

**REVISIÓN, ACTUALIZACIÓN Y PROPUESTA DE MEJORA DEL SISTEMA
INTEGRADO DE CONTROL DEL MUNICIPIO DE PIEDECUESTA EN LOS
PROCESOS: CONTROL INTERNO DE GESTIÓN Y MEDICIÓN, ANÁLISIS Y
MEJORA BASADOS EN LA NORMA NTC GP 1000:2009**

SHARON JOHANA RUEDA MORA



**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE INGENIERÍA
FACULTAD DE INGENIERÍA INDUSTRIAL
BUCARAMANGA
2015**

**REVISIÓN, ACTUALIZACIÓN Y PROPUESTA DE MEJORA DEL SISTEMA
INTEGRADO DE CONTROL DEL MUNICIPIO DE PIEDECUESTA EN LOS
PROCESOS: CONTROL INTERNO DE GESTIÓN Y MEDICIÓN, ANÁLISIS Y
MEJORA BASADOS EN LA NORMA NTC GP 1000:2009**

SHARON JOHANA RUEDA MORA

ING. JAIRO NÚÑEZ RODRÍGUEZ

DIRECTOR DE PROYECTO



**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE INGENIERÍA
FACULTAD DE INGENIERÍA INDUSTRIAL
BUCARAMANGA
2015**

NOTA DE ACEPTACIÓN:

Firma del presidente jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	12
1. Generalidades de la empresa.....	13
1.1 Nombre de la empresa:	14
1.2 Nombre del alcalde:	14
1.3 Actividad económica	15
1.4 Número de empleados.....	15
1.5 Misión	15
1.6 Visión	15
1.7 Estructura organizacional	16
1.7.1 Funciones.....	17
1.8 Reseña histórica	17
1.9 Descripción del área específica del trabajo	19
1.9.1 Proceso de Control Interno de Gestión.....	19
1.9.2 Proceso de Medición, Análisis y Mejora.....	19
2. Antecedentes	21
2.1 Nacional.....	21
2.2 Regional.....	21
2.3 Universidad.....	21
3. Objetivos.....	23
3.1 Objetivo General	23
3.2 Objetivos Específicos.....	23
4. Marco teórico.....	24
4.1 Contexto Normativo	24
4.2 Normatividad General	24
4.2.1 Constitución política de Colombia.....	24
4.3 Los sistemas de gestión de calidad	27
4.4 NTCGP 1000: 2009	28
4.5 Modelo Estándar de Control Interno MECI1000:2005	29
4.5.1 Estructura del Modelo Estándar de Control Interno MECI.....	30
4.5.2 Principios del Método Estandarizado de Control Interno MECI.....	34
4.6 Otros términos	34
5. Desarrollo de las fases del proyecto.....	36
5.1 Resultados	36

5.1.1	Planificación (diagnóstico inicial y plan de actividades a seguir).	37
5.1.2	Análisis del diagnóstico del sistema de gestión de la calidad según la Norma NTCGP 1000:2009.	40
5.2	Implementación.....	42
5.2.1	Formatos.	42
5.2.2	Caracterización.	43
5.2.3	Procedimientos.....	43
5.2.4	Indicadores.....	44
5.3	Verificación y medición	44
5.3.1	Auditoría interna.	44
5.3.2	Cronograma.....	45
5.3.3	Formato plan de auditoría.	45
5.3.4	Análisis resultados de auditoría interna.	46
5.4	Medición de indicadores	47
5.4.1	Generación de indicadores.....	47
5.4.2	Resultados y análisis de indicadores.....	48
5.5	Diagnóstico final.....	49
6.	CONCLUSIONES	52
7.	RECOMENDACIONES.....	53
	BIBLIOGRAFÍA	54

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Parámetros de evaluación NTCGP 1000:2009	39
Tabla 2. Criterios de evaluación NTC GP 1000:2009	39
Tabla 3. Resumen diagnóstico inicial según la NTC GP 1000:2009.....	40
Tabla 4. Resumen de ficha de indicadores.....	47
Tabla 5. Comparativo Diagnóstico inicial vs Diagnóstico final	50

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Escudo alcaldía de Piedecuesta	14
Figura 2. Gabinete municipal.....	14
Figura 3. Organigrama.....	16
Figura 4. Modelo de un sistema de gestión de la calidad basada en procesos.....	29
Figura 5. Sistema de Control Interno.....	31
Figura 6. Fases para la actualización del sistema.....	41

LISTA DE ANEXOS

Anexo A. Diagnóstico inicial según la norma NTCGP 1000:2009	59
Anexo B. Formatos	60
Anexo C. Caracterización de Control Interno de Gestión	66
Anexo D. Caracterización de Medición, Análisis y Mejora	116
Anexo E. Procedimientos	72
Anexo F. Indicadores de Gestión	120
Anexo G. Circular auditoría	122
Anexo H. Plan de auditoría	124
Anexo I. Informe de auditoría	128
Anexo J. Plan de mejora de auditoría	135
Anexo K. Medición de indicadores de gestión	137
Anexo L. Plan de mejora de indicadores de gestión	140
Anexo M. Diagnóstico Final según la NTCGP 1000:2009	144

DEDICATORIA

Agradezco y dedico este proyecto a Dios y a mis padres. A Dios porque ha sido mi luz y esperanza en cada paso que doy, ha cuidado de mí y me ha dado la fortaleza para continuar, a mis padres, Geovane Rueda Barrios y Alexandra Mora Cala, quienes han velado por mi bienestar y mi educación siendo mi apoyo en cada instante. A ellos, a todos mis amigos y personas que hicieron parte de este importante logro en mi vida y me apoyaron en mi crecimiento personal y profesional.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por permitirme culminar esta importante etapa en mi vida, a todos los docentes que con sus conocimientos y enseñanzas me formaron profesionalmente, a todo el personal de la Alcaldía de Piedecuesta por el apoyo necesario para la realización de este proyecto y al Ingeniero y Docente Jairo Núñez Rodríguez por guiarme y motivarme en la culminación de este proyecto.

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO:	Revisión, actualización y propuesta de mejora del sistema integrado de control del municipio de Piedecuesta en los procesos: control interno de gestión y medición, análisis y mejora basados en la norma NTC GP 1000:2009.
AUTOR(ES):	SHARON JOHANA RUEDA MORA
FACULTAD:	Facultad de Ingeniería Industrial
DIRECTOR(A):	JAIRO NUÑEZ RODRIGUEZ

RESUMEN

La Alcaldía de Piedecuesta debe establecer procesos y procedimientos para detectar, evaluar y corregir las fallas del servicio, por esto la Administración Municipal decide adoptar la implementación del SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN MECI-NTCGP 1000:2009, con el objetivo de mejorar la calidad y el funcionamiento de la entidad. Gracias al convenio firmado por el Municipio de Piedecuesta y la Universidad Pontificia Bolivariana, donde se acuerda el apoyo por parte los estudiantes de último semestre de Ingeniería Industrial en el proceso de implementación del Sistema de Gestión de Calidad se logró el desarrollo del presente proyecto de grado. Este proyecto presenta la forma en que se da cumplimiento a la implementación del Sistema en los procesos de Control Interno de Gestión y Medición, Análisis y Mejora, se inicia con la etapa de planificación, donde se determinó y analizó el diagnóstico inicial de la Alcaldía en cuanto al cumplimiento de los requisitos de la norma NTCGP 1000:2009 y se estableció las estrategias y actividades a seguir para el cumplimiento de los objetivos planteados. A continuación se desarrolló la etapa de implementación, que consistió en la actualización y socialización de toda la documentación en compañía de los funcionarios a cargo, además se hizo entrega oficial de las propuestas que surgen como resultado de este proceso. Finalmente, en la etapa de verificación y medición se desarrolla una auditoría interna y la aplicación de indicadores de gestión para así comprobar la mejora del sistema y lograr establecer recomendaciones para cada falencia detectada. Como se explica anteriormente se logró dar cumplimiento a los cuatro objetivos específicos planteados al inicio del proyecto, además de alcanzar un avance significativo para la Alcaldía de Piedecuesta en cuanto a la implementación de esta norma.

PALABRAS CLAVES:

Modelo Estándar de Control Interno, Medición, Análisis y Mejora.

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: Review, update and offer of improvement of the integrated system of control of Piedecuesta's municipality in the processes: internal control of management and measurement, analysis and improvement based on the norm NTC GP 1000:2009. Review, update and offer of improvement of the integrated system of control of Piedecuesta's municipality in the processes: internal control of management and measurement, analysis and improvement based on the norm NTC GP 1000:2009.

AUTHOR(S): SHARON JOHANA RUEDA MORA

FACULTY: Facultad de Ingeniería Industrial

DIRECTOR: JAIRO NUÑEZ RODRIGUEZ

ABSTRACT

Piedecuesta's Mayorality must establish processes and procedures to detect, to evaluate and to correct the faults of the service, as this the Municipal Administration decides to adopt the implementation of the INTEGRATED SYSTEM OF MANAGEMENT MECI-NTCGP 1000:2009, with the aim to improve the quality and the functioning of the entity. Thanks to the agreement signed by Piedecuesta's Municipality and the University Pontificia Bolivariana, where the support remembers on part the students of last semester of Industrial Engineering in the process of implementation of the System of Quality management achieved the development of the present project of degree. This project presents the form in which one gives fulfillment to the implementation of the System in the processes of Internal Control of Management and Measurement, Analysis and Improvement, begins with the stage of planning, where it decided and analyzed the initial diagnosis of the Mayorality as for the fulfillment of the requirements of the norm NTCGP 1000:2009 and there were established the strategies and activities to continue for the fulfillment of the raised aims. Later there developed the stage of implementation, which consisted of the update and socialization of the whole documentation of company of the civil servants to post, in addition there was done official delivery of the offers that arise as result of this process. Finally, in the stage of check and measurement there develops an internal audit and the application of indicators of management this way to verify the improvement of the system and to manage to establish recommendations for every detected failing. As it explains previously it was achieved to give fulfillment to four specific aims raised to the beginning of the project, beside reaching a significant advance for Piedecuesta's Mayorality as for the implementation of this norm.

KEYWORDS:

Standard Model of Internal Control, Measurement, Analysis and Improvement.

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK

INTRODUCCIÓN

La norma técnica NTCGP 1000:2009 le permite a las entidades públicas evaluar y dirigir su desempeño en términos de calidad y de satisfacción social de forma transparente, además de reflejar la calidad de los procesos, productos y servicios y la dinamización de las buenas prácticas de administración de manera eficiente y eficaz buscando con ello, la satisfacción del usuario y el cumplimiento de los requisitos legales.

Es por esto que la Alcaldía de Piedecuesta en cabeza de su Alcalde y los secretarios de despacho, han decidido implementar el SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN MECI-NTCGP: 1000 con el objetivo de alcanzar un progreso óptimo en todos los procesos internos, como a su vez métodos de mejoramiento continuo que le permitan al municipio el incremento de los índices de gestión y un resultado positivo ante las evaluaciones de los entes externos de control.

Este proyecto pretende la revisión y actualización al Sistema Integrado de Gestión para así lograr establecer una propuesta de mejora en los procesos de Control Interno de Gestión y Medición, Análisis y Mejora, a continuación se presenta la metodología para el desarrollo de este el cual se basa en tres etapas: Planificación, Implementación y Verificación.

1. Generalidades de la empresa

1.1 Nombre de la empresa:

Alcaldía de Piedecuesta, Santander

Figura 1. Escudo alcaldía de Piedecuesta



Fuente: Alcaldía de Piedecuesta.

1.2 Nombre del alcalde:

Ángel De Jesús Becerra Ayala 2012-2015

Figura 2. Gabinete municipal

ÁNGEL DE JESÚS BECERRA AYALA Alcalde Popular	
FANY SINUCO RUEDA Gestora Social	
SECRETARIOS DE DESPACHO	
MYRIAM QUINTERO ROJAS Secretaria de Hacienda	WILLIAM COBOS MESA Secretario de Planeación e Infraestructura
HUMBERTO ORTIZ MANTILLA Secretario General y de Gobierno	MARIA ISABEL ÁLVAREZ VARGAS Secretaria de Desarrollo Social
JULIO CESAR RODRÍGUEZ JAIMES Secretario de Educación	

Fuente: Plan de desarrollo de Piedecuesta 2012-2015

- **NIT:** 890.205.383
- **PBX:** (57+7) 6 561529
- **Correo electrónico:** contacto@alcaldiadepiedecuesta.gov.co
- **Dirección:** Carrera. 7 No. 9-43 Piedecuesta, Santander.

1.3 Actividad económica

Es una entidad del sector público, interesada en satisfacer las necesidades y expectativas de la comunidad Piedecuestana a través de la prestación efectiva y oportuna de servicios y la formulación, ejecución y control de planes y programas de desarrollo, en cumplimiento del Plan de Desarrollo Municipal. (Alcaldía de Piedecuesta, s.f, 2014)

1.4 Número de empleados

La alcaldía se encuentra conformada por 54 funcionarios de planta, 62 pensionados, 3 de concejo de planta, 3 de personería de planta y 350 contratistas aproximadamente.

1.5 Misión

La Administración Municipal encamina su accionar a garantizar el desarrollo integral de sus habitantes, creando entre todos un pacto que direcciona los esfuerzos hacia nuestro principal interés “el ser humano”, con un modelo de gobierno transparente, incluyente, social, solidario, productivo, sustentable, globalizado y comprometido con una educación pertinente y de calidad. (Alcaldía de Piedecuesta, s.f, 2014)

1.6 Visión

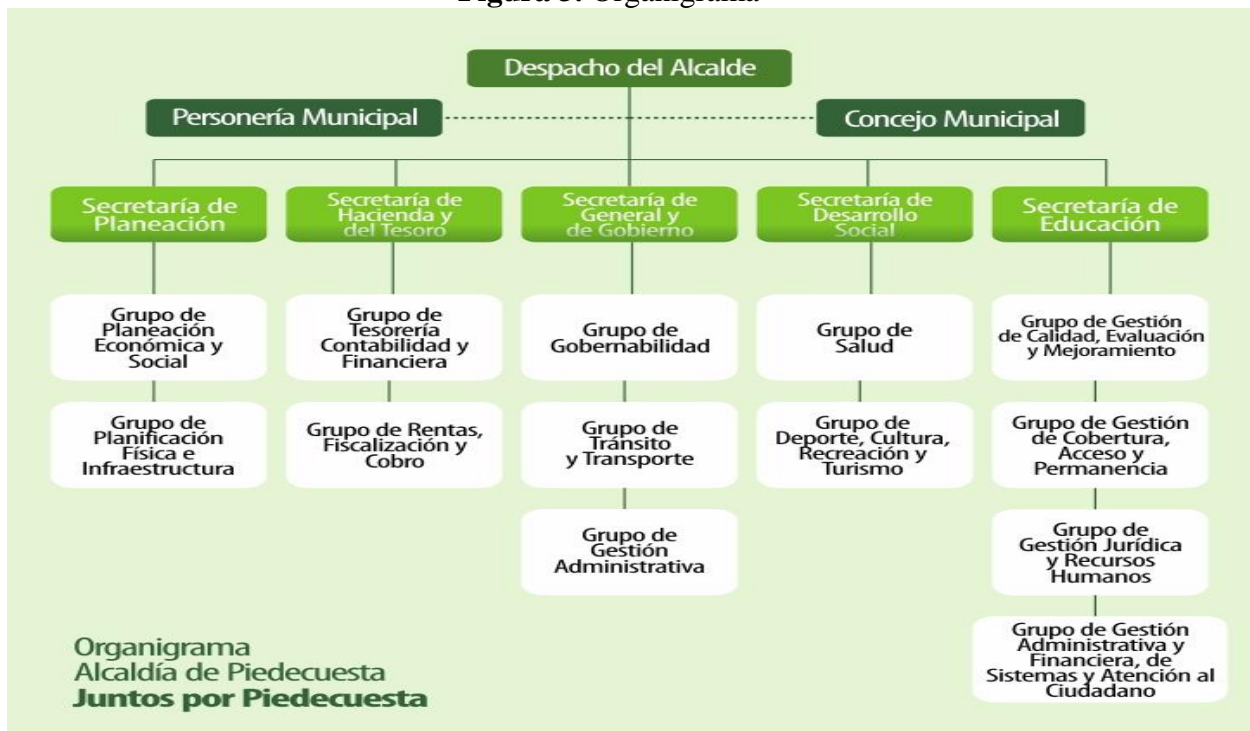
El Municipio de Piedecuesta tiene una visión al año 2.030, busca convertirse en un territorio competitivo del nivel regional, en los sectores de la producción de sistemas hídricos, producción agropecuaria diversificada, desarrollo tecnológico y de turismo ecológico de aventura y deportivo, permitiendo a sus habitantes mantener un bienestar social dentro de un territorio agradable y cohesionado institucionalmente para lograr un desarrollo individual y colectivo sostenible.

Para el año 2015, contará con un modelo de desarrollo sustentable que opere de forma permanente, enfrentando los retos del conocimiento, uso y aprovechamiento sostenible de los recursos naturales; con infraestructuras sociales, económicas, culturales, deportivas y educativas, orientadas bajo un modelo de cohesión social, ofertando bienes y servicios públicos; los cuales se articulan al desarrollo económico bajo una dinámica empresarial, en donde se destaca la industria petroquímica, tecnológica y la agroindustrial. Con una ventaja competitiva en la oferta hídrica de calidad y cantidad, que permite potencializar el desarrollo urbanístico, vinculándose a macro proyectos del orden metropolitano, regional y nacional, bajo los principios de la lógica, la ética y la estética.

La Administración Municipal concentrará sus esfuerzos en la focalización de tres ejes estratégicos que son: la transparencia para el buen gobierno, participación y cultura ciudadana y la ciudad sustentable. (Alcaldía de Piedecuesta, s.f, 2014)

1.7 Estructura organizacional

Figura 3. Organigrama



Fuente: Alcaldía de Piedecuesta.

1.7.1 Funciones.

- Satisfacer las necesidades y expectativas de la comunidad Piedecuestana.
- Dar respuesta oportuna a los requerimientos de la comunidad dentro del ámbito de competencia del municipio
- Formular y ejecutar programas y/o planes que propendan al desarrollo de la comunidad.
- Implementar y garantizar canales de comunicación efectivos para desarrollar un trabajo en equipo con la comunidad.
- Aumentar el fomento de la formación y desarrollo humano de los funcionarios de la Alcaldía.
- Gestionar, optimizar y administrar los recursos físicos y financieros.
- Desarrollar una Cultura de mejora continua que garantice el sostenimiento y desarrollo del sistema de gestión de calidad. (Alcaldía de Piedecuesta, s.f, 2014)

1.8 Reseña histórica

Piedecuesta es un municipio del departamento de Santander, Colombia. Se encuentra a 17 km de Bucaramanga, formando parte de su área metropolitana. Su extensión territorial es de 344 kilómetros cuadrados; observamos una alterada geografía que nos ofrece un sinnúmero de valles, mesetas, montañas y colinas, accidentes territoriales que nos presentan una variada climatología, pasando del radiante sol de pescadero a la neblina del páramo de Juan Rodríguez.

El municipio limita por el norte con Tona y Floridablanca. Por el sur con Guaca, Cepitá, Aratoca y Los Santos. Por el oriente Santa Bárbara. Por el occidente con Girón. Límites que a

su vez demarcan las fragmentaciones del relieve municipal por la falla de Bucaramanga al oriente, el nudo sísmico y la falla de los Santos al sur, la falla del río Suárez al occidente y las fallas de Ruitoque y río de Oro por el norte.

Todo lo cual ha conllevado a que los habitantes se adapten a las condiciones socio ambientales de vida propiciada por los pisos térmicos andinos y las dinámicas sísmicas de la región. Por su ubicación en la Cordillera Oriental, Piedecuesta es un municipio productor de agua. Aquí nacen 3 ríos: Oro, Hato y Manco y 12 quebradas. La ciudad de Piedecuesta se encuentra dividida en barrios, urbanizaciones, conjuntos residenciales, e incluso condominios residenciales en las áreas rurales semiurbanas, que en total suman 192 divisiones territoriales.

A los cuales se agregan diez "barrios" no legalizados ni reconocidos por la Administración Municipal. El nombre Piedecuesta es el resultado de la abreviación dada al sitio, parroquia y villa del "Pie de la Cuesta" a inicios del siglo XIX por el gobierno central de la República de Colombia a través de sus leyes, decretos y comunicaciones oficiales al estar ubicada en su caso urbano una de las factorías de tabacos más importantes del Estado.

Después de emplearse durante algunos años la abreviatura "Piedecuesta", con la reforma político-administrativa de 1825 se le reconoció como Villa de Piedecuesta. Los colonos españoles de Girón y Pamplona dieron el nombre del "Pie de la Cuesta" al sitio ubicado entre los ríos del Hato, Frío del Oro y Manco al ser empleado para pernoctar y aprovisionar las bestias de carga antes de continuar los viajeros, arrieros y comerciantes su penoso y arriesgado tránsito hacía Pamplona y los andes colombo-venezolanos a través de la cuesta que permitía el ascenso al páramo de Juan Rodríguez (hoy de Berlín) siguiendo la ribera norte de la cuenca alta del río de Oro, así como para ascender a través del empinado y resbaladizo camino real que llevaba al Socorro, y de allí hasta Santafé de Bogotá, a través de la Mesa de Géridas (hoy de Los Santos) y los andes neogranadinos orientales.

Sitios emblemáticos de esos lugares de posada fueron en los siglos XVII y XVIII los corredores de la hacienda de los herederos del cofundador de Pamplona Ortún Velasco junto al río Lato (hoy sede de la Universidad Santo Tomás) y los corredores de las haciendas la Venta, los Cauchos y Tres Esquinas, especialmente durante las guerras civiles de los siglos XIX y XX. (Alcaldía de Piedecuesta, s.f, 2014)

1.9 Descripción del área específica del trabajo

1.9.1 Proceso de Control Interno de Gestión.

Comprende la formulación de estrategias y mecanismos de comunicación e información, orientados no solo a hacer más transparentes los procesos administrativos, sino a facilitar a los administradores un mayor y oportuno conocimiento de los aciertos y desaciertos de su organización en procura de:

- Elevar el nivel eficiencia
- El fortalecimiento institucional
- El desarrollo de las actividades institucionales
- La definición de políticas necesarias para el mejoramiento continuo del control interno institucional
- La implementación de la calidad en los servicios que presta la administración
- El logro del liderazgo en el ejercicio del autocontrol
- La autoevaluación en el desarrollo de los procesos

1.9.2 Proceso de Medición, Análisis y Mejora.

El equipo integrante tendrá por deber cumplir los siguientes roles y responsabilidades:

- Apoyar el proceso de implementación y mantenimiento del Modelo bajo las orientaciones del representante de la dirección.
- Capacitar a los servidores de la entidad en el Modelo y sus avances en la implementación.
- Asesorar a las áreas de la entidad en la implementación y mantenimiento del modelo.
- Revisar, analizar y consolidar la información para presentar propuestas para la implementación y mantenimiento del Modelo al representante de la dirección, para su aplicación.
- Realizar seguimiento a las acciones de implementación y mantenimiento e Informar a los resultados al representante de la dirección, para la toma de decisiones.
- Trabajar en coordinación con los servidores designados por área en aquellas actividades requeridas para la implementación y mantenimiento del Modelo.

2. Antecedentes

2.1 Nacional

A nivel nacional La Veeduría Distrital en asocio con la Universidad de Los Andes, desarrolló una guía para la implementación del Modelo Estándar de Control Interno (MECI) con un enfoque sistémico, con el fin de mostrar la conexión entre este y el Sistema de Calidad de la Gestión Pública. (Veeduría Distrital, 2007)

En la ciudad de Palmira; Cárdenas (2012) realizó una tesis de Maestría en Administración, acerca de la evaluación del impacto del Modelo Estándar de Control Interno (MECI) como herramienta de gestión para algunas entidades públicas de la ciudad; teniendo como resultado un impacto favorable en el desarrollo de la gestión de cada entidad.

2.2 Regional

El Municipio de Curití obtiene la implementación del sistema MECI, bajo los procesos y procedimientos de gestión, permitiendo a los funcionarios de la Alcaldía un mayor desarrollo en la búsqueda del control en cada dependencia. (Salvane et al., 2008)

2.3 Universidad

En la Universidad Pontificia Bolivariana se han desarrollado diferentes proyectos que abordan temas relacionados con el diseño, documentación e implementación de un Sistema de Gestión de Calidad; bajo la modalidad de práctica y tesis de grado.

Las estudiantes Sonia Johana Santamaría Olarte y Clara María Vargas Jiménez realizaron el proyecto: “diseño, documentación e implementación del sistema de gestión de calidad NTC GP 1000:2004 para el Hospital Universitario de Santander”, la implementación del

sistema tuvo como finalidad el crecimiento y mejoría en la verificación de los procesos y en el cumplimiento de las disposiciones del Gobierno Nacional. (Santa Maria Olarte, 2013)

3. Objetivos

3.1 Objetivo General

Generar una propuesta de mejora del sistema integrado de control del Municipio de Piedecuesta en los procesos de Control Interno de Gestión y Medición, Análisis y Mejora basados en la Norma NTCGP 1000: 2009.

3.2 Objetivos Específicos

- Diagnosticar el estado de la implementación del SIGC en los procesos de Control Interno de Gestión y Medición, Análisis y Mejora.
- Establecer un sistema de medida por medio de indicadores de gestión que permitan el control continuo sobre la ejecución de los procesos.
- Evaluar la implementación del SIGC por medio de una auditoría interna.
- Proponer planes de mejora que busquen corregir las inconformidades identificadas e incrementar el cumplimiento de los lineamientos del SIGC.

4. Marco teórico

4.1 Contexto Normativo

Este proyecto se enmarcara bajo los conceptos de Sistema Integrado de Gestión, la armonización de los sistemas de Gestión de Calidad y el Modelo Estándar de Control Interno, partiendo de preceptos normativos y referentes legales establecidos.

En cuanto a la normatividad aplicable a las entidades de naturaleza pública como es el caso de la Alcaldía de Piedecuesta, se ha establecido que el Sistema de Gestión Integral está conformado por los sistemas antes mencionados y adicionalmente por los subsistemas de Gestión Ambiental, Seguridad Industrial y Salud Ocupacional, Seguridad Informática y Seguridad de la Información, Gestión Documental y Archivos, y Responsabilidad Social. En este sentido, también fue expedido el Decreto Nacional 2623 de 2009, que establece la creación del Sistema Nacional de Servicio al Ciudadano y cuyo artículo 2° plantea la necesidad de complementarlo con los sistemas de Control Interno, Desarrollo Administrativo y Gestión de Calidad, así como con la Ley 962 de 2005, Modificada por el Decreto 19 de 2012, relacionada con la Política de Racionalización de Trámites. (Universidad Pascual Bravo, s. f.)

4.2 Normatividad General

4.2.1 Constitución política de Colombia.

La Constitución Política de 1991 fue de vital importancia para generar en los servidores públicos, en general, y en la alta dirección, en particular, el mayor interés y compromiso en la gestión mediante un decidido cambio de actitud para consolidar en las entidades del Estado una verdadera cultura de autocontrol, autorregulación, autogestión y de mejoramiento continuo. (Alcaldía de Bogota & Veeduría Distrital, 2009)

En el artículo 269 la Constitución Política establece que las entidades públicas, las autoridades encargadas estarán sometidas a diseñar y aplicar según sus funciones los métodos y procedimientos de Control Interno, según lo disponga la ley. (Constitución Política de Colombia, 1991)

Paralelamente al marco normativo del Sistema de Control Interno, se dispone de las siguientes leyes.

4.2.1.1 Ley 87 de 1993

Por la cual se establece normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones. (Ley 87, 1993)

Se entiende por **control interno** el sistema integrado por el esquema de organización y el conjunto de los planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una entidad, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas u objetivos previstos. (Ley 87, 1993)

Son características del Control Interno las siguientes:

- a) El Sistema de Control Interno forma parte integrante de los sistemas contables, financieros, de planeación, de información y operacionales de la respectiva entidad.
- b) Corresponde a la máxima autoridad del organismo o entidad, la responsabilidad de establecer, mantener y perfeccionar el Sistema de Control Interno, el cual debe ser adecuado a la naturaleza, estructura y misión de la organización;

- c) En cada área de la organización, el funcionario encargado de dirigirla es responsable por el control interno ante su jefe inmediato de acuerdo con los niveles de autoridad establecidos en cada entidad. (Ley 87, 1993)

4.2.1.2 Ley 489 de 1998

Estableció la creación del Sistema Nacional de Control Interno y por la cual se dictan normas sobre la organización y funcionamiento de las entidades del orden nacional, se expiden las disposiciones, principios y reglas generales para el ejercicio de las atribuciones previstas en los numerales 15 y 16 del artículo 189 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones. (Ley 489, 1998)

4.2.1.3 Ley 872 de 2003

El Congreso de la República expide dicha ley, “Por la cual se crea el Sistema de Gestión de la Calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras del servicio” como una herramienta de gestión sistemática y transparente para dirigir y evaluar el desempeño institucional con calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios. Asimismo, en el párrafo del Artículo 3° establece que “este sistema es complementario a los sistemas de Control Interno y de Desarrollo Administrativo”. (Ley 872, 2008)

4.2.1.4 Decretos

- Decreto 1826 de 1994. Reglamenta parcialmente la Ley 87 de 1.993. (Decreto 1826, 1994)
- Decreto 2145 de 1999. Dicta normas sobre el Sistema Nacional de Control Interno, determina el ejercicio de Autocontrol y Auto evaluación. (Decreto 2145, 1999)

- Decreto 2539 de 2.002. Modifica parcialmente el decreto 2145 de 1999. (Decreto 2002, 1999)
- Decreto 1537 de 1.991: Reglamentario de la Ley 87 de 1993, en cuanto a elementos técnicos y administrativos. (Decreto 1537, 1991)
- Decreto 1599 de 2005. Por medio del cual se adopta el Modelo estándar de Control Interno MECI 1000:2005. (Decreto 1599, 2005)

4.3 Los sistemas de gestión de calidad

Los Sistemas de Gestión de Calidad se constituyen hoy día en herramientas sistémicas capaces de dar a las organizaciones una estructura adecuada de gestión con miras a incrementar la calidad en sus productos y servicios y la satisfacción de los clientes. La serie de normas ISO 9000 establecen claramente los requisitos necesarios para implementar y diseñar un sistema de Gestión de Calidad en cualquier organización. En este sentido, el Estado Colombiano siguiendo como base la Norma ISO 9001:2008 delegó al ICONTEC para que adaptara dicha norma a los requerimientos del Estado, por lo cual nació la NTCGP 1000:2009. Posteriormente, encargó al Departamento Administrativo de la Función Pública la elaboración de los criterios necesarios para realizar el control y evaluación en las entidades públicas, teniendo como base el Sistema de Control Interno que data desde el año 2003, con lo que se estableció el Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 y que es complementario con la NTCGP 1000:2009. La evolución en estos Sistemas de Gestión y su forma de implementación han venido mostrando un resultado por parte de la administración pública en donde se evidencia cada vez más cercanía al ciudadano y la eficacia de la prestación de los servicios. (Cohan, 2015)

4.4 NTCGP 1000: 2009

“La Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública establece los requisitos para la implementación de un sistema de gestión de la calidad aplicable a la rama ejecutiva del poder público y otras entidades prestadoras de servicios”.

Esta norma está dirigida a todas las entidades, y tiene como propósito mejorar su desempeño y su capacidad de proporcionar productos y/o servicios que respondan a las necesidades y expectativas de sus clientes.

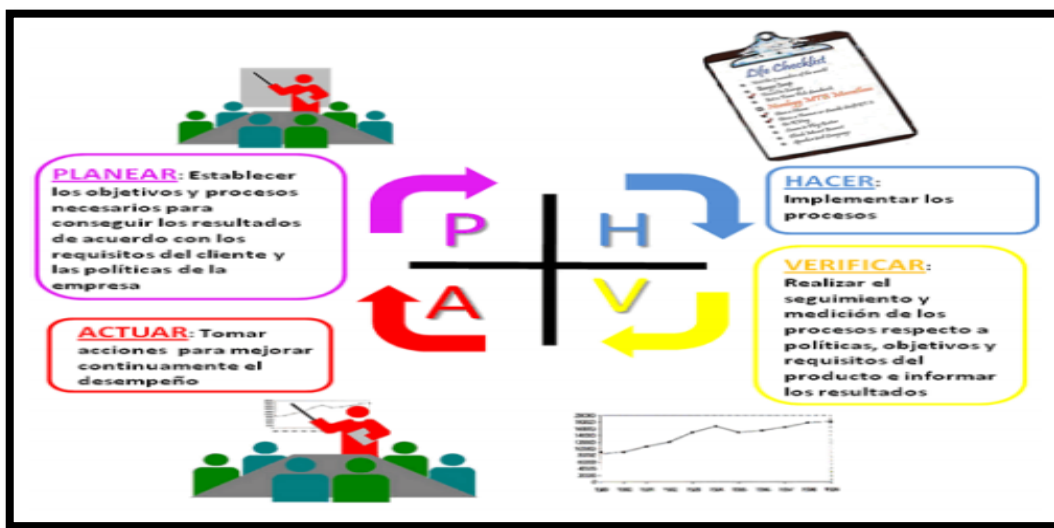
La orientación de esta norma promueve la adopción de un enfoque basado en procesos, el cual consiste en identificar y gestionar, de manera eficaz, numerosas actividades relacionadas entre sí.

Un enfoque de este tipo enfatiza sobre la importancia de:

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

La NTCGP 1000:2009, plantea 242 requisitos normativos, divididos en ocho capítulos, tres generales y cinco específicos; ambos sistemas enfocan su estructura bajo el ciclo PHVA conocida como “Planificar; Hacer, Verificar, Actuar (**PHVA**). (NTCGP, 1000:2009)

Figura 4. Modelo de un sistema de gestión de la calidad basada en procesos



Fuente: Norma técnica de calidad en la gestión pública NTCGP 1000:2009

Con el fin de buscar mayor eficacia e impacto del Control Interno en las entidades del Estado, el Departamento Administrativo de la Función Pública, fue impulsor de la implementación de un modelo de control interno, que llevo la expedición del Decreto 1599 de 2005 por el cual se adopta el “Modelo Estándar de Control Interno MECI1000:2005”. (Carlos Alberto Reyes Galindo, 2008)

4.5 Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005

El Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano – MECI 1000:2005 proporciona la estructura básica para evaluar la estrategia, la gestión y los propios mecanismos de evaluación del proceso administrativo, y aunque promueve una estructura uniforme, se adapta a las necesidades específicas de cada entidad, a sus objetivos, estructura, tamaño, procesos y servicios que suministran.

La orientación de este modelo promueve la adopción de un enfoque de operación basado en procesos, el cual consiste en identificar y gestionar, de manera eficaz, numerosas actividades relacionadas entre sí. Una ventaja de este enfoque es el control continuo que

proporciona sobre los vínculos entre los procesos individuales que hacen parte de un Sistema conformado por procesos, así como sobre su combinación e interacción.

El Modelo Estándar de Control Interno proporciona a las Entidades:

- Una Cultura hacia una gestión por resultados.
- La prevención de riesgos.
- Una organización por procesos.
- Un control corporativo permanente.
- Una Medición de la gestión en tiempo real.
- Generación de Información suficiente, pertinente, oportuna, de utilidad organizacional y social, articulada con los sistemas de información existentes.
- Control efectivo de los procesos de comunicación pública y rendición de cuentas.
- Fortalecimiento en la función de evaluación independiente al control y la gestión.
- Estandarización de metodologías y procedimientos de evaluación del sistema de control interno.
- Un alto nivel de importancia a los planes de mejoramiento. (Departamento Administrativo de la Funcion Publica, 2014)

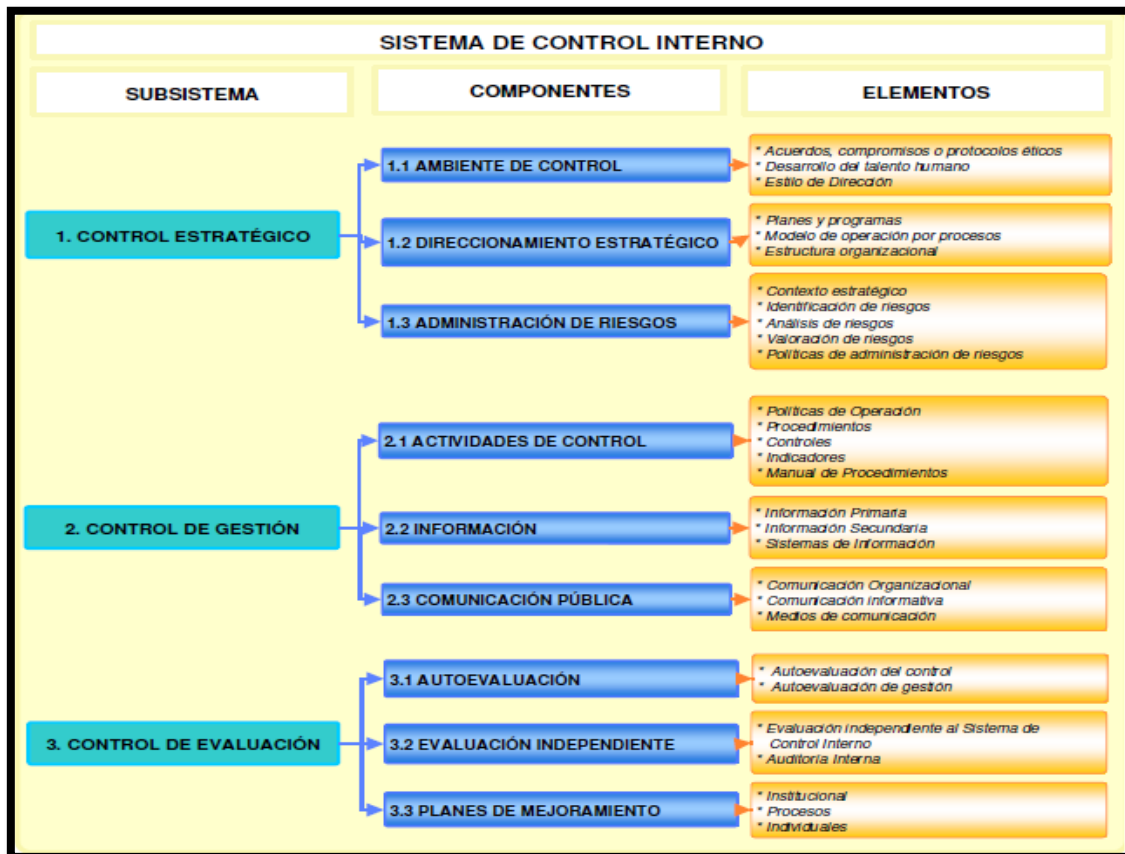
4.5.1 Estructura del Modelo Estándar de Control Interno MECI.

20 de mayo de 2005 el Gobierno Nacional expidió el Decreto 1599 "Por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano" MECI 1000:2005. El modelo proporciona una estructura para el control a la estrategia, la gestión y la evaluación en

las Entidades del Estado, cuyo propósito es orientarlas hacia el cumplimiento de sus objetivos institucionales y la contribución de estos a los fines esenciales del Estado. Promueve la adopción de un enfoque de operación basado en procesos y sistemas.

El Modelo Estándar de Control Interno para entidades del Estado, se desarrolla en base al artículo 1° de la Ley 87 de 1993, el cual se encuentra estructurado por una serie de Subsistemas, Componentes y Elementos de Control, como se mostrara en la Figura 3, en la cual se evidencia los vínculos existentes entre cada uno de ellos, bajo un enfoque sistémico que establece la citada Ley. (Departamento Administrativo de la Funcion Publica, 2014)

Figura 5. Sistema de Control Interno



Fuente: Manual de Implementación Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano - MECI 1000:2005

Para su implementación, deberán definirse los índices, las unidades de medida y los parámetros o metas frente a los cuales deberá compararse el desempeño de los servidores públicos y de cada dependencia, los riesgos que afectan las operaciones, la gestión de la entidad y el impacto de los resultados en el ámbito interno o externo. (Departamento Administrativo de la Función Pública, 2014)

Para la implementación se deben realizar las siguientes etapas y actividades:

Etapas 1:

- Planeación al diseño e implementación del sistema de control interno.

Se establecerá un compromiso de la alta dirección encabezada por el Alcalde y los secretarios de despacho para definir el equipo de trabajo y los diferentes niveles de implementación o Ajuste del Sistema de Control Interno ya iniciado en el 2008 y redefinirlos con las directrices actuales en términos del Modelo Estándar de Control Interno. Esto se implementará bajo las siguientes actividades.

- ✓ Elaboración del Plan de Trabajo para el Diseño e Implementación.
- ✓ Definir Actividades de desarrollo e implementación y cronograma de actividades.
- ✓ Asignar Responsabilidades
- ✓ Llevar a cabo la Capacitación del Grupo de Trabajo.
- ✓ Realizar Socialización a directivos de la Entidad.

Etapas 2:

- Diseño e implementación del sistema de control interno.

Para el diseño e implementación del Modelo Estándar de Control Interno se deberá llevar a cabo una evaluación sobre la existencia o estado de desarrollo e implementación de cada

elemento de Control en la Entidad Pública y definir la actividad y responsables del diseño, ajuste o implementación utilizando para ello la metodología, procedimientos e instrumentos que para tal efecto defina el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP.

En esta etapa se iniciara con la caracterización de los procesos, y documentación de procedimientos, por medio de formatos. En segundo lugar se definirán una serie de indicadores de gestión para los procesos de cada oficina previamente documentados, luego se procederá a definir los controles preventivos y correctivos a nivel interno acerca de los hallazgos encontrados en el paso anterior.

Los indicadores de gestión deberán ser conocidos en forma oportuna, por los responsables de la implementación y del seguimiento, estos se harán por registros de ejecución de cada actividad, para así establecer un periodo de evaluación.

Etapa 3:

- Evaluación a la implementación del modelo estándar de control interno.

La Oficina de Control Interno, llevará a cabo una evaluación permanente a los procesos de diseño, desarrollo e implementación, a las acciones correctivas y preventivas para el control de producto no garantizando con ello la efectividad del Sistema de Control Interno de la Entidad.

Etapa 4:

- Normograma sistema de control interno

La Entidad Pública a fin de garantizar el control de cumplimiento, deberá elaborar un Normograma con las normas de carácter constitucional, legal, reglamentario y de autorregulación que le son aplicables, verificando a través del desarrollo del Modelo Estándar de Control Interno, el cumplimiento y todas y cada una de dichas.

4.5.2 Principios del Método Estandarizado de Control Interno MECI.

El modelo MECI busca asegurar el cumplimiento de sus objetivos institucionales mediante el desarrollo de tres capacidades: Autocontrol, autorregulación, autogestión y auditoría.

Autocontrol: Es la capacidad que ostenta cada servidor público para controlar su trabajo, detectar desviaciones y efectuar correctivos para el adecuado cumplimiento de los resultados.

Autorregulación: Es la capacidad institucional para aplicar de manera participativa al interior de las entidades, los métodos y procedimientos establecidos en la normatividad, que permitan el desarrollo e implementación del Sistema de Control Interno.

Autogestión: Es la capacidad institucional de toda entidad pública para interpretar, coordinar, aplicar y evaluar de manera efectiva, eficiente y eficaz la función administrativa que le ha sido asignada por la Constitución, la Ley y sus Reglamentos.

Auditoría. En el contexto de los Sistemas de Gestión se entiende por auditoría el proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias (registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información verificable) y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar el grado en que se cumplen los requisitos pertinentes.

4.6 Otros términos

Calidad. Según ISO 9000: Grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos.

ISO. La Organización Internacional para la Estandarización o ISO (en inglés, International Organization for Standardization), es el organismo encargado de promover el desarrollo de normas internacionales de fabricación, comercio y comunicación para todas las ramas industriales a excepción de la eléctrica y la electrónica. Su función principal es la de

buscar la estandarización de normas de productos y seguridad para las empresas u organizaciones a nivel internacional.

Normas ISO. La familia de normas ISO 9000 son normas de "calidad" y "gestión continua de calidad", establecidas por la Organización Internacional para la Estandarización (ISO) que se pueden aplicar en cualquier tipo de organización o actividad sistemática, que esté orientada a la producción de bienes o servicios. Se componen de estándares y guías relacionados con sistemas de gestión y de herramientas específicas como los métodos de auditoría (el proceso de verificar que los sistemas de gestión cumplen con el estándar).

- ISO 9000:2005 Sistemas de Gestión de la Calidad - Fundamentos y vocabulario.
- ISO 9001:2008 Sistemas de Gestión de la Calidad - Requisitos.
- ISO 9004:2000 Sistemas de Gestión de la Calidad - Guías para el mejoramiento continuo del desempeño.
- ISO 19011:2011 Guías para Auditorías de Sistemas de Gestión de la Calidad y Sistemas de Gestión Ambiental.

Procedimiento. Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso.

Proceso. Conjunto de actividades relacionadas mutuamente o que interactúan para generar valor y las cuales transforman elementos de entrada en resultados.

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

Sistema de Gestión de la Calidad. Herramienta de gestión sistemática y transparente que permite dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios a cargo de las entidades. Está enmarcado en los planes

estratégicos y de desarrollo de tales entidades. (Departamento Administrativo de la Función Pública, 2014)

5. Desarrollo de las fases del proyecto.

5.1 Resultados

Para la realización de este proyecto, fueron desarrolladas varias etapas llevadas a cabo en los procesos de Control Interno de Gestión y Medición, Análisis y mejora, previo a esto se trataron diferentes temas en las capacitaciones programadas entre los que se encuentran:

- Directrices generales acerca del funcionamiento de la alcaldía y los procesos.
- Lineamientos, metas y objetivos del plan de desarrollo.
- Conceptos generales de calidad.
- Metodología para llevar a cabo la creación y actualización de los procedimientos, caracterización, formatos, normograma e indicadores de gestión.
- Asesoría para la realización de una auditoría interna

A continuación se presentan las fases del proyecto que fueron desarrolladas de manera secuencial.

Figura 7. Fases para la actualización del sistema



Fuente: Autor

5.1.1 Planificación (diagnóstico inicial y plan de actividades a seguir).

El objetivo de esta fase, es presentar los resultados del diagnóstico el Sistema de Gestión de la Calidad bajo la NTCGP 1000:2009 al inicio del desarrollo del presente proyecto.

Inicialmente se optó por la identificación y análisis de las debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas de la organización para así obtener una visión global e integral de la situación de esta respecto a la NTCGP 1000:2009.

Debilidades:

- Incumplimiento a nivel de cronograma de actividades.
- No están completamente identificados la interacción de los procesos del sistema de Gestión de Calidad.
- El seguimiento y medición de los procesos no obedece a las directrices unificadas para todos los procesos y no existen claramente los parámetros de Eficiencia, Eficacia y efectividad que corresponden al cumplimiento de la norma.
- No existen procedimientos establecidos para el control de acciones correctivas, preventivas y de mejora.
- No se ha implementado aún una metodología clara para el manejo de Quejas y reclamos en la organización y su respectivo seguimiento.
- No existe capacitación a nivel de auditorías Internas como un mecanismo de aprendizaje para la mejora en cada uno de los procesos.

Oportunidades:

- Promulgación de la implementación del Sistema de Gestión de Calidad.

- Retroalimentación permanente de los avances del Sistema por parte del equipo de calidad.
- Que el nivel de satisfacción de los clientes permita ver la calidad del servicio prestado por la organización.

Fortalezas:

- La declaración manifiesta por parte del señor Alcalde de Implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en la Alcaldía.
- El proyecto de implementación del Sistema de Gestión contemplado dentro del Plan de Desarrollo del municipio.
- La definición de cada uno de los roles que los funcionarios van a asumir en la implementación.
- Creación del Mapa de procesos y su respectiva Cadena de Valor.
- La campaña de sensibilización realizada por parte del equipo de Calidad, hacia todos los entes de la Alcaldía y que se encuentran involucrados en el proceso de implementación del Sistema.

Amenazas:

- Cambios en la ley estatal.
- Movilidad en los cargos de los funcionarios públicos.
- Posibles cambios en la normatividad Legal.

- Que otras alcaldías implementen el sistema de gestión en menos tiempo y con mayor eficiencia.
- Exigencias por parte del sector estatal en términos de certificaciones a una fecha límite establecida por ellos.

Adicionalmente, se llevó a cabo el desarrollo de una lista de chequeo para evaluar los numerales de la norma que aplican en los dos procesos trabajados, la cual se encuentra en el anexo A. Para establecer el porcentaje de cumplimiento se tuvieron en cuenta los parámetros y criterios de que se muestran en la tabla 2 y tabla 3:

Tabla 1. Parámetros de evaluación NTCGP 1000:2009

NOMENCLATURA SOBRE LOS NIVELES DE DESEMPEÑO		% DE CUMPLIMIENTO
NO SE CUMPLE	De acuerdo con las características de la entidad, el elemento de la norma no se cumple según los parámetros de la NTCGP 1000:2009.	0%
PLANIFICACIÓN	SI la entidad ha planificado según los parámetros de la NTCGP 1000:2009	5%
DISEÑO	Requisito aplicable, en proceso de diseño y desarrollo según los parámetros de la norma.	25%
DOCUMENTADO	Requisito aplicable, ya planificado, diseñado y documentado.	50%
IMPLEMENTADO	Requisito ya implementado, con registros y evidencias.	80%
AUDITADO	Requisito aplicable, implementado, auditado y en proceso de mejora continua.	100%

Tabla 2. Criterios de evaluación NTC GP 1000:2009

CRITERIO	FÓRMULA
NO SE CUMPLE	0
PLANIFICADO	$\frac{\# \text{ De requisitos PLANIFICADOS} * 5\%}{\# \text{ Total de requisitos del numeral}}$

DISEÑADO	$\frac{\# \text{ De requisitos DISEÑADOS} * 25\%}{\# \text{ Total de requisitos del numeral}}$
DOCUMENTADO	$\frac{\# \text{ De requisitos DOCUMENTADOS} * 50\%}{\# \text{ Total de requisitos del numeral}}$
IMPLEMENTADO	$\frac{\# \text{ De requisitos IMPLEMENTADOS} * 80\%}{\# \text{ Total de requisitos del numeral}}$
AUDITADO	$\frac{\# \text{ De requisitos AUDITADOS} * 100\%}{\# \text{ Total de requisitos del numeral}}$

En la tabla 4 se presenta el resumen del diagnóstico inicial, cabe resaltar que de los procesos evaluados no son competencia los numerales 7.2, 7.3, 7.4, 7.5 y 7.6 ya que estos hacen parte de las funciones de Gestión Estratégica y de la Secretaria General.

Tabla 3. Resumen diagnóstico inicial según la NTC GP 1000:2009

NTCGP 1000:2009	REQUISITOS	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
4	Sistema de gestión de la calidad	5%
5	Responsabilidad de la dirección	10%
6	Gestión de los recursos	15%
7	Prestación del servicio	0%
8	Medición, análisis y mejora	4%
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO		7%

5.1.2 Análisis del diagnóstico del sistema de gestión de la calidad según la Norma NTCGP 1000:2009.

El resultado del diagnóstico permite establecer un punto de referencia para detectar los puntos críticos de los procesos respecto a la norma y determinar el estado actual del área versus el sistema de gestión de calidad que se desea implementar.

- El promedio general de cumplimiento es de un 7%, lo cual indica que el desempeño en la mayoría de requisitos se encuentran en proceso de planificación, lo que quiere decir que hasta ahora el Sistema de Gestión no evidencia desarrollo alguno según los parámetros de la norma.
- El requisito de Sistema de Gestión de la Calidad, el cual incluye los requisitos generales y la gestión documental cuenta con un 5%, lo cual indica que no existe evidencia ni registros del cumplimiento de éste en cuanto a la identificación de los procesos, la disponibilidad de recursos, seguimiento a los procesos entre otros.
- El requisito 5 de la norma cuenta con un 10% de cumplimiento, el cual se debe a que la alta dirección se encuentra en proceso de asignación de los recursos necesarios para la realización del Sistema de Gestión de la Calidad, se evidencia el no cumplimiento de este principalmente en la socialización y pleno conocimiento de la política y objetivos de calidad por parte de los funcionarios de la entidad.
- La evaluación de la Gestión de los Recursos alcanza un 15% de cumplimiento ya que la entidad cuenta con la infraestructura adecuada para la realización de sus actividades, se realizan socializaciones y actividades para gestionar el ambiente de trabajo necesario para el buen desarrollo de las actividades. La falencia de este numeral se debe a la alta rotación del personal y a que no se han documentado avances en el proceso.
- El numeral de Medición, Análisis y mejora arroja un 4% de cumplimiento, entre las causas se encuentra la ausencia de indicadores de gestión y por ende el análisis de estos, por ellos no se evidencian registros de mediciones ni propuestas de mejora.

Con los dos análisis previos, se determinaron los factores claves de éxito que permiten determinar y establecer las estrategias para alcanzar los objetivos del proyecto. Se determinaron los siguientes factores claves de éxito:

- Estandarizar todos los procedimientos en todos los procesos.
- Caracterización de los procesos: que se conviertan en una herramienta de información útil para la visualización de cada una de las actividades de cada proceso.
- Creación del despliegue de los objetivos con sus respectivos indicadores
- Diseñar mecanismos de seguimiento y medición en cada uno de los procesos.
- Realizar la primera revisión por la Dirección a cargo del alcalde y el equipo Auditor.

5.2 Implementación

Como en las fases anteriores, esta fue desarrollada en compañía de los funcionarios encargados de los procesos de Control Interno de Gestión y Medición, Análisis y Mejora de la Alcaldía de Piedecuesta; esta etapa consistió en la actualización y socialización de toda la documentación relacionada con procedimientos, formatos, caracterización, normograma.

Para la realización de esta fase se programaron citas con el líder de cada proceso para socializar el objetivo de la implementación del sistema integrado de gestión MECI NTCGP 1000: 2009, el cumplimiento de los requisitos de la ley, llevar a cabo la revisión de la totalidad de la documentación existente.

5.2.1 Formatos.

Son registros que se actualizaron de manera adicional al sistema para apoyar la gestión de cada proceso. Se determinaron por medio de reuniones con los funcionarios y el apoyo de la

oficina de MECI CALIDAD eliminar o elaborar formatos para los procesos Control Interno de Gestión y Medición, Análisis y Mejora, estos formatos se encuentran en el anexo B.

5.2.2 Caracterización.

Permite a los funcionarios de la Administración Municipal tener una guía general del manejo del proceso; en cuanto a su objetivo, actividades, entradas, salidas, recursos, funcionamiento, normatividad, indicadores, meta y frecuencia; con el fin de cumplir con el ciclo PHVA; y tener un control continuo sobre la gestión a los resultados del plan de desarrollo, las políticas de la Administración Municipal; también, permite visualizar continuamente el desempeño al seguimiento y medición de los procesos. Las caracterizaciones de los procesos se encuentran en los anexos C y D respectivamente.

5.2.3 Procedimientos.

Para el diseño de los procedimientos de cada uno de los procesos se tuvo en cuenta los siguientes cinco pasos:

- Realizar jornadas de identificación de las necesidades de documentación, manejo de los documentos y formatos en donde se registran sus actividades o funciones
- Actualización de información en los diferentes puestos de trabajo con los líderes de cada área para asegurar la validez de la información.
- Establecer citas para la actualización y documentación de las actividades.
- Diligenciamiento detallado de los pasos a seguir cuando se debe realizar una tarea o acción; mencionando el qué, cuándo, dónde y cómo se hacen; utilizando el siguiente formato diseñado por la oficina de Medición, Análisis y mejora.

Una vez terminada la reunión, con cada uno de los funcionarios se diligenciaba y firmaba el acta de reunión F-MAM-001, donde se deja registro del objetivo, desarrollo, compromiso y sugerencias o recomendaciones para minimizar las acciones que generan eventuales riesgos por el no cumplimiento en la gestión de los procesos.

Se contextualizaron dos grupos de procedimientos: los obligatorios por la NTCGP 1000:2009; y los procedimientos requeridos por el Sistema de Gestión de la Calidad y la Alcaldía Municipal para el cumplimiento de sus deberes, estos se encuentran en el anexo E.

5.2.4 Indicadores.

Una ventaja de implementar indicadores de gestión es el control continuo que proporciona sobre la ejecución de los procesos y la interacción entre ellos, por esto se determinaron los indicadores de gestión propuestos para los procesos con su debido despliegue y aplicación basados en los principales objetivos de calidad, los indicadores se encuentran en el anexo F.

5.3 Verificación y medición

5.3.1 Auditoría interna.

Con el fin de verificar y evaluar si el Sistema de Gestión de Calidad se está implementando y manteniendo de manera eficaz, eficiente y efectiva conforme a los requisitos de la NTCGP 1000:2009 se realizó una Auditoría Interna donde participa todo el equipo de Calidad de la organización y los enlaces UPB.

5.3.2 Cronograma.

Se comunicó a los enlaces UPB y a los Secretarios de Despacho y/o Jefe de Oficinas Asesoras, mediante la circular del 20 de Noviembre del 2014, emitida por el Despacho del Señor Alcalde, el cronograma se encuentra en el anexo G.

5.3.3 Formato plan de auditoría.

Para realizar el Plan de Auditoría se elaboró como competencia del proceso de Medición, Análisis y Mejora el formato F-MAM-006, por medio de este, el auditor líder con aprobación previa del representante de la Alta Dirección, comunicó: nombres de auditor líder y equipo de apoyo cuya participación fue de observadores; criterios y objetivo de la auditoría; observaciones, fecha, hora, proceso/ actividades, secretarías y áreas a auditar, el plan de auditoría se encuentra en el anexo H.

5.3.3.1 Apertura de la Auditoría

La auditoría inició el día 24 de Noviembre del 2014 de 8:00 am a 9:00 a.m. bajo la dirección del Señor Alcalde y la Auditora líder, donde se explicaron las actividades que se desarrollarían.

5.3.3.1.1 Ejecución

Para el desarrollo de la auditoría el auditor líder realizó preguntas sobre la planeación, manejo y ejecución del proceso a los Jefes de las Oficinas Asesoras y a los demás funcionarios. Además se solicitó el soporte documental de cada proceso.

5.3.3.1.2 Informe

La ejecución de los informes de auditorías fueron realizados en compañía de la Auditora líder y aprobados por esta.

5.3.3.1.3 Auditoría de procesos

Para los procesos de Control Interno de Gestión y Medición, Análisis y Mejora la auditoría se llevó a cabo el 10 de Diciembre a las 4:00 pm. Los resultados se registran en el informe de auditoría interna, el cual se encuentra en el anexo I.

5.3.4 Análisis resultados de auditoría interna.

Como resultado de la auditoría realizada, se presentan un total de 5 no conformidades, 3 fortalezas y 10 oportunidades de mejora.

- Según el informe de auditoría se evidencia falencia en las disposiciones por parte de los funcionarios para asegurar la integridad del Sistema de Gestión de Calidad cuando se presenten cambios en este.
- También se concluye que debido a la ausencia de registros y soportes no es posible obtener resultados de los planes de acción que se han puesto en marcha con el fin de subsanar falencias detectadas, lo cual evidencia la falta de manejo de registros.
- Se ha incumplido con lo estipulado en la norma en cuanto a la revisión por parte de la Alta Dirección lo cual la limita en el momento de la toma de decisiones.
- Debido a que no se evalúa la satisfacción del cliente, no se puede hacer un seguimiento con respecto al cumplimiento de los requisitos de la norma.
- No se evidencia la divulgación ni análisis de los resultados de la implementación del Sistema de Gestión de Calidad, lo cual afecta la participación activa por parte de los funcionarios.

Entre las fortalezas identificadas en la auditoría interna se encontró:

- El convenio con la UPB que permitió la actualización y reingeniería del Sistema de Gestión de Calidad.
- Las capacitaciones a los diferentes niveles de la entidad para aumentar la toma de conciencia frente al sistema de gestión de Calidad.
- El compromiso de la alta dirección al designar funcionarios y personal competente para el desarrollo de las acciones.

Para subsanar los hallazgos contenidos en la Auditoría Interna aplicada, se propone un plan de mejora que busca promover el desarrollo en forma eficiente de los procesos por medio de acciones correctivas y preventivas orientadas al mejoramiento continuo del Sistema de Gestión de Calidad, este se encuentra en el anexo J.

5.4 Medición de indicadores

5.4.1 Generación de indicadores.

Con el fin de cumplir los objetivos de calidad estipulados en el Manual, se generaron seis indicadores de gestión que impulsaran el mejoramiento continuo de los procesos.

A continuación se presenta la tabla resumen de los indicadores, la ficha técnica y demás especificaciones de estos se encuentran en el listado de anexos.

Tabla 4. Resumen de ficha de indicadores

Nombre del Indicador	Formula	Meta
% de quejas, reclamos y sugerencias resueltas	$\left(\frac{\text{No. de quejas, reclamos y sugerencias resueltas en termino}}{\text{No. de quejas, reclamos y sugerencias interpuestas}} \right) * 100$	90%
% de capacitación institucional	(No. de capacitaciones)	100%

	realizadas / No. de capacitaciones programadas)*100	
Control de ausentismo de personal	(No. de funcionarios ausentes / No. de funcionarios esperados)*100	15%
% de cumplimiento del programa de auditorias	(No. de auditorías realizadas / No. de auditorías dentro del cronograma)*100	90%
Oportuna entrega de informes a los entes de control	(No. de informes entregados a los entes de control dentro de los términos / No. de informes solicitados)*100	100%
% de acciones correctivas y preventivas cerradas exitosamente	(No. de acciones correctivas y preventivas cerradas / No. de acciones correctivas y preventivas generadas)*100	80%

5.4.2 Resultados y análisis de indicadores.

En compañía de los funcionarios a cargo de los procesos y gracias a la información suministrada por estos se logró la aplicación de los indicadores, los resultados de estos se encuentra en el anexo K.

El indicador de quejas y reclamos obtuvo un resultado de 86% esto se debe a que en muchos casos los funcionarios de la oficina archivan solicitudes que no le competen al área limitando así la efectiva solución del problema.

El indicador de capacitación institucional obtuvo un 67% de un 100% que estipula la meta, esto se debe a que durante el periodo evaluado se incumplió una de las capacitaciones de calidad programada lo cual afecta de forma significativa la implementación del Sistema de Gestión de Calidad.

En cuanto al indicador de control de ausentismo laboral, es preocupante ya que obtuvo un 40% de un 15% que se espera, esto se debe a la falta de compromiso por parte de los funcionarios en la asistencia de las diferentes actividades programadas, en esta medición se tuvo en cuenta una capacitación de la NTCGP 1000:2009 dictada por Laura Duarte.

El cuarto indicador se cumple a cabalidad, en su medición obtuvo un 100% ya que las dos auditorías programadas por Control Interno y por Medición, Análisis y Mejora fueron desarrolladas en las fechas estipuladas en el cronograma anual.

El indicador que mide la entrega oportuna de los informes a los entes de control obtuvo un 80% de cumplimiento del 100% estipulado en la meta, ya que de los 5 informes exigidos anualmente, se presentó una demora en uno de ellos a causa de no tener presente la fecha estipulada para la entrega de este.

Finalmente el indicador que mide las acciones correctivas y preventivas cerradas exitosamente obtuvo un 67% de cumplimiento lo cual lo deja por debajo del 80% que estipula la meta, la causa de este resultado es por la falta de compromiso con las recomendaciones que surgen de las auditorías y evaluaciones aplicadas a los procesos, también se debe a que muchos de los funcionarios no tienen pleno manejo de este tema.

Con el fin de alcanzar las metas que se estipulan en la ficha técnica de los indicadores, se propone un plan de mejora para cada uno de los indicadores. Ver anexo L

5.5 Diagnóstico final

Luego del cumplimiento y desarrollo de las tres etapas: Planificación, Implementación y Verificación, y de llevar a cabo los planes de mejoramiento generados, se aplica la lista de chequeo evaluada al inicio del proyecto para conocer el estado de los procesos de Control

Interno de Gestión y Medición, Análisis y Mejora con respecto a los requisitos exigidos por la norma NTCGP 1000:2009. Ver anexo M

Tabla 5. Comparativo Diagnóstico inicial vs Diagnóstico final

NTCGP 1000:2009	REQUISITOS	NIVEL DE CUMPLIMIENTO INICIAL	NIVEL DE CUMPLIMIENTO FINAL
4	Sistema de gestión de la calidad	5%	65%
5	Responsabilidad de la dirección	10%	43%
6	Gestión de los recursos	15%	38%
7	Prestación del servicio	0%	25%
8	Medición, análisis y mejora	4%	63%
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO		7%	47%

Fuente: Autor

Análisis del diagnóstico final del sistema de gestión de la calidad según la Norma NTCGP 1000:2009

En el requisito 4: Sistema de gestión de calidad aumentó un 60% gracias a la identificación de los 6 procedimientos, 13 formatos y la caracterización para el proceso de Medición, Análisis y Mejora y de 5 procedimientos, 17 formatos y la respectiva caracterización para el proceso de Control Interno de Gestión. Además de la recopilación de todos los requisitos del Manual de Calidad.

La responsabilidad de la dirección obtuvo un 43% gracias al alto compromiso por parte de la Alta Dirección y a su constante capacitación de personal para que cuenten con el conocimiento y manejo del Sistema de Gestión de Calidad implementado.

En cuanto a la gestión de los recursos se evidencia un aumento de un 23% en el cumplimiento, esto se debe a que la dirección ha facilitado los recursos e infraestructura necesarios para llevar a cabo las diferentes actividades contempladas en el proceso de implementación del sistema.

En cuanto al requisito que se evalúa en el numeral de prestación de servicio se evidencio un avance en su cumplimiento del 25% teniendo en cuenta que al inicio del proyecto no se presentaba cumplimiento en lo absoluto, este avance es gracias a la sensibilización sobre la atención al usuario y las mejoras en la atención de quejas, reclamos y recomendaciones.

Finalmente en el requisito de medición, análisis y mejora se logró un aumento en el cumplimiento de un 59% gracias a los indicadores de gestión, las propuestas de mejora y la puesta en marcha de estos.

6. CONCLUSIONES

El desarrollo de las etapas establecidas al inicio del proyecto en los procesos de Control Interno de Gestión y Medición, Análisis y Mejora permitió un significativo avance ya que del 7% de cumplimiento en el diagnóstico inicial se alcanzó un 47% de cumplimiento en el diagnóstico final con respecto a los requisitos de la norma NTCGP 1000:2009.

Los procesos de CIG y MAM, cuentan con los instrumentos necesarios para continuar con la implementación de la norma NTCGP 1000:2009, gracias a la participación de los funcionarios involucrados y el enlace UPB en el presente proyecto.

Se documentó y socializó la documentación exigida por la norma NTCGP 1000:2009 y la requerida por los procesos de la Alcaldía para el cumplimiento de sus funciones.

La auditoría aplicada permitió detectar 5 inconformidades entre las cuales se destacan la ausencia de registros y soportes documentales, la no evaluación de la satisfacción del ciudadano y la falta de divulgación de la implementación del sistema de gestión de calidad, entre otras, las cuales fueron subsanadas por medio de acciones correctivas y preventivas propuestas en el plan de mejora.

Por medio del sistema de medida con indicadores de gestión, se permitió establecer acciones correctivas y preventivas en pro del mejoramiento continuo, además de aportar un instrumento de control y manejo del Sistema de Gestión de Calidad dando así cumplimiento a uno de los objetivos planteados

Gracias al cumplimiento del acuerdo entre la Alcaldía de Piedecuesta y la Universidad Pontificia Bolivariana, se dio el respectivo orden en todos y cada uno de los procesos que se llevan a cabo en la entidad pública, generando así mayor confianza y credibilidad frente a los entes de control externo.

7. RECOMENDACIONES

Es necesario que la actual y futuras Administraciones Municipales mantengan una actualización permanente del Sistema Integrado de Gestión de Calidad y de la norma NTCGP 1000:2009 para garantizar el correcto cumplimiento de la función pública.

Es necesaria la constante capacitación a los funcionarios para que estos tengan el pleno conocimiento y manejo de los requerimientos del Sistema de Gestión de Calidad.

Es vital para el Sistema de Gestión de Calidad que los procedimientos y la caracterización de los procesos se mantengan en constante actualización ya que con estos la entidad debe orientar el proceso de inducción, con el fin de facilitar a los funcionarios nuevos la adecuación a los lineamientos de las funciones a cargo.

La Alcaldía de Piedecuesta debe mejorar continuamente basándose en la política y objetivos de calidad, los resultados de las futuras auditorías internas, el análisis de resultado de indicadores, y las acciones correctivas y preventivas que se generen.

La alcaldía de Piedecuesta debe disponer de más funcionarios que apoyen el área de calidad para alcanzar el 100% en cuanto al cumplimiento de los requisitos de la NTCGP 1000:2009.

BIBLIOGRAFÍA

- Alcaldía de Bogota & Veeduría Distrital. (28 de Marzo de 2009). *Guía de Auditoría Interna del Sistema Integrado de Gestión*. (A. M. Bogota, Editor) Obtenido de http://portel.bogota.gov.co/secretariageneral/dddi/educacion/docs/guia_auditoria_interna_sig.pdf
- Alcaldía de Piedecuesta, s.f. (12 de 7 de 2014). *Alcaldía de Piedecuesta*. Obtenido de S.f, Alcaldía de Piedecuesta: <http://www.alcaldiadepiedecuesta.gov.co/sitio/index.php>
- Cárdenas, M. (2012). Modelo de Control Interno. En M. Cárdenas.
- Carlos Alberto Reyes Galindo. (2008). *Sistema de Gestión de la Calidad*. Obtenido de http://www.usco.edu.co/archivosUsuarios/12/gestion_calidad/PROGRAMA%20DE%20AUDITORIAS%20SGC.pdf
- Cohan. (2015). *Sistemas Integrados de la Gestión de la Calidad*. Colombia: Medellín
- Congreso de Colombia. (29 de Noviembre de 1993). *Ley 87 de 1993*. Obtenido de http://www.incoder.gov.co/documentos/ley_87_1993.pdf
- Constitución Política de Colombia. (1991). Obtenido de http://www.procuraduria.gov.co/guiamp/media/file/Macroproceso%20Disciplinario/Constitucion_Politica_de_Colombia.htm
- Departamento Administrativo de la Función Pública. (2014). *Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI*. Bogotá.
- DIAN. (5 de Diciembre de 2008). *Ley 872 de 2003*. Obtenido de http://www.dian.gov.co/descargas/convocatorias/128_2009/DocumentosGuiaNo.2/OrdenAdmon00002_2008.pdf
- El Banco Mundial. (2014). Constitución Política. En B. P. Identificadas, *Libro de Consulta* (págs. 33,58). Colombia: OCDE.
- El Congreso de Colombia. (1 de Abril de 1998). *Ley 489 de 1998*. Obtenido de http://www.472.com.co/files/Ley_489_98.pdf
- Martha Cecilia Campino Acosta. (2012). *Diseño, documentación e implementación del sistema de gestión de calidad en la notaría segunda de Floridablanca bajo la norma Técnica Colombiana ISO 9001:2000*. Obtenido de <http://repositorio.uis.edu.co/jspui/bitstream/123456789/11572/2/114234.pdf>
- Presidencia de la República. (12 de Septiembre de 2014). *Decretos*. Obtenido de <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Decretos/2014/Paginas/Septiembre.aspx>
- Salvane et al. (Abril de 2008). Obtenido de Manual de Implementación: http://estrategia.gobiernoenlinea.gov.co/623/articles-8240_Orientaciones_DAFP.pdf
- Santa María Olarte, V. J. (Agosto de 2013). diseño, documentación e implementación del sistema de gestión de calidad NTC GP 1000:2004 para el Hospital Universitario de Santander. *Alejandria*.
- Universidad Pascual Bravo. (s.f.). Proceso de Auditoría. Obtenido de <http://www.pascualbravo.edu.co/pdf/calidad/procesoauditoria.pdf>
- Veeduría Distrital, (22 de Febrero de 2007). Obtenido de Guía para la implementación del MECI con enfoque sistémico: <https://veeduriadistrital.gov.co/>

Anexo A. Diagnóstico inicial según la norma NTCGP 1000:2009

NTCGP 1000	REQUISITO	NO CUM	SI SE CUMPLE					TOTAL
			P	DI	DO	IMP	AUD	
4	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD		2					5%
4.1	Requisitos generales		X					
4.2	Gestión documental		X					
5	RESPONSANILIDAD DE LA DIRECCIÓN	2	2	2				10%
5.1	Compromiso de la dirección			X				
5.2	Enfoque al cliente		X					
5.3	Política de la Calidad			X				
5.4	Planificación	X						
5.5	Responsabilidad, Autoridad y comunicación		X					
5.6	Revisión por la dirección	X						
6	GESTIÓN DE LOS RECURSOS		2	2				15%
6.1	Provisión de recursos			X				
6.2	Talento humano		X					
6.3	Infraestructura			X				
6.4	Ambiente de trabajo		X					
7	PRESTACIÓN DEL SERVICIO	1						0%
7.1	Planificación de la prestación del servicio	X						
7.2	Procesos relacionados con el cliente		No aplica					
7.3	Diseño y desarrollo		No aplica					
7.4	Adquisición de bienes y servicios		No aplica					
7.5	Prestación del servicio		No aplica					
7.6	Control de elementos de medición		No aplica					
8	MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA	1	4					4%
8.1	Generalidades		X					
8.2	Seguimientos y medición		X					
8.3	Control del servicio no conforme	X						
8.4	Análisis de datos		X					
8.5	Mejora		X					
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO								7%

Anexo B. Formatos

 MUNICIPIO DE PIEDECUESTA	ACTA COMITÉ DE COORDINACION DE CONTROL INTERNO	Código: F-CIG-005
		Versión: 0.0
		Página 56 de 140

ACTA N° _____

Fecha:	Lugar:	Hora Inicio	Hora Final
--------	--------	-------------	------------

ASISTENTES	

INVITADOS	

ORDEN DEL DIA

DESARROLLO ORDEN DEL DIA

PROPOSICIONES Y VARIOS

ORDEN DEL DIA	
ANGEL DE JESUS BECERRA AYALA Presidente	JOSEFINA ARGUELLO ACELAS Secretaria Técnica



MUNICIPIO DE PIEDECUESTA

**PLAN DE ACCION Y PROGRAMA ANUAL DE AUDITORÍAS
OFICINA DE CONTROL INTERNO**

Código: F-CIG-006

Versión: 0.0

Página 57 de 140

PRESENTACION

OBJETIVOS GENERALES

OBJETIVOS ESPECIFICOS


EQUIPO DE TRABAJO

PLAN DE ACCION

OBJETIVO:

PROGRAMA ANUAL DE AUDITORÍA INTERNA 201_

DEPENDENCIA	OBJETIVO DE LA AUDITORÍA	ACTIVIDADES A EVALUAR	FECHAS AUDITORIA	RESPONSABLES

 MUNICIPIO DE PIEDECUESTA	<h2>ACTA DE VISITA</h2>	Código: F-CIG-015
		Versión: 0.0
		Página: 1 de 1
		DEPENDENCIA: VISITADOR:
OBJETO DE LA VISITA:		
DESARROLLO DE LA VISITA		
Empty space for the development of the visit		
FIRMA DEL VISITADO FIRMA DEL VISITADOR C.C. N°	FIRMA DEL VISITADOR C.C. N°	



MUNICIPIO DE PIEDECUESTA

ACTA DE REUNION

Código: F-MAM-001

Versión: 1.0

Página 59 de 140

ACTA N°

OBJETIVO:

FECHA (dd/mm/aa)	HORA INICIO:	HORA FINAL:	LUGAR	INTERNO	EXTERNO
------------------	--------------	-------------	-------	---------	---------

PARTICIPANTES


NOMBRE	CORREO	CELULAR	FIRMA

PARTICIPANTES			
NOMBRE	CORREO	CELULAR	FIRMA

DESARROLLO DE LA REUNION

COMPROMISOS / CONCLUSIONES

Anexo C. Caracterización Control Interno de Gestión

 MUNICIPIO DE PIEDECUESTA	CARACTERIZACIÓN CONTROL INTERNO DE GESTIÓN	Código: C-CIG-001
		Versión: 0.0
		Página 62 de 140

IDENTIFICACIÓN DEL PROCESO

Nombre del proceso: Control Interno de Gestión	Autoridad: Asesor de Control Interno
---	---

OBJETIVO DEL PROCESO Y RESULTADOS ESPERADOS

Evaluar con independencia el sistema de Control Interno, mediante elementos de control que monitoreen en tiempo real la efectividad y su contribución al logro de los objetivos de la Administración Municipal.

ENTRADAS, SALIDAS Y RECURSOS DEL PROCESO

ENTRADAS	SALIDAS	RECURSOS
<ul style="list-style-type: none"> - Política y objetivos de Calidad - Plan de Desarrollo - Plan Indicativo - Plan de Acción Funcional - Normatividad Aplicada - Planes institucionales e Informes de Gestión - Informes Entes de Control - Resultados las auditorías Control Interno y de calidad - Retroalimentación de logros obtenidos - Resultado final de evaluación 	<ul style="list-style-type: none"> - Informe de Control Interno Contable (Anual) - Informe de Austeridad Gasto Publico (Anual) - Evaluación de la Gestión por Dependencias - Informe Derechos de Autor (Anual) - Informe Ejecutivo MECI (Anual) - Informes Preliminares Auditorias - Informes Definitivos Auditorias - Informes Evaluación de la Gestión - Informe seguimiento Planes de Mejoramiento - Informes de seguimiento al Plan de Desarrollo - Informes sobre el cumplimiento de las actividades establecidas dentro de los planes de acción (Metas Funcionales) 	<p>Humanos, económicos y de infraestructura.</p>

--	--	--


DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES		
ACTIVIDADES	DOCUMENTACIÓN APLICABLE Y/O FUENTES DE INFORMACIÓN	RESPONSABLES
DE CONTROL INTERNO DE GESTIÓN		
Definir los lineamientos para el Desarrollo de Auditorías Internas.	- Procedimiento Auditorías Internas P-CIG-001	Asesor de Control Interno
Evaluación al Proceso de Administración del Riesgo	- Procedimiento Administración de Riesgos P-CIG-002	Asesor de Control Interno
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.	- Procedimiento Fomento de la Cultura de Autocontrol P-CIG-003	Asesor de Control Interno
Asesorar a través de orientaciones y recomendaciones, al nivel directivo de la Administración Municipal 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.	- Procedimiento Asesoría, Acompañamiento y Seguimiento P-CIG-004	Asesor de Control Interno
Elaboración y Rendición de Informes a Entes Externos	- Procedimiento Elaboración y Rendición de informes a Entes Externos P-CIG-005	Asesor de Control Interno

ASPECTOS GENERALES DEL PROCESO			
REQUISITOS APLICABLES			RIESGOS
NTC GP1000	MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO	LEGALES Y REGLAMENTARIOS	
4.1 a, b, c, d, e y f	-Administración del Riesgo - Actividades de control - Información - Autoevaluación - Planes de Mejoramiento	Ver Normograma	Ver mapa de riesgos

HISTORIAL DE CAMBIOS

VERSIÓN	DESCRIPCIÓN	FECHA
0.0	Original	septiembre de 2014

Anexo D. Caracterización Medición, Análisis y Mejora

 MUNICIPIO DE PIEDECUESTA	CARACTERIZACIÓN MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA	Código: C-MAM-001
		Versión: 0.0
		Página 65 de 140

IDENTIFICACIÓN DEL PROCESO

Nombre del proceso: Medición, Análisis y Mejora.	Autoridad: Líder SIGC
---	------------------------------

OBJETIVO DEL PROCESO Y RESULTADOS ESPERADOS

Identificar oportunidades que mejoren continuamente la eficacia, eficiencia y efectividad del sistema de gestión de la calidad a través de la medición y el respectivo análisis de los datos del sistema por medio de la implementación de acciones correctivas y preventivas, o de mejora con el fin de aumentar la satisfacción de los clientes.

ENTRADAS, SALIDAS Y RECURSOS DEL PROCESO

ENTRADAS	SALIDAS	RECURSOS
- Objetivos de la calidad - Política de calidad - Auditorías internas y externas de calidad - Satisfacción del cliente - Características de los productos - Procesos del sistema de gestión de la calidad - Desempeño de proveedores - Revisión por la dirección - Indicadores de Gestión - Revisión por proceso - Resultados de la revisión de la política y objetivos de la calidad - Resultados las auditorías internas y externas de calidad - Resultados de la medición de la satisfacción del cliente	- Oportunidades de mejora identificadas como resultado de la medición y respectivo análisis del Sistema de Gestión de la Calidad - Análisis de indicadores de procesos - Informes de auditorías internas, - Informes de acciones correctivas y preventivas - Plan de mejoramiento) - Encuestas de satisfacción - PQR - Informes de gestión - Ejecución plan de desarrollo por la dirección	Humanos, económicos y de infraestructura

<ul style="list-style-type: none"> - Análisis de las características y tendencias de los procesos y servicios - Análisis del desempeño de proveedores - Análisis de las no conformidades actuales y potenciales - Análisis de quejas de los clientes - Análisis de los resultados de la revisión por la dirección - Análisis de revisión por proceso. 		
---	--	--

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES		
ACTIVIDADES	DOCUMENTACIÓN APLICABLE Y/O FUENTES DE INFORMACIÓN	RESPONSABLES
Medición de la satisfacción del cliente	- Encuestas de Satisfacción del Cliente con informe de análisis	Enlaces de cada proceso
Realización de auditorías internas	Procedimiento de auditorías internas P-MAM-003	Equipo Auditor
Medición de los procesos del sistema de gestión de la calidad	<ul style="list-style-type: none"> - Indicadores referenciados en cada una de las descripciones de los procesos (Caracterizaciones) del sistema integrado de gestión y control de la organización - Registros de medición de objetivos y procesos del sistema de gestión de la calidad - 	Líder de proceso y enlaces
Medición y seguimiento del producto frente a la ejecución de metas misionales(plan de desarrollo)	- Indicadores DE GESTIÓN Plan de acción indicadores de ejecución de plan de desarrollo	Líderes de procesos y enlaces, y Responsable de la Secretaria de Planeación.
Controlar producto no conforme (MISIONALES)	- Procedimiento para el control de producto no conforme P-MAM-004	Líderes de procesos misionales

	Registros de control de producto no conforme F-MAM-010	
Determinar, recopilar y analizar los datos y resultados provenientes de las fuentes anteriormente mencionadas para evaluar dónde puede realizarse la mejora continua de la eficacia del sistema integrado de Gestión y Control.	-Informe de revisión por proceso. -Revisión por la Dirección.	Líderes de todos los procesos (ANALISIS DE DATOS)
Tomar acciones para eliminar las causas de no conformidades actuales con el objeto de prevenir que vuelvan a ocurrir.	-Procedimiento de acción correctiva P-MAM-005	Todo el personal
Tomar acciones para eliminar las causas de no conformidades potenciales con el objeto de prevenir que ocurran. Utilizando la metodología de Administración del riesgo DAFP.	-Procedimiento de acción preventiva P-MAM-006	Todo el personal

HISTORIAL DE CAMBIOS

VERSIÓN	DESCRIPCIÓN	FECHA
0.0	Original	septiembre de 2014

Anexo E. Procedimientos

 MUNICIPIO DE PIEDECUESTA	PROCEDIMIENTO AUDITORIAS INTERNAS	Código: P- CIG-001
		Versión: 0.0
		Página 68 de 140

1. OBJETO

Definir los lineamientos para realizar Auditorías Internas que permita hacer el seguimiento del Sistema de Control Interno, de acuerdo a los requisitos establecidos por la entidad, los legales y reglamentarios, identificando posibles mejoras; y evaluando la implementación y eficacia del Sistema.

2. ALCANCE

Inicia con el cronograma anual de auditorías internas aplicable a todos los procesos del Sistema de Gestión de Control de la Calidad y de Control Interno y termina con la elaboración del plan de mejoramiento.

3. DEFINICIONES:

3.1 Control Interno: sistema integrado por el esquema de organización y conjunto de planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una entidad.

3.2 Auditoría: 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

3.3 Auditado: Responsable del proceso que se audita.

3.4 Auditor: persona capacitada que se designa por una autoridad competente, para revisar, examinar y evaluar con coherencia los resultados de los diferentes procesos.

3.5 Hallazgos: Resultados de la evaluación de la evidencia recopilada frente a los criterios de Auditoría.

3.6 Informe de Auditoría: Resultado que proporciona el auditor líder tras considerar los objetivos y los hallazgos de la Auditoría.

4. CONDICIONES GENERALES

Para la ejecución y evaluación de las auditorías internas se debe contar con el programa de auditorías a realizar para la vigencia actual.

5. PROCEDIMIENTOS

Nº	ACTIVIDAD	METODOLOGÍA	FRECUENCIA	RESPONSABLE
1	Elaborar el Programa Anual de Auditorías Internas de la Oficina de Control Interno.	Se elabora el Programa de Auditorías Internas a aplicar el cual debe incluir: Objetivo de la auditoria, Alcance, criterios, procedimientos, responsables, duración y cronograma. Este último es susceptible de modificación si se presentan imprevistos durante el desarrollo de la auditoria. y se registra en el formato Programa Anual de Auditorías Internas F-CIG-005	Anual	Asesor de Control Interno
2	Aprobar el Programa anual de auditorías Internas.	Elaborado el Programa Anual de Auditorias se procede a citar al Comité de Coordinación de Control Interno para su respectiva aprobación, se debe levantar acta de aprobación.	Anual	Comité de coordinación de Control Interno
3	Designar auditor y comunicar.	Una vez aprobado el Programa Anual de Auditorias mediante memorando de asignación se designa al auditor teniendo en cuenta el perfil requerido para la auditoria que se va a realizar. F-CIG-013 Lo anterior en cumplimiento con lo previsto en la Ley 87 de 1.993, artículo 11 párrafo segundo y la Ley 1474 del Estatuto Anticorrupción, artículo octavo párrafo segundo.	Según programa de auditorias	Asesor de Control Interno
4	Informar a la respectiva Secretaria o Dependencia sobre	Aprobado el Programa de Auditorías por parte del Comité de Coordinación de Control Interno se oficia con anticipación a la	Según programa de auditorias	Asesor de Control Interno

Nº	ACTIVIDAD	METODOLOGÍA	FRECUENCIA	RESPONSABLE
	la realización de la auditoria.	respectiva Secretaria o dependencia sobre la auditoria a realizar y se le solicita la documentación necesaria para su realización. Oficio Instalación de Auditoria F-CIG-012		
5	Inicio proceso de auditoria	Al iniciar la auditoria en la respectiva Secretaria o Dependencia se procederá: a) Instalación de la auditoria: se presenta al equipo auditor. b) Se levanta Acta de Instalación de auditoria F-CIG-006	Al inicio de cada auditoria	Asesor de Control Interno
6	Análisis de información	En el desarrollo de la reunión se deberá registrar la respectiva documentación en las Actas de visitas. F-CIG-007	Según Programa de auditorias	Asesor de Control Interno Auditor designado
7	Desarrollo de la Auditoria	Una vez con la respectiva documentación se revisa y analiza la información. Se deben manejar Actas de Reunión para consignar los hallazgos y observaciones. F-MAM-001 Nota: Si durante el desarrollo de la Auditoria se recibe la notificación de Auditoría por parte de un Ente de Control (Procuraduría, Contraloría General, Contraloría Municipal, Superintendencias) y dicha Auditoria coincide con la modalidad o tema que está siendo evaluado, la Oficina Asesora de Control Interno en virtud del concepto de prevalencia, debe suspender su Auditoria hasta tanto el Órgano de Control culmine el desarrollo de su Auditoria. Si la duración de la misma supera otra vigencia se lleva a Comité de Coordinación de Control Interno para aprobación del Nuevo	Al realizar la auditoria	Asesor de Control Interno Auditor designado

Nº	ACTIVIDAD	METODOLOGÍA	FRECUENCIA	RESPONSABLE
		Cronograma. Si la suspensión es total deberá suscribirse un Acta entre la Oficina Asesora de Control Interno y el Líder del proceso auditado, esta Acta deberá ser presentada al Comité de Coordinación de Control Interno para validación del ajuste del Programa de Auditoría.		
8	Elaboración y entrega del informe preliminar	El Equipo Auditor de acuerdo al análisis de información, evidencias y al desarrollo de la Auditoría formulará el Informe preliminar de Auditoría F-CIG-014	Al finalizar la Auditoría	Asesor de Control Interno y Auditores asignados
9	Socialización del Informe preliminar de Auditoría	<p>a. Se elabora Oficio de citación a Socialización del Informe Preliminar de Auditoría Oficio Informe preliminar F-CIG-015</p> <p>b. El asesor de control Interno y el respectivo auditor de acuerdo al análisis de la información, evidencias y al desarrollo de la auditoría socializará el informe de la auditoría.</p> <p>c. Se levantan Actas de Socialización, resultado de las Mesas de Trabajo Acta de Reunión F-MAM-001</p> <p>Nota: El área auditada tiene plazo de 5 días hábiles para realizar las objeciones al Informe Preliminar</p>		
10	Preparación, aprobación y firma del Informe definitivo	Superadas las objeciones presentadas por el área Auditada se elabora el Informe definitivo. F-CIG-016, en un plazo de 3 días hábiles		

Nº	ACTIVIDAD	METODOLOGÍA	FRECUENCIA	RESPONSABLE
11	Remisión del informe de auditoría	Se elabora Oficio remitiendo el Informe Definitivo al área auditada	Al finalizar la auditoría	Asesor de Control Interno y Auditores asignados
9	Entrega de Planes de Mejoramiento	Una vez entregado el informe de la auditoría interna y de acuerdo con los hallazgos y observaciones plasmados la Secretaria o área auditada deberá presentar el respectivo plan de mejoramiento a seguir F-CIG-009 Nota: (La Secretaria o Área auditada tendrá plazo máximo de 15 días hábiles para entregar los planes de mejoramiento)	Según fechas establecidas en el Plan de Mejoramiento	Jefe de la dependencia auditada
11	Seguimiento al plan de mejoramiento	La Oficina de Control Interno realiza seguimiento periódico al plan de mejoramiento suscrito hasta su respectivo cumplimiento. Formato Plan de Mejoramiento de Control Interno de Gestión. F-CIG-009	Cumplimiento del 100%	Asesor de Control Interno

6. NORMATIVIDAD APLICABLE A LA ACTIVIDAD

Constitución Política de Colombia, Art.209, establece que las autoridades administrativas deben coordinar sus actuaciones para el adecuado cumplimiento de los fines del Estado. La Administración Pública, en todos sus órdenes, tendrá un control interno que se ejercerá en los términos que le señale la Ley. El Art.269, que establece que en las entidades públicas las autoridades correspondientes están obligadas a diseñar y aplicar, según la naturaleza de sus funciones, métodos y procedimientos de control interno, de conformidad como lo disponga la Ley.

Ley 87 de 1993, Por la cual se establecen normas para el ejercicio del Control Interno en las Entidades y Organismos del Estado y se dictan otras disposiciones.

Ley 872 de 2003, Por la cual se crea el Sistema de Gestión de la Calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público, Acuerdo 122 de 2004, Decreto 387 de 2004, y Resolución 112 de 2006 Norma Técnica de Calidad NTCGP 1000:2004.

Normas de auditoría generalmente aceptadas y las demás normas que adicionen, modifiquen y/o complementen las antes citadas

Decreto 2145 de 1999, Por el cual se reglamenta la Ley 87 de 1993, en toda su extensión pero especialmente en el literal d) del artículo 15, el cual establece la obligación de la Oficina de Control Interno de evaluar el sistema de control interno de la entidad.


Decreto 2539 de 2000, Por el cual se reglamenta la Ley 87 de 199, por el cual se modifica el Decreto 2145 de 1999.

Decreto 1537 de 2001, Por medio del cual se reglamenta parcialmente la Ley 87 de 1993 en cuanto a elementos técnicos y administrativos que fortalezcan el Sistema de Control Interno de las entidades y organismos del Estado

Decreto 1599 de 2005, Por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano, especialmente el numeral 3.2 de MECI 1000:2005 –Evaluación Independiente

7. HISTORIAL DE CAMBIOS

VERSIÓN	DESCRIPCIÓN	FECHA
0.0	Original	Septiembre 2014

 MUNICIPIO DE PIEDECUESTA	PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACION Y REVISION DE LOS MAPAS DE RIESGOS	Código: P-CIG-002
		Versión: 0.0
		Página 74 de 140

1. OBJETO

Implementar la política de administración y evaluación del riesgo, a través del adecuado tratamiento de los riesgos, con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetivos y metas Institucionales de la Alcaldía de Piedecuesta.

2. ALCANCE

Aplica para la administración del riesgo de todos y cada uno de los procesos de la Alcaldía de Piedecuesta.

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 Valoración del Riesgo: Fase de la administración que diagnostica la identificación, análisis y determina un nivel o grado de riesgo

3.4 Administración de Riesgos: Rama de la administración que aborda las consecuencias del riesgo. Consta de las etapas de diagnóstico y valoración (identificación, análisis y determinación del nivel), y manejo o administración (elaboración, ejecución y seguimiento del plan de manejo que contiene las técnicas de administración del riesgo propuestas por el grupo de trabajo, evaluadas y aceptadas por la alta dirección.

3.5 Indicador: Es la valoración de una o más variantes que informa sobre una situación y soporta la toma de decisiones, es un criterio de medición y de evaluación cuantitativa y cualitativa.

3.6 Monitoreo: Actividad esencial para verificar que las acciones se estén llevando a cabo. Incluye revisiones sobre la marcha para evidenciar todas aquellas situaciones o factores que puedan estar influyendo en la aplicación de las acciones preventivas.


4. CONDICIONES GENERALES

Para verificar el cumplimiento de las acciones plasmadas en el Plan de Manejo del Riesgo, se deben utilizar los formatos de lista de chequeo establecida para la evaluación.

5. PROCEDIMIENTOS

Nº	ACTIVIDAD	METODOLOGÍA	FRECUENCIA	RESPONSABLE
1	Convocatoria para Elaboración del mapa de riesgos.	Mediante oficio se Convoca a los enlaces de cada proceso a reunión conjunta con el equipo del SGC, para determinar los lineamientos de elaboración y entrega del Mapa de Riesgos de la vigencia.	Anual	Asesor de Control Interno
2	Cronograma de trabajo.	Una vez reunidos se realiza el Cronograma de trabajo para la elaboración y evaluación del mapa de riesgos de la Alcaldía, el cual comprende las siguientes etapas:	Anual	Asesor de Control Interno P. U área SGC
3	Elaboración del Mapa de Riesgos	<p>a) Contexto Estratégico:</p> <p>Es la base para identificar los riesgos en los procesos de la Alcaldía. El análisis inicia a partir del conocimiento de situaciones en torno de la entidad tanto de carácter social, económico, cultural, de orden público, político, tecnológico.</p> <p>Con el desarrollo de esta etapa se busca:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificación de los factores externos que pueden ocasionar la presencia de riesgos con base en el análisis de información externa y los planes y programas de la Alcaldía. • Identificación de factores internos que puedan ocasionar la presencia de riesgos con base en el análisis 	Anual	Asesor de Control Interno P. U área SGC Enlaces de cada Proceso

Nº	ACTIVIDAD	METODOLOGÍA	FRECUENCIA	RESPONSABLE
		<p>de los componentes Ambiente de Control, Direccionamiento estratégico, Clima Laboral.</p> <p>Para el desarrollo de esta actividad se utiliza la metodología de la matriz DOFA en donde se pueden detectar los riesgos que afectan la Entidad. F-CIG-001 así:</p>		

	<p>DOCUMENTO DE CONTEXTO ESTRATÉGICO</p>	Código: F-CIG--001
		Versión: 0.0
		Página 76 de 140
Subsistema	CONTROL ESTRATÉGICO	
Componente	ADMINISTRACION DEL RIESGO	
Elemento	CONTEXTO ESTRATÉGICO	
FACTORES INTERNOS GENERADORES DE RIESGOS		
FORTALEZAS		DEBILIDADES
FACTORES EXTERNOS GENERADORES DE RIESGOS		
OPORTUNIDADES		AMENAZAS
Elaborado por:		
Fecha:		
Revisado por:		
Fecha:		
Aprobado por:		
Fecha:		

Nº	ACTIVIDAD	METODOLOGÍA	FRECUENCIA	RESPONSABLE
		<p>b) Identificación del riesgo:</p> <p>Se realiza según la identificación de los factores internos o externos de la Entidad, los cuales impactan de manera significativa el cumplimiento del objetivo y actividades del proceso.</p> <p>Una manera de conocer y visualizar los Riesgos de la Entidad es a través del Formato Identificación de Riesgos: F-CIG-002 que se muestra a continuación:</p>		

		<p align="center">DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS</p>			Código: F-CIG--002		
					Versión: 0.0		
					Página 77 de 140		
Subsistema: CONTROL ESTRATÉGICO							
Componente : ADMINISTRACION DEL RIESGO							
Elemento: IDENTIFICACION DEL RIESGO							
Macroproceso	Proceso	Objetivo	Riesgo	Descripción	Tipo de Riesgo	Causas (factores Externo. e Interno)	Efectos
Elaborado por:						Fecha:	
Revisado por:						Fecha:	
Aprobado por:						Fecha:	

Nº	ACTIVIDAD	METODOLOGÍA	FRECUENCIA	RESPONSABLE
		<p>c) Análisis y Valoración del riesgo:</p> <p>Busca establecer la probabilidad de ocurrencia de los riesgos y el impacto de sus consecuencias, calificándolos y evaluándolos</p>	Anual	Asesor de Control Interno P. U área SGC Enlaces de cada Proceso

Nº	ACTIVIDAD	METODOLOGÍA	FRECUENCIA	RESPONSABLE
		<p>con el fin de establecer el nivel del riesgo y determinar las acciones a implementar.</p> <p>Para analizar y Valorar Los Riesgos de la Entidad se debe diligenciar el Formato Análisis y Valoración del Riesgo F-CIG-003 que se muestra a continuación:</p>		

		DOCUMENTO DE ANALISIS Y VALORACION DEL RIESGO										Código: F-CIG-003			
												Versión: 0.0			
												Página 78 de 140			
Subsistema: CONTROL ESTRATÉGICO															
Componente : ADMINISTRACION DEL RIESGO															
Elemento: ANÁLISIS Y VALORACIÓN															
Macro proceso	Proceso	Riesgo	ANÁLISIS DEL RIESGO				CALIFICACIÓN			Evaluación	CONTROLES				Valoración
			Información	Credibilidad o imagen	Impacto Legal	Impacto Operativo	Probabilidad	Impacto	Calificación		¿Existe?	¿Documentados?	¿Efectivos?	Descripción	
Elaborado por:										Fecha:					
Revisado por:										Fecha:					
Aprobado por:										Fecha:					

Nº	ACTIVIDAD	METODOLOGÍA	FRECUENCIA	RESPONSABLE
		<p>d) Mapa de Riesgos:</p> <p>Una vez analizado y valorado el nivel del riesgo se procederá a la elaboración del mapa de riesgos de la Alcaldía el cual debe contener a nivel estratégico los mayores riesgos a los cuales la Entidad está expuesta, acciones pertinentes, así como</p>		

Nº	ACTIVIDAD	METODOLOGÍA	FRECUENCIA	RESPONSABLE
		responsables cronogramas e indicadores. Se debe utilizar el Formato Mapa de Riesgos: F-CIG-003 que se muestra a continuación:		

	DOCUMENTO MAPA DE RIESGOS	Código: F-CIG--003										
		Versión: 0.0										
		Página 79 de 140										
Subsistema: CONTROL ESTRATÉGICO												
Componente : ADMINISTRACION DEL RIESGO												
Elemento: POLÍTICAS DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS												
Macro proceso	Proceso	Riesgo	Calificación			Evaluación	Valoración	Opciones de Manejo	Acciones	Responsables	Cronograma	Indicadores
			Prob.	Impact.	Calif.							
Elaborado por:						Fecha:						
Revisado por:						Fecha:						
Aprobado por:						Fecha:						

Nº	ACTIVIDAD	METODOLOGÍA	FRECUENCIA	RESPONSABLE
4	Seguimiento al Mapa de Riesgos	La Oficina Asesora de Control Interno deberá realizar seguimiento a la implementación y ejecución de los compromisos adquiridos para el control de los riesgos identificados. Por lo cual debe enviar a los responsables de cada proceso el consolidado del mapa de riesgos de la Alcaldía y anexo el formato de seguimiento y monitoreo F-CIG-010 para su diligenciamiento, estableciendo acciones, resultados del periodo a evaluar y análisis de los resultados.	Cumplimiento del 100%	Asesor de Control Interno

3. NORMATIVIDAD APLICABLE A LA ACTIVIDAD

Constitución Política de Colombia, Art.209, establece que las autoridades administrativas deben coordinar sus actuaciones para el adecuado cumplimiento de los fines del Estado. La Administración Pública, en todos sus órdenes, tendrá un control interno que se ejercerá en los términos que le señale la Ley. El Art.269, que establece que en las entidades públicas las autoridades correspondientes están obligadas a diseñar y aplicar, según la naturaleza de sus funciones, métodos y procedimientos de control interno, de conformidad como lo disponga la Ley.

Ley 87 de 1993, Por la cual se establecen normas para el ejercicio del Control Interno en las Entidades y Organismos del Estado y se dictan otras disposiciones.

Ley 1474 de 2011 Estatuto Anticorrupción

Decreto 2145 de 1999 Por el cual se dictan normas sobre el Sistema Nacional de Control Interno de las entidades y organismos de la administración pública del orden nacional y territorial y se dictan otras disposiciones.

Decreto 1537 de 2001, Por medio del cual se reglamenta parcialmente la Ley 87 de 1993 en cuanto a elementos técnicos y administrativos que fortalezcan el Sistema de Control Interno de las entidades y organismos del Estado.

Decreto 4110 de 2004, Por el cual se reglamenta la Ley 872 del 2003 y se adopta la norma técnica de Calidad de la Gestión Pública.

Decreto 1599 de 2005, Por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano.

Guías de Administración del riesgo del Departamento Administrativo de la Función Pública.

Normas de auditoría generalmente aceptadas y las demás normas que adicionen, modifiquen y/o complementen las antes citadas.

4. HISTORIAL DE CAMBIOS

VERSIÓN	DESCRIPCIÓN	FECHA
0.0	Original	Septiembre de 2014

 <p>MUNICIPIO DE PIEDECUESTA</p>	<p>FOMENTO DE LA CULTURA DE AUTOCONTROL</p>	Código: P-CIG-003
		Versión: 0.0
		Página 81 de 140

1. OBJETO

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

2. ALCANCE

Inicia con la planeación de las actividades de la cultura de autocontrol en los funcionarios de la Entidad, hasta 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.

3.2 Cultura: Es el conjunto de todas las formas y expresiones de una sociedad determinada. Como tal incluye costumbres, prácticas, códigos, normas, reglas y de la manera de ser, vestimenta, religión, rituales, normas de comportamiento y sistemas de creencias.

4. CONDICIONES GENERALES

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, Cartelera, Socialización de Normas, Socialización de Procedimientos e informes, Participación en Comités.

5. PROCEDIMIENTO

Nº	ACTIVIDAD	METODOLOGÍA	FRECUENCIA	RESPONSABLE
1	Diseñar y definir estrategias Para generar la cultura de Autocontrol.	Se debe elegir la estrategia a implementar (Charlas, Talleres, Boletines, Cartelera, Socialización de Normas, Socialización de Procedimientos e informes, Participación en Comités) Se procede a la elaboración del cronograma el cual incluirá: temas, fechas y dependencia a quienes va dirigida las actividades.	Anual	Asesor de Control Interno
2	Divulgar el cronograma de sensibilización y capacitación.	Por medio de oficio se enviara a cada Secretario de despacho el Cronograma de sensibilización y capacitación.	Anual	Asesor de Control Interno
3	Desarrollo del cronograma de sensibilización y capacitación	Al llevarse a cabo la respectiva sensibilización y capacitación los asistentes deberán registrarse en el Formato de Control Asistencia a Capacitaciones	Cada vez que se desarrolle una capacitación.	Asesor de control interno

NORMATIVIDAD APLICABLE AL TIPO DE DOCUMENTO

Constitución Política de Colombia Art.209, establece que las autoridades administrativas deben coordinar sus actuaciones para el adecuado cumplimiento de los fines del Estado. La Administración Pública, en todos sus órdenes, tendrá un control interno que se ejercerá en los términos que le señale la Ley. El Art.269, que establece que en las entidades públicas las autoridades correspondientes están obligadas a diseñar y aplicar, según la naturaleza de sus funciones, métodos y procedimientos de control interno, de conformidad como lo disponga la Ley.

Ley 87 de 1993, Por la cual se establecen normas para el ejercicio del Control Interno en las Entidades y Organismos del Estado y se dictan otras disposiciones.

Decreto 2145 de 1999, por el cual se dictan normas sobre el Sistema Nacional de Control Interno de las Entidades y Organismos de la Administración Pública del Orden Nacional y Territorial y se dictan otras disposiciones.

Decreto 1537 de 2001, Por medio del cual se reglamenta parcialmente la Ley 87 de 1993 en cuanto a elementos técnicos y administrativos que fortalezcan el Sistema de Control Interno de las entidades y organismos del Estado.

Decreto 1599 de 2005 por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano.

Demás normas que adicionen, modifiquen y/o complementen las antes citadas.

HISTORIAL DE CAMBIOS

VERSIÓN	DESCRIPCIÓN	FECHA
0.0	Original	Septiembre 2014

 MUNICIPIO DE PIEDECUESTA	ASESORÍA, ACOMPAÑAMIENTO Y SEGUIMIENTO	Código: P-CIG-004
		Versión: 0.0
		Página 83 de 140

1. OBJETO

Asesorar a través de orientaciones y recomendaciones, al nivel directivo de la Administración Municipal 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

Aplica a todas las actividades de Asesoría y/o Acompañamiento y seguimiento, por parte de la Oficina Asesora de Control Interno a las diferentes dependencias de la Administración Municipal.

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.

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.

Seguimiento: Se define como un proceso por el cual la Oficina de Control Interno determina la adecuación, eficacia y oportunidad de las medidas tomadas por la Alta Dirección con relación a las observaciones y recomendaciones del trabajo informadas

4. CONDICIONES GENERALES

La responsabilidad para realizar las actividades de asesoría y/o acompañamiento y seguimiento, es del Asesor de Control Interno.

La Oficina Asesora de Control Interno realizará Asesoría y/o Acompañamiento y seguimiento en los siguientes aspectos:

a) Asesoría en la Administración del Riesgo

- b) Fomento de la cultura de autocontrol
- c) Asesorías y acompañamientos específicos

La Oficina Asesora de Control Interno conserva la independencia, neutralidad y objetividad permanentes en el ejercicio de sus funciones, inclusive cuando desarrolla su rol de asesoría y acompañamiento.

Cualquier modificación que se realice a este procedimiento deberá ser revisada y aprobada por el Asesor de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces.

5. PROCEDIMIENTOS

No.	Actividad	Metodología	Frecuencia	Responsable
1.	Reconocer la situación	<p>Identificar la necesidad y pertinencia de realizar una asesoría o acompañamiento.</p> <p>Existen casos específicos como por ejemplo, las solicitudes, quejas y derechos de petición, o casos particulares como solicitudes para apoyar temas sobre administración de riesgo o cultura de autocontrol.</p> <p>También existen solicitudes o se evidencian situaciones, que requieren asesoría según el conocimiento que tiene la Oficina Asesora de Control Interno en un tema puntual, sin alterar su condición de independencia y objetividad.</p>	Cada vez que se requiera	Asesor de Control Interno
2.	Analizar la situación planteada	<p>Dependiendo del caso la Oficina Asesora de Control Interno analiza la situación planteada y ofrece una solución, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brindar respuesta efectiva no sólo a dar solución al planteamiento expuesto del nivel directivo y las diferentes dependencias de la Administración Municipal, sino que analiza si el problema que se plantea es el que realmente requiere solución, es decir, ayuda a identificar el problema real. • Si se identifica una situación o se recibe una solicitud que requiera apoyo en la administración del 	Cada vez que se requiera	Asesor de Control Interno

No.	Actividad	Metodología	Frecuencia	Responsable
		<p>riesgo, o información sobre cultura de autocontrol, la Oficina Asesora de Control Interno analiza de qué manera se participa en la situación.</p> <ul style="list-style-type: none"> También se puede determinar que la Oficina Asesora de Control Interno debe actuar en el papel de acompañamiento de manera periódica, en los procesos que lo requieran. 		
3.	Ejecutar las acciones	<p>Una vez analizada la situación se ejecuta la acción respectiva para dar respuesta a la situación planteada de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> Si se trata de una situación problemática expuesta por el nivel directivo y las diferentes dependencias de la Administración Municipal, se hace el análisis necesario y se proyecta un diagnóstico del problema, y llegado el caso informar al representante legal de la entidad. En el caso de las solicitudes, quejas y derechos de petición efectuados por la ciudadanía, la Oficina Asesora de Control Interno realiza el seguimiento necesario para que la dependencia de la Administración Municipal de respuesta oportuna a la solicitud. En el caso de las solicitudes, quejas y derechos de petición dirigidos directamente a la Oficina Asesora de Control Interno, se debe analizar y tramitar dando respuesta al peticionario. Si se trata de asesoría en la identificación y administración del riesgo, o información sobre cultura de autocontrol, la Oficina Asesora 	Cada vez que se requiera	Asesor de Control Interno Personal Auditor designado

No.	Actividad	Metodología	Frecuencia	Responsable
		<p>de Control Interno, podrá realizar talleres o charlas informativas.</p> <ul style="list-style-type: none"> En los acompañamientos de las auditorías internas de calidad, el personal de la Oficina Asesora de Control Interno tomará el papel de observador y verificará el cumplimiento de normas. 		
4.	Plantear las recomendaciones	<p>En todos los casos mencionados anteriormente, la Oficina Asesora de Control Interno estará en disposición de presentar, proponer observaciones y/o recomendaciones fundamentadas que considere convenientes, de manera oportuna con miras al mejoramiento del desempeño.</p> <p>Es importante mencionar que la Oficina Asesora de Control Interno asesora, acompaña y hace seguimiento a la Administración Municipal en la solución de sus problemas inmediatos, también sus observaciones y/o recomendaciones estarán dirigidas a aumentar la capacidad para aprender nuevos y mejores métodos y procedimientos que le permita afrontar situaciones futuras en su gestión</p>	Permanente	Asesor de Control Interno
5.	Verificar la ejecución de las recomendaciones	<p>Según el caso, se verifica que las diferentes dependencias o áreas de la Administración Municipal hayan ejecutado las recomendaciones planteadas por la Oficina Asesora de Control Interno.</p> <p>La Oficina Asesora de Control Interno realiza seguimiento al Plan de mejoramiento de la Evaluación de la Gestión de las Dependencias para verificar su cumplimiento.</p>	Cada vez que se requiera	Asesor de Control Interno

6. NORMATIVIDAD APLICABLE AL TIPO DE DOCUMENTO.

Constitución Política de Colombia, Art.209, establece que las autoridades administrativas deben coordinar sus actuaciones para el adecuado cumplimiento de los fines del Estado. La

Administración Pública, en todos sus órdenes, tendrá un control interno que se ejercerá en los términos que le señale la Ley. **Art.269**, establece que en las entidades públicas las autoridades correspondientes están obligadas a diseñar y aplicar, según la naturaleza de sus funciones, métodos y procedimientos de control interno, de conformidad como lo disponga la Ley.

Ley 87 del 28 de noviembre 1993, por la cual se establecen normas para el ejercicio de control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones.

Ley 872 del 30 de diciembre de 2003, por la cual se crea el sistema de gestión de la calidad en la rama ejecutiva del poder público y en otras entidades prestadoras de servicio.

Decreto 1537 de 2001 Art. 3 DE LAS OFICINAS DE CONTROL INTERNO. En desarrollo de las funciones señaladas en el artículo 9 de la Ley 87 de 1993, el rol que deben desempeñar las oficinas de control interno, o quien haga sus veces, dentro de las organizaciones públicas, se enmarcan en cinco tópicos, a saber: valoración de riesgos, acompañar y asesorar, realizar evaluación y seguimiento, fomentar la cultura de control, y relación con entes externos.

Decreto 1599 del 20 de mayo de 2005, por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano.

Resolución orgánica 5544 del 17 de diciembre de 2003, por la cual se reglamenta la rendición de cuenta, su revisión y se unifica la información que se presenta a la Contraloría General de la República, y las demás normas que adicionen, modifiquen y/o complementen las antes citadas.

7. HISTORIAL DE CAMBIOS

VERSIÓN	DESCRIPCIÓN	FECHA
0.0	Original	Septiembre 2014

	RENDICIÓN DE INFORMES A ENTES EXTERNOS E INTERNOS	Código: P-CIG-005
		Versión: 0.0

 <p>MUNICIPIO DE PIEDRECUESTA</p>		<p>Página 88 de 140</p>
--	--	-------------------------

3. OBJETO

Definir el procedimiento para el seguimiento en la elaboración y rendición de informes a entes externos e internos en los términos y periodos establecidos a las partes interesadas especialmente al Gobierno Nacional y entidades de control administrativo, fiscal y legal.

4. ALCANCE

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 finaliza con la entrega de los informes a las mismas.

3. DEFINICIONES:

3.1 Informes a Entes Externos: Los propios que produce la Oficina de Control Interno con destino a las partes interesadas de carácter externo especialmente a los entes de control y se obtienen con base en el desarrollo del rol misional y de la operación de la entidad y se materializan a través de la estructura documental que producen las diferentes unidades; esta información pretende determinar el grado de cumplimiento de los compromisos institucionales con los hechos financieros, económicos y sociales que se generan en el desarrollo de su función administrativa de la entidad.

3.2 Rendición de Informes: Es la información rendida por algunos sujetos de control y entidades públicas, que no son sujetos de control de la CGR, como es el caso de las del orden territorial las cuales deben presentar informes específicos que sirven de insumo para el ejercicio del control fiscal de la CGR.

4. CONDICIONES GENERALES

Los informes externos obedecen regularmente a disposiciones normativas de entidades estatales y de control cambiantes y se elaboran de acuerdo a los datos, registros y documentos que produce la Entidad en sus diferentes Dependencias u oficinas teniendo en cuenta la oportunidad, confiabilidad, consistencia y veracidad de dicha información.

INFORMES:

Información a rendir a entes externos:

- Informe Control Interno Contable. (Anual). CGN
- Informe Ejecutivo Anual de Evaluación del Sistema de Control Interno. MECI. DAFP (Anual)
- Avance del Plan de Mejoramiento. (Semestral). CGR

- Derechos de Autor. (Anual). DAFP
- Informe bimestral sobre proceso implantación del Sistema de gestión de Calidad y MECI. DAFP
- Informe final e intermedio de Rendición de Cuenta Consolidada (anual y semestral). CGR
- Avance Plan de Desarrollo Institucional. (Semestral). CGR
- Austeridad y eficiencia en el gasto público (Anual) a la CGR
- Informe trimestral sobre seguimiento a información SUIP al DAFP

Informes Internos:

- Informes de auditorías internas
- Rendición de Cuentas (interno)

5. PROCEDIMIENTO

Nº	ACTIVIDAD	METODOLOGÍA	FRECUENCIA	RESPONSABLE
1	Oficiar a la respectiva dependencia	Según el cronograma de cada vigencia para la entrega del respectivo informe al ente de control (externo), se oficia a la respectiva dependencia responsable de rendir el informe y se solicita el envío de la copia a la Oficina Asesora de Control Interno.	Según cronograma	Asesor de Control Interno
2	Verificación y seguimiento a informes	Según los informes (externos e internos) la oficina Asesora de Control Interno verificará que la información este completa y entregada en el tiempo establecido.	Según tiempo de entregar informes	Asesor de Control Interno
3	Archivo de los informes	Archivar los informes de acuerdo a la Ley Archivística.	Al finalizar el informe	Asesor de Control Interno

6. NORMATIVIDAD APLICABLE A LA ACTIVIDAD

Decreto 4110 de 2004, Por el cual se reglamenta la Ley 872 del 2003 y se adopta la Norma Técnica de Calidad de la Gestión Pública.

Decreto 1599 del 20 de mayo 2005, Por el cual se adopta el modelo estándar de Control Interno para el Estado Colombiano.

Resolución 5544 del 2004 de la Contraloría General de Republica, Por el cual se reglamenta la rendición de cuenta, su revisión y se unifica la información que se presenta a la Contraloría General de Republica.

Resolución 5580 del 2004 de la Contraloría General de Republica, Por el cual se reglamenta la metodología de los planes de mejoramiento y se modifica parcialmente la resolución orgánica 5544 del 2003.

Resolución 357 de 2008, Contaduría General de la Nación, Por el e cual se adopta el procedimiento de Control Interno Contable y de reporte del informe anual de evaluación a la Contaduría General de la Nación.

Circulares externas, Resoluciones y actos administrativos. Acuerdos, Guías expedidos por el Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de Control Interno, Departamento Administrativo de la Función Pública, la Contaduría General de la Nación, Contraloría General de la República, Contraloría Municipal de Bucaramanga

Las demás normas que adicionen, modifiquen y/o complementen las antes citadas.

7. HISTORIAL DE CAMBIOS

VERSIÓN	DESCRIPCIÓN	FECHA
0.0	Original	Septiembre 2014

 MUNICIPIO DE PIEDECUESTA	PROCEDIMIENTO PARA CONTROLAR LOS REGISTROS DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD	Código: P-MAM-001
		Versión: 0.0
		Página 91 de 140

6. OBJETO

Este procedimiento establece en forma exacta y breve la manera como se deben establecer y mantener los registros del sistema de gestión de la calidad de nuestra organización, para proporcionar evidencia de la conformidad con los requisitos así como de la operación eficaz del sistema de gestión de la calidad.

2. ALCANCE

Este procedimiento es de aplicación en todos los procesos de la organización que necesitan presentar resultados obtenidos o proporcionar evidencia de las actividades desempeñadas.

3 DEFINICIONES

Para efectos de este procedimiento se establecen los siguientes:

- 3.1 Formato:** Documento empleado para el registro de información necesaria para suministrar evidencia objetiva de las actividades efectuadas o resultados alcanzados.
- 3.2 Registro:** Son las evidencias objetivas de las actividades que se realizan o de los resultados alcanzados.
- 3.3 SGC:** Sistema de Gestión de Calidad
- 3.4 TICS:** Tecnología de la Información y las Comunicaciones
- 3.5 TRD:** Tablas de Retención Documental

4 CONDICIONES GENERALES

- 4.1** Independientemente del medio de presentación (impreso, magnético, electromagnético etc.), los registros deben ser legibles.
- 4.2** Al diligenciar los registros, trate de llenar la información solicitada en todas las casillas. En caso de que no exista información, no sea relevante o no aplique, escriba una raya en la casilla vacía o si es el caso escriba “No Aplica” o “N.A.”.
- 4.3** Según el tipo de presentación, los registros se pueden clasificar como se expone a continuación:
 - Medio impreso: corresponde a los registros diligenciados en manuscrito, pre impreso para diligenciamiento o impreso por computador u otros métodos. Se consideran dentro de los impresos las imágenes fotográficas reveladas en papel para fotografía y las impresas por computador.
 - Medio magnético: corresponde a los registros generados por medios electrónicos y usualmente almacenados en discos ópticos, discos duros, cintas para almacenamiento de datos, disquetes, CD, DVD y memorias. Se incluyen dentro de esta clasificación las

imágenes almacenadas en medios magnéticos obtenidas por exploradores electrónicos de imágenes o cámaras fotográficas o de video digitales.

- Otros medios: corresponden a los medios electromagnéticos u otros diferentes al impreso o magnético. El medio electromagnético corresponde a cintas de audio, cintas para video y rollos fotográficos (sin revelar o con revelado básico) sin impresión en papel para fotografía.

5 PROCEDIMIENTO

6. NORMATIVIDAD APLICABLE AL TIPO DE DOCUMENTO.

Le594 de 2000. Ley general de archivo y demás reglamentarios.

N°	Actividad	Metodología	Frecuencia	Responsable
1	Recepción solicitudes	Se reciben vía mail o en físico las solicitudes de inclusión de formatos que permitirán validar las diferentes etapas de los procesos del SGC	Según Solicitud	Equipo SGC
2	Identificación de los registros	Asigna el código de identificación del nuevo formato creado para evidenciar las actividades desempeñadas en el borrador remitido por la oficina Gestora. Adicionalmente se actualiza el listado maestro de documentos. Formatos, asegurando su estado vigente. Una vez actualizados se remite vía mail a la oficina solicitante para su posterior distribución e implementación.	Cada vez que se crea un nuevo registro	Equipo SGC.
3	Almacenamiento de los registros	Los registros del Sistema de Gestión de la Calidad son almacenados en carpetas, fustes o unidades de almacenamiento para el caso de los registros impresos y en computador organizados en sus respectivas carpetas digitales para los registros magnéticos, según la necesidad. Los registros de inspección son almacenados temporalmente en la oficina	Constantemente	Profesional Universitario SGC

N°	Actividad	Metodología	Frecuencia	Responsable
		de la obra o en la dependencia gestora y enviados una vez finalice el proyecto a la oficina principal de la Secretaria correspondiente, donde serán almacenados junto con los demás registros del Sistema. Se procederá al archivo y custodia de los registros de acuerdo a las Tablas de Retención Documental de la entidad.		
4	Protección de los registros	Los registros del Sistema de Gestión de la Calidad que se presentan en medio magnético serán protegidos de acuerdo a los lineamientos del Manual de Gestión documental o los lineamientos definidos por la entidad para tal fin.	La realización de copias de seguridad se realizará mínimo dos veces al año	Oficina TICS
5	Recuperación de los registros	Para la consulta fácil de los registros impresos del Sistema de Gestión de la Calidad serán ubicados de acuerdo a las series y subseries de las tablas de retención documental de la entidad.	Según requerimiento	Responsable del proceso
6	Retención y disposición de los registros	Todos los registros del sistema de gestión de la calidad, son archivados en la oficina del responsable del proceso relacionado al registro, en donde se almacenan por un tiempo determinado; luego son enviados al archivo general de la organización, en el cual se conservan por un período que varía de acuerdo al tipo de registro. Una vez terminado el tiempo de conservación, los registros del SGC son destruidos o dejados para reciclaje. De acuerdo a lo definido en las	Según TRD	Responsable del proceso

N°	Actividad	Metodología	Frecuencia	Responsable
		tablas de retención documental de la entidad.		


7. NORMATIVIDAD APLICABLE AL TIPO DE DOCUMENTO.

Le594 de 2000. Ley general de archivo y demás reglamentarios.

8. HISTORIAL DE CAMBIOS

VERSIÓN	DESCRIPCIÓN	FECHA
0.0	Original	Septiembre 2014

	PROCEDIMIENTO PARA CONTROLAR LOS	Código: P-MAM-002
--	---	-------------------

 MUNICIPIO DE PIEDECUESTA	DOCUMENTOS DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	Versión: 0.0
		Página 95 de 140

7. OBJETO

Este procedimiento define los pasos para crear y controlar los documentos del sistema de gestión de la calidad de la organización con el fin de asegurar que estén completos, sean vigentes y distribuidos en el lugar apropiado.

3. ALCANCE

Este procedimiento es de aplicación a todos los documentos producidos en el sistema de gestión de la calidad de la organización y también los de origen externo tales como leyes, normas, decretos, resoluciones y especificaciones del cliente, entre otros.

4 DEFINICIONES

Para efectos de este procedimiento se establecen las siguientes definiciones:

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

3.2 Control de documentos: Comprende la aprobación, emisión, distribución, revisión, actualización, identificación de cambios, identificación del estado de revisión actual, disponibilidad en los puntos de uso, identificación y prevención del uso de documentos obsoletos del sistema de gestión de la calidad de la organización.

3.3 Formato: Documento empleado para el registro de información necesaria para suministrar evidencia objetiva de las actividades efectuadas o resultados alcanzados.

3.4 Norma interna: Comprende los procedimientos e instructivos necesitados por la organización para la eficaz planificación, operación y control de sus procesos.

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

3.6 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.

3.7 SGC: Sistema de Gestión de Calidad

6 CONDICIONES GENERALES

4.1 Se prohíbe la modificación directa sobre las COPIAS CONTROLADAS por parte de los usuarios, entendiéndose por “modificación directa” aquellas realizadas en manuscrito o métodos mecánicos para alterar el contenido de los documentos.

4.2 Para el control de documentos externos como por ejemplo los citados en el alcance del presente procedimiento, se aplican los pasos 4, 5, 8 y 9 del mismo. Además el LIDER de calidad garantizará que los procesos realicen la verificación de la vigencia del documento al inicio del proyecto o periódicamente cada año, para lo cual averigua con la entidad competente sobre el estado vigente.

5 PROCEDIMIENTO

N°	Actividad	Metodología	Frecuencia	Responsable
1	Elaborar borrador del documento	De acuerdo con la necesidad o requisito del SGC, los funcionarios de cada dependencia o proceso, con la orientación del enlace para MECI-CALIDAD, elaborarán un borrador del documento requerido por el proceso, para mejorar la prestación del servicio.	Cada vez que se requiera la creación de un documento	Funcionarios de la Dependencia y enlace para MECI-CALIDAD
2	Envío de borrador para aprobación por Calidad.	El enlace y Algún miembro de los líderes de área, revisan el documento y se asegura que éste es apropiado para el SGC de la organización, autorizando de esta manera su uso. SE envía por correo electrónico a la oficina de Calidad para que sea aprobado	Cada vez que se requiera la creación de un documento	Líder de proceso y enlace oficina Gestora.
3	Aprobación técnica del documento y asignación de Código por el Sistema de gestión de Calidad.	El personal de la oficina de Calidad realizará la revisión técnica del documento, si está conforme procederá a Asignar código de identificación del nuevo documento. Adicionalmente actualizar el listado maestro de documentos, quedando de esta manera aprobado el documento y listo para su uso. Su vigencia se establece a partir de la inclusión del documento en el listado maestro de documentos del sistema de gestión de la calidad.	Cuando se crea un nuevo documento	Equipo oficina de SGC

N°	Actividad	Metodología	Frecuencia	Responsable
4	Designación de copia controlada o copia NO controlada.	<p>Editar el nuevo documento. La edición puede incluir la generación de copias controladas y no controladas. Una vez se generen las copias, se deben identificar con los sellos que contienen las palabras “COPIA CONTROLADA” o “COPIA NO CONTROLADA” según corresponda. Así mismo se asegura de que los documentos editados sean legibles. Los formatos para registros no requieren del sello de “COPIA CONTROLADA”.</p> <p>Una vez finalizada la etapa de aprobación, la oficina de calidad remitirá a la oficina gestora vía mail el documento aprobado para su distribución.</p>	Cada vez que se edite un nuevo documento	Equipo oficina de Calidad.
5	Distribución de Documentos.	<p>Para efectos de distribución, se entrega a los usuarios que lo requieran, las copias editadas de los documentos junto con la lista de distribución, en la cual cada usuario registra su firma como prueba de recibo de la copia y también de la respectiva capacitación, empleando el espacio señalado para tal fin.</p> <p>Así mismo solicita a cada usuario la devolución de los documentos obsoletos cuando se trate de actualización, con el fin de ser destruidos, salvo las copias de documentos correspondientes a versiones modificadas o documentos anulados que se conserven con propósitos de preservación de conocimiento, las cuales se identifican como OBSOLETAS mediante el uso de un sello o marca de tinta de color rojo que contiene dicha palabra.</p>	Cada vez que se edite un nuevo documento	Enlace de calidad

N°	Actividad	Metodología	Frecuencia	Responsable
		El original de los nuevos documentos y las copias obsoletas retenidas son ubicados en el archivo de la oficina de calidad. Y se realizará copia de seguridad para los documentos digitales de acuerdo a la necesidad.		
6	Cambio o modificación de documentos aprobados.	Cuando se presenta algún tipo de cambio en las actividades originalmente descritas en los documentos creados, producto de la revisión para la adecuación de los mismos, el funcionario respectivo y el enlace de cada proceso solicitarán a la oficina de Calidad, previa autorización del Líder de área o jefe respectivo, la formalización de dicho cambio.	Cuando se requiera la modificación de documentos	Responsable por la solicitud de actualización
7	Aprobación del cambio del documento.	Realiza la modificación al documento original de acuerdo a la solicitud realizada y edita nueva versión, la cual es nuevamente distribuida siguiendo lo establecido en el paso 5 del presente procedimiento. Los cambios a los documentos son identificados en la última hoja del mismo donde se presenta el historial de revisiones, además de la versión vigente. Se registrará el Historial de revisión del respectivo documento en el listado maestro de documentos.	Cuando se requiera la modificación de documentos	Oficina de calidad
8	Actualizar Listado Maestro de Documentos del	Actualizar el Listado Maestro de Documentos del SGC, con la última versión, fecha de aprobación y tipo de cambio asegurando su estado vigente	Cuando se modifica un documento	Oficina de Calidad
9	Revisar Periódicamente los documentos	Revisar periódicamente que los documentos permanezcan legibles e identificables.	Mínimo dos veces al año	Oficina de calidad

9. NORMATIVIDAD APLICABLE AL TIPO DE DOCUMENTO.

Toda Norma (Ley, Decreto, Resolución, Ordenanza, Acuerdo) que regula la ejecución del tipo de Documento.

10. HISTORIAL DE CAMBIOS

VERSIÓN	DESCRIPCIÓN	FECHA
0.0	Original	Septiembre 2014

	PROCEDIMIENTO AUDITORIAS INTERNAS	Código: P-MAM-003
		Versión: 0.0

 <p>MUNICIPIO DE PIEDRECUESTA</p>		Página 100 de 140
--	--	-------------------

1. OBJETO

Este procedimiento establece la metodología para llevar a cabo auditorías internas para determinar si el sistema es conforme con la disposiciones planificadas, con los requisitos de la Norma Técnica Colombiana NTC-GP 1000 y con los requisitos del sistema de gestión de la calidad establecido por la organización, y que se ha implementado y se mantiene de manera eficaz.

2. ALCANCE

Este procedimiento es aplicable a todo el sistema de gestión de la calidad de la organización.

3. DEFINICIONES

Para efectos de este procedimiento se establecen los siguientes:

3.1 AUDITORIA: Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencia de la auditoria y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de auditoria.

3.2 PROGRAMA DE LA AUDITORIA: Conjunto de una o más auditorias planificadas para un periodo de tiempo determinado y dirigidas hacia un propósito específico.

3.3 CRITERIOS DE LA AUDITORIA: Conjunto de políticas, procedimientos o requisitos utilizados como referencia.

3.4 EVIDENCIA DE LA AUDITORIA: Registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que son pertinentes para los criterios de auditoria y que son verificables.

Nota. La evidencia de la auditoria puede ser cualitativa o cuantitativa.

3.5 HALLAZGOS DE LA AUDITORIA: Resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoria recopilada frente a los criterios de auditoria.

Nota. Los hallazgos de la auditoria pueden indicar conformidad o no conformidad con los criterios de auditoria, u oportunidades de mejora.

3.6 CONCLUSIONES DE LA AUDITORIA: Resultado de una auditoria que proporciona el equipo auditor tras considerar los objetivos de la auditoria y todos los hallazgos de la auditoria.

3.7 CLIENTE DE LA AUDITORIA: Organización o persona que solicita una auditoria.

3.8 AUDITADO: Organización que es auditada.

3.9 AUDITOR: Persona con la competencia para llevar a cabo una auditoria.

3.10 EQUIPO AUDITOR: Uno o más auditores que llevan a cabo una auditoria. (Ver guía de Selección de auditores)

Notas. Un auditor del equipo auditor se designa generalmente como auditor jefe del equipo.

- 1) El equipo auditor puede incluir auditores en formación y, cuando sea preciso, expertos técnicos
- 2) Los observadores pueden acompañar al equipo auditor pero no actúan como parte del mismo.

3.11 EXPERTO TÉCNICO: Persona que aporta experiencia o conocimientos específicos con respecto a la materia que se vaya a auditar.

Notas. La experiencia o conocimientos técnicos incluyen conocimientos o experiencia en la organización, proceso o actividad a ser auditada, así como orientaciones lingüísticas o culturales.

Un experto técnico no actúa como un auditor en el equipo auditor.

3.12 PROGRAMA DE AUDITORIA: Conjunto de una o más auditorías planificadas para un periodo de tiempo determinado y dirigidas hacia un propósito específico.

3.13 PLAN DE AUDITORIA: Descripción de las actividades y de los detalles acordados de una auditoría

3.14 ALCANCE DE LA AUDITORIA: Extensión y límites de una auditoría.

3.15 COMPETENCIA: Atributos personales y aptitud demostrada para alcanzar conocimientos y habilidades.

4. CONDICIONES GENERALES

- ❖ Es responsabilidad del Representante de la Dirección asegurarse de que los miembros del equipo auditor interno sean competentes; los registros de dicha competencia se encuentran conservados en el archivo de la oficina de talento humano.
- ❖ En el transcurso de un año, se someterán a auditoría todas las partes del sistema de gestión de la calidad. Las fechas para la realización de la auditoría se indican en el calendario de auditorías; previa presentación y aprobación del comité de control interno y la alta dirección...
- ❖ Los guías y observadores pueden acompañar al equipo auditor, pero no forman parte del mismo. No deben influir ni interferir en la realización de la auditoría. Cuando el auditado designe guías, éstos deben asistir al equipo auditor y actuar cuando lo solicite el auditor líder del equipo auditor.

5. PROCEDIMIENTOS


Nº	ACTIVIDAD	FRECUENCIA	RESPONSABLE
Inicio de la auditoria			
1	Realizar cada año la programación de las auditorias con el fin de organizar el tipo y número de auditorías, y para que se proporcionen todos los recursos para llevarlas a cabo de forma eficaz y eficiente dentro de los plazos establecidos.	Anual	Personal MECI Calidad

N°	ACTIVIDAD	FRECUENCIA	RESPONSABLE
	Acta de comité de coordinación de control interno.		
2	<p>Designar los miembros del equipo auditor (auditor líder y auditores), teniendo en cuenta la competencia necesaria para lograr los objetivos de la auditoría, así mismo define y designa la responsabilidad y autoridad de dichos miembros. Tanto la competencia como la responsabilidad y autoridad, están definidas en la descripción del respectivo cargo.</p> <p>Acta de comité de coordinación de control interno</p>	Al iniciar la Auditoría	Personal MECI Calidad
Revisión de la documentación			
3	<p>Antes de la iniciación de las actividades de auditoría en sitio, es preciso revisar la documentación del auditado para determinar la conformidad del sistema de acuerdo con los criterios de auditoría.</p> <p>Si se encuentra que la documentación es inadecuada, el líder del equipo auditor informa al auditado y decide si continua o suspende la auditoría hasta que los problemas de documentación se resuelvan.</p> <p>Documentación.</p>	Al iniciar la Auditoría	Personal MECI Calidad
Preparación de las actividades de auditoría			
4	<p>Preparar un plan de auditoría, que proporcione la base para el acuerdo entre el equipo auditor y el auditado, respecto a la realización de la auditoría. Este plan facilita la extensión y límites, el período de tiempo cubierto y los criterios frente a la cual se determina la conformidad, además del establecimiento de los horarios y la coordinación de las actividades de la auditoría.</p> <p>Plan de auditoría, F-MAM-006</p>	Según auditoría	Líder del equipo auditor
5	Revisar la información pertinente a las tareas asignadas y preparar los documentos de trabajo que sean necesarios como referencia y registro del desarrollo de la auditoría. Tales documentos	Según auditoría	Miembros del equipo auditor

N°	ACTIVIDAD	FRECUENCIA	RESPONSABLE
	<p>de trabajo incluyen listas de verificación y formatos para registrar información como hallazgos de auditoría, así como registros de las reuniones.</p> <p>Documentación de trabajo</p>		
Realización de las actividades de auditoría			
6	<p>Se realiza una reunión de apertura con los miembros del equipo auditor y, cuando sea apropiado, con aquellos responsables para las funciones o procesos que se van a auditar. El propósito de la reunión de apertura es: confirmar el plan de auditoría, confirmar los canales de comunicación, y proporcionar al auditado la oportunidad de realizar preguntas.</p> <p>Registro de asistencia a reunión de apertura y cierre F-MAM-007</p>	Según auditoría	Personal MECI Calidad y equipo auditor
7	<p>Recopilar mediante un muestreo apropiado y verificar la información pertinente para los objetivos, el alcance y los criterios de la misma, incluyendo la información relacionada con las interrelaciones entre funciones, actividades y procesos. Solo la información que es verificable puede constituir evidencia de la auditoría. La evidencia de la auditoría se registra en el formato “lista de verificación para auditoría de calidad”.</p> <p>Los métodos para recopilar esta información incluyen entrevistas, observación de actividades, y revisión de documentos.</p> <p>Lista de verificación para auditoría de calidad.</p>	Según auditoría	Miembros del equipo auditor
8	<p>La evidencia de la auditoría es evaluada frente a los criterios de auditoría para generar los hallazgos de la auditoría. Los hallazgos de la auditoría pueden indicar tanto conformidad como no conformidad con los criterios de auditoría, así mismo identificar una oportunidad de mejora.</p> <p>Lista de verificación para auditoría de calidad</p>	Según auditoría	Miembros del equipo auditor
9	<p>El equipo auditor se reúne antes de la reunión de cierre para revisar los hallazgos de la auditoría, acordar las conclusiones de la</p>	Según auditoría	Miembros del equipo auditor

N°	ACTIVIDAD	FRECUENCIA	RESPONSABLE
	auditoría, preparar recomendaciones y comentar el seguimiento de la auditoría. Acta de reunión		
10	Realizar la reunión de cierre para presentar los hallazgos y conclusiones de la auditoría de tal manera que sean comprendidos y reconocidos por el auditado, y para ponerse de acuerdo, si es necesario, en el intervalo de tiempo para que el auditado presente un plan de acciones correctivas y preventivas. Registro de asistencia a reunión de apertura y cierre F-MAM-007	Según auditoría	Personal MECI Calidad y Miembros del equipo auditor
Preparación, aprobación y distribución del informe de auditoría			
11	Preparar el informe de la auditoría y entregar al Representante de la dirección que haya surgido como resultado de la auditoría para su respectiva revisión y aprobación. El informe de auditoría aprobado es distribuido por el Representante de la dirección a los líderes o responsables de los procesos para hacer las anotaciones pertinentes, siguiendo el procedimiento de acción correctiva. Informe de auditoría, F-MAM-008	Según auditoría	Líder del equipo auditor
Realización de las actividades de seguimiento de la auditoría			
12	Si surge la necesidad de tomar una acción correctiva como resultado de una no conformidad detectada durante la auditoría, el líder del equipo auditor en compañía de la oficina de Control interno realizara el seguimiento trimestral al estado de dichas acciones. El objetivo del seguimiento será establecer los resultados alcanzados para cada acción correctiva surgida de la auditoría original. Al concluir el seguimiento, el líder del equipo auditor y la oficina de control interno prepararán un informe del estado de las acciones correctivas y lo presenta al comité de control interno para la respectiva revisión. Estado de las acciones correctivas	Según auditoría	Líder del equipo auditor y oficina de control interno

7. HISTORIAL DE CAMBIOS

VERSIÓN	DESCRIPCIÓN	FECHA
0.0	ORIGINAL	Septiembre 2014
 MUNICIPIO DE PIEDRECUESTA	CONTROL DE PRODUCTO NO CONFORME	Código: P-MAM-004
		Versión: 0.0
		Página 105 de 140

1. OBJETO

Este procedimiento establece la metodología para asegurar que el producto que no sea conforme con los requisitos, se identifique y controle para prevenir su uso o entrega no intencional.

2. ALCANCE

Este procedimiento es aplicable a las no conformidades que se generen durante la prestación de los servicios brindados a la comunidad por parte de la Entidad, los cuales son responsabilidad de los procesos identificados como misionales dentro del sistema de gestión de la calidad.

3. DEFINICIONES

3.6 CONFORMIDAD: Cumplimiento de un requisito.

3.7 NO CONFORMIDAD: Incumplimiento de un requisito.

3.8 PRODUCTO NO CONFORME: Servicio que no cumple con los requisitos del cliente, reglamentarios o de la propia Entidad.

3.9 ACCIÓN CORRECTIVA: Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseable.

3.10 ACCIÓN PREVENTIVA: Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable.

4. CONDICIONES GENERALES

El producto no conforme está representado por los eventos adversos presentados en cualquiera de las fases o pasos de la ejecución de los servicios prestados por la Entidad

Las no conformidades detectadas durante la prestación del servicio pueden dar origen a una acción correctiva, si estas reinciden o si la no conformidad presentada es considerada crítica. Estas deben ser reportadas a la oficina de calidad trimestralmente informando el estado de las mismas.


6. PROCEDIMIENTO

N°	ACTIVIDAD	METODOLOGÍA	FRECUENCIA	RESPONSABLE
1	Identificación de la No Conformidad	Una vez el Enlace, Secretario o Jefe de oficina detecte un producto no conforme, se asegurará de prevenir su uso o entrega no intencional, así mismo registrará la naturaleza de dicha no conformidad utilizando el espacio destinado para tal fin del formato “registro de producto no conforme” F-MAM-009	Cada vez sea requerido	Enlaces, Secretarios o Jefes de oficina, según servicio
2	Tratamiento del producto no conforme	<p>La organización a través de los Enlaces, Secretarios o Jefes de oficina según aplique, tratará los productos no conformes mediante una o más de las siguientes maneras según aplique; dichos funcionarios identificarán las personas que deben participar en el tratamiento respectivo :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tomando acciones para eliminar la no conformidad detectada; - autorizando su uso, liberación o aceptación bajo concesión por una autoridad pertinente y, cuando sea aplicable, por el cliente; - tomando acciones para impedir su uso o aplicación originalmente previsto. <p>Así mismo el Enlace, Secretario o Jefe de oficina registrará las acciones tomadas para eliminar la no conformidad detectada, incluyendo las concesiones que se hayan obtenido, para lo cual utilizará el espacio destinado para tal fin del formato “registro de producto no conforme” F-MAM-009</p>		Enlaces, Secretarios o Jefes de oficina
3		Trimestralmente los Enlaces, Secretarios o Jefes de oficina según aplique, enviarán los reportes del estado de las acciones de los productos No conformes de		Enlaces y/o líder del proceso

N°	ACTIVIDAD	METODOLOGÍA	FRECUENCIA	RESPONSABLE
	Informe consolidado para la revisión por la dirección	acuerdo a los registros de productos no conformes al Líder de calidad o quien haga sus veces, quien preparará y presentará el informe consolidado de productos no conformes al Comité de Control Interno para el análisis y respectiva toma de decisiones.		

11. HISTORIAL DE CAMBIOS

VERSIÓN	DESCRIPCIÓN	FECHA
0.0	Original	Septiembre 2014

 MUNICIPIO DE PIEDECUESTA	ACCION CORRECTIVA	Código: P-MAM-005
		Versión: 0.0
		Página 108 de 140

1. OBJETO

Este procedimiento regula la forma de actuar cuando se ha detectado una deficiencia en el sistema de gestión de la calidad e impedir su recurrencia, plantear e implementar las soluciones y comprobar que las acciones han tenido éxito.

2. ALCANCE

Este procedimiento incluye las acciones correctivas provenientes de no conformidades detectadas en las auditorías internas y externas, de productos no conformes en caso de que estos sean repetitivos o considerados críticos, de resultados negativos obtenidos de la medición de la satisfacción del cliente, de situaciones desfavorables detectadas en las revisiones hechas por la alta dirección, de resultados negativos o desfavorables de las mediciones del desempeño de los procesos del sistema de gestión de la calidad, entre otras.

3. DEFINICIONES

Para efectos de este procedimiento se establecen las siguientes:

3.11 ACCIÓN CORRECTIVA: Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseable.

3.12 NO CONFORMIDAD: El incumplimiento de un requisito.

4. CONDICIONES GENERALES

4.4 La solicitud de acción correctiva, se genera en los casos en los cuales es necesario iniciar un proceso de investigación y teniendo en cuenta la gravedad del problema o situación.

4.5 Para la identificación de las causas de un problema o no conformidad. Se pueden utilizar técnicas estadísticas para la recolección, clasificación y análisis de la información o datos asociados a la identificación de las causas.

4.6 La eficacia de las acciones correctivas aplicadas, se debe verificar por cualquier método confiable (incluidas las auditorías internas) y la evaluación puede estar asociada a los siguientes aspectos:

- b) Eliminación de las causas reales y/o potenciales.
- c) Desaparición y/o disminución de la frecuencia de aparición de un problema o no conformidad.

6 PROCEDIMIENTOS

N°	ACTIVIDAD	METODOLOGÍA	FRECUENCIA	RESPONSABLE
1	Iniciación de una acción correctiva y enunciado de las no conformidades	El Enlace, Secretario o Jefe de oficina, según sea el caso, que identifique una deficiencia en el sistema de calidad proveniente de las diferentes fuentes mencionadas en el alcance del presente procedimiento, iniciará una acción correctiva mencionando la naturaleza de la deficiencia para lo cual diligenciará la parte pertinente del formato “solicitud de acción correctiva/Preventiva” F-MAM-010	Cada vez que se identifique una deficiencia como las definidas en el alcance de este procedimiento	Enlaces, Secretarios o Jefes de oficina, según corresponda
2	Investigación de las causas de la deficiencia	El Enlace, Secretario o Jefe de oficina, según corresponda, junto con el personal que consideren idóneo, investigarán las causas de la deficiencia, registrando los resultados de dicha investigación en el espacio destinado para tal fin del formato “solicitud de acción correctiva/Preventiva” F-MAM-010. Así mismo planteará las acciones que considere convenientes para eliminar las causas de la no conformidad detectada.	Cada vez que se identifique una deficiencia como las mencionadas en el alcance del procedimiento	Enlaces, Secretarios o Jefes de oficina, según corresponda
3	Seguimiento al cumplimiento del plan	El seguimiento de las acciones correctivas permite verificar el grado de implementación de las acciones tomadas. El seguimiento y respectivo cierre de las acciones correctivas es realizado por el Enlace y/o líder del proceso cuando éste considere que el plan de acción se ha implementado satisfactoriamente, esto es, cuando se haya comprobado que la no conformidad no ha vuelto a repetirse; una vez se haya asegurado de esto, el Enlace y/o líder del proceso, registrará dicha disposición en el formato “Solicitud de acción Correctiva/Preventiva” F-MAM-	Trimestralmente	Enlaces, Secretarios o Jefes de oficina, según corresponda

N°	ACTIVIDAD	METODOLOGÍA	FRECUENCIA	RESPONSABLE
		010 de lo contrario puede posponer el cierre y hacer las observaciones pertinentes del seguimiento y colocar una nueva fecha para dar cumplimiento al plan de acción.		
4	Informe consolidado para la revisión por la dirección	El Enlace y/o líder del proceso, actualiza el estado de acciones correctivas, prepara y presenta informe a la oficina de Calidad o quien haga sus veces para ser tomada en cuenta en el momento de hacer revisión por la dirección, así como para evaluar la efectividad de las mismas.	Según frecuencia con la que se realiza la revisión por la dirección	Enlaces, Secretarios o Jefes de oficina, según corresponda

7. HISTORIAL DE CAMBIOS

VERSIÓN	DESCRIPCIÓN	FECHA
0.0	ORIGINAL	Septiembre 2014

 MUNICIPIO DE PIEDECUESTA	ACCIÓN PREVENTIVA	Código: P-MAM-006
		Versión: 0.0
		Página 111 de 140

1. OBJETO

Este procedimiento regula la forma de actuar para eliminar la causa de no conformidades potenciales u otra situación potencialmente indeseable e impedir su ocurrencia, plantear e implementar las soluciones y comprobar que las acciones han tenido éxito.

2. ALCANCE

Este procedimiento debe ser aplicado por todos los miembros de la Entidad que tengan responsabilidad en el sistema de calidad respecto a la toma de acciones preventivas en relación con:

- Acciones de mejoramiento en los procesos, productos y servicio
- Acciones de mejoramiento relacionadas con el sistema de gestión de la calidad
- Sugerencias de los clientes y encuestas de satisfacción
- Acciones para el desarrollo de proveedores, entre otras

3. DEFINICIONES

ACCIÓN PREVENTIVA: Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación indeseable.

NO CONFORMIDAD: El incumplimiento de un requisito.

4. CONDICIONES GENERALES

Para que la planificación de una acción preventiva sea eficaz y eficiente, esta debe basarse en datos procedentes de métodos apropiados, incluyendo la evaluación de datos históricos de tendencias, y los aspectos críticos del desempeño de la organización y sus productos, con el fin de generar datos en términos cuantitativos.

Los datos pueden generarse a partir de:

- La utilización de herramientas de análisis de riesgos tales como el modo y efecto de falla,
- La revisión de las necesidades y expectativas del cliente,
- El análisis del mercado,
- Los resultados de la revisión por la dirección,
- Los resultados del análisis de datos,
- Las mediciones de la satisfacción,
- Las mediciones del proceso,
- Los sistemas que consolidan fuentes de información de las partes interesadas,

- Los registros significativos del sistema de gestión de la calidad,
- Las lecciones aprendidas de experiencias pasadas, los resultados de auto evaluación, y
- Los procesos que proporcionan advertencias anticipadas de la aproximación a condiciones de operación fuera de control.

Para la identificación de las causas de no conformidades potenciales, se deberán utilizar metodologías preventivas. Algunos ejemplos de estas metodologías incluyen:

- **Guía Administrativa del Riesgo, Departamento Administrativo de la Función Pública**
- Análisis de tendencias,
- Análisis de árbol de fallas

La eficacia de las acciones preventivas aplicadas, se debe verificar por cualquier método confiable (incluidas las auditorías internas) y la evaluación puede estar asociada a los siguientes aspectos:

- a. Eliminación de las causas potenciales.
- b. Desaparición y/o disminución de la frecuencia de aparición de un problema o no conformidad.

5. PROCEDIMIENTOS

Nº	ACTIVIDAD	METODOLOGÍA	FRECUENCIA	RESPONSABLE
1	Iniciación de una acción preventiva	Cualquier miembro del personal que identifique tendencias o situaciones de desviación con relación a la política y objetivos de calidad establecidos, o cuando se detecte cualquier otra situación con tendencia indeseable, una vez analizados los datos históricos generados. Según solicitud de acción correctiva / preventiva F-MAM-010	Cada vez que se requiera	Cualquier miembro del personal, Con el apoyo del enlace o jefe de oficina asesora o Secretario de Despacho
2	Registro de la no conformidad potencial	Al recibir una solicitud como la mencionada en el ítem anterior, el enlace le entregará al líder del proceso, si considera que la acción es apropiada, un formato para acciones preventivas. Según solicitud de acción correctiva / preventiva F-MAM-010	Cada vez que se requiera	Enlace o jefe de oficina asesora o secretario de Despacho

N°	ACTIVIDAD	METODOLOGÍA	FRECUENCIA	RESPONSABLE
3	Enunciado de las deficiencias	<p>El enlace o funcionario designado llenará la parte pertinente del formato para solicitud de acciones correctivas / preventivas y mencionará la descripción de la no conformidad potencial.</p> <p>Según solicitud de acción correctiva / preventiva F-MAM-010</p>	Cada vez que se requiera	Enlace y/o funcionario designado
4	Investigación de la deficiencia	<p>El líder del proceso nombrará a un miembro del personal que considere idóneo para investigar las causas de la deficiencia y hacer recomendaciones en cuanto a si se requiere efectuar un cambio al sistema de calidad y, de ser así, la naturaleza del cambio. El investigador también podrá hacer una recomendación sobre la implementación del sistema de calidad, incluyendo requerimientos en cuanto a capacitación del personal.</p> <p>El investigador registrará los resultados de la investigación en el formato para solicitud de acción correctiva / preventiva F-MAM-010 y lo entregará junto con un plan de acción, en caso de que se requiera, al líder de Calidad o quien haga sus veces con las secciones correspondientes debidamente diligenciadas.</p> <p>El análisis de las causas hecho por el investigador puede de acuerdo a la guía de administración del riesgo del DAFP y demás metodologías validas, Según solicitud de acción correctiva / preventiva</p>	Cada vez que se evidencie una posible deficiencia	Enlace o jefe de oficina asesora o secretario de Despacho

N°	ACTIVIDAD	METODOLOGÍA	FRECUENCIA	RESPONSABLE
		F-MAM-010		
5	Seguimiento al cumplimiento del plan	<p>El seguimiento de las acciones preventivas permite verificar el grado de implementación de las acciones tomadas y se puede realizar utilizando el formato estado de las acciones correctivas /preventivas F-MAM-010. El enlace y líder del proceso debe llevar a cabo el seguimiento y cierre de las acciones preventivas tomadas.</p> <p>Para hacer el seguimiento de las acciones preventivas, el funcionario encargado debe guiarse por el estado de las acciones preventivas, el cual le muestra la lista de las acciones pendientes para hacerles seguimiento. El funcionario que hace el seguimiento puede cerrar la acción cuando considere que el plan de acción se ha implementado satisfactoriamente.</p> <p>También puede posponer el cierre y hacer las observaciones pertinentes del seguimiento y colocar una nueva fecha para dar cumplimiento al plan de acción.</p>	Permanente	Enlace o jefe de oficina asesora o secretario de Despacho
6	Informe consolidado para la revisión por la dirección	<p>El Enlace y/o líder del proceso actualiza el estado de las acciones preventivas; y remite el estado de las mismas al líder de Calidad o quien haga sus veces para su validación y análisis, y la posterior inclusión en la revisión por la dirección. Estado de las acciones correctivas F-MAM-010</p>	En cada revisión por la dirección	Enlace o jefe de oficina asesora o Secretario de Despacho

6. HISTORIAL DE CAMBIOS

VERSIÓN	DESCRIPCIÓN	FECHA
0.0	Original	Septiembre 2014

Anexo F. Indicadores de gestión

Nombre del Indicador	Tipo de Indicador	Objetivo del Indicador	Formula	Meta	Tendencia Esperada	Frecuencia de Medición	Fuente de Información	Responsable
% de quejas, reclamos y sugerencias resueltas	Eficacia	Medir la satisfacción de los usuarios	(No. de quejas, reclamos y sugerencias resueltas en termino / No. de quejas, reclamos y sugerencias interpuestas)*100	90%	Aumentar	Trimestral	Archivo PQR	Líder de calidad
% de capacitación institucional	Eficacia	Medir el cumplimiento del cronograma de capacitaciones	(No. de capacitaciones realizadas / No. de capacitaciones programadas)*100	100%	Estable	Semestral	Archivo de actas	Líder de calidad
Control de ausentismo de personal	Eficacia	Medir la asistencia del personal a las actividades programadas	(No. de funcionarios ausentes / No. de funcionarios esperados)*100	15%	Disminuir	Según programación	Archivo de actas	Líder de calidad
% de cumplimiento del programa de auditorias	Eficacia	Medir el cumplimiento del cronograma de auditorias	(No. de auditorías realizadas / No. de auditorías dentro del cronograma)*100	90%	Aumentar	Anual	Todos los procesos	Líder de calidad
Oportuna entrega de informes a	Eficacia	Medir el cumplimiento en la entrega	(No. de informes entregados a los entes de control	100%	Estable	Anual	Oficios de solicitud de informes y	Líder de calidad

los entes de control		de informes a entes de control	dentro de los términos / No. de informes solicitados)*100				oficios de entrega de informes	
% de acciones correctivas y preventivas cerradas exitosamente	Eficacia	Medir el cumplimiento de las acciones correctivas y preventivas	(No. de acciones correctivas y preventivas cerradas / No. de acciones correctivas y preventivas generadas)*100	80%	Aumentar	Semestral	Registro de acciones correctivas y preventivas	Líder de calidad

Anexo G. Circular Auditoria



CIRCULAR

DE: AREA MECI-SIGC

PARA: SECRETARIOS DE DESPACHO, JEFES OFICINAS ASESORAS, SERVIDORES PUBLICOS.

ASUNTO: AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD 2014

FECHA: NOVIEMBRE 20 de 2014.

Dando continuidad a nuestro compromiso con la Mejora Continua del Sistema Integrado de Gestión y Control (MECI-Calidad) y los Requisitos de las normas ISO9001:2008 y NTCGP1000:2009. La alta Dirección se permite informar que el próximo 24 de Noviembre se INICIARÁ la auditoria INTERNA DE CALIDAD vigencia 2014.

Por lo cual nos permitimos dar las siguientes indicaciones:

1. La auditoría debe ser atendida por los líderes de cada proceso, es decir, Secretario de Despacho y/o Jefe de Oficinas Asesoras.
2. Deben verificar la disponibilidad de la documentación en las diferentes áreas (es decir, caracterizaciones, procedimientos, etc. en su última versión).
3. Garantizar la disponibilidad de información como; último reporte de indicadores de gestión, ejecución de Plan de Acción, Informes de análisis de encuestas, Informe de revisión por proceso.
4. Generar espacios de socialización con todo el personal en temas referentes al SIGC y al desarrollo de la auditoria para asegurar que todo el personal esté preparado, estas jornadas se realizaran con el apoyo de los enlaces.

Se adjunta el Plan de auditoria en cual deben verificar la hora designada para su proceso e informar a sus equipos de trabajo para garantizar el éxito de la misma.

Agradecemos el compromiso en el desarrollo de las estrategias que permitan el mantenimiento y mejoramiento continuo del Sistema.

Atentamente,

JHON JAIRO MENESES QUINTERO
Profesional Universitario MECI-SIGC

Proyecto/Laura Duarte.
CPS-868 SIGC

Anexo H. Plan de auditoria

 MUNICIPIO DE PIEDECUESTA	PLAN DE AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD	Código: F-MAM-006
		Versión: 0.0
		Página 120 de 140

Sitios a auditar: Oficinas de la Alcaldía Municipal	Fecha de auditoria: Noviembre 24 de 2014
Auditor Líder: Laura Mercedes Duarte-Auditora HSEQ (LD)	Miembros adicionales del equipo auditor: John Jairo Meneses Quintero Profesional Universitario Meci-Sigc, Freddy Durán Morales experto técnico, Diana Parra Herrera. Carlos Mauricio Herrera Vargas, Johana Valbuena Mondragón, Sergio Rangel Celis, Cristhian Becerra, Norida Ramírez Gálvez, Sergio Andrés Torres Villanueva, Juan Carlos Baquero Aguirre, Silvia Juliana Ortega Gómez, Paola Andrea Castellanos Gutiérrez, Juan Sebastian Rueda Alvarado, Marlyn Muñoz Vargas, Sharon Johana Rueda Mora, Juan Camilo Parra Ortiz.
Criterios de la auditoria: Norma NTC-GP 1000: 2009, ISO9001:2008 Manual de la Calidad y demás documentos del Sistema de Gestión de la Calidad establecidos por la Entidad.	
Objetivo de la auditoria: Confirmar que el Sistema de Gestión de Calidad de la Entidad ha sido establecido e implementado de acuerdo con los criterios de auditoria.	
Observaciones: <ul style="list-style-type: none"> - Las horas son aproximadas y serán confirmadas en la reunión de apertura antes de iniciar la auditoria. - Tener disponibles para el auditor toda la documentación pertinente en cada proceso, además de una copia de los listados maestros de documentos y registros del SIGC. - Disponer de un lugar adecuado para las reuniones de apertura y cierre, así como para la realización de entrevistas. - Se solicita a cada entrevistado ser puntual para llevar a cabo eficazmente el presente plan de auditoria. - Este plan debe ser dado a conocer al personal responsable por los procesos del SIGC de la Organización. 	

FECHA	HORA	PROCESOS/ACTIVIDADES A AUDITAR	SECRETARIAS Y ÁREAS A AUDITAR
24/11/2014	8:00 - 9:00 am	REUNIÓN DE APERTURA	Secretarios de Despacho Lugar: Despacho Alcalde
24/11/2014	9:00 -11:00 am	PLANEACION ESTRATEGICA 4.1, 5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.4.1, 5.4.2, 5.5, 5.6, 6.1, 7.1, 7.2.3, 7.5.2, 8.2.1	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN Jefe Oficina Asesora de Planeación y Coordinadores áreas de: Banco de Proyectos, Control Urbano, Estratificación, Sisben, Jurídica, Licencias, PBOT, Plan de Desarrollo, Vivienda)
24/11/2014	11:00-12:00	TICS 4.1, 4.2.3, 4.2.4, 6.1, 6.3, 6.4, 7.1, 7.5.1, 8.1, 8.2.3, 8.2.4, 8.3, 8.4, 8.5.1, 8.5.2, 8.5.3.	Coordinador área Tecnología.
25/11/2014	2:00-4:00PM	GESTION INFRAESTRUCTURA 4.1, 4.2.3, 4.2.4, 6.1, 6.3, 6.4, 7.1, 7.5.1, 8.1, 8.2.3, 8.2.4, 8.3, 8.4, 8.5.1, 8.5.2, 8.5.3.	SECRETARÍA DE INFRAESTRUCTURA Secretario de Infraestructura y Coordinadores áreas de: Contratación, Alumbrado Público.
25/11/2014	4:00-6:00 pm	GESTION DE LA SALUD PÚBLICA 4.1, 4.2.3, 4.2.4, 6.1, 6.3, 6.4, 7.1, 7.5.1, 8.1, 8.2.3, 8.2.4, 8.3, 8.4, 8.5.1, 8.5.2, 8.5.3.	SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL Secretaria de Desarrollo Social y Coordinadores áreas de: Salud Pública, Epidemiología, PAI, SAC, Nutrición, Zoonosis, Régimen Subsidiado.
26/11/2014	8:00-10:00AM	SEGURIDAD, JUSTICIA Y CONVIVENCIA CIUDADANA 4.1, 4.2.3, 4.2.4, 6.1, 6.3, 6.4, 7.1, 7.5.1, 8.1, 8.2.3, 8.2.4, 8.3, 8.4, 8.5.1, 8.5.2, 8.5.3.	SECRETARIA DE GOBIERNO Secretario de Gobierno y Coordinadores áreas de: Inspección de Policía, Comisaría de Familia, Gestión del Riesgo, Plazas de Mercado.

FECHA	HORA	PROCESOS/ACTIVIDADES A AUDITAR	SECRETARIAS Y ÁREAS A AUDITAR
26/11/2014	10:00-12:00M	CULTURA, TURISMO Y RECREACIÓN 4.1, 4.2.3, 4.2.4, 6.1, 6.3, 6.4, 7.1, 7.5.1, 8.1, 8.2.3, 8.2.4, 8.3, 8.4, 8.5.1, 8.5.2, 8.5.3.	SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Secretaria de Desarrollo Social y Coordinador área de Cultura, Turismo y Recreación.
26/11/2014	2:00-3:00PM	GESTION DE LA COMUNICACIÓN 4.1, 4.2.3, 4.2.4, 6.1, 6.3, 6.4, 7.1, 7.5.1, 8.1, 8.2.3, 8.2.4, 8.3, 8.4, 8.5.1, 8.5.2, 8.5.3.	Técnico Administrativo
26/11/2014	3:00-5:00 pm	GESTION DE LAS FINANZAS PUBLICAS 4.1, 4.2.3, 4.2.4, 6.1, 6.3, 6.4, 7.1, 7.5.1, 8.1, 8.2.3, 8.2.4, 8.3, 8.4, 8.5.1, 8.5.2, 8.5.3.	SECRETARIA DE HACIENDA Y DEL TESORO Secretaria de Hacienda y del Tesoro y Coordinadores áreas de: Cobro Coactivo, Contabilidad, Presupuesto, Impuestos
28/11/2014	2:00-3:30PM	GESTIÓN ADMINISTRATIVA – TALENTO HUMANO	SECRETARIA GENERAL Secretario General y Coordinadores áreas de Gestión Administrativa, Talento Humano, Compras e inventarios, Atención al Ciudadano.
28/11/2014	3:30-5:00PM	GESTIÓN JURÍDICA 4.1, 4.2.3, 4.2.4, 6.1, 6.3, 6.4, 7.1, 7.5.1, 8.1, 8.2.3, 8.2.4, 8.3, 8.4, 8.5.1, 8.5.2, 8.5.3.	COORDINACION DEFENSA JUDICIAL
01/12/2014	8:00-10:00AM	SERVICIO DE EDUCACIÓN 4.1, 4.2.3, 4.2.4, 6.1, 6.3, 6.4, 7.1, 7.5.1, 8.1, 8.2.3, 8.2.4, 8.3, 8.4, 8.5.1, 8.5.2, 8.5.3.	SECRETARIA DE EDUCACIÓN Secretaria de Educación y Coordinadores de áreas.
01/12/2014	10:00-11:30 am	DESARROLLO SOSTENIBLE 4.1, 4.2.3, 4.2.4, 6.1, 6.3, 6.4, 7.1, 7.5.1, 8.1, 8.2.3, 8.2.4, 8.3, 8.4, 8.5.1, 8.5.2, 8.5.3.	Coordinadores áreas de Salud Ambiental, PGIRS, Desarrollo Rural.

FECHA	HORA	PROCESOS/ACTIVIDADES A AUDITAR	SECRETARIAS Y ÁREAS A AUDITAR
02/12/2014	8:00-10:00 am	CONTROL INTERNO DE GESTION MEDICION ANALISIS Y MEJORA 8.2.2, 8.2.3, 8.2.4, 8.3, 8.4, 8.5.1, 8.5.2, 8.5.3	Asesor Control Interno
02/12/2014	2:00-4:00 pm	TRANSITO Y MOVILIDAD	SECRETARIA DE TRANSITO Y MOVILIDAD Secretario de Transito y Movilidad, Inspector de Transito.
02/12/2014	4:00-6:00 pm	DESARROLLO COMUNITARIO	SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Coordinador área Programas Sociales, Coordinador Oficina de Empleo.

Preparó (Auditor líder): LAURA M. DUARTE Auditoria HSEQ		Revisó y Aprobó: DR. JHON JAIRO MENESES QUINTERO Profesional Universitario MECI-SIGC	
Firma:	Fecha: Noviembre 20/2014	Firma:	Fecha: Noviembre 20/2014

Anexo I. Informe de auditoría

	INFORME DE AUDITORÍA	Código: F-MAM-008
		Versión: 0.0
		Página 124 de 140

Organización: Alcaldía De Piedecuesta	
Proceso: CONTROL INTERNO DE GESTION / MEDICION, ANÁLISIS Y MEJORA	
Auditados: JHON JAIRO, VIANEY GONZALEZ GAMARRA, JOSEFINA ARGUELLO	
Áreas Auditadas: Oficina de Control Interno – Calidad.	Fechas de auditoría: 10 de diciembre del 2014
Auditor Líder: Laura Mercedes Duarte Auditora HSEQ	Miembros adicionales del equipo auditor: Sharon Johana Rueda Mora

1. OBJETIVOS DE LA AUDITORÍA

<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el manejo de la implementación del Sistema Integrado de Gestión de Calidad (SIGC), bajo la Norma NTCGP 1000:2009, en los Procesos de Control Interno de Gestión y Medición, Análisis y Mejora del Municipio de Piedecuesta. • Confirmar que el Sistema de Gestión de Calidad de la Entidad ha sido establecido e implementado de acuerdo con los criterios de auditoría. • Identificar oportunidades de mejora para el Sistema de Gestión.
--

2. ALCANCE DE LA AUDITORÍA

El informe se realizó en la Oficina de Control Interno y MECI-CALIDAD del Municipio de Piedecuesta.

3. CRITERIOS DE LA AUDITORÍA

Norma NTCGP 1000:2009, ISO 9001:2008 y demás documentos del Sistema Integrado de Gestión de Calidad establecidos para el proceso de Gestión Jurídica.

4. CONCLUSIONES DE LA AUDITORÍA

El líder del proceso de la Oficina de Control Interno y Meci-Calidad, presentan un alto compromiso en la implementación del Sistema Integrado de Gestión, conociendo la importancia de este para la gestión de la oficina, al igual están al tanto sobre las funciones del proceso que tienen a cargo.
Se requiere que el personal de todas las áreas cuente con una adecuada inducción a su ingreso y con las respectivas re inducciones a lo largo del proceso, y socializar los conocimientos respecto al Sistema Integrado de Gestión de Calidad y el funcionamiento de este.
En el desarrollo de la auditoría se pudieron evidenciar: (5) No conformidades (3) Fortalezas (12) Oportunidades de mejora

5. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

No conformidad No.: 1	Menor	Mayor X
Documento Ref.: Norma NTCGP 1000:2009 E ISO9001:2008	Estado de Emisión/Revisión: EMISION	
Detalles de No conformidad: No se evidenciaron las disposiciones para asegurar que se mantiene la Integridad del sistema de gestión de la calidad cuando se presenten cambios en este.		
No conformidad No.: 2	Menor	Mayor X
Documento Ref.: procedimientos obligatorios	Estado de Emisión/Revisión: EMISION	
Detalles de No conformidad: No se evidencia que los planes de acción implementados para subsanar algunas deficiencias hayan tenido resultados favorables, ya que no se disponía del registro y soporte de algunas acciones de mejora desarrolladas por los líderes de proceso.		
No conformidad No.: 3	Menor	Mayor X
Documento Ref.: Norma NTCGP 1000:2009 E ISO9001:2008	Estado de Emisión/Revisión: EMISION	
Detalles de No conformidad: Durante la vigencia, la entidad no ha realizado la respectiva revisión por la dirección, evidenciando un no cumplimiento de la norma, lo que limita la toma de decisiones por la Alta Dirección.		
No conformidad No.: 4	Menor	Mayor X
Documento Ref.: Norma NTCGP 1000:2009 E ISO9001:2008	Estado de Emisión/Revisión: EMISION	

Detalles de No conformidad:		
No se evalúa la satisfacción del cliente a nivel institucional, teniendo en cuenta que no recopila información de la percepción del ciudadano y no realiza seguimiento con respecto al cumplimiento de los requisitos del servicio, al igual no se evidencia metodología, mecanismo para adelantar el respectivo seguimiento y medición de la satisfacción.		
No conformidad No.: 5	Menor	Mayor X
Documento Ref.: Norma NTCGP 1000:2009 E ISO9001:2008	Estado de Emisión/Revisión: EMISION	
Detalles de No conformidad:		
No se evidencia la divulgación y análisis de los resultados de los indicadores, con todo el personal involucrado, no hay registros de la participación del personal en la generación de acciones de mejoramiento.		

6. OBSERVACIONES GENERALES Y OPORTUNIDADES DE MEJORA

<p>FORTALEZAS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El convenio con la UPB que permitió la actualización y reingeniería del Sistema de Gestión de Calidad. 2. Las capacitaciones a los diferentes niveles de la entidad para aumentar la toma de conciencia frente al sistema de gestión de Calidad. 3. El compromiso de la alta dirección al designar funcionarios y personal competente para el desarrollo de las acciones. <p>OPORTUNIDADES DE MEJORA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecer el uso de registros para las reuniones de los equipos de trabajo con los líderes de proceso. 2. Reglamentar en todos los contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión una obligación contractual que genere la participación y compromiso con el Sistema de Gestión de Calidad. 3. Presentar los diferentes informes realizados para el análisis de la Alta Dirección. 4. Capacitar y difundir en los procedimientos obligatorios de la Norma. 5. Fortalecer las actividades de inducción y re inducción de los procesos y el Sistema de Gestión de Calidad. 6. Fortalecer el uso de indicadores con previo análisis de su conveniencia y aplicabilidad, de manera tal que permitan ser una mejor herramienta para la mejora continua del sistema. 7. Reforzar el análisis de los datos de entrada para la revisión por proceso, de modo tal que los líderes de área puedan aportar las acciones correctivas, preventivas o de mejora que impulsen
--

el mejoramiento continuo del proceso y por ende del sistema; garantizando el reporte de este informe al SIGC para la articulación de la información.

8. Definir un mecanismo para evaluar la satisfacción del usuario en los diferentes servicios.
9. Realizar el programa de auditoria interna de calidad y fortalecer la formación de auditores internos en el Municipio.
10. Realizar reuniones con el equipo de trabajo para dar a conocer los lineamientos, logros y compromisos frente a la gestión del proceso.
11. Realizar socialización de la MISION, VISION Y POLITICA DE CALIDAD a la comunidad y demás partes de interés.
12. Socializar en todos los niveles de la entidad los avances frente al desarrollo y fortalecimiento del sistema de Gestión de Calidad.

7. REUNION DE CIERRE

Firma del auditor líder:	Firma del Auditado:
Fecha:	Fecha:

Anexo J. Plan de mejora auditoría

PLAN	Plan de Mejora.
OBJETIVO	Determinar las acciones correctivas para subsanar los hallazgos contenidos en la Auditoría Interna con enfoque a la norma NTCGP 1000:2009.

Área	Descripción Hallazgo	Acción correctiva/preventiva	Objetivo	Fecha de ejecución	Responsable
CIG-MAM	No se evidenciaron las disposiciones para asegurar que se mantiene la Integridad del Sistema de Gestión de la Calidad cuando se presenten cambios en este.	Preventiva: Asignación de un representante del área para realizar acompañamiento y apoyar metodológicamente la implementación del cambio.	Evitar que el Sistema de Gestión de Calidad se vea afectado negativamente debido a cambios externos inesperados.	A solicitud	Líder de calidad
CIG-MAM	No se evidencia que los planes de acción implementados para subsanar algunas deficiencias hayan tenido resultados favorables, ya que no se dispone de registro y soporte de algunas acciones de mejora desarrolladas por	Correctiva: Reforzar la forma de registro de los datos de entrada de cada proceso, para que de esta forma los líderes de área puedan evidenciar las acciones puestas en marcha por medio de informes y así mantener la correcta articulación de información.	Mantener de forma correcta los registros y soportes de las acciones de mejoras implementadas y los resultados de estas como lo estipula la norma.	Semestral	Líder de calidad

	los líderes de proceso.				
CIG-MAM	Durante la vigencia, la entidad no ha realizado la respectiva revisión por la dirección, evidenciando un no cumplimiento de la norma, lo que limita la toma de decisiones por la Alta Dirección.	Correctiva: Creación del procedimiento para la realización de la actividad “Revisión por la Alta Dirección”	Estandarizar los pasos a seguir tanto para la realización del informe como para su debida revisión	Anual	Líder de calidad
CIG-MAM	No se evalúa la satisfacción del cliente a nivel institucional, teniendo en cuenta que no se recopila información de la percepción del ciudadano y no se realiza seguimiento con respecto al cumplimiento de los requisitos del servicio, al igual no se evidencia metodología, mecanismo para adelantar el respectivo	Correctiva: Creación del procedimiento “Retroalimentación al cliente” e implementación de un buzón de sugerencias que esté al alcance de cada usuario.	Medir la satisfacción del cliente y detectar las falencias para establecer las acciones de mejora necesarias.	Mensual	Líder de calidad

	seguimiento y medición de la satisfacción.				
CIG-MAM	No se evidencia la divulgación y análisis de los resultados de los indicadores, con todo el personal involucrado	Correctiva: Estipular el mecanismo apropiado para hacer públicas los resultados de los indicadores de gestión (Reuniones, folletos, circulares).	Promover mayor participación y sentido de pertenencia al logro de la política y objetivos de la calidad	Mensual	Líder de calidad

Anexo K. Medición de indicadores

Nombre del indicador	Periodo evaluado	Formula	Resultado
% de quejas, reclamos y sugerencias resueltas	Octubre de 2014 - Diciembre de 2014	(13 quejas, reclamos y sugerencias resueltas / 15 quejas, reclamos y sugerencias interpuestas)* 100	86%
% de capacitación institucional	Junio de 2015 - Diciembre de 2014	(2 capacitaciones realizadas / 3 capacitaciones programadas)* 100	67%
Control de ausentismo de personal	Capacitación de calidad	(6 funcionarios ausentes / 15 funcionarios esperados)* 100	40%
% de cumplimiento del programa de auditorias	Enero de 2014 - Diciembre de 2014	(2 auditorías realizadas / 2 auditorías dentro del cronograma)* 100	100%
Oportuna entrega de informes a los entes de control	Enero de 2014 - Diciembre de 2014	(4 informes entregados a los entes de control dentro de los términos / 5 informes solicitados)* 100	80%
% de acciones correctivas y preventivas cerradas exitosamente	Junio de 2014 - Diciembre de 2014	(5 acciones correctivas + 3 acciones preventivas / 12 total de acciones generadas)* 100	67%

Anexo L. Plan de mejora indicadores de gestión

PLAN		Plan de Mejora.			
OBJETIVO		Determinar las acciones correctivas o preventivas para alcanzar las metas estipuladas.			
Indicador	Descripción Hallazgo	Acción correctiva/preventiva	Objetivo	Fecha de ejecución	Responsable
% de quejas, reclamos y sugerencias resueltas	No se realiza el debido procedimiento para la atención de las solicitudes.	<p>Correctiva:</p> <p>Se deben estipular los tiempos de respuesta para cada una de las solicitudes, realizar la respectiva clasificación y enrutamiento de estas y en caso de que no sea posible resolverla en la oficina, se deberá informar al solicitante para que esta sea enviada a la oficina correspondiente.</p>	Evitar archivar solicitudes que no son competencia del área y así brindar un buen servicio a los usuarios.	Según solicitudes	Líder de calidad
% de capacitación institucional	Incumplimiento con el cronograma de capacitaciones a los funcionarios.	<p>Correctiva:</p> <p>Cada vez que por fuerza mayor se deba incumplir con lo estipulado en el cronograma, inmediatamente se tenga conocimiento de la modificación se deberá establecer la nueva fecha de capacitación de manera inmediata y por medio de</p>	Cumplir con el total las capacitaciones programadas.	Según modificación	Líder de calidad

		un oficio informarle a todos los funcionarios implicados.			
Control de ausentismo de personal	Incumplimiento a la asistencia de las actividades programadas	<p>Correctiva: Estipular sanciones para aquellos funcionarios que se ausenten injustificadamente a las actividades programadas.</p> <p>Preventiva : Asegurar la recepción de los oficios por parte de las diferentes oficinas donde se anuncian las actividades.</p>	Disminuir el ausentismo del personal a las actividades que son parte de sus funciones.	Según actividades	Líder de calidad
Oportuna entrega de informes a los entes de control	Incumplimiento en las fechas de entrega de los informes exigidos por los entes de control.	<p>Preventiva: Exponer en un lugar estratégico las fechas de entrega de los 5 informes exigidos anualmente donde todos los funcionarios puedan tenerlas presente.</p>	Evitar demoras en las entregas de los informes exigidos por los entes de control.	Al inicio de año	Líder de calidad
% de acciones correctivas y preventivas cerradas exitosamente	No se cierran exitosamente las acciones correctivas y preventivas generadas.	<p>Preventiva: Realizar constante retroalimentación al personal en el manejo de las acciones correctivas y preventivas y realizar actividades donde se compruebe el pleno</p>	Capacitar al personal para que puedan llevar a cabo las acciones que se recomiendan.	Mensual	Líder de calidad

		entendimiento y manejo de este tema.			
--	--	--------------------------------------	--	--	--

Anexo M. Diagnóstico Final según la NTCGP 1000:2009

NTCGP 1000	REQUISITO	NO CUM	SI SE CUMPLE					TOTAL
			P	DI	DO	IMP	AUD	
4	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD				1	1		65%
4.1	Requisitos generales				X			
4.2	Gestión documental					X		
5	RESPONSANILIDAD DE LA DIRECCIÓN			3	2	1		43%
5.1	Compromiso de la dirección					X		
5.2	Enfoque al cliente				X			
5.3	Política de la Calidad				X			
5.4	Planificación			X				
5.5	Responsabilidad, Autoridad y comunicación			X				
5.6	Revisión por la dirección			X				
6	GESTIÓN DE LOS RECURSOS			2	2			38%
6.1	Provisión de recursos				X			
6.2	Talento humano				X			
6.3	Infraestructura			X				
6.4	Ambiente de trabajo			X				
7	PRESTACIÓN DEL SERVICIO			1				25%
7.1	Planificación de la prestación del servicio			X				
7.2	Procesos relacionados con el cliente						No aplica	
7.3	Diseño y desarrollo						No aplica	
7.4	Adquisición de bienes y servicios						No aplica	
7.5	Prestación del servicio						No aplica	
7.6	Control de elementos de medición						No aplica	
8	MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA			1	1	3		63%
8.1	Generalidades					X		
8.2	Seguimientos y medición					X		
8.3	Control del servicio no conforme			X				
8.4	Análisis de datos				X			
8.5	Mejora					X		
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO								47%