



**PROCEDIMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES
CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA CONTINUA**

CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: 9002

VERSIÓN Nº 7.0

Fecha: OCTUBRE 7 DE 2009

REVISADO POR: Jefe Oficina de Control Interno	Jazmín del Socorro Eslait Massón	FIRMA
CARGO	NOMBRE	
APROBADO POR: Director Técnico de Planeación	Elemir Eduardo Pinto Díaz	FIRMA
CARGO	NOMBRE	

COPIA No.

No. DE FOLIOS: 28

PROCEDIMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA CONTINUA

1. OBJETIVO

Definir los pasos necesarios para establecer e implementar Acciones Correctivas (Plan de Mejoramiento), Preventivas (Plan de Manejo de Riesgos) y de Mejora Continua, que conlleven al mejoramiento de los procesos y del Sistema de Gestión de la Calidad – SGC.

2. ALCANCE

El procedimiento inicia tomando los diferentes insumos para la formulación de acciones y termina con la presentación de los resultados al Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno.

3. BASE LEGAL

- **Acuerdo 361 de Enero 6 de 2009** "por el cual se organiza la Contraloría de Bogotá, D. C., se determinan las funciones por dependencias, se fijan los principios generales inherentes a su organización y funcionamiento y se dictan otras disposiciones"
- **Acuerdo Distrital 122 de 2004** "Por el cual se adopta en Bogotá D.C., el Sistema de Gestión de la Calidad creado por la Ley 872 de 2003".
- **Acuerdo 206 de marzo 17 de 2006** "Por medio del cual se ajusta la planta de personal de la Contraloría de Bogotá D.C. al sistema de nomenclatura y clasificación".
- **Decreto Nacional 4110 de 2004** "Por el cual se reglamenta la Ley 872 de 2003 y se adopta la Norma Técnica de la Calidad en la Gestión Pública – NTCGP 1000:2004".
- **Decreto Nacional 1214 de 2000** "Por el cual se establecen funciones para los Comités de Conciliación de que trata el artículo 75 de la Ley 446 de 1998 y se dictan otras disposiciones", artículo 5.
- **Decreto Distrital 387 de 2004** "Por el cual se reglamenta el Acuerdo 122 de 2004 que adopta en Bogotá D.C., El Sistema de Gestión de la Calidad creado por medio de la Ley 872 de 2003"
- **Ley 87 de Noviembre 29 de 1993, artículo 4, literales a, b y c, artículo 8** "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 y en otras entidades prestadoras de servicios".

PROCEDIMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA CONTINUA

- **Norma NTC-ISO 9001-2000:** Requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad.
- **Norma NTC –ISO 9001- 2008:** Aclaraciones a requisitos existentes de ISO 9001-2000.
- **Norma ISO 19011:** Directrices para la auditoría del Sistema de Gestión de la Calidad y Ambiental.
- **Norma NTCGP 1000:2004** 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.
- **Resolución Reglamentaria,** “Por la cual se reglamenta el Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno, como órgano rector en Control Interno en la Contraloría de Bogotá, D.C.”
- **Resolución Reglamentaria,** “Por la cual se adopta el Manual de Calidad del Sistema de Gestión de la Calidad” de la Contraloría de Bogotá, D.C.
- **Resolución Reglamentaria,** “Por la cual se adopta el Manual Específico de Funciones y Requisitos” de la Contraloría de Bogotá, D.C.

4. DEFINICIONES

Acción Correctiva: Conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad detectada u otra situación indeseable.

Nota 1 Puede haber más de una causa para una no conformidad

Nota 2 La acción correctiva se toma para prevenir que algo vuelva a producirse, mientras que la acción preventiva se toma para prevenir que algo suceda.

Nota 3 Existe diferencia entre corrección y acción correctiva.

Acción Eficaz: Acción correctiva o preventiva que con evidencia objetiva demuestra que se eliminaron las causas de las no conformidades o hallazgos.

Acción Preventiva: Conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad potencial u otra situación eventual indeseable.

Nota 1 Puede haber más de una causa para una no conformidad potencial.

Nota 2 La acción preventiva se toma para prevenir que algo suceda, mientras que la acción correctiva se toma para prevenir que vuelva a producirse.

Auditado: Organización, área o dependencia que es auditada.

PROCEDIMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA CONTINUA

Auditor: Persona que lleva a cabo una auditoría o evaluación independiente con el apoyo, si es necesario, de expertos técnicos.

Auditor Interno de calidad: Profesional con la competencia para efectuar las auditorías internas de calidad.

Auditoria: Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias que, al evaluarse de manera objetiva, permiten determinar la extensión en que se cumplen los criterios definidos para la realización de una auditoría.

Nota 1 Las evidencias de Auditoría consisten en registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que sea pertinente para los criterios de auditoría, y que sea verificable.

Auditoria de Seguimiento: Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias que, al evaluarse de manera objetiva, permiten verificar que las acciones hayan sido implementadas, determinar su eficacia y efectuar el cierre de las no conformidades o hallazgos planteados.

Nota En esta clase de auditoría el auditor debe determinar si las acciones son eficaces o no. (Ver definición "acción eficaz").

Auditoria Especial: Auditoría eventual no contemplada dentro del Programa Anual de Evaluaciones Independientes, la cual se efectúa por solicitud de la alta dirección, se desarrolla con las actividades propias del ciclo de auditoría (planeación, ejecución e informe), seguimiento y verificación de acciones.

Conformidad: Cumplimiento de un requisito.

Corrección: Acción inmediata tomada para eliminar una no conformidad detectada.

Criterio de Auditoría: Conjunto de políticas, procedimientos o requisitos utilizados como referencia.

Nota Los criterios de auditoría se utilizan como una referencia frente a la cual se compara la evidencia de la auditoría.

Descripción del Riesgo: Características generales o las formas en que se observa o manifiesta una situación que pueda entorpecer el normal desarrollo de las funciones de la entidad y le impidan el logro de sus objetivos.

Efectividad: Medida del impacto de la gestión tanto en el logro de los resultados planificados, como en el manejo de los recursos utilizados y disponibles.

Nota La medición de la efectividad se denomina en la Ley 872 de 2003 como una medición del impacto.

PROCEDIMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA CONTINUA

Eficacia: Grado en el que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados.

Nota La medición de la eficacia se denomina en la Ley 872 de 2003 como una medición de resultado.

Eficiencia: Relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados.

Ejecutor: Nombre del cargo de quien debe realizar la actividad.

Equipo de Análisis: Grupo de trabajo que analiza, identifica las situaciones objeto de análisis (hallazgos y no conformidades) y propone las acciones requeridas para el manejo de las mismas. En el equipo de análisis deben participar los jefes y funcionarios de las dependencias que integran los procesos.

Evidencia de la Auditoria: Registros o declaraciones de hechos o cualquier otra información que son pertinentes para los criterios de Auditoria y que son verificables.

Evidencia Objetiva: Datos que respaldan la existencia o veracidad de algo.

Hallazgo de la Auditoria: Resultados de la evaluación de la evidencia objetiva recopilada frente a los criterios de auditoria.

Impacto: Consecuencia que puede ocasionar la materialización del riesgo.

Informe de Auditoria: Documento donde se presenta el resultado de la auditoria, dirigido a la alta dirección y al responsable del proceso auditado.

Mejora Continua: Acción permanente realizada con el fin de aumentar la capacidad para cumplir los requisitos y optimizar el desempeño.

Nota Tanto las acciones correctivas como las preventivas pueden verse como pasos en un ciclo de mejora.

No Conformidad: Incumplimiento de un requisito. Resultado de una auditoria de calidad.

No conformidad Potencial: Situación que no implica incumplimiento de un requisito, pero que debe ser tenida en cuenta para realizar mejoras en el producto, proceso y sistema de gestión, o para mitigar situaciones de riesgo o eliminar no conformidades potenciales. Resultado de una auditoria de calidad.

Plan de Manejo de Riesgos: Plan de acción en el cual se identifica de forma precisa las acciones a desarrollar para eliminar la causa de las no conformidades potenciales o mitigar los riesgos.

PROCEDIMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA CONTINUA

Plan de Mejoramiento: Plan de acción en el que se identifica de forma precisa las acciones seleccionadas para corregir el incumplimiento de los requisitos.

Política de Calidad: Corresponde a los objetivos definidos en el Plan Estratégico que expresan las intenciones globales de la Organización relativas a la calidad y se formalizan por la Alta Dirección.

Probabilidad del Riesgo: Posibilidad de ocurrencia, la cual puede ser medida por la frecuencia o la presencia de factores internos o externos que pueden propiciar el riesgo.

Proceso: Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados.

Nota 1 Los elementos de entrada para un proceso son generalmente salidas de otros procesos.

Nota 2 Los procesos de una entidad son, generalmente planificados y puestos en práctica bajo condiciones controladas, para generar valor.

Refrendar: legalizar un documento por medio de una firma autorizada.

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

Requisito: Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.

Nota 1 “Generalmente implícita” significa que es habitual o una práctica común para la entidad, sus clientes y otras partes interesadas, el que la necesidad o expectativa bajo consideración esté implícita.

Nota 2 La palabra obligatoria, se refiere, generalmente, a disposiciones de carácter legal.

Nota 3 Pueden utilizarse calificativos para identificar un tipo específico de requisito, por ejemplo, requisito de un producto y/o servicio, requisito de la gestión de la calidad, requisito del cliente, requisito legal o normativo.

Nota 4 Los requisitos para la realización de un producto o la prestación de un servicio se refieren, pero necesariamente no se limitan, a aquellos que una entidad debe cumplir para satisfacer al cliente o cumplir una disposición legal.

Nota 5 Un requisito especificado es aquel que se declara, por ejemplo, en un documento.

Responsable de Proceso: Funcionario encargado de garantizar el cumplimiento de los procedimientos y actividades del proceso a su cargo, su designación está definida en el Manual de Calidad.

Responsable: Encargado de adelantar las acciones o actividades propuestas o planeadas.

PROCEDIMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA CONTINUA

Revisión: Actividad emprendida para asegurar la conveniencia, la adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad del tema objeto de la revisión, para alcanzar unos objetivos establecidos.

Ejemplo: Revisión por la dirección, revisión del diseño y el desarrollo, revisión de los requisitos del cliente y revisión de no conformidades.

Nota Los términos conveniencia y adecuación se refieren a:

- Conveniencia: grado de alineación o coherencia del objeto de revisión con las metas y políticas organizacionales.
- Adecuación: determinación de la suficiencia total de las acciones, decisiones, etc., para cumplir los requisitos.

Riesgo: Toda posibilidad de ocurrencia de aquella situación que pueda entorpecer el normal desarrollo de las funciones de la entidad y le impidan el logro de sus objetivos.

Seguimiento: Acción regular y sistemática que identifica aciertos o fallas en la ejecución de las acciones programadas.

Sistema de Gestión de la Calidad: Sistema de gestión para dirigir y controlar una organización con respecto a la calidad.

Verificación: Confirmación mediante la aportación de evidencia objetiva de que se han cumplido los requisitos especificados o la eficacia de las acciones implementadas.

5. REGISTROS

- Reporte de Acciones Correctivas – Plan de Mejoramiento, Acciones Preventivas – Plan de Manejo de Riesgos y de Mejora Continua (Anexos 1, 2 y 3)
- Memorando
- Acta

6. ANEXOS

- **Anexo 1.** Reporte de Acciones Correctivas – Plan de mejoramiento e instructivo para diligenciamiento. Formato 9002001
- **Anexo 2.** Reporte de Acciones Preventivas – Plan manejo de riesgos e instructivo para diligenciamiento. Formato 9002002
- **Anexo 3.** Reporte de Mejora Continua - Instructivo para diligenciamiento. Formato 9002003
- **Anexo 4.** Determinación factores de riesgos, Contexto estratégico. Formato 9002004
- **Anexo 5.** Identificación, análisis y valoración de riesgos. Formato 9002005

7. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

7.1. ANALISIS DE INFORMACIÓN

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	REGISTROS	PUNTOS DE CONTROL/ OBSERVACIONES
1	Contralor Auxiliar, Directores, Jefe de Oficina (Responsables de Proceso)	<p>Conforma Equipo de Análisis del proceso con funcionarios de todas las dependencias que lo integran. Toma los diferentes insumos para la formulación de acciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informes de Auditoria (Oficina de Control Interno, Internas de calidad, Externas de calidad, Auditoria General de la República, Contraloría Gral. de la República, Auditoria Fiscal) 2. Informe de gestión del proceso. 3. Informe de revisión por la dirección (Acta Comité Directivo). 4. Autoevaluación (aplicación de procedimientos, retroalimentación de los clientes, análisis de riesgos, etc.). 5. Peticiones, quejas y reclamos 6. Otros 		<p>Observación:</p> <p>Cuando se estime conveniente se puede invitar a personas que tengan el conocimiento técnico del tema a tratar.</p>
2	Contralor Auxiliar Directores, Subdirectores, Jefes de Oficina, Asesores, Profesionales, Técnicos (Equipo de análisis por proceso)	<p>Identifica situaciones objeto de análisis y clasifica según el caso así:</p> <ul style="list-style-type: none"> > Hallazgos o no conformidades: Anexo 1 "Plan de mejoramiento". > No conformidades potenciales o riesgos: Anexo 2 "Acciones Preventivas-Plan manejo de riesgos". > Acciones de mejora: Anexo 3 "Acciones de mejora". 		<p>Observación:</p> <p>En relación con el análisis de riesgos dar aplicabilidad al numeral 7.2 de este procedimiento.</p> <p>Cada proceso en equipo de análisis debe adelantar de manera periódica la revisión y actualización de sus riesgos como mínimo una vez en el año, dejando el correspondiente registro en Acta.</p>

PROCEDIMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA CONTINUA

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	REGISTROS	PUNTOS DE CONTROL/ OBSERVACIONES
3	Contralor Auxiliar Directores, Subdirectores, Jefes de Oficina, Asesores, Profesionales, Técnicos (Equipo de análisis por proceso)	Establece las causas que le dieron origen a la situación objeto de análisis.		<p>Observación: Hacer uso de herramientas de análisis como: Diagrama de Pareto, Diagrama causa – efecto, estratificación, diagrama de dispersión, histograma, gráficos de control, lluvia de ideas, entre otras.</p> <p>Para el tema de riesgos (Anexo 2) se aplica la metodología descrita en los anexos 4 y 5.</p>
4	Contralor Auxiliar Directores, Subdirectores, Jefes de Oficina, Asesores, Profesionales, Técnicos (Equipo de análisis por proceso)	Determina las acciones a implementar, garantizando que estas se orienten a eliminar cada una de las causas identificadas, asegurando la asignación de responsables y la definición de tiempos para su ejecución.	Acta	<p>Punto de Control: Las acciones se orienten a eliminar la causa de los hallazgos.</p> <p>Observación: Se pueden determinar varias propuestas de acciones, evaluando las ventajas y las desventajas de cada una de ellas, asegurándose que estas no produzcan otros problemas (efectos colaterales), si esto sucede, adopte otras acciones o diseño estrategias que eliminen estos efectos.</p> <p>En el caso que se determinen hallazgos similares para varias dependencias que hacen parte del mismo proceso o involucren otro proceso, el equipo de análisis debe unificar las acciones que permitan subsanar el hallazgo.</p>
5	Contralor Auxiliar Directores, Subdirectores, Jefes de Oficina, Asesores, Profesionales, Técnicos (Equipo de análisis por proceso)	Consolida y actualiza en Excel y en el software diseñado para tal fin los Anexos 1, 2 y 3 del proceso con la información anterior.		
6	Contralor Auxiliar, Directores, Jefes de Oficina, Jefe de Unidad Local, Asesor (Coordinador del GUIFO).	Ejecuta las acciones establecidas para subsanar los hallazgos bajo su responsabilidad.		<p>Observación: Se debe dejar evidencia de las acciones ejecutadas.</p>
		Establece la necesidad de reformular causas, acciones o fecha de terminación programada y remite la solicitud debidamente sustentada al Responsable de Proceso.	Memorando	
7	Contralor Auxiliar, Directores, Jefe de Oficina	Aprueba o desaprueba las solicitudes para la reformulación de causas,		

PROCEDIMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA CONTINUA

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	REGISTROS	PUNTOS DE CONTROL/ OBSERVACIONES
	(Responsables de Proceso)	acciones o fecha de terminación programada. Comunica la decisión al Jefe de la Dependencia con copia a la Oficina de Control Interno.		
8	Jefe Oficina de Control Interno	Recepciona las solicitudes de modificación aprobadas de causas, acciones y/o fechas relacionadas. Actualiza las modificaciones aprobadas en Excel y en el software diseñado para tal fin.		Observación: En el caso de modificación de causas, acciones y/o fechas relacionadas con los hallazgos de la Auditoría General de la República y Auditoría Fiscal, se solicitará mediante oficio.

7.2. SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	REGISTROS	PUNTOS DE CONTROL/ OBSERVACIONES
1	Contralor Auxiliar, Directores, Jefes de Oficina, Asesor (Coordinador del GUIFO).	Realiza el seguimiento de las acciones formuladas en los anexos 1,2 y 3. Comunica al Responsable del Proceso		Observación: Esta actividad se realiza en la herramienta diseñada para tal fin. El seguimiento se reportará de acuerdo con la periodicidad establecida en la normatividad. (Vigente a la fecha).
2	Contralor Auxiliar, Directores, Jefe de Oficina (Responsables de Proceso)	Verifica la validez de la información reportada en los anexos y remite a la Oficina de Control Interno Remite consolidado por proceso, en Excel y en el software diseñado para tal fin vía OUTLOOK	Anexos 1, 2 y 3	Observación: La información reportada en los respectivos anexos es insumo para elaborar el informe de gestión del proceso.

7.3. VERIFICACION DE ACCIONES

No	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	REGISTRO	PUNTOS DE CONTROL/ OBSERVACIONES
1	Profesional Especializado y/o Universitario (Oficina de Control Interno)	Verifica la información reportada por cada proceso.		Observación: Se debe: Verificar la inclusión de las observaciones presentadas en informes de auditorías internas, externas. Constatar que los hallazgos cerrados hagan parte del histórico de cada proceso.
2	Profesional Especializado y/o Universitario (Oficina de Control Interno)	Realiza verificación de la eficacia de las acciones, registrando los resultados en los anexos 1, 2 y 3.		Observación: Teniendo en cuenta como mínimo: <ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento de términos. • Responsables. • Seguimiento anterior

PROCEDIMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA CONTINUA

No	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	REGISTRO	PUNTOS DE CONTROL/ OBSERVACIONES
				<ul style="list-style-type: none"> Acciones realizadas a la fecha y Soportes. La verificación de los hallazgos de auditoría interna y externa de calidad (origen 3 y 4), la debe realizar un Auditor Interno de Calidad.
3	Profesional Especializado y/ó Universitario (Oficina de Control Interno)	Presenta para revisión y aprobación al Jefe de la Oficina de Control Interno, el memorando con los anexos 1, 2 y 3, dirigido al Responsable del Proceso.		Observación: El memorando incluye: las principales conclusiones de la auditoría, las acciones que no sean eficaces y las situaciones evidenciadas en el desarrollo del seguimiento, ejemplo: hallazgos no incluidos.
4	Jefe Oficina de Control Interno	Remite los resultados de la verificación de acciones a los Responsables del Proceso.	Memorando y anexos 1, 2 y 3	Punto de Control: La remisión de resultados debidamente validados y refrendados por el Jefe de la Oficina de Control Interno. Observación: Los hallazgos de los entes externos, cerrados por la Oficina de Control Interno, se mantendrán hasta que sean cerradas por los entes correspondientes.
5	Profesional Especializado y/ó Universitario (Oficina de Control)	Actualiza los Planes de Mejoramiento de la Auditoría Fiscal y la Auditoría General de la República.		Observación: Los remite al funcionario responsable de consolidar los reportes a la Auditoría General de la República y Auditoría Fiscal, en los términos establecidos por ellos.
6	Contralor Auxiliar, Directores, Jefe de Oficina, (Responsables de Proceso)	Socializan los resultados del seguimiento y verificación de acciones a todos los funcionarios de las dependencias que conforman el Proceso.	Acta y/o medio electrónico	
7	Jefe Oficina de Control Interno.	Consolida y presenta los resultados de los anexos 1,2 y 3 a los responsables de proceso.		Observación: Corresponde a la OCI remitir el seguimiento del anexo 1, a los entes de control externos, de acuerdo con la periodicidad por ellos establecida.
8	Jefe Oficina de Control Interno	Presenta los resultados en el Comité Coordinador de Control Interno.	Acta	

**INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL ANEXO 1,
REPORTE DE ACCIONES CORRECTIVAS – PLAN DE MEJORAMIENTO.**

- (1) PROCESO:** Nombre del proceso al cual corresponde la situación observada.
- (2) RESPONSABLE DEL PROCESO:** Nombre y Cargo del funcionario responsable del proceso.
- (3) N°:** Registre el número consecutivo de la No conformidad o hallazgo de auditoria.
- (4) ORIGEN:** Consigne la procedencia de la No conformidad o hallazgo de auditoria, la cual puede surgir del análisis propio de cada proceso, auditoria interna, auditoria externa y otros que pueda identificar, utilizando los números del 1 al 8 de acuerdo a las siguientes convenciones:
1. Autoevaluación
 2. Auditoria efectuada por la Oficina de Control Interno
 3. Auditoria interna de calidad
 4. Auditoria externa de calidad
 5. Auditoria General de la República
 6. Auditoria Fiscal
 7. Peticiones, quejas y reclamos
 8. Otros, especifique
- (5) DEPENDENCIA:** Corresponde a la dependencia de la entidad donde se evidenció la no conformidad o hallazgo.
- (6) FECHA DEL HALLAZGO:** Fecha en la que se identificó la situación comunicada. Registre la fecha en formato (dd/mm/aa).
- (7) DESCRIPCIÓN E IDENTIFICACIÓN NO CONFORMIDAD O HALLAZGO DE AUDITORÍA:** Registre la No conformidad o hallazgo evidenciado.
- (8) CAUSA O CAUSAS:** Registre la causa o causas concretas que originaron la situación observada. Evidencie en papeles de trabajo u otro documento dicho análisis.
- (9) ACCIONES:** Registre las acciones para eliminar la no conformidad o hallazgo y sus causas.
- (10) RESPONSABLE DE EJECUCIÓN:** Nombre y cargo del funcionario responsable de implementar la acción.
- (11) FECHA DE INICIO PROGRAMADA:** Fecha prevista a partir de la cual se iniciará la ejecución de las acciones. Registre la fecha en formato (dd/mm/aa).
- (12) FECHA DE TERMINACIÓN PROGRAMADA:** Fecha prevista en que se concluirá la ejecución de las acciones. Registre la fecha en formato (dd/mm/aa).

(13) FECHA DE EJECUCIÓN: Fecha en la cual se terminaron las acciones propuestas en formato (dd/mm/aa).

(14) METAS CUANTIFICABLES: Es la expresión cuantitativa, concreta, medible, realizable y verificable que se espera alcanzar.

(15) INDICADORES DE CUMPLIMIENTO: Determine indicadores que permitan reflejar el cumplimiento de acciones establecidas. Registre la fórmula (numerador y denominador), el valor de las variables y el resultado del indicador.

(16) SEGUIMIENTO PROCESO: Se registra el avance de las actividades propuestas para subsanar. Esta actividad se desarrolla con base en los informes presentados por los responsables de ejecutar las acciones previstas, así:

- **FECHA DE EJECUCIÓN:** Fecha en la cual se determinaron las acciones propuestas en el formato (d/m/a)
- **DESCRIPCIÓN DEL SEGUIMIENTO:** En forma clara y precisa señale los aciertos o fallas de las actividades realizadas.
- **ESTADO:** Estado de la acción implementada, utilizando las letras T; P y SI, (T terminada, P en proceso, SI sin iniciar). Para las actividades que se encuentren en proceso registre el porcentaje de avance en la descripción del seguimiento.

(17) VERIFICACIÓN DE ACCIONES: A partir de la verificación efectuada por los auditores internos de calidad o de control interno, consigne:

- **DESCRIPCIÓN DE LA VERIFICACIÓN:** en forma clara y precisa describa las actividades realizadas en cumplimiento de las acciones.
- **ESTADO DEL HALLAZGO:** Determine el estado del hallazgo de acuerdo con la verificación efectuada a la eficacia de las acciones implementadas, utilizando las letras A y C, (A abierto, C cerrado).
- **FECHA AUDITORIA:** Los auditores u OCI registran la fecha en que se realiza la auditoría de seguimiento.
- **AUDITOR:** Consigne el nombre del auditor que realiza la verificación.

Nota: Para el diligenciamiento de los formatos, es importante no combinar celdas ya que esto impide el procesamiento de la información.

**INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL ANEXO 2,
REPORTE DE ACCIONES PREVENTIVAS – PLAN MANEJO DE RIESGOS**

- (1) PROCESO:** Nombre del proceso al cual corresponde la situación observada.
- (2) RESPONSABLE DEL PROCESO:** Nombre y cargo del funcionario responsable del proceso.
- (3) N°:** Registre el número consecutivo de la no conformidad potencial o riesgo.
- (4) ORIGEN:** Consigne la procedencia de la No Conformidad potencial o riesgo de auditoría, el cual puede surgir del análisis propio de cada proceso, auditoría interna, auditoría externa y otros que pueda identificar, utilizando los números del 1 al 8 de acuerdo a las siguientes convenciones:
1. Autoevaluación
 2. Auditoría efectuada por la Oficina de Control Interno
 3. Auditoría interna de calidad
 4. Auditoría externa de calidad
 5. Auditoría General de la República
 6. Auditoría Fiscal
 7. Peticiones, quejas y reclamos
 8. Otros, especifique
- (5) DEPENDENCIA:** Corresponde a la dependencia de la entidad donde se evidenció la no conformidad o hallazgo.
- (6) FECHA DE LA NO CONFORMIDAD POTENCIAL O RIESGO:** Fecha en la que se identificó la situación comunicada. Registre la fecha en formato (dd/mm/aa).
- (7) DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD POTENCIAL O RIESGO:** Registre la No conformidad potencial o riesgo evidenciado.
- (8) VALORACIÓN DE LA NC POTENCIAL O RIESGO:** Registre el valor resultante de la confrontación de la evaluación de riesgos con los controles identificados.
- (9) CAUSA O CAUSAS:** Registre la causa o causas concretas que originaron la situación observada. Evidencie en papeles de trabajo u otro documento dicho análisis.
- (10) ACCIONES:** Registre las acciones preventivas que permitan el adecuado manejo de la no conformidad potencial o riesgo.
- (11) RESPONSABLE DE EJECUCIÓN:** Nombre y cargo del funcionario responsable de implementar la acción.
- (12) FECHA DE INICIO PROGRAMADA:** Fecha prevista a partir de la cual se iniciará la ejecución de las acciones. Registre la fecha en formato (dd/mm/aa).

(13) FECHA DE TERMINACIÓN PROGRAMADA: Fecha prevista en que se concluirá la ejecución de las acciones. Registre la fecha en formato (dd/mm/aa).

(14) FECHA DE EJECUCIÓN: Fecha real en que se ejecutó la acción. Registre la fecha en formato (dd/mm/aa).

(15) SEGUIMIENTO PROCESO: El seguimiento de las acciones se realiza en equipo de análisis del proceso, teniendo en cuenta lo siguiente:

- **DESCRIPCIÓN DEL SEGUIMIENTO:** En forma clara y precisa señale los aciertos o fallas de las actividades realizadas, de acuerdo con el resultado del indicador.
- **ESTADO:** Estado de la acción implementada, utilizando las letras T; P y SI, (T terminada, P en proceso, SI sin iniciar). Para las actividades que se encuentren en proceso registre el porcentaje de avance en la descripción del seguimiento.

(16) VERIFICACIÓN DE ACCIONES: La verificación es realizada por los auditores internos de calidad o funcionarios de la oficina de control interno, estableciendo:

- **DESCRIPCIÓN DE LA VERIFICACIÓN:** En forma clara y precisa describa las actividades realizadas para la verificación.
- **ESTADO DE LA NC POTENCIAL O RIESGO:** determine el estado De la No conformidad potencial o riesgo de acuerdo con la verificación efectuada a la eficacia de las acciones implementadas, utilizando las letras A (abierto) cuando no se hayan concluido las acciones formuladas y C (cerrado) cuando se hayan concluido las acciones formuladas y se demuestre el adecuado manejo del riesgo.
- **FECHA AUDITORIA:** Los auditores u OCl registran la fecha en que realiza la auditoria de seguimiento.
- **AUDITOR:** Consigne el nombre y la firma del auditor que realiza la verificación.

Nota: Para el diligenciamiento de los formatos, es importante no combinar celdas ya que esto impide el procesamiento de la información.

**INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL ANEXO 3
REPORTE DE MEJORA CONTÍNUA**

- (1) PROCESO:** Nombre del proceso al cual corresponde la situación observada.
- (2) RESPONSABLE DEL PROCESO:** Nombre y cargo del funcionario responsable del proceso.
- (3) N°:** Registre el número consecutivo del objetivo de mejora identificado.
- (4) DEPENDENCIA:** Corresponde a la dependencia de la entidad donde se determinó el objetivo de mejora.
- (5) OBJETIVO DE MEJORA:** Registre la actividad que refleje el aumento de capacidad y que se pueda evidenciar posteriormente, teniendo en cuenta preguntas clave como: ¿Qué, Cómo, Dónde, Quién, Cuándo, Por qué?
- (6) RESPONSABLE DE EJECUCIÓN:** Nombre y cargo del funcionario responsable de implementar el (s) objetivo (s).
- (7) FECHA DE INICIO PROGRAMADA:** Fecha prevista a partir de la cual se iniciará la ejecución de las acciones propuestas para cumplir con el objetivo. Registre la fecha en formato (dd/mm/aa).
- (8) FECHA DE TERMINACIÓN PROGRAMADA:** Fecha prevista en que se concluirá la ejecución de las acciones. Registre la fecha en formato (dd/mm/aa).
- (9) FECHA REAL DE EJECUCIÓN:** Fecha en la cual se terminaron las acciones propuestas en formato (dd/mm/aa).
- (10) SEGUIMIENTO JEFE DEPENDENCIA:** A partir del seguimiento efectuado por el jefe de dependencia (Contralor, Contralor auxiliar, Director, Jefe de Oficina y Coordinador de Grupo), consigne:
- DESCRIPCIÓN DEL SEGUIMIENTO: En forma clara y precisa señale los aciertos o fallas de las actividades realizadas.
 - ESTADO: Estado del objetivo implementado, utilizando las letras T; P y SI, (T terminada, P en proceso, SI sin iniciar). Para las actividades que se encuentren en proceso registre el porcentaje de avance en la descripción del seguimiento.
- (11) VERIFICACIÓN DE ACCIONES:** A partir de la verificación efectuada por los auditores internos de calidad o de control interno, consigne:
- DESCRIPCIÓN DE LA VERIFICACIÓN: En forma clara y precisa describa las actividades realizadas para la verificación.

- ESTADO DE LA MEJORA: Verifique la evidencia de la mejora propuesta y determine el estado del Objetivo de Mejora de acuerdo con la eficacia de las acciones implementadas, utilizando las letras A y C, (A abierto, C cerrado).
- FECHA AUDITORIA: Los auditores u OCI registran la fecha en que realiza la auditoria de seguimiento.
- AUDITOR: Consigne el nombre del auditor que realiza la verificación.

Nota: Para el diligenciamiento de los formatos, es importante no combinar celdas ya que esto impide el procesamiento de la información.

**ANEXO 4
DETERMINACIÓN FACTORES DE RIESGO**

La determinación de factores de riesgo en los procesos y actividades, se realiza a partir del conocimiento de situaciones del entorno de la entidad, tanto de carácter social, económico, cultural, de orden público, político, legal y cambios tecnológicos, entre otros; se alimenta también con el análisis de la situación actual de la entidad, basado en el resultado del componente de ambiente de control y elementos tales como: estructura organizacional, modelo de operación, cumplimiento de los planes, sistemas de información, procesos y procedimientos y los recursos económicos, entre otros.

La identificación de factores de riesgo se debe realizar desde dos puntos de vista así:

- ☑ **Factores externos (oportunidades ó amenazas):** con base en el análisis de la información externa y los planes de la entidad.
- ☑ **Factores internos (fortalezas ó debilidades):** con base en el análisis de los componentes Ambiente de Control, Direccionamiento Estratégico y demás estudios que sobre la cultura organizacional y el clima laboral se hayan adelantado en la Entidad.

Para identificar los aspectos mencionados anteriormente, tener en cuenta el Formato siguiente:

FORMATO CONTEXTO ESTRATÉGICO

1. CONTEXTO ESTRATÉGICO		
ENTORNO ESTRATÉGICO		
(a) MISIÓN: Anote la misión de la entidad.		
(b) VISIÓN: Determine la visión prevista para la entidad.		
(c) IDENTIFICACIÓN DE PROCESOS: Identifique claramente el proceso sobre el cual se realizará el respectivo análisis.		
(d) OBJETIVOS: Establezca el ó los objetivos estratégicos a los cuales el proceso contribuye para su cumplimiento.		
(e) NECESIDADES DEL CLIENTE: Verifique los resultados de la encuesta de percepción efectuada en el proceso de Enlace con Clientes, referentes al proceso de análisis.		
(f) INFORMES INTERNOS Y EXTERNOS: Analice los resultados de los informes tanto interno como externos y establezca claramente las observaciones u aspectos negativos que afectan el cumplimiento del proceso.		
2. IDENTIFICACIÓN DE FACTORES		
	FACTORES INTERNOS	FACTORES EXTERNOS
FACTORES NEGATIVOS	DEBILIDADES	AMENAZAS
FACTORES POSITIVOS	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES

FORMATO CÓDIGO: 1005004

ANEXO 5 IDENTIFICACION, ANÁLISIS Y VALORACIÓN DE RIESGOS

Como herramienta para documentar la identificación, análisis y valoración de los riesgos, se diligenciará el Formato Código 1005005 "Identificación, análisis y valoración de riesgos", utilizando un formato para cada riesgo a analizar, teniendo en cuenta lo siguiente:

Identificación de riesgos:

El proceso de identificación del riesgo permite conocer los eventos potenciales que pueden afectar el logro de la misión institucional, las causas y los efectos de su ocurrencia, por lo cual debe ser permanente, interactivo y ampliamente participativo, basado en el resultado del análisis del contexto estratégico, en el proceso de planeación y en la claridad del plan estratégico de la Entidad para la obtención de resultados.

Una buena identificación de los riesgos involucra examinar todas las fuentes de riesgo y las perspectivas de los ejecutores de los procedimientos. Otro factor importante es la buena calidad de la información y el comprender cómo y donde estos riesgos han tenido o pueden tener efecto.

Aunque no siempre es posible obtener toda la información necesaria, esta debe ser amplia, integral, precisa y oportuna en la medida que lo permitan los recursos disponibles u otros factores restrictivos. En todo caso debe precisar el proceso que involucra y su objetivo particular, el riesgo, los medios, circunstancias o agentes generadores que componen la causa y las posibles consecuencias sobre los objetivos de la Entidad, representadas en las personas o los bienes materiales o inmateriales, con incidencias importantes: daños, sanciones, pérdidas económicas, de información, de bienes, de imagen, de credibilidad, daño ambiental, entre otros.

Análisis del riesgo:

Una vez identificados los riesgos, el equipo de análisis se ocupará de estudiar la probabilidad entendida como la posibilidad de ocurrencia y, el impacto o las consecuencias de su materialización; esto con el propósito de establecer **el nivel de riesgos**.

Cada factor de riesgo necesita ser analizado para calificarlo y evaluarlo a fin de decidir cuales son aquellos que potencialmente tendrían mayor efecto y por tanto exigen mayor gestión por parte de la Entidad de cara a su aceptación y manejo.

El nivel de riesgo se determina considerando los siguientes aspectos en relación con los controles existentes:

- ✓ **Probabilidad:** Qué posibilidad existe que las cosas sucedan, esta puede ser medida con criterios de *Frecuencia*, si se ha materializado (el número de veces que se ha presentado o puede presentarse en un tiempo determinado), o de *Factibilidad* teniendo en cuenta la presencia de factores internos y externos que pueden propiciar el riesgo, aunque éste no se haya materializado.
- ✓ **Impacto.** Posibles consecuencias que existirán si este hecho ocurre, el impacto o la magnitud de los efectos de la materialización del riesgo.

Para adelantar el análisis de riesgo se deben considerar los siguientes aspectos:

- 1.- La **Calificación del Riesgo:** se logra a través de la estimación de la **probabilidad** de su ocurrencia, puede ser alta, media ó baja y el **impacto** que puede causar la materialización del riesgo que puede ser leve, moderado ó catastrófico. Se utiliza una matriz de análisis cualitativo:

Matriz de Calificación del Riesgo

Probabilidad	Valor			
Alta	3			
Media	2			
Baja	1			
	Impacto	Leve	Moderado	Catastrófico
	Valor	5	10	20

2.- La **Evaluación del Riesgo**: permite comparar los resultados de su calificación, con los criterios definidos para establecer el grado de exposición de la entidad al riesgo; de esta forma es posible distinguir entre los riesgos aceptables, tolerables, moderados, importantes o inaceptables y fijar las prioridades de las acciones requeridas para su tratamiento. Se utiliza una matriz de análisis cuantitativo cuyos valores numéricos contribuyen a la exactitud de la calificación y evaluación del riesgo:

Matriz de Evaluación del Riesgo

Probabilidad	Valor			
Alta	3	15 Zona de riesgo moderado	30 Zona de riesgo importante	60 Zona de riesgo inaceptable
		Evitar el riesgo	Reducir el riesgo Evitar el riesgo Compartir o transferir	Evitar el riesgo Reducir el riesgo Compartir o transferir
Media	2	10 Zona de riesgo tolerable	20 Zona de riesgo moderado	40 Zona de riesgo importante
		Asumir el riesgo Reducir el riesgo	Reducir el riesgo Evitar el riesgo Compartir o transferir	Reducir el riesgo Evitar el riesgo Compartir o transferir
Baja	1	5 Zona de riesgo aceptable	10 Zona de riesgo tolerable	20 Zona de riesgo moderado
		Asumir el riesgo	Reducir el riesgo Compartir o transferir	Reducir el riesgo Compartir o transferir
	Impacto	Leve	Moderado	Catastrófico
	Valor	5	10	20

De acuerdo con lo mencionado anteriormente, se califica y evalúa cada riesgo y se incorpora en la segunda parte del Formato Código 1005005 "Identificación, análisis y valoración de riesgos".

Valoración del riesgo:

La valoración del riesgo es el producto de confrontar los resultados de la evaluación del riesgo con los controles preventivos o correctivos identificados, con el objetivo de establecer prioridades para su manejo y fijación de políticas. Para adelantar esta etapa se hace necesario tener claridad sobre los puntos de control existentes en los diferentes procesos, los cuales permiten obtener información para efectos de tomar decisiones.

La valoración del riesgo se realiza en dos etapas: primera, describa los controles, establezca si son preventivos o correctivos y determine si están documentados, si se aplican en la actualidad y si son efectivos para minimizar el riesgo; segunda, analice los riesgos calificados frente a los controles existentes en cada riesgo, ponde los según la tabla de criterios presentada a continuación y ubíquelos en el Formato Código 1005005 "Identificación, análisis y valoración de riesgos".

CRITERIOS	VALORACIÓN DEL RIESGO
No existen controles documentados o si existen pero no se aplican y no son efectivos.	Se mantiene el resultado de la evaluación (zona de riesgo inaceptable) antes de controles o equivaldría a una valoración ALTA – 60
Los controles existentes, se aplican y no son efectivos.	Cambia el resultado de la evaluación antes de controles bajando una casilla (zona de riesgo importante o moderado) y equivaldría a una valoración MEDIA – 40, 30, 20 ó 15.
Los controles existentes, se aplican y son efectivos para minimizar el riesgo.	Pasa la zona tolerable o aceptable y equivaldría a una valoración BAJA -10 ó 5.

“IDENTIFICACIÓN, ANÁLISIS Y VALORACIÓN DE RIESGOS”

1. IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS											
No.											
PROCESO		Nombre del proceso									
OBJETIVO DEL PROCESO		Se debe transcribir el objetivo que se ha definido para el proceso al cual se le están identificando los riesgos.									
CAUSAS		Son los medios, las circunstancias y agentes generadores de riesgo. Los agentes generadores que se entienden como todos los sujetos u objetos que tienen la capacidad de originar un riesgo; se pueden clasificar en cinco categorías: personas, materiales, Comités, instalaciones y entorno.									
RIESGO		Representa la posibilidad de ocurrencia de un evento que pueda entorpecer el normal desarrollo de las funciones de la entidad y afectar el logro de sus objetivos. Se deben tener en cuenta las características generales o las formas en que se observa o manifiesta el riesgo identificado.									
EFFECTOS		Constituyen las consecuencias de la ocurrencia del riesgo sobre los objetivos de la entidad; generalmente se dan sobre las personas o los bienes materiales o inmateriales con incidencias importantes tales como: daños físicos y fallecimiento, sanciones, pérdidas económicas, de información, de bienes, de imagen, de credibilidad y de confianza, interrupción del servicio y daño ambiental.									
2. ANÁLISIS DE RIESGO											
Probabilidad		Califique 1, 2 ó 3				Impacto		Califique 5, 10 ó 20			
		Justifique la calificación						Justifique la calificación			
Evaluación	Acceptable 5		Tolerable 10		Moderado 15 ó 20		Importante 30 ó 40		Inaceptable 60		
3. VALORACIÓN DEL RIESGO											
Existencia de controles documentados, aplicación y efectiva.											
Existen controles documentados				Se aplican los controles				Son efectivos los controles			
Si		No		Si		No		Si		No	
Descripción de controles		Preventivos: Correctivos:									
Valoración		Alta 60		Media 15, 20, 30 ó 40				Baja 5 ó 10			
Diligenció											
Fecha											

FORMATO CÓDIGO: 1005005