 MUNICIPIO DE LEBRIJA SANTANDER	MEJORAMIENTO Y CONTROL	Código: CIG -PR-001
	PROCEDIMIENTO AUDITORIAS INTERNAS INTEGRALES	Versión: 1.0
		Fecha de vigencia:

OBJETIVO	ALCANCE
Establecer los lineamientos para la planificación, ejecución y seguimiento de las auditorías internas a los procesos y procedimientos para asegurar que los riesgos institucionales están siendo administrados apropiadamente y que sistema de Control Interno está siendo operada efectivamente.	Inicia con la planificación del Programa de Auditorías Internas Integrales y su presentación al comité coordinador de Control Interno y concluye con el seguimiento y cumplimiento del plan de mejoramiento suscrito

NORMATIVIDAD

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

- Manual de Implementación del Modelo Estándar de Control Interno- MECI 1000: 2005
- Guía Diagnóstico Implementación del Sistema de Gestión de Calidad
- Guía Diseño Implementación del Sistema de Gestión de Calidad
- Guía Planeación Implementación del Sistema de Gestión de Calidad
- Guía Armonización Modelo Estándar de Control Interno y Sistema de Gestión de Calidad
- Guía Rol de las Oficinas de Control Interno
- 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.

Decreto 648 de 2017: Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentaria Único del Sector de la Función Pública Sección 2 *proteccion especial*


Resolución 178 de 31 julio 2017 por medio de la cual se adopta el estatuto de auditoria interna que define el propósito la autoridad y la responsabilidad de la autoridad de auditoria interna en el Municipio de Lebrija

DEFINICIONES

Auditorías Internas Integrales: Elemento de control y autoevaluación , que mediante un proceso sistemático, objetivo , independiente y documentado de los procesos, actividades, operaciones y resultados de una Entidad Pública ,obtiene evidencias que, al evaluarse de manera objetiva, permite emitir juicios sobre los aspectos más importantes de la gestión, los resultados obtenidos y la satisfacción de los diferentes grupos de interés. Adicionalmente, permiten determinar la extensión en que se cumplen los criterios definidos para la auditoría al sistema integrado de gestión.

Hallazgo de Auditoria: Resultado de la evaluación de la auditoria objetiva recopilada frente de los criterios de la auditoría

Acción correctiva: Acción tomada para eliminar la causa de una No Conformidad detectada u otra situación indeseable.

 MUNICIPIO DE LEBRIJA SANTANDER	MEJORAMIENTO Y CONTROL	Código: CIG -PR-001
	PROCEDIMIENTO AUDITORIAS INTERNAS INTEGRALES	Versión: 1.0
		Fecha de vigencia:

Acciones de Mejora: Acción implementada para incrementar los resultados del producto, proceso o el sistema en términos de economía eficacia o eficiencia

Mejora continua: actividad recurrente para aumentar la capacidad para cumplir los requisitos

Acción preventiva: Conjunto de acciones tomadas para eliminar las causas de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable.

Auditado: Responsable del proceso u objeto de verificación.

Auditoría interna integral: Actividad de evaluación independiente dentro de una organización, destinada a la revisión de las operaciones administrativas y financieras de una Entidad, de las políticas, planes y procedimientos que utiliza, de los controles establecidos en ella y del sistema de información vigente, con el propósito de asesorar y efectuar recomendaciones a la Alta Dirección para el fortalecimiento de la gestión.

Control Interno: 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 (Art.1 Ley 87 de 1.993).

Criterios de Auditoría: Políticas, practicas, procedimientos o requerimientos contra los que el auditor compara la información recopilada sobre la gestión. Los requerimientos pueden incluir estándares, normas, requerimientos organizacionales específicos, y requerimientos legislativos o regulados.

Dependencia, área o funcionario Competente: Es aquella o aquel que de conformidad con las normas orgánicas vigentes y el manual descriptivo de funciones y competencias, le está asignado el tema o asunto sobre el cual versa la petición.

Evidencias de Auditoría: Información, registros o declaraciones de hecho verificables. La evidencia de auditoría puede ser cualitativa o cuantitativa, es utilizada por el auditor para determinar cuándo se cumple con el criterio de auditoría. La evidencia de auditoría se basa típicamente en entrevistas, revisión de documentos, observación de actividades y condiciones, resultados de mediciones y pruebas.

Hallazgo de Auditoría: Resultado de la evaluación de la evidencia de la auditoría recopilada frente a los criterios de auditoría.

Líder de Equipo Auditor: persona capacitada para planear, coordinar, dirigir y realizar auditorías internas de gestión.

Lista de Verificación: Es una herramienta para relacionar los resultados y ayudar a hacer una síntesis.

Mejora: Acción o proceso que permite cumplir con los requisitos y optimizar el desempeño

No Conformidad: Incumplimiento de un requisito legal o propio de la adoptado.

 MUNICIPIO DE LEBRIJA SANTANDER	MEJORAMIENTO Y CONTROL	Código: CIG -PR-001
	PROCEDIMIENTO AUDITORIAS INTERNAS INTEGRALES	Versión: 1.0
		Fecha de vigencia:

SIGC: Sistema Integrado de Gestión de la Calidad es la 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.

Observación: toda situación de desvío con evidencia objetiva no contundente, o de la cual no se dispone de evidencia o se debe profundizar por parte del auditado para eliminar la posibilidad de que presente No Conformidad.

Programa de Auditoría: Conjunto de una o más auditorías planificadas para un período determinado y dirigida hacia un propósito específico.

Plan de Auditoría: Descripción de las actividades y de los detalles acordados de una auditoría.

Plan de mejoramiento: Relaciona los hallazgos de la auditoría de gestión con sus respectivas acciones de mejoramiento, metas, unidades de medida, fecha de inicio de la acción de mejora y fecha de finalización.

Registro: documento que contiene resultados obtenidos, o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.

CONDICIONES GENERALES

Comité Institucional Coordinador de Control Interno: Órgano asesor e instancia decisoria en los asuntos de control.

Representante de la Dirección: Disponer la realización de auditorías de autoevaluación de los procesos, no contempladas en el programa anual de auditorías. Verificar el cumplimiento del programa de auditorías y hacer los ajustes necesarios en coordinación con la Secretaría de Control Interno.


Jefe de Control Interno: Es responsable de desarrollar el proceso de evaluación independiente al sistema de control interno de la entidad y ejecutar la evaluación seguimiento y monitoreo permanente a la implementación del Sistema de Gestión de Calidad.

En este alcance debe realizar anualmente el programa de auditorías internas integrales de la Alcaldía Municipal de Lebrija y concertarlo con el Comité Coordinador del Sistema Integrado de Gestión.

Debe realizar el informe consolidado de las auditorías integrales de gestión ejecutadas y presentarlo a la Alta Dirección. Verificar el cumplimiento del programa de auditorías y hacer los ajustes necesarios junto con el Representante de la Dirección, presentándolo Comité Coordinador del Sistema Integrado de Gestión.


Auditor Líder Integral: Coordinar el grupo de auditores internos integrales. Es responsable de realizar la planeación, la programación y verificación de la ejecución en cada auditoría, hacer el seguimiento de las acciones correctivas a las no conformidades encontradas en las auditorías.

Personal Auditado: Los auditados son responsables de proporcionar todos los recursos necesarios y la información adecuada para que los auditores aseguren un proceso efectivo; facilitar al auditor los documentos y elementos requeridos sobre el Sistema Integrado de Gestión específicamente sobre el concepto a auditar;


 MUNICIPIO DE LEBRIJA SANTANDER	MEJORAMIENTO Y CONTROL	Código: CIG -PR-001
	PROCEDIMIENTO AUDITORIAS INTERNAS INTEGRALES	Versión: 1.0
		Fecha de vigencia:

facilitar el proceso de auditoría (ser un apoyo al proceso, no un obstáculo), además es responsable de analizar las causas y elaborar el plan de acciones correctivas o plan de mejoramiento.

N°	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
1	Elaborar el programa anual de auditorías	Define el Programa Anual de auditorías determinando el número, objetivo, alcance, frecuencia y duración de las auditorías. Para ello utiliza el formato Programa Anual de Auditorías Internas	Representante Legal, , Jefe de Oficina asesora de Control Interno y Comité Institucional de Control Interno.	Programa de Auditorías Integrales
2	Revisar y aprobar el programa de auditorías internas.	Se revisa y se aprueba el programa de auditorías internas. El Comité Institucional de Control Interno debate sobre los procesos a auditar y las fechas en que se harían las auditorías.	Comité Institucional de Control Interno.	Acta de reunión (MEC-FO-002)
3	Enviar copia del programa a las diferentes secretarías de despacho.	Cuando el Programa de Auditoría es aprobado, se entrega copia de este documento a cada Secretario de Despacho, mediante comunicado interno.	Auditor	Oficio
4	Revisar los documentos	Se revisan los documentos pertinentes relacionados con el alcance y los criterios de auditoría, incluyendo la normatividad legal vigente aplicable y la documentación crítica propia del proceso a auditar.	Auditor	NA
5	Elaborar el plan de auditoría	Se elabora el plan para la auditoría del área asignada, a partir del programa de auditoría interna establecido, definiendo claramente el objetivo de la auditoría, alcance, criterios y demás factores definidos	Auditor	Plan de Auditoría y Cronograma de actividades de auditoría.
6	Comunicar plan de auditoría al líder del proceso	Se comunica el plan de auditoría vía correo electrónico y/o mediante oficio al líder(es) del proceso(s), a auditar, para su conocimiento y observaciones. Esto deberá realizarse con por lo menos ocho días calendario antes de la ejecución de la auditoría.	Auditor	Comunicado
7	Verificar objeciones	Se verifica si el líder del proceso, presentó alguna objeción al Plan de Auditoría. En caso de encontrar objeciones se realiza ajustes al plan de auditorías.	Auditor	Plan de Auditorías

 MUNICIPIO DE LEBRIJA SANTANDER	MEJORAMIENTO Y CONTROL		Código: CIG -PR-001
	PROCEDIMIENTO AUDITORIAS INTERNAS INTEGRALES		Versión: 1.0
			Fecha de vigencia:


N°	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
8	Preparar la lista de verificación para inicio de auditoría	Se prepara la lista de verificación para inicio de auditoría	Auditor	Lista de verificación
9	Realizar reunión de apertura	Se realiza reunión de apertura, donde se presenta formalmente el auditor y se explica el objetivo, el alcance, los criterios de la auditoría y define la persona que será el enlace de la Auditoría y su duración.	Auditor	Acta de reunión (MEC-FO-002)
10	Ejecutar Auditoria	Se ejecuta la auditoría de acuerdo con los parámetros establecidos. Se recoge la información, observaciones. El auditor tendrá la liberalidad de discutir los hallazgos previos con el auditado si los hay.	Auditor	Plan de Auditoría / Lista de Verificación, Acta de visita.
11	Efectuar reunión de cierre	Se hacer reunión de cierre. Se presenta al auditado un resumen y las conclusiones de la auditoría. Se debe informar al auditado los aspectos favorables y los Hallazgos encontrados.	Auditor	Informe preliminar y acta
12	Aceptar o no los Hallazgos.	El auditado puede mostrar las evidencias para desvirtuar los hallazgos encontrados durante la auditoría. Al quedar en firme continúa, de lo contrario se revisa el resumen de la auditoría.	Auditor Auditado	Reporte de auditoría
13	Definir plan de Mejora.	Se define el plan de mejora para cerrar los hallazgos encontrados durante la auditoría y acciones preventivas para eliminar las causas que puedan generar una No conformidad.	Auditado	Formato de Acciones Correctivas y Preventivas
14	Preparar informe de auditoría interna	Se prepara el informe de auditoría de acuerdo con la información de los hallazgos, consignados en la lista de verificación. Este informe se le entrega al auditado con el fin de que se proyecte el plan de mejoramiento.	Auditor	Informe de auditoría
15	Solicitar plan de mejoramiento	Se solicita el plan de mejoramiento de acuerdo con los hallazgos, acciones correctivas, preventivas y recomendaciones formuladas en el informe y entregarlo a la Oficina de Control Interno y al Representante de la Dirección.	Secretario de Despacho	dfgdfgdfg
16	Verificar las acciones	Se verifica la eficacia de las acciones correctivas en el plan de mejoramiento	Auditor	Formato de plan de

 MUNICIPIO DE LEBRIJA SANTANDER	MEJORAMIENTO Y CONTROL	Código: CIG -PR-001
	PROCEDIMIENTO AUDITORIAS INTERNAS INTEGRALES	Versión: 1.0
		Fecha de vigencia:

N°	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
	correctivas	suscrito.		mejoramiento
17	Realizar ajustes al plan de mejoramiento	Si las acciones correctivas no son eficaces se solicita hacer ajustes al plan de mejoramiento. De lo contrario continua el procedimiento.	Auditor	Comunicado
18	Verificar cumplimiento del plan de auditorías	Verificar que el programa de auditorías internas se esté cumpliendo a cabalidad.	Jefe de Control Interno	Programa de auditorías internas
19	Aprobar ajustes al programa de auditorías internas	Se aprueba los ajustes al programa de auditorías internas integrales si los hay.	Comité Institucional de Control Interno.	Acta


HISTORIAL DE CAMBIOS

VERSIÓN	DESCRIPCIÓN	FECHA
0.0	Original	Diciembre de 2014
1.0	Actualización	Agosto de 2017

 MUNICIPIO DE LEBRIJA SANTANDER	MEJORAMIENTO Y CONTROL	Código: CIG -PR-004
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN DE INFORMES A ENTES DE CONTROL	Versión: 1.0
		Fecha de vigencia:

OBJETIVO	ALCANCE
Documentar las actividades para la preparación y rendición de informes que son de competencia de la Oficina Asesora de Control Interno en los términos y períodos establecidos por las entidades del orden de Control y administrativo.	Se inicia con la solicitud de la información que se requiere a las dependencias correspondientes, hasta su análisis y preparación del informe solicitado por los entes de Control.
NORMATIVIDAD	
<ul style="list-style-type: none"> • 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 1599 de 2005: Por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano. • Decreto 943 de 2014: Por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno (MECI). • 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 Administración Pública, la Contaduría General de la Nación, Contraloría General de la República Contraloría Departamental. • Demás normas que adicionen, modifiquen y/o complementen las antes citadas. 	
DEFINICIONES	
<p>Rendición de Cuenta: Es la acción, como deber legal y ético, que tiene todo funcionario o persona de responder e informar por la administración, el manejo y los rendimientos de fondos, bienes o recursos públicos asignados y los resultados en el cumplimiento del mandato que le ha sido conferido.</p> <p>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.</p> <p>Ente de control: Organismo encargado de vigilar el cumplimiento de la normatividad o manejo eficiente de los recursos de aquellas instituciones que por ley general les corresponde ser auditadas.</p>	
CONDICIONES GENERALES	
NO APLICA	


N°	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
1	Solicitar la información	Se solicita la información que se requiere a las secretarías de despacho y demás dependencias responsables para rendir el	Jefe de Control Interno Secretarios de	Oficio

 MUNICIPIO DE LEBRIJA SANTANDER	MEJORAMIENTO Y CONTROL	Código: CIG -PR-004
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN DE INFORMES A ENTES DE CONTROL	Versión: 1.0
		Fecha de vigencia:

N°	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
		informe	Despacho	
2	Recibir y analizar la información recibida	Se recibe y se analiza la información recibida para la elaboración del informe.	Jefe de Control Interno	NA
3	Elaborar un informe preliminar	Se elabora un informe preliminar dando cumplimiento a los requerimientos solicitados por los entes de control.	Jefe de Control Interno	Informe preliminar
4	Realizar ajustes al informe preliminar	Una vez se revisa y se efectúan los ajustes correspondientes se procede a elaborar el informe definitivo.	Jefe de Control Interno	Informe definitivo
5	Firmar el informe	Se firma el informe por el jefe de la Oficina de Control Interno	Jefe de Control Interno	Informe definitivo
6	Enviar informe	Se envía informe y se archiva de copia con la documentación soporte	Jefe de Control Interno	Carpeta física


HISTORIAL DE CAMBIOS

VERSIÓN	DESCRIPCIÓN	FECHA
0.0	Original	Diciembre de 2014
1.0	Actualización	Agosto de 2017


 MUNICIPIO DE LEBRIJA SANTANDER	MEJORAMIENTO Y CONTROL	Código: CIG -PR-005
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN DE PLANES DE MEJORAMIENTO POR PROCESO	Versión: 1.0
		Fecha de vigencia:

OBJETIVO	ALCANCE
Documentar las actividades que se deben realizar para establecer los lineamientos básicos para la elaboración de los planes de mejoramiento para los diferentes procesos, con el fin de subsanar las debilidades encontradas en las auditorías internas realizadas.	Se inicia con el informe final de la auditoría y finaliza con la elaboración y suscripción del plan de mejoramiento
NORMATIVIDAD	
Constitución Nacional 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 1826 de 1994: Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 87 de 1993. Decreto 1537 de 2001: Por el 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.	
DEFINICIONES	
Plan de Mejoramiento por Procesos: Elemento de control, que contiene los planes administrativos con las acciones de mejoramiento que a nivel de los procesos y de las áreas responsables dentro de la organización pública, deben adelantarse para fortalecer su desempeño y funcionamiento, en procura de las metas y resultados que garantizan el cumplimiento de los objetivos de la Entidad en su conjunto.	
CONDICIONES GENERALES	
NO APLICA	


N°	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
1	Informe Final de Auditoría	Una vez la oficina de control interno, elabora el informe final de la auditoría interna, se debe realizar la formulación del plan de mejoramiento (10 días oficina de control interno)	Secretario de Despacho o Responsable de proceso	Informe final de auditoría
2	Socializar los formatos	Se suministran y se socializan los formatos para el diligenciamiento de los planes de mejoramiento por procesos a los secretarios despacho y líderes de cada proceso.	Jefe de Control Interno	Lista de asistencia
3	Definir los objetivos y	Se definen los objetivos tanto generales como específicos del plan de mejoramiento y	Secretario de Despacho o	

 MUNICIPIO DE LEBRIJA SANTANDER	MEJORAMIENTO Y CONTROL		Código: CIG -PR-005
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN DE PLANES DE MEJORAMIENTO POR PROCESO		Versión: 1.0
			Fecha de vigencia:

N°	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
	responsabilidades del plan de mejoramiento	establecer las responsabilidades de la alta dirección en su ejecución.	Responsable de proceso	
4	Diligenciar el formato del Plan de Mejoramiento de Procesos	<p>Diligenciar el Formato Plan de Mejoramiento teniendo en cuenta:</p> <p>Columna 1: número de hallazgo</p> <p>Columna 2: Consignar las observaciones surgidas en cada proceso de evaluación.</p> <p>Columna 3: Definir y consignar las acciones a implementar para subsanar las observaciones efectuadas al proceso específico.</p> <p>Columna 4: Definir el objetivo que pretende atender la acción de mejora</p> <p>Columna 5: describir las actividades que se van a llevar a cabo en cumplimiento de la acción de mejoramiento</p> <p>Columna 6: Establecer las unidades de medidas para el cumplimiento de las metas</p> <p>Columna 7: indicar la cantidad de unidades</p> <p>Columna 8, 9 y 10: los períodos en las cuales se verificará el cumplimiento de las acciones propuestas.</p>	Secretario de Despacho o Responsable de proceso	Formato del plan de mejoramiento
5	Suscribir el Plan de mejoramiento	<p>Los planes de mejoramiento por procesos producto de auditorías internas el responsable del proceso deberá presentar y su suscribir el plan de mejoramiento en los plazos que determine la Oficina de Control Interno.</p> <p>Cuando son planes de mejoramiento que se suscriben ante los entes de control externos, deberán ser suscritos por el Alcalde Municipal y el Jefe de Control Interno.</p>	<p>Secretario de Despacho Responsable del proceso</p> <p>Alcalde Municipal Jefe de Control Interno</p>	Plan de Mejoramiento suscrito
6	Realizar seguimiento al plan de mejoramiento	Una vez presentado el plan de mejoramiento se realiza seguimiento al cumplimiento de las acciones. La Oficina de control interno.	Jefe de Control Interno	Formato seguimiento a los planes de mejoramiento.


 MUNICIPIO DE LEBRIJA SANTANDER	MEJORAMIENTO Y CONTROL	Código: CIG -PR-005
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN DE PLANES DE MEJORAMIENTO POR PROCESO	Versión: 1.0
		Fecha de vigencia:

N°	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
HISTORIAL DE CAMBIOS				
	VERSIÓN	DESCRIPCIÓN	FECHA	
	0.0	Original	Diciembre de 2014	
	1.0	Actualización	Agosto de 2017	


 MUNICIPIO DE LEBRIJA SANTANDER	MEJORAMIENTO Y CONTROL	Código: CIG -PR-006
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN DE PLANES DE MEJORAMIENTO POR PROCESO	Versión: 1.0
		Fecha de vigencia:

OBJETIVO	ALCANCE
Documentar las actividades para la identificación de los riesgos en los diferentes procesos que se ejecutan en la Alcaldía Municipal de Lebrija.	Se inicia con la capacitación a los funcionarios de la Administración Municipal, para la identificación de los riesgos, hasta el establecimiento de controles y seguimiento de las acciones emprendidas para contrarrestarlos.
NORMATIVIDAD	
Constitución Nacional 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 1826 de 1994: Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 87 de 1993. Ley 1474 de 2011: Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública	
DEFINICIONES	
Riesgo: La posibilidad de que suceda algo que tendrá un impacto sobre los objetivos. Se lo mide en términos de consecuencias y probabilidades. Identificación de Riesgos: El proceso mediante el cual se reconoce que existe un riesgo y se definen explícitamente sus causas y características. Análisis De Riesgos: Estudio de los eventos que tienen efectos sobre la actividad de una entidad. Control De Riesgos: La parte de administración de riesgos que involucra la implementación de políticas, estándares, procedimientos y cambios físicos para eliminar o minimizar los riesgos adversos. Administración de Riesgos: Es el proceso continuo basado en el conocimiento, evaluación, manejo de los riesgos y sus impactos que mejora la toma de decisiones organizacionales. Mapa de Riesgos: Representación gráfica de los resultados de un método sistemático y continuamente actualizado de detección, análisis y valoración de los riesgos laborales. Su objetivo es eliminar, reducir o asumir conscientemente los riesgos de la manera más eficaz, para eliminarlos, cuando ello sea posible, reducirlos en su caso, al menos, asumirlos conscientemente.	
CONDICIONES GENERALES	
NO APLICA	

N°	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
1	Capacitar a los	Se capacita al equipo de trabajo en la	Jefe de Control	Planilla de

 MUNICIPIO DE LEBRIJA SANTANDER	MEJORAMIENTO Y CONTROL		Código: CIG -PR-006
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN DE PLANES DE MEJORAMIENTO POR PROCESO		Versión: 1.0
			Fecha de vigencia:


N°	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
	funcionarios responsables de los procesos.	identificación y administración de riesgo en cada proceso.	Interno	asistencia
2	Identificar los riesgos	Se identifican los riesgos internos y externos existentes y potenciales que puedan impedir el cumplimiento de los objetivos institucionales, así como las posibles causas y consecuencias de su ocurrencia. Se diligencia formato de identificación de riesgos	Responsable de cada proceso	Formato de identificación de los riesgos
3	Analizar los riesgos identificados	Se analizan los riesgos de acuerdo al impacto y probabilidad de ocurrencia del mismo, clasificándolos y priorizarlos de acuerdo a la tabla de valoración contenida en la guía de administración de riesgos del DAFP.	Responsable del proceso	Formato de análisis de riesgos.
4	Control de riesgos	Se identifica y se establece el efecto de los controles existentes para mitigar el riesgo, valorar el riesgo ante dichos controles y establecer nuevas estrategias a implementar.	Responsable del proceso	Formato de control de riesgos.
5	Mapa de Riesgos	Se consolida el mapa de riesgos de los procesos conforme al análisis de riesgos.	Responsable del proceso	Mapa de Riesgos
6	Elaborar plan de manejo de riesgos	Se elabora el plan de manejo de riesgos de tal forma que se logren identificar los controles para prevenir o mitigar el impacto de los riesgos existentes.	Responsable del proceso	Formato Plan de manejo de riesgos
7	Realizar seguimiento al plan de manejo de riesgos	Se realiza seguimiento a la implementación y ejecución de los compromisos adquiridos para el control de los riesgos identificados en el proceso. Por lo cual se debe enviar a los responsables de cada proceso el formato de seguimiento y monitoreo para su diligenciamiento, estableciendo acciones, resultados del periodo a evaluar y análisis de los resultados.	Jefe de Control Interno Responsable de cada proceso	Formato de seguimiento al plan de manejo de riesgos.
8	Identificar nuevos riesgos	Se coordina con los responsables del proceso la formulación del Plan de Manejo de Riesgos para incluir las acciones y combatir los nuevos riesgos identificados	Jefe de Control Interno Responsable de cada proceso	Mapa de riesgos
9	Elaborar Informe de	Se elabora informe de avance en el manejo de riesgos, dando a conocer a los	Jefe de Control Interno	Informe de avance en el

 MUNICIPIO DE LEBRIJA SANTANDER	MEJORAMIENTO Y CONTROL	Código: CIG -PR-006
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN DE PLANES DE MEJORAMIENTO POR PROCESO	Versión: 1.0
		Fecha de vigencia:


N°	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
	avance en el manejo de riesgos	responsables de proceso, los resultados de verificación y/o monitoreo al cumplimiento de las acciones a seguir durante el trimestre.		manejo de riesgos.

HISTORIAL DE CAMBIOS

VERSIÓN	DESCRIPCIÓN	FECHA
0.0	Original	Diciembre de 2014
1.0	Actualización	Agosto de 2017


 MUNICIPIO DE LEBRIJA SANTANDER	MEJORAMIENTO Y CONTROL	Código: CIG -PR-007
	PROCEDIMIENTO DE ACCIONES PREVENTIVAS	Versión: 1.0
		Fecha de vigencia:

OBJETIVO	ALCANCE
Documentar las actividades que se deben desarrollar 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.	Se inicia con la identificación de una situación de no conformidad, hasta la formulación de las acciones preventivas y su seguimiento.
NORMATIVIDAD	
NO APLICA	
DEFINICIONES	
<p>Acción Preventiva: Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación indeseable.</p> <p>No-Conformidad: El incumplimiento de un requisito</p>	
CONDICIONES GENERALES	
<p>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.</p> <p>Los datos pueden generarse a partir de:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. <p>Para la identificación de las causas de no conformidades potenciales, se deberán utilizar metodologías preventivas. Algunos ejemplos de estas metodologías incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Análisis de tendencias, Control estadístico de procesos, 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: Eliminación de las causas potenciales. Desaparición y/o disminución de la frecuencia de aparición de un problema o no conformidad. 	

 MUNICIPIO DE LEBRIJA SANTANDER	MEJORAMIENTO Y CONTROL	Código: CIG -PR-007
	PROCEDIMIENTO DE ACCIONES PREVENTIVAS	Versión: 1.0
		Fecha de vigencia:

--


N°	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
1	Iniciar una acción preventiva	Cualquier funcionario de la entidad, que identifique tendencias desacordes 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, se iniciará una acción preventiva, con el responsable de calidad	Cualquier funcionario de la entidad. Responsable de calidad.	Formato de acciones preventivas
2	Registrar la no conformidad potencial	Se recibe la solicitud de no conformidad, el responsable de calidad considera que la acción es apropiada, un formato para acciones preventivas.	Responsable de calidad	Formato de acciones preventivas.
3	Enunciar las deficiencias	El responsable de calidad llenará la parte pertinente del formato para solicitud de acciones correctivas / preventivas y mencionará la descripción de la no conformidad potencial	Responsable de calidad	Formato de acciones preventivas
4	Investigar la deficiencia	<p>El responsable de calidad 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 y lo entregará junto con un plan de acción, en caso de que se requiera, al responsable de Calidad con las secciones correspondientes debidamente diligenciadas.</p> <p>El análisis de las causas hecho por el investigador puede ser efectuado entre otros, utilizando metodologías, como las que</p>	Responsable de calidad Comité de Calidad	Formato de acciones preventivas

 MUNICIPIO DE LEBRIJA SANTANDER	MEJORAMIENTO Y CONTROL		Código: CIG -PR-007
	PROCEDIMIENTO DE ACCIONES PREVENTIVAS		Versión: 1.0
			Fecha de vigencia:

N°	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
		se mencionan en el punto 4 del presente procedimiento, además de diagrama causa y efecto y diagrama de Pareto, para priorizar los temas a trabajar.		
5	Formular las acciones preventivas	Se formulan el plan de acciones preventivas que permitan subsanar las situaciones de no conformidad detectadas en la entidad.	Responsable de calidad	Formato de acciones preventivas
6	Efectuar seguimiento a las acciones preventivas	<p>El seguimiento de las acciones preventivas permite verificar el grado de implementación de las acciones tomadas.</p> <p>El responsable de Calidad, 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.</p> <p>El funcionario que hace el seguimiento puede cerrar la acción cuando considere que el plan de acción se ha implementado satisfactoriamente. 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>	Responsable de calidad Jefe de control interno	
7	Elaborar informe consolidado para la revisión de la dirección.	Se prepara y elabora un informe del estado de las acciones preventivas; para el alcalde municipal para la respectiva revisión de la dirección.	Responsable de calidad	Informe

HISTORIAL DE CAMBIOS

VERSIÓN	DESCRIPCIÓN	FECHA
0.0	Original	Diciembre de 2014
1.0	Actualización	Agosto de 2017

 MUNICIPIO DE LEBRIJA SANTANDER	MEJORAMIENTO Y CONTROL	Código: CIG -PR-008
	PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS	Versión: 0.0
		Fecha de vigencia:

OBJETIVO	ALCANCE
Este procedimiento establece las acciones para eliminar las causas de las no conformidades identificadas en el SGC con el objeto de evitar que vuelvan a ocurrir.	Este procedimiento contempla 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 ciudadano, 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.

NORMATIVIDAD

No Aplica

DEFINICIONES

Corrección: acción tomada para eliminar una no conformidad detectada, una corrección puede realizarse junto con una acción correctiva. Una corrección puede ser un reproceso o una reclasificación.

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

No conformidad: El incumplimiento de un requisito. Este incumplimiento puede ser legal, de norma, de requisitos del cliente o de un procedimiento propio de la organización.

Hallazgo: Es la evidencia recopilada como resultado de la evaluación de una situación, frente a un criterio, Política, norma o ley reglamentaria.

Producto No Conforme: Es todo aquel que no cumple con algún requisito determinado por el sistema de gestión de calidad. Está relacionado con el no cumplimiento de las condiciones particulares de los requisitos del cliente.

Requisito: Necesidad o expectativa, generalmente implícita u obligatoria.


Mejora de la calidad: Parte de la gestión de la calidad orientada a aumentar la capacidad de cumplir con los requisitos de la calidad.

Mejora continua: Actividad recurrente para aumentar la capacidad para cumplir los requisitos.

CONDICIONES GENERALES

Las correcciones son acciones inmediatas para eliminar una no conformidad y se podrán realizar cuando el líder del proceso considere que el hallazgo impacta de manera baja el desempeño del SIGC.

La solicitud de acción correctiva se genera cuando hay un incumplimiento de un requisito legal, un

 MUNICIPIO DE LEBRIJA SANTANDER	MEJORAMIENTO Y CONTROL	Código: CIG -PR-008
	PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS	Versión: 0.0
		Fecha de vigencia:


incumplimiento de requisito de norma ISO 9001 V 2015, un incumplimiento frente a los requisitos del cliente o un incumplimiento frente a un requisito establecido por la organización.

Para la identificación de las causas de un problema o no conformidad, se recomienda utilizar técnicas como lluvia de ideas, espina de pescado o los cinco porqués para la recolección, clasificación y análisis de la información o datos asociados a la identificación de las causas.


Para que una acción correctiva se considere eficaz, se debe verificar por el responsable del seguimiento y se debe dejar evidencia escrita del método utilizado para la verificación y la evidencia que se encontró cuando aplique. Se considera eficaz cuando:

- Se han eliminado las causas reales
- Ha desaparecido y/o disminuido la frecuencia de aparición de la no conformidad.

N°	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
1.	Iniciación de una corrección, acción correctiva y enunciado de las no conformidades	<p>El encargado del proceso de mejora continua, Secretario o Jefe de oficina o funcionario según sea el caso, que identifique un no cumplimiento de requisito del 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 REGISTRO DE ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA/MEJORA en el espacio de hallazgo la situación encontrada.</p> <p>El líder del SGC asigna el responsable de liderar el tratamiento de la acción y el responsable del Seguimiento de la acción.</p> <p>Si se identifica y considera que no debe llevarse a cabo una acción correctiva debido al bajo impacto del hallazgo en el desempeño del SGC el responsable le da tratamiento como corrección y registra las acciones tomadas y si fuese necesario referencia la evidencia de la corrección realizada.</p>	Líder del proceso de mejora continua, secretarios o jefes de oficina o funcionarios según corresponda	formato REGISTRO DE ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA/MEJORA

 MUNICIPIO DE LEBRIJA SANTANDER	MEJORAMIENTO Y CONTROL		Código: CIG -PR-008
	PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS		Versión: 0.0
			Fecha de vigencia:


N°	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
		Si no es una corrección se trata como una acción correctiva y el líder del proceso donde se da el hallazgo o el responsable asignado para darle tratamiento diligencia en el formato REGISTRO DE ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA/MEJORA, el punto 2 del formato.		
2.	Investigación de las causas reales	<p>El responsable de hacer el tratamiento del hallazgo, junto con el personal que considere idóneo, investigará las causas de la deficiencia, registrando los resultados de dicha investigación en el espacio destinado para tal fin del formato REGISTRO DE ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA/MEJORA. Así mismo planteará las acciones que considere convenientes para eliminar las causas de la no conformidad detectada. El análisis de las causas hecho por el equipo investigador puede ser efectuado entre otros, mediante metodologías tales como el diagrama causan – efecto (espina de pescado, lluvia de ideas o los cinco porqués entre otros.</p> <p>El plan de acción debe estar firmado por el líder del proceso y por quien es responsable de gestionar su cumplimiento.</p>	Líder del proceso de mejora continua, secretarios o jefes de oficina o funcionarios según corresponda	FORMATO REGISTRO DE ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA/MEJORA
3.	Seguimiento al cumplimiento del plan	<p>El seguimiento de las acciones correctivas permite verificar el grado de implementación de las acciones tomadas.</p> <p>El seguimiento y respectivo cierre de las acciones correctivas es realizado por el</p>	Líder del proceso de mejora continua, secretarios o jefes de oficina o funcionarios según	FORMATO REGISTRO DE ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA/MEJORA

 MUNICIPIO DE LEBRIJA SANTANDER	MEJORAMIENTO Y CONTROL	Código: CIG -PR-008
	PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS	Versión: 0.0
		Fecha de vigencia:

N°	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
		<p>responsable del seguimiento establecido al inicio de acuerdo con las fechas establecidas en el plan de acción.</p> <p>Una vez terminadas todas las acciones del plan de acción establecido el responsable del seguimiento de la acción verifica la eficacia de la acción correspondiente, si la evidencia no permite cerrar la acción debe justificar y establecer nuevas fechas con los responsables de las acciones.</p> <p>Una vez verificada la eficacia de la acción tomada puede dar cierre a la acción de lo contrario debe justificar.</p>	corresponda	
4.	Informe consolidado para la revisión por la dirección	El líder del proceso o la persona encargada del proceso de mejora continua hace seguimiento a las acciones correctivas, actualiza el estado de acciones correctivas, prepara y presenta informe, para la inclusión de esta información en el Informe de Revisión por la dirección.	Líder del proceso de mejora continua, secretarios o jefes de oficina o funcionarios según corresponda	FORMATO REGISTRO DE ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA/MEJORA

HISTORIAL DE CAMBIOS

VERSIÓN	DESCRIPCIÓN	FECHA
0.0	Original	Agosto de 2017

 MUNICIPIO DE LEBRIJA SANTANDER	MEJORAMIENTO Y CONTROL	Código: CIG -PR-009
	PROCEDIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL PRODUCTO NO CONFORME	Versión: 0.0
		Fecha de vigencia:

OBJETIVO	ALCANCE
Este procedimiento establece la metodología para asegurar que el producto y/o servicio que no sea conforme con los requisitos establecidos, se identifique y controle para prevenir su uso o entrega no intencionados.	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.

NORMATIVIDAD

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

DEFINICIONES

Conformidad: Cumplimiento de un requisito.

No conformidad: Incumplimiento de un requisito.

Producto no conforme: Producto/Servicio que no cumple con los requisitos del cliente, reglamentarios o de la propia Entidad.

Corrección: acción tomada para eliminar una no conformidad detectada, una corrección puede realizarse junto con una acción correctiva. Una corrección puede ser un reproceso o una reclasificación.

Reparación: Acción tomada sobre un producto no conforme para convertirlo en aceptable para su utilización prevista. La reparación incluye las acciones reparadoras adoptadas sobre un producto previamente conforme para devolverle su aptitud al uso, por ejemplo: como parte del mantenimiento. Al contrario que el reproceso, la reparación puede afectar o cambiar partes de un producto no conforme.

Concesión: Autorización para utilizar o liberar un producto que no es conforme con los requisitos especificados. Una concesión está generalmente limitada a la entrega de un producto que tiene características no conformes, dentro de límites definidos por un tiempo o una cantidad acordados.

Permiso de desviación: Autorización para apartarse de los requisitos originalmente especificados de un producto, antes de su realización. Un permiso de desviación se da generalmente para una cantidad limitada de producto o para un periodo de tiempo limitado y para un uso específico.

Reproceso: Acción tomada sobre un producto/servicio no Conforme para que cumpla con los requisitos y esté en condiciones de uso.


Liberación: Autorización para proseguir con la siguiente etapa de un proceso.

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.

Para la preparación del informe consolidado de no conformidades, los directores, secretarios y jefes de oficina deberán entregar al líder del proceso de mejora continua u oficina de control interno en forma oportuna los


 MUNICIPIO DE LEBRIJA SANTANDER	MEJORAMIENTO Y CONTROL	Código: CIG -PR-009
	PROCEDIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL PRODUCTO NO CONFORME	Versión: 0.0
		Fecha de vigencia:

registros respectivos de cada servicio.

Los servicios no conformes pueden ser detectados:

- Antes de la prestación del servicio (en la asignación de este).
- En el momento de la prestación del servicio.
- A la entrega del producto.
- Después de la entrega de estos, a través de quejas y reclamos.

Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
1.	Identificación de la No Conformidad	Una vez el líder de proceso, líder del proceso de mejora continua o funcionario detecte un producto/servicio 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, en el formato Tratamiento del producto/servicio no conforme.	Líderes de proceso, auditor interno o funcionario, según servicio	formato Tratamiento del producto/servicio no conforme
2.	Tratamiento del producto no conforme	<p>La organización a través del líder de proceso, auditor interno o funcionario 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 auditor interno, 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</p>	Líderes de proceso, auditor interno o funcionario, según servicio	Formato Tratamiento del producto/servicio no conforme

 MUNICIPIO DE LEBRIJA SANTANDER	MEJORAMIENTO Y CONTROL	Código: CIG -PR-009
	PROCEDIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL PRODUCTO NO CONFORME	Versión: 0.0
		Fecha de vigencia:

N°	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
		espacio destinado para tal fin en el Formato Tratamiento del producto/servicio no conforme		
3.	DEFINE Y REALIZA LA ACCION CORRESPONDIENTE	<p>Define y hace la corrección a emprender de manera inmediata (Corrección, Reparación, Permiso de Desviación o concesión, Reproceso), con base en el análisis de la situación que se presenta.</p> <p>El tiempo máximo de respuesta de la corrección propuesta a para solucionar el producto/servicio no conforme no debe superar los 8 días hábiles después de detectado.</p> <p>En caso de que se presente un servicio no conforme y este sea detectado por el cliente, la organización se compromete a tomar las acciones apropiadas respecto a los efectos reales o efectos potenciales del servicio no conforme según aplique (Pago de póliza, de multas, si aplica), salvo que las causas del producto/servicio no conforme, sean responsabilidad del cliente.</p> <p>Hace seguimiento si el servicio /producto no conforme se presenta por tercera vez aplica procedimiento de acciones correctivas, preventivas y de mejoraGuarda comunicaciones realizadas con el cliente y registra en el formato.</p>	Líderes de proceso, auditor interno o funcionario, según servicio	Formato Tratamiento del producto/servicio no conforme
4.	Informe consolidado para la revisión por la dirección	Trimestralmente el líder del proceso o el líder del proceso de mejora continua consolidan el análisis de los productos/servicios no conformes.	Líderes de proceso, auditor interno o funcionario, según servicio	Formato Tratamiento del producto/servicio no conforme

HISTORIAL DE CAMBIOS

VERSIÓN	DESCRIPCIÓN	FECHA
0.0	Original	Agosto de 2017