

	PROCEDIMIENTO PLANEACIÓN, NORMALIZACIÓN Y CALIDAD	CÓDIGO PRO-P2-31	PÁGINA 1 DE 18
			VERSIÓN: 34

1. OBJETIVO

Orientar las actividades y acciones que permitan planear y desarrollar la orientación estratégica de la Contraloría General de Santiago de Cali, en adelante CGSC, mediante la asesoría en la formulación de políticas, planes, metodologías, estrategias e indicadores acordes con la necesidad de la entidad, para el cumplimiento de los objetivos estratégicos.

2. ALCANCE

Este procedimiento debe aplicarse en el desarrollo de las actividades propias del proceso “PLANEACIÓN, NORMALIZACIÓN Y CALIDAD” (P2), tendientes al cumplimiento de los requisitos de calidad establecidos en las Normas NTC ISO 9001:2015, el Modelo Integrado de Gestión y Planeación - MIPG y normatividad vigente.

3. DEFINICIONES


Aseguramiento de la Calidad. Parte de la gestión de la calidad orientada a proporcionar confianza en que se cumplirán los requisitos de la calidad.

Contexto de la Organización en la CGSC. Entendido como las cuestiones externas e internas, necesidades y expectativas de las partes interesadas, que son pertinentes para su propósito y su dirección estratégica y que afectan su capacidad para lograr los resultados previstos de su Sistema de Gestión de la Calidad.

La CGSC debe realizar seguimiento y revisión de la información sobre estas cuestiones externas e internas.

La comprensión del contexto estratégico en la CGSC implica un análisis detallado de los factores (externos e internos) que inciden sobre el sector en que se encuentra la entidad “Control Fiscal”, lo que implica un diagnóstico situacional a través de diferentes metodologías como: las cinco Fuerzas de Porter, Perfil de oportunidades y amenazas, Pestel, Perfil de capacidad interna y la matriz DOFA, entre otros; siendo estas herramientas útiles para entender las necesidades de la CGSC y dar cumplimiento a los nuevos requisitos.

Las cuestiones pueden incluir factores positivos y negativos o condiciones para su consideración.

	PROCEDIMIENTO PLANEACIÓN, NORMALIZACIÓN Y CALIDAD	CÓDIGO PRO-P2-31	PÁGINA 2 DE 18
			VERSIÓN: 34

Análisis del Contexto para el Proceso

Factores externos. La comprensión del contexto externo puede verse facilitada al considerar cuestiones que surgen de los entornos legal, tecnológico, competitivo, de mercado, cultural, social y económico, ya sea internacional, nacional, regional o local. Por ejemplo, cambios normativos que incidan en el control fiscal, implementación de nuevas guías, metodologías, modelos, políticas públicas y su correlación con la matriz de riesgos, por cuanto al aparecer un nuevo lineamiento, pueden generarse nuevos riesgos y oportunidades.

Factores internos: La comprensión del contexto interno puede verse facilitada al considerar cuestiones relativas a los valores, la cultura, los conocimientos y el desempeño de la CGSC.


Definición Operacional del Proceso. Establecer requisitos, sistemas de aseguramiento de la calidad, procedimientos, formas y demás aspectos operativos y administrativos a considerar en el funcionamiento de cada una de las operaciones que conforman el proceso que se está normalizando, para que éstas logren niveles de eficiencia y efectividad que contribuyan a alcanzar la misión o función básica del mismo.

Integridad del Sistema de Gestión de la Calidad. Los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad están determinados para satisfacer las necesidades del cliente y mejorar continuamente dicho sistema. Cualquier cambio que se realice necesita asegurar que estos objetivos siguen sucediendo. A manera de ejemplo es necesario preguntarse si las entradas cambian debido a un nuevo proceso o no; de igual forma al momento de la implementación de procesos se verificará que no haya factores que afecten el cumplimiento de los requisitos del cliente.

Normalización. Proceso participativo, sistemático y continuo a través del cual se llega a un consenso sobre los aspectos que deberán definirse y ponerse en práctica para que un proceso administrativo u operativo, obtenga y mantenga la capacidad de generar productos que satisfagan las necesidades y expectativas de sus clientes y partes interesadas, haciendo un aprovechamiento óptimo de los recursos asignados.

Proceso. Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, que utilizan las entradas para proporcionar un resultado previsto.

Parte Interesada: Se extiende más allá del enfoque únicamente al cliente. La norma ISO 9001:2015 lo define como persona u organización que puede afectar, verse afectada o percibirse como afectada por una decisión o actividad de la entidad.

	PROCEDIMIENTO PLANEACIÓN, NORMALIZACIÓN Y CALIDAD	CÓDIGO PRO-P2-31	PÁGINA 3 DE 18
			VERSIÓN: 34

Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas: Debido a su efecto potencial en la capacidad de la CGSC, la entidad debe determinar: a) las partes interesadas que son pertinentes al Sistema de Gestión de la Calidad. b) los requisitos pertinentes de estas partes interesadas para el Sistema de Gestión de la Calidad.

La CGSC debe realizar el seguimiento y revisión de la información sobre estas partes interesadas y sus requisitos pertinentes.

Capacidad: Capacidad de la CGSC de proporcionar regularmente productos y servicios que satisfagan los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables.

Influencia: Capacidad de la Parte Interesada para afectar los productos y/o servicios de la entidad.

Planificación de cambios. Estrategia que determina la necesidad de cambios en el Sistema de Gestión de la Calidad, los cuales deben ejecutarse de manera planificada y controlada teniendo en cuenta: a) el propósito de los cambios y sus consecuencias potenciales; b). la integridad del sistema de gestión de la calidad; c). la disponibilidad de recursos; d). la asignación o reasignación de responsabilidades y autoridades.


Planificación de la calidad. Parte de la gestión de la calidad orientada a establecer los objetivos de la calidad y a la especificación de los procesos operativos necesarios y de los recursos relacionados para lograr los objetivos de la calidad.

Cuando la CGSC determine que existe una necesidad de actualizar el Sistema de Gestión de la Calidad, se deberá realizar de forma controlada. Todos los cambios se planificarán y después se ratificarán o dejarán en firme. Se evaluará la integridad del Sistema de Gestión de la Calidad ya que podría verse comprometida al realizar el cambio.

La CGSC considerará si existen suficientes recursos disponibles para realizar el cambio; si existen cambios en los responsables o los niveles de autoridad; y son necesarios para impulsar el cambio. Estos cambios en el Sistema de Gestión de la Calidad, obedecerán a la mejora continua, siendo necesario sujetarse a un método para gestionar los cambios a fin de garantizar la integridad del sistema de gestión, para lo cual se aplicarán los pasos que se desarrollarán para este caso en este procedimiento.

4. CONDICIONES GENERALES

Se requiere que el personal involucrado, conozca sus responsabilidades respecto al desarrollo de cada una de las actividades a ejecutar relacionadas en el formato Cronograma de actividades código CRO-P2-87.

	PROCEDIMIENTO PLANEACIÓN, NORMALIZACIÓN Y CALIDAD	CÓDIGO PRO-P2-31	PÁGINA 4 DE 18
			VERSIÓN: 34

5. RESPONSABILIDADES

La responsabilidad de la aplicación y desarrollo de las actividades del procedimiento, está a cargo del Jefe de la Oficina Asesora de Planeación, Normalización y Calidad, en adelante OAPNC.


Los cargos involucrados en el proceso y responsables de cada actividad son los funcionarios asignados al área.

6. FORMATOS

Formato	Nombre
LIS-P2-18	Listado Maestro de Documentos de Origen Interno
LIS-P2-43	Listado Maestro de Registros
CRO-P2-87	Cronograma de actividades
FOR-P2-88	Encuesta Evaluación Satisfacción Cliente Interno
FOR-P2-92	Mapa de procesos
FOR-P2-93	Matriz de Correspondencia de Procesos vs Requisitos de la Norma ISO 9001:2015
FOR-P2-110	Formato Mapa y Plan de Tratamiento de Riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital
MET-P2-112	Metodología para la Evaluación Satisfacción Cliente Interno
MET-P2-117	Metodología Encuesta Satisfacción Cliente Externo
FOR-P2-113	Solicitud de Ajuste al PVCFT
FOR-P2-189	Formato Planificación de Cambios del SGC
FOR-P2-190	Formato Necesidades y Expectativas de las Partes Interesadas
FOR-P2-245	Formato Documentación Procedimientos
FOR-P2-157	Formato seguimiento actividades de control mapa de riesgos
FOR-P2-158	Formato registro de materialización de riesgos
FOR-P2-62	Formato evaluación de auditores de calidad

7. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

Las siguientes son las actividades, los cargos y/o responsables que ejecutan cada una de ellas en el proceso:

	PROCEDIMIENTO PLANEACIÓN, NORMALIZACIÓN Y CALIDAD	CÓDIGO PRO-P2-31	PÁGINA 5 DE 18
			VERSIÓN: 34

7.1 FORMULAR, CONSOLIDAR, DIFUNDIR Y MANTENER, POLÍTICAS, OBJETIVOS, ESTRATEGIAS Y PLANES

Responsable	Actividad	Acción	Término	Puntos de Control
Jefe OAPNC	7.1.1. Lineamientos formulación	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Recibir de la alta dirección los lineamientos para formular las políticas, objetivos, estrategias y planes que regirán en el periodo del Contralor. ✓ Designar al equipo que realizará el documento y coordinar con éste la metodología para formularlas. <p>Registro. Designación equipo.</p>	Periódico	
Equipo asignado	7.1.2. Formular documento(s)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Elaborar el (los) documento(s), determinando la coherencia de los planes con las políticas y lineamientos estratégicos, que los mismos contengan tanto los proyectos formulados como aquellos ejecutados extraordinariamente; ✓ Revisar su redacción y requisitos de presentación. <p>Nota: En lo correspondiente a los planes del Decreto 612 de 2018, la OAPNC tendrá a su cargo para su elaboración el plan anticorrupción y de atención al ciudadano,; los planes restantes elaborados por los procesos responsables, serán objeto de revisión por esta oficina asesora, verificando que cumplan con las acciones de esta actividad.</p> <p>Registro. Documentos elaborados.</p>	Periódico	
Jefe OAPNC	7.1.3. Aprobación documento(s)	<p>Presentar al Comité Directivo el (los) documento(s) sobre la formulación de las políticas, el Plan Estratégico, el Plan de Acción y Planes del decreto 612 de 2018, para su aprobación.</p> <p>Registro. Acta de Comité Directivo.</p>	1 día	Verificar que los documentos estén acorde a los lineamientos
Servidor Público asignado	7.1.4. Ajustes	<p>Realizar los ajustes y correcciones propuestas por el Comité Directivo. a los documentos propios de OAPNC</p> <p>Registro. Documento ajustado y corregido acorde a propuesta del</p>	5 días	Verificar que los ajustes se realizan conforme

Responsable	Actividad	Acción	Término	Puntos de Control
	documento(s)	Comité Directivo		propuestas
Jefe OAPNC	7.1.5. Divulgación y publicación documento(s).	<p>Divulgar y publicar, por correo electrónico institucional y en la página WEB, los documentos aprobados por el Comité Directivo.</p> <p>Nota: los documentos a publicar por los procesos responsables de su elaboración, se relacionan a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan estratégico (Ley 1474 de 2011 art. 129), dentro de los 3 primeros meses, contados a partir de la posesión del Contralor. • Plan de acción (Ley 1474 de 2011), a más tardar el 31 enero de cada vigencia. • Plan Anual de Adquisiciones, que debe ser aprobado a más tardar el 31 de enero de cada vigencia. • Doce (12) planes del Decreto 612 de 2018, incluido el Plan anticorrupción y de atención al ciudadano, a más tardar el 31 enero de cada vigencia, <p>Registro. Correo electrónico institucional de Socialización. Publicación en página web,</p>	Fecha extrema de Ley	

7.2 AJUSTES A PLANES

Responsable	Actividad	Acción	Término	Puntos de Control
Jefe OAPNC	7.2.1. Recepción solicitudes	<p>Recibir vía docunet y/o correo electrónico, solicitudes de ajustes a los Planes de de la CGSC.</p> <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acompañar a la solicitud de ajuste al PVCFT y al Plan de Acción: <ul style="list-style-type: none"> ○ Formato denominado Solicitud de Ajuste al PVCFT y/o Plan de Acción, código FOR-P2-113, diligenciado. ○ Archivo en Excel del PVCFT o del PAIM con la información de las actuaciones ajustadas o adicionadas. 	Según Circulares de Lineamientos para la Elaboración de los Planes	

Responsable	Actividad	Acción	Término	Puntos de Control
		<ul style="list-style-type: none"> ○ Cuando se ajuste indicador del Plan de Acción, diligenciar el Formato denominado Solicitud de cambio del indicador, código FOR-P2-86. <p>Registro. Correo electrónico de solicitud</p>		
Funcionarios del área Jefe OAPNC	7.2.2. Revisión, análisis y validación solicitudes ajustes a los Planes	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Revisar y analizar las solicitudes de ajuste. ✓ Validar las solicitudes analizadas, para su presentación al Comité Directivo. <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para la revisión y validación de ajustes al PVCFT, diligenciar el Formato Acta de Reunión, Código FOR-P2-209, con análisis. • Informar los ajustes o modificaciones validados al Comité de Coordinación y Seguimiento de la OAPNC, consignando en el acta respectiva. • Cuando se requiera explicación del proceso correspondiente para validar el ajuste, realizar la actividad 3. “Sustentación y validación ajustes documento”; de lo contrario, pasar a la actividad 4. “Presentación al Comité Directivo”. <p>Registro. Acta de Reunión, Código FOR-P2-209.</p>	5 días	
Jefe OAPNC, Funcionarios de la OAPNC	7.2.3. Sustentación y validación ajustes a Planes	<p>Solicitar a los responsables del proceso en mesa de trabajo o vía Docunet o correo electrónico institucional, cuando se requiera, sustentación de los ajustes requeridos a los Planes, para que realicen las precisiones sugeridas por la OAPNC, si hay lugar a ello, antes de su validación y presentación ante el Comité Directivo.</p> <p>Registro. Docunet y/o correo electrónico institucional de remisión.</p>	2 días	
Jefe OAPNC	7.2.4.	<p>Presentar los Planes validados ante el Comité Directivo para su aprobación, previa sustentación de los ajustes requeridos por los representantes de los procesos responsables correspondientes.</p>	1 día	Revisar documento antes de presentarlo al

Responsable	Actividad	Acción	Término	Puntos de Control
	Presentación al Comité Directivo	Registro. Acta de Comité Directivo.		Comité
Funcionario del Área	7.2.5. Ajustes a los Planes	Realizar a los Planes los ajustes y correcciones pertinentes, aprobado(s) en Comité Directivo. Registro. Documento(s) ajustado(s) y corregido(s) por el Comité Directivo.	3 días	
Jefe OAPNC	7.2.6. Remisión Planes	Remitir vía docunet y/o correo electrónico los Planes ajustado(s) a los procesos y/ o áreas involucrados y a la Oficina Asesora de Informática para su divulgación en la página web de la CGSC y en el aplicativo MECI Calidad. Registro. Correo electrónico institucional de remisión	1 día	

7.3 IMPLEMENTAR Y ASESORAR EN NORMAS Y METODOLOGÍAS EXPEDIDAS PARA EL NORMAL FUNCIONAMIENTO DE LA ENTIDAD.


Responsable	Actividad	Acción	Término	Puntos de Control
Jefe OAPNC	7.3.1. Análisis de normas de control fiscal	Analizar periódicamente normas de control fiscal y determinar su adaptación en el ámbito de la CGSC. Registro. Correo electrónico institucional de remisión	Periódicamente	
Servidor Público asignado	7.3.2. Elaboración	Elaborar el documento que contiene la norma y metodología, debidamente ajustado. Registro. Documento debidamente ajustado. y cronograma que se	5 días	

Responsable	Actividad	Acción	Término	Puntos de Control
	documento	establezca en la instrucción.		
Comité de Coordinación y Seguimiento	7.3.3. Validación	Revisar y validar el documento adaptado. Registro. Documento validado.	De acuerdo al cronograma establecido para los Comités de Coordinación y Seguimiento	Documento adaptado debidamente validado
Jefe OAPNC	7.3.4. Remisión documento	Enviar vía docunet y/o correo electrónico el documento o metodología adaptada, cuando se requiera, a las áreas involucradas para su revisión y ajustes. Registro. Docunet y/o correo electrónico.	De acuerdo al cronograma 7 días	
Servidor Público asignados	7.3.5 Ajustes y correcciones	Realizar los ajustes y correcciones propuestas. Registro. Documento ajustado.	De acuerdo al cronograma 7 días	
Jefe OAPNC	7.3.6. Remisión documento	Remitir al Contralor, cuando se estime conveniente, el documento diseñado para su conocimiento y en caso de requerirse emitirse a través de acto administrativo. Registro. Docunet y/o correo electrónico institucional de remisión	7 días	

7.4 CONSOLIDAR INFORMES

Responsable	Actividad	Acción	Término	Puntos de Control
Jefe OAPNC	7.4.1.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Recibir vía docunet y/o correo electrónico los diferentes informes que producen los procesos de la CGSC. ✓ Verificar el cumplimiento de los cronogramas de entrega y 	Ver lineamientos generados para cada informe;	

Responsable	Actividad	Acción	Término	Puntos de Control
	Recepción de información	aplicación de metodologías, procedimientos establecidos por la OAPNC, conforme a la normatividad vigente aplicable. Registro. Docunet y/o correo electrónico institucional de remisión.	A falta de estos, 5 días	
Funcionarios del Área	7.4.2. Análisis de información	Verificar que los informes cumplan los requisitos de forma, contenido y término de presentación. Registro. Docunet y/o correo electrónico institucional de remisión	Ver lineamientos generados para cada informe; A falta de estos, 10 días	Verificación del análisis acorde a los criterios y requisitos
Jefe OAPNC	7.4.3. Remisión documento	Devolver vía docunet y/o correo electrónico el documento a aquellas áreas que no dieron cumplimiento a los requisitos establecidos para su ajuste. Registro. Docunet y/o correo electrónico institucional de remisión	Ver lineamientos generados para cada informe; A falta de estos, 2 días	
Jefe OAPNC	7.4.4. Recepción de información	✓ Recibir docunet y/o correo electrónico con los ajustes requeridos; ✓ Proceder a la consolidación del documento final. Registro. Docunet y/o correo electrónico institucional	Ver lineamientos generados para cada informe; A falta de estos, 3 días	
Jefe OAPNC	7.4.5. Presentación documento	Presentar el documento al Contralor o Comité correspondiente, para su revisión y aprobación. Registro. Oficio, correo electrónico o Docunet institucional, Acta de Comité.	Ver lineamientos generados para cada informe; A falta de estos, 1 día	
Jefe OAPNC	7.4.6. Ajustes documento	Realizar los ajustes al documento, autorizados por el Contralor o aprobados por el Comité correspondiente. Registro. Documento ajustado.	Ver lineamientos generados para cada informe; A falta de estos, 5 días	

	PROCEDIMIENTO PLANEACIÓN, NORMALIZACIÓN Y CALIDAD	CÓDIGO PRO-P2-31	PÁGINA 11 DE 18
			VERSIÓN: 34

Responsable	Actividad	Acción	Término	Puntos de Control
Jefe OAPNC	7.4.7. Remisión documento	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Emitir el documento final suscrito por los jefes o representantes de los procesos responsables. ✓ Remitir a las áreas y/o partes interesadas. Registro. Docunet y/o correo electrónico institucional de remisión.	Ver lineamientos generados para cada informe; A falta de estos, 1 días	

7.5 MANTENER EL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN - MIPG

Responsable	Actividad	Acción	Término	Puntos de Control
Jefe OAPNC	7.5.1. Mantener MIPG	Mantener la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG y la norma NTC ISO 9001:2015 Registro. Docunet y/o correo electrónico institucional	Cuando se requiera	
Jefe OAPNC	7.5.2. Orientación y asesoría	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Orientar y asesorar al Equipo Operativo MIPG cada vez que se requiera, para fortalecer la implementación de las políticas de MIPG. ✓ Orientar y asesorar a los responsables de la implementación de las políticas de MIPG. Registro. Formato de actividades debidamente diligenciado.	1 día	


7.6. IDENTIFICAR, DISEÑAR, AJUSTAR Y NORMALIZAR LOS PROCESOS, PROCEDIMIENTOS, FORMATOS E INSTRUCTIVOS NECESARIOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.

Responsable	Actividad	Acción	Término	Puntos de Control
Jefe OAPNC	7.6.1.	Recibir las solicitudes de ajustes, creación y eliminación del (de los) documento(s) del sistema de gestión de la calidad, vía docunet, los primeros diez (10) días de cada mes.	7 días	

Responsable	Actividad	Acción	Término	Puntos de Control
	Recepción de información	<p>Nota: El los documento(s) objeto de ajuste debe(n) ser identificado(s) haciendo uso del control de cambios, de la siguiente forma: En color rojo lo que se elimina, en color azul lo que se incluye y en color negro lo que se mantiene.</p> <p>Registro. Docunet y/o correo electrónico institucional de remisión</p>		
Funcionarios de la OAPNC	7.6.2. Revisión, análisis y validación solicitudes	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Revisar y analizar los ajustes del (de los) documento(s) del SGC de los procesos ✓ Estudiar y proceder a la identificación y diseño de nuevos documentos del SGC. ✓ Validar en Comité de Coordinación y Seguimiento del área, del (de los) documento(s) analizado(s), para que proceda su presentación al Comité de Gestión y Desempeño. <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando se requiera explicación del proceso correspondiente para validar el ajuste o creación de un determinado documento, realizar la actividad 7.6.3. "Sustentación y validación ajustes documento"; de lo contrario, pasar a la actividad 7.6.4. "Citación Comité Institucional de Gestión y Desempeño". <p>Registros. Acta Comité de Coordinación y Seguimiento de OAPNC para revisión, análisis y validación de los ajustes o modificaciones al (los) documento(s) del SGC existente(s) o como el estudio de los nuevos propuestos con su identificación y diseño.</p>	3 días	Verificar revisión y análisis de acuerdo a requisitos MIPG
Jefe OAPNC, Funcionarios de la OAPNC	7.6.3. Sustentación y validación ajustes documento(s)	Solicitar a los responsables del proceso en mesa de trabajo o vía Docunet o correo electrónico institucional, cuando se requiera, sustentación de los ajustes requeridos al (los) documento(s), para que realicen las precisiones sugeridas por la OAPNC, si hay lugar a ello, antes de su validación y presentación ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño.	3 días	

Responsable	Actividad	Acción	Término	Puntos de Control
		Registro. Docunet y/o correo electrónico institucional de remisión.		
Jefe OAPNC	7.6.4. Citación Comité Institucional de Gestión y Desempeño	<p>Citar al Comité Institucional de Gestión y Desempeño vía Docunet o correo electrónico institucional, con tres (3) días de antelación a su celebración, para que se reúna con el fin de aprobar de las solicitudes de ajuste, creación y eliminación del (de los) documento(s) del sistema.</p> <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adjuntar a la Citación: <ul style="list-style-type: none"> ○ Acta de Comité anterior para su lectura; ○ Documentos aportados por los procesos para su lectura; los que correspondan a solicitudes de ajuste deben contener el control de cambios (en color rojo lo que se elimina, en color azul lo que se incluye y en color negro lo que se mantiene). • El Comité Institucional de Gestión y Desempeño se reunirá dentro de los últimos cinco (5) días de cada mes, y de manera excepcional cualquier otro día, cuando se requiera, recortando los términos señalados en las actividades 1. a la 3. Inclusive, siempre y cuando se cumpla con las acciones en estas contenidas. <p>Registro. Citación vía Docunet o correo electrónico institucional.</p>	1 día	
Jefe OAPNC	7.6.5. Aprobación documento(s)	<p>Presentar el (los) documento(s) al Comité Institucional de Gestión y Desempeño para su aprobación.</p> <p>Registro. Acta de Comité</p>	1 día	
Jefe OAPNC	7.6.6. Documento final	<p>Expedir el (los) documento(s) final(es) con los ajustes aprobados por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño.</p> <p>Registro. Documento(s) final(es) aprobado(s).</p>	3 días	

Responsable	Actividad	Acción	Término	Puntos de Control
Jefe OAPNC y Profesional asignado	7.6.7. Actualización listado maestro	<p>Actualizar en el formato “listado maestro de documentos de origen interno” código LIS-P2-18, y en el formato “listado maestro de registros” código LIS-P2-43, los ajustes y las nuevas versiones de el (los) documento(s) del SGC.</p> <p>Registro. Listados maestros actualizados.</p>	1 día	Verificar la actualización del listado maestro de documentos de origen interno
Jefe OAPNC	7.6.8. Remisión documento(s)	<p>✓ Remitir el (los) documento(s) actualizado(s) del Sistema de Gestión de la Calidad, a la Secretaría General de la CGSC.</p> <p>✓ Cumplir con las obligaciones del esquema de publicación, subiendo a la página Web de la CGSC, los procedimientos modificados o nuevos con la nota de copia controlada, archivo copiado del sistema MECI Calidad, o bajar los que se eliminan del Sistema de Gestión de la Calidad.</p> <p>Nota: Conforme al Procedimiento Control de Registros, Código PRO-P9-14, la Secretaría General de la CGSC, una vez recibido(s) los (los) documento(s) actualizado(s), procederá a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • identificarlo(s) con el sello “Copia Controlada”, • divulgarlo(s) y socializarlo(s) a los procesos interesados. • enviarlo(s) a la Oficina de Informática para que sea(n) subido(s) al sistema MECI Calidad. • guardarlo(s) en el archivo de la Secretaria General, los originales obsoletos del Sistema Gestión de Calidad, para conservar su historia durante un término de dos (2) años, en cumplimiento del Procedimiento Control de Registros, Código PRO-P9-14. <p>Registro. Docunet y/o correo electrónico institucional de remisión.</p>	3 días	


	PROCEDIMIENTO PLANEACIÓN, NORMALIZACIÓN Y CALIDAD	CÓDIGO PRO-P2-31	PÁGINA 15 DE 18
			VERSIÓN: 34

7.7. RENDICION DE CUENTAS A LA AUDITORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA

Responsable	Actividad	Acción	Término	Puntos de Control
Jefe OAPNC	7.7.1. Consolidación de información	Consolidar y presentar informes de rendición de la cuenta a la Auditoría General de la República Registro. Formatos de rendición de la cuenta subidos al aplicativo SIREL.	Ver lineamientos AGR	Verificar en el SIREL la rendición de los formatos

7.8. SEGUIMIENTO ACTIVIDADES DE CONTROL MAPA DE RIESGOS Y MATERIALIZACIÓN DE RIESGOS

Responsable	Actividad	Acción	Término	Puntos de Control
Responsables de Procesos	7.8.1. Envío del registro de materialización de riesgos	Enviar los formatos de registro de materialización de riesgos y materialización de riesgos, diligenciados mes vencido. Registros. Formato seguimiento actividades de control mapa de riesgos, código FOR-P2-157 y formato registro de materialización de riesgos, código FOR-P2-158.	Primeros cinco (5) días hábiles de cada mes	
Jefe OAPNC	7.8.2. Consolidar informe	Consolidar los registros de materialización de riesgos reportados por los procesos, cuatrimestre vencido. Registros. Formato seguimiento actividades de control mapa de riesgos, código FOR-P2-157, formato registro de materialización de riesgos, código FOR-P2-158, Informes.	Primeros diez (10) días hábiles de cada cuatrimestre	

	PROCEDIMIENTO PLANEACIÓN, NORMALIZACIÓN Y CALIDAD	CÓDIGO PRO-P2-31	PÁGINA 16 DE 18
			VERSIÓN: 34

7.9. AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD

7.9.1. PLANEACIÓN

Responsable	Actividad	Acción	Término	Puntos de Control
Equipo OAPNC	7.9.1.1. Establecimiento de los objetivos del programa de auditoria	Acordar con la Oficina de Auditoría y Control Interno, para el establecimiento y gestión del Plan Anual de Auditorías Internas, las fechas de realización de la Auditoría de Calidad Ver Norma GTC ISO 19011:2018 Numeral 5.2 Registro: Programa de Auditoria	Lineamientos Resolución	
Equipo OAPNC	7.9.1.2. Evaluación de competencias y solicitud de asignación de competencias auditores	Evaluar la competencia de los auditores de calidad, seleccionando el Equipo de Auditoría; y solicitar a la Dirección Administrativa y Financiera la asignación de competencias pro-tempore para el equipo seleccionado		

7.9.2. EJECUCIÓN E INFORME

Responsable	Actividad	Acción	Término	Puntos de Control
Equipo OAPNC, Comisión de auditoria	7.9.2.1. Inicio de la auditoria	Iniciar las actividades inherentes al proceso de auditoria Ver Norma GTC ISO 19011:2018 Numeral 6.2	Lineamientos Resolución	

Responsable	Actividad	Acción	Término	Puntos de Control
Equipo OAPNC	7.9.2.2. Determinación y evaluación de los riesgos del programa de auditoría	Formular el Plan de la Auditoría Interna: Objetivo, alcance, criterios, responsables, cronograma y observaciones. Ver Norma GTC ISO 19011:2018 Numeral 5.3 Registro: Plan de Auditoría de Calidad	Lineamientos Resolución	
Comisión de auditoría	7.9.2.3. Preparación de las actividades de auditoría	Realizar revisión de la documentación previa pertinente al sistema de gestión de la calidad, con la finalidad de comprender las operaciones del auditado y preparar las actividades de auditoría y los documentos de trabajo aplicables comunicándoselos al Equipo de Auditoría Ver Norma GTC ISO 19011:2018 Numeral 6.3	Lineamientos Resolución	
Comisión de auditoría	7.9.2.4. Realización de las actividades de auditoría	Llevar a cabo las actividades correspondientes a la aplicación de las listas de chequeo en cada uno de los procesos de la entidad. Registro: Listas de Chequeo, Programa de Auditoría	Lineamientos Resolución	
Comisión de auditoría	7.9.2.5. Preparación, distribución del informe de auditoría y finalización de auditoría	Informar las conclusiones de la auditoría de acuerdo con el Plan de Auditoría auditoría a los procesos auditados. Ver Norma GTC ISO 19011:2018 Numeral 6.5 Registro reunión de cierre, correo electrónico envió informe a los responsables del proceso	Lineamientos Resolución	

Responsable	Actividad	Acción	Término	Puntos de Control
Equipo OAPNC, Comisión de auditoria	7.9.2.6. Realización de las actividades de seguimiento de la auditoria	Realizar actividades correspondientes al seguimiento, teniendo en cuenta necesidades de correcciones o de acciones correctivas y aspectos por mejorar. Las acciones son decididas y desarrolladas por el auditado en un intervalo de tiempo. Nota: la verificación del cumplimiento de las acciones podrá ser parte de una auditoria posterior.	Lineamientos Resolución	

APROBADO POR: JEFE OFICINA ASESORA PLANEACIÓN, NORMALIZACIÓN Y CALIDAD (P2)	APROBADO POR: JEFE OFICINA ASESORA PLANEACIÓN, NORMALIZACIÓN Y CALIDAD (P2)	FECHA IMPLEMENTACIÓN NOVIEMBRE 23 DE 2022
--	--	---