INFORME DE ACTIVIDADES
No. 3

Aguazul, 31 de marzo del 2025.

Doctor(a)
CARMEN EMILIA GALVAN TAMAYO
SECRETARIO(A) GENERAL
Ciudad

Ref: Informe de Actividades No. 3 del CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No. 0079 - MA-CD-SG-065-2025 de 2025-01-23.

Cordial Saludo

En cumplimiento de las obligaciones del CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES:

NUMERO : 0079
TIPO CONTRATO : CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES
OBJETO : PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL ACOMPAÑAMIENTO A LA ALTA DIRECCIÓN PARA EL FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LA FORMACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN A LÍDERES DE PROCESO, PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA, GESTIÓN DEL DISEÑO Y DESARROLLO, GESTIÓN DE PROCESOS Y REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN, CON MIRAS A AFRONTAR EXITOSAMENTE LA AUDITORÍA DE SEGUIMIENTO ISO 9001:2015 DE PARTE DEL ORGANISMO DE CERTIFICACIÓN.

VALOR : $14.400.000,00 MCTE.
VALOR ADICIONAL : $0,00 MCTE.
VALOR FINAL : $14.400.000,00 MCTE.

PLAZO : DOS (2) MESES
PRORROGA :
FECHA INICIO : 2025-01-28
FECHA TERMINACIÓN : 2025-03-27

A continuación, se relacionan las actividades o tareas realizadas en el período comprendido desde el 01/03/2025 hasta el 27/03/2025.

ACTIVIDAD DEL CONTRATO	ACTIVIDAD REALIZADA Y EVIDENCIAS
2. Proporcionar formación a Líderes de Proceso en direccionamiento estratégico y gestión de procesos.	Se realizó actividad de formación en direccionamiento estratégico y gestión de procesos para el día 05 de febrero de 2025 en horario de 1:00 a.m. a 12:30 p.m. Ver ANEXO 2 - INFORME 2.
3. Proporcionar formación a Líderes de Proceso en la aplicación del pensamiento basado en riesgos.	Se realizó actividad de formación en pensamiento basado en riesgos para el día 05 de febrero de 2025 en horario de 7:30 a.m. a 9:30 a.m. Ver ANEXO 3 - INFORME 2.
4. Proporcionar formación a Líderes de Proceso en seguimiento y medición del desempeño, y mejora continua en el SGC.	Se realizó actividad de formación en seguimiento y medición del desempeño y mejora continua para el día 20 de febrero de 2025 en horario de 7:30 a.m. a 10:00 a.m. Ver ANEXO 4 - INFORME 2.

Powered by CamScanner

INFORME DE ACTIVIDADES
No. 1

5. Apoyar la documentación del procedimiento relacionado con el diseño y desarrollo.	Se realizó actualización del procedimiento para el diseño y desarrollo con el fin de dar cumplimiento al requisito 8.3 de ISO 9001:2015. Estos controles se incluyeron dentro del procedimiento de "2. M-GT-P-02 Elaboración Estudios y Diseños" numeral 6 "Control del diseño de estudios y diseños". Ver ANEXO 5 - INFORME 2.
6. Proporcionar formación a la Alta Dirección en revisión por la dirección al Sistema de Gestión de Calidad.	Se realizó actividad de formación en revisión por la dirección para el día 20 de febrero de 2025 en horario de 10:00 a.m. a 12:00 p.m. Ver ANEXO 6 - INFORME 2.
7. Proporcionar formación a los servidores públicos y Líderes de Proceso en "cómo afrontar una auditoría".	Se realizó actividad de formación en "cómo afrontar una auditoría" para el día 21 de febrero en horario de 7:30 a.m. a 9:00 a.m. (para participantes de proceso - Ver ANEXO 7 - INFORME 2) y de 10:00 a.m. a 12:00 p.m. (para Líderes de Proceso - Ver ANEXO 8 - INFORME 2).
8. Apoyar la actualización de las caracterizaciones de los procesos de apoyo y de evaluación.	Se apoyó la actualización de las caracterizaciones de los procesos de apoyo y evaluación. Ver ANEXOS 9 a 17 - INFORME 2.
9. Acompañar a los Líderes de Proceso y Alta Dirección durante la auditoría de tercera parte al Sistema de Gestión de Calidad.	Se realizó acompañamiento a la auditoría de seguimiento por parte del organismo de certificación ICONTEC, los días 3 y 4 de marzo de 2025. Ver ANEXO 1 (reunión de apertura y cierre auditoría ICONTEC). Se apoyó en el diseño de los planes de acción correctiva para las 3 no conformidades identificadas en auditoría de seguimiento de ICONTEC. Ver ANEXO 2.
10. Las demás que se deriven del contrato.	Se apoyó en la actualización de la información documentada que se relaciona a continuación: a. Procedimiento de auditoría interna (ANEXO 3) b. Formato plan de auditoría (ANEXO 4) c. Formato programa de auditoría (ANEXO 5) d. Formato lista de chequeo (ANEXO 6) e. Procedimiento de información documentada (ANEXO 7) f. Procedimiento de mejora continua (ANEXO 8) g. Procedimiento para la gestión de riesgos y oportunidades (ANEXO 9) h. Formato para la determinación del contexto (ANEXO 10) i. Formato matriz de riesgos y oportunidades (ANEXO 11) j. Estatuto de auditoría y código de ética del auditor (ANEXO 12)

Para una ejecución acumulada del contrato 0079 del **100%**

OBSERVACIONES:

Atentamente,

JOHN FREDDY VARGAS FLOREZ
Contratista

Powered by CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	13542283
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JOHN FREDDY VARGAS FLOREZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BUCARAMANGA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CRA. 25 #36-84 SANTA MARÍA DE	TELÉFONO:	6397162
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de consultaría de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7964690231**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2025	SALUD:	AÑO:	2025
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/03/19	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1347520224

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
							X									

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002297390	230201	230201- PROTECCION	1	$ 414.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 414.800**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 324.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 324.000**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8902015787	CCF40	CCF40-COMFENALCO SANTANDER	1	$ 15.600
		SUBTOTAL:	1	**$ 15.600**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 13.600
		SUBTOTAL:	1	**$ 13.600**

VALOR SIN MORA:	**$ 768.000**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 768.000**

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	13542283
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JOHN FREDDY VARGAS FLOREZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BUCARAMANGA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CRA. 25 #36-84 SANTA MARÍA DE CAÑAVERAL	TELÉFONO:	6397162
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de consultaría de gestión.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA							
NÚMERO PLANILLA:			**7964690231**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	marzo	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/03/19	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1347520224

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 414.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 414.800	$ 0	$ 414.800
SUBTOTALES:										**$ 414.800**	**$ 0**	**$ 414.800**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 324.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 324.000	$ 0	$ 0	$ 324.000
SUBTOTALES:													**$ 324.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 324.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 13.600	$ 13.600	$ 0	$ 0	$ 13.600
SUBTOTALES:									**$ 13.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 13.600**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF40	CCF40-COMFENALCO SANTANDER	1	$ 15.600	$ 0	$ 15.600
SUBTOTALES:			**$ 15.600**	**$ 0**	**$ 15.600**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES															SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES						
																									PENSIÓN								SALUD						ARP												
																												FSP		APORTES VOLUNTARIOS																CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 13542283	VARGAS FLOREZ JOHN FREDDY	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.592.000				NO								01-30									230201-PROTECCION	30	$ 2.592.000	$ 414.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 414.800	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 2.592.000	$ 324.000	$ 0	$ 324.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.592.000	13542283	$ 13.600	30	$ 2.592.000	CCF40-COMFENALCO SANTANDER	$ 15.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 768.000

1. OBJETIVO

Describir la metodología establecida por la Alcaldía Municipal de Aguazul para la creación, actualización, eliminación y control de la información documentada (documentos y registros) en el Sistema de Gestión Integral, que asegure su disponibilidad, conveniencia, adecuación y veracidad.

2. ALCANCE

El presente procedimiento, es aplicable a la información documentada por el Sistema de Gestión Integral de la Alcaldía de Aguazul. Inicia con la identificación de la necesidad de crear, y actualizar o anular documentos y registros de la información documentada, hasta el seguimiento a la aplicación de las disposiciones documentadas hasta su control.

Incluye el diseño, revisión, codificación, aprobación, distribución, control y disposición final de los documentos vigentes y obsoletos, así como el almacenamiento, custodia, recuperación y disposición de los registros.

3. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

Para los fines de este documento, se aplican los términos y definiciones incluidos en la Norma ISO 9000:2015.

Proceso: Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, que utilizan las entradas para proporcionar un resultado previsto.
Procedimiento: Forma especificada de llevar a cabo una actividad o un proceso.
Caracterización de procesos: documento que describe las características generales del proceso y/o subproceso.
SIG: Sistema Integrado de Gestión.
Versión: Refiere los cambios registrados en un documento y que ha sido causal para generar uno nuevo.
Datos: Hechos sobre un objeto.
Información: Datos que poseen significado.
Documento: Información y medio de soporte.
Información documentada: Información que una organización tiene que controlar y mantener, y el medio que la contiene.
Protección: actividad tendiente a garantizar el estado de un registro y definir los niveles de acceso.
Recuperación: facilidad para consultar un registro almacenado dependiendo del tipo de archivo en el que se encuentre tendiente a garantizar el estado de un registro y definir los niveles de acceso.

Responsable: personal dentro de la entidad encargado del almacenamiento, ubicación, recuperación y estado de los documentos y registros en cualquier tipo de soporte.
Instructivo: documento que brinda una secuencia clara de indicaciones que tienen como finalidad desarrollar una actividad para llegar a una meta o a un objetivo.
Manual: documento guía que transmite de forma explícita, sencilla, ordenada y sistemática la información de una organización, sobre objetivos, políticas, atribuciones y procedimientos; se indican las actividades y la forma en que estas deberán ser realizadas por los miembros de la organización, teniendo como referente los propósitos de la Institución.
Reglamento: conjunto de reglas y conceptos ya establecidos a fin de establecer parámetros para realizar una tarea dentro de las actividades previamente establecidas en la institución.
Manual de calidad: documento que especifica el Sistema de Gestión de la Calidad de la Institución.
Documento externo: información que el proceso necesita para desarrollar sus actividades pero que es producido por partes interesadas de origen externo.
Documento interno: son aquellos documentos relevantes que definen los servicios que presta la institución, son necesarios para su funcionamiento y se generan al interior de la entidad, pueden modificarse de manera independiente, incluye los documentos propios de las entidades internos.
Documento Obsoleto: Documento que ha perdido su vigencia en fecha o contenido, derivado de un cambio o de su eliminación, pierde su vigencia.
Control de documentos: Actividades relacionadas con la actualización y divulgación oportuna de los documentos. Entre ellas está la codificación, anulación, elaboración y modificación.
Documento de referencia: son aquellos que sirven como base, soporte o guardan relación directa con un proceso y/o subproceso o procedimiento.

Ejemplo de documento referencia:

- Norma ISO 9001:2008
- Ley General de Archivo
- Acuerdos de Consejo

Registro: Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades realizadas.
Ficha: documento que define características y/o controles que se utiliza y se comparte para lograr los objetivos de la organización.
Formato: documento impreso o digital destinado al registro de información de un proceso.
Identificación: es todo aquello nombre y código que se le asigna a cada documento que lo diferencia de cualquier otro.
Actualización: Mecanismo a través del cual se realizan cambios necesarios en los documentos. Pueden ser de forma o de fondo.
Adecuación de la información documentada: Alineación de la información documentada para dar cumplimiento a los objetivos del proceso.
Copia Controlada: Documento del sistema integrado de gestión sobre el cual existe control y responsabilidad para informar y suministrar las actualizaciones que se realicen, garantizando que los usuarios tengan acceso a la última versión del mismo.
Anulación: Proceso mediante el cual un documento se anula o suprime de la documentación del sistema integrado de gestión.

Difusión: proceso que permite dar a conocer un documento.
Disposición: destino o fin que se le da a un registro, una vez terminado el tiempo de retención en un archivo.
Aprobación: Acción mediante la cual un cargo autorizado evalúa el contenido de un documento y lo aprueba.
Distribución: proceso en el que un documento aprobado se entrega a los interesados para su aplicación.
Modificación: mecanismo para realizar cambios de forma o fondo necesarios en los documentos.
Listado maestro de documentos y registros: formato donde cada proceso y/o subproceso registra los documentos internos y externos para controlar sus versión, almacenamiento, protección, recuperación, retención y disposición final.
Copia No Controlada: Copia de un documento emitida con carácter informativo, su existencia no será registrada y no existe responsabilidad sobre su actualización.
Revisión: actividad emprendida para asegurar la conveniencia y la adecuación del documento objeto de la revisión, para alcanzar el objetivo establecido.
Aprobación de un documento: Revisar y validar que la información que lleva el documento cumple con los requisitos establecidos por el Sistema de Gestión Integral. La aprobación del documento la realiza el Representante legal. Este hecho se plasma sobre el documento mediante firma del documento y cuando sea necesario mediante Resolución Administrativa.
Calidad: Grado en el que un conjunto de características inherentes de un objeto cumple con los requisitos.
Codificación: Nomenclatura alfanumérica asignada para controlar los documentos que pertenecen al SGIC.
Adecuación de la información documentada: Alineación de la información documentada para dar cumplimiento a los objetivos del proceso.
Requisitos legales: Legalización aplicable a los procesos y procedimientos.
Listado de información documentada: Comprende el listado maestro de documentos y el listado maestro de registros.
Listado Maestro de Documentos: Inventario de la información documentada de planeación que hace parte de cada proceso, en el cual se indica: el nombre del proceso, nombre del documento, tipo de documento (interno / externo), código, versión, resolución de aprobación, fecha de creación y fecha de actualización.
Listado Maestro de Registros: Inventario de la información documentada de resultado (registros), en el cual se indica: el proceso al que pertenece, nombre del registro, código, versión, responsables (creación y almacenamiento), lugar de almacenamiento, tipo de protección, criterio de búsqueda, tiempo de retención y la disposición final.

4. BASE LEGAL

- Norma ISO 9001:2015.
- Norma ISO 9000:2015
- LEY 594 DE 2000 (Julio 14) Por medio de la cual se dicta la Ley General de Archivos y se dictan otras disposiciones.
- Reglamento de la certificación ICONTEC de sistemas de gestión R-PS-007, requisito 4.17.

- Uso de la marca de conformidad de la certificación ICONTEC para Sistemas de Gestión E-GM-001.
- Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG: Dimensión Información y Comunicación, Dimensión gestión del conocimiento.
- Ley 872 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 Nacional 4110 2004 “Por la cual se reglamenta la Ley 872 de 2003 y se adopta la norma técnica de calidad de gestión pública”.
- Resolución 189 de 25 noviembre 2020 “Por la cual se adopta la estructura de proceso para el Sistema de Gestión Integral de Calidad de la alcaldía municipal de Aguazul de Casanare”.
- Resolución 230 de 06 de septiembre de 2021 “Por la cual se modifica parcialmente el artículo de la Resolución No. 189 del 25 de noviembre de 2020 "Por la cual se adopta la estructura de procesos para el Sistema de Gestión Integral de Calidad de la Alcaldía municipal de Aguazul Casanare”.
- Resolución 166 de 23 de octubre 2020 “Por la cual se adopta el Direccionamiento Estratégico y su despliegue de la alcaldía municipal de Aguazul Casanare”.

PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA

La información documentada del SGI, se elaborarán teniendo en cuenta los criterios descritos a continuación:

Identificación
En la primera página del documento, en la cual se escribirá el nombre del documento, el proceso al que pertenece, código, versión, fecha, objetivo, alcance y responsables. Los documentos se codifican bajo los siguientes criterios:

TIPO DE PROCESO		INICIALES		TIPO DOCUMENTAL		CONSECUTIVO
E	Estratégicos	GD	Gestión Directiva	P M F G I	Procedimiento Manual Formato Guía Instructivo	1 2 3 4 5 6 . . . n
M	Misionales	GI	Gestión de la Infraestructura			
		SGS	Gestión de Salud y Gestión Social			
		GEC	Gestión Educativa y Cultural			
		GDEA	Gestión de Desarrollo Económico y Ambiental			
		GSCP	Gestión de Seguridad, Convivencia y			

TIPO DE PROCESO		INICIALES		TIPO DOCUMENTAL		CONSECUTIVO
			Participación Ciudadana			
		GT	Gestión Territorial			
A	Apoyo	GTH	Gestión de Talento Humano			
		GF	Gestión Financiera			
		GABS	Gestión de Adquisición de Bienes y Servicios			
		GJ	Gestión Jurídica			
		GRF	Gestión de Recursos Físicos			
		GTI	Gestión de Tecnologías de la Información			
		GDAC	Gestión Documental y Atención al Ciudadano			
		GC	Gestión de Comunicaciones			
EV	Evaluación	CIG	Control Interno de Gestión			

Formato del documento
Se utiliza la tipografía establecida en el manual de identidad Institucional de la Alcaldía Municipal de Aguazul, preferiblemente en tamaño carta. El idioma de los documentos será el español y su medio de soporte será el medio magnético

Estructura del documento
La estructura del documento puede variar de acuerdo con el tipo documental, pero debe ir alineada al manual de imagen corporativa.

Los procedimientos del Sistema de Gestión Integral tendrán la siguiente estructura:

- Identificación: la cual incluirá el nombre del proceso, el nombre del procedimiento, su código, versión, la fecha de aprobación, objetivo, alcance, base legal, términos y definiciones cuando haya lugar a ello.
- Descripción de las actividades, registro, responsables y punto de control.
- Tabla de registros del procedimiento.
- Tabla control de cambios.
- Sección de responsable por: elaboración y aprobación.

Tipos documentales
Los siguientes son los tipos documentales establecidos para el SGI:

- Caracterización de proceso
- Procedimientos
- Actas
- Planillas de asistencia
- Normograma
- Notificación Personal
- Resolución
- Circular
- Oficio
- Certificación
- Decreto

CREACION Y ACTUALIZACIÓN DE DOCUMENTOS INTERNOS

INICIO

ACTIVIDADES

1. **Identificar la necesidad.**

DESCRIPCIÓN
Cualquier participante de proceso puede identificar la necesidad de crear, actualizar o anular un documento en uso dentro del Sistema de Gestión Integral.

Registro
No aplica.

Responsables
Líder de Proceso.
Facilitadores.
Participantes de Proceso.

Punto de control
No aplica.

2. **Aprobar la necesidad.**

DESCRIPCIÓN
Una vez consultada la necesidad del documento teniendo en cuenta que el documento aporte al objetivo del proceso y facilite el desarrollo de las actividades, el Líder de Proceso aprobará o

negará la necesidad. El solicitante una vez consultada y aprobada la necesidad con el líder del proceso, procede a comunicarlo al Facilitador del Proceso para elaborar conjuntamente un borrador del documento.

Las solicitudes de anulación de documentos aprobadas indicarán que el documento por eliminar no aporta al objetivo de proceso, en cuyo caso se dejará la observación en el listado maestro de documentos y listado maestro de registros. En este caso, el consecutivo del documento, quedará libre para ser utilizado por otro documento.

Registro
Listado Maestro de Documentos.

Responsables
Líder de Proceso.
Facilitadores.

Punto de control
Aporte de la información documentada al objetivo del proceso.

3. Análisis de adecuación del documento.

DESCRIPCIÓN
El Facilitador en compañía del Líder de Proceso, deberán revisar y asegurar que el nuevo documento o la modificación respectiva, son pertinentes para el objetivo del proceso y que adicionalmente facilite el desarrollo de las actividades de manera eficiente, es decir, que el nuevo documento, permita alcanzar el propósito del proceso, con el mínimo de recursos posible.

Registro
Listado Maestro de Documentos.

Responsables
Líder de Proceso.
Facilitadores.

Punto de control
Asegurar la adecuación de la información documentada.

4. Controlar cambios.

DESCRIPCIÓN
El Líder de Proceso o el Facilitador con el apoyo de los profesionales del SGI efectuarán los cambios y versiones, actualizando el listado de información documentada de su proceso (listado maestro de documentos y listado maestro de registros), además de enunciar el cambio en la tabla “Control de Cambios” contenida en cada documento.
Todo documento será aprobado mediante acto administrativo emitido por “Secretaría General”.

Registro
Acto Administrativo.
Listado maestro de documentos.
Listado maestro de registros.

Responsables
Líder de Proceso.
Facilitadores.
Profesionales SGI.

Punto de control
Diligenciamiento de los cambios realizados, en cada documento y actualización del listado de la información documentada (listado maestro de documentos y listado maestro de registros).

5. Socializar los ajustes realizados.

DESCRIPCIÓN
Una vez actualizado el Listado de información documentada del proceso, el Líder del Proceso o Facilitador, comunicará a los participantes involucrados en las actividades documentadas, los cambios que fueron hechos al documento.

Registro
Listado de asistencia a la socialización.

Responsables
Líder de Proceso.
Facilitadores.

Punto de control
No aplica.

6. Garantizar conservación y disposición de los documentos.

DESCRIPCIÓN
La información documentada del SGI en manuales, planes, procedimientos, guías, y otros, se publica en la carpeta SIPG[1] dispuesta en el servidor APOLOS y se controla para asegurarse de que esté disponible y sea idónea para su uso, donde y cuando se necesite.

Para el control de la información documentada, se abordan las siguientes actividades, según corresponda:

a) distribución y acceso, en la carpeta SIPG dispuesta en el servidor APOLOS.

[1] Sistema Integral de Planeación y Gestión.

b) control de cambios, utilizando el control de versión.
c) Los documentos obsoletos o no vigentes se podrían conservar, siempre que se almacene en la carpeta "obsoletos" de cada proceso y/o podrán ser eliminados. La única documentación vigente, será aquella disponible en la carpeta pública del SIPG dispuesta en el servidor APOLOS.

Registro
No aplica.

Responsables
Líder de Proceso.
Facilitadores.

Punto de control
No aplica.

7. Control de la información documentada.

DESCRIPCIÓN
El día siguiente a la socialización iniciará la implementación del documento emitido, en las actividades del proceso involucradas. El control de la información se realizará de la siguiente manera:

CARACTERÍSTICA	INFORMACIÓN DE PLANEACIÓN	INFORMACIÓN DE RESULTADO
Disponibilidad	Esta se asegura mediante la disposición de la información documentada en el servidor APOLOS dentro de la carpeta SIPG.	La información de resultado será llevada por el Líder de cada Proceso, Facilitadores y Participantes de Proceso, en sus archivos de gestión respectivos. Adicionalmente, asegurarán su veracidad y legibilidad al momento de crearse el registro.
Protección	Para prevenir su alteración, esta información se encuentra en formato no editable, siendo el responsable de conservar los archivos editables, el Líder de proceso Gestión Documental o a quien este designe. Para prevenir su pérdida, se realizarán copias de seguridad de parte del proceso Gestión de Tecnologías de la Información.	La información de resultados se archivará y custodiará de forma magnética o física en las unidades de conservación (Carpetas cuatro solapas y cajas) durante 5 años o más de acuerdo con lo establecido en el listado maestro de registros y/o Tablas de Retención Documental.
Distribución, acceso, recuperación y conservación	La distribución de los documentos se hará a través del servidor APOLOS dentro de la carpeta SIPG, ubicando la documentación en subcarpetas	Esta información se conservará en archivos físicos o magnéticos, identificándose por procesos a través de fechas, responsables de generación

CARACTERÍSTICA	INFORMACIÓN DE PLANEACIÓN	INFORMACIÓN DE RESULTADO
	identificadas con el nombre de cada proceso al que pertenece, las cuales a su vez tiene la información ordenada por subcarpetas, como, por ejemplo: procedimientos, formatos, documentos externos, riesgos y oportunidades, entre otros	y custodia, con el fin de que pueda ser de fácil acceso, utilización y consulta de acuerdo con el listado maestro de registros.

Registro
No aplica.

Responsables
Líder de Proceso.
Facilitadores.

Punto de control
Aplicación de los controles establecidos en la tabla anterior.

INFORMACIÓN DOCUMENTADA DE ORIGEN EXTERNO

INICIO

ACTIVIDADES

1. **Identificar la información documentada de origen externo.**

DESCRIPCIÓN
El Líder del Proceso, deberá identificar los documentos externos necesarios para la planificación y operación de su proceso.

Registro
No aplica.

Responsables
Líder de Proceso.
Facilitadores.

Punto de control
Pertinencia de la información documentada de origen externo, en las actividades del proceso.

2. **Vincular la información documentada de origen externo.**

DESCRIPCIÓN
El Líder del Proceso informa al Facilitador la necesidad de vincular el documento externo mediante su inclusión en la carpeta SIPG del servidor APOLOS y en el listado maestro de documentos y determina si es necesario realizar una actualización o creación de un documento interno.

En el caso de crearse o ajustarse un documento interno, se deberá seguir la metodología "Documentos Internos", descrita en el presente procedimiento. En el caso de no crear un documento interno, el Líder de Proceso con el apoyo del Facilitador incluirán el documento externo en el listado de información documentada del proceso; además se encargarán de anexar el documento en el servidor APOLOS, carpeta SIPG.

Si se trata de un requisito legal aplicable a seguridad y salud en el trabajo, deberá incluirlo en la matriz de requisitos legales de SG-SST.

Registro
Listado maestro de documentos.

Responsables
Facilitadores.

Punto de control
Asegurar que el documento externo sea incluido en el listado maestro de documentos y/o matriz de requisitos legales de SST, según corresponda.

3. **Vincular la información documentada de origen externo.**

DESCRIPCIÓN
Para la distribución del documento externo, el Líder de Proceso gestión documental y atención al ciudadano, o a quien este designe, con el apoyo del Facilitador realizarán la disposición del documento externo en el servidor APOLOS carpeta SIPG, disponible para consulta. No se mantendrán documentos externos obsoletos, por tanto, se retirarán las copias existentes. De igual forma, se eliminará de la carpeta SIPG toda copia allí existente.

Registro
Listado maestro de documentos.

Responsables
Facilitadores.
Líder de Proceso gestión documental y atención al ciudadano, o a quien este designe.

Punto de control
Asegurar la disposición del nuevo documento externo dentro de la carpeta SIPG.

4. **Implementar y realizar seguimiento.**

DESCRIPCIÓN
El Líder de cada Proceso y sus facilitadores responderán por la aplicación de lo descrito en del documento externo, por lo tanto, realizarán seguimiento a su implementación. De acuerdo con los objetivos definidos para las auditorías internas, estás serán un instrumento de seguimiento a la implementación de la documentación externa aplicable.

Registro
Listado maestro de documentos.

Responsables
Facilitadores.
Líderes de Proceso.

Punto de control
Verificación periódica de la implementación de la información documentada de origen externo..

REGISTROS

INICIO

ACTIVIDADES

1. **Identificar la necesidad.**

DESCRIPCIÓN
Cualquier participante del proceso puede identificar la necesidad de crear, actualizar un registro del Sistema de Gestión Integral, de acuerdo con lo establecido en los procedimientos de cada proceso.

Registro
No aplica.

Responsables
Participantes de los procesos.

Punto de control
Asegurarse que el registro esté vinculado con un procedimiento del SGI.

2. **Identificar el registro.**

DESCRIPCIÓN
La identificación de los registros del Sistema de Gestión Integral se realizará por medio del proceso al que corresponde, el nombre del registro, la versión y fecha de actualización, de conformidad con lo establecido en el apartado “identificación”, que hace parte de la sección “presentación de los documentos”, del presente procedimiento.

Registro
No aplica.

Responsables
Participantes de los procesos.

Punto de control
Identificación clara del registro para asegurar su trazabilidad.

3. **Asegurar legibilidad del registro.**

DESCRIPCIÓN

Todos los registros serán diligenciados con letra imprenta o legible, sin tachones o enmendaduras. Esto estará a cargo del usuario del registro correspondiente.
La información documentada conservada como evidencia de la conformidad debe protegerse contra modificaciones no intencionadas.

Registro
No aplica.

Responsables
Persona que diligencia el registro.

Punto de control
No aplica.

4. **Almacenar el registro.**

DESCRIPCIÓN
El usuario del registro podrá almacenarlo en medio físico (carpetas y folders) o magnético (copias magnéticas) según el tipo de registro. Esto de acuerdo con lo establecido en el Listado Maestro de Registros y/o en las tablas de retención documental.

Registro
No aplica.

Responsables
Usuario del registro.

Punto de control
No aplica.

5. **Recuperar el registro.**

DESCRIPCIÓN
Cualquier participante del proceso podrá recuperar los registros teniendo en cuenta los criterios de búsqueda específicos en el Listado Maestro de Registros.

Registro
No aplica.

Responsables
Participantes del proceso..

Punto de control
No aplica.

6. **Disponer registros.**

DESCRIPCIÓN
La disposición será realizada de acuerdo con el tiempo de retención y disposición final definidos por el líder de proceso o la norma que lo reglamente, y especificadas en el Listado Maestro de Registros.

Registro
No aplica.

Responsables
Participantes del proceso..

Punto de control
No aplica.

SEGUIMIENTO DE LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA

El Líder de Proceso, facilitadores, usuarios de la información documentada (documentos internos, documentos externos y registros), realizarán seguimiento a las siguientes características, según sea aplicable:

a) distribución, acceso, recuperación y uso;
b) almacenamiento y preservación, incluida la preservación de la legibilidad;
c) control de cambios (por ejemplo, control de versión);
d) conservación y disposición.

La auditoría interna, de acuerdo con los objetivos definidos, también verificará las características de la información documentada, en el marco de las disposiciones establecidas en el presente procedimiento.

5. FORMATOS DE LOS TIPOS DOCUMENTALES

NOMBRE DEL FORMATO	CÓDIGO	VERSIÓN	RESPONSABLE DE CREACIÓN	
			CREACIÓN	ALMACENAMIENTO
Formato de Caracterización de proceso	00	01	Líder	Carpeta digital APOLOS-SIGP
Formato de procedimientos Opción 1	00	01	Líder	Carpeta digital APOLOS-SIGP
Formato de procedimientos Opción 2	00	01	Líder	Carpeta digital APOLOS-SIGP
Encuesta de Satisfacción del servicio	00	01	Líder	Carpeta digital APOLOS-SIGP
Encuesta evaluación procesos misionales	00	01	Líder	Carpeta digital APOLOS-SIGP
Listado maestro de Registros y documentos	A-GDAC-F-07	01	Líder	Carpeta digital APOLOS-SIGP
Actas	A-GDAC-F-11	01	Líder	Carpeta digital APOLOS-SIGP
Planilla de asistencia Interna	A-GDAC-F-12	01	Líder	Carpeta digital APOLOS-SIGP
Planilla de Registro externa	A-GDAC-F-13	01	Líder	Carpeta digital APOLOS-SIGP
Creación, Modificación y eliminación de documentos	A-GDAC-F-17	01	Líder	Carpeta digital APOLOS-SIGP
Distribución de Documentos	A-GDAC-F-18	01	Líder	Carpeta digital APOLOS-SIGP
Normograma	A-GDAC-F-19	01	Líder	Carpeta digital APOLOS-SIGP

Notificación Personal	A-GDAC-F-20	01	Líder	Carpeta digital APOLOS-SIGP
Resolución	A-GDAC-F-21	01	Líder	Carpeta digital APOLOS-SIGP
Circular	A-GDAC-F-22	01	Líder	Carpeta digital APOLOS-SIGP
Oficio	A-GDAC-F-23	01	Líder	Carpeta digital APOLOS-SIGP
Certificación	A-GDAC-F-24	01	Líder	Carpeta digital APOLOS-SIGP
Decreto	A-GDAC-F-25	01	Líder	Carpeta digital APOLOS-SIGP

6. CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
01	Resolución No. 429 del 22 de diciembre del 2022.	Emisión Inicial
02	Resolución No. 119 del 16 de abril del 2024	Modificación de los logos en el encabezado e inclusión en el pie de página logos de certificación de ICONTEC
03		Se modifica el nombre del procedimiento a la terminología utilizada en ISO 9000:2015. Se incluyen disposiciones para el uso de la marca ICONTEC para Sistemas de Gestión, en la información documentada. Se fortalece la redacción del objetivo hacia las características de la información documentada: veracidad y disponibilidad. Se modifica el alcance del procedimiento. Se simplificaron los términos y definiciones para adecuarlos a los establecidos en la norma ISO 9000:2015. Se actualizó la base legal aplicable. Se reformulan y simplifican todas las actividades para ajustarlas a los requisitos exigidos por ISO 9001:2015 y para lograr el objetivo previsto para el procedimiento. Se eliminan contenidos que no corresponden a la norma ISO 9001:2015.

7. ELABORACIÓN, REVISIÓN Y APROBACIÓN

ELABORÓ	ACOMPAÑO LA REVISION	ACOMPAÑO SGIC	APROBÓ LIDER DEL PROCESO
Martha Beatriz Sánchez Rodríguez John Freddy Vagas Flórez	Oscar Álvarez	Marisol Molano Cárdenas	Carmen Emilia Galván Tamayo
Profesionales Contratados	Profesional Contratado	Cargo: Profesional Universitario	Cargo: Secretario de Despacho – Secretaría general

1. OBJETIVO.

Definir la metodología para identificar no conformidades reales, potenciales y oportunidades de mejora dentro del sistema de Gestión Integral de Calidad y Control Interno, identificar sus causas y emprender acciones para eliminarlas evitando la recurrencia de no conformidades reales, evitando la materialización de no conformidades potenciales y aumentando la capacidad de la entidad para cumplir sus requisitos.

2. ALCANCE.

Desde la identificación de hallazgos (no conformidad real o potencial y oportunidad de mejora), aplicando la corrección inmediata, análisis de causas, definición implementación de acciones correctivas, preventivas y de mejora hasta el seguimiento y verificación de la eficacia para el cierre de las acciones.

3. TÉRMINOS Y DEFINICIONES.

- **No conformidad real:** Incumplimiento de un requisito. Se ha materializado.
- **No conformidad potencial:** evento en el cual se observa probabilidad de incumplimiento a un requisito.
- **Acción correctiva:** Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad y evitar que vuelva a ocurrir.
- **Acción preventiva**: Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente no deseable y evitar la ocurrencia de una no conformidad real.
- **Acción de mejora:** Acción realizada para optimizar y potencializar el desempeño de un proceso o el cumplimiento de los requisitos. Acción tomada para aumentar la capacidad de cumplir con los requisitos.
- **Causas**: Origen de la no conformidad real o potencial.
- **Oportunidad de mejora**: Situación en la cual se cumplen los requisitos del sistema de gestión, pero que puede ser utilizada para aumentar la capacidad de cumplir requisitos.
- **Satisfacción del Cliente**: Percepción del cliente sobre el grado en que se han cumplido las expectativas.
- **Eficacia:** Grado en el que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados.
- **Eficiencia:** Relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados.
- **Efectividad:** Medida del impacto de la gestión en el logro de los resultados planificados.
- **Corrección:** Acción para eliminar una no conformidad detectada.
- **Riesgo**: Es la posibilidad de ocurrencia de toda aquella situación que pueda entorpecer el normal desarrollo de las funciones de la entidad y le impidan el logro de sus objetivos. Efecto de la incertidumbre en los objetivos.

Recuerde: Si este documento se encuentra impreso no se garantiza su vigencia, por lo tanto, se considera “Copia No Controlada”. La versión vigente se encuentra publicada en el aplicativo SIPG de la plataforma ZEUS.

4. BASE LEGAL

- Decreto 1499 de 2017.

5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- ISO 9001:2015. Sistemas de Gestión de la Calidad. Requisitos.
- ISO 9000:2015. Sistema de Gestión de Calidad. Fundamentos y vocabulario.

6. DESCRIPCIÓN/ACTIVIDAD

Inicio

1. IDENTIFICAR NO CONFORMIDADES U OPORTUNIDADES DE MEJORA.

El Líder del proceso, facilitador y/o personal que participa del proceso identifican el hallazgo (no conformidad real, potencial u oportunidad de mejora) que se deriven de los ejercicios de auditoría y/o cuando resulten del trabajo proactivo de los procesos en el ejercicio de su gestión y se registra en el formato Acción Correctiva, Preventiva y/o Mejora EV-CIG-F-06 en el campo **Descripción del hallazgo** de manera clara y sencilla junto con la evidencia objetiva.

Cuando se trate de una oportunidad de mejora debe diligenciarse un campo adicional asociado con el beneficio de su implementación, denominado **Objetivo de mejora.**

Las fuentes que permiten identificar acciones correctivas, preventivas o de mejora hallazgos son entre otras:, son:

- Resultados de las diferentes a Auditorías realizadas a la entidad por parte de cualquier organismo de control.
- Resultados de las Auditorías internas realizadas por la Oficina de Control Interno
- Resultados de los Seguimientos realizados por la Oficina de Control Interno.
- Resultados de seguimiento a mapas de riesgo. Seguimiento a la eficacia de riesgos y oportunidades.
- Resultados de la gestión del producto y/o servicio generado.
- Resultado del seguimiento de los Indicadores de proceso.
- Resultados de la identificación de un incumplimiento a la normatividad vigente por parte de algún proceso. Seguimiento al cumplimiento legal.
- Resultado de la medición de la evaluación del servicio. Satisfacción del cliente.
- Peticiones, quejas y reclamos.
- Revisión de la alta dirección por la Dirección.

Registro

Recuerde: Si este documento se encuentra impreso no se garantiza su vigencia, por lo tanto, se considera “Copia No Controlada”. La versión vigente se encuentra publicada en el aplicativo SIPG de la plataforma ZEUS.

Formato Acción Correctiva, Preventiva y/o Mejora EV-CIG-F-06

Responsables
Líderes de Proceso.
Facilitadores.
Servidores públicos/ Contratistas que participan en el proceso

Punto de Control.
Verificar el correcto diligenciamiento del formato EV-CIF-G-08 en términos de Claridad en de la descripción del hallazgo.

2. REACCIONAR ANTE LAS NO CONFORMIDADES

El Líder de Proceso origen de la no conformidad real, tomará las acciones necesarias para reaccionar frente a la no conformidad real presentada, según sea aplicable, con el fin de controlarla, corregirla y/o hacer frente a las consecuencias, si es aplicable en términos de su afectación en la prestación del servicio y satisfacción de los clientes.

Registro
Formato Acción Correctiva, Preventiva y/o Mejora EV-CIG-F-06

Responsables
Líderes de Proceso.
Facilitadores.
Servidores públicos/ Contratistas que participan en el proceso

Punto de Control.
No aplica.

3. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL

El Líder del Proceso conjuntamente con su equipo de trabajo analiza la situación actual determinando para cada uno de los hallazgos las siguientes variables (según sean apropiadas para el hallazgo): qué sucede, personas involucradas, métodos involucrados, condiciones ambientales, infraestructura involucrada, bienes y servicios involucrados, estas variables se registran en el formato “plan de mejoramiento” en el campo situación actual y análisis de causas / objetivo de mejora.

Registro
Formato Acción Correctiva, Preventiva y/o Mejora EV-CIG-F-06

Recuerde: Si este documento se encuentra impreso no se garantiza su vigencia, por lo tanto, se considera “Copia No Controlada”. La versión vigente se encuentra publicada en el aplicativo SIPG de la plataforma ZEUS.

Responsables
Líderes de Proceso.
Facilitadores.
Servidores públicos/ Contratistas que participan en el proceso

Punto de Control.
Adecuada identificación de variables que afectan el hallazgo..

4. IDENTIFICACIÓN DE CAUSAS

Para el caso de acción de mejora, se debe definir el objetivo (s) de mejora, diligenciando el campo espetivo en el formato EV-CIG-F-06.

El líder del proceso conjuntamente con su equipo de trabajo determinará y analizar las causas (raíz) que están originando la no conformidad real o no conformidad potencial y las registrar en el formato EV-CIG-F-06 Acción correctiva, preventiva y/o mejora en el campo de **Análisis de causas.**

Para determinar las causas se utilizará el método de los “tres por qué”, para cada una de las variables definidas a continuación:

- **TALENTO HUMANO:** Hace referencia a las personas que ejecutan actividades y la formación que han recibido, igualmente con los factores motivacionales para hacer su trabajo.
- **SERVICIOS Y SUMINISTROS:** Es lo que se transforma, puede ser información, insumos físicos, etc. Puede relacionarse con los recursos financieros, equipos de oficina, recursos humanos o informáticos.
- **MEDICIÓN:** Comparar lo obtenido con lo planeado, los resultados con los ideales, etc. Hacen parte los informes, los indicadores, las estadísticas de la entidad y el cumplimiento de las metas por proceso.
- **METODOLOGÍA:** Son los procedimientos ya sean escritos o no; en general es la forma en la que se realizan las actividades.
- **INFRAESTRUCTURA/ EQUIPOS:** Relacionado con equipos e infraestructura (física como las instalaciones, o informática como redes, página web), con los cuales, se transforman los insumos en productos.
- **FACTORES EXTERNOS:** Es el entorno con sus amenazas y oportunidades, se asocian a políticas estatales, políticas de la entidad, estándares internacionales como las normas ISO, etc.

Para determinar las causas se utilizará cualquier herramienta que la Entidad considere pertinente (por ejemplo el método de los por qué, para cada una de las variables definidas en el paso 3).

Recuerde: Si este documento se encuentra impreso no se garantiza su vigencia, por lo tanto, se considera “Copia No Controlada”. La versión vigente se encuentra publicada en el aplicativo SIPG de la plataforma ZEUS.

Registro.
Formato Acción Correctiva, Preventiva y/o Mejora EV-CIG-F-06

Responsables
Líderes de Proceso.
Facilitadores.
Servidores públicos/ Contratistas que participan en el proceso

Punto de Control.
Adecuada identificación de causas para las no conformidades reales y potenciales.
Establecimiento del objetivo de mejora claro y de fácil seguimiento**.**

5. DEFINIR DISEÑAR E IMPLEMENTAR EL PLAN DE ACCIÓN

El líder del proceso conjuntamente con su equipo de trabajo diseñará e implementará el plan de acción para ejecutar las acciones correctivas, preventivas o de mejora.

En el caso de las acciones correctivas y preventivas que disponen de un análisis de causas, se establecen las actividades a realizar, por cada causa raíz encontrada, diligenciando el formato EV-CIG-F-06 Acción correctiva, preventiva y/o mejora en el campo de **Plan de acción – Acción Correctiva/ Preventiva** y registrando la actividad que se realizará, el responsable de ejecutarla, metodología aplicada, fecha de ejecución y los recursos a utilizar.

Para las acciones de mejora se establecen actividades tendientes a lograr el objetivo de mejora y se diligencia el formato EV-CIG-F-06 Acción correctiva, preventiva y/o mejora en el campo de **Plan de acción – Acción de Mejora.**

En todos los casos, acciones correctivas, preventivas y de mejora, las actividades definidas deben ser coherentes con el ciclo de mejora continua PHVA de tal manera que se evidencie su verificación y que su aplicación pueda ser ejecutada dentro del proceso.

Las actividades definidas deben tener asignado un responsable y una fecha de ejecución.

Nota 1: Para el caso de las acciones correctiva se debe incluir una actividad asociada a la corrección correspondiente.

Registro.
Formato Acción Correctiva, Preventiva y/o Mejora EV-CIG-F-06

Responsables

Líderes de Proceso.
Facilitadores.
Servidores públicos/ Contratistas que participan en el proceso

Punto de Control.
Verificar el correcto diligenciamiento del formato en términos de coherencia de las acciones con el ciclo de mejora continua PHVA y la causa raíz u objetivo de mejora, según corresponda.

Conherencia entre las actividades del plan de acción y las causas identificadas. Para el caso de la acción de mejora, coherecia entre las actividades planificadas y el objetivo de mejora previsto.

6. APROBAR Y ENVIAR EL PLAN DE ACCIÓN

El líder del proceso aprueba el plan de acción dejando constancia con la firma del formato EV-CIG-F-06 Acción correctiva, preventiva y/o mejora, de tal forma que se garantice su pertinencia, conocimiento y respaldo.

Una vez suscrita la acción, el Líder de proceso o su facilitador envía copia digital editable de la acción correctiva, preventiva y/o de mejora a la Oficina de Control Interno para su conocimiento e inclusión dentro del formato EV-CIG-F-08 Matriz de Acciones de Mejora, así mismo se envía al correo electrónico del profesional del área del MIPG para su cargue en la carpeta digital del proceso.

Registro.
Correo electrónico soporte de envío de la acción correctiva, preventiva y/ de mejora
Formato Acción Correctiva, Preventiva y/o Mejora EV-CIG-F-06
Formato Matriz de Acciones de mejora EV-CIG-F-08

Responsables
Líderes de Proceso.
Facilitadores.

Punto de Control.
Verificar el cargue de la acción correctiva, preventiva y/ de mejora en la carpeta virtual del proceso y su inclusión en el consolidado de la Oficina de Control Interno.

6. ACTUALIZAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES

ACTUALIZAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES

El Líder de proceso, debe revisar si el plan de acción propuesto para las acciones correctivas, preventivas o de mejora da origen o están relacionados con los riesgos y oportunidades identificados para el proceso, en cuyo caso tendrá que actualizar la matriz de riesgos y oportunidades respectiva en los campos que sean aplicables.

Registro.
Matriz de Riesgos y Oportunidades EV-CIG-F-02.

Responsables
Líder de Proceso.
Facilitadores.

Punto de Control.
Oportunidad en la Actualización de la matriz de riesgos y oportunidades, según sea aplicable.

7. EJECUTAR Y HACER SEGUIMIENTO AL PLAN DE ACCIÓN SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES TOMADAS

Una vez se apruebe el plan de acción, el líder del proceso conjuntamente con su equipo de trabajo debe iniciar la ejecución de las actividades definidas teniendo en cuenta los tiempos establecidos para cada una.

El Líder de proceso y facilitador actuando desde la primera línea de defensa realizan seguimientos parciales antes de la finalización de cada actividad, de tal manera que se garantice la oportunidad en su ejecución.

El líder de proceso Control Interno de gestión, actuando como tercera línea de defensa, realizará seguimiento a las acciones correctivas, preventivas y de mejora implementadas a través del instrumento “EV-CIG-F-08. Matriz de acciones de mejora” asegurando la oportunidad en el cierre de las acciones. Adicionalmente, realizará seguimiento a la eficacia de las acciones tomadas de forma individual en los formatos Acción Correctiva, Preventiva y/o Mejora EV-CIG-F-06, registrando los resultados alcanzados, en el campo respectivo.

Los resultados se comunican a las partes interesadas pertinentes.

Registro.
Formato Acción Correctiva, Preventiva y/o Mejora EV-CIG-F-06
Matriz de acciones de mejora EV-CIG-F-08

Responsables
Líderes de Proceso.

Recuerde: Si este documento se encuentra impreso no se garantiza su vigencia, por lo tanto, se considera “Copia No Controlada”. La versión vigente se encuentra publicada en el aplicativo SIPG de la plataforma ZEUS.

Facilitadores.
Líder de Proceso Control Interno de Gestión.

Punto de Control.
Verificar el cumplimiento de las actividades y las fechas de ejecución.
Adecuado seguimiento a la eficacia de las acciones tomadas.

8. VERIFICAR LA EFICACIA DEL PLAN DE ACCIÓN

El líder de proceso "Control Interno de Gestión" actuando como tercera línea de defensa realiza seguimiento a las acciones correctivas, preventivas o de mejora establecidas en cada uno de los procesos, a fin de determinar la eficacia de cada acción.

Para la verificación de eficacia es necesario disponer de la información de:

- **Evidencias objetivas:** datos y hechos que demuestran la existencia o veracidad de algo
- **Modo de verificación:** Forma de revisar el cumplimiento del plan y las evidencias objetivas.
- **Lista de chequeo:** Responder las siguientes preguntas de acuerdo al tipo de acción:

ACCIÓN CORRECTIVA

- ¿Se ejecutó el plan de acción de acuerdo con lo establecido?
- ¿El plan de acción contribuyó a mejorar la gestión del proceso? Especifique en qué aspecto: Buen uso de los recursos, calidad del producto o servicio, cumplimiento de políticas estratégicas, desempeño del proceso, satisfacción de usuario
- ¿Comprobó que el hallazgo no se volvió a presentar o disminuyó su frecuencia?

ACCIÓN PREVENTIVA Y OPORTUNIDAD DE MEJORA

- ¿Se ejecutó el plan de acción de acuerdo con lo establecido?
- ¿El plan de acción contribuyó a mejorar la gestión del proceso? Especifique en que aspecto: Buen uso de los recursos, calidad o producto o servicio, cumplimiento de políticas estratégicas, desempeño del proceso, satisfacción de usuario

En el caso de que el plan de acción no haya sido eficaz, esta ocurrencia debe finalizarse como Ineficaz y se debe crear una nueva acción que se clasifica como "Reincidente"

Los resultados se comunican a las partes interesadas pertinentes.

Registro.
Formato de Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora. EV-CIG-F-06.
Formato Matriz de Acciones de mejora EV-CIG-F-08

Recuerde: Si este documento se encuentra impreso no se garantiza su vigencia, por lo tanto, se considera "Copia No Controlada". La versión vigente se encuentra publicada en el aplicativo SIPG de la plataforma ZEUS.

Responsables
Jefe Oficina de control interno
Líder de Proceso.
Facilitadores.

Punto de Control.
Seguimiento oportuno de las acciones tomadas.

Fin

ANEXO: EJEMPLO USO DE LA TÉCNICA DE LOS TRES POR QUÉ

TÉCNICA DE LOS TRES POR QUÉ: Es una técnica sistemática de preguntas, que consiste en preguntar el ¿por qué' del hallazgo de manera consecutiva, hasta llegar a la causa raíz que originó el problema o la acción que requiere mejorar.

Se utiliza para identificar rápidamente la causa raíz de un problema muy simple o sencillo.

INSTRUCCIONES

Una vez que las causas probables hayan sido identificadas, empezar a preguntar "¿Por qué es así...?" o "¿Por qué está pasando esto...?"

¿Continuar preguntando Por Qué? las veces que se considere necesario. Esto reta al equipo a buscar a fondo y no conformarse con causas ya "probadas y ciertas".

Durante este tiempo se debe tener cuidado de NO empezar a preguntar "¿Quién?". Se debe recordar que el equipo está interesado en el proceso y no en las personas involucradas.

EJEMPLO

Problema: En el Contrato No. 000 de 2023 No se evidencia registros asociados al Plan de Manejo Ambiental del contratista, considerando la normatividad aplicable al objeto del contrato.

VARIABLE	TÉCNICA TRES POR QUÉ		
METODOLOGÍA	1 ¿Por qué?	¿Por qué no se tienen evidencias relacionadas con el Plan de Manejo Ambiental?	Porque estos aspectos no fueron evaluados a través de la Supervisión
	2 ¿Por qué?	¿ Por qué estos aspectos no fueron evaluados a través de la Supervisión?	Porque en el Manual de supervisión de la entidad no se ha especificado en qué casos se realiza la verificación del Plan de Manejo Ambiental de los contratos.
	3 ¿Por qué?	¿ Por qué en el Manual de supervisión de la entidad no se ha especificado en qué casos se realiza la verificación del Plan de Manejo Ambiental de los contratos?	Porque el Manual de supervisión se encuentra desactualizado con respecto a la normativa vigente y el Manual de Contratación de la entidad **(Causa raíz)**

6. REGISTROS DE CALIDAD

NOMBRE DEL REGISTRO	CÓDIGO	VERSIÓN	RESPONSABLE DE CREACIÓN	
			CREACIÓN	ALMACENAMIENTO
Matriz de riesgos y oportunidades	EV-CIG-F-02	03	Líder de proceso	Carpeta digital APOLOSZEUS/SIPG
Acción correctiva, preventiva y de mejora	EV-CIG-F-06	04	Líder de proceso	Carpeta digital APOLOSZEUS /SIPG
Matriz de acciones de mejora	EV-CIG-F-08	03	Líder de proceso	Carpeta digital APOLOSZEUS /SIPG

7. CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
01	Resolución 303 del 23 de noviembre del 2021 "por la cual se modifica parcialmente el artículo primero de la Resolución 274 del 13 de octubre del 2021	Emisión Inicial del Documento.
02	Resolución 192 del 17 de junio del 2022	Se ajustó el diseño del modelo de procedimiento en su estructura general y el contenido de los logos, se incluyó el numeral 3. Términos y definiciones. 4. Condiciones generales y se ajustó el numeral 5. Descripción de actividades, se incluyó el numeral 7. Control de cambios y el numeral 8. Elaboración, revisión y aprobación.
03	Resolución No.222 del 13 de Junio del 2023	Se ajustó términos y definiciones, base legal y los numerales 7 y 8, de acuerdo al lineamiento del formato de procedimientos.
04	Resolución No.350 del 10 de octubre del 2023	Se ajustó la descripción y flujo de las actividades de acuerdo a los cambios realizados en el formato EV-CIG-F-06 Acción correctiva, preventiva y/o mejora. Se relacionaron las líneas de defensa en la descripción de las actividades de seguimiento

Recuerde: Si este documento se encuentra impreso no se garantiza su vigencia, por lo tanto, se considera "Copia No Controlada". La versión vigente se encuentra publicada en el aplicativo SIPG de la plataforma ZEUS.

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
05		Simplificación del alcance del procedimiento. Actualización de términos y definiciones de acuerdo con ISO 9000:2015. Actualización de documentos de referencia incluyendo la norma ISO 9000. Simplificación de la actividad 1, identificación de hallazgos. Inclusión de la actividad 2 “reaccionar ante las no conformidades” de acuerdo con el requisito 10.2.1 de ISO 9001:2015. Inclusión de la actividad 3 “análisis de la situación actual” para fortalecer el análisis de causas. Simplificación de la actividad 4 “análisis de causas”. Unificación de actividades Diseño e Implementación de plan de acción. Eliminacion de la actividad “aprobar y enviar plan de acción”. Simplificación de la actividad “seguimiento a las acciones tomadas”.

8. ELABORACIÓN, REVISIÓN Y APROBACIÓN

ELABORÓ	ACOMPAÑO LA REVISION	ACOMPAÑO SGI	APROBÓ LIDER DEL PROCESO
Martha Beatriz Sánchez Rodríguez John Freddy Vargas Flórez	Andrés Posso González	Marisol Molano Cárdenas	Angélica Patricia Guerra
Profesionales Contratados SGI	Profesional Contratado Control Interno	Cargo: Profesional Universitario SG	Cargo: Jefe Control Interno

Recuerde: Si este documento se encuentra impreso no se garantiza su vigencia, por lo tanto, se considera “Copia No Controlada”. La versión vigente se encuentra publicada en el aplicativo SIPG de la plataforma ZEUS.

PROCESO GESTION DOCUMENTAL Y ATENCION AL CIUDADANO		
Alcaldía de Aguazul	**PLANILLA DE ASISTENCIA INTERNA**	
	Código: A-GDAC-F-12	Versión: 01
Vigente: Resolución No. 429 del 22 de diciembre del 2022		

TEMA: R. APERTURA DE AUDITORIA - EXTERNA - DE SEGUIMIENTO PRIMER AÑO POR ICONTEC

DIRIGIDO A: PERSONAL ALCALDIA DE AGUAZUL

HORA: DE: 8:00AM A: 8:45AM | FECHA: 03 MARZO DEL 2025 | LUGAR: SALA DE JUNTAS DEL DESPACHO MUNICIPAL

NOMBRES Y APELIDOS	CORREO ELECTRONICO	CELULAR	EMPLEO /ROL QUE DESEMPEÑA	DEPENDENCIA	FIRMA
Julian Rincon Hernandez	Secgo@aguazul-casanare.gov.co	3118118833	Sec. Despacho	S.D.E.A	
Luis Miguel Gonzalez Zarate	Privada@aguazul-casanare.gov.co	3209394825	Prof. ESP.	Despacho	
Carlos Antonio Ayala Castblanco	educacionculturadeaguazul-casanare.gov.co	3118291247	J. Despacho	EyC	
Martha Espinosa	planeacion@generalaguazul-casanare.gov.co	3125811386	Jefe OAP	planeacion	
Carmen Emilia Gutierrez Ramirez		3115027263	S. Despacho	General	
EDWIN MONROY GONZALEZ	desarrollocomunitario@aguazul-casanare.gov.co	3105731577	Prof C.T.E.O Especializado	GOBIERNO	
Freddy G. Tovar Marin	ftovarraguazul@gmail.com	3223262272	Profesional Especial	SIS	
Martha B. Sanchez R.	Martabsanchez@gmail.com	3108123227	Prof. Contrat.	Sec. Gral	
John F. Vargas F.	jonfredyv@hotmail.com	3177510316	Prof. Cont.	Sec Gral	
Angelica Guerra	anguerra.2000 hotmail.com	3212421979	Jefe. CI.	control interno	
Campo E Cardoso T.	cecardoso@gmail.com	3152223226	P.U.O	OAP	
ALEXANDRA CASTELBLANCO G.	inspeccion@aguazul-casanare.gov.co	3132238651	S. G.	S. G	
ANDRES FERNANDO POSSO G.	andresposso@yahoo.es	3002205631	PROF. CONTRATADO	CONTROL INTERNO	

PROCESO GESTION DOCUMENTAL Y ATENCION AL CIUDADANO		
Alcaldía de Aguazul	**PLANILLA DE ASISTENCIA INTERNA**	
	Código: A-GDAC-F-12	Versión: 01
Vigente: Resolución No. 429 del 22 de diciembre del 2022		

TEMA: 12. Apertura de Auditoria Externa de seguimiento primer año por ICONTEC

DIRIGIDO A: Personal Alcaldia de Aguazul

HORA: DE: 8:00 A: 8:45 AM | FECHA: 3 de marzo de 2025 | LUGAR: Sala de juntas despacho Mpal

NOMBRES Y APELIDOS	CORREO ELECTRONICO	CELULAR	EMPLEO /ROL QUE DESEMPEÑA	DEPENDENCIA	FIRMA
JOSEFINA GAONA BARRERA	gaonabarrera84@gmail.com	313 358 75 29	SECRETARIA	SECRETARIA DE GOBIERNO	
Oscar Fernando Alvarez M.	oscar-alvarez-c@hot	3202302189	Prof. Apoyo	S. General	Oscar F. Alvarez M
Paola Ruiz Amador	paolaruiz.2424@gmail.com	3138669474	PROF Apoyo	OAJ	
Manuel Medina	manuelmedano 262 gmail.com	3103680031	PAP Univ.	Gestión	
Liliana Moreno	marcelamoreno8104 @gmail.com	310582 4649	Prof A.	S. H	Liliana M. Moreno
Angie Bravo Pulecios	pabloguerrero2024@gmail.com	3135007555	prof contratado	Sec. General	Angie Bravo.
Kevin Javier Romero Munoz	Kevinsd174@hotmail.com	3115056077	PROF Contratado	S. General	Kevin Romero.
ADRIANA Hoyos O.	ahoyos@icontec.net	3138584286	DIRECTOR CIDET	ICONTEC.	

PROCESO GESTION DOCUMENTAL Y ATENCION AL CIUDADANO		
Alcaldía de Aguazul	**PLANILLA DE ASISTENCIA INTERNA**	
	Código: A-GDAC-F-12	Versión: 01
Vigente: Resolución No. 429 del 22 de diciembre del 2022		

TEMA: Reunión de Cierre - Auditoria de Seguimiento por parte de ICONTEC.

DIRIGIDO A: Gestión Educativa, Salud y G. Social, Infraestructu, G. Territorial, G. TH, Control Interno, Adq. B&S, G. Directiva

HORA: DE: 5:30 pm A: 6:00 P.M. FECHA: 04/03/2025 LUGAR: Salón de Juntas.

NOMBRES Y APELIDOS	CORREO ELECTRONICO	CELULAR	EMPLEO /ROL QUE DESEMPEÑA	DEPENDENCIA	FIRMA
Angelica Cuenca	angueny.20@hotmail.com	3212421978	Jefe C.I	control interno	
Oscar Fernando Alvarez Montes	oscaralvarez2@hotmail	3202302189	Prof Apoyo	S. General	
John Freddy Vargas Flórez	jonfreddy@hotmail.com	3175105016	Prof. Contratado	Sec. General	
Martha Beatriz Sanchez R.	tatasanchez@gmail.com	3108123287. 3175105016	Prof. Contratado	Sec General.	
Fabiola Tovar Niño	gestionsocial-general@aguazul-casanare.gov.co	3112377766	secretaria Despacho	SSGS	
Carmen Emilia Palacios Arango		3115027263	S Despacho	General	
Angie Paola Bravo Tolentos.	Paola.general2024@gmail.com.	3135994555	Prof Contratado	Sec. General	Angie Bravo.
Kevin javier Romero Monroy	Kevinsd174@hotmail.com	3115056079	S. General p.c.	S General	
ANDRES FERNANDO POSSO G.	andresoasso@yahoo.es	3002205631	PROF. CONTRATADO	CONTROL INTERNO	
Gonzalo Mendez	juridica@aguazul-casanare.gov.co.	3138665919	Jefe Oficina	Juridica	
Luis Alejandro Parada Lopez	alejosparada@gmail.com	3245649841	Profesional Apoyo	Juridica	
Julian Rincón Hernandez	auga@aguazul-casanare.gov.co	3118119833	Sec. Despacho	S.D.E.A	
Rodrigo Hoyos D.	rhoyos@icontec.net	3148814286	Auditor Lider	ICONTEC.	

PROCESO GESTION DOCUMENTAL Y ATENCION AL CIUDADANO		
Alcaldía de Aguazul	**PLANILLA DE ASISTENCIA INTERNA**	
	Código: A-GDAC-F-12	Versión: 01
Vigente: Resolución No. 429 del 22 de diciembre del 2022		

TEMA: Reunión de Cierre Auditoria de Seguimiento por parte de Icontec

DIRIGIDO A: Gestion Educativa, Salud y Gestion Social, Infraestructura, Territorial, GTH, Control Interno ABS

HORA: DE: 5:30 pm A: 6:00 pm | FECHA: 04/03/2025 | LUGAR: Sala de juntas 6. Directiva

NOMBRES Y APELIDOS	CORREO ELECTRONICO	CELULAR	EMPLEO /ROL QUE DESEMPEÑA	DEPENDENCIA	FIRMA
Paola Andrea Ruiz Amador	Paolaruiz.2424@gmail.com	3118669474	Profes. Apoyo	OAJ	
Campo E Carlos T	cecardos@gmail.com	3157223226	Prof. Apoyo	OAP	
Manuel Molano C	manuelmolano262 gmail.com	3107680631	Prof Univ SGIC	Gerencia	

B

Fecha: xxx

Para: Dependencia

De: xxxx, Jefe de Control Interno / Líder de Proceso Control Interno de Gestión

Asunto: Auditoría Interna a: “Sistema / Procesos / procedimientos”

Respetado (a) Líder de Proceso:

De acuerdo con el Programa de Auditoría 202X, aprobado por el Comité de Coordinación de Control Interno, comunicamos el inicio de la auditoría interna a: “Nombre de la auditoría”.

El objetivo, alcance, criterios de auditoría, equipo auditor y agenda de la auditoría son los descritos en el plan de auditoría adjunto al presente documento.

La presente auditoría se realizará de acuerdo con la metodología descrita en el procedimiento de auditoría interna EV-CIG-P-02.

Entregables:

Los hallazgos de auditoría, observaciones y conclusiones serán socializados con el Líder de Proceso y consolidados en un informe de auditoría de acuerdo con el formato EV-CIG-F-14, con el fin de suscribir las acciones correctivas para las no conformidades identificadas y las acciones de mejora que cada proceso considere pertinentes.

Considero importante que los participantes de los procesos auditados conozcan claramente los objetivos de la auditoría, el alcance definido, y la agenda establecida con el fin de asegurar la oportunidad y calidad de los resultados.

Agradezco comunicar cualquier inquietud con respecto al contenido de este documento.

Cordialmente,

XXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXXX

Jefe de Oficina Control Interno

OBJETIVO DE LA AUDITORÍA:	**CICLO DE AUDITORÍA**
ALCANCE:	**FECHA AUDITORIA**

CRITERIOS	**EQUIPO AUDITOR**

AGENDA DE AUDITORÍA

FECHA	HORA	ACTIVIDAD/PROCESO A AUDITAR	AUDITOR	AUDITADO

OBSERVACIONES:

SOLICITUD DE ACCIÓN CORRECTIVA			No. 1 de 3
[ ] No - Conformidad Mayor [x] No - Conformidad Menor	Norma(s): NTC-ISO 9001:2015	Requisito(s): Reglamento de certificación R-PS-007	

Descripción de la no conformidad:
En la Organización no se cumple la directriz del reglamento R-PS-007 y el Manual de aplicación E-GM-001 para el uso de la marca de conformidad de la certificación Icontec para sistema de gestión

Evidencia:
Se evidencia en la papelería del proceso de Gestión de Infraestructura en el acta de visita # 1 mayo 3 de 2024 del proyecto construcción del colector red pluvial kra 19 calle 5- 26 barrio cristal- aguazul- Casanare el logo de Icontec desactualizado.

Corrección	Evidencia de Implementación	Fecha
Revisión de la información documentada de planeación del proceso desde la vigencia 2024 y actualización de los logos obsoletos a los logos vigentes.	Documentos del proceso gestión de infraestructura con los logos actualizados.	Abril de 2025

Descripción de la (s) causas (s)
Metodología usada: análisis de porqué
Desconocimiento del reglamento R-PS-007 y el Manual de aplicación E-GM-001 para el uso de la marca de conformidad de la certificación Icontec para sistema de gestión.
Desconocimiento del procedimiento “información documentada” en los procesos.

Acción correctiva	Evidencia de Implementación	Fecha
Lectura y comprensión del reglamento R-PS-007 y el Manual de aplicación E-GM-001.	N/A	Abril de 2025
Actualización del procedimiento “información documentada” para incluir las directrices establecidas en el reglamento R-PS-007 y el Manual de aplicación E-GM-001.	Procedimiento “información documentada” actualizado.	Mayo de 2025
Proporcionar formación a Lideres de Proceso y Facilitadores en cuanto a la aplicación de la nueva versión del procedimiento “información documentada”.	Registro de asistencia a la formación.	Junio de 2025
Incluir el seguimiento a la aplicación del procedimiento “información documentada” dentro de la auditoría interna al SGC de la vigencia 2025.	Plan de auditoría.	Junio de 2025.
Realizar auditoría interna al SGC para verificar la aplicación del procedimiento “información documentada”-	Informe de auditoría interna.	Segundo semestre de 2025

SOLICITUD DE ACCIÓN CORRECTIVA	No. 2 de 3

[ ] No - Conformidad Mayor [x] No - Conformidad Menor	Norma(s): NTC-ISO 9001:2015	Requisito(s): 4.2	

Descripción de la no conformidad:
En la Organización no se consideró en las partes interesadas lo relativo al cambio climático si es pertinente para su propósito.

Evidencia:
No se evidencia en el documento de partes interesadas lo pertinente al cambio climático de acuerdo a la enmienda 1 enviado por Icontec y empezar a cumplirse a partir del 25 de marzo de 2024.

Corrección	Evidencia de Implementación	Fecha
Identificar las partes interesadas del SGC para determinar aquellas relacionadas con el cambio climático.	Matriz de partes interesadas del SGC	Abril de 2025.

Descripción de la (s) causas (s)
Metodología usada: Análisis de por qué.
Desconocimiento del documento: Comunicación Inclusión Enmienda Cambio Climático en las normas ISO de Sistemas de Gestión emitido por ICONTEC en 2024-03-08.

Acción correctiva	Evidencia de Implementación	Fecha
Análisis del documento “Comunicación Inclusión Enmienda Cambio Climático en las normas ISO de Sistemas de Gestión emitido por ICONTEC en 2024-03-08” y proporcionar formación sobre las directrices relacionadas con el cambio climático.	Registro de asistencia a la formación	Abril de 2025
Identificar las necesidades y expectativas de las partes interesadas relacionadas con el cambio climático.	Matriz de partes interesadas del SGC	Abril de 2025
Análisis de la política de calidad y objetivos de calidad, por parte de la Alta Dirección, frente a las partes interesadas relacionadas con el cambio climático y determinar si es necesario la actualización de la política y objetivos de calidad.	Acta de revisión de la política y objetivos de calidad. Actualización (si es aplicable) de la política y objetivos de calidad.	Abril de 2025
Determinación de factores del contexto relacionados con el cambio climático	Matriz de contexto interno y externo del SGC.	Mayo de 2025
Actualización de caracterizaciones de los procesos aplicables al cambio climático.	Caracterizaciones actualizadas de los procesos aplicables.	Mayo de 2025
A partir del contexto, identificar riesgos y/o oportunidades relacionadas con el cambio climático en los procesos aplicables.	Matriz de riesgo y oportunidades en los procesos aplicables.	Mayo de 2025
Implementar planes de tratamiento para hacer frente al cambio climático de acuerdo con las matrices de riesgo y oportunidad en los procesos aplicables.	Registro de seguimiento en las matrices de riesgo / oportunidad, de parte de control interno de gestión	Noviembre de 2025.

SOLICITUD DE ACCIÓN CORRECTIVA	No. 3 de 3

	No - Conformidad Mayor	Norma(s):	Requisito(s):
x	No - Conformidad Menor	NTC-ISO 9001:2015	10.2.1 d)

Descripción de la no conformidad:
En la Organización cuando ocurre una no conformidad no revisa la eficacia de cualquier acción correctiva tomada.

Evidencia:
Se evidencia en los planes de acción construidos en la matriz de acciones correctivas y de mejora el cierre de dos no conformidad sin la evidencia de todas las actividades ejecutadas tales como:

1.En el proceso de Gestión de infraestructura para el 06-06-2024 falto realizar el informe de auditoría interna con el fin de evaluar la eficacia de la acción y verificar cumplimiento de los requisitos establecidos en el procedimiento de diseño y desarrollo.

2. En el proceso Gestión de las comunicaciones no se evidencio, el análisis documentado de los indicadores para la medición del indicador “cumplimiento del plan de comunicaciones” para el tercer trimestre del año 2023.

Corrección	Evidencia de Implementación	Fecha
Realizar la total implementación de los planes de tratamiento para las no conformidades relacionadas con los procesos: “Gestión de Infraestructura” y “Gestión de las Comunicaciones”, realizar seguimiento de su eficacia.	Registro de acciones correctivas y preventivas con el seguimiento de su eficacia de parte de control interno.	Segundo semestre de 2025.

Descripción de la (s) causas (s)
Metodología usada: análisis de “porqué”
No se cuenta con una herramienta que facilite el seguimiento a la eficacia de las acciones correctivas.

Acción correctiva	Evidencia de Implementación	Fecha
Diseñar herramienta de seguimiento a la implementación y eficacia de las acciones correctivas de parte de control interno.	Herramienta de seguimiento a la eficacia de las acciones correctivas.	Mayo de 2025
Implementar herramienta de eficacia de las acciones correctivas, mediante el seguimiento a la eficacia de las acciones correctivas del Sistema de Gestión de Calidad.	Registro de seguimiento a la eficacia de las acciones correctivas	Segundo semestre de 2025

OBJETIVO DE LA AUDITORIA:					
ALCANCE:				FECHA DE AUDITORIA:	
PROCESO:					
OBJETIVOS DE CALIDAD RELACIONADOS CON EL PROCESO: -					
OBJETIVO DEL PROCESO: -					
FACTORES RELEVANTES DEL CONTEXTO: -					
RIESGOS Y OPORTUNIDADES RELEVANTES DEL PROCESO: -					
DOCUMENTOS POR REVISAR:				**EQUIPO AUDITOR:**	
ASPECTOS A VERIFICAR					
	NORMAS DE REQUISITOS		**ASPECTO A VERIFICAR**	**NC OM F**	**HALLAZGOS**
	ISO 9001:2015	**MIPG**			
P					
H					
V					
A					
OBSERVACIONES A LA APLICACIÓN DE LAS LÍNEAS DE DEFENSA:					
OBSERVACIONES:					

1. OBJETIVO.

Describir la metodología establecida por la Alcaldía Municipal de Aguazul, para la programación y ejecución de las auditorías internas al Sistema de Gestión Integral de la entidad..

2. ALCANCE.

Inicia con la definición del Programa de Auditoría, hasta la realización de actividades de seguimiento posteriores a la auditoría interna.

3. TÉRMINOS Y DEFINICIONES.

- **Auditoría:** proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias objetivas y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar el grado en que se cumplen los criterios de auditoría [1].
- **Auditoría Interna:** Una actividad independiente y objetiva de aseguramiento y asesoramiento diseñada para añadir valor a las operaciones de una organización. Ayuda a la organización a cumplir sus objetivos aportando un enfoque sistemático y disciplinado para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de gobierno, gestión de riesgos y control[2].
- **Auditor:** Persona con la competencia (educación, formación, habilidades y experiencia) para realizar auditorías.
- **Auditor Líder**: Persona externa o funcionario de la Organización que coordina y direcciona el desarrollo de la auditoría interna.
- **Equipo auditor:** Uno o más auditores que llevan a cabo una auditoría, con el apoyo, si es necesario, de expertos técnicos.
- **Programa de Auditoría:** acuerdos para un conjunto de una o más auditorías planificadas para un periodo de tiempo determinado y dirigidas hacia un propósito específico.
- **Plan de Auditoría:** Descripción de las actividades y los detalles para una auditoría.
- **Objetivo de la auditoría:** propósito que se pretende alcanzar con el desarrollo de la auditoría.
- **Alcance de la auditoría:** extensión y límites de una auditoría (ubicaciones / sedes, procesos / actividades - PHVA, periodo de tiempo cubierto).
- **Criterios de auditoría:** conjunto de requisitos usados como referencia frente a la cual se compara la evidencia objetiva (información documentada que se toma como referencia para realizar la auditoría).

[1] Tomada de: ISO 19011:2018.

[2] Tomada de: Normas Globales de Auditoría Interna 2024, del Instituto de auditores internos.

Recuerde: Si este documento se encuentra impreso no se garantiza su vigencia, por lo tanto, se considera "Copia No Controlada". La versión vigente se encuentra publicada en el aplicativo SIPG de la plataforma ZEUS.

- **Evidencia de la Auditoría:** registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que es pertinente para los criterios de auditoría y que es verificable.
- **Hallazgos de Auditoría**: resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría (3.9) recopilada frente a los criterios de auditoría.
- **Conclusiones de Auditoría**: resultado de una auditoría, tras considerar los objetivos de la auditoría y todos los hallazgos de la auditoría.
- **Carta de representación**: documento en el que se establece la veracidad, calidad y oportunidad de la entrega de la información de auditoría presentada a las Oficinas de Control Interno.

4. BASE LEGAL

- Ley 87 de 1993.
- Ley 489 de 1998
- Decreto 648 de 2017.
- Decreto 1499 de 2017
- ISO 9001:2015 Sistemas de Gestión de la Calidad. Requisitos.
- ISO 19011: 2018 Directrices para la Auditoria de Sistemas de Gestión.
- Guía de auditoría interna basada en riesgos para entidades públicas, versión 4.

5. GENERALIDADES

La auditoría interna adelantada en la Alcaldía de Municipal de Aguazul se enfoca en el desempeño del Sistema de Gestión. La auditoría interna es una actividad independiente y objetiva de aseguramiento y asesoramiento, concebida para agregar valor y mejorar el desarrollo de los procesos dentro del organismo de control. Por tal razón se desarrolla con base en el ciclo PHVA (o ciclo de gestión), auditando en cada proceso su capacidad para gestionar, verificando la aplicación de las herramientas de gestión establecidas.

Características de la auditoría interna:

- **Tiene enfoque en el desempeño:** Busca mejorar el desempeño de los procesos, desde el punto de vista de aumentar su capacidad para lograr los objetivos de proceso y con esto aumentar la capacidad de cumplir los objetivos del plan de desarrollo de la Entidad.
- **Es una actividad de aseguramiento:** El objetivo de la auditoría es aumentar el nivel de confianza de las partes interesadas sobre los procesos de la Entidad, la gestión de los riesgos y oportunidades y herramientas de

gestión evaluadas frente a los criterios de auditoría definidos.

- **Se apoya en actividades de asesoramiento:** El Jefe de la Oficina de Control interno brinda asesoramiento en diferentes temas de gestión y control a los procesos que así lo soliciten. Adicionalmente, el "Plan de Acción de Control Interno" ofrece a todos los procesos del Sistema de Gestión Integral apoyo suficiente para fortalecer su desempeño mediante el acompañamiento en la aplicación de herramientas de gestión que se definen a partir de los roles de control interno. La auditoría interna se apoya en estas actividades de asesoramiento que contribuyen a fortalecer el desempeño de los procesos facilitando la labor del Auditor Interno.
- **Tiene enfoque sistémico y disciplinado:** la auditoría interna interactúa con todos los procesos de la Alcaldía y se desarrolla en las etapas de: Planificación (elaboración del programa anual de auditoría, plan de auditoría y preparación de documentos de trabajo), Ejecución (realización de la auditoría en el sitio, Informe (elaboración y entrega de informe de auditoría) y Actividades Complementarias (seguimiento de acciones).

6. DESCRIPCIÓN /ACTIVIDAD

Inicio

1. ESTABLECER DEL PROGRAMA ANUAL DE AUDITORÍA

El(a) jefe de Control Interno elabora el respectivo programa de auditorías a realizar durante el año, definiendo el objetivo principal de las auditorías, los alcances y los ciclos que se realizarán, diligenciando el formato programa de auditoría EV-CIG-F-03. Así mismo designará al auditor que liderará cada auditoría, teniendo en cuenta la competencia necesaria para lograr los objetivos de la auditoría. Si el conocimiento y habilidades necesarios no se encuentran cubiertos en su totalidad por los auditores del equipo auditor, se pueden satisfacer incluyendo expertos técnicos. Los expertos técnicos deben actuar bajo la dirección del auditor líder.

La planificación general de las auditorías se realiza aplicando el enfoque basado en riesgos de definiendo:

- **Unidades auditables:** Corresponde a los procesos que integran el SGI de la Entidad.
- **Priorización del universo de auditoría y determinación del ciclo de rotación de las auditorías basado en riesgos:** Todos los procesos del Sistema de Gestión Integral de la Entidad serán auditados como mínimo una vez al año, siguiendo los requisitos establecidos

en la norma ISO 9001 en su numeral 9.2. Podrán realizarse auditorías adicionales a los procesos por solicitud de la Alta Dirección, Líderes de Proceso o Líder de Proceso Control Interno de Gestión considerando: el desempeño del proceso, la eficacia en la gestión de riesgos y oportunidades, la recurrencia de las no conformidades y el estado de las acciones correctivas tomadas por el proceso.

- **Consolidación del programa de auditoría para la vigencia:** se realiza mediante el diligenciamiento del formato: programa de auditoría.

El programa de auditoría de cada vigencia será aprobado por el comité Institucional de Control Interno.

Nota. El servidor público seleccionado para conformar el equipo auditor no puede auditar el proceso en el cual estuvo trabajando en el último año.

Competencias del auditor de Sistemas de Gestión:

- **Auditor interno perteneciente a la Entidad:**

VARIABLE	DESCRIPCIÓN
Educación y experiencia	Técnico con tres (3) años de experiencia en la Entidad.
	Profesional con tres (3) años de experiencia profesional en la Entidad.
	Auditor Acompañante: Haber participado como Auditor Observador en mínimo una auditoría interna de un proceso con una duración mínima de 4 horas. Auditor Líder: Haber participado como Auditor Líder en mínimo una auditoría interna en una organización o como miembro de un equipo auditor con una intensidad de 8 horas.
Formación	- Fundamentos del MIPG (Modelo Integrado de Planeación y Gestión) - Fundamentos del Sistema de gestión de Calidad ISO 9001 versión vigente. - Técnica de Auditoría Interna a Sistemas de Gestión ISO 19011 versión vigente.
Habilidades	- **Observador:** Activamente consciente del entorno físico y las actividades. - **Decidido:** Capaz de alcanzar conclusiones oportunas basadas en análisis y razonamiento lógico.

	- **Firme:** capaz de actuar de manera responsable y ética, aunque estas acciones puedan ser no siempre las más populares y en alguna ocasión puedan causar desacuerdos o alguna confrontación. - **Abierto a la mejora:** Dispuesto a aprender de las situaciones, y que se esfuerza por conseguir mejores resultados de auditoría. - **Colaborador:** Interactúa eficazmente con los demás, incluyendo los miembros del equipo auditor y el personal auditado.

- **Auditor interno contratado externamente:**

VARIABLE	DESCRIPCIÓN
Educación y experiencia	Profesional con estudios de postgrado en temas relacionados con administración o sistemas de gestión. Experiencia de 5 años en el sector público. Auditor Acompañante: 24 horas de experiencia específica en auditorías a Sistemas de Gestión bajo la norma ISO 9001 en el sector público. Auditor Líder: 48 horas de experiencia específica en auditorías a Sistemas de Gestión bajo la norma ISO 9001 en el sector público.
Formación	- Fundamentos del MIPG (Modelo Integrado de Planeación y Gestión) - Fundamentos del Sistema de gestión de Calidad ISO 9001 versión vigente. - Técnica de Auditoría Interna a Sistemas de Gestión ISO 19011 versión vigente.
Habilidades	- **Observador:** Activamente consciente del entorno físico y las actividades. - **Decidido:** Capaz de alcanzar conclusiones oportunas basadas en análisis y razonamiento lógico. - **Firme:** capaz de actuar de manera responsable y ética, aunque estas acciones puedan ser no siempre las más populares y en alguna ocasión puedan causar desacuerdos o alguna confrontación.

	- **Abierto a la mejora:** Dispuesto a aprender de las situaciones, y que se esfuerza por conseguir mejores resultados de auditoría. - **Colaborador:** Interactúa eficazmente con los demás, incluyendo los miembros del equipo auditor y el personal auditado.

Registro
Formato Programa de auditoria EV-CIG-F-03.

Responsables.
Jefe de Oficina Control Interno.
Comité Institucional de Control Interno.

Punto de Control.
- Establecimiento claro de los objetivos de auditoría.
- Selección de procesos y/o áreas por auditar con enfoque en riesgos: considerando el desempeño, la eficacia en la gestión de riesgos y oportunidades, la recurrencia de las no conformidades y el estado de las acciones correctivas tomadas por el proceso.
- Verificar que el equipo auditor se designe dentro del término necesario para adelantar la auditoría conforme al programa anual de auditorías.

2. ELABORAR EL PLAN DE AUDITORÍA

De acuerdo con el ciclo de auditoría a planificar según el programa anual de auditoría, el Auditor Líder designado realizará la descripción de los detalles acordados, los cuales incluirán: objetivo, alcance, criterios, equipo auditor, agenda y responsables por cada auditoría. El plan de auditoría se elaborará en el formato establecido por la Entidad (plan de auditoría EV-CIG-F-04). El plan de auditoría podrá incluir los requisitos de las normas de sistemas de gestión que serán verificados en cada proceso y comunicado a los Líderes de Proceso con anterioridad suficiente para que dispongan del tiempo y se preparen para la actividad de auditoría interna.

Es importante dentro del plan de auditoría la articulación entre los elementos: objetivo, alcance y criterios, los cuales deben guardar relación con el fin de asegurar el cumplimiento en los objetivos de la auditoría. Estos elementos deberán describirse en el plan de auditoría de acuerdo con las definiciones especificadas en la sección “TÉRMINOS Y DEFINICIONES”, de este procedimiento.

Adicionalmente, los auditores diligenciarán el formato “Compromiso Ético EV-CIG-F-09”.

Registro
Formato Plan de auditoría. EV-CIG-F-04.
Formato Compromiso Ético EV-CIG-F-09

Responsables.
Auditor Líder

Punto de Control.
- Coherencia entre el objetivo de la auditoría, alcance de auditoría y criterios de auditoría.
- Comunicación oportuna del plan de auditoría a los Líderes de Proceso.

3. PREPARAR LOS DOCUMENTOS DE TRABAJO.

Previo a la ejecución de cada auditoría, el Equipo Auditor solicitará la información documentada a revisar de acuerdo con el objetivo y alcance de la auditoría; realizará la revisión documental y preparará la lista de chequeo con los aspectos a verificar durante la auditoría. Dentro de la información documentada por revisar y de acuerdo con el objetivo previsto para la auditoría, se podrá incluir:

- Plan de desarrollo municipal.
- Manual de gestión (direccionamiento estratégico, despliegue política del SG).
- Mapa de procesos y caracterizaciones de procesos.
- Contexto, riesgos y oportunidades.
- Procedimientos documentados.
- Indicadores de gestión.
- Registros para la mejora continua.

Los auditores deben tener un profundo conocimiento de la planificación estratégica de la entidad, plan de desarrollo, objetivos de calidad, objetivos de proceso, así como de los riesgos y oportunidades con el fin de enfocarse en los aspectos más relevantes para el objetivo de la auditoría.

El auditor también deberá considerar los siguientes aspectos para la preparación de su lista de chequeo:

- Objetivos y metas del plan de desarrollo relacionados con el proceso.
- Factores relevantes del contexto
- Riesgos y oportunidades significativos, implementación de planes de tratamiento y eficacia.
- La efectividad en la aplicación de las líneas de defensa.
- Requisitos de ISO 9001 versión vigente.

Recuerde: Si este documento se encuentra impreso no se garantiza su vigencia, por lo tanto, se considera “Copia No Controlada”. La versión vigente se encuentra publicada en el aplicativo SIPG de la plataforma ZEUS.

- Dimensiones y políticas del MIPG aplicables
- Entre otros que considere relevantes de acuerdo con el objetivo de la auditoría.

Objetivo de la auditoría:
Teniendo en cuenta que los objetivos de cada ciclo de auditoría se encuentra definidos en el programa anual de auditoría, el auditor Líder deberá enmarcar su auditoría en dicho objetivo. Sin embargo, al realizar el análisis de la información documentada (contexto, riesgos y oportunidades, resultados de auditorías anteriores, entre otros aspectos mencionados anteriormente) podrá especificar aún más el objetivo inicialmente previsto, adicionando objetivos de acuerdo con el resultado de su análisis. Como por ejemplo:

Dentro del programa de auditoría 2024 para la Alcaldía Municipal de Aguazul, se determinó que el objetivo para la auditoría al proceso de Gestión del Talento Humano sería:

1. *Determinar la conformidad del proceso frente a su planificación y a los requisitos de certificación e internos aplicables (ISO 9001:2015 y de las partes interesadas de manera armonizada con las dimensiones y políticas de MIPG).*
2. *Identificar oportunidades de mejora que aporten al desempeño del proceso.*
3. *Determinar si el proceso está eficazmente implementado, se mantiene y ha mejorado continuamente.*

Sin embargo, al realizar la revisión documental, se identificó que los riesgos y oportunidades inherentes más críticos se encontraban en las etapas de vinculación, inducción, reinducción y evaluación del desempeño, lo cual afecta de forma importante el objetivo del proceso y los objetivos y metas del plan de desarrollo a los que le aporta dicho proceso; por tal razón se complementaron los objetivos de la auditoría incluyendo un objetivo adicional así:

1. *Determinar la conformidad del proceso frente a su planificación y a los requisitos de certificación e internos aplicables (ISO 9001:2015 y de las partes interesadas de manera armonizada con las dimensiones y políticas de MIPG).*
2. *Identificar oportunidades de mejora que aporten al desempeño del proceso.*
3. *Determinar si el proceso está eficazmente implementado, se mantiene y ha mejorado continuamente.*
4. *Evaluar el diseño y efectividad de los controles internos en las etapas de vinculación, inducción, reinducción y evaluación del desempeño del proceso Gestión del Talento Humano (nuevo objetivo a partir de la revisión documental).*

La variación en el objetivo inicialmente previsto podrá dar como resultado, una ampliación o especificación en el alcance de la auditoría. El nuevo objetivo deberá ser aprobado por el Jefe de Control Interno.

Tal como se especificó con anterioridad, el resultado de esta actividad es la lista de chequeo para la auditoría interna a desarrollarse de acuerdo con el programa de auditoría.

Registro
Formato de Lista de verificación EV-CIG-F-05.

Responsables.
Equipo auditor.

Punto de Control.

- Asegurarse de que los aspectos a verificar durante la auditoría correspondan a los requisitos ISO 9001, dimensiones y políticas del MIPG aplicables al proceso, así como también se articulen con el objetivo y alcance de la auditoría.

4. REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE AUDITORIA IN SITU

El Equipo Auditor realizará la auditoría interna, en el siguiente orden:

a. *Reunión de apertura:* El Auditor Líder dará la apertura formal a la auditoría con el acompañamiento de los Líderes de Proceso y Enlaces, enunciando los siguientes aspectos:
   a. Presentación del equipo auditor, guías y observadores si es aplicable.
   b. Confirmación del objetivo, alcance y criterios de auditoría.
   c. Confirmación de la agenda de auditoría, cualquier cambio y otros acuerdos pertinentes con el cliente de la auditoría tales como fecha y hora de reunión de cierre y reuniones intermedias entre el equipo auditor.
   d. Presentación de Líderes de Proceso y demás participantes cuando sea pertinente.
   e. Presentación de métodos y procedimientos de auditoría.
   f. Confirmación de fecha y hora de reunión de cierre.
   g. Información sobre el reporte de los hallazgos de auditoría.
   h. Compromiso de confidencialidad.
   i. Información acerca de las condiciones bajo las cuales se puede terminar la auditoría.
   j. Confirmación de recursos para el equipo auditor.
   k. Entrega de carta de representación de parte del Líder de Proceso y dirigida al Líder de Control Interno de Gestión (Formato EV-CIG-F-13)
   l. Preguntas y respuestas.

b. *Búsqueda de fuentes de información:* El equipo auditor realizará la auditoria en el sitio según los tiempos programados diligenciando en las listas de chequeo la información

recopilada como evidencia del ejercicio de auditoría y toda información relevante para la generación de los hallazgos de auditoría. Para la recolección de evidencias, el equipo auditor utilizará de forma transversal las siguientes fuentes de información: entrevista, observación, revisión de la información documentada según sean pertinentes en la aplicación de las siguientes técnicas de su elección:

TÉCNICA[3]	DESCRIPCIÓN
Consulta	Se realizarán preguntas al personal del proceso auditado o a terceros y obtener sus respuestas bien sean orales o escritas. Los tipos de consulta más formales incluyen entrevistas, encuestas y cuestionarios.
Observación	Se observarán a las personas, los procedimientos o los procesos. Una limitación importante de la observación es que proporciona información en un momento determinado, por lo que el auditor no puede concluir que lo observado es representativo de lo que sucede de forma general.
Inspección	- Se estudiarán documentos y registros, y se examinarán físicamente los recursos tangibles. - Los auditores internos deberán reconocer y considerar su nivel de competencia (en otras palabras, su capacidad para comprender lo que leen y lo que ven).
Revisión de comprobantes	Se realizará específicamente para probar la validez de la información documentada o registrada.
Rastreo	Se realizará específicamente para probar la integridad de la información documentada o registrada.
Procedimientos analíticos	Se utilizarán para identificar anomalías en la información tales como fluctuaciones, diferencias o correlaciones inesperadas. Dichas anomalías pueden ser indicadoras de transacciones o eventos inusuales, de errores o de actividades fraudulentas que requieren una mayor atención o profundidad en el análisis.
Confirmación	Consiste en la obtención de verificación directa por escrito de la exactitud de la información proveniente de terceros independientes.

La auditoría se realizará por muestreo selectivo de evidencias, ya que no es posible revisar todo el universo de información. El auditor seleccionará la muestra de información a revisar aplicando el muestreo “basado en el juicio” o muestreo “de juicio o discrecional”, donde el auditor coloca un desvío en la selección de la muestra, por ejemplo: todas las unidades superiores a determinado valor, todas las que cumplan una característica específica, todas las negativas, todos los nuevos usuarios, entre otros que puedan tenerse en cuenta a juicio del auditor.

[3] Tomado de la guía de auditoría interna basada en riesgos para entidades públicas versión 04.

Recuerde: Si este documento se encuentra impreso no se garantiza su vigencia, por lo tanto, se considera “Copia No Controlada”. La versión vigente se encuentra publicada en el aplicativo SIPG de la plataforma ZEUS.

c. *Redacción de hallazgos:* Cada auditor realizará la redacción de los hallazgos de auditoría y los entregará al Auditor Líder quien consolidará y realizará las conclusiones de la auditoría. El Auditor Líder revisará la pertinencia y redacción de los hallazgos frente al objetivo de auditoría propuesto. El Equipo auditor comunicará al Líder de Proceso los hallazgos identificados durante la auditoría. Los hallazgos serán redactados de conformidad con las estructuras descritas en la sección 5 del presente procedimiento.

d. *Reunión de cierre:* El Auditor Líder presentará los resultados de la auditoría a los Líderes de Proceso y Enlaces, enunciando cada uno de los siguientes aspectos:
   a. Agradecimiento a los auditados.
   b. Información sobre los detalles de auditoría relacionados con los cambios en la agenda u otras situaciones que implicaron modificación en las actividades definidas.
   c. Presentación general de los resultados de la auditoría interna, lo que incluye: hallazgos identificados y conclusiones de auditoría.
   d. Confirmación del plazo máximo para presentar el plan de correcciones y acciones correctivas de parte de los procesos auditados.
   e. Fecha de entrega y contenido del informe de auditoría.

Registro
Formato de Lista de verificación EV-CIG-F-05.
Formato de Reunión de apertura de auditoría EV-CIG-F-11
Formato Carta de representación EV-CIG-F-13

Responsables.
Auditor Líder: por la realización de la reunión de apertura y cierre.
Miembros del equipo auditor.

Punto de Control.
- Adecuada declaración de hallazgos de auditoría de conformidad con los criterios de auditoría establecidos.

5. ELABORAR INFORME DE AUDITORÍA

El Líder del Equipo Auditor elaborará el informe final de la auditoría para ser entregado al Líder de Proceso: Control Interno de Gestión quien lo pondrá a disposición de los Líderes de Proceso con el fin de que se adelanten las correcciones y acciones correctivas inmediatas para las no

conformidades identificadas y las acciones de mejoramiento que cada proceso considere relevantes

Redacción de hallazgos de auditoría:

Los hallazgos se clasificarán en 3 tipos:

1. **No conformidades:** corresponden a incumplimiento en los requisitos internos (los establecidos en la información documentada de la entidad) y externos (los establecidos en las normas de sistemas de gestión, tales como ISO 9001, MIPG entre otras aplicables al Sistema de Gestión).
2. **Oportunidades de mejora:** Aspectos que a juicio del auditor pueden desarrollarse para fortalecer el desempeño de la actividad, proceso o sistema de gestión.
3. **Fortalezas:** Aspectos que a juicio del auditor apoyan la conformidad del proceso, actividad o sistema de gestión generando beneficios en el desempeño.

- Redacción de no conformidades: dentro de las no conformidades se identifican dos tipos: la no conformidad aplicable a requisitos de normas de sistemas de gestión (ISO 9001 entre otras aplicables), y la no conformidad aplicable a requisitos internos, es decir, los incumplimientos relacionadas con la información documentada del Sistema de Gestión.

    - **No conformidades aplicables a normas de sistemas de gestión:** Su redacción se realizará de acuerdo con la siguiente estructura

ELEMENTO	**Texto de la norma de sistema de gestión**	**Evidencia**
EJEMPLO	ISO 9001:2015. Requisito 9.1.1 La organización debe evaluar el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad. MIPG: política de seguimiento al desempeño institucional	No se evidencia el cálculo del indicador “cumplimiento del programa de bienestar social e incentivos” durante el primer semestre de 2025, siendo su frecuencia semestral.
REDACCIÓN	**Criterio:** ISO 9001:2015. Requisito 9.1.1 *La organización debe evaluar el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad.* MIPG: política de seguimiento al desempeño institucional **Evidencia:** No se evidencia el cálculo del indicador “cumplimiento del programa de bienestar social e incentivos” durante el primer semestre de 2025, siendo su frecuencia semestral.	

Recuerde: Si este documento se encuentra impreso no se garantiza su vigencia, por lo tanto, se considera “Copia No Controlada”. La versión vigente se encuentra publicada en el aplicativo SIPG de la plataforma ZEUS.

- **No conformidades aplicables a requisitos internos:** Su redacción re realizará de acuerdo con la siguiente estructura

ELEMENTO	Evidencia	Conector	Criterio incumplido
EJEMPLO	No se evidencia la aplicación de la encuesta "identificación de necesidades de Bienestar social" durante los dos primeros meses de 2025	…según lo establecido en…	…Procedimiento "Gestión del programa de Bienestar Social y el Plan de Incentivos", versión 01 de junio de 2023, en su actividad 1.
REDACCIÓN	No se evidencia la aplicación de la encuesta "identificación de necesidades de Bienestar social" durante los dos primeros meses de 20235, según lo establecido en el procedimiento "Gestión del programa de Bienestar Social y el Plan de Incentivos", versión 01 de junio de 2023, en su actividad 1.		

- <u>Redacción de oportunidades de mejora:</u> Se realizará de acuerdo con la siguiente estructura:

ELEMENTO	Introducción	Situación que puede ser mejorada	Conector	Beneficio posible de realizar la mejora
EJEMPLO	Considerar… o Analizar la viabilidad de…	...gestionar el seguimiento a los planes de tratamiento para los riesgos y oportunidades identificados en el proceso…	…lo cual…	…permitirá evidenciar la eficacia en la aplicación del pensamiento basado en riesgos sobre el proceso en términos de su desempeño.
REDACCIÓN	Analizar la viabilidad de gestionar el seguimiento a los planes de tratamiento para los riesgos y oportunidades identificados en el proceso lo cual permitirá evidenciar la eficacia en la aplicación del pensamiento basado en riesgos sobre el proceso en términos de su desempeño.			

- Redacción de fortalezas: Se realizará de acuerdo con la siguiente estructura:

ELEMENTO	Aspecto que apoya la conformidad	Conector	Beneficio
EJEMPLO	El conocimiento y la comprensión del contexto por parte del Líder de Proceso, evidenciado en el entendimiento de cada factor y su impacto en el proceso…	…lo cual…	…permite el diseño de acciones eficaces para aumentar la ocurrencia de eventos deseados y prevenir la ocurrencia de eventos no deseados en términos de los objetivos del proceso.
REDACCIÓN	El conocimiento y comprensión del contexto por parte del Líder de Proceso, evidenciado en el entendimiento de cada factor y su impacto posible en el proceso, lo cual permite el diseño de acciones eficaces enfocadas en aumentar la ocurrencia de eventos deseados y prevenir la ocurrencia de eventos no deseados en términos de los objetivos del proceso.		

Redacción de conclusiones de auditoría: de forma resumida, la conclusión consiste en dar respuesta a cada objetivo de auditoría trazado, con la información proporcionada por los hallazgos de auditoría. Ejemplo:

OBJETIVOS DE AUDITORÍA	1. Determinar la conformidad del proceso Adquisición de bienes y servicios frente a su planificación y a los requisitos de certificación e internos aplicables (ISO 9001:2015 y de las partes interesadas de manera armonizada con las dimensiones y políticas de MIPG). 2. Identificar oportunidades de mejora que aporten al desempeño del proceso. 3. Determinar si el proceso Adquisición de bienes y servicios está eficazmente implementado, se mantiene y ha mejorado continuamente.

CONCLUSIONES DE AUDITORÍA	Una vez desarrollada la auditoria al proceso Adquisición de bienes y servicios y en cumplimiento con la agenda establecida en el plan de auditoría, el Equipo Auditor concluye que: 1. El proceso Adquisición de bienes y servicios es conforme de forma parcialmente alta con la norma ISO 9001:2015 de manera armonizada con las dimensiones y políticas aplicables del MIPG, así como también es conforme totalmente con los requisitos de las partes interesadas. 2. Durante la presente auditoría se han identificado oportunidades para la mejora en el desempeño del proceso. 3. El proceso de Adquisición de bienes y servicios se ha implementado, se mantiene y ha mejorado considerando su eficacia continua.

Registro
Informe de auditoría interna EV-CIG-F-14.

Responsables.
Auditor líder.

Punto de Control.
- Adecuado establecimiento de conclusiones de auditoría frente a los hallazgos identificados y los objetivos de auditoría establecidos.

6. REALIZAR ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO DE UNA AUDITORIA.

El(a) jefe de control interno orientará a los líderes de proceso y facilitadores en la elaboración de los planes de acción para los hallazgos identificados. Esto se realizará siguiendo las directrices establecidas en el procedimiento “Mejoramiento Continuo EV-CIG-P-03”

Posteriormente, el(a) jefe de control interno programará las fechas de seguimiento y verificará la implementación de los planes de acción establecidos evaluando su eficacia. Es responsabilidad del líder de Proceso y facilitadores la implementación de acciones sin demora, para el tratamiento de los hallazgos descritos en el informe de auditoría.

Una vez entregado el informe de auditoría interna, el Auditor Líder, realizará la evaluación a los auditores internos, la cual será recopilada por el(a) jefe de control interno, para la toma de acciones respectivas.

Recuerde: Si este documento se encuentra impreso no se garantiza su vigencia, por lo tanto, se considera “Copia No Controlada”. La versión vigente se encuentra publicada en el aplicativo SIPG de la plataforma ZEUS.

Registro
Formato de Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora EV-CG-F-06
Formato Desempeño de Auditores EV-CG-F-10

Responsables.
Líderes de Proceso y Facilitadores: en la toma de acciones..
Jefe de Control Interno: En el seguimiento a las acciones tomadas.

Punto de Control
La toma de acciones sin demora de acuerdo con el procedimiento de mejoramiento continuo.

Fin

6. REGISTROS DE CALIDAD

NOMBRE DEL REGISTRO	CÓDIGO	VERSIÓN	RESPONSABLE DE CREACIÓN	
			CREACIÓN	ALMACENAMIENTO
Programa de Auditoría	EV-CIG-F-03	03	Líder de proceso	Carpeta digital ZEUS/SIPG
Plan de Auditoría	EV-CIG-F-04	03	Líder de proceso	Carpeta digital ZEUS/SIPG
Lista de chequeo o verificación	EV-CIG-F-05	03	Líder de proceso	Carpeta digital ZEUS/SIPG
Acción correctiva, preventiva y de mejora	EV-CIG-F-06	03	Líder de proceso	Carpeta digital ZEUS/SIPG
Compromiso Ético	EV-CIG-F-09	03	Líder de proceso	Carpeta digital ZEUS/SIPG
Desempeño de Auditores	EV-CIG-F-10	03	Líder de proceso	Carpeta digital ZEUS/SIPG
Reunión de apertura de Auditoría	EV-CIG-F-11	02	Líder de proceso	Carpeta digital ZEUS/SIPG
Reunión de Cierre de Auditoría	EV-CIG-F-12	03	Líder de proceso	Carpeta digital ZEUS/SIPG

Recuerde: Si este documento se encuentra impreso no se garantiza su vigencia, por lo tanto, se considera “Copia No Controlada”. La versión vigente se encuentra publicada en el aplicativo SIPG de la plataforma ZEUS.

Carta de representación	EV-CIG-F-12	01	Líder de proceso	Carpeta digital ZEUS/SIPG
Informe de Auditoría	EV-CIG-F-14	03	Líder de proceso	Carpeta digital ZEUS/SIPG

7. CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
01	274 del del 13 de octubre del 2021.	Emisión Inicial del Documento.
01	Resolución 303 del 23 de noviembre del 2021	Modifica parcialmente la resolución 274 del 2021
02	Resolución 192 del 17 de junio del 2022.	Se ajustó el diseño del modelo de procedimiento en su estructura general y el contenido de los logos, se incluyó el numeral 3. Términos y definiciones. 4. Condiciones generales y se ajustó el numeral 5. Descripción de actividades, se incluyó el numeral 7. Control de cambios y el numeral 8. Elaboración, revisión y aprobación.
03	Resolución No.222 del 13 de Junio del 2023	Se ajusto términos y definiciones, base legal y los numerales 7 y 8, de acuerdo al lineamiento del formato de procedimientos.
04		Actualización de términos y definiciones a la norma ISO 19011 y normas internacionales de auditoría interna 2024. Se incluye en la base legal el decreto 1499 de 2017. Se incluyen las “generalidades” y características de la auditoría interna para ajustar el procedimiento a lo establecido en las normas internacionales de auditoría 2024 y la guía de auditoría interna basada en riesgos del DAFP. Se diferencian actividades de aseguramiento y asesoramiento de auditoría interna. Se ajustan las competencias de los auditores. Se incluye el perfil del auditor interno contratado externamente. Se realiza énfasis en el conocimiento que debe tener el auditor sobre la planificación estratégica de la entidad.

Recuerde: Si este documento se encuentra impreso no se garantiza su vigencia, por lo tanto, se considera “Copia No Controlada”. La versión vigente se encuentra publicada en el aplicativo SIPG de la plataforma ZEUS.

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
		Se incluye la opción de fortalecer los objetivos de la auditoría a partir de la revisión documental. En la auditoría en el sitio se detallan técnicas para la búsqueda de información. Se incluye información para fortalecer la elaboración de las listas de chequeo. Se hace énfasis en el uso del muestreo basado en el juicio de parte del auditor. Se traslada el formato de compromiso ético a las actividades de planificación de auditoría. Se suprimen las actividades 5, 6 y 7 y se incluyen dentro de la actividad 4. Se detalla la fase de elaboración del informe de auditoría describiendo las definiciones de los diferentes tipos de hallazgos y su estructura de redacción. Así como las conclusiones de auditoría.

8. ELABORACIÓN, REVISIÓN Y APROBACIÓN

ELABORÓ	ACOMPAÑO LA REVISION	ACOMPAÑO SGI	APROBÓ LIDER DEL PROCESO
Martha Beatriz Sánchez Rodríguez John Freddy Vargas Flórez	Andrés Fernando Posso González	Marisol Molano Cárdenas	Angélica Patricia Guerra
Profesionales Contratados	Profesional Contratado	Cargo: Profesional Universitario SG	Cargo: Jefe Control Interno

OBJETIVO DEL PROGRAMA DE AUDITORÍA:			
ALCANCE DEL PROGRAMA DE AUDITORÍA:			
MÉTODO DE AUDITORÍA:			
CRITERIOS PARA SELECCIONAR AL EQUIPO AUDITOR:			
RECURSOS PARA EL PROGRAMA DE AUDITORÍA:			
Elaboró:		**Fecha:**	
Aprobó:		**Fecha:**	

CALENDARIO DE AUDITORÍAS				
CICLO	**FECHA**	**OBJETIVO DE LA AUDITORIA**	**ALCANCE DE LA AUDITORÍA**	**PROCESOS A AUDITAR / PROCEDIMIENTO / ACTIVIDAD.**

RIESGOS Y OPORTUNIDADES DEL PROGRAMA DE AUDITORÍA:		
RIESGO / OPORTUNIDAD	**TRATAMIENTO**	**RESPONSABLE**

CAMBIOS REALIZADOS AL PROGRAMA DE AUDITORIA	
FECHA	**DESCRIPCION DEL CAMBIO**

OBSERVACIONES: .	
Fecha de Actualización	

1. OBJETIVO

Establecer la metodología adoptada por la Alcaldía de Aguazul para la evaluación, tratamiento y seguimiento de riesgos y oportunidades, incluidos los riesgos de corrupción, con el fin de prevenir la ocurrencia de efectos no deseados y promover la ocurrencia de efectos deseados en términos de los objetivos institucionales y de procesos.

2. ALCANCE

Inicia con la determinación del contexto interno y externo y finaliza con el seguimiento a la eficacia en la gestión de riesgos y oportunidades.

3. TÉRMINOS Y DEFINICIONES.[1]

- **Riesgo:** Efecto de la incertidumbre en los objetivos (ISO 31000). El riesgo puede ser positivo o negativo. El riesgo negativo se identifica con el propósito de evitar la ocurrencia de eventos no deseados y el riesgo positivo se identifica con el propósito de aumentar la ocurrencia de eventos deseados.
- **Riesgo de corrupción:** riesgo en el que, por acción u omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado.
- **Oportunidad:** Riesgo positivo. Situación que tiene el potencial para aumentar la ocurrencia de eventos deseados en términos de desempeño.
- **Contexto:** Conjunto de variables internas y externas que impactan el cumplimiento de los objetivos de una organización.
- **Probabilidad:** Oportunidad de que ocurrencia de un evento.
- **Causa raíz:** Causa principal o básica, corresponde a las razones por las cuales se puede presentar el riesgo.
- **Evento:** Cualquier cambio en una organización.
- **Consecuencia:** Impacto en los objetivos producto del evento.
- **Tratamiento del riesgo:** Acciones tomadas para modificar el riesgo.

4. BASE LEGAL

- Ley 87 de 1993, Decreto 1499 de 2017. MIPG Dimensión Control Interno, política: Control Interno. ISO 9001:2015 requisitos 4.1, 4.2 y 6.1
- Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, Función Pública vr.06.
- Norma ISO 31000:2018.

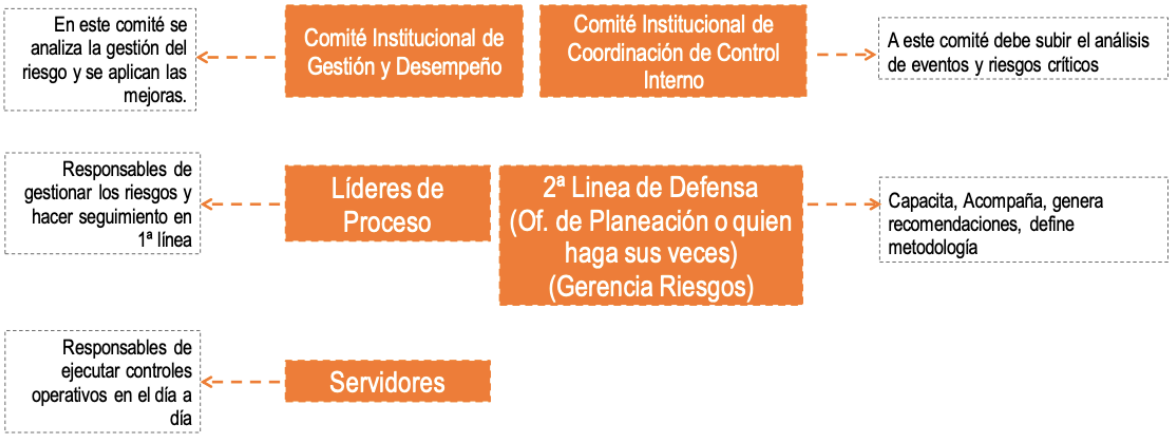
[1] Fuente: Adoptadas de ISO 31000:2018.

Recuerde: Si este documento se encuentra impreso no se garantiza su vigencia, por lo tanto, se considera "Copia No Controlada". La versión vigente se encuentra publicada en el aplicativo SIPG de la plataforma ZEUS.

GENERALIDADES

El modelo integrado de planeación y gestión (MIPG) define para su operación articulada, la creación en todas las entidades del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, regulado por el decreto 1499 de 2017 y el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, reglamentado a través del artículo 13 de la Ley 87 de 1993 y el decreto 648 de 2017, en este caso general, para una adecuada gestión del riesgo, dicha institucionalidad entra a funcionar de la siguiente forma:

Figura 1. Institucionalidad para la administración del riesgo:



POLÍTICA PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES

La Alcaldía Municipal de Aguazul desarrolla programas y proyectos para mejorar la calidad de vida de sus habitantes, está comprometida institucionalmente con la aplicación del pensamiento basado en riesgos, incluidos los riesgos de corrupción, como parte integral en la planificación de los procesos del sistema de gestión de calidad en articulación con el Modelo integrado de Planeación y Gestión MIPG, para lo cual aplicará el pensamiento basado en riesgos con el fin de prevenir las no conformidades y/o resultados no conformes, prevenir actos de corrupción, determinar oportunidades e implementar mejoras en función de la satisfacción de los ciudadanos y otras partes interesadas pertinentes, para lograr los objetivos y metas del plan de desarrollo municipal.

5. DESCRIPCIÓN

Inicio

Recuerde: Si este documento se encuentra impreso no se garantiza su vigencia, por lo tanto, se considera “Copia No Controlada”. La versión vigente se encuentra publicada en el aplicativo SIPG de la plataforma ZEUS.

1. DETERMINACIÓN DEL CONTEXTO INTERNO Y EXTERNO

Descripción
El líder del proceso, con el apoyo de sus facilitadores y su equipo de trabajo, realizarán la identificación del contexto interno y externo a través de la Matriz de Contexto.

Registro.
Matriz de Contexto EV-CIG-F-01.

Responsables.
Líderes de Proceso.
Enlaces.

Punto de Control.
Contar con información suficiente para determinar y comprender los factores clave.

2. IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES

El líder de proceso con el apoyo del facilitador y su equipo de trabajo, identificarán los riesgos y oportunidades con impacto en los objetivos de cada proceso. Las fuentes para la identificación de riesgos y oportunidades se encuentran en la Matriz determinación del contexto EV-CIG-F-01 Matriz R&Oportunidades y son:

- Factores internos.
- Factores externos.
- Partes interesadas y sus requisitos.
- Requisitos legales.

Para una mayor comprensión del riesgo / oportunidad y facilitar su análisis y tratamiento, cada riesgo u oportunidad será descompuesto en los siguientes elementos:

- **Fuente:** Contexto.
- **Riesgo/Oportunidad:** Clasificación de la fuente.
- **Evento:** Cambio en el proceso originado por la fuente.
- **Consecuencias:** Impacto en los objetivos producto del evento.
- **Causas:** Origen de la fuente.
- **Controles actuales:** Mecanismos que permiten prevenir o reducir efectos no deseados (riesgo) o aumentar los efectos deseables (oportunidad), en la actualidad.

Recuerde: Si este documento se encuentra impreso no se garantiza su vigencia, por lo tanto, se considera “Copia No Controlada”. La versión vigente se encuentra publicada en el aplicativo SIPG de la plataforma ZEUS.

- **Clasificación del riesgo:** permite agrupar los riesgos identificados, se clasifica cada uno de los riesgos en las siguientes categorías[2]:

TIPO DE RIESGO	DEFINICIÓN
Ejecución y administración de procesos.	Relacionados con en la ejecución y administración de procesos.
Fraude interno	Relacionadas con de fraude por personas ajenas a la organización (no participa personal de la entidad).
Fraude externo	Pérdida debido a actos de fraude, actuaciones irregulares, comisión de hechos delictivos abuso de confianza, apropiación indebida, incumplimiento de regulaciones legales o internas de la entidad en las cuales está involucrado por lo menos 1 participante interno de la organización, son realizadas de forma intencional y/o con ánimo de lucro para sí mismo o para terceros.
Tecnología	Relacionadas con hardware, software, telecomunicaciones, interrupción de servicios básicos.
Relaciones laborales	Relacionadas con el cumplimiento de leyes o acuerdos de empleo, salud o seguridad, del pago de demandas por daños personales o de discriminación.
Usuarios, productos y prácticas	Fallas negligentes o involuntarias de las obligaciones frente a los usuarios y que impiden satisfacer una obligación profesional frente a éstos.
Activos fijos	Relacionados con los activos fijos. Pérdidas por desastres naturales u otros riesgos.
Eventos externos	Eventos externos como atentados, vandalismo, orden público.
Corrupción	Posibilidad de recibir, solicitar cualquier dádiva o beneficio propio a nombre propio o de terceros con el fin de celebrar un contrato. En el riesgo deben concurrir: acción u omisión, uso del poder, desviación de la gestión de lo público y el beneficio privado.
Fiscal	Efecto dañoso sobre los recursos públicos y/o los bienes y/o intereses patrimoniales de naturaleza pública.

Esta información será registrada en la “Matriz de Riesgos y Oportunidades”, en los campos relacionados con Identificación del Riesgo u Oportunidad”.

Registro.
Formato Matriz de riesgos y oportunidades EV-CIG-F-02.

Responsables

[2] Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, Función Pública vr.06

Recuerde: Si este documento se encuentra impreso no se garantiza su vigencia, por lo tanto, se considera “Copia No Controlada”. La versión vigente se encuentra publicada en el aplicativo SIPG de la plataforma ZEUS.

Líderes de Proceso.
Facilitadores.

Punto de Control
Identificación del riesgo / oportunidad describiendo cada uno de sus elementos.

3. ANÁLISIS DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES

Descripción
El Líder de proceso calculará el nivel de Riesgo u oportunidad. Para ello tomará en consideración las variables de probabilidad y consecuencia (Riesgo u Oportunidad), utilizando la escala establecida en los Criterios del Riesgo / Oportunidad.

Criterios de Riesgo y Oportunidad

PROBABILIDAD	1	IMPROBABLE	Puede ocurrir solamente en circunstancias excepcionales
	2	RARO	El evento podría ocurrir en algún momento y se considera que es difícil que suceda.
	3	POSIBLE	El evento puede suceder eventualmente.
	4	PROBABLE	El evento puede ocurrir en la mayoría de las circunstancias.
	5	CASI CIERTO	El evento ocurrirá en la mayoría de las circunstancias.

CONSECUENCIA – RIESGO	1	INSIGNIFICANTE	No hay afectación en los objetivos.
	2	BAJO	Impacto en los objetivos, subsanable inmediatamente.
	3	MEDIO	Impacto en los objetivos, subsanable con ayuda de terceros o políticas internas.
	4	GRAVE	Incumplimiento total en los objetivos.
	5	MUY GRAVE	Perdida en la capacidad de operación de la organización para el logro de los objetivos.

CONSECUENCIA – OPORTUNIDAD	1	INSIGNIFICANTE	No se alcanza algún objetivo ni trae algún beneficio para la organización.
	2	BAJA	Se alcanza un mínimo de objetivos o trae algún beneficio para la organización.
	3	MEDIA	Se alcanza el cumplimiento de más de la mitad de los objetivos.
	4	ALTA	Se podrían alcanzar todos los objetivos.
	5	MUY ALTA	No solo se podrían alcanzar todos los objetivos sino que también traería logros adicionales para la organización.

Si durante la identificación del riesgo, dentro del campo “clasificación del riesgo”, este se categoriza con el tipo “corrupción”, se utilizará la siguiente escala de valoración de las consecuencias:

Recuerde: Si este documento se encuentra impreso no se garantiza su vigencia, por lo tanto, se considera “Copia No Controlada”. La versión vigente se encuentra publicada en el aplicativo SIPG de la plataforma ZEUS.

CONSECUENCIA – RIESGO DE CORRUPCIÓN	1	INSIGNIFICANTE	No hay afectación al proceso y a la entidad.
	2	BAJA	Impacto en el proceso o en la entidad, subsanable inmediatamente.
	3	MEDIA	Impacto en el proceso o en la entidad, subsanable con ayuda de terceros o políticas internas.
	4	ALTA	Impacto negativo en el proceso o de la Entidad, genera altas consecuencias.
	5	MUY ALTA	Consecuencias desastrosas sobre el proceso o para la entidad.

CONSECIUENCIA- OPORTUNIDAD DE EVITAR ACTOS DE CORRUPCIÓN	1	INSIGNIFICANTE	No trae algún beneficio para el proceso o la entidad, en términos de evitar actos de corrupción.
	2	BAJA	Trae algún beneficio leve para el proceso o la entidad, en términos de evitar actos de corrupción.
	3	MEDIA	Impacto moderado en el proceso o en la entidad, en términos de evitar actos de corrupción.
	4	ALTA	Impacto positivo en el proceso, en términos de evitar actos de corrupción.
	5	MUY ALTA	Gran impacto en el proceso o en la entidad, con grandes beneficios en términos de evitar actos de corrupción.

Registro.
Matriz de riesgos y oportunidades EV-CIG-F-02.

Responsables
Líderes de Proceso.
Facilitadores.

Punto de Control
Aplicación objetiva de los criterios del riesgo, por parte de Líderes de Proceso y Enlaces.

4. VALORACIÓN DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES

Descripción
Teniendo en cuenta el resultado del nivel de riesgo u oportunidad, el líder del proceso establecerá la aceptabilidad del mismo, de acuerdo con la siguiente tabla:

Criterios de evaluación de riesgos / oportunidades:

NIVEL DE RIESGO	CONSECUENCIAS					OPORTUNIDADES				
	1	2	3	4	5	5	4	3	2	1

			INSIGNIFICANTE	BAJO	MEDIO	GRAVE	MUY GRAVE	MUY GRANDE	GRANDE	MEDIA	BAJA	MUY BAJA
PROBABILIDAD	1	RARO	1	2	3	4	5	5	4	3	2	1
	2	IMPROBALE	2	4	6	8	10	10	8	6	4	2
	3	POSIBLE	3	6	9	12	15	15	12	9	6	3
	4	PROBALE	4	8	12	16	20	20	16	12	8	4
	5	CASI CIERTO	5	10	15	20	25	25	20	15	10	5

Registro.
Matriz de riesgos y oportunidades EV-CIG-F-02.

Responsables
Líderes de Proceso.
Facilitadores

Punto de Control
No aplica.

5. DETERMINACIÓN DE PLANES PARA EL TRATAMIENTO DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES

De acuerdo con el resultado del Nivel de Riesgo u Oportunidad el líder del proceso establecerá un plan para abordar los riesgos y oportunidades, con el fin de eliminar causas, evitar consecuencias negativas y perseguir impactos positivos.

El plan de tratamiento incluirá los siguientes elementos:

- Actividad
- Responsable
- Fecha de Implementación:
- Evidencia

Recuerde: Si este documento se encuentra impreso no se garantiza su vigencia, por lo tanto, se considera “Copia No Controlada”. La versión vigente se encuentra publicada en el aplicativo SIPG de la plataforma ZEUS.

- Recursos

Esta información será registrada en la “Matriz de Riesgos y Oportunidades”, en los campos relacionados con “Tratamiento”.

Registro
Matriz de riesgos y oportunidades EV-CIG-F-02.

Responsables
Líderes de Proceso.
Facilitadores.

Punto de Control
Pertinencia de los planes de acción establecidos para los riesgos y oportunidades identificados.

6. SEGUIMIENTO

Descripción

El proceso Control Interno de Gestión realizará seguimiento permanente al cumplimiento de los planes de tratamiento establecidos en la matriz para cada riesgo u oportunidad identificada.

Esta información será registrada en la “Matriz de Riesgos y Oportunidades”, en los campos relacionados con “Seguimiento”.

Registro
Matriz de riesgos y oportunidades EV-CIG-F-02.

Responsables
Jefe de oficina de control interno.
Profesional de apoyo

Punto de Control
Oportunidad en el seguimiento a matrices de riesgo / oportunidad. Adecuada evaluación de la eficacia en la gestión de riesgos y oportunidades.

RIESGOS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN
La gestión de los riesgos de seguridad de la información se realizará con base en el literal 5 “lineamientos riesgos de seguridad de la información” del documento “Guía para la

Palacio Municipal Calle **11 # 11-35** Tel: **(60 8) 6345995** | Edificio CIAC (Secretaria de Gobierno) Calle **10 #16-49**
Línea Gratuita **018000953231** Código Postal **856010**
contactenos@aguazul-casanare.gov.co | www.aguazul-casanare.gov.co
Aguazul Casanare

administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas" emitido por la Dirección de Gestión y Desempeño Institucional del Gobierno Nacional, en diciembre de 2020.

Fin

Recuerde: Si este documento se encuentra impreso no se garantiza su vigencia, por lo tanto, se considera "Copia No Controlada". La versión vigente se encuentra publicada en el aplicativo SIPG de la plataforma ZEUS.

REGISTROS.

NOMBRE DEL REGISTRO	CÓDIGO	VERSIÓN	RESPONSABLE DE CREACIÓN	
			CREACIÓN	ALMACENAMIENTO
Matriz determinación del Contexto	EV-CIG-F-01	04	Líder de proceso	Carpeta Digital APOLOS/SIPG
Matriz de riesgos y oportunidades	EV-CIG-F-02	04	Líder de proceso	Carpeta Digital APOLOS/SIPG

6. CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
01	Resolución No.121 del 10 de mayo del 2021	Emisión Inicial del Documento.
02	Resolución 192 del 17 de junio del 2022.	Se ajustó el diseño del modelo de procedimiento en su estructura general y el contenido de los logos, se incluyó el numeral 3. Términos y definiciones. 4. Condiciones generales y se ajustó el numeral 5. Descripción de actividades, se incluyó el numeral 7. Control de cambios y el numeral 8. Elaboración, revisión y aprobación.
03	Resolución No.222 del 13 de Junio del 2023	Se ajustó términos y definiciones, base legal, y la descripción de las actividades de acuerdo a los lineamientos de la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6 de la Función Pública y los numerales 7 y 8 de acuerdo al lineamiento del formato de procedimientos.
04		Se actualiza el objetivo y alcance del procedimiento para hacerlos más simplificados y proporcionar un mayor énfasis en los riesgos y las oportunidades. Se ajustan los términos y definiciones a las proporcionadas por la norma ISO 9000:2015 e ISO 31000:2018. Se incluye el apartado denominado “generalidades” para hacer mayor énfasis en las

Recuerde: Si este documento se encuentra impreso no se garantiza su vigencia, por lo tanto, se considera “Copia No Controlada”. La versión vigente se encuentra publicada en el aplicativo SIPG de la plataforma ZEUS.

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
		líneas de defensa y la aplicación del pensamiento basado en riesgos. Se incluye la política de gestión de riesgos y oportunidades. Se modifican las actividades del procedimiento para ajustarlas a ISO 31000:2018.

7. ELABORACIÓN, REVISIÓN Y APROBACIÓN

ELABORÓ	ACOMPAÑO LA REVISION	ACOMPAÑO SGI	APROBÓ LIDER DEL PROCESO
Martha Beatriz Sánchez Rodríguez John Fredy Vargas Flórez	Andrés Posso González	Marisol Molano Cárdenas	Angélica Patricia Guerra
Profesionales Contratados SGI	Profesional Contratado Control Interno	Cargo: Profesional Universitario SG	Cargo: Jefe Control Interno

MATRIZ DE CONTEXTO INTERNO Y EXTERNO

PROCESO:	
OBJETIVO DEL PROCESO:	
FECHA:	

CONTEXTO	CATEGORÍA	FACTOR CLAVE (CAPACIDADES Y RECURSOS)			JUSTIFICACIÓN DE LA CLASIFICACIÓN	IMPACTO EN EL PROCESO	CÓMO ABORDARLO DESDE LA PLANIFICACIÓN	GENERA RIESGO / OPORTUNIDAD
		DESCRIPCIÓN	VALOR	CLASIFICACIÓN				
FACTORES INTERNOS			4,0	Fortaleza Importante				
			4,0	Fortaleza Importante				
			2,0	Debilidad Menor				
			4,0	Fortaleza Importante				
	PROMEDIO FACTORES INTERNOS		88%					
FACTORES EXTERNOS			1,0	Amenaza Importante				
			2,0	Amenaza Menor				
			3,0	Oportunidad Menor				
			1,0	Amenaza Importante				
	PROMEDIO FACTORES EXTERNOS		44%					
PARTES INTERESADAS			4,0	Fortaleza Importante				
REQUISITOS LEGALES			4,0	Fortaleza Importante				

MATRIZ DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES

Proceso:	Objetivo de proceso:

EVALUACIÓN DEL RIESGO / OPORTUNIDAD												TRATAMIENTO					SEGUIMIENTO			
IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO/ OPORTUNIDAD								ANALISIS DEL RIESGO / OPORTUNIDAD												
FUENTE (DOFA)	CLASIFICACION	RIESGO / OPORTUNIDAD	EVENTO	CAUSA	CONSECUENCIAS	CONTROLES EXISTENTES	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	PROBABILIDAD	CONSECUENCIA	NIVEL DE RIESGO/ OPORTUNIDAD	VALORACIÓN DEL RIESGO /OPORTUNIDAD	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE IMPLEMENTACIÓN	RECURSOS	EVIDENCIA	FECHA	RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EFICAZ (SI/NO)
0	Fortaleza Importante	Oportunidad					Ejecución y administración de procesos.	4	4	16	Gran Oportunidad de Mejora									Si
0	Fortaleza Importante	Oportunidad					Ejecución y administración de procesos.	5	3	15	Gran Oportunidad de Mejora									Si
0	Debilidad Menor	Riesgo					Ejecución y administración de procesos.	3	4	12	Riesgo Medio									En proceso
0	Fortaleza Importante	Oportunidad					Corrupción	4	5	20	Gran Oportunidad de Mejora									Si
0	Fortaleza Importante	Oportunidad					Ejecución y administración de procesos.	5	4	20	Gran Oportunidad de Mejora									En proceso

100.37.

RESOLUCIÓN No _____

( )

"POR MEDIO DE LA CUAL SE ADOPTA LA CUARTA DEL ESTATUTO DE AUDITORÍA INTERNA Y TERCERA VERSIÓN DEL CÓDIGO DE ÉTICA DEL AUDITOR QUE DEFINE EL PROPÓSITO, LA AUTORIDAD Y LA RESPONSABILIDAD DE LA ACTIVIDAD DE AUDITORÍA INTERNA EN LA ALCALDÍA MUNICIPAL DE AGUAZUL".

El Alcalde del Municipio de Aguazul, en uso de sus facultades Constitucionales y legales, y en especial las conferidas por el numeral 1 del literal d) del artículo 29 de la Ley 1551 de 2012, y,

CONSIDERANDO

Que la Constitución Política de Colombia, en su artículo 209 en armonía con el artículo 269 establece la existencia de un Control Interno en todos los ámbitos de la Administración Púbica.

Que en desarrollo del artículo 209 de la Constitución Política el Congreso de la República, expidió la Ley 87 de 1993, la cual ordena que es obligación de las entidades públicas del Orden Nacional y Territorial adoptar los mecanismos necesarios para el Control Interno de éstas.

Que la Ley 87 de 1993, establece las normas para el ejercicio del Control Interno en las entidades y organismos del Estado y define la Oficina de Control Interno como uno de los componentes del Sistema de Control Interno encargado de medir y evaluar la eficiencia, eficacia y economía de los demás controles, asesorando a la Dirección en la continuidad del proceso administrativo, la revaluación de los planes establecidos y en la introducción de los correctivo necesarios para el cumplimiento de las metas u objetivos previstos.

Que el Decreto el Decreto 1083 de 2015, establece que las oficinas de Control Interno desarrollarán su labor a través de los roles de liderazgo estratégico; enfoque hacia la prevención, evaluación de la gestión del riesgo, evaluación y seguimiento, relación con entes externos de control.

Que, para desarrollar la labor de evaluación y seguimiento, la oficina de control interno debe desarrollar auditorías internas alineadas con el marco internacional para la práctica de auditoría interna.

Que para fortalecer la labor de auditoría interna, el Decreto 1083 de 2015, establece que todas las entidades pertenecientes a la rama ejecutiva, deben adoptar y aplicar los siguientes instrumentos: a) Código de Ética del Auditor Interno que tendrá como bases fundamentales, la integridad, objetividad, confidencialidad, conflictos de interés y competencia de éste; b) Carta de representación en la que se establezca la veracidad,

calidad y oportunidad de la entrega de la información presentada a las Oficinas de Control Interno y c) Estatuto de auditoría, en el cual se establezcan y comuniquen las directrices fundamentales que definirán el marco dentro del cual se desarrollarán las actividades de la Unidad u Oficina de Control Interno, según los lineamientos de las normas internacionales de auditoría.

Que el mismo Decreto, establece que el Comité Institucional de Control Interno tiene dentro de sus funciones, la de aprobar el Estatuto de Auditoría Interna y el Código de Ética del auditor, así como verificar su cumplimiento.

Que el Decreto 1499 de 2017 modificó el Decreto 1083 de 2015 y creo el Sistema de Gestión que integra los Sistemas de Desarrollo Administrativo y de Gestión de la Calidad, y lo articuló con el sistema de control interno en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG a través de los mecanismos de control y verificación que permiten el cumplimiento de los objetivos y el logro de resultados de las entidades.

Que de acuerdo con el Decreto 1499 de 2017, el Control Interno es transversal a la gestión y desempeño de las entidades y se implementa a través del Modelo Estándar de Control Interno –MECI.

Que las normas emitidas por el Instituto de Auditores Internos – IIA en el "Marco Internacional para la Práctica Profesional de Auditoría Interna 2024" establecen que "La Auditoría Interna una actividad independiente y objetiva de aseguramiento y asesoramiento diseñada para añadir valor a las operaciones de una organización. Ayuda a la organización a cumplir sus objetivos aportando un enfoque sistemático y disciplinado para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de gobierno, gestión de riesgos y control"[1] …", por lo anterior es importante darles aplicación en el ejercicio de control interno.

Que, en virtud de lo anterior, se requiere adoptar el Estatuto de Auditoría y Código de ética del auditor con el fin de definir y regular las generalidades del ejercicio de la auditoría interna en la Alcaldía Municipal de Aguazul.

Que en mérito de lo expuesto

RESUELVE:

CAPITULO I
DENOMINACIÓN, PROPOSITO Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA INTERNA

ARTÍCULO 1°.- DENOMINACIÓN: Para todos los efectos legales se denomina Control Interno a cualquier medida que tome la dirección para gestionar los riesgos y aumentar la probabilidad de alcanzar los objetivos y metas establecidos. La dirección planifica, organiza

[1] INSTITUTO DE AUDITORES INTERNOS DE COLOMBIA – IIA. Marco Internacional para la Práctica Profesional de la Auditoría Interna. Actualizado a Enero de 2024.

y dirige la realización de las acciones suficientes para proporcionar una seguridad razonable de que se alcanzarán los objetivos y metas.

ARTICULO 2°.- PROPOSITO Y MISION DE LA AUDITORÍA INTERNA: El propósito de la auditoría interna en la Alcaldía Municipal de Aguazul, consiste en prestar servicios de aseguramiento (evaluación) y asesoramiento (enfoque hacia la prevención) con total independencia y objetividad, con el fin de agregar valor y mejorar las operaciones de la entidad. La misión de la auditoría interna es mejorar y proteger el valor de la Alcaldía Municipal de Aguazul proporcionando aseguramiento, asesoría y análisis basados en riesgos.

En este sentido, la Oficina de Control Interno debe contribuir al logro de los objetivos estratégicos, aportando un enfoque sistemático y disciplinado en la evaluación y mejoramiento de los procesos de gestión de riesgos control interno y gobierno de la Alcaldía Municipal de Aguazul.

ARTÍCULO 3°. - NORMAS PARA LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE LA AUDITORÍA INTERNA: La Oficina de Control Interno se adhiere a los elementos de cumplimiento obligatorio del Marco Internacional para la Práctica Profesional del Instituto de Auditores Internos, incluidos los Principios Fundamentales para la Práctica Profesional de la Auditoría Interna, el Código de Ética, las Normas, y la Definición de Auditoría Interna. El Jefe de Control Interno informará periódicamente a la alta dirección y Comité de Coordinación de Control Interno, respecto a la conformidad de la Oficina de Control Interno con el Código de Ética y las Normas.

ARTÍCULO 4º.- AUTORIDAD: El Jefe de la Oficina de Control Interno reportará funcionalmente y administrativamente al Alcalde.
Para establecer, mantener y asegurar que la Oficina de Control Interno de la entidad tiene la autoridad suficiente para cumplir completamente con sus obligaciones, el Comité de Coordinación de Control Interno deberá:

a) Aprobar el estatuto de auditoría
b) Aprobar el programa anual de auditoría interna basado en riesgos.
c) Recibir comunicaciones del Jefe de Control Interno sobre el desarrollo del programa anual de auditoría interna.

El Jefe de Control Interno tendrá acceso irrestricto, y se comunicará e interactuará directamente con el Comité de Coordinación de Control Interno.

d) El Comité de Coordinación de Control Interno autoriza a la Oficina de Control Interno a:

i. Tener acceso completo, libre y sin restricciones a todas las funciones, registros, propiedad y personal pertinentes, para llevar a cabo cualquiera de sus compromisos, sujeto a su responsabilidad de confidencialidad y salvaguarda de los registros e información.

ii. Asignar recursos, establecer frecuencias, seleccionar temas, determinar alcances de trabajo, aplicar las técnicas necesarias para cumplir con los objetivos de la auditoría y emisión de informes.
iii. Obtener asistencia del personal necesario de la Alcaldía Municipal de Aguazul, así como de otros servicios especializados dentro o fuera de la Entidad territorial, a fin de completar el compromiso.

ARTÍCULO 5°.- INDEPENDENCIA Y OBJETIVIDAD: El Jefe de Control Interno se asegurará que la actividad de auditoría interna permanezca libre de todas las condiciones que amenacen la capacidad de los auditores internos para cumplir sus responsabilidades de manera imparcial, incluyendo asuntos de selección, alcance, procedimientos, frecuencia, oportunidad y contenido del informe de auditoría. Si el Jefe de Control Interno determina que la independencia u objetividad se viese comprometida de hecho o en apariencia, los detalles del impedimento deben darse a conocer a las partes correspondientes.

Los auditores internos mantendrán una actitud mental imparcial que les permita realizar sus compromisos objetivamente y de tal manera que se confíe en el producto de su trabajo, no se comprometa la calidad y no subordinen su juicio a otros, sobre asuntos de la auditoría.

Los auditores internos no tendrán responsabilidad operacional directa o autoridad sobre ninguna de las actividades auditadas. En consecuencia, los auditores internos no implementarán controles internos, desarrollarán procedimientos, instalarán sistemas, prepararán registros o participarán en cualquier otra actividad que pueda perjudicar su juicio, incluyendo:

a) Evaluar las operaciones específicas de las cuales hayan sido responsables en el año anterior.
b) Realizar cualquier tarea operacional para la Alcaldía Municipal de Aguazul.
c) Dirigir las actividades de cualquier contratista de la Alcaldía del Municipio de Aguazul que no esté contratado por la Oficina de Control Interno excepto en la medida que dichos contratistas hayan sido apropiadamente asignados a los equipos de auditoría o para ayudar a auditores internos.

Cuando el Jefe de Control Interno tiene o se espera que tenga funciones y/o responsabilidades más allá de auditoría interna, se establecerán salvaguardas para limitar los impedimentos a la independencia u objetividad.

d) Los auditores internos deberán:

i. Declarar cualquier impedimento de independencia u objetividad, de hecho o apariencia, a las partes apropiadas.
ii. Demostrar objetividad profesional en la recolección, evaluación y comunicación de información sobre la actividad o proceso que se está examinando.
iii. Hacer evaluaciones equilibradas de todos los hechos y circunstancias disponibles y relevantes.

iv. Tomar las precauciones necesarias para evitar ser influenciados indebidamente por sus propios intereses o por otros, en la formación de los juicios.

El Jefe de Control Interno comunicará al Comité de Coordinación de Control Interno, cualquier interferencia e implicaciones relacionadas en la determinación del alcance, desarrollo del trabajo y / o la comunicación de los resultados de la auditoría interna.

ARTÍCULO 6°.- ALCANCE DE LOS SERVICIOS DE AUDITORIA INTERNA: El alcance de las actividades de auditoría interna abarca, pero no se limita a, exámenes objetivos de evidencia con el propósito de proporcionar evaluaciones independientes al Comité de Coordinación de Control Interno, a la administración y a las partes interesadas pertinentes sobre la adecuación y eficacia de los procesos de la Alcaldía Municipal de Aguazul. Las evaluaciones de la auditoría interna incluyen verificar si:

i. Los riesgos relacionados con el logro de los objetivos estratégicos de la Alcaldía Municipal de Aguazul están adecuadamente identificados y gestionados.
ii. Las acciones de los Líderes de Proceso y participantes de proceso de la Alcaldía Municipal de Aguazul cumplen con las políticas, procedimientos y leyes aplicables, regulaciones y normas de la Alcaldía Municipal de Aguazul.
iii. Los resultados de las procesos, procedimientos o programas son consistentes con las metas y objetivos establecidos.
iv. Los procedimientos o programas se están llevando a cabo de manera efectiva y eficiente.
v. Los procesos y sistemas establecidos permiten el cumplimiento de las políticas, procedimientos, leyes y reglamentos que podrían afectar significativamente a la Alcaldía Municipal de Aguazul.
vi. La información y los medios utilizados para identificar, medir, analizar, clasificar y reportar dicha información, son confiables y tienen integridad.
vii. Los recursos y activos se adquieren económicamente, se utilizan eficientemente y se protegen adecuadamente.

El Jefe de Control Interno informará periódicamente a la alta dirección y al Comité de Coordinación de Control Interno), con respecto a:

a) El propósito, autoridad y la responsabilidad de la Oficina de Control Interno.
b) El programa y el desarrollo del programa anual de auditorías.
c) El cumplimiento de la Oficina de Control Interno con el Código de Ética y Normas del IIA, y de los planes de acción para abordar cualquiera desviación de incumplimiento significativa.
d) Exposiciones significativas a riesgos y asuntos de control, incluidos riesgos de fraude y otros asuntos que requieren la atención del Comité de Coordinación de Control Interno.
e) Resultados de los trabajos de auditoría u otras actividades.
f) Requerimientos de recursos.
g) Cualquier respuesta al riesgo de la administración que pueda ser inaceptable para la Alcaldía Municipal de Aguazul.

El Jefe de Control Interno también coordina las actividades, cuando es posible, y considera confiar en el trabajo de otros proveedores de servicios de aseguramiento y asesoramiento internos y externos, según sea necesario. La Oficina de Control Interno puede realizar asesoría y otros servicios relacionados a las actividades de clientes, cuya naturaleza y alcance se acordarán con ellos, siempre y cuando la Oficina de Control Interno no asuma responsabilidad administrativa.

Durante los compromisos la Oficina de Control Interno puede identificar oportunidades para mejorar la eficiencia de los procesos de la entidad, gestión de riesgos y oportunidades. Estas oportunidades se comunicarán a los Líderes de Proceso.

CAPITULO II
DEL AUDITOR INTERNO, FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES

ARTÍCULO 7°.- RESPONSABILIDADES DE LA AUDITORIA INTERNA: La Oficina de Control Interno, bajo el liderazgo del Jefe de Control Interno, en el cumplimiento de su función evaluadora y asesora, será responsable de:

a) Presentar, al menos una vez al año, a la alta dirección y al Comité de Coordinación de Control Interno el programa anual de auditoría interna basado en riesgos, para su revisión y aprobación.
b) Comunicar a la alta dirección y al Comité de Coordinación de Control Interno el impacto de limitaciones de recursos sobre el programa anual de auditoría interna.
c) Revisar y ajustar el programa anual de auditoría interna, según sea necesario, en respuesta a cambios en los procesos, riesgos, operaciones, programas, sistemas y controles de la Alcaldía Municipal de Aguazul.
d) Comunicar a la alta dirección y al Comité de Coordinación de Control Interno) cualquier cambio provisional significativo al programa anual de auditoría interna.
e) Asegurar que se ejecute cada compromiso del programa anual de auditoría interna, incluyendo el establecimiento de objetivos y alcance, la asignación de recursos apropiados y su seguimiento, la adecuada documentación de los programas de trabajo y los resultados de las pruebas y la comunicación de los resultados del trabajo, con las conclusiones y recomendaciones aplicables a partes interesadas.
f) Efectuar seguimiento a las observaciones y acciones correctivas, e informar periódicamente a la alta dirección y al Comité de Coordinación de Control Interno cualquier acción correctiva no implementada efectivamente.
g) Asegurar que los principios de integridad, objetividad, confidencialidad y competencia, sean aplicados y defendidos.
h) Asegurar que la Oficina de Control Interno posee colectivamente u obtiene los conocimientos, habilidades y otras competencias necesarias para alcanzar los requerimientos del estatuto de auditoría interna.

i) Asegurar que las tendencias y los problemas emergentes que puedan afectar a la Alcaldía Municipal de Aguazul se consideren y se comuniquen a la alta dirección y al Comité de Coordinación de Control Interno, cuando sea apropiado.

j) Asegurar que las tendencias emergentes y las prácticas exitosas están siendo consideradas en auditoría interna.

k) Establecer y asegurar el cumplimiento de las políticas y procedimientos diseñados para guiar la actividad de auditoría interna.

l) Asegurar el cumplimiento de las políticas y procedimientos relevantes de Alcaldía Municipal de Aguazul, a menos que tales políticas y procedimientos entren en conflicto con el estatuto de auditoría interna. Cualquier conflicto de este tipo se resolverá o se comunicará a la alta dirección y al Comité de Coordinación de Control Interno.

m) Asegurar la conformidad de la actividad de auditoría interna con las Normas, con las siguientes reservas:

i. Si el cumplimiento de ciertas partes de las Normas de la Oficina de Control Interno está prohibida por ley o regulación, el Jefe de Control Interno asegurará la revelación apropiada de ello, así como el cumplimiento de todas las demás partes de las Normas.

ii. Si las Normas se usan conjuntamente con requerimientos emitidos por otros órganos autorizados, el Jefe de Control Interno asegurará que la actividad de auditoría interna cumpla con las Normas e incluso si la misma cumple con requisitos más restrictivos de otras entidades autorizadas ej: ICONTEC, COTECNA, entre otros.

CAPITULO III

ARTÍCULO 8°- SEGUIMIENTO AL PROGRAMA ANUAL DE AUDITORÍA Y MEJORA DE LA CALIDAD

La Oficina de Control Interno realizará seguimiento y mejora de la calidad que comprenda todos los aspectos de la actividad de auditoría interna. El seguimiento incluirá una evaluación del cumplimiento de la actividad de auditoría interna con las Normas y una evaluación si los auditores internos aplican el Código de Ética del Auditor. El seguimiento también evaluará la eficiencia y la eficacia la actividad de auditoría interna e identificará oportunidades de mejora.

El Jefe de Control Interno comunicará a la alta dirección y al Comité de Coordinación de Control Interno sobre los resultados del seguimiento al programa anual de auditoría.

INDEPENDENCIA, RESERVAS Y AUTORIDAD DE LA AUDITORÍA INTERNA

INDEPENDENCIA Y OBJETIVIDAD: La actividad de Auditoría Interna debe ser independiente y los Auditores Internos deben ser objetivos en el cumplimiento de su trabajo.

Para asegurar la independencia y la actitud mental objetiva, la actividad de auditoría interna estará libre de la interferencia de cualquier persona de la organización, incluidas cuestiones como la selección de auditorías, el alcance, los procedimientos, la frecuencia, la duración o el contenido del informe de Auditoría.

Los Auditores Internos no tendrán ninguna responsabilidad operativa directa o autoridad sobre ninguna de las actividades auditadas. En consecuencia, ellos no podrán diseñar o implementar los controles internos, desarrollar los procedimientos, instalar sistemas, gestionar los riesgos o dedicarse a cualquier otra actividad que pueda alterar su juicio.

Los Auditores Internos deben exhibir el más alto nivel de objetividad profesional al reunir, evaluar y comunicar información acerca de la actividad o proceso examinado. Los Auditores Internos deben hacer una evaluación equilibrada de todas las circunstancias pertinentes y no ser indebidamente influenciados por sus propios intereses o por otros en la formación de sus juicios.

Para asegurar la independencia y objetividad de la actividad de auditoría interna en la entidad se deberá:

- Aplicar la objetividad y rigurosidad en la evaluación, verificación y comunicación de la información sobre la actividad o proceso a ser examinado.
- Realizar una evaluación equilibrada de todas las circunstancias involucradas en el ejercicio de la auditoría, evitando injerencias indebidas fundadas en sus propios intereses o de terceros, que obstaculicen la formación de sus juicios.
- Comunicar a la alta dirección los resultados de la auditoría y demás procesos de competencia de la oficina de control interno.

DE LAS RESERVAS DEL AUDITOR INTERNO: El auditor interno en su actividad de auditoría interna deberá manejar la información que le sea otorgada de manera confidencial y la misma no deberá ser divulgada sin la debida autorización quedando sujeto a las normas legales que amparan ésta reserva. En desarrollo de sus actividades, deberá observar lo dispuesto en el Código de Ética del Auditor Interno adoptado por la Oficina de Control Interno de la entidad, el cual hace parte de la presente Resolución.

ARTÍCULO 7°- AUTORIDAD DE LA AUDITORIA INTERNA: Los Auditores Internos con estricta responsabilidad, confidencialidad y la salvaguarda de la información y de los registros, están autorizados a:

- Establecer frecuencias, seleccionar temas, determinar alcances de trabajo y aplicar las técnicas requeridas para cumplir los objetivos de auditoría.
- Acceder a todos los registros, información, bases de datos, personal y bienes de la entidad que sean necesarios para lograr el objetivo y alcance de la Auditoría, incluso aquellos bajo el control de terceros.
- Solicitar la colaboración necesaria del personal en las áreas de la entidad en las cuales se desempeñan las Auditorías, así como de otros servicios especializados propios y ajenos a la organización.

Los Auditores Internos no están autorizados a:

- Desempeñar tareas de naturaleza operativa, de control interno o de coordinación que son responsabilidad de la Entidad
- Iniciar o aprobar transacciones ajenas a la Oficina de Control Interno.
- Realizar auditorías en las que pudieran tener conflictos de interés.
- Dirigir las actividades de cualquier servidor público de la entidad que no sea de la Oficina de Control Interno, con la excepción de los empleados que hayan sido asignados apropiadamente a los equipos de auditoría o a colaborar de alguna forma con los auditores internos.

ARTÍCULO 8°- IMPEDIMENTOS DE LOS AUDITORES. Cuando en el curso de una auditoría surgiese un conflicto de interés para el auditor, este deberá declararlo, sin perjuicio de que el funcionario pueda ser recusado. Los conflictos que surjan en materia de conflicto de intereses deberán ser absueltos por el Comité de Coordinación de Control Interno.

ARTÍCULO 9°- VALOR PROBATORIO. La oficina de control interno realizará informes de auditoría e informes de ley, los cuales tendrán valor probatorio para efectos de responsabilidad disciplinaria, fiscal, penal.

CAPITULO IV
CODIGO DE ÉTICA DEL AUDITOR

ARTÍCULO 10°- RECONOCIMIENTO DE LA DEFINICIÓN DE AUDITORÍA, LAS NORMAS Y EL CODIGO DE ETICA COMO GUIAS PARA EL EJERCICIO DE LA AUDITORIA INTERNA. La actividad de Auditoría Interna en la Oficina de Control Interno, se autorregulará mediante la adopción del procedimiento de auditoría interna, el Código de Ética y las Normas Internacionales para el ejercicio profesional de la Auditoría Interna.

La aplicación y el cumplimiento de las Normas emitidas por el Instituto de Auditores Internos se hará siempre en concordancia con las normas que regulen la actividad de auditoría en el país emitidas por Departamento Administrativo de la Función Pública.

ARTÍCULO 11°.- CÓDIGO DE ÉTICA DEL AUDITOR: Con el presente Estatuto, también se adopta el Código de Ética del Auditor, que se aplicará a los todos los profesionales que proveen servicios de auditoría en la entidad, con el propósito de promover una cultura ética en el ejercicio de la Auditoría Interna en la entidad. Este Código de no reemplaza, ni modifica ningún código de la organización.

ARTÍCULO 12°.- OBJETIVO: Definir los principios y las reglas de conducta del rol de auditor interno en la Alcaldía Municipal de Aguazul para promover una cultura ética de la labor de auditoría interna.

ARTÍCULO 13°.- ALCANCE: Este Código de Ética aplica tanto a los auditores internos, como a las entidades que desarrollen procesos de auditoría en la Alcaldía Municipal de Aguazul

ARTÍCULO 14°.- PRINCIPIOS: Se espera que los auditores internos apliquen y cumplan los siguientes principios:

a) **Integridad:** La integridad de los auditores internos establece confianza y, consiguientemente, provee la base para confiar en su juicio.
b) **Objetividad:** Los auditores internos exhiben el más alto nivel de objetividad profesional al reunir, evaluar y comunicar información sobre la actividad o proceso a ser examinado. Los auditores internos hacen una evaluación equilibrada de todas las circunstancias relevantes y forman sus juicios sin dejarse influir indebidamente por sus propios intereses o por otras personas.
c) **Confidencialidad:** Los auditores internos respetan el valor y la propiedad de la información que reciben y no divulgan información sin la debida autorización a menos que exista una obligación legal o profesional para hacerlo.
d) **Competencia:** Los auditores internos aplican el conocimiento, aptitudes y experiencia necesarios al desempeñar los servicios de auditoría interna.

ARTÍCULO 15°.- REGLAS DE CONDUCTA: Por cada principio se establecen las siguientes reglas de conducta para los auditores:

a. Integridad

Los auditores internos:

- Desempeñarán su trabajo con honestidad, diligencia y responsabilidad.
- Respetarán las leyes y divulgarán lo que corresponda de acuerdo con la ley.
- No participarán a sabiendas en una actividad ilegal o de actos que vayan en perjuicio del procedimiento de auditoría interna o de la Entidad.
- Respetarán y contribuirán a los objetivos institucionales de la Entidad.
- Respetarán los valores del servicio establecidos en la Alcaldía Municipal de Aguazul.

b. Objetividad

Los auditores internos:

- No participarán en ninguna actividad o relación que pueda perjudicar o aparente perjudicar su evaluación imparcial. Esta participación incluye aquellas actividades o relaciones que puedan estar en conflicto con los intereses de la Entidad.
- No aceptarán nada que pueda perjudicar o aparente perjudicar su juicio profesional.
- Divulgarán todos los hechos materiales que conozcan y que, de no ser divulgados, pudieran distorsionar el informe de las actividades sometidas a revisión.

c. Confidencialidad

Los auditores internos:

- Serán prudentes en el uso y protección de la información adquirida en el transcurso de su trabajo.
- No utilizarán información para lucro personal o que de alguna manera fuera contraria a la ley o en detrimento de los objetivos institucionales de la Entidad.

d. Competencia

Los auditores internos:

- Participarán sólo en aquellas auditorías para los cuales tengan los suficientes conocimientos, aptitudes y experiencia.
- Desempeñarán todas las auditorías internas de acuerdo con el estatuto de auditoría y el procedimiento de auditoría interna.
- Mejorarán continuamente sus competencias y la efectividad y calidad de sus servicios.

ARTÍCULO 16°.- COMPRMISO INSTITUCIONAL DE AUDITADOS Y AUDOTORES: Para la realización exitosa de las Auditorías Internas, la Entidad, los líderes de proceso y demás auditados deberán garantizar:

- La disposición de los recursos necesarios para la ejecución de las auditorías internas.

- Disponer del tiempo necesario para atender la auditoría.
- Facilitar de manera oportuna la entrega de la información requerida por el equipo auditor.
- Los líderes de proceso y responsables de los procedimiento o actividades a auditar, deben asegurar el respeto a la independencia, la autonomía e integridad del equipo auditor.

Los servidores públicos formados como auditores internos deberán asegurar:

- La participación en la ejecución de las auditorías asignadas, de acuerdo con el procedimiento de auditoría interna adoptado en la Entidad.
- Disponer del tiempo necesario para ejecutar la auditoría.
- Participar en los ejercicios de actualización que lidere o emprenda la Entidad o realizar de manera personal la actualización en las normas y procedimientos de Auditoría Interna.
- Desarrollar el ejercicio auditor según lo planificado.
- La redacción de los hallazgos de auditoría para la posterior elaboración del informe.

ARTÍCULO 17°- VIGENCIA Y DEROGATORIA: El presente Estatuto empezará a regir a partir de la fecha de su publicación y deroga las normas que le sean contrarias, especialmente la resolución 446 del 4 de diciembre de 2024.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE.

Dada en Aguazul-Casanare, a los

NELSON ENRIQUE CAMACHO CAICEDO
Alcalde Municipal

Aprobó: Angélica Patricia Guerra
Jefe de Oficina- Control Interno.

Revisó: Marisol Molano Cárdenas
Profesional Universitario SGIC Secretaría General

Proyectó: John Freddy Vargas Flórez / Martha Beatriz Sánchez R
Profesionales Contratados