la aptitud para el uso de un producto o servicio (INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN, 2005).

Las normas ISO tanto quías como requisitos están escritos en términos de qué características han de estar presentes en el sistema de gestión de una organización pero prescriben como han de aplicarse las características. Es decir cada organización es libre de determinar su propia estructura de gestión, cada organización determina como deben incorporarse a su sistema las características de calidad definidas en las normas de sistemas de calidad.

Las familias de normas ISO citadas a continuación están diseñadas para asistir a las organizaciones, de todo tipo y tamaño, en la implementación y la operación de sistemas de calidad eficaces

ISO 9000: la norma describe los fundamentos de los sistemas de gestión de la calidad y especifica la terminología de los sistemas de gestión de calidad.

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LA E.S.P.

ISO 9001: la norma especifica los requisitos para los sistemas de gestión de la calidad aplicables a toda organización que necesite demostrar su capacidad para proporcionar productos que cumplan los requisitos de sus clientes y los reglamentarios que le sean de aplicación y su objetivo es aumentar la satisfacción del cliente.

ISO 9004: proporciona directrices que consideran tanto la eficacia como la eficiencia del sistema de gestión de la calidad. El objetivo de esta norma es la mejora del desempeño de la organización y la satisfacción de los clientes de las partes interesadas.

ISO 19011: la norma proporciona orientación relativa a las auditorías de sistemas de gestión de la calidad y gestión ambiental. Todas estas normas juntas forman un conjunto coherente de normas de sistemas de gestión de la calidad que facilitan la mutua comprensión en el comercio nacional e internacional.

6.9 Cómo funciona el modelo ISO 9001:2008

La norma ISO 9001:2008 (International Standardization Organization, 2008) establece que los requisitos del sistema de calidad deben cumplir, pero no dicta cómo deben ser atendidas en cualquier organización en particular. Esto deja un amplio margen y flexibilidad para su aplicación en diferentes sectores de actividad y de culturas empresariales, así como en las diversas culturas nacionales.

Comprobar que funciona la norma requiere que la propia organización realice auditorías a su sistema de calidad basado en ISO 9001:2008, para verificar que la gestión de sus procesos se ejecute con eficacia, para decirlo de otra manera, para comprobar que está totalmente en control de sus actividades.

Además, la organización podrá invitar a sus clientes de auditoría del sistema de calidad con el fin de darles la confianza que la organización es capaz de ofrecer productos o servicios que satisfagan sus necesidades.

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LA E.S.P.

Por último, la organización puede contratar los servicios de una certificación de sistema de órganos independientes de la calidad para obtener una norma ISO 9001:2008 certificado de conformidad. Esta última opción ha demostrado ser extremadamente popular en el mercado, debido a la credibilidad percibida de una evaluación independiente.

6.10 Mapa de procesos

El mapa de procesos impulsa a la organización a poseer una visión más allá de sus límites geográficos y funcionales, mostrando cómo sus actividades están relacionadas con los clientes externos, proveedores y grupos de interés. Dan la oportunidad de mejorar la coordinación entre los elementos claves de la organización, y permite distinguir los procesos claves, estratégicos y de soporte

Es así, que el mapa de procesos, es la representación gráfica de los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación, y su interrelación para la satisfacción de las necesidades y requisitos de los usuarios (Zarategui, 1999), los aspectos que se deben identificar y que forman parte de las actividades que se llevan a cabo en las empresas, los cuales son:

- **Procesos Estratégicos:** Incluyen los relacionados al establecimiento de políticas y estrategias, fijación de objetivos, comunicación, disposición de recursos necesarios y revisiones por la dirección.

- **Procesos Misionales:** Incluyen todos aquellos que proporcionan el resultado previsto por la entidad en el cumplimiento del objeto social o razón de ser.

- **Procesos de Apoyo:** Incluyen aquellos que proveen los recursos necesarios para el desarrollo de los procesos estratégicos, misionales y de evaluación.

- **Procesos de Evaluación:** Incluyen aquellos necesarios para medir y recopilar datos para el análisis del desempeño y la mejora de la eficacia y la eficiencia, y son una parte integral de los procesos estratégicos, de apoyo y misionales.

7. DESARROLLO DEL PROYECTO

7.1 Diagnóstico inicial basado en la norma GP 1000:2009

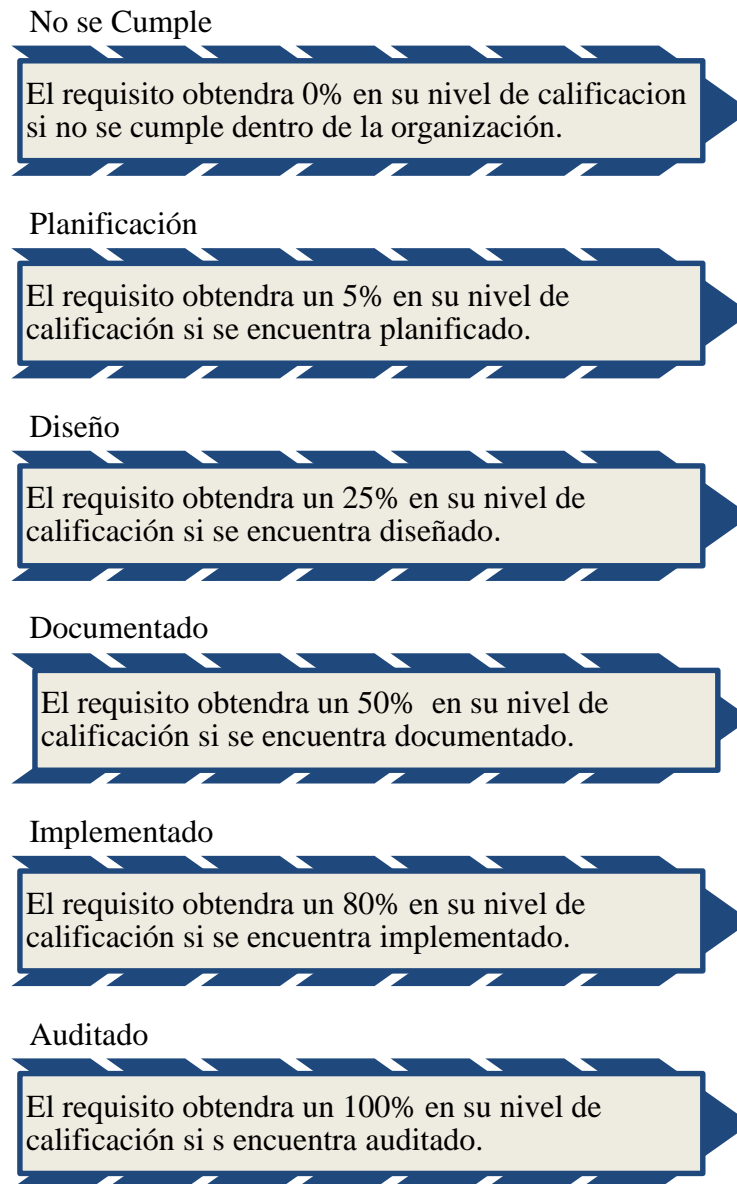
Según el desarrollo del proyecto se realizó un diagnóstico inicial en el cual se identificaron y evaluaron los criterios más importantes de la NTC GP 1000:2009, permitiendo así obtener información suficiente a cerca del nivel de cumplimiento del sistema de gestión de calidad y resaltar las principales falencias del área de control interno. (Vea Apéndice A)

7.1.1 Herramienta para el diagnóstico inicial

Para realizar el diagnóstico inicial se tuvieron en cuenta los principales requisitos de la norma GP 1000:2009 y se establecieron criterios de evaluación y sus porcentajes de cumplimiento. Dichos criterios fueron establecidos con el fin de identificar el estado del requisito dentro del sistema de gestión de la calidad, y establecer cuáles son las actividades críticas dentro del proceso de planeación.

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LA E.S.P.

Figura 3: Criterios de evaluación NTC GP 1000:2009



Fuente: autor

Para realizar el diagnóstico inicial se contó con el único director de control interno, y la ingeniera de investigación y desarrollo de la empresa Piedecuestana de servicios E.S.P, los cuales tienen pleno conocimientos de los procedimientos y actividades que se realizan en el área de

planeación. En la tabla 1 se muestran las formulas establecidas para la evaluación de cada requisito:

Tabla 1. Criterios para diagnóstico inicial GP 1000:2009

CRITERIO	FÓRMULA
No se Cumple	$(\# \text{ de requisitos No se Cumple} * 0\%) / \# \text{ total requisitos}$
Planificado	$(\# \text{ de requisitos No se Cumple} * 5\%) / \# \text{ total requisitos}$
Diseñado	$(\# \text{ de requisitos No se Cumple} * 25\%) / \# \text{ total requisitos}$
Documentado	$(\# \text{ de requisitos No se Cumple} * 50\%) / \# \text{ total requisitos}$
Implementado	$(\# \text{ de requisitos No se Cumple} * 80\%) / \# \text{ total requisitos}$
Auditado	$(\# \text{ de requisitos No se Cumple} * 100\%) / \# \text{ total requisitos}$

Fuente: Autor

7.1.2 Resultados diagnóstico inicial

Los resultados obtenidos en el diagnóstico inicial se muestran en la siguiente tabla

Tabla 2. Diagnóstico inicial área de control interno

REQUISITO	NIVEL DE CUMPLIMIENTO (%)
Requisitos Generales	27%
Gestión Documental	0%
Compromiso de la dirección	34%
Talento humano	8%
Prestación del servicio	37%
Medición, análisis y mejora	0%
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO NTC GP 1000:2009	18%

Fuente: Autor

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LA E.S.P.

Según los resultados del diagnóstico inicial la empresa Piedecuestana de servicios públicos E.S.P cumple con un 18% de los requisitos de la norma NTC GP 1000:2009, para el proceso de control interno.

En los requisitos generales de la norma cuenta con un nivel de cumplimiento del 27% ya que en el mapa de procesos que tiene la entidad no se identifican de manera clara los procesos que ayudan a cumplir su misión, además de esto no les hacen un debido seguimiento a estos procesos ni los tienen documentados.

La gestión documental se encuentra en un 0% ya que no se encontraron los procedimientos documentados en el área de control interno de manera completa, tan solo se especificaban algunas funciones que se cumplían en el cargo pero no mostraban completamente las funciones y descripciones de los procedimientos. Los formatos y actas utilizadas en el área, se crearon para llevar registro de las actividades necesarias pero no se encuentran interrelacionadas con otras entidades de la empresa.

En el requisito relacionado con el compromiso que tiene la dirección con la entidad se evaluó en un 34% ya que no existen mecanismos para conocer la satisfacción del cliente ni políticas y objetivos establecidos.

En los resultados encontrados en los requisitos de talento humano 8% no se ve el entorno requerido para poder tener una buena sinergia en el área de control interno, comenzando con que no se cuenta con la suficiente cantidad de empleados en el área. En el caso de prestación del servicio 19%, se puede decir que la asignación de recursos humanos y operacionales es acorde a los objetivos de la entidad, sin embargo muchas de estas cosas no se implementan en toda la empresa, la entidad no evalúa factores que pueden estar teniendo una gran influencia en la prestación de un buen servicio.

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LA E.S.P.

Por ultimo debido a que no se cuenta con la documentación de los procedimientos de control interno no se llevan registros de las actividades que allí se realizan, por esta razón el requisito de medición, análisis y mejora tiene un nivel de cumplimiento del 0%.

En conclusión la empresa debe diseñar y documentar el sistema de gestión de la calidad para el proceso de control interno de tal manera que se pueda tener un seguimiento continuo a las actividades y los datos que permitan tomar acciones correctivas o preventivas, que con lleven a un mejoramiento continuo.

7.2 Diseño de Planes de Mejora

Para mejorar el sistema de gestión de la calidad, se debe realizar la documentación detallada de cada una de las actividades o procedimientos que se llevan a cabo en el área de control interno de la empresa Piedecuestana de Servicios Públicos E.S.P, para ello se diseñó el siguiente instructivo que establece la manera como se deben escribir y presentar los documentos del SGC en la Piedecuestana de Servicios E.S.P.

I-MA-01 Instructivo para elaborar documentos del SGC (Vea Apéndice B)

7.3 MAPA DE RIESGOS

Para tener un mayor entendimiento de los riesgos los cuales afectan el área de control interno se decidió realizar un mapa de riesgos el cual permitirá obtener mejores estrategias para solucionar los problemas del área. Los riesgos encontrados fueron ocho y en cada uno de estos se platearon responsables, indicadores y acciones para solucionar los riesgos.

El mapa de riesgos del área de control interno se realiza en cuatro pasos:

1. Contexto estratégico: Se analizan las condiciones internas y del entorno que puedan afectar el cumplimiento de la misión y objetivos de la empresa. En la tabla 3 se puede observar el contexto estratégico del área de control interno.

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LA E.S.P.

Tabla 3 Contexto Estratégico

CAUSA				EVENTO (RIESGO)	CONSECUENCIA
INTERNO		EXTERNO		Puede suceder ...	Lo que podría ocasionar...
Tipo	Debido a..	Tipo	Debido a...		
PERSONAL	Falta de asignación de recursos para personal que realice auditorias según competencia O capacitación en temas de auditoria interna al Grupo Operativo MECI, falta de compromiso de la alta Dirección, baja actualización y puesta en marcha de los procesos y procedimiento al interior de la entidad.	POLITICOS	Directrices precisas por parte del Ente externo regulador que es DAPF muy deficientes - Mucha normatividad	Evaluación deficiente del Sistema de Control Interno	Baja evaluación del MECI - deficiencia en los procesos de la entidad - Cumplimiento de los objetivos misionales de la Entidad
PROCESOS	Falta de creación, formulación y actualización del nomograma	POLITICOS	Cambios de normas a nivel nacional en el tema de CI	Cambio de Normatividad de la misma	Confusión y traumatismos en el conocimiento y difusión de la norma, entes nacionales no dan directrices concretas al tema
PERSONAL	Desconocimiento de que es acción Preventiva, correctiva y mejora	ECONOMICOS	falta de capital para capacitaciones	Deficiencia en la formulación de acciones y ejecución de los planes de Mejoramiento	Presentación inadecuada de acciones, que permitan realmente dar mejora a los hallazgos o riesgos detectados en los procesos, Deficiencia y complejidad al momento de realizar seguimiento

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LA E.S.P.

CAUSA		EVENTO (RIESGO)		CONSECUENCIA	
PERSONAL	Falla en los sistema de Información, Falta de Procesos y compromiso Institucional	ECONOMICOS	falta de capital para recursos tecnológicos	Inoportunidad y Complejidad en el suministro de la información en un procesos de auditoria	Incumplimiento del Programa de Auditorías - Pérdida de Credibilidad en el Proceso de Control Interno Institucional
PERSONAL	Falta de personal, compromiso de la alta dirección y necesidad de un cronograma de autocontrol	ECONOMICOS	falta de personal para el desarrollo de estas actividades	Deficiencia en la Cultura de Autocontrol	Un mal desarrollo de las operaciones diarias por parte de los empleados de la organización
PERSONAL	Mala planificación y gestión de los informes presentados a los entes de control	ECONOMICOS	falta de personal para el desarrollo de estas actividades	Presentación extemporánea de los informes a los entes de control	Sanciones Disciplinarias y pecuniarias
PERSONAL	Poca capacitación y asertoria para la buena selección de los procesos	ECONOMICOS	falta de personal y recursos para el desarrollo de estas actividades	Selección Deficiente de los Procesos a Evaluar	Incumplimiento de los objetivos del proceso
PROCESOS	Falta de un proceso para desarrollo de informes de auditoria	ECONOMICOS	falta de personal para el desarrollo de informes de auditoria	Informes de auditoría de Baja Calidad	Baja calidad de auditorías - Baja credibilidad del proceso de Auditoria

Fuente: Autor

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LA E.S.P.

2. Teniendo en cuenta las debilidades y amanezcas con las que se enfrenta el área, se realiza la identificación de riesgos, detallando el proceso, objetivo del proceso, riesgo que se presenta, las causas y descripción del riesgo. A continuación en la tabla 4 se describen los riesgos del área de control interno:

Tabla 4 Descripción de Riesgos

RIESGO	DESCRIPCIÓN
Evaluación deficiente del Sistema de Control Interno	débil implementación del Sistema de Control Interno en temas como son definición de procesos, procedimientos, capacitaciones, etc.
Cambio de Normatividad e inadaptación de la misma	Normas nacionales son susceptibles a cambios permanentes en el Tema de Control Interno
Deficiencia en la formulación de acciones y ejecución de los planes de Mejoramiento	Los encargados de formular la acciones de mejoramiento de los diferentes hallazgos internos o instituciones, no las definen acertadamente debido que no distinguen las cusan que la generan
Inoportunidad y Complejidad en el suministro de la información en un procesos de auditoria	La información suministrada para el desarrollo de las Auditorias no cumple con las características de oportunidad
Deficiencia en la Cultura de Autocontrol	La no capacitación en el tema a los funcionarios de la entidad, sentido de pertenencia por parte de los funcionarios
Presentación extemporánea de los informes a los entes de control	Alto índice de no presentación de informes a los entes de control
Selección Deficiente de los Procesos a Evaluar	La priorización de los procesos no se realiza de manera adecuada
Informes de auditoría de Baja Calidad	Suministro de Información Deficiente, no asignación de personal que cuente con competencia dependiendo de la Auditoria

Fuente: Autor

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LA E.S.P.

3. Se realiza el análisis, describiendo la probabilidad de materialización del riesgo, teniendo en cuenta la tabla 5 que se encuentra a continuación:

Tabla 5 Probabilidad del Riesgo

NIVEL	DESCRIPTOR	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA
1	Raro	El evento puede ocurrir solo en circunstancias excepcionales	No se ha presentado en los últimos 5 años
2	Improbable	El evento puede ocurrir en algún momento	Al menos de una vez en los últimos 5 años
3	Posible	El evento podría ocurrir en algún momento	Al menos una vez en los últimos 2 años
4	Probable	El evento probablemente ocurrirá en la mayoría de las circunstancias	Al menos una vez en el último año
5	Casi seguro	Se espera que el evento corra en la mayoría de las circunstancias	Más de una vez al año

Fuente: guía para la administración de riesgo DAFP

4. Se realiza la identificación del tipo de control:

- Correctivo: cuando se quiere evitar el riesgo que ya está sucediendo

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LA E.S.P.

- Preventiva: cuando aún no ha ocurrido el riesgo pero se tiene sospechas de que podría suceder
5. Se define el tipo de impacto que presenta el riesgo, teniendo en cuenta la tabla 6 que se presenta a continuación

Tabla 6 Criterios de Impacto

Nivel	Descriptor	Descripción
1	Insignificante	Si el hecho llega a presentarse, tendría consecuencias con efectos mínimos sobre la entidad
2	Menor	Si el hecho llega a presentarse, tendría bajo impacto con efecto sobre la entidad
3	Moderado	Si el hecho llega a presentarse, tendría medianas consecuencias o efectos sobre la entidad
4	Mayor	Si el hecho llega a presentarse, tendría altas consecuencias o efectos sobre la entidad
5	catastrófico	Si el hecho llega a presentarse, tendría desastrosas consecuencias o efectos sobre la entidad

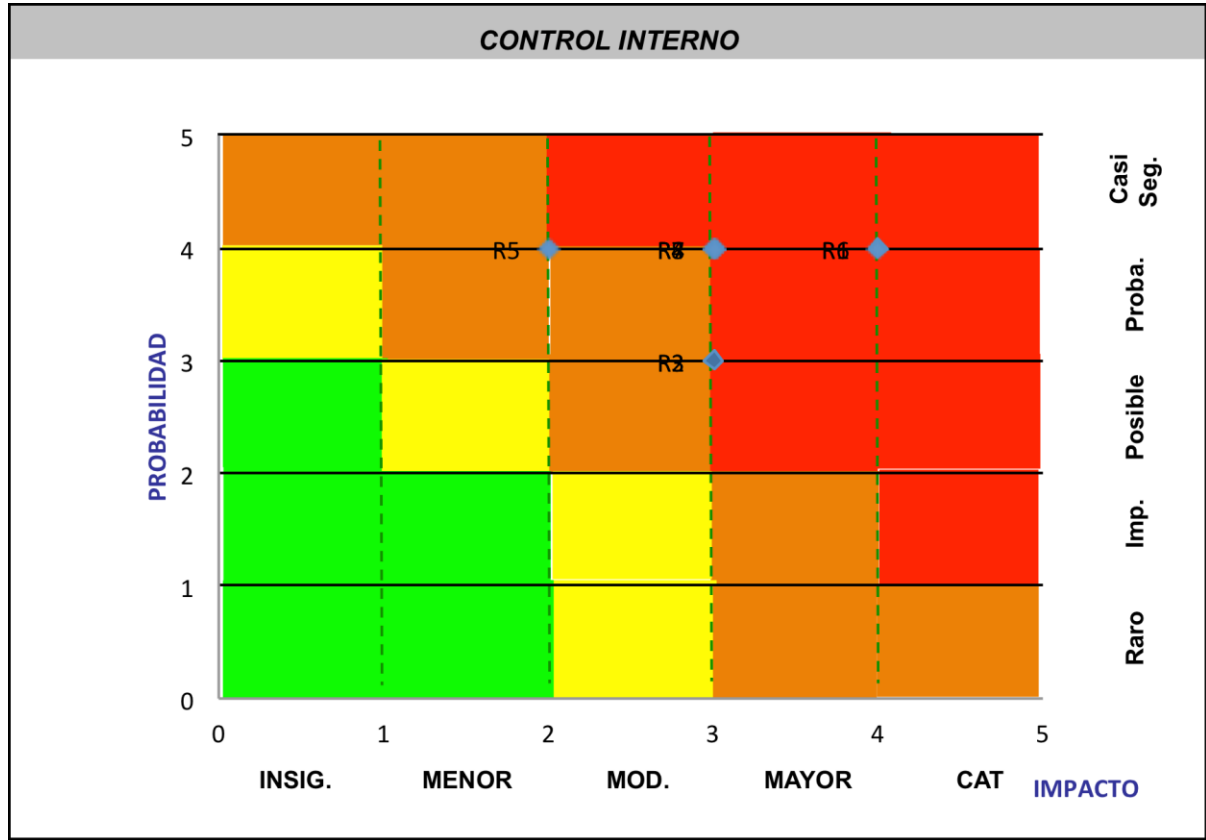
Fuente: guía para la administración del riesgo- DAFP

6. Se hace una evaluación del riesgo, la cual permite comparar los resultados de la calificación del riesgo, con los criterios que fueron definidos para establecer el grado de exposición de la empresa; de esta forma es posible distinguir si los riesgos son aceptables o inaceptables y fijar las acciones prioritarias requeridas para su

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LA E.S.P.

tratamiento. Para ello se establecieron las siguientes zonas de riesgo mostradas en la figura 4 y 5.

Figura 4: Clasificación del riesgo



Fuente: Tomado de guía para la administración del riesgo- DAFP

Figura 5: Convenciones

	ZONA RIESGO EXTREMA
	ZONA RIESGO ALTA
	ZONA RIESGO MODERADA
	ZONA RIESGO BAJA

Fuente: Tomado de guía para la administración del riesgo- DAFP

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LA E.S.P.

7. Se colocan los controles si existen para cada uno de los riesgos, después de esto se hace una nueva calificación de los riesgos.

8. Se realiza el plan de tratamiento o mejora: plan de acciones de mejora para evitar los riesgos, nombrar el responsable, y definir el indicador con el cual se puede medir el avance del riesgo según el tiempo.

La realización del mapa de riesgos fue revisada y aprobada por la empresa Piedecuestana.

(Vea Apéndice C)

7.4 DIAGNOSTICO DEL ÁREA CONTROL INTERNO RESPECTO AL MECI

Para realizar el diagnóstico del área control interno se creó un cuestionario con los puntos clave de MECI y los mismos estándares de calificación utilizados anteriormente en la norma GP1000:2009. El cuestionario se aplicó al único trabajador del área de control interno (Vea Apéndice D)

7.5 CRONOGRAMA DE AUTOCONTROL

Debido a las grandes deficiencias en el área de control interno se buscó generar una mejora dentro de los procesos que se realizan. Esta mejora se desarrolló en el proceso de autocontrol, uno de los más importantes ya que crea una mejor disposición de trabajo en los empleados de la empresa y por lo tanto una optimización en cuanto rendimiento.

El cronograma de autocontrol se desarrolló para un lapso de un año este consta de folletos, carteleras, boletines, talleres y encuestas. La información para la creación de las actividades del cronograma fue suministrada por el área de control interno y fuentes de internet. (Vea Apéndice E)

7.6 DOCUMENTACIÓN DEL ÁREA DE CONTROL INTERNO

Se crearon (5) procesos documentados y (23) formatos:

P-CIG -001 Procedimiento de auditorías internas: por medio de esta documentación se buscó definir los lineamientos para el Desarrollo de Auditorías Internas que permitan realizar el seguimiento al Sistema de Control Interno, de acuerdo con los requisitos establecidos por la Entidad, los legales y reglamentarios, identificando posibles mejoras; y evaluando la implementación y eficacia del Sistema (Vea Apéndice F).

P- CIG -002 Procedimiento de administración del riesgo: Fortalecer la implementación y desarrollo de la política de administración del riesgo, a través del adecuado tratamiento de los riesgos, para garantizar el cumplimiento de las acciones correctivas implementadas y plasmadas en el Plan de Manejo de Riesgos (Vea Apéndice G).

P- CIG -003 fomento a la cultura del autocontrol: Fomentar en los funcionarios de la Entidad la cultura del control que contribuya al mejoramiento de los procesos y fortalecer el sistema de control interno de la Entidad (Vea Apéndice H).

P- CIG -004 Asesoría, acompañamiento y seguimiento: Asesorar a través de orientaciones y recomendaciones, al nivel directivo de la Entidad y a las áreas estratégicas en la gestión administrativa, en el desarrollo de planes, programas, proyectos o actividades y en la inclusión de los correctivos para el cumplimiento de metas u objetivos previstos (Vea Apéndice I).

P- CIG -005 Elaboración y rendición de informes a entes inter y externos: Definir el procedimiento para el monitoreo o seguimiento en la elaboración y rendición de informes a entes internos y externos en los términos y periodos establecidos a las partes interesadas especialmente al Gobierno Nacional y entidades de control administrativo, fiscal y legal, en cumplimiento de los elementos de Información Primaria y Secundaria en el componente de Información de MECI 1000:2005 (Vea Apéndice J)

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LA E.S.P.

Con ayuda del jefe de control interno se lograron crear cada uno de los siguientes formatos que se encuentran contenidos en los cinco procesos mencionados anteriormente.

F- CIG -001 Acta de visitas: por medio de esta acta se deja evidencia de la asistencia.

F- CIG -002 Oficio de instalación auditoria: por medio de este formato se cita a la Dirección o Dependencia a auditar para que asista con su equipo a la reunión de instalación de la Auditoria

F- CIG -003 Oficio de informe preliminar: Se realiza una citación por medio de este formato para la socialización de

F- CIG -004 Acta de instalación

F- CIG -005 Informe preliminar de auditoria: En este formato de acuerdo al análisis de información, evidencias y al desarrollo de la Auditoría se formulará un Informe preliminar de Auditoria el cual no será el definitivo.

F- CIG -006 Memorando de asignación: mediante este formato se designa al personal teniendo en cuenta el perfil requerido para lo que se va a realizar

F- CIG -007 Plan de auditorías: Es el documento de trabajo detallado que se constituye en la guía para la ejecución de los programas de auditoria, debe incluir el objetivo de la auditoría, alcance, criterios, procedimientos, responsables, duración y cronograma; este último es susceptible de modificación por imprevistos que se presenten durante el desarrollo de la Auditoria.

F- CIG -008 Programa de auditoria: por medio de este formato se permitirá realizar de manera ordenada las actividades de aseguramiento y consulta que realizara la oficina de Control Interno para agregar valor y mejorar las operaciones de la entidad, ayudando a cumplir que sus objetivos mediante la aplicación de un enfoque sistemático y disciplinario para evaluar y buscar la mejora continua de los proceso de gestión de riesgo, control y gobierno. Haciéndola ver como

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LA E.S.P.

Evaluación independiente a los procesos de la PDS E.S.P., con el propósito de asesorar y efectuar recomendaciones a los más altos niveles directivos.

F- CIG -009 Planes de mejoramiento: En este formato se colocan los planes de mejoramiento de acuerdo a los hallazgos y observaciones obtenidas del informe definitivo.

F- CIG -010 Seguimiento al avance del plan de mejoramiento: Por medio de este formato se llevara un seguimiento de los planes de mejoramiento hasta el tiempo suscrito.

F- CIG -011 Hoja de trabajo de riegos: En este formato se determina el cumplimiento de las acciones de mejora generadas en el mapa de riesgos

F- CIG -012 Informe de evaluación y seguimiento

F- CIG -013 Acta de reunión: para consignar los Hallazgos y observaciones además de ser una evidencia de lo acontecido.

F-CIG-014 Informe definitivo: es el formato en el cual se sintetiza el resultado del cumplimiento de los objetivos definidos en el memorando de asignación de auditoria, en el plan de trabajo y el resultado de las pruebas adelantadas en la ejecución.

F-CIG-015 Control de la asistencia: se maneja la evidencia de la asistencia a las capacitaciones

F-CIG-016 Evaluación por gestión de dependencias

F-CIG-017 Registro de asesorías: En este formato se deja una evidencia de la asesoría proporcionada

F-CIG-018 Encuesta de satisfacción

F-CIG-019 Mapa de riesgos: En este formato se desarrollara el mapa de riesgo de acuerdo al funcionamiento

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LA E.S.P.

F-CIG-020 Mapa de riesgos anticorrupción: riesgos: En este formato se desarrollara el mapa de riesgo de acuerdo a la corrupción dentro de la entidad

F-CIG-021 Papeles de trabajo: Es el formato en cual se plasman todas aquellas cédulas y documentos que son elaborados por el Auditor u obtenidos por él durante el transcurso de cada una de las fases del examen, son la evidencia de los análisis, comprobaciones, verificaciones, interpretaciones, etc., en que se fundamenta el Contador Público, para dar sus opiniones y juicios sobre el sistema de información examinado.

Los papeles de trabajo constituyen un medio de enlace entre los registros de contabilidad de la empresa que se examina y los informes que proporciona el Auditor

F-CIG-022 Plan de sensibilización y capacitación de la cultura del autocontrol: En el formato se colocan los Planes de trabajo para la sensibilización y capacitación en temas relacionados con el Fomento de la Cultura del Autocontrol

F-CIG-023 cronograma de autocontrol: Se plantea las actividades a desarrollar en determinados lapsos de tiempo

7.7 INDICADORES DE GESTIÓN

Para ayudar a evaluar los avances en el área de control interno se formularon los siguientes indicadores.

Tabla 3 Indicadores de Gestión

NOMBRE PROCESO: CONTROL INTERNO						
OBJETIVO DEL INDICADOR: VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS AUDITORIAS PLANIFICADAS						
RESPONSABLE: JEFE DE CONTROL INTERNO						
FUENTES DE INFORMACIÓN: TODOS LOS PROCESOS						
NOMBRE INDICADOR	TIPO INDICADOR	PROPÓSITO	FORMULA	META	TENDENCIA	FRECUENCIA
% DE CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE AUDITORIAS	EFICACIA	MEDIR CUMPLIMIENTO DEL CRONOGRAMA DE AUDITORIAS	NO. DE AUDITORIAS REALIZADAS / NO. DE AUDITORIAS PROGRAMADAS DENTRO DEL CRONOGRAMA	90%	AUMENTAR	ANUAL
NOMBRE PROCESO: CONTROL INTERNO						
OBJETIVO DEL INDICADOR: DETERMINAR EL IMPACTO DE LAS RECOMENDACIONES REALIZADAS						
RESPONSABLE: JEFE DE CONTROL INTERNO						
FUENTES DE INFORMACIÓN: INFORMES DE AUDITORIA						
NOMBRE INDICADOR	TIPO INDICADOR	PROPÓSITO	FORMULA	META	TENDENCIA	FRECUENCIA
IMPACTO DE LAS RECOMENDACIONES REALIZADAS	EFFECTIVIDAD	PERMITE MEDIR LA CAPACIDAD DE LOS PROCESOS AUDITADOS PARA AUTO CONTROLARSE Y GENERAR MEJORA	RECOMENDACIONES ACATADAS / RECOMENDACIONES REALIZADAS * 100	50%	AUMENTAR	SEMESTRAL
NOMBRE PROCESO: CONTROL INTERNO						
OBJETIVO DEL INDICADOR: MEDIR EL AUTOCONTROL Y AUTOGESTIÓN EMPRESARIAL						

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LA E.S.P.

RESPONSABLE: JEFE DE CONTROL INTERNO						
FUENTES DE INFORMACIÓN: RESULTADO DE ENCUESTAS						
NOMBRE INDICADOR	TIPO INDICADOR	PROPÓSITO	FORMULA	META	TENDENCIA	FRECUENCIA
% DE CUMPLIMIENTO DE LA AUTOGESTIÓN Y AUTOCONTROL	EFFECTIVIDAD	PERMITE MEDIR EL NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE LOS PRINCIPIOS DE AUTOCONTROL Y AUTOGESTIÓN	PROMEDIO PONDERADO DE ENCUESTA DE AUTOGESTIÓN Y AUTOCONTROL	50%	AUMENTAR	ANUAL
NOMBRE PROCESO: CONTROL INTERNO						
OBJETIVO DEL INDICADOR: MEDIR LA GESTIÓN DEL DEPARTAMENTO DE CONTROL INTERNO CON LA REALIZACIÓN DE AUDITORIAS EXTRAORDINARIAS						
RESPONSABLE: JEFE DE CONTROL INTERNO						
FUENTES DE INFORMACIÓN: TODOS LOS PROCESOS						
NOMBRE INDICADOR	TIPO INDICADOR	PROPÓSITO	FORMULA	META	TENDENCIA	FRECUENCIA
NO. AUDITORIAS EXTRAORDINARIAS	EFFECTIVIDAD	PARA MEDIR LA GESTIÓN DE LA O.C.I. EN LA REALIZACIÓN DE AUDITORIAS EXTRAORDINARIAS	NO. DE AUDITORIAS EXTRAORDINARIAS REALIZADAS	100%	MANTENER	ANUAL
NOMBRE PROCESO: CONTROL INTERNO						
OBJETIVO DEL INDICADOR: MEDIR EL NIVEL DE CUMPLIMIENTO DEL MECI						
RESPONSABLE: JEFE DE CONTROL INTERNO						
FUENTES DE INFORMACIÓN: APLICATIVO DAFP						
NOMBRE INDICADOR	TIPO INDICADOR	PROPÓSITO	FORMULA	META	TENDENCIA	FRECUENCIA
IMPLEMENTACIÓN DEL MECI	EFFECTIVIDAD	PARA MEDIR EL NIVEL DE CUMPLIMIENTO DEL MECI	PORCENTAJE DE MEDICIÓN DEL APLICATIVO DAFP	100%	AUMENTAR	ANUAL

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LA E.S.P.

NOMBRE PROCESO: CONTROL INTERNO						
OBJETIVO DEL INDICADOR: MEDIR EL CUMPLIMIENTO DE LOS INFORMES A ENTES EXTERNOS Y INTERNOS						
RESPONSABLE: JEFE DE CONTROL INTERNO						
FUENTES DE INFORMACIÓN: INFORMES						
NOMBRE INDICADOR	TIPO INDICADOR	PROPÓSITO	FORMULA	META	TENDENCIA	FRECUENCIA
CUMPLIMIENTO DE INFORMES A ENTES EXTERNOS Y INTERNOS	EFFECTIVIDAD	NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE LOS INFORMES DE OBLIGATORIA PRESENTACIÓN A LOS ENTES EXTERNOS SEGUN LA LEY	NO. DE INFORMES PRESENTADOS / NO. DE INFORMES OBLIGATORIA PRESENTACIÓN	100%	AUMENTAR	SEMESTRAL
NOMBRE PROCESO: CONTROL INTERNO						
OBJETIVO DEL INDICADOR: MEDIR EL CUMPLIMIENTO DE LOS INFORMES A ENTES EXTERNOS Y INTERNOS						
RESPONSABLE: JEFE DE CONTROL INTERNO						
FUENTES DE INFORMACIÓN: TODOS LOS PROCESOS						
NOMBRE INDICADOR	TIPO INDICADOR	PROPÓSITO	FORMULA	META	TENDENCIA	FRECUENCIA
CUMPLIMIENTO CONTROL DE GESTIÓN	EFFECTIVIDAD	MOSTRAR LA EFFECTIVIDAD PORCENTUAL CON RESPECTO A LOS SEGUIMIENTOS Y CONTROLES PLANTEADOS DURANTE EL AÑO	CONTROLES Y SEGUIMIENTOS REALIZADOS/ CONTROLES Y SEGUIMIENTOS PLANTEADOS	90%	AUMENTAR	TRIMESTRAL

Fuente: Autor

7.8 Diagnóstico final

Después de realizar las mejoras dentro de la empresa se creó un diagnóstico final el cual se desarrolló con el director de control interno basados en el primer diagnóstico creado con la norma GP 1000:2009

Los resultados obtenidos en el diagnóstico inicial se muestran a continuación (Vea Apéndice K).

Tabla 4 Diagnóstico Final área de control interno

REQUISITO	NIVEL DE CUMPLIMIENTO (%)
Requisitos Generales	60%
Gestión Documental	50%
Compromiso de la dirección	55%
Talento humano	42%
Prestación del servicio	43%
Medición, análisis y mejora	50%
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO	50%
NTC GP 1000:2009	

Fuente: Autores

Según los resultados del diagnóstico final la empresa Piedecuestana de servicios públicos E.S.P cumple con un 50% de los requisitos de la norma NTC GP 1000:2009, para el proceso de

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LA E.S.P.

control interno lo cual demuestra el cumplimiento en la etapa de documentación y una grande mejora con respecto a el diagnóstico inicial de un 27% de cumplimiento.

En los requisitos generales la norma cuenta con un nivel de cumplimiento del 60% aumentando un 33% con respecto al 27% obtenido en el diagnóstico inicial ya que se mejoró el mapa de procesos que tiene la entidad pudiendo identificar de manera clara los procesos que ayudan a cumplir con la misión, además de que se les hizo un seguimiento y documentación.

En la gestión documental se aumentó en un 50% el cumplimiento con respecto al 0% ya que se documentaron los procedimientos en el área de control interno de manera completa, mostrando las funciones y descripciones de los procedimientos además de los formatos y actas utilizadas en el área.

En el requisito relacionado con el compromiso que tiene la dirección con la entidad aumento de un 34% a 55% ya que se establecieron mecanismos para conocer la satisfacción del cliente por medio de encuestas a los usuarios y se crearon políticas como objetivos dentro de la empresa.

Los resultados encontrados en los requisitos de talento humano son de un 42% aumentando un 34% con respecto al 8% obtenido en el diagnóstico inicial, esto se logró a partir de la implementación de un mecanismo para concientizar a los trabajadores por medio un cronograma de autocontrol el cual fue dirigido a todos los trabajadores de la empresa desarrollando actividades como talleres, boletines y carteleras.

En el caso de prestación del servicio en el diagnostico final se estableció en un 43 %, ya que los procesos misionales se lograron documentar, la organización creo criterios para la selección de proveedores y se creó un plan de compras adoptado por la organización.

Por ultimo en la medición, análisis y mejora de los procedimientos de control interno se obtuvo un 50% ya que al tener los procesos documentados con sus respectivos indicadores se puede medir, analizar y llevar un registro de las actividades que allí se realizan.

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LA E.S.P.

En conclusión la empresa logro diseñar y documentar el sistema de gestión de calidad para el proceso de control interno, lo cual le permite dar un seguimiento continuo a las actividades y los datos para tomar acciones preventivas o correctivas.

8. CONCLUSIONES

- El diagnóstico inicial de los procedimientos en el área de control interno según los requisitos de la norma NTCGP 1000:2009 obtuvo resultados negativos de un 18% sin embargo en el segundo diagnóstico se logró un porcentaje de 50% de cumplimiento lo cual demuestra un buen desarrollo en la documentación en los procesos de control interno
- El instructivo realizado para la documentación de los procesos fue eficiente ya que los documentos obtuvieron aprobación por parte de la organización
- En el área de control interno se logró avanzar con las cuatro primeras etapas necesarias para obtener un buen sistema de gestión de calidad. En el desarrollo de la etapa de documentación, se crearon 5 procedimientos y 23 formatos que complementaban los procesos.
- Para un desarrollo eficiente en el área de control interno se necesita una mayor cantidad de personal ya que solo se cuenta con una persona encargada de los cinco procesos del área de control interno lo cual dificulta un buen desarrollo, por ejemplo en el caso del proceso de auditoría se necesitan mínimo 4 personas encargadas de diferentes funciones y tan solo se tiene
- Se desarrolló un mapa de riesgos para identificar los problemas del área de control interno y encontrar posibles soluciones como también indicadores que permitan obtener una mejor comprensión de lo desarrollado.
- Dentro de los procesos de control interno se encontraron que todos están en una situación de alto riesgo y que dos Evaluación deficiente del Sistema de Control Interno y Presentación extemporánea de los informes a los entes de control de estos se encuentran en extremo riesgo por lo cual deben ser modificados con urgencia, para lograrlo como se mencionó anteriormente se necesita un mayor apoyo por parte de personal y una buena coordinación de información dentro la organización además de continuar el desarrollo de un buen sistema de gestión de calidad.

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LA E.S.P.

- El proceso de autocontrol perteneciente al área de control interno se encontraba sin desarrollarse por lo que se decidió hacer un cronograma de las actividades para generar autocontrol en los empleados, dentro del año en la empresa se alcanzó a desarrollar un 70 % sin embargo se evidencio poco interés por parte de los empleados en colaborar con el desarrollo de las actividades

9. RECOMENDACIONES

- Incorporar en el área de control interno mayor personal ya que solo se cuenta con una persona la cual no es suficiente para el desarrollo adecuado de las actividades.
- Contratar a los empleados de la empresa no solo por apoyo político sino por sus perfiles ya que muchos de los empleados de la empresa no tienen las características para desarrollar las actividades que realizan.
- Crear un proceso para la contratación laboral
- Tener una mayor comunicación dentro de la empresa
- Manejar un buen sistema de información donde se pueda continuar el desarrollo de las actividades comenzadas por los anteriores empleados

Referencias

- ÁLVAREZ GARCÍA Vicente, La normalización industrial. Universidad De Valencia. 1999. pág.81.
- CHANDIA Yanira, Introducción a la Calidad en Salud. 2006 P.1 En <http://www.enfermeraspabellonyestrelización> Consultado: Enero 15 2012
- FONTALVO Herrera, Tomás. LA GESTIÓN AVANZADA DE LA CALIDAD: Metodologías eficaces para el diseño, implementación y mejoramiento de un sistema de gestión de la calidad. Colombia: Corporación para la gestión del conocimiento ASD 2000, 2007.P 11”En <http://site.ebrary.com/lib/bibliotecaansp/Doc?id=10179523&ppg=41>
- GALINDO REYES, Carlos Alberto. Sistema Gestión De Calidad. Colombia.2008 p. 45.
- HOYOS, William. Un libro de calidad. Primera edición. División editorial y de publicaciones UIS. Bucaramanga, febrero 2010.
- ICONTEC, Norma Técnica De Calidad en la Gestión Pública NTCGP1000: 2009 P-3
- INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN. Sistemas de Gestión de la Calidad, Fundamentos y Vocabulario NTC ISO 9000. Bogotá D.C. 2005. Introducción, Generalidades.
- INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN. Sistemas de Gestión de la Calidad, Fundamentos y Vocabulario NTC ISO 9000. Bogotá D.C: El instituto 2005. Introducción, Principios de gestión de la calidad, 1 p
- INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN. Consultado en línea 31 Marzo en [Línea] <http://www.icontec.org/index.php/es/>
- ISO (International Standardization Organización) ISO 9001:2008 [en línea] consultado el 27 de enero de 2011, disponible en internet <http://www.iso.org>.
- NAVA CARBELLIDO Manuel, JIMÉNEZ VALADEZ Ana Rosa. ISO 9000:2000: Estrategias Para Implantar La Norma De Calidad Para La Mejora Continua. Pág. 17 México. 1991.
- NORMA TÉCNICA DE CALIDAD EN LA GESTIÓN PÚBLICA NTCGP 1000:2009. Pág. 4. Consultado en Línea el día 31 de marzo 2014[En Línea] http://portal.dafp.gov.co/form/formularios.retrive_publicaciones?no=628
- OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO. La normalización internacional de las estadísticas del trabajo Volumen 53 of Estudios y documentos: Nueva serie Estudios y documentos: 2008. Pág. 134.
- PÉREZ, (2010).Gestión por procesos. (4° ed.)Madrid: ESIC EDITORIAL

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LA E.S.P.

VARO, Jaime. Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios: Un modelo de gestión hospitalaria, España: Ediciones Díaz de Santos, 2007. P 50. En:
<http://site.ebrary.com/lib/bibliotecaeansp/Doc?id=10179642&ppg=50>

ZARATEGUI, Universidad del Mar, Escuela de Ingeniería, Avenida Libertad #579, 1999 La Serena Chile

APÉNDICE A. Diagnóstico Norma GP 1000:2009 inicial para el proceso de planeación

	ÁREA CONTROL INTERNO	No Aplica	No se cumple	Planificación	Diseño	Documentado	implementado	Auditado	cumplimiento
			0%	5%	25%	50%	80%	100%	
	Requisitos Generales		2				1	1	27%
1	Están identificados los procesos que le permite a la entidad cumplir su misión (estratégicos, apoyo, misionales y de evaluación)		x						
2	Se realiza seguimiento y medición a los procesos		x						
3	La política y los objetivos de calidad están documentados						x		
	Gestión Documental		5						0%
4	Existe un manual de calidad		x						
5	se diligencian y conservan los registros exigidos por la NTCGP 1000		x						
6	Está documentado el manual de calidad		x						
7	Existe un procedimiento documentado que incluya los mecanismos para asegurar la legibilidad y la fácil identificación de los documentos		x						
8	Los registros proporcionan evidencia de la conformidad, eficiencia, eficacia y efectividad del sistema de gestión de la calidad		x						
	Compromiso de la dirección		2		3		2		33%
9	La dirección comunica a la organización la importancia de satisfacer los requisitos de los clientes, los legales y reglamentarios				x				
10	Se ha establecido la política de la calidad						x		
11	Se han establecido los objetivos de calidad						x		
12	Existe disponibilidad de recursos para la implementación del Sistema de Gestión de la calidad				x				

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LA E.S.P.

	ÁREA CONTROL INTERNO	No Aplica	No se cumple	Planificación	Diseño	Documentado	implementado	Auditado	cumplimiento
13	Existen mecanismos para conocer el nivel de satisfacción del cliente		x						
14	La política de calidad es revisada para su adecuación continua		x						
15	Están definidas dentro de la organización las responsabilidades y autoridades				x				
	Talento humano		2		1				8,33%
16	Se determinan las competencias necesarias para los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas o que realizan trabajos que afectan la calidad del producto y/o servicio				x				
17	Se concientiza a los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas, de la pertinencia e importancia de sus actividades y cómo ellos contribuyen a la consecución de los objetivos de calidad		x						
18	Se identifican las condiciones del ambiente de trabajo necesarias para lograr la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio		x						
	Prestación del servicio	3	2				2	1	37,14%
19	Están planificados los procesos necesarios para la realización del producto o la prestación del servicio (procesos misionales)		x						
20	Los procesos misionales se desarrollan de acuerdo a lo planificado		x						
21	La entidad ha determinado los requisitos legales y reglamentarios relacionados con el producto y/o servicio							x	
22	Se planifica el diseño y desarrollo del producto y/o servicio	x							
23	Se controla el diseño y desarrollo del producto y/o servicio	x							
24	Se actualizan los resultados de la planificación a medida que progresa el diseño y desarrollo	x							

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LA E.S.P.

	ÁREA CONTROL INTERNO	No Aplica	No se cumple	Planificación	Diseño	Documentado	implementado	Auditado	cumplimiento
25	Cuando se adquieren productos o servicios externos se asegura la entidad de que el producto y/o servicio adquirido cumple los requisitos especificados en los pliegos de condiciones, términos de referencia o en las disposiciones aplicables						x		
26	Se evalúa a los proveedores para su selección, en función de su capacidad para suministrar productos y/o servicios de acuerdo con los requisitos definidos previamente por la entidad		x						
27	Están definidos los criterios de selección de los proveedores						x		
28	Existe un plan de compras adoptado por la Organización		x						
	Medición, análisis y mejora		5						0%
29	Están planificados los procesos de medición y seguimiento, análisis y mejora		x						
30	Los procesos de medición, seguimiento, análisis y mejora aseguran la conformidad del Sistema de Gestión de la Calidad		x						
31	Se hace seguimiento de la percepción del cliente respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de la entidad		x						
32	Se mide y se hace seguimiento a las características del producto y/o servicio		x						
33	La mejora continua del Sistema de Gestión de Calidad incluye aspectos tales como: la política de calidad, objetivos de calidad, resultados de auditorías internas de calidad, análisis de datos, sistema de evaluación para seguimiento y medición, acciones correctivas y preventivas y la revisión por la dirección		x						

APÉNDICE B. I-MA-01 Instructivo para elaborar documentos del SGC

1. OBJETO

Este instructivo establece la manera como se deben escribir y presentar los documentos del sistema de gestión de la calidad de nuestra organización.

2. ALCANCE

Este instructivo es de aplicación en todos los procesos del sistema de gestión de la calidad de la organización que necesiten elaborar procedimientos e instructivos de manera estandarizada. En cuanto a la presentación de su cuerpo el cual se describe en el capítulo 5.1.2 del presente instructivo, no es de aplicación a los demás documentos del sistema de gestión de la calidad de la organización como manual de la calidad, planes de la calidad, planes de control, descripciones de cargos, fichas técnicas y formatos para registros, entre otros, cuyo contenido y forma es independiente de acuerdo con las necesidades que imperen en el sistema de gestión de la calidad, aunque podría utilizarse el esquema propuesto en éste capítulo en caso de ser necesario.

3. DEFINICIONES

3.1 Documento: Todo tipo de papel o archivo de datos de computadora que contiene la información técnica que define un proceso a seguir. Los ejemplos incluyen dibujos, especificaciones, instructivos, procedimientos, manuales, formatos para registros, etc.

3.2 Instructivo de trabajo: Es la descripción detallada del desarrollo de una actividad o tarea específica involucrada dentro de un proceso.

3.3 Procedimiento: Documento escrito de un proceso en particular que comunica los métodos establecidos para el desempeño y administración del trabajo e identifica el responsable por el desarrollo de cada etapa. Los procedimientos en algunos casos referencian los instructivos de trabajo.

3.4 Caracterización: Documento que describe las características generales del proceso.

3.5 Registro: Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.

4. CONDICIONES GENERALES

4.1 El nombre de cada procedimiento e instructivo siempre debe iniciar con dichas palabras, según el tipo de documento que se esté elaborando.

4.2 La redacción de los procedimientos e instructivos debe ser clara, precisa y coherente de tal manera que facilite su comprensión y no dé lugar a interpretaciones erradas.

4.3 El texto debe estar libre de términos subjetivos como suficientemente, adecuadamente, apropiadamente o similares.

APÉNDICE C. Mapa de Riesgos

No. DEL RIESGO	NOMBRE DEL RIESGO	CALIFICACION		TIPO IMPACTO		EVALUACIÓN		CONTROLES			Valoración	ACCIONES	Responsables	Cronograma	Indicadores	
		PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)	CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	PERFIL DEL RIESGO (1-100)	EVALUACION RIESGO	¿Existen?	¿Documentados?	¿Efectivos?						Descripción
R1	Evaluación deficiente del Sistema de Control Interno	4	4	OPERATIVO	INTERMITENCIA EN EL SERVICIO	64	ZONA RIESGO EXTREMA	SI	NO	NO	Se tiene la herramienta que es el módulo de control de evaluación y seguimiento, pero no se desarrolla	ZONA RIESGO EXTREMA	Seguir el módulo de control de evaluación y seguimiento según MESI 2014. .	OFICINA DE CONTROL INTERNO	ANUAL	Porcentaje de avance en MECI 2014 en módulo de control y evaluación
R2	Cambio de Normatividad e inadaptación de la misma	3	3	LEGAL	INTERVENCION - SANCION	36	ZONA RIESGO ALTA	NO	NO	NO	No Existen	ZONA RIESGO ALTA	Creación, formulación y actualización del nomograma. .	OFICINA DE CONTROL INTERNO	ANUAL	No de actualizaciones en la empresa/ No de modificaciones en la norma
R3	Deficiencia en la formulación de acciones y ejecución de los planes de Mejoramiento	3	3	OPERATIVO	CAMBIOS EN LA INTERACCION DE LOS PROCESOS	36	ZONA RIESGO ALTA	NO	NO	NO	No Existen	ZONA RIESGO ALTA	Capacitación y asesoría para la buena formulación. .	OFICINA DE CONTROL INTERNO	ANUAL	Capacitaciones realizadas/ capacitaciones programadas
R4	Inoportunidad y Complejidad en el suministro de la información en un proceso de auditoria	4	3	OPERATIVO	AJUSTES DE UNA ACTIVIDAD CONCRETA	48	ZONA RIESGO ALTA	NO	NO	NO	No Existen	ZONA RIESGO ALTA	Sistematizar la información generada en cada una de las áreas de trabajo. .	OFICINA DE CONTROL INTERNO	MENSUAL	No de áreas sistematizadas/ No de áreas programadas para sistematizar
R5	Deficiencia en la Cultura de Autocontrol	4	2	OPERATIVO	CAMBIOS EN LA INTERACCION DE LOS PROCESOS	32	ZONA RIESGO ALTA	NO	NO	NO	No Existen	ZONA RIESGO ALTA	Cronograma de actividades que generen autocontrol en la organización. Desarrollo de talleres que miden conocimiento.	OFICINA DE CONTROL INTERNO	ANUAL	No de actividades realizadas/ No de actividades programadas en cronograma
R6	Presentación extemporánea de los informes a los entes de control	4	4	LEGAL	INTERVENCION - SANCION	64	ZONA RIESGO EXTREMA	NO	NO	NO	No Existen	ZONA RIESGO EXTREMA	Planificación y gestión de los informes presentados a los entes de control. .	OFICINA DE CONTROL INTERNO	SEMESTRAL	No de entregas en tiempo/ No total de entregas
R7	Selección Deficiente de los procesos a Evaluar	4	3	OPERATIVO	PARO TOTAL DEL PROCESO	48	ZONA RIESGO ALTA	NO	NO	NO	No Existen	ZONA RIESGO ALTA	Capacitación y asesoría para la buena selección de los procesos. Existencia de un procedimiento para seleccionar los procesos eficientemente.	OFICINA DE CONTROL INTERNO	SEMESTRAL	Capacitaciones realizadas/ capacitaciones programadas
R8	Informes de auditoría de Baja Calidad	4	3	CREDIBILIDAD	TODOS LOS FUNCIONARIOS	48	ZONA RIESGO ALTA	NO	NO	NO	No Existen	ZONA RIESGO ALTA	Creación de un proceso para desarrollo de informes de auditoría. .	OFICINA DE CONTROL INTERNO	ANNUAL	Porcentaje desarrollado en el proceso de creación de informes de auditoría

APÉNDICE D. Cuestionario MECI y análisis.

CUESTIONARIO MECI

Componente de control	N°	Descripción	No se cumple 0%	Planificación 5%	Diseño 25%	Documentado 50%	implementado 80%	Auditado 100%	Nivel de Cumplimiento (%)
Acuerdos, compromisos y protocolos éticos	1	Documento con los principios y valores de la entidad				X			25%
	2	Socialización de los principios y valores de la organización	X						
Desarrollo del talento humano	3	Manual de funciones y competencias laborales			X				12.5%
	4	Programa de inducción a las personas vinculadas a la entidad			X				
	5	Programa de re inducción a los cambios que ocurren en la empresa	X						
	6	Realización de evaluación de desempeño	X						
Planes, programas y proyectos	7	Misión, visión y objetivos institucionales adoptados y divulgados				X			13,75%
	8	Planes operativos con cronogramas y responsables		X					
	9	Fichas de indicadores para medir el avance de lo planeado	X						
	10	Seguimiento y evaluación que incluya la satisfacción del cliente y partes interesadas	X						
Estructura organizacional	11	Evidencias que soporten la comunicación a todo el personal para sensibilizar la relación entre la estructura y los procesos de la entidad				X			50%
Indicadores de gestión	12	Fichas de indicadores donde se hace seguimiento y control a los procesos	X						0%

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LA E.S.P.

Componente de control	N°	Descripción	No se cumple 0%	Planificación 5%	Diseño 25%	Documentado 50%	implementado 80%	Auditado 100%	Nivel de Cumplimiento (%)
Políticas de operación	13	Actas o documentos que soporte la divulgación de las políticas de operación a los funcionarios	X						0%
Administración de riesgos	14	Mapa de riesgo en el área de planeación	X						0%
	15	Mapa de riesgos anticorrupción	X						
	16	Actas o documentos que soporten la divulgación de los mapas de riesgos a los funcionarios	X						
autoevaluación	17	Documentos soporte sobre aplicación de encuestas y talleres de autoevaluación de los procesos		X					2,50%
	18	Informe sobre análisis de los indicadores por proceso	X						
Auditoria interna	19	Cronograma de la programación de las auditorias aprobadas en el año					X		80%
	20	Conocimiento de los informes de auditorías realizadas en el área de control interno					X		
Plan de mejoramiento	21	Construcción del plan de mejoramiento		X					2,50%
	22	Documentos que evidencien el seguimiento a los planes de mejoramiento	X						
Información y comunicación externa	23	Recepción, registro, y atención a sugerencias, peticiones, quejas, recomendaciones, o reclamos por parte de los usuarios y ciudadanía	X						40%
	24	Publicación en la página web donde se tiene información y formularios relacionados con los tramites de los ciudadanos					X		
Información y comunicación interna	25	Mecanismo para recibir sugerencias o solicitudes de los empleados de la empresa						X	33.33%
	26	Política y plan de comunicaciones establecido y divulgado a todos los funcionarios	X						

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LA E.S.P.

Componente de control	N°	Descripción	No se cumple 0%	Planificación 5%	Diseño 25%	Documentado 50%	implementado 80%	Auditado 100%	Nivel de Cumplimiento (%)
	27	Matriz de responsabilidad de las actividades del área de planeación	X						
Sistemas de información y comunicación	28	Uso de la página Web con información del área	X						26.66%
	29	Punto de atención al usuario	X						
	30	Otros medios de comunicación (teléfono redes sociales, correo)					X		

ANÁLISIS MECI

Componente de control estratégico	Acuerdos, compromisos y protocolos éticos	25%	Se tiene dentro de la empresa un código de ética y valores institucionales, adoptados oficialmente mediante acto administrativo sin embargo la divulgación del código ha sido nula.
	Desarrollo del talento humano	12.5%	La empresa no maneja un perfil para los puestos de trabajo, ni una inducción documentada para sus nuevos empleados además se evidencia que la mayoría de los empleados son elegidos por campañas políticas
	Planes, programas y proyectos	13.75%	La misión, visión y objetivos se encuentran documentados en la empresa, sin embargo no se efectúan y no hay programas de desarrollo todo se hace de una manera espontánea
	Estructura organizacional	50%	Se encuentra documentada una figura integral y articulada de los cargos sin embargo esta no tiene funciones
	Administración de riesgos	0%	En el área de control interno no evalúa aquellos eventos negativos, tanto internos como externos, que puedan afectar o impedir el logro de sus objetivos institucionales o los eventos positivos, que permitan identificar oportunidades, para un mejor cumplimiento de su función.
Control de gestión	Políticas de operación	0%	No se establecen las guías de acción para la implementación de las estrategias de ejecución los procesos y actividades en cumplimiento de la función, los planes, los programas, proyectos y políticas de administración del riesgo previamente definidos por la entidad.
	Indicadores de gestión	0%	No hay mecanismos necesarios para la evaluación de las gestión en el área de control interno
	Información y comunicación externa	40%	No hay un sistema de quejas o reclamos dentro de las instalaciones. La página web de la empresa contiene todos los tramites bien explicados
	Información y comunicación interna	1.66%	Dentro de la empresa existe un buzón de quejas para los empleados, sin embargo la comunicación interna de la empresa es muy negativa ya que no existen políticas ni un buen sistema.
Control de evaluaciones	Sistemas de información y comunicación autoevaluación	26..66%	En la página web no se encuentra información sobre control interno, más si hay un número de teléfono al cual se puede comunicar con el área
	Auditoria interna	2.50%	No existen sistemas de autoevaluación dentro de la empresa ya que hasta ahora se encuentran en una etapa de planificación.
	Plan de mejoramiento	80%	Dentro del area de control se tienen planificadas las auditorias anuales y se guardan todos estos documentos
		2.50%	No se tienen planes de mejoramiento, estos se encuentran en planificación ya que todavía no se tiene una evidencia concreta de las fallas en la empresa

APÉNDICE E. CRONOGRAMA DE AUTOCONTROL

 CRONOGRAMA DE SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN CULTURA DEL AUTOCONTROL 						
EMPRESA PIEDECUESTANA DE SERVICIOS PÚBLICOS						
ACCIÓN FORMATIVA	PERSONAL INVOLUCRADO	METODOLOGÍA				AÑO 2014
		ACTIVIDAD	TIEMPO ESTABLECIDO	FACILITADOR	ACCION	
Introducción al autocontrol	Toda la Organización	Folleto No 1	NA	Oficina de Control Interno	Entrega del Folleto a cada Funcionario	MARZO
Como comenzar a trabajar el Tema de Autocontrol en las Organizaciones	Toda la Organización	Boletín No 1	NA	Oficina de Control Interno	Envió por correo institucional	
Por qué Implementar el Autocontrol	Toda la Organización	Boletín No 2	NA	Oficina de Control Interno	Envió por correo institucional	
Retroalimentación	Toda la Organización	Encuesta No 1	15 Minutos	Oficina de Control Interno	Se realiza la encuesta a cada funcionario de los temas enviados durante el mes y se recoge	
Definición de Autocontrol	Toda la Organización	Boletín No 3	NA	Oficina de Control Interno	Envió por correo institucional	ABRIL
Control Emocional y sus Diferencias	Toda la Organización	Boletín No 4	NA	Oficina de Control Interno	Envió por correo institucional	

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LA E.S.P.

Retroalimentación	Toda la Organización	Taller No 1	30 Minutos Por Piso	Oficina de Control Interno	Se realiza retroalimentación por cada área y se evalúa al finalizar la actividad	
Que Promueve el Autocontrol	Toda la Organización	Folleto No 2	NA	Oficina de Control Interno	Entrega del Folleto a cada Funcionario	MAYO
Quienes son los responsables del Autocontrol	Toda la Organización	Cartelera No 1	NA	Oficina de Control Interno	Se publica en la cartelera de casa Piso de la Organización	
Manifestaciones del Autocontrol	Toda la Organización	Folleto No 3	NA	Oficina de Control Interno	Entrega del Folleto a cada Funcionario	
Retroalimentación	Toda la Organización	Encuesta No 2	15 Minutos	Oficina de Control Interno	Se realiza la encuesta a cada funcionario de los temas enviados durante el mes y se recoge	
Características del Autocontrol	Toda la Organización	Cartelera No 2	NA	Oficina de Control Interno	Se publica en la cartelera de casa Piso de la Organización	
Mecanismos del Autocontrol	Toda la Organización	Boletín No 5	NA	Oficina de Control Interno	Envió por correo institucional	JUNIO
Como crear un ambiente de Autocontrol	Toda la Organización	Boletín No 6	NA	Oficina de Control Interno	Envió por correo institucional	
Retroalimentación	Toda la Organización	Taller No 2	30 Minutos Por Piso	Oficina de Control Interno	Se realiza una retroalimentación por cada área y se evalúa al finalizar la actividad	
Hábitos del Autocontrol	Toda la Organización	Folleto No 4	NA	Oficina de Control Interno	Entrega del Folleto a cada Funcionario	JULIO

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LA E.S.P.

Tipos de Autocontrol	Toda la Organización	Boletín No 7	NA	Oficina de Control Interno	Envió por correo institucional	
Desarrollo Personal para el Éxito del autocontrol	Toda la Organización	Cartelera No 3	NA	Oficina de Control Interno	Se publica en la cartelera de casa Piso de la Organización	
Retroalimentación	Toda la Organización	Encuesta No 3	15 Minutos	Oficina de Control Interno	Se realiza la encuesta a cada funcionario de los temas enviados durante el mes y se recoge	
Tres elementos claves para el Autocontrol	Toda la Organización	Boletín No 8	NA	Oficina de Control Interno	Envió por correo institucional	AGOSTO
Concientización para el Autocontrol	Toda la Organización	Folleto No 5	NA	Oficina de Control Interno	Entrega del Folleto a cada Funcionario	
Reflexión Fabula del ratón	Toda la Organización	Boletín No 9	NA	Oficina de Control Interno	Envió por correo institucional	
Retroalimentación	Toda la Organización	Taller No 3	30 Minutos Por Piso	Oficina de Control Interno	Se realiza una retroalimentación por cada área y se evalúa al finalizar la actividad	
Autocontrol en las entidades Publicas	Toda la Organización	Boletín NO 10	NA	Oficina de Control Interno	Envió por correo institucional	SEPTIEMBRE
Valores institucionales de autocontrol	Toda la Organización	Cartelera No 4	NA	Oficina de Control Interno	Se publica en la cartelera de casa Piso de la Organización	
Factores Negativos del Autocontrol personales e organizacionales	Toda la Organización	Folleto No 6	NA	Oficina de Control Interno	Entrega del Folleto a cada Funcionario	

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LA E.S.P.

Retroalimentación	Toda la Organización	Encuesta No 4	15 Minutos Por Piso	Oficina de Control Interno	Se realiza la encuesta a cada funcionario de los temas enviados durante el mes y se recoge	
Dominio del Autocontrol pg. 35	Toda la Organización	Boletín No 11	NA	Oficina de Control Interno	Envió por correo institucional	OCTUBRE
Consejos prácticos del Autocontrol	Toda la Organización	Cartelera No 5	NA	Oficina de Control Interno	Se publica en la cartelera de casa Piso de la Organización	
El éxito empieza con la voluntad	Toda la Organización	Folleto No 7	NA	Oficina de Control Interno	Entrega del Folleto a cada Funcionario	
Retroalimentación	Toda la Organización	Taller No 4	30 Minutos Por Piso	Oficina de Control Interno	Se realiza retroalimentación por cada área y se evalúa al finalizar la actividad	
Noticias del autocontrol 1	Toda la Organización	Lectura 1	NA	Oficina de Control Interno	Entrega del Folleto a cada Funcionario	
Noticias del autocontrol 2	Toda la Organización	Lectura 2	NA	Oficina de Control Interno	Entrega del Folleto a cada Funcionario	NOVIEMBRE
Noticias del autocontrol 3	Toda la Organización	Lectura 3	NA	Oficina de Control Interno	Actividades varias a cada dependencia	
Retroalimentación lecturas	Toda la Organización	Encuesta No 5	15 Minutos Por Piso	Oficina de Control Interno	Se realiza la encuesta a cada funcionario de los temas enviados durante el mes y se recoge	
Tips de Autocontrol "Como puedo lograr el Autocontrol"	Toda la Organización	Boletín No 12	NA	Oficina de Control Interno	Envió por correo institucional	NOVIEMBRE DICIEMBRE

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LA E.S.P.

Tips de Autocontrol "Que puedo Hacer para controlar Mi mente y Mejorar mi Rendimiento Laboral" 24	Toda la Organización	Boletín No 13	NA	Oficina de Control Interno	Envió por correo institucional
Reflexión si yo cambiara	Toda la Organización	Folleto No 8	NA	Oficina de Control Interno	Envió por correo institucional
Retroalimentación	Toda la Organización	Taller No 5	30 Minutos Por Piso	Oficina de Control Interno	Se realiza retroalimentación por cada área y se evalúa al finalizar la actividad

APÉNDICE F. Procedimiento Auditorías Internas

1. OBJETO

Definir los lineamientos para el Desarrollo de Auditorías Internas que permitan realizar el seguimiento al Sistema de Control Interno, de acuerdo con los requisitos establecidos por la Entidad, los legales y reglamentarios, identificando posibles mejoras; y evaluando la implementación y eficacia del Sistema.

2. ALCANCE

Aplica a todos los procesos del Sistema Integrado de Gestión y Control para la Piedecuestana de Servicios Públicos.

3 DEFINICIONES

- 3.2. **Auditado:** Responsable del proceso que se audita.
- 3.3. **Auditor Acompañante:** Es el rol que cumple el auditor en el proceso de entrenamiento, participa en el desarrollo de la auditoria bajo monitoreo.
- 3.4. **Auditor Interno:** Persona con la competencia para llevar a cabo una auditoría.
- 3.5. **Auditor líder:** Servidor público de la organización que coordina y direcciona el desarrollo de la auditoría interna y que cumple con el perfil establecido.
- 3.6. **Auditor observador:** Es el rol que cumple el auditor en el proceso de entrenamiento, se limita dentro de la auditoria a observar el desarrollo de esta.(Opcional)
- 3.7. **Auditoria:** Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencia y evaluarla objetivamente con el fin de determinar en qué grado se cumple con los requisitos de Auditoría:

- **Sistemático:** La auditoria es una actividad planificada más no aleatoria.
- **Independiente:** Por objetividad los auditores no deben pertenecer al área auditada
- **Documentado:** es un procedimiento exigido por la norma NTC-GP 1000
- **Evidencia:** Recolección de pruebas objetivas
- **Evaluar objetivamente:** Comparar los hechos con criterios de auditoría.

APÉNDICE G. Procedimiento de Administración de Riesgos

1. OBJETO

Fortalecer la implementación y desarrollo de la política de administración del riesgo, a través del adecuado tratamiento de los riesgos, para garantizar el cumplimiento de las acciones correctivas implementadas y plasmadas en el Plan de Manejo de Riesgos.

1. ALCANCE

Aplica desde la planeación de la evaluación hasta el monitoreo de los planes de acción establecidos en el mapa riesgos para la Empresa Municipal de Servicios Públicos Domiciliarios E.S.P.

3. DEFINICIONES

- 3.1. **Riesgo:** Posibilidad de ocurrencia de un evento potencial que pueda entorpecer el normal desarrollo de las funciones de la entidad y afectar el logro de sus objetivos, este puede ser de estado POSITIVO, NEGATIVO y de generación EXTERNA o INTERNA.
- 3.2. **Mapa de Riesgos:** Herramienta metodológica que permite hacer un inventario de los riesgos ordenada y sistemáticamente, definiéndolos, haciendo la descripción de cada uno de estos y las posibles consecuencias y sus acciones preventivas.
- 3.3. **Mapa de Riesgos de Corrupción:** Identificación y prevención de riesgos de corrupción de las entidades, permitiendo a su vez la generación de alarmas y la elaboración de mecanismos orientados a prevenirlo o evitarlos.
- 3.4. **Valoración del Riesgo:** Fase de la administración que diagnostica la identificación, análisis y determina un nivel o grado de riesgo
- 3.5. **Impacto:** Consecuencias que puede ocasionar a la entidad la materialización del riesgo

APÉNDICE H. Procedimiento Fomento de la cultura de Autocontrol

1. OBJETO

Fomentar en los funcionarios de la Entidad la cultura del control que contribuya al mejoramiento de los procesos y fortalecer el sistema de control interno de la Entidad.

2. ALCANCE

Aplica a todos los servidores Públicos de la Entidad e inicia con la definición del mecanismo o estrategia que fomenten la cultura de autocontrol en los funcionarios de la Entidad, hasta la evaluación de la socialización e interiorización del mecanismo.

3. DEFINICIONES

3.1. Autocontrol: Capacidad que tienen las organizaciones y las personas para definir sus propios mecanismos de regulación, prevaleciendo siempre el beneficio colectivo sobre el individual en la búsqueda de objetivos y propósitos comunes. Se relaciona con la anticipación ya que se actúa de una manera u otra, para no causar con el comportamiento un efecto no deseado.

4. CONDICIONES GENERALES

Se tendrá en cuenta las directrices del Departamento Administrativo de la Función Pública y en general las aplicables a mejorar la cultura del auto control y autoevaluación.

Posibles mecanismos y/o Estrategias para el Elemento de la Cultura de Auto control: Charlas, Talleres, Boletines, folletos, Pantallazos, Cartelera, Socialización de Normas, Socialización de Procedimientos e informes, Participación en Comités.

5. INSTRUCCIONES

ID	ACTIVIDAD	METODOLOGÍA	FRECUENCIA	RESPONSABLE
1	Designación del Equipo de trabajo para el Fomento de la Cultura del	Personal auditor designado.	Anual	Jefe Oficina de Control Interno

APÉNDICE I. Procedimiento, asesoría, acompañamiento y seguimiento

1. OBJETO

Asesorar a través de orientaciones y recomendaciones, al nivel directivo de la Entidad y a las áreas estratégicas en la gestión administrativa, en el desarrollo de planes, programas, proyectos o actividades y en la inclusión de los correctivos para el cumplimiento de metas u objetivos previstos.

2. ALCANCE

Este procedimiento aplica a todas las actividades de Asesoría y/o Acompañamiento y seguimiento, por parte de la Oficina de Control Interno a diferentes dependencias de la Empresa Piedecuestana de Servicios Públicos.

Inicia con el reconocimiento de la situación planteada y con la planificación de las actividades a desarrollar. Finaliza con la formulación de las observaciones y/o recomendaciones generadas, que pueden o no plasmarse en un documento dirigido a las áreas interesadas

3. DEFINICIONES

Acompañamiento: Proceso de orientación institucional enfocado al aprendizaje y tendiente a generar una cultura de autorregulación y autoevaluación

Asesoría: Acompañar sistemáticamente y de manera programada a las diferentes dependencias de la Administración Municipal, en temas y campos de competencia institucional

APÉNDICE J. Procedimiento elaboración y Rendición de informes a entes Internos y externos.

1. OBJETO

Definir el procedimiento para el monitoreo o seguimiento en la elaboración y rendición de informes a entes internos y externos en los términos y periodos establecidos a las partes interesadas especialmente al Gobierno Nacional y entidades de control administrativo, fiscal y legal, en cumplimiento de los elementos de Información Primaria y Secundaria en el componente de Información de MECI 1000:2005.

2. ALCANCE

El procedimiento inicia con la planeación, verificación, recopilación y determinación de fuentes de información, aplicación los mecanismos para delimitar los conceptos, contenidos, periodicidad de acuerdo a las especificaciones requeridas por las partes interesadas y finalizar con la entrega de los informes a las mismas.

3. DEFINICIONES

Componente Información: Conjunto de Elementos de Control, conformado por datos que al ser ordenados y procesados adquiere significado para los grupos de interés de la Entidad a los que va dirigido. Hace parte fundamental de la operación de la entidad al convertirse en insumo para la ejecución de los procesos y a su vez la transparencia de la actuación en la Rendición de los informes a entes internos y externos y el cumplimiento de obligaciones de información. El componente Información vincula a la entidad con su entorno (Entes de control) y facilita la ejecución de sus operaciones internas. Teniendo en cuenta los planes y Programas y el modelo de operación por procesos, se diseñan políticas y mecanismos de

APÉNDICE K. DIAGNÓSTICO FINAL

	ÁREA CONTROL INTERNO	No Aplica	No se cumple	Planificación	Diseño	Documentado	implementado	Auditado	cumplimiento
			0%	5%	25%	50%	80%	100%	
	Requisitos Generales					2	1		60%
1	Están identificados los procesos que le permite a la entidad cumplir su misión (estratégicos, apoyo, misionales y de evaluación)					x			
2	Se realiza seguimiento y medición a los procesos					x			
3	La política y los objetivos de calidad están documentados						x		
	Gestión Documental					5			50%
4	Existe un manual de calidad					x			
5	se diligencian y conservan los registros exigidos por la NTCGP 1000					x			
6	Está documentado el manual de calidad					x			
7	Existe un procedimiento documentado que incluya los mecanismos para asegurar la legibilidad y la fácil identificación de los documentos					x			

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LA E.S.P.

	ÁREA CONTROL INTERNO	No Aplica	No se cumple	Planificación	Diseño	Documentado	implementado	Auditado	cumplimiento
8	Los registros proporcionan evidencia de la conformidad, eficiencia, eficacia y efectividad del sistema de gestión de la calidad					x			
Compromiso de la dirección					1	4	2		55%
9	La dirección comunica a la organización la importancia de satisfacer los requisitos de los clientes, los legales y reglamentarios					x			
10	Se ha establecido la política de la calidad						x		
11	Se han establecido los objetivos de calidad						x		
12	Existe disponibilidad de recursos para la implementación del Sistema de Gestión de la calidad					x			
13	Existen mecanismos para conocer el nivel de satisfacción del cliente					x			
14	La política de calidad es revisada para su adecuación continua				x				
15	Están definidas dentro de la organización las responsabilidades y autoridades					x			
Talento humano					1	2			42,00

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LA E.S.P.

	ÁREA CONTROL INTERNO	No Aplica	No se cumple	Planificación	Diseño	Documentado	implementado	Auditado	cumplimiento
									%
16	Se determinan las competencias necesarias para los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas o que realizan trabajos que afectan la calidad del producto y/o servicio				x				
17	Se concientiza a los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas, de la pertinencia e importancia de sus actividades y cómo ellos contribuyen a la consecución de los objetivos de calidad					x			
18	Se identifican las condiciones del ambiente de trabajo necesarias para lograr la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio					x			
	Prestación del servicio	3	1		2	3		1	43,00 %

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LA E.S.P.

	ÁREA CONTROL INTERNO	No Aplica	No se cumple	Planificación	Diseño	Documentado	implementado	Auditado	cumplimiento
19	Están planificados los procesos necesarios para la realización del producto o la prestación del servicio (procesos misionales)					x			
20	Los procesos misionales se desarrollan de acuerdo a lo planificado		x						
21	La entidad ha determinado los requisitos legales y reglamentarios relacionados con el producto y/o servicio					x			
22	Se planifica el diseño y desarrollo del producto y/o servicio	x							
23	Se controla el diseño y desarrollo del producto y/o servicio		x						
24	Se actualizan los resultados de la planificación a medida que progresa el diseño y desarrollo	x							

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LA E.S.P.

	ÁREA CONTROL INTERNO	No Aplica	No se cumple	Planificación	Diseño	Documentado	implementado	Auditado	cumplimiento
25	Cuando se adquieren productos o servicios externos se asegura la entidad de que el producto y/o servicio adquirido cumple los requisitos especificados en los pliegos de condiciones, términos de referencia o en las disposiciones aplicables					x			
26	Se evalúa a los proveedores para su selección, en función de su capacidad para suministrar productos y/o servicios de acuerdo con los requisitos definidos previamente por la entidad				x				
27	Están definidos los criterios de selección de los proveedores							x	
28	Existe un plan de compras adoptado por la Organización				x				
	Medición, análisis y mejora								50%
29	Están planificados los procesos de medición y seguimiento, análisis y mejora					x			

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LA E.S.P.

	ÁREA CONTROL INTERNO	No Aplica	No se cumple	Planificación	Diseño	Documentado	implementado	Auditado	cumplimiento
30	Los procesos de medición, seguimiento, análisis y mejora aseguran la conformidad del Sistema de Gestión de la Calidad					x			
31	Se hace seguimiento de la percepción del cliente respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de la entidad					x			
32	Se mide y se hace seguimiento a las características del producto y/o servicio					x			
33	La mejora continua del Sistema de Gestión de Calidad incluye aspectos tales como: la política de calidad, objetivos de calidad, resultados de auditorías internas de calidad, análisis de datos, sistema de evaluación para seguimiento y medición, acciones correctivas y preventivas y la revisión por la dirección					x			