



PROCEDIMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS

CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: 9002

VERSIÓN Nº. 9.0

Fecha: Enero 31 de 2010

REVISADO POR: Jefe Oficina de Control Interno	Dra. Jazmín del Socorro Eslait Masson	_____
CARGO	NOMBRE	FIRMA
APROBADO POR: Directora Técnica de Planeación	Dra. Efvanni Paola Palmarini Peñaranda	_____
CARGO	NOMBRE	FIRMA
COPIA No. <input type="text"/>	No. DE PÁGINAS: 38	

1. OBJETIVO

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

2. ALCANCE

El procedimiento inicia con la conformación del equipo de análisis del proceso del SGC, para la formulación de acciones y termina con la presentación en el Comité de Coordinación del SCI de los resultados del seguimiento a los anexos 1 y 2.

3. BASE LEGAL

- Constitución Política de Colombia, artículo 90. “El Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas”.
- 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”.
- Decreto 1716 de 14 de mayo de 2009, “Por el cual se reglamenta el artículo 13 de la Ley 1285 de 2009, el artículo 75 de la Ley 446 de 1998 y del Capítulo V de la Ley 640 de 2001.
- 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 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”.
- Decreto 4485 de 18 de noviembre de 2009, “Por medio del cual se adopta la actualización de la Norma Técnica de Calidad de la Gestión Pública”.
- Resolución 300 de 10 de octubre de 2008, “Por la cual se unifican y actualizan las disposiciones normativas que desarrollan la política de prevención del daño antijurídico y la defensa judicial para Bogotá D.C., artículo 3”.
- 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.”
- Norma NTC - ISO 9000. Sistema de Gestión de la calidad – Fundamentos y Vocabulario.
- Norma NTC-ISO 9001-2008. Requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad.
- Norma NTCGP 1000:2009. 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.

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.
- **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.
- **Auditoría.** 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.

- **Auditoría 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").

- **Auditoría 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.

- **Daño antijurídico:** Perjuicio causado con ocasión de la acción u omisión de una autoridad pública, cuando no existe un título legal que le imponga a la víctima el deber de soportar la afectación de su patrimonio.
- **Defensa litigiosa:** Acciones tendientes a proteger y hacer valer los derechos de la Entidad en acciones promovidas ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
- **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.

- **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 Auditoría.** Registros o declaraciones de hechos o cualquier otra información que son pertinentes para los criterios de Auditoría y que son verificables.
- **Evidencia Objetiva.** Datos que respaldan la existencia o veracidad de algo.
- **Hallazgo de la Auditoría.** Resultados de la evaluación de la evidencia objetiva recopilada frente a los criterios de Auditoría.
- **Impacto.** Consecuencia que puede ocasionar la materialización del riesgo.

- **Informe de Auditoría.** Documento donde se presenta el resultado de la Auditoría, dirigido a la alta dirección y al responsable del proceso auditado.
- **Mapa de Riesgos Institucional** Es un instrumento metodológico mediante la cual se identifica un conjunto ordenado y flexible de factores que pueden dar origen a hechos que impiden el cumplimiento de los objetivos institucionales, se califica la presencia del riesgo y se prevén sus posibles daños, a través del diseño de estrategias y acciones orientadas a evitar, controlar o minimizar la presencia de tales riesgos.
- **Mejora Continua.** Actividad recurrente para aumentar la capacidad para cumplir los requisitos.

Nota. El proceso mediante el cual se establecen objetivos y se identifican oportunidades para la mejora es un proceso continuo a través del uso de los hallazgos de la auditoría, las conclusiones de la auditoría, el análisis de los datos, la revisión por la dirección u otros medios y generalmente conduce a la acción correctiva y preventiva.

- **No Conformidad.** Incumplimiento de un requisito.
- **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 Auditoría 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.
- **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 parte de la Alta Dirección.
- **Política de prevención del daño antijurídico.** Compromiso asumido por la Entidad para identificar las acciones u omisiones que puedan ocasionar perjuicios que ésta deba resarcir y para eliminar las causas que tengan virtud de generar demandas judiciales en su contra.
- **Probabilidad del Riesgo.** Posibilidad de ocurrencia del riesgo, la cual puede ser medida por la frecuencia o la presencia de factores internos o externos que pueden propiciarlo.

- **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 constituyen 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.
- **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

- Memorando de designación de equipo de análisis.
- Acta de Equipo de Análisis.
- Acta de Comité de Coordinación del SCI.
- Memorando de solicitud.
- Memorando de aprobación.
- Memorando remitario.
- Memorando remitario de seguimiento trimestral a los anexos 1 y 2.
- Acta y/o medio electrónico.
- Acta de Comité de Coordinación del SCI.

6. ANEXOS

- **Anexo 1.** Acciones Correctivas – “Plan de Mejoramiento”. Formato código 9002001.
- **Anexo 2.** Reporte de Acciones Preventivas – “Plan Manejo de Riesgos”. Formato código 9002002.

- **Anexo 3.** Modelo para la Formulación de Acciones Correctivas y Preventivas y Verificación de la Eficacia. Formato código 9002003.
- **Anexo 4.** Determinación Factores de Riesgos. Formato código 9002004.
- **Anexo 5.** Identificación, Análisis y Valoración de Riesgos. Formato código 9002005.
- **Anexo 6:** Modelo para la Elaboración del Mapa de Riesgos Institucional. Formato código 9002006.

OBSOLETEO

7. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

7.1. Formulación y Seguimiento de Acciones

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 del SGC, para la formulación de acciones.</p> <p>Toma los diferentes insumos para la formulación de acciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> –Autoevaluación, Informe de Revisión por la Dirección (Acta Comité Directivo) e informe de gestión del proceso. Informes Oficina de Control Interno – OCI. Auditorías Internas de calidad. Auditorías Externas de calidad. Auditoría General de la República. Auditoría Fiscal. Peticiones, quejas y reclamos. Riesgo Antijurídico. Otros. 	<p>Memorando de designación de equipo de análisis.</p>	<p>Observación:</p> <p>La conformación de equipo de análisis debe involucrar funcionarios responsables del área donde se detectó la observación.</p>

PROCEDIMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	REGISTROS	PUNTOS DE CONTROL/ OBSERVACIONES
2	Contralor Auxiliar Directores, Subdirectores, Jefes de Oficina, Asesores, Profesionales, Técnicos (Equipo de análisis proceso)	Identifica situaciones objeto de análisis y clasifica según el caso, así: <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". 		Ver Anexo 3 "Modelo para la Formulación de Acciones Correctivas y Preventivas y Verificación de la Eficacia".
3	Contralor Auxiliar Directores, Subdirectores, Jefes de Oficina, Asesores, Profesionales, Técnicos (Equipo de análisis proceso)	Establece las causas que le dieron origen a la situación objeto de análisis.	Acta de Equipo de Análisis	Observación: Aplicar técnicas como lluvias de ideas análisis de causa raíz, diagramas de pescado, los cinco porqué, diagramas de árbol, etc. Para el tema de riesgos (Anexo 2) se aplica la metodología descrita en los anexos 4 y 5, dejando el correspondiente registro en Acta.

PROCEDIMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	REGISTROS	PUNTOS DE CONTROL/ OBSERVACIONES
4	Contralor Auxiliar Directores, Subdirectores, Jefes de Oficina, Asesores, Profesionales, Técnicos (Equipo de Análisis por Proceso)	Establece la(s) acción(es) a implementar, dentro los cinco (5) días calendario siguientes a la presentación del informe respectivo, de tal forma que éstas se orienten a eliminar las causas que originaron las observaciones, así mismo, el plazo programado de ejecución debe ser a corto plazo, hasta tres (3) meses, en caso de que existan acciones con una duración superior éstas deben ser justificadas plenamente.		<p>Punto de Control Verifica que las acciones propuestas sean consecuentes con lo descrito en el Anexo 3 "Modelo para la Formulación de Acciones Correctivas y Preventivas y Verificación de la Eficacia".</p> <p>Observación: Se pueden determinar varias propuestas de acciones, evaluando las ventajas y las desventajas de cada una de ellas, asegurándose que éstas no produzcan otros problemas (efectos colaterales), si esto sucede, deben adoptarse otras acciones o diseñar estrategias que eliminen estos efectos.</p> <p>En el caso que se determinen hallazgos similares para varias dependencias que hacen parte del mismo proceso, el equipo de análisis debe unificar las acciones que permitan subsanar el hallazgo.</p> <p>En el evento de que establezcan hallazgos en un proceso y que su tratamiento corresponde a otro, se deberán reunir los equipos de análisis de los procesos involucrados para analizar y tomar las decisiones correspondientes e informar de ello a la OCI.</p> <p>En el acta del equipo de análisis se debe evidenciar la aprobación de las acciones a implementar por parte del Responsable del Proceso.</p>

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	REGISTROS	PUNTOS DE CONTROL/ OBSERVACIONES
5	Contralor Auxiliar Directores, Subdirectores, Jefes de Oficina, Asesores, Profesionales, Técnicos (Equipo de Análisis de Proceso)	<p>Consolida y actualiza en Excel y/o software diseñado para tal fin los Anexos 1 y 2 del proceso con la información anterior.</p> <p>Entrega los Anexos 1 y 2 consolidados al Responsable de Proceso.</p> <p>Actualiza y entrega los anexos 4 y 5 debidamente diligenciados al Responsable del Proceso.</p>		<p>Observación: el equipo de análisis designará un funcionario quien se encargará de actualizar los anexos correspondientes.</p> <p>En la consolidación de los anexos 1 y 2 se debe retomar la última versión remitida por la OCI.</p>
6	Contralor Auxiliar, Directores, Jefe de Oficina (Responsables de Proceso)	<p>Analiza y remite a la Oficina de Control Interno el Consolidado de las Acciones propuestas de los anexos 1 y 2, dentro de los tres (3) días calendario siguientes a su presentación por parte del equipo de análisis.</p> <p>Remite a la Dirección de Planeación en medio físico y vía Outlook, en últimos cinco (5) días del mes de enero, la evaluación y actualización de los riesgos, con el fin de actualizar el Mapa de Riesgos Institucional, (Anexos 4 y 5).</p>		<p>Punto de Control: Contrasta que la(s) acción(es) propuestas se orienten a eliminar la causa de los hallazgos o no conformidades detectadas.</p>
7	Director de Planeación	<p>Actualiza el Mapa de Riesgos Institucional, con base en el reporte de actualización de riesgos remitidos por los responsables de procesos, efectuados en el mes de enero de cada vigencia.</p>	Acta de Comité de Coordinación del SCI.	<p>Ver Anexo 6 "Modelo para la Elaboración del Mapa de Riesgos Institucional"</p> <p>Observación. La presentación del Mapa Riesgos Institucional se realizará una vez al año".</p>

PROCEDIMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	REGISTROS	PUNTOS DE CONTROL/ OBSERVACIONES
		Presenta el Mapa de Riesgos Institucional en el Comité de Coordinación del SCI.		La Oficina de Control Interno asesorará a las dependencias en la identificación y prevención de los riesgos que puedan afectar el logro de sus objetivos.
8	Profesional Especializado y/o Universitario (Oficina de Control Interno y Dirección de Planeación)	Verifica que las acciones formuladas estén orientadas a eliminar las causas de los hallazgos y/o No conformidades detectadas.		Observación: la Dirección de Planeación participará únicamente en la formulación de planes de mejoramiento de las Auditoría Fiscal, Auditoría General de la República y Auditoría Externa.
9	Jefe Oficina de Control Interno y Director de Planeación	Convoca a reunión por proceso, en caso de ser necesario, para presentar las observaciones resultantes de análisis y ajustar las acciones propuestas.		Observación. El responsable del proceso designará a los funcionarios que participarán en esta reunión.
10	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.		Observación: Se debe dejar evidencia de las acciones ejecutadas.
		Establece la necesidad de reformular causas, acciones o fecha de terminación programada y remite la solicitud debidamente sustentada al Responsable de Proceso.	Memorando de solicitud.	

PROCEDIMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	REGISTROS	PUNTOS DE CONTROL/ OBSERVACIONES
11	Contralor Auxiliar, Directores, Jefe de Oficina (Responsables de Proceso)	Aprueba o desaprueba las solicitudes para la reformulación de causas, acciones o fecha de terminación programada. Comunica la decisión al Jefe de la dependencia con copia a la Oficina de Control Interno, para que se realicen los ajustes correspondientes en los anexos 1 y 2.	Memorando de aprobación	Observación: Para el caso de los hallazgos de origen 4, 5 y 6 (Entidad Certificadora, Auditoría General de la República y la Auditoría Fiscal) del Anexo 1 y de origen 8 del Anexo 2 "Riesgo Antijurídico", el trámite de solicitud de modificación se canalizará a través de la OCI. La OCI comunicará la aprobación otorgada por los mencionados entes, luego de lo cual, podrán efectuarse las modificaciones correspondientes.
12	Directores, Jefes de Oficina	Realiza el seguimiento de las acciones formuladas en los anexos 1 y 2 (columna seguimiento proceso), de acuerdo con la periodicidad establecida en la normatividad vigente.		Observación: Esta actividad se realiza en Excel y/o en la herramienta diseñada para tal fin.
13	Contralor Auxiliar, Directores, Jefe de Oficina (Responsables de Proceso)	Analiza y remite el consolidado de los anexos 1 y 2 a la OCI en formato Excel, vía Outlook.	Memorando remitario	Punto de control: Verifica la validez de la información reportada en los anexos y remite a la Oficina de Control Interno. Observación: La información reportada en los anexos se constituye en insumo para elaborar el informe de gestión del proceso.

7.2. Verificación de Acciones - OCI

No	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	REGISTRO	PUNTOS DE CONTROL/ OBSERVACIONES
14	Profesional Especializado y/o Universitario (Oficina de Control Interno).	Verifica la información reportada por cada proceso.		<p>Punto de Control: Verifica la inclusión de los hallazgos, No Conformidades y No Conformidades Potenciales, resultantes de los informes de Auditorías internas, externas, revisión por dirección e informes de gestión del proceso.</p>
15	Profesional Especializado y/o Universitario (Oficina de Control Interno).	Verifica la eficacia de las acciones implementadas, registrando el último resultado del seguimiento en los anexos 1 y 2.		<p>Punto de Control Para verificar la eficacia de las acciones consulte el Ver Anexo 3 "Modelo para la Formulación de Acciones Correctivas y Preventivas y Verificación de la Eficacia".</p> <p>Observación: En la verificación se debe tener en cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que la acción efectivamente eliminó la causa que originó la observación. • Cumplimiento de términos. • Responsables. • Seguimiento anterior. • Acciones realizadas a la fecha y soportes. <p>La verificación de los hallazgos de auditoría interna y externa de calidad (orígenes 3 y 4), debe efectuarse por parte de un Auditor Interno de Calidad.</p>
16	Profesional Especializado y/o Universitario. (Oficina de Control Interno)	Presenta para revisión y aprobación al Jefe de la Oficina de Control Interno, el memorando con el resultado del seguimiento trimestral de		<p>Observación: El Informe de Seguimiento incluye: las principales conclusiones de la auditoría, las acciones no eficaces y las</p>

PROCEDIMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS

No	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	REGISTRO	PUNTOS DE CONTROL/ OBSERVACIONES
		<p>los anexos 1 y 2 por proceso.</p> <p>Actualiza los Planes de Mejoramiento de la Auditoría Fiscal y la Auditoría General de la República y los remite al funcionario responsable de consolidar los mismos, en los términos establecidos por dichos entes de control.</p>		<p>situaciones evidenciadas en el desarrollo del seguimiento, ejemplo: hallazgos no incluidos.</p> <p>Para el caso de los hallazgos de origen 4, 5 y 6 (Entidad Certificadora, Auditoría General de la República y la Auditoría Fiscal) del Anexo 1 cuyo cierre es sugerido por la OCI, se mantendrán abiertos hasta el pronunciamiento del ente de control correspondiente y por ende, no se realizará más seguimiento tanto por la dependencia responsable como por la OCI.</p>
17	Jefe Oficina de Control Interno	Aprueba y remite el seguimiento trimestral a los Anexos 1 y 2 (Formato Excel), a los responsables de procesos.	Memorando remitido de seguimiento trimestral a los anexos 1 y 2.	Punto de Control: verifica que el reporte y seguimiento se realice de acuerdo con los procedimientos y términos establecidos.
18	Profesional Especializado y/o Universitario (Oficina de Control)	<p>Elabora semestralmente el Consolidado Institucional de los Anexos 1 y 2, con base en los reportes presentados por procesos.</p> <p>Presenta al Jefe de la OCI para su aprobación.</p>		Observación: En el informe de seguimiento al Anexo 2, "Plan de Manejo de Riesgos", se incluirá un numeral que señale el estado de los riesgos antijurídicos (Origen 8), generando un informe semestral con destino a la Oficina Asesora Jurídica.

PROCEDIMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS

No	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	REGISTRO	PUNTOS DE CONTROL/ OBSERVACIONES
19	Jefe Oficina de Control Interno	<p>Remite:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El consolidado institucional de seguimiento a los anexos 1 y 2, con periodicidad semestral al Contralor de Bogotá y a la Dirección de Informática, con el fin de ser incorporados en la Intranet y página WEB. • El seguimiento al “Plan de Mejoramiento” de la AGR y Auditoría Fiscal, para firma del Contralor, de acuerdo con la periodicidad establecida. • Informe semestral del Riesgo Antijurídico, dirigido a la Oficina Asesora Jurídica (Comité de Conciliación). 	Memorando remitivo.	Observación: la Dirección de Informática mantendrá en la Intranet y página WEB la última versión de los anexos 1 y 2.
20	Contralor Auxiliar, Directores, Jefe de Oficina, (Responsables de Proceso)	Socializa los resultados del seguimiento y verificación de acciones a todos los funcionarios de las dependencias que conforman el Proceso.	Acta y/o medio electrónico.	
21	Jefe Oficina de Control Interno	Presenta en el Comité de Coordinación del SCI los resultados del seguimiento a los anexos 1 y 2.	Acta de Comité de Coordinación del SCI.	

ANEXO 1
REPORTE DE ACCIONES CORRECTIVAS – “PLAN DE MEJORAMIENTO”

- (1) Proceso:
(2) Responsable del Proceso:

No. (3)	ORIGEN (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8) (4)	DEPENDENCIA (5)	FECHA DEL HALLAZGO o NC (dd/mm/aa) (6)	DESCRIPCIÓN NO CONFORMIDAD O HALLAZGO DE AUDITORÍA (7)	CAUSA O CAUSAS (8)	ACCIONES (9)	RESPONSABLE DE EJECUCIÓN (10)	FECHA DE INICIO PROGRAMA DA (dd/mm/aa) (11)	FECHA DE TERMINACIÓN PROGRAMA DA (dd/mm/aa) (12)	METAS CUANTIFICABLES (13)	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO (14)	SEGUIMIENTO PROCESO (15)			VERIFICACIÓN DE ACCIONES (16)			
												FECHA DE EJECUCIÓN	DESCRIPCIÓN DEL SEGUIMIENTO	ESTADO (T, P, SI)	DESCRIPCIÓN DE LA VERIFICACIÓN	ESTADO DEL HALLAZGO (A,C)	FECHA AUDITORIA (dd/mm/aa)	AUDITOR

Actualizado por: (Nombre y cargo)
Fecha: (dd/mm/aa)

(Firma)

**INSTRUCTIVO DILIGENCIAMIENTO
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 Auditoría.
- (4) ORIGEN:** Consigne la procedencia de la No conformidad o hallazgo de Auditoría, la 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, Informe de Revisión por la Dirección e Informes de Gestión por Proceso.
 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.
- (5) DEPENDENCIA:** Corresponde a la dependencia de la entidad donde se evidenció la no conformidad o hallazgo.
- (6) FECHA DEL HALLAZGO O NC:** Fecha en la que se identificó la situación comunicada. Registre la fecha en formato (dd/mm/aa).
- (7) DESCRIPCIÓN 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:** 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) METAS CUANTIFICABLES: Es la expresión cuantitativa, concreta, medible, realizable y verificable que se espera alcanzar.

(14) INDICADOR 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.

(15) SEGUIMIENTO PROCESO: Espacio diligenciado por el ejecutor de la acción y avalado por el Responsable del Proceso. Se registra el avance de las acciones propuestas para subsanar el hallazgo o la No Conformidad, indicando:

- Fecha de Ejecución: Registre la fecha en la cual realmente se terminaron las acciones, es decir cuando el estado es T, 100% de ejecución, en formato (dd/mm/aa).
- 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.

(16) VERIFICACIÓN DE ACCIONES: Espacio diligenciado por la OCI. A partir de la verificación efectuada por los auditores internos de calidad o de control interno, consigne:

- Descripción de la Verificación: Establezca en forma clara y precisa la eficacia de las acciones implementadas.
- 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 Auditoría: 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.

FORMATO CÓDIGO 9002001

**INSTRUCTIVO DILIGENCIAMIENTO
REPORTE DE ACCIONES PREVENTIVAS – PLAN MANEJO DE RIESGOS**

- (1) PROCESO.** Nombre del proceso al cual corresponde la situación observada.
- (2) RESPONSABLE DEL PROCESO.** Cargo del funcionario responsable del proceso.
- (3) Nº:** 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, Informe de Revisión por la Dirección e Informes de Gestión por Proceso.
 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. Riesgo Antijurídico.
 9. Otros.
- (5) DEPENDENCIA.** Corresponde a la dependencia de la entidad donde se evidenció la No Conformidad Potencial o riesgo.
- (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 (Alta, Media y Baja). Ver **Anexo 5 “Identificación, Análisis y Valoración de Riesgos”**.
- (9) CAUSA O CAUSAS.** Registre la causa o causas concretas que originaron la situación observada. Ver **Anexo 5 “Identificación, Análisis y Valoración de Riesgos”**.
- (10) ACCIONES.** Registre las acciones preventivas que permitan el adecuado manejo de la no conformidad potencial o riesgo.
- (11) RESPONSABLE DE EJECUCIÓN.** 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) SEGUIMIENTO PROCESO. Espacio diligenciado por el ejecutor de la acción preventiva y avalada por el Responsable del Proceso, donde se registra el avance de las actividades propuestas para subsanar la No Conformidad Potencial, indicando:

El seguimiento de las acciones se realiza en equipo de análisis del proceso, teniendo en cuenta lo siguiente:

- Fecha de ejecución. Registre la fecha en la cual realmente se terminaron las acciones preventivas, es decir cuando el estado es T, 100% de ejecución, en formato (dd/mm/aa).
- 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.

(15) VERIFICACIÓN DE ACCIONES. Espacio diligenciado por la OCI. A partir de la verificación efectuada por los auditores internos de calidad o de control interno, consigne:

- Descripción de la Verificación. Establezca en forma clara y precisa la eficacia de las acciones implementadas para mitigar el riesgo o No Conformidad Potencial.
- 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 M (mitigado) cuando se hayan concluido las acciones formuladas y se demuestre el adecuado manejo del riesgo.
- Fecha Auditoría. Los auditores de la OCI registran la fecha en que realiza la Auditoría 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.

FORMATO CÓDIGO 9002002

ANEXO 3

MODELO PARA LA FORMULACIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS Y VERIFICACIÓN DE LA EFICACIA

Formulación de Acciones Correctivas y Preventivas.

Definición de "acción correctiva y preventiva", es la acción para eliminar la causa de una no conformidad, un hallazgo detectado, una no conformidad potencial o una situación indeseable, respectivamente. La acción correctiva o preventiva no puede ser formulada sin antes identificar las causas que la generaron o la presencia de un riesgo inminente. Existen muchos métodos y herramientas disponibles en una organización para determinar la causa de una no conformidad, desde una tormenta de ideas hasta técnicas más complejas de resolución sistemática de problemas (por ejemplo, análisis de causa raíz, diagramas de pescado, "los cinco porqué", diagramas de árbol, etc.). La extensión y eficacia de la acción correctiva depende de la identificación de la verdadera causa raíz.

La acción correctiva debe tener un perfil de calidad que responda a las siguientes características:

- Contextualizada: Deberá tomar en consideración el momento y la situación en la que se detectó la no conformidad o el hallazgo, así como el conjunto de actores que intervienen en la situación cuya mejora se propone. Ha de ser real, acorde con el momento presente.
- Coherente con la evaluación realizada: deberá estar asociada a las fortalezas y debilidades señaladas, por lo que es conveniente precisar la correspondencia entre los juicios de valor (puntos fuertes y débiles) y por ende que la acción conlleve a la mejora.
- Fundamentada: la calidad y pertinencia de la evidencia aportada no deben dejar lugar a la duda sobre la idoneidad y pertinencia de las acciones consideradas en la misma.
- Viable + factible: es necesario que se analicen los posibles obstáculos en su ejecución. Desde un punto de vista estratégico, las medidas que se han de tomar deben producir los efectos a corto y mediano plazo. Por lo tanto, son formulaciones que miran hacia el futuro y parten de la experiencia pasada.
- Priorizada: prevalece la propuesta más importante para eliminar las causas que originaron las observaciones, consensuada entre el mayor número de personas involucradas, como garantía de compromiso de la ejecución de dicha propuesta.
- Creativa: en ocasiones se trata de aportar nuevas soluciones a viejos y reiterados problemas.
- Clara: debe ser entendible y concreta sin dar pie a libres interpretaciones.
- Medible: formulada de manera que su resultado sea observable.

La acción correctiva eficaz debe prevenir que la no conformidad o hallazgo vuelva a ocurrir, eliminando la causa que la generó. Sin embargo, la acción correctiva no debe confundirse con la acción preventiva. La definición de acción preventiva es la acción para eliminar la causa de una no conformidad potencial o una situación indeseable. Se debe destacar que la acción preventiva por la naturaleza de su definición no es aplicable a no conformidad ya detectada.

Además de las anteriores consideraciones a tener en cuenta, es preciso resaltar que la redacción de una ACCIÓN, inicie con un verbo que determine la acción a ejecutar, redactado preferiblemente en tercera persona del tiempo presente y se complementa con el objeto y la condición, ejemplo:

Las acciones se redactan empezando por un infinitivo verbal:

Analizar, conocer, describir, enumerar, explicar, recordar, relacionar, resumir, aplicar, construir, demostrar, elaborar, experimentar, hacer funcionar, manejar, usar, utilizar, planificar, aceptar, apreciar, comportarse, preferir, respetar, sentir, tolerar, valorar, etc.

El complemento de la acción,

VERBO	OBJETO	CONDICIÓN
Realizar.	Estudios e investigaciones	Para promover el desarrollo integral del talento humano al servicio de la entidad.

Eficacia de las Acciones Correctivas y Preventivas

Cuando una no conformidad tiende a ser individual en su naturaleza, se pueden utilizar una variedad de métodos o actividades para el cierre de la misma. Por ejemplo algunas requerirán una verificación en el sitio (la cual puede requerir visitas posteriores), mientras otras pueden ser cerradas remotamente revisando evidencia documentada).

Antes de decidir cerrar una no conformidad o hallazgo, se debe revisar que la dependencia realizó la acción, el análisis de la causa y los resultados se lograron a través de la acción, se necesita asegurar que exista evidencia objetiva (incluyendo documentación de soporte) para demostrar que la acción propuesta ha sido totalmente implementada y ha sido eficaz en prevenir la recurrencia de la no conformidad o hallazgo, por tanto procede su cierre.

En el evento que, producto del análisis efectuado por la Oficina de Control Interno, se evidencie que las acciones no fueron eficaces, se mantendrá abierto el hallazgo y se comunicará al responsable para que realice nuevamente el análisis de causas y el rediseño de la acción, junto con la modificación de fechas, meta e indicador.

FORMATO CÓDIGO 9002003

**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 o 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: 9002004

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 u ocasionar daños antijurídicos por los cuales deba responder la entidad, así como identificar 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 precisarse 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 cuáles 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, póngelos 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		Tolerable		Moderado		Importante		Inaceptable
	5		10		15 ó 20		30 ó 40		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. (Hace referencia a los puntos de control existentes en los diferentes procedimientos de cada proceso del SGC, los cuales permiten obtener información para efectos de tomar las decisiones).			Controles Preventivos. (Aquellos que actúan para eliminar las causas del riesgos para prevenir su ocurrencia o materialización). Controles Correctivos. (Aquellos que permiten el restablecimiento de la actividad después de ser detectado un evento no deseable; también permiten la modificación de las acciones que proporcionan su ocurrencia).						
Valoración			Alta		Media		Baja		
			60		15, 20, 30 ó 40		5 ó 10		
Diligenció									
Fecha									

FORMATO CÓDIGO: 9002005

ANEXO 6

MODELO PARA LA ELABORACIÓN DEL MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL

A través del Decreto 1599 del 20 de mayo del 2005, se adoptó el Modelo Estándar de Control Interno para todas las entidades del Estado, este Modelo presenta tres Subsistemas de Control: el Estratégico, el de Gestión y el de Evaluación.

La Administración del Riesgos ha sido contemplada como uno de los componentes del Subsistema de Control Estratégico y ha sido definida como el conjunto de Elementos de Control que al interrelacionarse, permiten a la entidad pública evaluar aquellos eventos negativos, tanto internos como externos, que puedan afectar o impedir el logro de sus objetivos institucionales o los eventos positivos, que permitan identificar oportunidades para un mejor cumplimiento de su función. Se constituye en el componente de control que al interactuar sus diferentes elementos le permite a la entidad pública autocontrolar aquellos eventos que pueden afectar el cumplimiento de sus objetivos”.

Al ser un componente del Subsistema de Control Estratégico, la Administración del Riesgo se sirve del Componente Ambiente de Control y todos sus elementos (Acuerdos, Compromisos y Protocolos Éticos, las políticas de Desarrollo del Talento Humano y el Estilo de Dirección) y de los resultados generados por el Componente Direccionamiento Estratégico y sus Elementos de Control (Planes y Programas, Modelo de Operación y Estructura Organizacional), así mismo debe tener en cuenta el Elemento de Control “Controles” del Subsistema de Gestión al momento de realizar la valoración de los riesgos y la formulación de la política. Esta mirada sistémica contribuye a que la entidad no solo garantice la gestión institucional y el logro de los objetivos sino que fortalece el ejercicio del Control Interno.

El Riesgo es un concepto que se puede considerar fundamental, por su vínculo con todo el quehacer, casi se podría afirmar que no hay actividad de la vida, los negocios o de cualquier asunto que no incluya la palabra riesgo, es por ello que la humanidad desde sus inicios buscó maneras de protegerse contra las contingencias y desarrolló, al igual que la mayoría de las especies animales, maneras de evitar, minimizar o asumir riesgos a través de acciones preventivas.

En consecuencia, el riesgo se considera como toda posibilidad de un evento que pueda entorpecer el normal desarrollo de las funciones de la entidad y afectar el logro de sus objetivos, por lo que se entrega a la Administración Pública como una herramienta que le permita a las instituciones hacer un manejo adecuado de los riesgos desde la planeación y contribuir así al logro de los objetivos.

El Mapa de Riesgos Institucional contiene a nivel estratégico los mayores riesgos a los cuales está expuesta la entidad, determinando su probabilidad e impacto, la valoración del mismo y las opciones de manejo que debe seguir cada responsable tendientes a evitar, reducir, dispersar, transferir o asumir el riesgo. Ver modelo anexo.

Este mapa se materializa en el Anexo 2 “Reporte de Acciones Preventivas – Plan manejo de riesgos”, del Procedimiento para la Implementación de Acciones Correctivas y Preventivas, incorporado en el Proceso de Evaluación y Control.

Igualmente, en los anexos 4 “Determinación factores de riesgos, Contexto estratégico”, y 5 “Identificación, análisis y valoración de riesgos”, del citado procedimiento, se establece la metodología para determinar los factores de riesgos de la entidad y la identificación, análisis y valoración de los mismos.

OBSOLETEO

