
CONTRALORÍA DE BOGOTÁ

**Resolución Reglamentaria
Número 034**

(Noviembre 21 de 2017)

**“Por medio de la cual se adoptan
procedimientos del Proceso Evaluación y Mejora
y se dictan otras disposiciones”**

EL CONTRALOR DE BOGOTÁ D.C.

En ejercicio de sus atribuciones constitucionales y legales y en especial las conferidas en el Acuerdo 658 de 2016, modificado parcialmente por el Acuerdo 664 de 2017, expedidos por el Concejo de Bogotá D.C. y

CONSIDERANDO:

Que de conformidad con los literales b) y l) del artículo 4 de la Ley 87 de 1993 “Por la cual se establecen normas para el ejercicio de control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones”, se deben implementar como elementos del sistema de control interno institucional la definición de políticas como guías de acción y procedimientos para la ejecución de procesos, así como, la simplificación y actualización de normas y procedimientos.

Que el Modelo Estándar de Control Interno – MECI, fue actualizado en la Contraloría de Bogotá D.C., mediante la Resolución Reglamentaria 034 de noviembre 5 de 2014, en cuyo módulo de control de evaluación y seguimiento incorpora como componentes la Auditoría Interna y los Planes de Mejoramiento, como aspectos que permiten valorar en forma permanente la efectividad del Control Interno en la entidad; la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos, entre otros; con el propósito de detectar desviaciones, establecer tendencias y generar recomendaciones para orientar las acciones de mejoramiento de la Organización.

Que el Decreto 648 del 19 de abril de 2017 modificatorio del Decreto 1083 de 2015, en su Artículo 2.2.21.5.3, establece: “De las oficinas de control interno. Las Unidades u Oficinas de Control Interno o quien haga sus veces desarrollarán su labor a través de los siguientes roles: liderazgo estratégico; enfoque hacia la prevención, evaluación de la gestión del riesgo, evaluación y seguimiento, relación con entes externos de control...”

Que a su vez el artículo 2.2.21.4.8 ibídem preceptúa los instrumentos para la actividad de la Auditoría Interna. Las entidades que hacen parte del ámbito de aplicación del presente decreto, deberán, de acuerdo con los lineamientos y modelos que para el efecto establezca el Departamento Administrativo de la Función Pública, adoptar y aplicar como mínimo los siguientes instrumentos: a). Código de Ética del auditor Interno; b). carta de representación; c). Estatuto de Auditoría y d) Plan de Auditoría.

Que mediante memorando No. 3-2017-16522 de junio 27 de 2017, la Alta Dirección comunicó la actualización de la estructura del Mapa de Procesos a la Entidad y estableció la necesidad de ajustar todos los documentos del Sistema Integrado de Gestión a este nuevo esquema.

Que mediante Circular 015 del 30 de octubre 2017, el Contralor de Bogotá determinó que dada la magnitud, complejidad y trámites internos que requiere la modificación de la información documentada del SIG, decidió prorrogar la fecha establecida en el Circular 07 del 12 de junio de 2017, hasta el 31 de diciembre de 2017.

Que mediante Resolución Reglamentaria No. 027 de agosto 25 de 2017, fue adoptada la nueva versión del Procedimiento para Mantener la Información Documentada del Sistema Integrado de Gestión – SIG y con Resolución Reglamentaria 030 del 25 de septiembre de 2017, se adoptó la nueva versión de la Caracterización del Proceso de Evaluación y Mejora Código PEM-01, Versión 8.0.

Que mediante Resolución Reglamentaria No. 029 del 31 de agosto de 2016, se adoptó la nueva versión de los documentos y procedimientos que conforman el Proceso de Evaluación y Control.

Que teniendo en cuenta que la Norma ISO 9001:2015, suprime el término de “acciones preventivas”, se hace necesario modificar el nombre del Procedimiento para Plan de Mejoramiento-Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora por Procedimiento Plan de Mejoramiento.

Que teniendo en cuenta el concepto de mejora y la actualización establecida por la Alta Dirección, es necesario ajustar los procedimientos que hacen parte del proceso de Evaluación y Mejora: Auditoría Interna, Plan de Mejoramiento-Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora, Auditoría Interna al Sistema Integrado de Gestión y Relación con Entes Externos y de Control.

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. Adoptar los siguientes procedimientos del Proceso de Evaluación y Mejora:

No.	Nombre del Procedimiento	Código	Versión
1	Procedimiento para Auditoría Interna.	PEM-02	15.0
2	Procedimiento para Auditoría Interna al Sistema Integrado de Gestión.	PEM-03	14.0

3	Procedimiento Plan de Mejoramiento.	PEM-04	16.0
4	Procedimiento Relación con Entes Externos y de Control.	PEM-05	6.0

ARTÍCULO SEGUNDO. Es responsabilidad de los Directores, Subdirectores, Jefes de Oficinas y Gerentes, velar por la divulgación y cumplimiento de los procedimientos adoptados.

ARTÍCULO TERCERO. La presente Resolución Reglamentaria rige a partir de la fecha de su publicación y deroga la Resolución Reglamentaria No. 029 de 2016.

PUBLÍQUESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C., a los veintiún (21) días del mes de noviembre de dos mil diecisiete (2017)

JUAN CARLOS GRANADOS BECERRA
Contralor de Bogotá D.C

	PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍA INTERNA	Código formato: PGD-02-05 Versión 11.0
		Código documento: PEM-02 Versión 15.0
		Página 1 de 26

Aprobación		Revisión Técnica
Firma:		
Nombre:	BIVIANA DUQUE TORO	GRACE SMITH RODADO YATE
Cargo:	Jefe Oficina	Director Técnico
Dependencia:	Oficina de Control Interno	Dirección de Planeación
R.R. No. 034		Fecha 21 NOVIEMBRE DE 2017

1. OBJETIVO:

Establecer las actividades para realizar las auditorías internas adelantadas por la Oficina de Control Interno, acorde con sus funciones constitucionales y legales, encaminadas a verificar el desempeño de los procesos de la Contraloría de Bogotá, en cumplimiento de las metas y objetivos contemplados en el plan estratégico de la entidad.

2. ALCANCE:

Inicia con la elaboración del Programa Anual Auditorías internas y termina con el archivo de los papeles de acuerdo con lo establecido en las tablas de retención documental (TRD).

3. BASE LEGAL:

TIPO DE NORMA	FECHA	DESCRIPCIÓN
Ley 87	29-nov-1993	Por la cual se establecen normas para el ejercicio de control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones.
Ley 1474	12-jul-2011	Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.
Decreto 2145	04-nov-1999	Por el cual se dictan normas sobre el Sistema Nacional de Control Interno de las Entidades y Organismos de la Administración Pública del Orden Nacional y Territorial y se dictan otras disposiciones.
Decreto 1537	26-jul-2001	Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 87 de 1993, en cuanto a elementos técnicos y administrativos

	PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍA INTERNA	Código formato: PGD-02-05 Versión 11.0
		Código documento: PEM-02 Versión 15.0
		Página 2 de 26

TIPO DE NORMA	FECHA	DESCRIPCIÓN
		que fortalezcan el Sistema de Control Interno de las entidades y organismos del Estado.
Decreto 4485	18-nov-2009	Por medio de la cual se adopta la actualización de la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública.
Decreto 943	21-may-2014	Por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno – MECI.
Decreto 1072	26-may-2015	Por el cual se expide el Decreto Único Reglamentarios del Sector Trabajo, Libro 2, Título 4, Capítulo 6, Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.
Decreto 1083	26-may-2015	Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública
Decreto 648	19-abr-2017	Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública.
Decreto 1499	11-sep-2017	Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015.
Acuerdo 658	21-dic-2016	Por el cual se dictan normas sobre organización y funcionamiento de la Contraloría de Bogotá, D.C., se modifica su estructura orgánica e interna, se fijan las funciones de sus dependencias, se modifica la planta de personal y se dictan otras disposiciones
Acuerdo 664	28-mar-2017	Por el cual se modifica parcialmente el acuerdo 658 de 21/12/2016”. Por el cual se dictan normas sobre organización y funcionamiento de la Contraloría de Bogotá, D.C., se modifica su estructura orgánica e interna, se fijan las funciones de sus dependencias, se modifica la planta de personal y se dictan otras disposiciones.
NTC ISO 19011:2011	15-nov-2011	Directrices para la Auditoria de Sistemas de Gestión.
Norma NTC-ISO 9001:2015	23-sep-2015	Norma Internacional - Requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad.
Norma NTC-ISO 14001:2015	23-sep-2015	Norma Internacional - Requisitos del Sistema de Gestión de Gestión Ambiental.

	PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍA INTERNA	Código formato: PGD-02-05 Versión 11.0
		Código documento: PEM-02 Versión 15.0
		Página 3 de 26

TIPO DE NORMA	FECHA	DESCRIPCIÓN
Norma NTC - ISO 9000:2015	15-oct-2015	Norma Internacional, Sistema de Gestión de la Calidad – Fundamentos y Vocabulario.

4. DEFINICIONES:

ALCANCE DE LA AUDITORÍA: extensión y límites de una auditoría. Refiere a las áreas, actividades, procedimientos, componentes, programas o proyectos a ser revisados en la fase de ejecución. El alcance de la auditoría incluye generalmente una descripción de las ubicaciones, las unidades de la organización, las actividades y los procesos, así como el período de tiempo cubierto¹.

ALTA DIRECCIÓN: persona o grupo de personas que dirigen y controlan al más alto nivel una entidad. Para la Contraloría de Bogotá se asimila a los integrantes del Comité Directivo.

AUDITADO: organización, proceso o dependencia que es auditada.

AUDITOR: persona capacitada con las competencias y habilidades requeridas que se designa para revisar, examinar y evaluar los resultados de la gestión de un proceso.

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

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

AUDITORIA INTERNA: actividad de evaluación objetiva e independiente destinada a la revisión de las políticas, programas, planes, procesos, procedimientos, sistemas y controles establecidos, de la Entidad, con el propósito de asesorar y efectuar recomendaciones a la alta dirección para el fortalecimiento de la gestión.

AUDITORÍA ESPECIAL: auditoría eventual, efectuada por requerimiento de la Oficina de Control Interno o por solicitud de la alta dirección, desarrollada con las actividades propias de una auditoría: planeación, ejecución, informe, seguimiento y verificación de acciones.

CARTA DE REPRESENTACIÓN: mediante la cual se establece la veracidad, calidad y oportunidad de la entrega de la información presentada a las Oficinas de Control Interno.

CÓDIGO DE ÉTICA DEL AUDITOR INTERNO: se tendrá como bases fundamentales, la integridad, objetividad, confidencialidad, conflictos de interés y competencia de éste.

¹ ISO 19011:2011 numeral 3.14 Alcance de auditoría

	PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍA INTERNA	Código formato: PGD-02-05 Versión 11.0
		Código documento: PEM-02 Versión 15.0
		Página 4 de 26

CRITERIOS DE AUDITORÍA: comprende la norma con la cual el auditor mide la condición. Es también la meta que la entidad está tratando de alcanzar o representa la unidad de medida que permite la evaluación de la condición actual. Igualmente, se denomina criterio a la norma transgredida de carácter legal-operativo o de control que regula el accionar de la entidad examinada.

ESTATUTO DE AUDITORIA INTERNA: mediante el cual se establecen y se comunican las directrices fundamentales que definen el marco dentro del cual se desarrollarán las actividades de la Oficina de Control Interno, según los lineamientos de las normas internacionales de auditoría.

EVALUACIÓN ANUAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO: auditoría realizada con el fin de determinar el grado de desarrollo del Sistema de Control Interno de la Entidad y asegurar que la Gestión Institucional se oriente a la realización de los fines del Estado y se realice con sujeción a los principios de la función administrativa, en concordancia con las metas y objetivos institucionales.

EVIDENCIA DE LA AUDITORÍA: información verificable que obtiene el auditor para soportar el análisis y evaluación de la gestión de una dependencia. La evidencia de auditoría abarca los documentos fuente y los registros que sustentan dicha gestión, así como la información proveniente de otras fuentes.

FASE DE PLANEACIÓN: Inicia en la fecha indicada en el Programa Anual de Auditorías Internas, con la comunicación oficial interna de asignación de la auditoría a los auditores para que inicien la elaboración del Plan de auditoría. Esta fase tiene como objetivo conocer el área (s) y Proceso (s) a auditar, diseñar los papeles de trabajo y estrategias a desarrollar durante la auditoría; esta fase no debe ocupar por más del 20% del tiempo previsto para el desarrollo de la auditoría. Esta Fase incluye la comunicación de la auditoría a los auditados.

FASE DE EJECUCIÓN DE LA AUDITORÍA: comprende el desarrollo del plan de Auditoría mediante la aplicación de diferentes técnicas y pruebas de auditoría, que permite obtener evidencias, evaluar y valorar los hallazgos de auditoría.

FASE DE INFORME Y CIERRE DE AUDITORÍA: en ésta se consolidan los resultados de la evaluación realizada y se comunican al auditado mediante informe preliminar. Con base en los ajustes producto de la respuesta del área o proceso se elabora el informe final. Esta fase incluye las actividades de entrega de todos los documentos para la culminación de la auditoría.

HALLAZGOS DE LA AUDITORÍA: debilidades y/o situaciones en el Sistema de control interno detectadas por el auditor. El hallazgo, abarca hechos y otra información obtenida por el auditor que merece ser comunicado a los servidores públicos del área auditada y/o a otras personas interesadas. Los hallazgos de auditoría deben reunir requisitos mínimos como:

- Tener Importancia relativa que amerite ser comunicado.
- Debe estar soportado en hechos y evidencias precisas.
- Debe ser objetivo (obrar con objetividad, equidad y realismo)

	PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍA INTERNA	Código formato: PGD-02-05 Versión 11.0
		Código documento: PEM-02 Versión 15.0
		Página 5 de 26

- Debe ser convincente para una persona que no ha participado en la auditoría.

INFORME DE AUDITORÍA: documento que consolida los resultados obtenidos del desarrollo de programas de auditoría y cumplimiento de los objetivos, el cual debe ser redactado en forma imparcial, clara, precisa y concisa.

MARCAS DE AUDITORÍA: símbolos de auditoría, los cuales pueden ser numéricos o alfabéticos, con el propósito de facilitar y abreviar la clasificación.

PAPELES DE TRABAJO: conjunto de documentos, y/o planillas elaboradas y/o utilizadas por el auditor en forma manual o medio magnético; diseñados acorde con las circunstancias particulares, que registran, soportan, evidencian e identifican la labor de auditoría realizada y las conclusiones a las que se ha llegado en el desarrollo del trabajo. Sirven para sustentar los hallazgos detectados y como punto de apoyo para verificaciones y futuras auditorías.

PROGRAMA ANUAL DE AUDITORÍAS INTERNAS - PAAI: planificación sistemática de las actividades que se desarrollaran en una vigencia, con el propósito de dar cumplimiento a los roles específicos de la Oficina de Control Interno.

PLAN DE AUDITORÍA: corresponde a un documento de trabajo de la auditoría interna, en el cual el auditor relaciona las actividades a ejecutar. Como mínimo debe contener: objetivo (define lo ambicionado o pretendido en la auditoría), alcance, criterios y cualquier otro documento de referencia para la auditoría, metodología (determina los principios de auditoría a utilizar), tiempo de ejecución (duración de las actividades de auditoría a realizar), auditores, actividades a desarrollar, auditor y supervisión.

PROCESO: conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, que transforman elementos de entrada en resultados.

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

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

REFERENCIACIÓN: identificación alfanumérica colocada en la parte superior de los papeles de trabajo.

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

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN: conjunto de actividades mutuamente relacionadas que tienen por objetivo orientar y fortalecer la gestión, dar dirección, articular y alinear conjuntamente los requisitos de los Subsistemas que lo componen (Gestión de Calidad, Modelo Estándar de Control Interno, Gestión Ambiental, Gestión de Desarrollo Administrativo, entre otros²).

² Guía Nacional para la Simplificación, el Mejoramiento y la Racionalización de Procesos, Procedimientos y Trámites, expedida por el DAFP.

	PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍA INTERNA	Código formato: PGD-02-05 Versión 11.0
		Código documento: PEM-02 Versión 15.0
		Página 6 de 26

5. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	REGISTRO	PUNTOS DE CONTROL / OBSERVACIONES
1	Jefe Oficina, Profesional de la Oficina de Control Interno	Elabora el Programa Anual Auditoría Interna - PAAI de la correspondiente vigencia y lo somete a aprobación del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.	Acta del Comité Institucional de Coordinación Control Interno. Programa Anual de Auditorías Internas – PAAI.	Observación: Ver Anexo 1. “Programa Anual de Auditorías Internas – PAAI” El Programa Anual Auditorías Internas - PAAI debe contener Objetivo General, Alcance, Criterios procesos a auditar, responsable de la gestión del programa de auditoria y fechas. El PAAI, debe procurar que el tiempo programado para efectuar las auditorias sea suficiente y este acorde con el objetivo, alcance y criterios a auditar. Punto de Control: Asegura que se identificaron y evaluaron los riesgos asociados al PAAI.
2	Jefe Oficina de Control Interno	Socializa a los servidores públicos de la Oficina de Control Interno, el Programa Anual de Auditorías Internas - PAAI		Observación: En caso que el Programa Anual de Auditorías Internas requiera ajustes o modificaciones, éstos deben ser analizados, discutidos y aprobados en mesa de trabajo con los funcionarios de la Oficina de Control Interno y dichos cambios deben ser consignados en acta y comunicado a los integrantes del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.
3	Jefe Oficina de Control Interno	Remite el PAAI a la Dirección de Tecnologías de la Información y las comunicaciones para la publicación en la página	Correo Institucional y/o Comunicación Oficial Interna.	Observación: Cada vez que el PAAI se modifique o ajuste, debe ser actualizada su publicación por parte de la Dirección de

	PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍA INTERNA	Código formato: PGD-02-05 Versión 11.0
		Código documento: PEM-02 Versión 15.0
		Página 7 de 26

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	REGISTRO	PUNTOS DE CONTROL / OBSERVACIONES
		WEB.		TICs.
4	Jefe Oficina de Control Interno	Comunica a los Auditores asignados de la Oficina de Control Interno-OCI, la realización de la auditoría.	Comunicación oficial interna.	Observación: De conformidad con el Decreto 648/2017, los auditores de la OCI deben conocer y dar aplicación al Estatuto de Auditoría interna, el cual es aprobado por el Comité institucional de coordinación de Control Interno.
5	Jefe Oficina de Control Interno	Comunica a los auditados la realización de la auditoría y solicita la Carta de Representación al auditado.	Comunicación Oficial Interna. Carta de Representación	Observación: Con la comunicación oficial interna al auditado, se debe solicitar la Carta de Representación Ver anexo 6, en cumplimiento del Decreto 648/2017, Artículo - 2.2.21.4.8. Una vez recibida la Comunicación Oficial Interna, el auditado deberá enviar a la Oficina de Control Interno la Carta de Representación.
6	Profesional de la Oficina de Control Interno	Elabora el Plan de Auditoría de acuerdo con lo establecido en el PAAI y define la metodología, alcance, objetivos y tiempo necesarios para su realización en cada fase de la auditoría. Remite el Plan de Auditoría al Jefe de la Oficina de Control Interno, para revisión y aprobación.		Observación: Ver Anexo 2. "Plan de Auditoría" Para la Evaluación Anual del Sistema de Control Interno se debe aplicar el plan de auditoría a partir de los lineamientos impartidos por los organismos competentes.
7	Jefe Oficina de Control Interno	Aprueba el Plan de Auditoría. Este Plan debe ser aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno	Plan de Auditoría aprobado.	Punto de Control: Verifica el cumplimiento de los lineamientos establecidos en el programa anual de Auditorías Internas.
8	Profesional	Diseña los papeles de		Observación:

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	REGISTRO	PUNTOS DE CONTROL / OBSERVACIONES
	de la Oficina de Control Interno	trabajo, éstos pueden incluir: - listas de verificación, formularios para registrar información, tal como evidencias de apoyo, hallazgos de auditoría y registros de las reuniones.		Los papeles de trabajo sirven de guía para determinar si las prácticas reales concuerdan con los procedimientos y requisitos establecidos, éstos se diligencian durante el desarrollo de la auditoría, en ellos se pueden registrar los hallazgos y conclusiones, obtenidos de las pruebas y verificaciones realizadas.
9	Profesional de la Oficina de Control Interno	Ejecuta el Plan de Auditoría diligenciando los papeles de trabajo en la dependencia asignada.	Papeles de trabajo	Observación: En el desempeño de la auditoría, el actuar del auditor estará enmarcado en los postulados del código de ética del auditor interno. Este documento debe ser aprobado por el Comité institucional de coordinación de Control Interno, bajo los parámetros establecidos en el Decreto 648/2017 Durante el transcurso de la auditoría se deben dar a conocer a los auditados, las situaciones que podrían configurarse como hallazgos, a fin de que sean subsanadas; en los casos en que sea posible, las actuaciones realizadas deben quedar plasmadas en el informe, para evidenciar las falencias corregidas. De requerirse, el auditor puede solicitar copia de documentos y/o registros que soporten los hallazgos evidenciados durante la auditoría.
10	Profesional de la Oficina de Control Interno	Elabora Informe preliminar y lo presenta al Jefe de la Oficina de Control Interno para su revisión y aprobación.		Observación: Ver Anexo 3. “Modelo de informe de auditoría”. Los hallazgos que incluya el informe, deben estar

	PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍA INTERNA	Código formato: PGD-02-05 Versión 11.0
		Código documento: PEM-02 Versión 15.0
		Página 9 de 26

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	REGISTRO	PUNTOS DE CONTROL / OBSERVACIONES
				soportados en evidencias objetivas, debe redactarse libre de ambigüedades y describiendo el incumplimiento de la norma o procedimiento.
11	Jefe Oficina de Control Interno	Revisa, aprueba y remite vía SIGESPRO o por correo institucional, el informe preliminar al auditado y áreas interesadas.	Informe Preliminar	Punto de control: Verifica que el informe se ajuste a lo establecido en el plan de auditoría y que los hallazgos relacionados se encuentren debidamente argumentados. Igualmente, verifica el envío del informe mediante radicado del SIGESPRO o por correo institucional, en caso que existan inconvenientes con los aplicativos.
12	Contralor Auxiliar, Director, Jefe Oficina, Subdirector (Responsable de Proceso) / Profesional	Recibe el Informe Preliminar, realizando o no objeciones al mismo y lo remite a la OCI dentro de los términos establecidos. En caso de no desvirtuar los hallazgos al informe preliminar, el mismo queda como informe final de auditoría.	Comunicación Oficial Interna de la dependencia auditada.	Punto de control: El auditado tiene hasta cinco (5) días hábiles después de recibido el informe preliminar para presentar vía SIGESPRO las objeciones al informe. Observación: Una vez emitido el informe final, no proceden explicaciones.
13	Jefe Oficina, Profesional de la Oficina de Control Interno	Analiza las objeciones presentadas, sustentando cada una de ellas y ajusta el informe de auditoría. En evento de aceptar una o varias de las objeciones, se debe dejar constancia en el numeral correspondiente del informe definitivo.		Punto de control: Verifica que la Comunicación Oficial Interna de respuesta a las objeciones presentadas por el auditado se ajuste a lo requerido y que el informe final se encuentre acorde a lo referenciado en la Comunicación Oficial Interna. Observación La Oficina de Control Interno dispone de hasta tres (3) días hábiles después de recibidas las objeciones, para dar respuestas a las mismas, las cuales se reflejan en el informe final.

	PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍA INTERNA	Código formato: PGD-02-05 Versión 11.0
		Código documento: PEM-02 Versión 15.0
		Página 10 de 26

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	REGISTRO	PUNTOS DE CONTROL / OBSERVACIONES
14	Profesional de la Oficina de Control Interno	Entrega el informe definitivo al Jefe de Oficina de Control Interno, en un término no mayor a tres (3) días hábiles.		
15	Jefe Oficina de Control Interno	Revisa, aprueba el informe definitivo.	Informe final de auditoría	Punto de control: Verifica la coherencia de la respuesta a las objeciones y su incorporación al informe se ajuste a lo establecido en el plan de auditoría.
16	Jefe Oficina de Control Interno	Comunica el Informe Definitivo al auditado y demás dependencias interesadas vía SIGESPRO señalándole la obligación de inclusión de los hallazgos en el Anexo 1 – Plan de Mejoramiento y el deber de remitirlo a la Oficina de Control Interno dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la comunicación del informe.	Comunicación Oficial Interna o Correo Institucional	Observaciones. Se activa el Procedimiento de Plan de Mejoramiento. Anexo No. 1. Las recomendaciones presentadas en el Informe Definitivo, pueden con base en el análisis que La Dependencia o Proceso auditado efectúe, convertirse en Oportunidades de Mejora, a las cuales se les debe definir la (s) acción(es) de mejora respectiva (s). El Análisis y valoración de la respuesta al informe preliminar suministrada por parte del responsable de proceso auditado, debe ser registrada en el Informe Final Remítase al procedimiento del Plan de Mejoramiento.
17	Profesional de la Oficina de Control Interno	Organiza y verifica que los papeles de trabajo resultantes de las auditorías ejecutadas se encuentren referenciados y remite al administrador de archivo.	Papeles de trabajo	Observación: Anexo 4. “Guía Referenciación Papeles de Trabajo” Hará parte de los papeles de trabajo las comunicaciones oficiales internas, dirigidas tanto al equipo auditor como al auditado.

	PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍA INTERNA	Código formato: PGD-02-05 Versión 11.0
		Código documento: PEM-02 Versión 15.0
		Página 11 de 26

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	REGISTRO	PUNTOS DE CONTROL / OBSERVACIONES
				El Diligenciamiento de los papeles de trabajo corresponde una actividad que se realiza en el desarrollo de la Auditoría. Los papeles de trabajo deben estar fechados, referenciados y firmados.
18	Técnico Administrativo de la Oficina de Control Interno	Verifica que los papeles de trabajo estén referenciados y diligenciados de conformidad con los Anexos 4 y 5. Archiva los papeles de acuerdo con lo establecido en las tablas de retención documental (TRD).	Modelo Relación de Papeles de Trabajo.	Observación: Ver Anexo 5. “Modelo Relación de Papeles de Trabajo” Los registros de auditoría correspondientes se entregan al Administrador del Archivo quien debe verificar que se encuentren referenciados y foliados.

	PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍA INTERNA	Código formato: PGD-02-05 Versión 11.0
		Código documento: PEM-02 Versión 15.0
		Página 12 de 26

6. ANEXOS:

ANEXO 1 – Programa Anual de Auditorías Internas – PAAI

		PROGRAMA ANUAL DE AUDITORIAS INTERNAS - PAAI VIGENCIA XXXX				Código formato: PEM-02-01 Versión: 15.0 Código documento: PEM-02 Versión: 15.0 Página x de y		
OBJETIVO GENERAL								
ALCANCE								
RESPONSABLE DE LA GESTIÓN DEL PAAI								
No.	NOMBRE DE LA AUDITORIA	AREA O PROCESO A AUDITAR	PERIODICIDAD	PERIODO DE EJECUCIÓN		TOTAL INFORMES	BASE NORMATIVA O JUSTIFICACIÓN DE LA	OBJETIVO
				INICIO	TERMINACIÓN			
1. EVALUACION Y SEGUIMIENTO								
1.1 AUDITORIAS INTERNAS - DE CUMPLIMIENTO NORMATIVO Y DE GESTION								
1.2 AUDITORIAS INTERNAS ESPECIALES :								
SUB TOTAL ROL DE EVALUACION: TOTAL AUDITORIAS INTERNAS :								
1.3 SEGUIMIENTOS								
SUB TOTAL ROL SEGUIMIENTO :								
SUB TOTAL ROL EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO :								
2. EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DEL RIESGO								
SUB TOTAL ROL ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO :								
3. RELACIÓN CON ENTES EXTERNO DE CONTROL								
SUB TOTAL ROL RELACIÓN ENTES EXTERNOS :								
4. ENFOQUE HACIA LA PREVENCIÓN								
SUB TOTAL ROL ENFOQUE HACIA LA PREVENCIÓN :								
5. LIDERAZGO ESTRATÉGICO								
SUB TOTAL ROL LIDERAZGO ESTRATÉGICO :								
TOTAL DE ACTIVIDADES PAAI 201X :								

Nota: La fecha de Terminación del Periodo de Ejecución, para las Auditorías corresponde a la entrega del Informe Preliminar al responsable del proceso.

JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO

 CONTRALORÍA DE BOGOTÁ, D.C.	PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍA INTERNA	Código formato: PGD-02-05 Versión 11.0
		Código documento: PEM-02 Versión 15.0
		Página 13 de 26

ANEXO 2 - Plan de Auditoría

 CONTRALORÍA DE BOGOTÁ, D.C.	PLAN DE AUDITORÍA	Código formato: PEM-02-02 Versión: 15.0
		Código documento: PEM-02 Versión: 15.0
		Página x de y

PROCESO: _____

RESPONSABLE PROCESO: _____

DEPENDENCIA: _____

NOMBRE DE LA AUDITORIA _____

FECHA DE INICIO: _____ FECHA DE FINALIZACIÓN: _____

VIGENCIA: _____

OBJETIVO: _____

ALCANCE: _____

CRITERIOS _____

METODOLOGÍA: _____

RECURSOS: _____

	PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍA INTERNA	Código formato: PGD-02-05 Versión 11.0
		Código documento: PEM-02 Versión 15.0
		Página 14 de 26

PLAN DE ACTIVIDADES DE AUDITORIA O EVALUACIÓN¹

No. ²	DESCRIPCIÓN ³	FECHA DE INICIO ⁴	FECHA DE FINALIZACIÓN ⁵	PAPEL DE TRABAJO /PT ⁶	OBSERVACIONES ⁷
1	FASE DE PLANEACIÓN				
1.1	Análisis de Información				
1.2	Diseño de Papeles de trabajo				
1.3	Entrega Plan de Auditoria				
2	FASE DE EJECUCIÓN Para cada uno de los procedimientos que hacen parte del proceso a evaluar, describa las actividades claves a verificar.				
2.1	Procedimiento 1				
2.2	Procedimiento 2				
2.2	Procedimiento 3				
3	FASE DE INFORME				
3.1	Elaboración Informe Preliminar				
3.2	Comunicación informe Preliminar				
3.3	Valoración respuesta informe Preliminar				
3.4	Comunicación Informe Final				
4	CIERRE DEL PROCESO AUDITOR				
4.1	Organización y revisión de Papeles de Trabajo				
4.2	Entrega apeles de Trabajo				
ELABORADO POR: (Nombre del Auditor y Cargo)				FIRMA	
APROBADO POR (Nombre y cargo)				FIRMA	

FECHA DE ELABORACIÓN: _____ **FECHA DE APROBACIÓN:** _____

Instructivo:

- Plan de actividades de Auditoria o Evaluación: su propósito es disponer de un esquema de trabajo que le permita al equipo auditor desarrollar sus tareas de manera coherente y lógica, para dar cumplimiento al objetivo(s) de auditoría establecido(s).
- Numeración de las actividades a desarrollar por cada una de las etapas del proceso auditor.
- Puntualice por cada fase de auditoría las actividades a realizar.
- Indique día/mes/año del inicio de cada actividad.
- Indique día/mes/año de la finalización de cada actividad.
- Indique la referenciación del papel de trabajo a emplear. Recuerde que el papel de trabajo este corresponde al documento diseñado para registrar la verificación de las actividades claves, en el cual consta el cumplimiento o no de la actividad a evaluar.
- Indique las situaciones que pueden influir en el desarrollo de la auditoría.

 CONTRALORÍA DE BOGOTÁ, D.C.	PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍA INTERNA	Código formato: PGD-02-05 Versión 11.0
		Código documento: PEM-02 Versión 15.0
		Página 15 de 26

ANEXO 3 - Modelo de Informe de Auditoría

 CONTRALORÍA DE BOGOTÁ, D.C.	INFORME DE AUDITORÍA	Código formato: PEM-02-03 Versión: 15.0
		Código documento: PEM-02 Versión: 15.0
		Página X de Y

OFICINA DE CONTROL INTERNO

(NOMBRE DE LA AUDITORIA)

VIGENCIA O PERIODO AUDITADO

ELABORADO POR:

Nombre(s) funcionario(s)

APROBADO POR:

(Jefe Oficina Control Interno)

Mes, Año

	PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍA INTERNA	Código formato: PGD-02-05 Versión 11.0
		Código documento: PEM-02 Versión 15.0
		Página 16 de 26

	INFORME DE AUDITORÍA	Código formato: PEM-02-03 Versión: 15.0
		Código documento: PEM-02 Versión: 15.0
		Página X de Y

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN
2. OBJETIVO
3. METODOLOGÍA
4. ALCANCE
5. CRITERIOS DE AUDITORIA
6. RESULTADO DE AUDITORÍA
7. FORTALEZAS
8. RECOMENDACIONES
9. OPORTUNIDADES DE MEJORA
10. TABLA HALLAZGOS

TABLA DE HALLAZGOS

PROCESO Y/O DEPENDENCIA	NUMERACIÓN DENTRO DEL INFORME	DESCRIPCIÓN
TOTAL		

	PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍA INTERNA	Código formato: PGD-02-05 Versión 11.0
		Código documento: PEM-02 Versión 15.0
		Página 17 de 26

ANEXO 4 – Guía Referenciación Papeles de Trabajo

	GUÍA REFERENCIACIÓN PAPELES DE TRABAJO	Código formato: PEM-02-04 Versión: 15.0
		Código documento: PEM-02 Versión: 15.0
		Página x de y

El contenido de los papeles de trabajo es un asunto relativo al juicio y criterio profesional del auditor; no hay sentencias disponibles que indiquen lo que se debe incluir en los papeles de trabajo; sin embargo, es esencial que éstos contengan suficiente evidencia del trabajo realizado para sustentar las conclusiones alcanzadas.

Nota: Los papeles de trabajo se pueden registrar en papel, en formato electrónico u otros medios. Los papeles de trabajo preparados en forma electrónica deben someterse a los mismos estándares de preparación, revisión y retención de los papeles de trabajo manuales.

REFERENCIACIÓN

Identificación alfanumérica colocada en la parte superior derecha de los papeles de trabajo. Se asignará de acuerdo con los siguientes criterios:

- La primera letra hace referencia a la fase de la auditoría, para esto, agrupe las fases de la Auditoría, asignando la letra inicial de cada fase, como por ejemplo:

P= Fase de Planeación, E= Fase de Ejecución, I= Fase de informe.

- Las siguientes letras identificarán el proceso al cual pertenece el procedimiento/actividad que se está verificando con el papel de trabajo.

En la fase de Planeación, estas letras corresponderán a P: Plan de Auditoría y C: Comunicación Oficial Interna.

Lo anterior, teniendo en cuenta que se deben incluir como papeles de trabajo el Plan de auditoría, Comunicación Oficial Interna de asignación y cualquier otra comunicación Oficial que surja antes de iniciarse la ejecución de la auditoría.

- Finalmente, se asignará un número consecutivo que corresponderá a la actividad desarrollada en el papel de trabajo.

	PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍA INTERNA	Código formato: PGD-02-05 Versión 11.0
		Código documento: PEM-02 Versión 15.0
		Página 18 de 26

Ejemplo Referenciación del Papel de Trabajo

REFERENCIACIÓN PAPEL DE TRABAJO.	DESCRIPCIÓN.
P-C-1	La anterior Referenciación indica P: Fase de Planeación C. Comunicación Oficial Interna 1.: Asignación de Auditoría
E-GRF/3	La anterior Referenciación indica: E: Corresponde a la fase ejecución de auditoría. GRF: indica el proceso que se está auditando (Gestión de Recursos Físicos). 3. Corresponde al número de papel de trabajo con el desarrollo de las actividades que se está analizando.

Modelo Referenciación Papeles de Trabajo- Fase Ejecución

	CONTRALORIA DE BOGOTÁ D.C. (ESCRIBA AQUÍ EL NOMBRE DE LA AUDITORÍA)	REFERENCIACIÓN PAPEL DE TRABAJO	
Proceso:		Procedimiento/ Actividad:	
Periodo Auditado:		Fecha de diligenciamiento:	
Auditado:	Elaboró :	Firma:	
Hoja x de y			
(Diseño y desarrollo del Papel de trabajo)			

En el desarrollo de la Auditoría, puede ser necesario la elaboración de papeles de trabajo adicionales a los contemplados en el plan inicial; no obstante, estos deberán referenciarse también y relacionarlos en la entrega de los papeles de trabajo a archivo, para lo cual se podrá usar como guía el Anexo 5 modelo relación de Papeles de trabajo.

	PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍA INTERNA	Código formato: PGD-02-05 Versión 11.0
		Código documento: PEM-02 Versión 15.0
		Página 19 de 26

Ejemplo: Referenciación

	CONTRALORÍA DE BOGOTÁ PARQUE AUTOMOTOR	REFERENCIACIÓN PAPEL DE TRABAJO	E-GRF-1												
Proceso: Gestión de Recursos Físicos		Procedimiento/ Actividad: Procedimiento para el Control y Manejo Administrativo del Parque Automotor/Asignación de Vehículo													
Periodo Auditado: 2016		Fecha de diligenciamiento: 01-04-2016													
Auditado y cargo: Quien suministró la información		Elaboró : Nombre del auditor	Firma:												
Hoja 1 de 1															
(Diseño y desarrollo del Papel de trabajo)															
<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>VEHÍCULO</th> <th>TIPO DE SERVICIO</th> <th>FECHA ULTIMO INVENTARIO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>				VEHÍCULO	TIPO DE SERVICIO	FECHA ULTIMO INVENTARIO									
VEHÍCULO	TIPO DE SERVICIO	FECHA ULTIMO INVENTARIO													

MARCAS DE AUDITORÍA

Aunque no exista un sistema de marcas estándar, a menudo se utiliza una escala limitada de estandarización de símbolos para un componente de integralidad o para grupos específicos de cuentas, mediante el uso de leyendas o marcas en cédulas determinadas. Dichos símbolos o marcas deben ser explicados de forma clara en la parte inferior en los papeles de trabajo.

Las marcas deben ser distintivas y en color (generalmente rojo) para facilitar su ubicación en el cuerpo de un papel de trabajo, compuesto de anotaciones y cifras escritas en lápiz. Si se elaboran en computador, debe escogerse una letra diferente y preferiblemente resaltada.

Algunos requisitos y características de las marcas son los siguientes:

- La explicación de las marcas debe ser específica y clara.
- Los procedimientos de auditoría efectuados que no se evidencian con base en marcas, deben ser documentados mediante explicaciones narrativas, análisis, etc.
- Otras, se refiere a otras marcas que requiera el auditor y serán definidas por él.

MARCAS	CONVENCIÓN
Cruzado	W
Verificado-evidenciado	✓
Sumatoria	Σ
Diferencia	$\neq$
Observación	Φ
No Aplica	NA
Otras	@ ¥

	PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍA INTERNA	Código formato: PGD-02-05 Versión 11.0
		Código documento: PEM-02 Versión 15.0
		Página 21 de 26

ANEXO 5 – Modelo Relación de Papeles de Trabajo

	RELACIÓN PAPELES DE TRABAJO	Código formato: PEM-02-05 Versión: 15.0
		Código documento: PEM-02 Versión: 15.0
		Página x de y

	CONTRALORIA DE BOGOTÁ D.C. RELACION PAPELES DE TRABAJO (ESCRIBA AQUÍ EL NOMBRE DE LA AUDITORÍA)			
Proceso:		Procedimiento/ Actividad:		
Periodo Auditado:		Fecha de Entrega:		
Audidores:		Firma:		
REF.	ACTIVIDAD	MEDIO EN EL QUE SE ENCUENTRA EL ARCHIVO		
		MAGNÉTICO	FÍSICO	N° Folios
P-C1	Comunicación Oficial Interna de asignación de Auditoria			
P-C2	Comunicaciones Oficial Interna de comunicación de auditoria.			
P-C3	Carta de Representación – Anexo8.			
P-P4	Plan de Auditor			
E-XXX-1	Papel de trabajo 1			
E-XXX-2	Papel de trabajo 2			
E-XXX-3	Papel de trabajo 3			
E-XXX-n	Papel de trabajo n			
I-C-1	Comunicación Oficial Interna de Informe Preliminar			
I-Pr-2	Informe Preliminar			
I-R-3	Respuesta al informe Preliminar			
I-CF-4	Comunicación Oficial Interna de Informe final			
I-F-5	Informe final			
Total Folios / CD.				
Nombre y Firma Administrador de Archivo				

Nota: indique con una X si el archivo se entrega en medio magnético o físico.

	PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍA INTERNA	Código formato: PGD-02-05 Versión 11.0
		Código documento: PEM-02 Versión 15.0
		Página 22 de 26

ANEXO 6 – Carta de Representación

	CARTA DE REPRESENTACIÓN	Código formato: PEM-02-06 Versión: 15.0
		Código documento: PEM-02 Versión: 15.0
		Página x de y

PARA: Jefe Oficina de Control Interno
DE: Nombre del responsable del proceso auditado
Cargo
ASUNTO: Nombre de la Auditoría
REF: Carta de Representación

De conformidad con lo citado en el Decreto 648 del 16 de abril de 2017, Artículo 2.2.21.4.8., Literal b. *Instrumentos para la actividad de la Auditoría Interna*; esta dependencia hará entrega de la información solicitada por el equipo auditor de la Oficina de Control Interno, para el desarrollo de la Auditoría, haciéndose responsable de su veracidad, calidad y oportunidad.

Cordialmente.

RESPONSABLE DE PROCESO

Proyectó:

7. CONTROL DE CAMBIOS:

Versión	R.R. No.	Descripción de la modificación
1.0	R.R. 015 13 marzo 2003	Ver procedimiento, link normatividad.
2.0	R.R. 043 8 septiembre 2003	Ver procedimiento, link normatividad.
3.0	R.R. No. 024 29 junio 2005	Ver procedimiento, link normatividad.
4.0	R.R. No. 017 02 agosto 2006	Ver procedimiento, link normatividad.
5.0	R.R. No. 022 23 nov 2007	Ver procedimiento, link normatividad.
6.0	R.R. No. 021 23 dic 2008	Ver procedimiento, link normatividad.
7.0	R.R. No. 027 23 octubre 2009	Ver procedimiento, link normatividad.
8.0	R.R. No. 023 05 octubre 2010	Ver procedimiento, link normatividad.
9.0	R.R. 014 3 junio 2011	Ver procedimiento, link normatividad.
10.0	R.R. 024 20 nov 2012	Ver procedimiento, link normatividad.
11.0	R.R. 044 Octubre de 2013	Ver procedimiento, link normatividad.
12.0	RR. 021 11 junio 2015	Ver procedimiento, link normatividad.
13.0	RR. 071 30 diciembre 2015	Actualización versión 13 a 14.0 - Se ajustó el Alcance del procedimiento. - En normatividad se retira la RR. 016 del 25 de marzo de 2015, porque no es pertinente para este procedimiento. y se ajusta la fecha de la norma ISO 19001:2002 a "ISO 19001:2011". - En la Definición de Plan de Auditoria se adicionan los términos de "<i>Criterios, auditores y actividades a desarrollar</i>"; se elimina "<i>auditados y cuestionario</i>". - Se elimina la definición de "<i>Equipo de Gestores</i>". - Se adicionan las definiciones de las fases de auditoria: "<i>Fase de Planeación, fase de ejecución y fase de informe</i>". - En el Numeral 5 Anexos, se elimina para los anexos 1 y 2 la palabra "modelo".

Versión	R.R. No.	Descripción de la modificación
		- Se ajustaron los verbos rectores de cada actividad y puntos de control. - En los registros del procedimiento se cambió la palabra memorando por Comunicación Oficial Interna; para los casos de oficios se sustituyó por Comunicación oficial externa, lo anterior para hacerlo consistente con la denominación de las tablas de retención documental. Descripción del Procedimiento Se ajustaron y complementaron las actividades del procedimiento, junto con registros, puntos de control y observaciones, así: Se modificó la denominación “Programa Anual de Evaluaciones Independientes PAEI” por “Programa Anual de Auditorías Internas – PAAI” lo anterior, para hacer coherente el termino con el manual técnico del modelo estándar de control interno MECI 2014. En la observación de la actividad 1, se adicionó “responsable de la gestión del programa de auditoria” En la observación de la actividad 2 se ajustó la instancia para presentar las modificaciones al PAEI. Actividad 3, se modifica “Oficina de Comunicaciones” por “Dirección de Tecnologías de la Información y las comunicaciones” Actividad 6, se complementó la redacción del punto de control. Actividad 8, se adiciona esta actividad con su respectivo registro y observación, la cual hace referencia a la preparación de los papeles de trabajo Desde este punto se ajusta la numeración de las actividades. Actividad 9, antes 8, se ajusta la redacción de la observación; y el párrafo referente a los papeles de trabajo se elimina de esta actividad y se traslada a la actividad 8. Actividad 10, se ajusta la redacción de la observación.

 CONTRALORÍA DE BOGOTÁ D.C.	PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍA INTERNA	Código formato: PGD-02-05 Versión 11.0
		Código documento: PEM-02 Versión 15.0
		Página 25 de 26

Versión	R.R. No.	Descripción de la modificación
		Actividad 11, en la actividad se cambia “<i>personas</i>” por “<i>áreas</i>” y se ajusta la redacción del punto de control. Actividad 12, se ajusta la redacción de la observación, y se agrega “<i>De considerar necesario, los auditados pueden solicitar, dentro de estos mismos plazos, mesa trabajo para discutir el informe preliminar. Una vez emitido el informe final, no se proceden explicaciones, ni reuniones</i>”. Actividad 13, se adiciona una observación en la que se indica el termino para que la Oficina de Control Interno suministre respuesta a las objeciones. Actividad 14, se cambia “<i>cinco días</i>” por “<i>tres días</i>”. Actividad 15, se ajusta la redacción de la actividad y la observación. Se eliminan las actividades 16 y 17 del procedimiento versión 13, dado que hacen parte del procedimiento Plan de Mejoramiento acciones correctivas, preventivas y de mejora. Actividad 17, se ajusta la redacción de la actividad y del punto de control, se elimina como responsable el jefe de la Oficina de Control Interno, se adiciona el anexo 5 “<i>Modelo Relación de papeles de trabajo</i>” y se agrega una observación. En los anexos, se realizan los siguientes ajustes: • Anexo 1: se agrega el responsable de Gestionar el Programa anual de – Auditorías internas - PAAI • Anexo 2: se elimina, Funcionarios que atendieron la auditoría; se elimina la columna de cumple debido a que en esta etapa se está planeando la labor de auditoría y se desconoce el resultado de la misma. Se ajusta el formato teniendo en cuenta que el propósito del plan de auditoria es disponer de un esquema de trabajo que le permita al equipo auditor desarrollar sus tareas de manera coherente y lógica, para dar cumplimiento al objetivo(s) de auditoría establecido(s).

Versión	R.R. No.	Descripción de la modificación
		- Anexo 3, se elimina el numeral “6.1 Desarrollo” y se reenumera la tabla de Contenido. - Anexo 4, Se cambia el nombre del anexo por “Guía Referenciación Papeles de Trabajo. Se adiciona una nota referente al registro de papeles de trabajo en formato electrónico u otros medios. Se modifica la guía de instrucción para la referenciación de papeles de trabajo. - Se adiciona al procedimiento el “Anexo 5 Modelo Relación de Papeles de trabajo”.
14	R.R. 029 31 agosto 2016	Actualización versión 14.0 a la 15.0 - En normatividad se organizó de acuerdo al orden jerárquico y cronológico. - Se incluyeron: El Decretó 1499 de 2017; los Acuerdos 658 de 2016 y 664 de 2017; NTC-ISO 9001:2015. Se retiraron: Acuerdo 519 de 2012; NTC ISO 17799; NTC-ISO 9001:2008. - Se agregaron las siguientes definiciones: Carta de Representación, Código de Ética del Auditor Interno, Estatuto de Auditoría. - En la descripción del procedimiento se ajustaron las actividades, registros, observaciones y puntos de control. - Se modificó en Anexo No.1 – Programa Anual de Auditorías Internas; de acuerdo a lo establecido en el Decreto 648/2017 Roles – OCI. - Se modificaron los encabezados; Código de Formato: PEM y Código documento: PEM. Versión 15.0; para los Anexos No.1, 2, 3, 4, 5. - Se modificó el Anexo No. 3 - Modelo de Informe de Auditoría, se incluyó: 9. Oportunidades de mejora - Se agregó el anexo carta de representación.
15	R.R.034 21 Noviembre 2017	

	PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍA INTERNA AL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código formato: PGD-02-05 Versión 11.0
		Código documento: PEM-03 Versión: 14.0
		Página: 1 de 37

Aprobación		Revisión Técnica
Firma:		
Nombre:	BIVIANA DUQUE TORO	GRACE SMITH RODADO YATE
Cargo:	Jefe Oficina	Director Técnico
Dependencia:	Oficina de Control Interno	Dirección de Planeación
R.R. No.	034	Fecha 21 NOVIEMBRE DE 2017

1. OBJETIVO:

Establecer las responsabilidades y lineamientos necesarios para evaluar el mantenimiento del Sistema Integrado de Gestión, de acuerdo con los requisitos institucionales, legales y los de la(s) norma(s) auditada(s), mediante el establecimiento de actividades para planificar, programar, ejecutar e informar los resultados de la auditoría interna, con el fin de contribuir de modo sistemático a la mejora continua.

2. ALCANCE:

El procedimiento inicia con la consulta del Programa Anual de Auditorías Internas – PAAI, para determinar el cronograma de las Auditorías Internas al Sistema Integrado de Gestión-SIG (La alta Dirección determinará los Subsistemas a auditar, de conformidad con la normatividad, requerimientos internos y/o externos establecidos) y finaliza con el archivo de todos los registros y documentos de la Auditoría Interna al Sistema Integrado de Gestión.

3. BASE LEGAL:

NORMA	FECHA	DESCRIPCIÓN
Ley 594	14-jul-2000	Por medio de la cual se dicta la Ley General de Archivos y se dictan otras disposiciones.
Ley 1474	12-jul-2011	Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública

NORMA	FECHA	DESCRIPCIÓN
Ley 1753	09-jun-2015	Artículo 133. Integración de Sistemas de Gestión.
Decreto No. 652	28-dic-2011	Por medio del cual se adopta la Norma Técnica Distrital del Sistema Integrado de Gestión para las Entidades y Organismos Distritales.
Decreto No. 943	21-may-2014	Por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno – MECI.
Decreto 1072	26-may-2015	Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo.
Decreto 648	19-abr-2017	Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentaria Único del Sector de la Función Pública.
Decreto 1499	11-sep-2017	Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015.
Acuerdo 658	21-dic-2016	Por el cual se dictan normas sobre organización y funcionamiento de la Contraloría de Bogotá, D.C., se modifica su estructura orgánica e interna, se fijan las funciones de sus dependencias, se modifica la planta de personal y se dictan otras disposiciones.
Acuerdo 664	26-mar-2017	Por el cual se modifica parcialmente el acuerdo 658 del 21 de diciembre de 2016” “por el cual se dictan normas sobre organización y funcionamiento de la Contraloría de Bogotá, D.C., se modifica su estructura orgánica e interna, se fijan las funciones de sus dependencias, se modifica la planta de personal y se dictan otras disposiciones.
NTC-ISO 19011:2011	15-nov-2011	Directrices para la Auditoria de Sistemas de Gestión.
NTC-ISO 27001:2013	11-dic-2013	Tecnología de la información – Técnicas de seguridad. Sistemas de Gestión de Seguridad de la Información, Requisitos.

	PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍA INTERNA AL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código formato: PGD-02-05 Versión 11.0
		Código documento: PEM-03 Versión: 14.0
		Página: 3 de 37

NORMA	FECHA	DESCRIPCIÓN
Norma NTC-ISO 9001:2015	23-sep-2015	Norma Internacional - Requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad.
Norma NTC-ISO 14001:2015	23-sep-2015	Norma Internacional – Requisitos del Sistema de Gestión Ambiental.
Norma NTC - ISO 9000:2015	15-oct-2015	Norma Internacional, Sistema de Gestión de la Calidad – Fundamentos y Vocabulario.

4. DEFINICIONES:

ACCIÓN CORRECTIVA: conjunto de acciones tomadas para eliminar la (s) causa (s) de una no conformidad detectada u otra situación no deseable.

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

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

Nota 3. Existe diferencia entre corrección y acción correctiva.

ADMINISTRADOR DE LA AUDITORÍA INTERNA: servidor público de la Oficina de Control Interno formado como auditor en alguno de los Subsistemas de Gestión, quien liderará la programación, planeación y ejecución de la auditoría interna al sistema integrado de gestión.

Nota 1: perfil del Administrador de la Auditoría: Formación como auditor, mínimo en una de las normas técnicas de los Subsistemas que conforman el Sistema Integrado de Gestión-SIG, experiencia en el desarrollo auditorías a sistemas de gestión, conocimiento del contexto organizacional de la entidad.

Nota 2: responsabilidades administrador de Auditoría:

- Identificar y evaluar los riesgos del Plan de Auditoría;
- Determinar los recursos necesarios; la disponibilidad de los auditores y expertos técnicos, con la competencia adecuada para los objetivos particulares del Plan de Auditoría
- Asegurar la implementación del plan de auditoría, que incluya el establecimiento de objetivos, alcance y criterios de auditoría, y seleccionándola selección del equipo auditor y evaluando los auditores;
- Monitorear, revisar y mejorar el Programa de Auditoría- PAAl.
- Informar a la alta dirección acerca del contenido del Plan de auditoría.
- Liderar la elaboración del Plan de la Auditoría.

	PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍA INTERNA AL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código formato: PGD-02-05 Versión 11.0
		Código documento: PEM-03 Versión: 14.0
		Página: 4 de 37

- *Orientar al equipo de auditores en la preparación de la documentación necesaria para la realización de la auditoría*
- *Realizar reuniones con el equipo auditor para precisar y clasificar hallazgos.*
- *Apoyarse en el conocimiento de expertos técnicos en los eventos y situaciones que así lo requieran.*
- *Recibir y revisar los documentos que le entreguen los Auditores Líderes.*
- *Asegurar el manejo y mantenimiento de los registros del desarrollo del Plan de auditoría.*

ALCANCE DE LA AUDITORÍA: extensión y límites de una auditoría. Refiere a las áreas, actividades, procedimientos, componentes, programas o proyectos a ser revisados en la fase de ejecución. El alcance de la auditoría incluye generalmente una descripción de las ubicaciones, las unidades de la organización, las actividades y los procesos, así como el período de tiempo cubierto.¹

Nota 1. *el alcance de la auditoría incluye generalmente una descripción de las ubicaciones, los procesos y las actividades desarrolladas implementadas en la organización, así como el periodo de tiempo cubierto.*

AUDITADO: organización, proceso o dependencia que es auditada.

AUDITOR: persona capacitada con las competencias y habilidades requeridas que se designa para revisar, examinar y evaluar los resultados de la gestión de un proceso.

AUDITOR INTERNO: persona encargada de desarrollar las fases de planeación y ejecución de la auditoría interna al Sistema Integrado de Gestión en una organización o entidad.

Nota 1: *responsabilidades del Auditor interno:*

- *Asistir a las reuniones preparatorias de las auditorías.*
- *Revisar la documentación relacionada con el proceso a auditar.*
- *Preparar los documentos necesarios para realización de las auditorías.*
- *Desarrollar en el tiempo presupuestado la auditoría asignada.*
- *Apoyar al Auditor Líder en la elaboración del Plan de Auditoría, listas de chequeo y del Reporte de no conformidades y oportunidades de mejora de auditoría, entre otros.*
- *Entregar al Auditor Líder, la documentación y soportes recolectados durante el desarrollo de la auditoría.*

AUDITOR ACOMPAÑANTE: persona que hace parte del Equipo Auditor y participa desarrollando actividades relacionadas con la auditoría, bajo la orientación del auditor líder.

¹ ISO 19011:2011 numeral 3.14 Alcance de auditoría

	PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍA INTERNA AL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código formato: PGD-02-05 Versión 11.0
		Código documento: PEM-03 Versión: 14.0
		Página: 5 de 37

Nota 1: *perfil del Auditor Acompañante: conocimientos de las normas en las que se basa el Sistema Integrado de Gestión y formación como auditor en alguno de los Subsistema del -SIG a auditar.*

AUDITOR INTERNO DE CALIDAD: persona capacitada como Auditor Interno al Sistema Integrado de Gestión o quien demuestre formación en este tema mediante acreditación expedida por institución autorizada.

AUDITOR LÍDER: asignado para coordinar la auditoría al sistema integrado de gestión, quien guiará al Equipo Auditor en la planificación, ejecución y elaboración del reporte de no conformidades y oportunidades de mejora.

Nota 1: *perfil del Auditor Líder: conocimientos de las normas en las que se basa el Subsistema de gestión a auditar, formación como auditor en algunos de los subsistemas del SIG, experiencia en ejecución de auditoría al Sistema Integrado de Gestión, mínimo dos (2) ejecuciones de auditoría interna a alguno de los subsistemas del SIG.*

Nota 2: *responsabilidades Auditor Líder:*

- *Presentar el equipo auditor al cliente de la auditoría y al responsable del proceso auditado.*
- *Liderar la elaboración de la(s) lista(s) de chequeo, constatar la inclusión de todos los requisitos legales y de la(s) norma(s) a auditar en las listas de chequeo Realizar la reunión de apertura y cierre de la auditoría del respectivo proceso.*
- *Orientar, apoyar y dirigir a los auditores en formación.*
- *Liderar la elaboración del reporte de No Conformidades y Oportunidades de mejora.*
- *Presentar al administrador de la auditoría las listas de chequeos diligenciados y la versión preliminar del Reporte de No Conformidades y Oportunidades de mejora para su revisión y aprobación.*
- *Entregar al administrador de la auditoría los documentos relacionados con la auditoría.*

AUDITORÍA: proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias que, al evaluarse de manera objetiva, permiten determinar la extensión en que se cumplen los criterios definidos para la auditoría interna.

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

Nota 2: *las auditorías internas, denominadas en algunos casos como auditorías de primera parte, se realizan por o en nombre de la propia organización, para la revisión por la Dirección y con otros fines internos. Pueden constituir la base para una autodeclaración de conformidad de una organización.*

	PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍA INTERNA AL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código formato: PGD-02-05 Versión 11.0
		Código documento: PEM-03 Versión: 14.0
		Página: 6 de 37

AUDITORIA COMBINADA: hace referencia a cuando se auditan juntos dos o más sistemas de gestión de disciplinas diferentes, es importante que los objetivos, alcance y criterios de auditoría sean consistentes con los objetivos del programa de auditoría

AUDITORÍA INTEGRADA: proceso sistemático, independiente y documentado de un sistema integrado de gestión (*subsistemas: de Gestión de la Calidad, Gestión Ambiental y Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo – SST, entre otros*), para obtener evidencias de la auditoría y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de auditoría

CICLO DE AUDITORÍA: comprende los periodos a evaluar durante una vigencia para la realización de las auditorías internas al Sistema Integrado de Gestión.

CLIENTE DE AUDITORÍA: organización o persona que solicita una auditoría.

Nota 1: *en el caso de una auditoría interna, el cliente de auditoría también puede ser el auditado o la persona que maneja el programa de auditoría. La solicitud de auditoría externa puede venir de diferentes fuentes tales como: entes reguladores, partes contratantes o clientes potenciales.*

COMPETENCIA: atributos personales y aptitud demostrada por el auditor para aplicar conocimientos y habilidades para alcanzar los resultados pretendidos.

Nota 1: *la capacidad implica la aplicación apropiada del comportamiento personal durante el proceso auditor.*

CONCLUSIONES DE LA AUDITORÍA: resultado de una auditoría que proporciona el equipo auditor al considerar el desarrollo de los objetivos y los hallazgos de la Auditoría.

CONFORMIDAD: cumplimiento de un requisito.

CORRECCIÓN: acción inmediata tomada para eliminar una No Conformidad detectada.

CRITERIO DE AUDITORÍA: conjunto de políticas, procedimientos o requisitos utilizados como referencia.

Nota 1: *los criterios de auditoría se utilizan como una referencia frente a la cual se compara la evidencia de la auditoría.*

Nota 2: *los criterios de auditoría son requisitos legales (incluyendo los reglamentarios), los términos “Cumple” o “No Cumple” se utilizan a menudo en los hallazgos de auditoría.*

EQUIPO AUDITOR: auditores que llevan a cabo una auditoría con el apoyo, si es necesario, de expertos técnicos.

Nota 1: a un integrante del equipo auditor se le designa como líder del mismo.

	PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍA INTERNA AL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código formato: PGD-02-05 Versión 11.0
		Código documento: PEM-03 Versión: 14.0
		Página: 7 de 37

Nota 2: el equipo auditor puede incluir auditores acompañantes (en formación).

Nota 3: la auditoría puede ser realizada por un solo auditor que tenga la formación y experiencia en ejecución de auditorías a algunos de los subsistemas del SIG; este auditor deberá llevar a cabo todos los deberes aplicables a un líder de equipo.

EVALUACIÓN AUDITOR: mecanismo mediante el cual se establecen los criterios para la evaluación del conocimiento, comportamiento y desempeño de los auditores. Se realizará por parte del auditado.

EVIDENCIA DE LA AUDITORÍA: registros o declaraciones de hechos o cualquier otra información que son pertinentes para los criterios de Auditoría y que son verificables.

Nota: la evidencia de la auditoría puede ser cualitativa o cuantitativa.

EXPERTO TÉCNICO: persona que aporta conocimientos específicos o experiencia al equipo auditor.

Nota 1: un experto técnico no actúa como un auditor en el equipo.

FORMATO DE EVALUACIÓN DE LOS AUDITORES: formato de anexo que contiene una serie de preguntas relacionadas con el tema que permiten evaluar el desempeño del auditor.

GESTORES DE PROCESO: equipo multidisciplinario que participa en la gestión del proceso e identifica las situaciones objeto de análisis (hallazgos, no conformidades, entre otras), proponiendo las acciones requeridas para el manejo de éstas. En el equipo de gestores deben participar los jefes y funcionarios de las dependencias que integran los procesos.

INFORMES DE AUDITORÍA: resultado presentado por escrito una vez se ha realizado la auditoría.

LISTA DE VERIFICACIÓN: instrumento o herramienta que permite definir criterios a partir de los cuales se miden y evalúan los procesos o características del objeto auditado, permitiendo evidenciar si se cumple con los criterios establecidos.

MEJORA CONTINUA: actividad recurrente de optimización del sistema de gestión para lograr mejoras en el desempeño de forma coherente con las políticas y los requisitos de la organización.

MEJORA DE LA CALIDAD: parte de la gestión de la calidad orientada a aumentar la capacidad de cumplir con los requisitos de la calidad.

NO CONFORMIDAD: incumplimiento de un requisito.

OBJETIVO DE LA AUDITORÍA: establece lo que se pretende alcanzar durante la ejecución de la auditoría.

	PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍA INTERNA AL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código formato: PGD-02-05 Versión 11.0
		Código documento: PEM-03 Versión: 14.0
		Página: 8 de 37

OBSERVACIÓN: criterio expresado por el verificador, favorable o desfavorable, respecto de una condición operativa observada. Puede convertirse en una oportunidad de mejora o en una condición que se desea mantener por el beneficio que representa para el Sistema Integrado de Gestión.

OPORTUNIDAD DE MEJORA: acción permanente realizada con el fin de aumentar la capacidad para cumplir los requisitos y optimizar el desempeño. De acuerdo con el tipo de auditoría se puede referir a las debilidades, las recomendaciones o las no conformidades.

PLAN DE MEJORAMIENTO: documento en el que se identifica (n) de forma precisa la (s) acción (es) seleccionada (s) para corregir el incumplimiento de los requisitos, eliminar la causa del Hallazgo, no conformidad y oportunidad de mejora.

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

***Nota 1:** los elementos de entrada para un proceso generalmente constituyen salidas de otros procesos.*

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

PROGRAMA DE AUDITORÍA: conjunto de una o más auditorías planificadas para un periodo determinado y dirigidas hacia un propósito específico.

PLAN DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN (PAISIG): documento que establece el proceso y/o las dependencias a auditar, requisitos a tener en cuenta según la norma, equipo auditor y términos para ejecutar.

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

REQUISITO: necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.

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

***Nota 2:** la palabra obligatoria, se refiere, generalmente, a disposiciones de carácter legal.*

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

	PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍA INTERNA AL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código formato: PGD-02-05 Versión 11.0
		Código documento: PEM-03 Versión: 14.0
		Página: 9 de 37

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

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

REUNIÓN DE APERTURA: reunión del equipo auditor con los auditados, que tiene como propósito presentar al Equipo Auditor, exponer el objetivo de la auditoría, la metodología a aplicar y confirmar los canales de comunicación con el auditado.

REUNIÓN DE PRE CIERRE: reunión presidida por el Administrador de la Auditoría con el equipo auditor con el objeto de validar los resultados de la auditoría antes de su presentación al auditado.

REUNIÓN DE CIERRE: presidida por el equipo auditor con el objeto de presentar los hallazgos y conclusiones de la auditoría de tal manera que sean comprendidos y discutidos con el Jefe de la dependencia auditada y el responsable del proceso.

RIESGOS DEL PLAN DE AUDITORÍA: en la elaboración del programa de auditoría se debe tener en cuenta entre otros aspectos la identificación y evaluación de los distintos riesgos asociados con el establecimiento, la implementación, el seguimiento y la mejora de un programa de auditoría que pueden afectar el logro de sus objetivos; tales como: Fallas al establecer objetivos de la auditoría y alcance del programa, competencia del equipo auditor, tiempo insuficiente para el desarrollo del programa, desacuerdos entre las partes, entre otros riesgos.

SISTEMA DE GESTIÓN: método para establecer la política y logro de los objetivos.

EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN – SIG: “es un conjunto de actividades mutuamente relacionadas que tienen por objetivo orientar y fortalecer la gestión, dar dirección, articular y alinear conjuntamente los requisitos de los Subsistemas que lo componen (Gestión de Calidad, Modelo Estándar de Control Interno, Gestión Ambiental, Gestión de Desarrollo Administrativo, entre otros)²”.

En este sentido, el sistema Integrado de Gestión de la Contraloría de Bogotá lo integran los subsistemas de Gestión de la Calidad, Gestión Ambiental y Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo – SST, soportado en el Subsistema Interno de Gestión Documental y Archivo - SIGA; Gestión de la Seguridad de la Información, Modelo Estándar de Control Interno – MECI y en la administración del riesgo

SUBSISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD S.G.C: apunta a adoptar una visión estratégica que permita dirigir y evaluar el desempeño institucional, especialmente orientado a mejorar la calidad de los productos, a consolidar estándares que reflejen las necesidades implícitas y

² Guía Nacional para la Simplificación, el Mejoramiento y la Racionalización de Procesos, Procedimientos y Trámites, expedida por el DAFP.

	PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍA INTERNA AL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código formato: PGD-02-05 Versión 11.0
		Código documento: PEM-03 Versión: 14.0
		Página: 10 de 37

obligatorias, a proveer información confiable, a promover la transparencia, la participación y el control político y ciudadano, a garantizar el fácil acceso a la información relativa a resultados del sistema, a emprender acciones preventivas y correctivas, a tener cultura por la mejora continua, a buscar relaciones óptimas entre calidad y costo, a satisfacer a los ciudadanos, a simplificar procesos y a crear un sistema laboral orientado hacia la productividad, entre otros beneficios.

SUBSISTEMA DE CONTROL INTERNO –SCI: se entiende por control interno el sistema integrado por el esquema de organización y el conjunto de planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una Entidad, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas u objetivos previstos.

SUBSISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL – SGA: conjunto de actividades adelantadas tanto por las instituciones del Estado como por los particulares, con el objeto de evaluar en un momento y en un espacio determinados, las interacciones entre el medio ambiente y los elementos que se relacionan y/o aspiran a relacionarse con él, con el propósito de concertar, adoptar y ejecutar decisiones con efectos de corto, mediano y largo plazo, encaminadas a lograr un desarrollo sostenible.

SUBSISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN – SGSI: comprende la política, estructura organizativa, procedimientos, procesos y recursos necesarios para implantar la gestión de la seguridad de la información. De este modo, un SGSI se implanta de acuerdo a estándares de seguridad como el ISO 27001 (el cual fue adoptado por la Comisión Distrital de Sistemas), se basa en códigos de buenas prácticas y objetivos de control como los establecidos en ISO 17799, el cual se centra en la preservación de las características de confidencialidad, integridad y disponibilidad.

SUBSISTEMA DE GESTIÓN Y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO – SG-SST: este subsistema especifica los requisitos destinados a permitir que la entidad controle sus riesgos para la seguridad y salud en el trabajo – SST y mejore su desempeño. Estos riesgos se ven asociados a condiciones y factores que afecten o podrían afectar la salud y seguridad de empleados, trabajadores temporales, contratistas, visitantes y cualquier otra persona en el lugar de trabajo. El referente por excelencia para este tema es la norma OHSAS18001:2007, la cual es de aplicación voluntaria.

SUBSISTEMA INTERNO DE GESTIÓN DOCUMENTAL Y ARCHIVO –SIGA: la gestión documental es el conjunto de actividades que permiten el control de los documentos y registros requeridos en la gestión de la institución y el cumplimiento de los requisitos de la normatividad legal aplicable, determina el tiempo de creación, eliminación o conservación definitiva, convirtiéndose así en un factor clave para la optimización de los procesos. A este subsistema le aplica lo establecido en la Ley 594 de 2000, “Por medio de la cual se dicta la Ley General de Archivos y se dictan otras disposiciones” y en el Decreto 514 de 2006, el cual establece la

	PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍA INTERNA AL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código formato: PGD-02-05 Versión 11.0
		Código documento: PEM-03 Versión: 14.0
		Página: 11 de 37

obligación a cada entidad pública de tener un Subsistema Interno de Gestión Documental y Archivo como parte del Sistema de Información Administrativa del Sector Público.

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

VERIFICADOR: funcionario independiente del proceso que se está verificando, quien ha estudiado los documentos relacionados con la operación del proceso y lleva a cabo una o varias entrevistas de campo para constatar que los procesos alcanzan los resultados planificados o si existen desviaciones en la operación que deban ser resueltas para asegurar los resultados correctos y si los procedimientos, guías, protocolos, instrucciones, formularios y otros documentos relacionados con el proceso efectivamente contribuyen con la operación eficiente y eficaz del mismo.

	PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍA INTERNA AL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código formato: PGD-02-05 Versión 11.0
		Código documento: PEM-03 Versión: 14.0
		Página: 12 de 37

5. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

No	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	REGISTRO	PUNTOS DE CONTROL/ OBSERVACIONES
5.1. Programación y Ejecución de Auditoría Interna al Sistema Integrado de Gestión				
1	Administrador de la Auditoría Interna	Consulta el Programa Anual de Auditorías Internas – PAAI para determinar la programación de la Auditoría Interna al Sistema Integrado de Gestión-SIG.		Observación: Si el Jefe de la Oficina de Control Interno no se encuentra certificado como auditor en alguno de los Subsistemas de Gestión, podrá solicitar a la Dirección de Talento Humano, la comisión de un servidor de la Oficina de Control Interno como Administrador de Auditoría. La auditoría al SIG se efectuara al menos una vez al año y podrá programarse por separado para cada uno de los subsistemas que conforman el SIG o de forma integrada.
2	Administrador de la Auditoría Interna	Selecciona los Auditores del listado de Auditores Internos al SIG de la Entidad. Solicita a la Dirección de Talento Humano la comisión de los Auditores Internos al SIG.	Listado de Auditores Internos al Sistema Integrado de Gestión. Comunicación oficial interna solicitud comisión.	Observación: Ver Anexo 1. Listado de Auditores Internos al Sistema Integrado de Gestión. Los requisitos de los Auditores Internos se establecen en el acápite de Definiciones. En la selección de los auditores se debe tener en cuenta que: Si la auditoría se va a realizar de forma integrada a los subsistemas que conforman el SIG, no es necesario que cada miembro del equipo de auditoría tenga la misma competencia; pero la competencia general del equipo de auditoría debe ser suficiente para alcanzar los objetivos de la misma, esto es:

**PROCEDIMIENTO PARA
AUDITORÍA INTERNA AL SISTEMA
INTEGRADO DE GESTIÓN**

Código formato: PGD-02-05
Versión 11.0

Código documento: PEM-03
Versión: 14.0

Página: 13 de 37

No	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	REGISTRO	PUNTOS DE CONTROL/ OBSERVACIONES
				Los auditores que participen como miembros de un equipo auditor del SIG deberán tener la competencia (formación y experiencia) necesaria para auditar al menos uno de los subsistemas. Entender los requisitos de cada una de las normas aplicables a los Subsistemas y comprender la interacción y sinergia entre los diferentes subsistemas que conforman el SIG. Si la auditoría se va a realizar a un Subsistema específico, el(os) auditores(s) deberán tener la competencia necesaria (formación y experiencia) para ejecutarla. La Oficina de Control Interno, previo a la selección de los auditores, envía a través del correo institucional, el listado de auditores internos de SIG, a la Dirección de Talento Humano, para que realice la actualización de dependencias donde se encuentran ubicados los auditores internos que lo conforman. Si un funcionario cumple los requisitos y desea hacer parte del “Listado de auditores Internos de la entidad”, deberá allegar la solicitud junto con los documentos que certifiquen su formación y/o experiencia la Dirección de Talento Humano, con copia a la Oficina de Control Interno.

	PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍA INTERNA AL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código formato: PGD-02-05 Versión 11.0
		Código documento: PEM-03 Versión: 14.0
		Página: 14 de 37

No	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	REGISTRO	PUNTOS DE CONTROL/ OBSERVACIONES
				Punto de Control La Dirección de Talento humano deberá verificar que los certificados correspondientes reposen en las hojas de vida de los funcionarios que se relacionan en el listado de Auditores internos al SIG de la Entidad.
3	Administrador de auditoria y/o Auditores Internos adscritos a la Oficina de Control Interno	Identifica los riesgos de la Auditoria Interna.	Identificación de Riesgos.	Observación: Se utiliza la metodología descrita en el Procedimiento para <i>"Para elaborar y realizar seguimiento al mapa de riesgos institucional"</i> ver Anexo 3. Mapa de Riesgos Institucional.del proceso de Direcccionamiento Estratégico.
4	Profesional(es)a signado(s) (Oficina de control Interno	Elabora el Programa de Auditoría Interna del Sistema Integrado de Gestión -PAISIG y lo presenta para revisión y aprobación del Administrador de auditoria.		Observación: Ver Anexo 2. Plan de Auditoría Interna al Sistema Integrado de Gestión - PAISIG). Las auditorías internas al Sistema Integrado de Gestión se podrán realizar en forma integral o de forma independiente a los Subsistemas de Gestión que considere la Alta Dirección. Para garantizar independencia en la ejecución de la auditoría, ningún auditor podrá auditar la dependencia donde haya laborado durante el último año ni su propio trabajo. Punto de Control: Verifica la existencia de medidas de control para mitigar los riesgos.

**PROCEDIMIENTO PARA
AUDITORÍA INTERNA AL SISTEMA
INTEGRADO DE GESTIÓN**

Código formato: PGD-02-05
Versión 11.0

Código documento: PEM-03
Versión: 14.0

Página: 15 de 37

No	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	REGISTRO	PUNTOS DE CONTROL/ OBSERVACIONES
5	Administrador de la Auditoría Interna	Aprueba el Plan de Auditoría Interna del Sistema Integrado de Gestión -PAISIG.	Plan de Auditoría Interna al Sistema Integrado de Gestión	Observación: Para cada grupo auditor se designará un auditor líder que dirija la auditoría del proceso. Punto de Control: Verifica que se incorporan en el PAISIG, todos los requisitos aplicables a los procesos.
6	Administrador de la Auditoría Interna	Comunica el Plan de Auditoría Interna al Sistema Integrado de Gestión -PAISIG a los Responsables de Procesos, Jefes de Dependencias y a los Auditores Internos.	Comunicación Oficial Interna	Observación: A los auditores internos se les comunica el Plan a través de Sigepro, y/o correo electrónico institucional. En circunstancias especiales, de fuerza mayor o caso fortuito, el administrador de la auditoría interna puede realizar modificaciones al plan de auditoría.
7	Administrador de la Auditoría Interna	Convoca a reunión a los auditores internos designados, con el fin de coordinar el desarrollo de la auditoría.	Acta de Reunión	Observación: En la reunión de coordinación el Administrador de la Auditoría Interna presentará: el objetivo, alcance, horarios de la auditoría, los procesos a auditar; los lineamientos para el desarrollo de la auditoría, entre los cuales se deberá hacer énfasis en la redacción de hallazgos y elaboración de listas de verificación; así mismo, se analizarán los riesgos identificados para el PAISIG, con base en las directrices establecidas por las normas internas y externas para el desarrollo de auditoría a los subsistemas de gestión y de acuerdo al plan aprobado. Punto de Control:

No	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	REGISTRO	PUNTOS DE CONTROL/ OBSERVACIONES
				Verifica que en la agenda de la reunión se incluyan como parte de los lineamientos a desarrollar la redacción de hallazgos y elaboración de listas de verificación.
8	Profesionales asignados (Equipo Auditor)	Revisa la documentación del SIG en la intranet y página web y demás información aplicable a la entidad y procesos a auditar.		
9	Profesional Especializado y/o Universitario. (Equipo Auditor)	Elabora la lista de verificación del proceso correspondiente, la cual debe reflejar los requisitos contenidos en las normas aplicables vigentes (normas ISO, y/o reglamentación legal) y que conciernen a cada uno de los subsistemas que hacen parte del Sistema Integrado de Gestión y/o al Subsistema a auditar.	Lista de verificación.	Observación: Ver Anexo 3. Lista de verificación Auditoría Interna al SIG. Antes de las actividades in situ, se debe estudiar la información frente al cumplimiento de los requisitos, para establecer la suficiencia de la documentación del SIG o Subsistema a auditar. Lo anterior con el propósito de asegurar la coherencia de las preguntas con los requisitos de la norma y el objetivo de la auditoría. Es responsabilidad del auditor líder: Constatar que los requisitos a verificar mediante la lista de chequeo sean coherentes con, la reglamentación interna y externa y/o la(s) norma(s) a auditar; la redacción de la pregunta y al numeral señalado. Punto de Control:

**PROCEDIMIENTO PARA
AUDITORÍA INTERNA AL SISTEMA
INTEGRADO DE GESTIÓN**

Código formato: PGD-02-05
Versión 11.0

Código documento: PEM-03
Versión: 14.0

Página: 17 de 37

No	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	REGISTRO	PUNTOS DE CONTROL/ OBSERVACIONES
				Verifica que todos los requisitos a evaluar queden incluidos en la lista de verificación.
10	Profesional(es) (Equipo Auditor)	Realiza reunión de apertura con el Responsable del Proceso y/o Jefe de dependencia a auditar.	Acta de reunión de apertura	Observación: El objeto de la reunión de apertura es presentar al equipo auditor y confirmar que el auditado conozca el objetivo, alcance, horario y metodología a aplicar. En caso de inasistencia del responsable del proceso, se registrará tal hecho en el acta de reunión de apertura.
11	Profesional(es) (Equipo Auditor)	Ejecuta Auditoría Interna al Sistema Integrado de Gestión -SIG y/o a los subsistema(s) seleccionado(s) del mismo		Observación: Cuando se incluyan Auditorías Internas a los subsistemas diferentes al de Gestión de la Calidad, se podrá solicitar el apoyo de expertos sobre los temas relacionados con los subsistemas definidos en la auditoría interna al SIG.; quienes definirán la correspondiente lista de chequeo. En las listas de verificación se debe registrar la situación que origina las No Conformidades, así como las fortalezas, Oportunidades de Mejora y limitaciones evidenciadas durante el desarrollo de la auditoría. Las No Conformidades y las Oportunidades de mejora se deben validar con los auditados al final de la visita de auditoría.

	PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍA INTERNA AL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código formato: PGD-02-05 Versión 11.0
		Código documento: PEM-03 Versión: 14.0
		Página: 18 de 37

No	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	REGISTRO	PUNTOS DE CONTROL/ OBSERVACIONES
12	Profesional(es) (Equipo Auditor)	Entrega al auditado el formato de evaluación de auditores para su diligenciamiento.	Encuesta para evaluación de auditores diligenciado	Observación: Durante la ejecución de la auditoría, en el momento que el equipo auditor lo considere pertinente, procede a entregar el anexo 6 “Formato de Evaluación de los Auditores por Parte de los Auditados”, a los servidores públicos auditados, a fin de que éstos evalúen su gestión durante la auditoría. Los formatos diligenciados deberán ser remitidos al administrador de la auditoría el mismo día de realización de la auditoría.

5.2. Informe de Auditoría Interna al Sistema Integrado de Gestión

13	Profesional(es) (Equipo Auditor)	Elabora y presenta la versión preliminar del Reporte de No Conformidades y Oportunidades de mejora Administrador de la Auditoría Interna.		Observación: Ver Anexo 4. Reporte de no conformidades y Oportunidades de mejora Las No Conformidades y Oportunidades de mejora, deben estar soportadas en evidencias ciertas y redactadas en forma clara, precisa y concisa, además debe contener la condición o evidencia y el criterio de auditoría con el requisito, norma o procedimiento que se incumple.
14	Administrador de la Auditoría Interna, Profesional(es) (Equipo Auditor)	Realizan reunión de precierre para analizar y discutir los Reportes de No Conformidades y Oportunidades de mejora presentados		Punto de Control: Verifica que las listas de chequeo se encuentren totalmente diligenciadas. Constata que las no conformidades detectadas sean el resultado de las evidencias suministradas y que

No	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	REGISTRO	PUNTOS DE CONTROL/ OBSERVACIONES
		por los Equipos Auditores con el objeto de realizar su validación o no, previo a la realización de la reunión de cierre con los responsables de los procesos auditados.		correspondan a lo registrado en la lista de chequeo. Revisa detalladamente con los Equipos Auditores los Reportes de No Conformidades y Oportunidades de mejora resultado de la ejecución de la auditoría interna al SIG, con el objeto de llegar a un consenso y validación de acuerdo con los criterios establecidos en la lista de verificación. Observación: A la reunión de precierre podrán asistir los funcionarios de la Oficina de Control Interno que el Jefe de la misma determine.
15	Profesional(es) (Equipo Auditor)	Realiza reunión de cierre de la auditoría con el Responsable de proceso y/o Jefe (s) de la (s) dependencia (s) auditada (s), con el propósito de comunicar los resultados de la auditoría.	Acta de reunión de cierre por proceso	Observación: Si se presentan divergencias entre el auditado y el equipo auditor frente a las No Conformidades y/o No Conformidades Potenciales formuladas por este último, se debe consignar dichas divergencias en Acta; siendo el (la) Contralor (a) Auxiliar y el (la) Administrador de la auditoría, quienes deben resolverla, entendiéndose éstas como la última instancia para dirimir discrepancias. El reporte de No Conformidades y Oportunidades de mejora (Anexo 4), debe ser firmado por el Responsable del Proceso auditado y el equipo auditor.

No	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	REGISTRO	PUNTOS DE CONTROL/ OBSERVACIONES
				Es obligatoria la asistencia a la reunión de cierre de todos los funcionarios que adelantaron la auditoría.
16	Profesional(es) (Equipo Auditor)	Entrega el Reporte de No Conformidades y Oportunidades de mejora al Responsable del Proceso, y/o Jefe (s) de la (s) dependencia (s) auditada (s) con copia al (la) al administrador de la auditoría. Entrega las Listas de Verificación y/ o Formatos de Evaluación del cumplimiento normativo de los subsistemas que se hayan auditado, debidamente diligenciadas al (la) administrador de la Auditoría.	Lista de Verificación Auditoría Interna al SIG Reporte de No Conformidades y Oportunidades de mejora	Observaciones: El Reporte de No Conformidades y Oportunidades de mejora debe presentarse en forma impresa al Responsable del Proceso y en medio magnético e impreso al (la) Administrador(a) de la Auditoría. Las listas de verificación se entregarán debidamente diligenciadas a la Oficina de Control Interno en medio magnético, por parte del Equipo Auditor, documentando todas las fortalezas, oportunidades de mejora, conclusiones y limitaciones, evidenciadas, anexando los documentos que soportan la ejecución de la auditoría. Punto de Control: El Administrador de la Auditoría revisa que la(s) lista(s) de Chequeo se hayan diligenciado en su totalidad. Se hayan efectuado los ajustes propuestos en las reuniones de Precierre y de cierre con el responsable del proceso auditado.
17	Profesionales(s) asignado(s) Oficina de control Interno	Elabora el informe consolidado de auditoría interna al Sistema Integrado de Gestión y lo presenta		Observación: Ver Anexo 5 – Informe Consolidado de Auditoría Interna al Sistema Integrado de Gestión.

	PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍA INTERNA AL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código formato: PGD-02-05 Versión 11.0
		Código documento: PEM-03 Versión: 14.0
		Página: 21 de 37

No	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	REGISTRO	PUNTOS DE CONTROL/ OBSERVACIONES
		al administrador de auditoria.		El informe consolidado, contendrá el Reporte de No Conformidades y Oportunidades de mejora y detectadas en cada proceso auditado y lo suscribe el Administrador de la Auditoría Interna.
18	Administrador de la Auditoría Interna	Aprueba el informe consolidado de Auditoría Interna al Sistema Integrado de Gestión y lo remite a los responsables de procesos y a la alta dirección, señalándole la obligación de inclusión de las no conformidades, y/o oportunidades de mejora en el anexo 1 – Plan de Mejoramiento. Remite Plan de Mejoramiento a la Oficina de Control Interno dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la comunicación del informe	Informe Consolidado de Auditoría Interna al Sistema Integrado de Gestión.	Observación: Los Responsables de Proceso deben activar el Procedimiento de Plan de Mejoramiento

No	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	REGISTRO	PUNTOS DE CONTROL/ OBSERVACIONES
19	Administrador de la Auditoría Interna y Equipo de Gestores de la OCI	Adelanta reunión con los auditores del Proceso Evaluación y Mejora que participaron en la ejecución del PAISIG para analizar el desarrollo del Plan de auditoría y determinar oportunidades de mejora.	Acta reunión de equipo gestores	Observación: Se podrá invitar a la reunión a auditores de otros procesos que hayan participado en la auditoría.
20	Administrador de la Auditoría Interna y Equipo de Gestores	Remite a la Dirección de Talento Humano el listado de los auditores internos al SIG, actualizado con las horas de auditoría ejecutadas en el PAISIG, para que sea incluido en la hoja de vida de los auditores que participaron en la auditoría interna al SIG.	Comunicación Oficial Interna Listado de los auditores internos al SIG, actualizado con las horas de auditoría ejecutadas.	Observación: En el caso de que un funcionario acredite ante la entidad la formación como auditor en algún Sistema de gestión, la Dirección de Talento Humano deberá informar a la Oficina de Control Interno para actualizar el Listado. Al administrador de la Auditoría se le contarán como horas, el 30% del total de horas programadas de auditorías. La certificación de Horas como auditor en el SIG, estará a cargo de la Dirección de Talento Humano.
21	Técnico Administrativo OCI	Archiva todos los registros y documentos de la Auditoría Interna al Sistema Integrado de Gestión.		Observación: Se realiza el archivo de los documentos generados durante la ejecución del procedimiento, de acuerdo con los lineamientos de gestión documental.

	PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍA INTERNA AL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código formato: PGD-02-05 Versión 11.0
		Código documento: PEM-03 Versión: 14.0
		Página: 23 de 37

6. ANEXOS

ANEXO 1 – Listado de Auditores Internos del Sistema Integrado de Gestión

	LISTADO DE AUDITORES INTERNOS DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN VIGENCIA. _____	Código formato: PEM-03-01. Versión: Versión 14
		Código documento: PEM-03 Versión: 14.0
		Página x de y

CÉDULA	NOMBRE	CARGO	PROFESIÓN	ESPECIALIZA CIÓN / MAESTRÍA	DEPEN DENCIA	EXPERIENCIA AUDITOR	
						Subsistema de Formación como Auditor	No. de Horas Auditor Interno en Subsistemas del SIG.

Elaboró: _____
Administrador de Auditoría.

	PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍA INTERNA AL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código formato: PGD-02-05 Versión 11.0
		Código documento: PEM-03 Versión: 14.0
		Página: 24 de 37

ANEXO 2 –Plan de Auditoría Interna al Sistema Integrado de Gestión

	PLAN DE AUDITORÍA INTERNA AL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código formato: PEM-03-02 Versión: 14.0
		Código documento: PEM-03 Versión: 14.0
		Página x de y

Objetivo General:

Alcance:

Vigencia:

Fecha:

PROCESO	DEPENDENCIA A AUDITAR	NORMA Y REQUISITO	EQUIPO AUDITOR	FECHA Y HORA DE INICIO AUDITORÍA	FECHA Y HORA TERMINACIÓN AUDITORÍA	DURACIÓN DE LA AUDITORÍA	OBSERVACIONES
	ELABORACIÓN INFORME PROCESO						
	REUNIÓN DE PRECIERRE						

ELABORADO POR: _____
Auditor Interno – Oficina de Control Interno

APROBADO:

Administrador de Auditoría

	PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍA INTERNA AL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código formato: PGD-02-05 Versión 11.0
		Código documento: PEM-03 Versión: 14.0
		Página: 25 de 37

ANEXO 3 – Lista de Verificación Auditoría Interna al SIG

	LISTA DE VERIFICACIÓN AUDITORÍA INTERNA AL SIG	Código formato: PEM -03-03 Versión: 14.0
		Código documento: PEM-03 Versión: 14.0
		Página x de y

VIGENCIA _____

PROCESO _____ RESPONSABLE PROCESO: _____

DEPENDENCIA _____ FECHA: _____

FUNCIONARIOS QUE ATIENDEN LA AUDITORÍA:

Nombre

Cargo

CRITÉRIO DE AUDITORÍA O NORMA Y REQUISITO ¹	ACTIVIDAD / PREGUNTA	CUMPLE		REGISTRO/ EVIDENCIA ²
		SI	NO	
NTC ISO/GP/				
FORTALEZAS:				
OPORTUNIDADES DE MEJORA:				
CONCLUSIONES: :				

AUDITOR (ES): _____

REVISADO POR: _____
Administrador de Auditoría

1. De Gestión de la Calidad (SGC), de Gestión Ambiental (SGA), de Gestión y Seguridad y Salud en el Trabajo (G-SST), de Gestión de Seguridad de la Información (SGSI), de Responsabilidad Social (SRS), de Gestión Documental y Archivo (SIGA) y de Control Interno (SCI).

2. La evidencia se obtiene principalmente de la aplicación de procedimientos de auditoría en el transcurso de la misma, en este espacio indique cual fue la evidencia - los soportes, tomados para verificar los requisitos determinados y que servirán para sustentar la opinión y el informe de auditoría.

	PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍA INTERNA AL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código formato: PGD-02-05 Versión 11.0
		Código documento: PEM-03 Versión: 14.0
		Página: 26 de 37

ANEXO 4 –Reporte de No Conformidades y Oportunidades de mejora

	REPORTE DE NO CONFORMIDADES Y OPORTUNIDADES DE MEJORA	Código formato: PEM-03-04 Versión: 14.0
		Código documento: PEM-03 Versión: 14.0
		Página x de y

Vigencia _____

Proceso: _____

Responsable de Proceso: _____

Dependencia: _____

No.	DEPENDENCIA / PROCESO AUDITADO	NO CONFORMIDAD (NC)	CRITERIO DE AUDITORÍA No. Requisito - NTC SUBSISTEMA AUDITADO	DESCRIPCIÓN	FECHA AUDITORÍA dd/mm/aa	NOMBRE AUDITOR INTERNO al SIG.
Oportunidades de Mejora: 1. _____ 2. _____						

Firma responsable del proceso: _____

Firma integrantes equipo de auditoria: _____

	PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍA INTERNA AL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código formato: PGD-02-05 Versión 11.0
		Código documento: PEM-03 Versión: 14.0
		Página: 27 de 37

ANEXO 5 – Informe Consolidado de Auditoría Interna al Sistema Integrado de Gestión

	INFORME CONSOLIDADO DE AUDITORÍA INTERNA AL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código formato: PEM-03-05 Versión: 14.0
		Código documento: PEM-03 Versión: 14.0
		Página x de y

**INFORME CONSOLIDADO DE AUDITORÍA INTERNA AL SISTEMA INTEGRADO DE
GESTIÓN**

VIGENCIA

PREPARADO POR

Auditores Internos al Sistema Integrado de Gestión

CONTRALORÍA DE BOGOTÁ, D.C.

MES, AÑO

	PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍA INTERNA AL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código formato: PGD-02-05 Versión 11.0
		Código documento: PEM-03 Versión: 14.0
		Página: 28 de 37

INFORME CONSOLIDADO DE AUDITORÍA INTERNA AL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

VIGENCIA

TABLA DE CONTENIDO

1. OBJETIVO.
 2. ALCANCE.
 3. CRITERIOS.
 4. RESULTADOS.
 5. FORTALEZAS.
 6. CONCLUSIONES. (En términos de eficacia, adecuado y conforme)
- Anexos (Consolidado del Anexo No. 5).

	PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍA INTERNA AL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código formato: PGD-02-05 Versión 11.0
		Código documento: PEM-03 Versión: 14.0
		Página: 29 de 37

ANEXO 6 – Formato de Evaluación de los Auditores por parte de los Auditados

	EVALUACIÓN DE LOS AUDITORES POR PARTE DE LOS AUDITADOS VIGENCIA _____	Código formato: PEM-03-06 Versión: 14.0
		Código documento: PEM-03 Versión: 14
		Página x de y

Con el objeto de mejorar continuamente el procedimiento de ejecución de auditorías internas al Sistema Integrado de Gestión y de conocer la percepción de las personas entrevistadas. Por favor diligenciar el siguiente formato:

Proceso: _____ Responsable Proceso: _____

Dependencia: _____ Fecha de la Auditoría: _____

Auditor _____ A _____ Evaluar: _____

Señale con una X su respuesta de acuerdo con la siguiente escala de valores:

E= Excelente B=Bueno R=Regular D=Deficiente N.A= No aplica

EVALUACIÓN DEL AUDITOR POR PARTE DEL AUDITADO					
ASPECTO	CALIFICACIÓN				
	E	B	R	D	N/A
1. Puntualidad en la realización de la auditoría					
2. Enfoque y orientación de la Auditoría					
3. Claridad de las preguntas realizadas durante la auditoría					
4. Conocimiento del tema objeto de la evaluación					
5. Ambiente de confianza brindado al auditado para preguntas, interpretación y aporte de las evidencias necesarias para la auditoría					
6. Ecuanimidad y respeto en el trato con los entrevistados.					
7. Cumplimiento del objeto de la auditoría					
8. Actitud del auditor durante el desarrollo de la auditoría					
OBSERVACIONES, SUGERENCIAS Y ASPECTOS A MEJORAR:					

Firma y cargo del responsable del proceso y/o dependencia: _____

Fecha: _____

 CONTRALORÍA DE BOGOTÁ, D.C.	PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍA INTERNA AL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código formato: PGD-02-05 Versión 11.0
		Código documento: PEM-03 Versión: 14.0
		Página: 30 de 37

7. CONTROL DE CAMBIOS

Versión	R.R. No.	Descripción de la modificación
1.0	R.R. 015 13 marzo 2003	Ver procedimiento, link normatividad.
2.0	R.R. 043 08 septiembre 2003	Ver procedimiento, link normatividad.
3.0	R.R. 024 29 junio 2005	Ver procedimiento, link normatividad.
4.0	R.R. 017 02 agosto 2006	Ver procedimiento, link normatividad.
5.0	R.R. 022 23 noviembre 2007	Ver procedimiento, link normatividad.
6.0	R.R. 021 23 diciembre 2008	Ver procedimiento, link normatividad.
7.0	R. R. 027 23 octubre 2009	Ver procedimiento, link normatividad.
8.0	R.R. 023 05 octubre 2010	Ver procedimiento, link normatividad.
9.0	R.R. 024 20 noviembre 2012	Ver procedimiento, link normatividad.
10.0	R.R. 044 30 octubre 2013	Ver procedimiento, link normatividad.
11.0	R.R. 035 05 noviembre 2014	Ver procedimiento, link normatividad.
12.0	R.R. 071 15 diciembre 2015	El procedimiento cambia de Versión 12 a 13, se ajusta en los siguientes aspectos: Alcance, se ajusta el final del procedimiento eliminando <i>“finaliza con la realización del seguimiento, entrega y ejecución del plan de mejoramiento por parte del Auditado”</i> el nuevo texto indica que <i>“Finaliza con entrega del informe consolidado a los responsables de Proceso y alta Dirección”</i>. En el numeral de Definiciones se agrega el perfil requerido para el Administrador de la Auditoría Interna, Auditor Acompañante y Auditor Líder. Se agrega a la definición de equipo auditor la Nota 3 en la

PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍA INTERNA AL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

Código formato: PGD-02-05
Versión 11.0

Código documento: PEM-03
Versión: 14.0

Página: 31 de 37

Versión	R.R. No.	Descripción de la modificación
		que se indica <i>“La auditoría puede ser realizada por un solo auditor que tenga la formación y experiencia en ejecución de auditorías a algunos de los subsistemas del SIG; este auditor deberá llevar a cabo todos los deberes aplicables a un líder de equipo”</i> Las definiciones de No conformidad mayor y No conformidad menor se eliminan. Para la Definición de Programa de Auditoría Interna del Sistema Integrado de Gestión, se agrega <i>“los procesos y/o”</i> En el Numeral 5 Anexos, se elimina para todos los anexos la palabra <i>“modelo”</i> Descripción del Procedimiento: En la Observación Actividad 2, se elimina <i>“La Oficina de Control Interno, solicitará el listado actualizado de los auditores internos al SIG a la Dirección de Talento Humano”</i> y se modifica por <i>“La Oficina de Control Interno, previo a la selección de los auditores, envía a través del correo institucional, el listado de auditores internos de SIG, a la Dirección de Talento Humano, para que realice la actualización de dependencias donde se encuentran ubicados los auditores internos que los conforman”</i>. En esta actividad se agrega el punto de Control <i>“La Dirección de Talento humano deberá verificar que los certificados correspondientes reposen en las hojas de vida de los funcionarios que se relacionan en el listado de Auditores internos al SIG de la Entidad”</i> Actividad 4, se modifica los responsables, <i>“ (equipo Auditor)”</i> por <i>“Oficina de Control Interno”</i> Actividad 5, se adiciona el punto de control <i>“Verifica que se incorporan en el PAISIG, todos los requisitos aplicables a los procesos”</i>.

**PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍA
INTERNA AL SISTEMA INTEGRADO DE
GESTIÓN**

Código formato: PGD-02-05

Versión 11.0

Código documento: PEM-03

Versión: 14.0

Página: 32 de 37

Versión	R.R. No.	Descripción de la modificación
		Actividad 6, en la Observación se elimina “Vía Telefónica” y se agrega “ Correo electrónico institucional” Actividad 8, se cambia la palabra “Consulta” por “Revisa” Actividad 9, la Observación se ajusta en su redacción y se incluye la siguiente frase <i>“establecer la suficiencia de la documentación del SIG o subsistema a auditar. Lo anterior con el propósito de asegurar.”</i> y se adiciona el punto de control <i>“Verifica que todos los requisitos a evaluar queden incluidos en la lista de verificación”</i> Actividad 11, se elimina <i>“en los procesos establecidos en el Programa de Auditoría al Sistema Integrado de Gestión”</i>; y se ajusta la redacción de la Observación correspondiente a esta actividad. Actividad 12, se ajusta la Observación, se cambia la palabra <i>“ las encuestas”</i> por <i>“los Formatos”</i> y <i>“ entregados por parte del Auditado”</i> por <i>“remitidos”</i> Actividad 13, se agrega <i>“No conformidades potenciales”</i> Actividad 17, se modifica el responsable <i>“Jefe Oficina de Control Interno o Administrador de la Auditoría Interna”</i> por <i>“Profesionales(s) asignado(s) Oficina de control Interno”</i>. Se ajusta la redacción de la Observación de esta actividad <i>“El informe consolidado, contendrá el Reporte de No Conformidades y/o No Conformidades Potenciales detectadas en cada proceso auditado, y lo suscribe el Jefe Oficina de Control Interno o Administrador de la Auditoría Interna”</i>. Actividad 18, se incluye <i>“y/o Oportunidades de mejora”</i>; se modifica el termino para remitir el plan de mejoramiento a la Oficina de Control interno de tres (3) días Hábiles a <i>“cinco (5) días hábiles”</i>. Se incluye en la Observación <i>“Los Responsables de Proceso</i>

**PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍA
INTERNA AL SISTEMA INTEGRADO DE
GESTIÓN**

Código formato: PGD-02-05

Versión 11.0

Código documento: PEM-03

Versión: 14.0

Página: 33 de 37

Versión	R.R. No.	Descripción de la modificación
		<i>deben activar el Procedimiento de Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora” y se elimina “Los funcionarios de la Oficina de Control Interno evalúan el Plan de Mejoramiento remitido por el correspondiente proceso (...)”</i> Actividad 19, el responsable “Jefe Oficina de Control Interno” por “Jefe Oficina de Control Interno o Administrador de la Auditoría Interna y equipo de Gestores”; se ajusta la actividad y se incluye “Los auditores del proceso evaluación y Control que participaron en la ejecución del PAISIG” Se incluye la Observación “Se podrá invitar a la reunión a auditores de otros procesos que hayan participado en el en la auditoría.” Se agrega la Actividad 20 “Remite a la Dirección de Talento Humano el listado de los auditores internos al SIG, actualizado con las horas de auditoría ejecutas en el PAISIG realizado para que sea incluido en la hoja de vida de los auditores que participaron la auditoría interna al SIG.” Adicionalmente, se agrega la contabilización de horas de auditoría para el Administrador de la misma. Se elimina la Actividad 21 “Realiza el seguimiento a la entrega del Plan de Mejoramiento por parte del auditado”. Anexo No. 1 – “Modelo de Listado de Auditores Internos del Sistema Integrado de Gestión”; pasa de versión 12 a 13, se elimina la palabra “Modelo”, se agrega en la columna experiencia auditor el ítem “Subsistema de Formación como Auditor” Anexo No. 4 – “Modelo Lista de Verificación Auditoría Interna al Sistema Integrado de Gestión o Formato de Evaluación de los Subsistemas del SIG”, se elimina la palabra “Modelo”; pasa de versión 12 a 13, se agregan los ítems de “fortalezas”, “Oportunidades de Mejora” y “Conclusiones” Anexo No. 5 – “Modelo Reporte de No Conformidades y/o No Conformidades Potenciales Auditoría Interna al Sistema

**PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍA
INTERNA AL SISTEMA INTEGRADO DE
GESTIÓN**

Código formato: PGD-02-05

Versión 11.0

Código documento: PEM-03

Versión: 14.0

Página: 34 de 37

Versión	R.R. No.	Descripción de la modificación
		<i>Integrado de Gestión</i>” pasa de versión 12 a 13, se ajusta el orden de las columnas y se elimina las columnas de “NC” y “NCP”. El anexo No.7. Modelo de Perfiles de los participantes en la Auditoría Interna al SIG PEC 03 007 se elimina. El Anexo “No. 8. Modelo de Formato de Evaluación de los Auditores por Parte de los Auditados - PEC-03-008”, se elimina la palabra “Modelo” y pasa a ser el Anexo “No. 7 .Formato de Evaluación de los Auditores por Parte de los Auditados - PEC-03-007” se agregó un espacio para observaciones, sugerencias y aspectos a mejorar.
13.0	R.R. 029 31 agosto 2016	El procedimiento cambia de Versión 13 a 14, se ajusta en los siguientes aspectos: Se ajusta la redacción del Objetivo y el alcance del Procedimiento. Actualización de la base legal aplicable al procedimiento, se agrega el Decreto 1072 de 2015, Decreto 1499 de 2017 y el Decreto 648 de 2017. En Definiciones: El Concepto de acciones Preventivas se retira, teniendo en cuenta que la norma ISO 9001 no contempla este concepto Se agregaron la descripción de responsabilidades al Administrador de Auditoria interna, Auditor Líder y Auditor acompañante. Se adicionan las definiciones de auditoria combinada y auditoria integrada. Se retira el concepto de No conformidad Potencial. Se cambia la palabra Programa de auditoria interna al Sistema Integrado de Gestión por “<i>Plan de auditoria interna al Sistema Integrado de Gestión –PAISING</i>” La definición de Sistema Integrado de Gestión – SIG, se

	PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍA INTERNA AL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código formato: PGD-02-05 Versión 11.0
		Código documento: PEM-03 Versión: 14.0
		Página: 35 de 37

Versión	R.R. No.	Descripción de la modificación
		ajusta, teniendo en cuenta la definición contemplada en el Manual del Sistema integrado de Gestión de la Contraloría de Bogotá. Descripción del Procedimiento En las actividades donde se indica que el responsable es el Jefe de Oficina de Control Interno y/o Administrador de la Auditoría Interna se elimina la palabra “<i>Jefe de Oficina de Control Interno</i>” Actividad 1, se ajusta la observación de la actividad y se incluye “<i>La auditoría al SIG se efectuara al menos una vez al año y podrá programarse por separado para cada uno de los subsistemas que conforman el SIG o de forma integrada</i>” Actividad 2, se ajusta la observación de la actividad y se incluye “<i>En la selección de los auditores se debe tener en cuenta que: Si la auditoría se va a realizar de forma integrada a los subsistemas que conforman el SIG, no es necesario que cada miembro del equipo de auditoría tenga la misma competencia; pero la competencia general del equipo de auditoría debe ser suficiente para alcanzar los objetivos de la misma, esto es:</i> <i>Los auditores que participen como miembros de un equipo auditor del SIG deberán tener la competencia (formación y experiencia) necesaria para auditar al menos uno de los subsistemas.</i> <i>Entender los requisitos de cada una de las normas aplicables a los Subsistemas y comprender la interacción y sinergia entre los diferentes subsistemas que conforman el SIG.</i> <i>Si la auditoría se va a realizar a un Subsistema específico, el(os) auditores(s) deberán tener la competencia necesaria (formación y experiencia) para ejecutarla.”</i> Actividad 7, se ajusta la observación de la actividad “<i>En la reunión de coordinación el Administrador de la Auditoría</i>

 CONTRALORÍA DE BOGOTÁ, D.C.	PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍA INTERNA AL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código formato: PGD-02-05 Versión 11.0
		Código documento: PEM-03 Versión: 14.0
		Página: 36 de 37

Versión	R.R. No.	Descripción de la modificación
		<i>Interna presentará: el objetivo, alcance, horarios de la auditoría, los procesos a auditar; los lineamientos para el desarrollo de la auditoría, entre los cuales se deberá hacer énfasis en la redacción de hallazgos y elaboración de listas de verificación; así mismo, se analizarán los riesgos identificados para el PAISIG, con base en las directrices establecidas por las normas internas y externas para el desarrollo de auditoría a los subsistemas de gestión y de acuerdo al plan aprobado.”</i> <i>Y se establece el Punto de Control “Verifica que en la agenda de la reunión se incluyan como parte de los lineamientos a desarrollar la redacción de hallazgos y elaboración de listas de verificación”.</i> <i>Actividad 9, se ajusta la redacción de la actividad y a la observación de la se agrega la responsabilidad del auditor líder de “Constatar que los requisitos a verificar mediante la lista de chequeo sean coherentes con, la reglamentación interna y externa y/o la(s) norma(s) a auditar; la redacción de la pregunta y al numeral señalado”.</i> <i>Actividad 14, se adicionó a la observación de la actividad la responsabilidad del Administrador de la Auditoría Interna de “Verificar que las listas de chequeo se encuentren totalmente diligenciadas, Constatar que las no conformidades detectadas sean el resultado de las evidencias suministradas y que correspondan a lo registrado en la lista de chequeo”.</i> <i>Actividad 16, El Reporte de No Conformidades y/o No Conformidades potenciales se modifica por “No Conformidades y Oportunidades de mejora”</i> <i>Anexos:</i> <i>Anexo No. 2 –se cambia Programa por “Plan de Auditoría Interna al Sistema Integrado de Gestión” y se agrega “Elaborado por “y “Aprobado por”</i> <i>Se retira del procedimiento el anexo No3 “Identificación de</i>

	PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍA INTERNA AL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código formato: PGD-02-05 Versión 11.0
		Código documento: PEM-03 Versión: 14.0
		Página: 37 de 37

Versión	R.R. No.	Descripción de la modificación
		<i>Riesgos</i>” y por consiguiente se reenumeran los anexos Anexo No. 3 – Lista de Verificación Auditoría Interna al Sistema Integrado de Gestión o Formato de Evaluación de los Subsistemas del SIG, la columna “observaciones” se cambió por “Registro o Evidencia” y se incluyó la correspondiente instrucción para su diligenciamiento y se agregó “Aprobado por” Anexo No. 4 –Reporte de No Conformidades y /o No Conformidades Potenciales Auditoría Interna al Sistema Integrado de Gestión se cambia por “<i>Reporte de No Conformidades y Oportunidades de mejora Auditoría Interna al Sistema Integrado de Gestión</i>” .se retira del formato No Conformidades Potenciales y se adiciona el ítem de “<i>Oportunidades de mejora</i>”. “
14.0	R.R. 034 21 Noviembre 2017	

 CONTRALORÍA DE BOGOTÁ, D.C.	PROCEDIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO	Código formato: PGD-02-05 Versión: 11.0
		Código documento: PEM-04 Versión: 16.0
		Página 1 de 23

Aprobación		Revisión Técnica	
Firma:			
Nombre:	BIVIANA DUQUE TORO	GRACE SMITH RODADO YATE	
Cargo:	Jefe Oficina	Director Técnico	
Dependencia:	Oficina de Control Interno	Dirección de Planeación	
R.R. No.	034	Fecha 21 NOVIEMBRE DE 2017	

1. OBJETIVO:

Establecer las actividades para elaborar, actualizar y realizar seguimiento al Plan de Mejoramiento – Acciones Correctivas y de Mejora, con el fin de evaluar la eficiencia y eficacia de las acciones conducentes a eliminar las causas de los hallazgos, no conformidades, riesgos materializados y las oportunidades generadas en el marco del Sistema Integrado de Gestión; identificados por los diferentes métodos de verificación y evaluación, instancias de evaluación, seguimiento, control y autocontrol.

2. ALCANCE:

El procedimiento inicia con la comunicación por parte de la auditoría interna o externa correspondiente del informe final al auditado (y/o autoevaluación), señalándole la obligación de inclusión de los hallazgos, no conformidades, oportunidades de mejora, riesgos materializados en el Plan de Mejoramiento dentro de los términos establecidos y finaliza con la presentación a la Alta Dirección del informe consolidado de los resultados de la verificación al Plan de Mejoramiento por parte de la Oficina de Control Interno.

3. BASE LEGAL:

NORMA	FECHA	DESCRIPCIÓN
Decreto 943	21- may-2014	Por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno (MECI).
Decreto 1083	26-may-2015	Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública
Decreto 1072	26-may-2015	Por el cual se expide el Decreto Único Reglamentarios del Sector Trabajo, Libro 2, Título 4, Capítulo 6, Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

 CONTRALORÍA DE BOGOTÁ, D.C.	PROCEDIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO	Código formato: PGD-02-05 Versión: 11.0
		Código documento: PEM-04 Versión: 16.0
		Página 2 de 23

NORMA	FECHA	DESCRIPCIÓN
Acuerdo No. 658	21- dic-2016	Por el cual se dictan normas sobre organización y funcionamiento de la Contraloría de Bogotá, D.C., se modifica su estructura orgánica e interna, se fijan funciones de sus dependencias, se modifica la planta de personal, y se dictan otras disposiciones.
Acuerdo No 664	28-mar-2017	Por el cual se modifica parcialmente el acuerdo 658 del 21 de diciembre de 2016 por el cual se dictan normas sobre organización y funcionamiento de la Contraloría de Bogotá, D. C., se modifica su estructura orgánica e interna, se fijan funciones de sus dependencias, se modifica la planta de personal, y se dictan otras disposiciones.
NTC-ISO 27001:2013	11-dic-2013	Tecnología de la información – Técnicas de seguridad. Sistemas de la Gestión de Seguridad de la Información, Requisitos.
NTC ISO 19011:2011	15-nov-2011	Directrices para la Auditoría de Sistemas de Gestión.
Norma NTC-ISO 9001:2015	23-sep-2015	Norma Internacional - Requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad.
Norma NTC-ISO 14001:2015	23-sep-2015	Norma Internacional - Requisitos del Sistema de Gestión Ambiental.
Norma NTC - ISO 9000:2015	15-oct-2015	Norma Internacional, Sistema de Gestión de la Calidad – Fundamentos y Vocabulario.

4. DEFINICIONES:

ACCIÓN CORRECTIVA: conjunto de acciones tomadas para eliminar la (s) causa (s) de una no conformidad detectada u otra situación indeseable.

Nota 1: puede haber más de una causa para una no conformidad.

Nota 2: la acción correctiva se toma para evitar que una no conformidad o situación vuelva a producirse.

Nota 3: existe diferencia entre corrección y acción correctiva, en el sentido que la primera elimina la no conformidad, mientras la segunda elimina la causa.

 CONTRALORÍA DE BOGOTÁ, D.C.	PROCEDIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO	Código formato: PGD-02-05 Versión: 11.0
		Código documento: PEM-04 Versión: 16.0
		Página 3 de 23

ACCIÓN EFICAZ: acción correctiva que mediante evidencia objetiva demuestra que se eliminaron las causas de las no conformidades, hallazgos y oportunidades de mejora.

ACCIÓN DE MEJORA: conjunto de acciones tomadas para aumentar la capacidad del Sistema, respecto de su eficacia, eficiencia o efectividad

***Nota:** en el seguimiento al Plan de Mejoramiento, el auditor debe determinar si las acciones son eficaces o no (Ver definición “acción eficaz”).*

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

***Nota:** las evidencias consisten en registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que sea pertinente para los criterios de auditoría, que sea verificable.*

CONFORMIDAD: cumplimiento de un requisito.

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

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

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.

EJECUTOR: nombre del cargo de quien debe realizar la actividad.

EQUIPO DE GESTORES DE PROCESO: grupo multidisciplinario de servidores públicos, representativo del proceso que participa en la gestión del mismo proceso, identifica las situaciones objeto de análisis (hallazgos, oportunidades de mejora y no conformidades) y propone las acciones requeridas para el manejo de las mismas. En el equipo de gestores de proceso deben participar los jefes y servidores públicos de las dependencias que integran los procesos.

HALLAZGOS DE AUDITORÍA: debilidades y/o situaciones en el Sistema de control interno detectadas por el auditor. El hallazgo, abarca hechos y otra información obtenida por el auditor que merece ser comunicado a los servidores públicos del área auditada y/o a otras personas interesadas.

INFORME DE AUDITORÍA: documento que consolida los resultados obtenidos del desarrollo de Planes de auditoría y cumplimiento de los objetivos, el cual debe ser redactado en forma imparcial, clara, precisa y concisa.

MEJORA CONTINUA: actividad recurrente para aumentar la capacidad para cumplir los requisitos.

 CONTRALORÍA DE BOGOTÁ, D.C.	PROCEDIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO	Código formato: PGD-02-05 Versión: 11.0
		Código documento: PEM-04 Versión: 16.0
		Página 4 de 23

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

NO CONFORMIDAD: incumplimiento de un requisito. Resultado de una Auditoría de Calidad.

OPORTUNIDAD DE MEJORA: situación detectada que puede originar acciones para optimizar y potencializar el desempeño de un proceso o el cumplimiento de los requisitos.

PLAN DE MEJORAMIENTO: documento en el que se identifica (n) de forma precisa la (s) acción (es) seleccionada (s) para corregir el incumplimiento de los requisitos, eliminar la causa del Hallazgo, no conformidad y oportunidad de mejora.

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

Nota 1: los elementos de entrada para un proceso constituyen generalmente salidas de otros procesos.

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

RESPONSABLE: encargado de adelantar las acciones o actividades propuestas o planeadas en el Plan de Mejoramiento.

RESPONSABLE DE PROCESO: servidor público encargado de garantizar el cumplimiento de los procedimientos y actividades del proceso a su cargo. Su designación está definida en el Manual del Sistema Integrado de Gestión.

RIESGO MATERIALIZADO: es la ocurrencia de aquella situación (interna o externa), que puede afectar negativamente el logro del objetivo, o la gestión de un proceso.

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

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

5. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

No	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	REGISTRO	PUNTOS DE CONTROL/OBSERVACIONES
5.1. Formulación de causas y acciones				
1	Jefe de Oficina de Control Interno, Ente Externo y/o de Control	Comunica el Informe Final al auditado, señalándole la obligación de diligenciar el Plan de Mejoramiento.	Comunicación oficial interna o correo institucional	Observaciones: El Plan de Mejoramiento resultado de la auditoría efectuada por la Oficina de Control Interno debe ser remitido a ésta, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la comunicación del informe final El Plan de Mejoramiento resultado de la auditoría practicada por los entes externos y/o de control, debe ser remitido, de conformidad con la normatividad y/o plazos establecidos por éstos.
2	Contralor Auxiliar Director Técnico Jefe de Oficina Subdirector	Identifica los hallazgos, no conformidades, oportunidades de mejora y/o Riesgo Materializado, los cuales pueden ser originados por las siguientes fuentes: 1. Autoevaluación. 2. Auditoría efectuada por la Oficina de Control Interno. 3. Auditoría interna al Sistema Integrado de Gestión-SIG. 4. Auditoría Externa al SIG (ente certificador.) 5. Revisión por la Dirección. 6. Auditoría Fiscal. 7. PQRs. 8. Producto No Conforme. 9. Otros orígenes		Observaciones: Ver Anexo 1. Plan de Mejoramiento Dentro del Origen 7 – PQRs, se incluyen los hallazgos generados producto del informe de PQRs y de la auditoría sobre éste tema. Para el origen 8, se tienen en cuenta los productos declarados No Conformes en los procesos misionales, los cuales deben ser llevados al plan de Mejoramiento por parte del proceso respectivo. Del origen 9 hacen parte los riesgos materializados (RMA). Las Oportunidades de mejora pueden ser producto de la autoevaluación (informes de gestión), de Auditorías Internas (consignadas en el informe definitivo en el numeral de Oportunidades de Mejora recomendaciones), auditorías interna y externa de calidad y Revisión por la Dirección.

	PROCEDIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO	Código formato: PGD-02-05 Versión: 11.0
		Código documento: PEM-04 Versión: 16.0
		Página 6 de 23

No	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	REGISTRO	PUNTOS DE CONTROL/OBSERVACIONES
3	Contralor Auxiliar, Director, Jefe de Oficina, Subdirector	Realiza la clasificación de los hallazgos (H), no conformidades (NC), Producto No Conforme (PNC), oportunidades de mejora (OM) y/ o Riesgo Materializado (RMA), según el origen descrito en el numeral anterior.		
4	Contralor Auxiliar, Director, Jefe de Oficina, Subdirector	Analiza las posibles causas y/o la causa raíz de H, NC, PNC, OM o RMA para lo cual puede utilizar o aplicar alguna de las siguientes metodologías u otra que considere pertinente: los cinco ¿Por qué?, Espina de Pescado, Lluvia de Ideas, entre otros. Realiza el diligenciamiento de la columna 8 del Anexo 1. Plan de mejoramiento.		Observaciones: El análisis de causa es fundamental para proponer la acción que elimina la causa del H, NC, PNC, OM o RMA, razón por la cual debe ser soportada mediante acta de reunión del equipo de gestores del proceso. Para el caso de las OM, si después de realizar el análisis de causa se concluye que no se plantearan acciones se deberá dejar claramente consignado el porqué, en la mencionada acta.
5	Contralor Auxiliar, Director, Jefe de Oficina, Subdirector	Establece las acciones correctivas y/o de mejora y las registra (columna 9) con la información complementaria requerida en el Plan de Mejoramiento, teniendo en cuenta que el plazo programado de ejecución de las acciones debe ser máximo de seis meses y con debida justificación, hasta un año.	Acta de Equipo Gestores Plan de Mejoramiento.	Punto de control: Verifica que las acciones eliminen la(s) causa(s) del hallazgo. Para la formulación de Acciones Correctivas y de mejora, se debe tener en cuenta la información proporcionada en el Anexo 2. Aspectos generales formulación de acciones correctivas y de mejora, verificación de la eficacia. Para el tratamiento de los H, NC, PNC, OM o RMA que requiera de la intervención de más de un proceso, se deberán reunir los equipos de gestores de las partes involucradas, para efectuar el análisis y formular las acciones correspondientes. Si un H, NC, PNC, OM o RMA, tiene más de una acción, en las cuales intervengan diferentes Procesos, el H, NC, PNC, OM o RMA y la acción correspondiente debe incluirse en el respectivo Plan de mejoramiento de cada proceso.

**PROCEDIMIENTO PLAN DE
MEJORAMIENTO**

Código formato: PGD-02-05

Versión: 11.0

Código documento: PEM-04

Versión: 16.0

Página 7 de 23

No	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	REGISTRO	PUNTOS DE CONTROL/OBSERVACIONES
6	Contralor Auxiliar, Director, Jefe de Oficina, Subdirector, y/o Responsable de Proceso	Remite el Plan de Mejoramiento en medio magnético, por correo institucional y/o impreso a la Oficina de Control Interno, dentro de los términos establecidos.	Comunicación Oficial Interna Plan de Mejoramiento	Observación: En procura de la racionalización del papel, el Plan de mejoramiento debe remitirse a través del SIGESPRO. El formato del plan de mejoramiento debe estar totalmente diligenciado hasta la columna No. 14 – Cronograma de Ejecución dd/mm/aaaa.
7	Jefe de la Oficina de control Interno y Profesional de la Oficina Control Interno	Revisa las acciones correctivas y de mejora propuestas en el Plan de Mejoramiento remitido por el correspondiente proceso. Solicita al proceso la realización de los ajustes correspondientes, en el evento en que las acciones remitidas presenten inconsistencias.	Plan de Mejoramiento aprobado	Punto de Control: Verifica que se hayan incluido todos los hallazgos resultantes de los informes de auditorías internas y externas y de los demás orígenes. Observación: Las acciones establecidas por el proceso deben apuntar a eliminar la causa del H, NC, PNC, OM o RMA identificado. Para el caso de los hallazgos identificados por entes externos, éstos otorgarán la conformidad, por lo cual, el alcance de la revisión realizada por la OCI, se enmarca en la revisión de aspectos tales como inclusión del total de hallazgos, fechas y otros aspectos de forma. Remítase al Procedimiento Relación con Entes Externos y de Control”. En el caso de que el Plan de mejoramiento sea el resultado de los hallazgos de las auditorías internas, la OCI comunicará la aceptación del mismo al proceso mediante comunicación oficial interna, para lo cual contará con (3) tres días hábiles después de recibido el Plan. Para los casos de ajustes al plan de mejoramiento resultado de auditorías internas, el proceso cuenta con dos (2) días hábiles para efectuarlos y remitirlos a la Oficina de Control Interno. Si por el contrario, corresponde a auditorías externas los

 CONTRALORÍA DE BOGOTÁ, D.C.	PROCEDIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO	Código formato: PGD-02-05 Versión: 11.0
		Código documento: PEM-04 Versión: 16.0
		Página 8 de 23

No	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	REGISTRO	PUNTOS DE CONTROL/OBSERVACIONES
				ajustes deben realizarse de manera expedita o dentro de los términos establecidos por el ente externo.
8	Contralor Auxiliar, Director, Jefe de Oficina, Subdirector	Ejecuta las acciones planteadas en el Plan de Mejoramiento		Punto de Control: Realiza el seguimiento para constatar que las acciones se ejecuten dentro de los términos previstos.
9	Contralor Auxiliar, Director, Jefe de Oficina, Subdirector	Remite la solicitud debidamente sustentada a la Oficina de Control Interno, en caso de que sea necesaria la reformulación de las causas, acciones, indicador o fecha de terminación programada.	Comunicación Oficial Interna.	Observación: Para los hallazgos formulados por la Oficina de Control Interno, la solicitud de modificación de las acciones, indicador y/o fechas de ejecución programada, deberá efectuarse un (1) mes antes del vencimiento. En la solicitud se debe identificar claramente los ajustes realizados, adjuntando el Plan de mejoramiento debidamente diligenciado. Para los hallazgos emitidos por los entes externos y/o de control, la solicitud de modificación de las acciones o de los términos, debe efectuarse de acuerdo con lo establecido por el ente externo y/o de control. En ningún caso procede solicitud de plazo para acciones vencidas.
10	Contralor Auxiliar, Director, Jefe de Oficina, Subdirector	Analiza y aprueba la solicitud siempre y cuando sean de origen diferente al 4 y 6, en caso contrario remite solicitud al ente de control correspondiente. Comunica la aceptación o rechazo de las modificaciones al responsable de procesos, dentro de los dos (2) días hábiles posteriores al recibo de la solicitud.	Informe consolidado - Plan de Mejoramiento.	Observación: Para las solicitudes de origen 4 y 6 la OCI tramitará ante el Ente Externo y/o de control correspondiente e informará los resultados del trámite al proceso solicitante de la modificación. El plazo programado de ejecución de las acciones solo se ampliara previa justificación por una única vez. En el evento de incumplimiento reiterado de las acciones diferentes a orígenes 4 y 6, se constituirá en un nuevo hallazgo por vencimiento del término al Plan de Mejoramiento. Punto de Control: Verifica que las acciones incumplidas (origen diferente a 4 y 6) sean ejecutadas de manera perentoria en un término de 60 días calendario.

PROCEDIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO

Código formato: PGD-02-05
Versión: 11.0
Código documento: PEM-04
Versión: 16.0
Página 9 de 23

No	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	REGISTRO	PUNTOS DE CONTROL/OBSERVACIONES
5.2. Seguimiento y Verificación				
11	Contralor Auxiliar, Directores, Subdirectores, Jefes de Oficinas. Responsables de Proceso	Realizan seguimiento cuatrimestral del cumplimiento del Plan de Mejoramiento del Proceso, diligenciando las columnas 15, 16 y 17 y lo remite a la Oficina de Control Interno, dentro de los plazos establecidos en la Circular de reporte de información vigente.	Plan de Mejoramiento o	Observación: El seguimiento de las acciones debe estar debidamente soportado mediante registros para ser posteriormente verificados por la Oficina de Control Interno. El seguimiento se efectuará al menos tres (3) veces al año, para lo cual se tendrá en cuenta la Circular vigente que determina las fechas de reporte de información. Cuando los entes externos y/o de control efectúen el cierre de los hallazgos, no conformidades y oportunidades de mejora y/o Riesgo materializado a través de sus informes, los responsables de los procesos no deben excluirlos del Anexo Plan de Mejoramiento, hasta tanto la Oficina de Control Interno realice la verificación correspondiente, reemplazando la solicitud o sugerencia de cierre: A* por el cierre: C, con fundamento en el mencionado informe del ente externo y/o de control.
12	Jefe Oficina de Control Interno	Designa los auditores de la Oficina de Control Interno para que efectúen la verificación al Plan de Mejoramiento Remite comunicación oficial interna a los Responsables de Procesos, informando sobre el funcionario(s) asignado(s) para adelantar la actividad de verificación.	Comunicación oficial interna	
13	Profesional Oficina Control Interno	Verifica las acciones implementadas y el estado H, NC, OM, PNC o RMA y lo registra en las columnas 18 y 19 del Plan de Mejoramiento.		Punto de control: Constata en el Plan de Mejoramiento, la inclusión de todos los H, NC, PNC, OM o RMA resultantes de los informes de Auditorías internas, externas, Informes de Gestión, entre otros, realizados durante el periodo objeto de evaluación del respectivo proceso.

 CONTRALORÍA DE BOGOTÁ. D.C.	PROCEDIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO	Código formato: PGD-02-05 Versión: 11.0
		Código documento: PEM-04 Versión: 16.0
		Página 10 de 23

No	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	REGISTRO	PUNTOS DE CONTROL/OBSERVACIONES
				Verifica que el cumplimiento de las acciones esté soportado en los documentos que evidencien su ejecución y que se hayan realizado dentro de los términos establecidos. Observación: La Oficina de Control Interno, podrá efectuar seguimientos adicionales si considera necesario. Cuando la Auditoria Fiscal presente informes donde se cierren hallazgos, la Oficina de Control Interno, procederá a incluir la información respectiva en la columna de verificación (19) y cambiar el estado del hallazgo a C (cerrado) y lo remitirá al Proceso o procesos correspondientes para que en el próximo seguimiento, trasladen el hallazgo (s) la hoja de cerrados.
14	Profesional de Oficina de Control Interno	Elabora memorando e informa el resultado de verificación del estado de las acciones contenidas en los planes de mejoramiento por procesos. Presenta el memorando para revisión y aprobación al Jefe de la Oficina de Control Interno.	Comunicación oficial interna	Observación: El Memorando debe ir acompañado del anexo 1- Plan de Mejoramiento totalmente diligenciado.
15	Jefe Oficina de Control Interno o el Encargado	Remite a través de SIGESPRO el resultado de la verificación a los responsables de procesos.	Comunicación oficial interna. Plan de Mejoramiento verificado	
16	Jefe Oficina de Control Interno y Profesional Responsable	Elabora informe consolidado Institucional de los resultados de la verificación del estado de las acciones implementadas y remite en copia magnética a la alta Dirección para los fines pertinentes y a la Dirección de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones para su publicación en la Página web e Intranet.	Informe Consolidado Institucional del Plan de Mejoramiento	Observación: El consolidado institucional se elaborará en forma cuatrimestral, de conformidad con la circular vigente para el reporte de información. La Oficina de Control Interno, verificará que la Dirección de TICS, mantenga en la página Web e Intranet la versión actualizada del Plan de Mejoramiento consolidado Institucional y del informe de verificación.

PROCEDIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO

Código formato: PGD-02-05
Versión: 11.0
Código documento: PEM-04
Versión: 16.0
Página 11 de 23

No	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	REGISTRO	PUNTOS DE CONTROL/OBSERVACIONES
17	Jefe Oficina Control Interno y/o Profesional Responsable	Consolida el Plan de Mejoramiento del ente de control, tomando como insumo la información suministrada resultante de la verificación de los planes de mejoramiento por procesos y solicita a través de correo institucional a la Dirección de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones para la publicación en la página Web e Intranet.	Formato Plan de Mejoramiento o Auditoría Fiscal.	Observación: El consolidado de avance del Plan de Mejoramiento se remitirá al Ente de Control, de acuerdo a la normatividad vigente. La Oficina de Control Interno, verificará que la Dirección de TICS, mantenga en la página Web e Intranet, la versión actualizada del Plan de Mejoramiento consolidado Institucional.

	PROCEDIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO	Código formato: PGD-02-05 Versión: 11.0
		Código documento: PEM-04 Versión: 16.0
		Página 12 de 23

6. ANEXOS

ANEXO 1. Plan de Mejoramiento

	PLAN DE MEJORAMIENTO	Código formato: PEM-04-01 Versión: 16.0
		Código documento: PEM-04 Versión: 16.0
		Página: x de y

Proceso: _____

Responsable del Proceso: _____

Fecha de Corte para la Verificación: _____

No (1)	Origen (2)	Fecha del H, NC, OM, RM (3)	Tipo de Acción (Correctiva, o de Mejora) (4)	Documento Origen (5)	Capítulo (6)	Descripción del H, NC, PNC, OM o RMA (7)	Análisis de Causa (8)	Acciones (9)	Indicadores (10)	Metas Cuantificables (11)	Área Responsable de la Ejecución (12)	Recursos (13)	Cronograma de Ejecución (dd/mm/aaaa) (14)		Resultado Indicador (15)	Grado de Avance Físico Ejecución de las Metas (Seguimiento del Proceso) (16)	Seguimiento del Proceso (17)	Verificación de Acciones (OCI) (18)	Estado del H, NC, OM o RMA – A – C – A* (19)
													Fecha Inicial	Fecha Final					

Actualizado por (Responsable de Proceso): _____ Fecha de Actualización (dd/mm/aaaa): _____

Verificado por (Profesional Oficina de Control Interno): _____ Fecha de verificación (dd/mm/aaaa): _____

	PROCEDIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO	Código formato: PGD-02-05 Versión: 11.0
		Código documento: PEM-04 Versión: 16.0
		Página 13 de 23

INSTRUCTIVO 1

Diligenciamiento del Anexo 1 - Plan de Mejoramiento

PROCESO: Nombre del proceso al cual corresponde la situación observada.

(1) **No:** registre el número consecutivo del hallazgo, No Conformidad, Oportunidad de Mejora o riesgo materializado, de cada informe, de manera que se pueda establecer la cantidad total de los mismos por proceso y consolidado institucional. Cuando se cierra un hallazgo se debe reenumerar el consecutivo.

Nota: si un hallazgo tiene más de una acción, cada una de ellas se colocará en una fila y se conservará el mismo número consecutivo. No combine celdas. A continuación se presenta un ejemplo.

No. (1)	ORIGEN (2)	FECHA DEL H, NC, OM, RM (3)	TIPO DE ACCIÓN (CORRECTIVA O DE MEJORA) (4)	INFORME ORIGEN (5)	CAPITULO (6)	DESCRIPCIÓN DEL H, NC, OM o RMA (7)	ANÁLISIS DE CAUSA (8)	ACCIONES (9)	INDICADORES (10)
1	2. Auditoría Oficina de Control Interno	01/02/2017	Correctiva	Auditoría interna al Proceso de Gestión Documental	6.1	Se observó que en general no se da cumplimiento a la actividad 1 del Procedimiento para la conservación seguridad y recuperación de los registros en archivo de gestión y archivo central referente a la asignación, mediante memorando de un funcionario de la dependencia como Administrador de Archivo de Gestión,...	No se tienen los administradores de archivos para la Dirección de Planeación y Subdirección de Análisis, Indicadores y Estadísticas.	Asignar mediante memorando al funcionario de la Dirección y Subdirección que ejercerá las funciones de Administrador de Archivo de Gestión de la Dirección y de la Subdirección.	Se asignó administrador de archivo de gestión Si: 100% No: 0%
1	2. Auditoría Oficina de Control Interno	01/02/2017	Correctiva	Auditoría interna al Proceso de Gestión Documental	6.1.12	La mayoría de documentos se encuentran en AZs, la TRD no se ajusta a las necesidades de la dependencia, los muebles de archivo no están identificados, archivo en orden descendente, hay duplicidad de documentos, documentos archivados en expediente que no corresponde con la TRD...	Desconocimiento de la normatividad relacionada con la organización de la documentación.	Organizar la documentación de la Dirección y Subdirección atendiendo lo establecido en el Procedimiento para la organización y transferencias documentales, en especial lo relacionado con: clasificación, ordenación, depuración, foliación, entre otros.	Se organizó la documentación atendiendo lo establecido en el procedimiento Si: 100% No: 0%
2	5. Revisión por la Dirección	28/04/2017	Mejora	Acta revisión por la Dirección	8. Recomendaciones de mejora	En la revisión por la Dirección, vigencia 2017, se determinó que uno de los cambios que podría afectar el SIG es la aprobación de la Norma ISO 9001:2015 y la expedición de los Acuerdos 658 de 2016 y 664 de 2017.	El Sistema Integrado de gestión de la entidad se encuentra desactualizado a raíz de la entrada en vigencia de la Norma ISO 9001:2015 - Sistemas de Gestión de Calidad y los Acuerdos 658 de 2016 y 664 de 2017.	Actualizar el Sistema Integrado de Gestión de Calidad de la Entidad de conformidad con lo establecido en los requisitos de la norma internacional ISO 9001:2015 y lo establecido en los Acuerdos 658 de 2016 y 664 de 2017.	Número de actividades ejecutadas * 100/ Número de actividades programadas en el Plan de trabajo

(2) **ORIGEN:** consigne la procedencia del hallazgo, No Conformidad y/o Oportunidad de mejora o Riesgo Materializado. La Oportunidad de mejora puede surgir del análisis propio de cada proceso, Auditoría interna, Auditoría Externa y otros que pueda identificar.

Para identificar el origen, utilice los números del 1 al 9, de acuerdo con la siguiente clasificación:

ORIGEN	DESCRIPCIÓN
1	Autoevaluación (Informe de Gestión).
2	Auditoría efectuada por la Oficina de Control Interno.

PROCEDIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO

3	Auditoría interna al Sistema Integrado de Gestión-SIG.
4	Auditoría Externa al SIG (ente certificador).
5	Revisión por la Dirección.
6	Auditoría Fiscal.
7	PQRs.
8	Producto No Conforme
9	Otros orígenes.

(3) FECHA DEL H, NC, PNC, OM o RMA: registre la fecha (dd/mm/aaaa) del informe final de la Auditoría de los Entes Externos y/o de Control, Oficina de Control Interno, Autoevaluación que generó el Hallazgo, la No conformidad, Producto No Conforme, Oportunidad de Mejora o RMA.

(4) TIPO DE ACCIÓN (Correctiva o de Mejora): registre Correctiva, si corresponde a hallazgos, no conformidades, Producto No Conforme o Riesgo Materializado; o de Mejora, si corresponde a una Oportunidad de mejora detectada en la autoevaluación, Auditoría Interna o Auditoría Externa de Calidad, Revisión por la Dirección.

Nota 1: Se debe tener cuidado en la cuantificación del número de hallazgos / No Conformidades, Oportunidades de Mejora, Producto No Conforme o Riesgos Materializados, para no contabilizar el número de acciones como si se tratara de hallazgos.

(5) DOCUMENTO ORIGEN: nombre del documento, informe de auditoría, periodo de la Autoevaluación, donde se detectó el hallazgo, no conformidad, Producto No Conforme, oportunidad de mejora o riesgo materializado.

Ejemplo: Auditoría Especial de seguimiento al Plan de Mejoramiento, Auditoría Regular vigencia xxxx, informe de Austeridad en el Gasto, Autoevaluación semestre xx de xxx, etc.

(6) CAPÍTULO: registre el numeral, título o página del informe donde se encuentre incluido el Hallazgo.

Ejemplo: 2.2.2 Gestión contractual – Deficiencias en los informes de supervisión, 3.2.1 Plan de Mejoramiento – Acciones incumplidas, 4.5.2 Gestión contractual – Inadecuada ejecución del plan de Compras.

(7) DESCRIPCIÓN DEL H, NC, PNC, OM o RMT: defina la situación evidenciada del hallazgo, / No Conformidad, Producto No Conforme y Riesgo materializado. Para el caso de la oportunidad de Mejora, documente la situación actual que da lugar a la mejora prevista.

Nota: Acción de Mejora, se considera toda acción que incrementa la capacidad de la organización para cumplir los requisitos; por tanto, no actúa sobre problemas reales o potenciales.

(8) ANÁLISIS DE CAUSA: registre el análisis realizado en equipo de gestores de proceso para determinar la razón de ocurrencia del hallazgo, no conformidad o Producto No Conforme. El análisis de causa para la oportunidad de mejora opera en forma similar al realizado para los

 CONTRALORÍA DE BOGOTÁ, D.C.	PROCEDIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO	Código formato: PGD-02-05 Versión: 11.0
		Código documento: PEM-04 Versión: 16.0
		Página 15 de 23

hallazgos, no conformidades, en este caso se describe las situaciones que se pueden mejorar para que el proceso se desarrolle de una forma más eficiente, eficaz y/o oportuna, a través de acciones de mejora.

(9) ACCIONES: registre las acciones para eliminar las causas que originaron el hallazgo, la no conformidad. Es importante señalar que para un hallazgo se puede implementar más de una acción. Cuando se trate de oportunidades de Mejora, debe registrarse en esta casilla las acciones a través de las cuales se logrará la mejora del proceso, para el desarrollo de este numeral se recomienda tener en cuenta el Anexo 2 “Aspectos Generales Formulación de Acciones Correctivas y de Mejora”

(10) INDICADOR: determine indicadores que permitan reflejar el cumplimiento de las acciones establecidas.

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

(12) ÁREA RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN: registre el área o dependencia responsable de ejecutar la acción. La responsabilidad de la ejecución puede estar compartida en varias áreas o dependencias, por lo que es necesario indicar para cada acción la dependencia responsable de su cumplimiento. Si las Dependencias pertenecen a diferentes procesos los Hallazgos deben incluirse en cada uno de ellos con su acción respectiva.

(13) RECURSOS: señale solamente los recursos adicionales que requiere la ejecución de la acción.

(14) CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN (dd/mm/aaaa): periodo durante el cual se determina la ejecución de la acción. Está compuesto por:

- **Fecha Inicial:** fecha prevista a partir de la cual se iniciará la ejecución de las acciones. Registre la fecha en formato (dd/mm/aaaa).
- **Fecha Final:** fecha prevista en que se concluirá la ejecución de las acciones. Registre la fecha en formato (dd/mm/aaaa).

(15) RESULTADO INDICADOR: determine el resultado del indicador a la fecha de corte del seguimiento, expresado mediante la formula

(16) GRADO DE AVANCE FÍSICO EJECUCIÓN DE LAS METAS (Seguimiento del Proceso): indique en valores porcentuales, el progreso de la ejecución de la meta establecida, frente al avance de las acciones.

(17) SEGUIMIENTO DEL PROCESO: espacio diligenciado por los responsables del proceso, donde se consigna el resultado del seguimiento efectuado a las acciones implementadas y la descripción del documento que soporta su ejecución.

 CONTRALORÍA DE BOGOTÁ, D.C.	PROCEDIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO	Código formato: PGD-02-05 Versión: 11.0
		Código documento: PEM-04 Versión: 16.0
		Página 16 de 23

Nota: los hallazgos cerrados por la Oficina de Control Interno (en sus auditorías o con sustento en los informes de entes externos (Auditoría Fiscal y / o Firma de auditoría Externa), deben ser trasladados por el Proceso respectivo a la hoja de “Hallazgos Cerrado).

(18) VERIFICACIÓN DE ACCIONES (OCI): espacio diligenciado por la Oficina de Control Interno - OCI, a partir de la verificación efectuada por los auditores internos de calidad o de control interno, donde se consigna en forma clara y precisa la eficacia de las acciones implementadas.

(19) ESTADO DEL H, NC, PNC, OM o RMA: determine el estado del hallazgo, No conformidad, Producto No Conforme, oportunidad de mejora o riesgo materializado, de acuerdo con la verificación efectuada a la eficacia de las acciones implementadas así:
Utilice las letras A, C, A*.

A: Abierto

C: Cerrado,

A*: Solicitud y/o reiteración de solicitud de cierre. Se utiliza en los casos en que la Oficina de Control Interno sugiere el cierre de los hallazgos formulados por los entes Externos y/o de control (Auditoría Fiscal y Auditoría Externa de Calidad) y tan solo ellos autorizan el cierre mediante informe.

Actualizado por: registre el nombre y cargo del (os) servidor (s) que realizó (aron) el seguimiento por parte del proceso correspondiente.

En caso, de que la actualización se requiera efectuar en fechas posteriores a la verificación realizada por la Oficina de Control Interno, como resultado de un informe de la Auditoría Fiscal, Auditoría Externa o una modificación solicitada por un Proceso del SIG, se debe registrar el nombre del funcionario que actualiza el plan; es decir, corresponderá al nombre de un funcionario del Proceso o uno de la Oficina de control Interno.

El Plan de mejoramiento actualizado debe ser comunicado mediante Comunicación oficial interna al responsable del Proceso correspondiente.

Verificado por: registrar el nombre del (os) servidor (es) que realizó (aron) la verificación de las acciones implementadas, así como la fecha de verificación.

Nota: para el diligenciamiento de los formatos, es importante no combinar celdas, ya que esto impide el procesamiento de la información. Si se implementaron varias acciones, debe utilizarse una fila para cada una de ellas y en el consecutivo para estos casos, colocar el mismo número del hallazgo para las acciones asociadas.

Fecha de actualización: corresponde a la última fecha de actualización del plan; si éste no sufre modificaciones, permanecerá la fecha del seguimiento.

Fecha de Verificación: corresponde a la fecha en la que la OCI realizó la verificación de acciones.

 CONTRALORÍA DE BOGOTÁ, D.C.	PROCEDIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO	Código formato: PGD-02-05 Versión: 11.0
		Código documento: PEM-04 Versión: 16.0
		Página 17 de 23

ANEXO 2. Aspectos Generales Formulación de Acciones Correctivas y de Mejora

 CONTRALORÍA DE BOGOTÁ, D.C.	Aspectos Generales Formulación de Acciones Correctivas y de Mejora	Código formato: PEM-04-02 Versión: 16.0
		Código documento: PEM-04 Versión: 16.0
		Página: x de y

FORMULACIÓN DE ACCIONES: las acciones correctivas y de mejora son las acciones implementadas para eliminar la causa de un hallazgo, una no conformidad o un riesgo materializado; por lo anterior, es necesario identificar las causas que generan el hallazgo o la no conformidad.

IDENTIFICACIÓN DE LAS CAUSAS: para la identificación de las causas, el equipo de gestores de proceso, llevará a cabo un análisis minucioso del hallazgo, con el fin de determinar por qué razón (es) se presentó el hallazgo o situación formulada por la auditoría correspondiente, utilizando para ello, la columna 8 (análisis de causa) del Anexo Plan de Mejoramiento - Acciones Correctivas y de Mejora, teniendo en cuenta la totalidad de aportes de los integrantes del equipo.

TÉCNICAS PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LAS CAUSAS: existen muchos métodos y herramientas disponibles en una organización para determinar la causa de un hallazgo o no conformidad, desde una lluvia de ideas hasta técnicas más complejas de resolución sistemática de problemas (por ejemplo, análisis de causa raíz, diagramas de pescado, "los cinco por qué", diagramas de árbol, etc.). La extensión y eficacia de la acción correctiva depende de la identificación de la verdadera causa raíz.

FORMULACIÓN DE ACCIONES: para la formulación de acciones, se utiliza la columna 9 (acciones) del Anexo Plan de Mejoramiento - Acciones Correctivas y de Mejora, teniendo en cuenta la totalidad de aportes de los integrantes del equipo.

Las acciones correctivas y de mejora deben tener un perfil de calidad que responda a las siguientes características:

- **Contextualizada:** deberá tomar en consideración el momento y la situación en la que se detectó el hallazgo, la no conformidad o el riesgo materializado, así como el conjunto de actores que intervienen en la situación cuya mejora se propone. Ha de ser real, acorde con el momento presente.
- **Clara:** debe ser entendible y concreta sin dar pie a libres interpretaciones.
- **Coherente:** con la evaluación realizada: deberá estar asociada a las fortalezas y debilidades señaladas, por lo que es conveniente precisar la correspondencia entre los juicios de valor (puntos fuertes y débiles) y por ende que la acción conlleve a la mejora.
- **Creativa:** en ocasiones se trata de aportar nuevas soluciones a viejos y reiterados problemas.
- **Fundamentada:** la calidad y pertinencia de la evidencia aportada no deben dejar lugar a la duda sobre la idoneidad y pertinencia de las acciones consideradas en la misma.

 CONTRALORÍA DE BOGOTÁ, D.C.	PROCEDIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO	Código formato: PGD-02-05 Versión: 11.0
		Código documento: PEM-04 Versión: 16.0
		Página 18 de 23

- **Medible:** formulada de manera que su resultado sea observable.
- **Priorizada:** prevalece la propuesta más importante para eliminar las causas que originaron las observaciones, consensuada entre el mayor número de personas involucradas, como garantía de compromiso de la ejecución de dicha propuesta.
- **Viable - factible:** es necesario que se analicen los posibles obstáculos en su ejecución. Desde un punto de vista estratégico, las medidas que se han de tomar deben producir los efectos a corto y mediano plazo. Por lo tanto, son formulaciones que miran hacia el futuro y parten de la experiencia pasada.

La acción a ejecutar debe prevenir que el hallazgo, la no conformidad; oportunidad de mejora o Riesgo materializado vuelva a ocurrir, eliminando la causa o situación que la generó.

Además de las anteriores consideraciones a tener en cuenta, es preciso resaltar que la redacción de la acción a ejecutar, debe iniciar con un verbo que determine la acción a llevar a cabo, redactado preferiblemente en tercera persona del tiempo presente y complementarse con el objeto y la condición, ejemplo:

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

El complemento de la acción,

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

EFICACIA DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORA:

Situación que dio origen a acción correctiva o de mejora tiende a ser individual en su naturaleza, se pueden utilizar una variedad de métodos o actividades para el cierre de la misma. Por ejemplo, algunas requerirán una verificación en el sitio (la cual puede requerir visitas posteriores), mientras otras pueden ser cerradas en forma remota revisando evidencia documentada).

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

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

 CONTRALORÍA DE BOGOTÁ, D.C.	PROCEDIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO	Código formato: PGD-02-05 Versión: 11.0
		Código documento: PEM-04 Versión: 16.0
		Página 19 de 23

7. CONTROL DE CAMBIOS

Versión	R.R. No. Fecha Día mes año	Descripción de la modificación
1.0	R.R. 015 13 marzo 2003	Ver procedimiento, link normatividad
2.0	R.R. 043 8 septiembre 2003	Ver procedimiento, link normatividad
3.0	R.R. 024 29 Junio 2005	Ver procedimiento, link normatividad
4.0	R.R. 017/2006	Ver procedimiento, link normatividad
5.0	R.R. 022 23 noviembre 2007	Ver procedimiento, link normatividad
6.0	R.R. 021 23 diciembre 2008	Ver procedimiento, link normatividad
7.0	R.R. 027 23 octubre 2009.	Ver procedimiento, link normatividad
8.0	R.R. 023 05 octubre 2010.	Ver procedimiento, link normatividad
9.0	R.R. 005 17 febrero 2011	Ver procedimiento, link normatividad
10.0	R.R. 024 20 noviembre 2012	Ver procedimiento, link normatividad
11.0	R.R. 044 30 octubre 2013	Ver procedimiento, link normatividad
12.0	R. R. No. 010 24 Febrero 2014	Ver procedimiento, link normatividad
13.0	RR. 021 11 Junio 2015	Ver procedimiento, link normatividad
14.0	RR. 071 30 diciembre 2015	El procedimiento cambió de versión 14.0 a 15.0. se ajusta en los siguientes aspectos: El nombre del procedimiento se ajusta agregando el término <i>“Preventivas”</i> Se complementó el Objetivo y el Alcance del procedimiento con los términos de <i>“No conformidades potenciales”</i> y <i>“riesgo materializado”</i> De la base legal se retiran las RR.046 de 2014 y 016 de 2015, ya que no tienen injerencia directa en el procedimiento Se adiciona las definiciones de: <i>“Acción preventiva”</i>, <i>“No conformidad Potencial”</i>, <i>“Oportunidad de Mejora”</i> y <i>“Riesgo Materializado”</i>.

PROCEDIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO

Versión	R.R. No. Fecha Día mes año	Descripción de la modificación
		Se ajusta la definición de “<i>Plan de mejoramiento</i>” Descripción del procedimiento: Se ajustaron y complementaron las actividades del procedimiento, los verbos rectores de cada actividad y puntos de control y observaciones, así: Actividad 2: Se incluye la observación, “<i>Origen 7: de este origen hacen parte los riesgos materializados (RMA)</i>”. Actividad 2 y 3, se ajusta la redacción de la actividad y se introduce “, <i>no conformidades potenciales, oportunidades de mejora y/ o Riesgo Materializado</i>” Actividad 4, se ajusta la redacción de la actividad y de la Observación. Actividad 5, se adiciona a la observación. “<i>Si un H, NC, NCP, OM o RMA, tiene más de una acción, en las cuales intervengan diferentes Procesos, el H, NC, NCP, OM o RMA y la acción correspondiente debe incluirse en el respectivo Plan de mejoramiento de cada proceso.</i>” Actividad 6, se agrega en la columna de responsable “<i>Responsable del proceso</i>” y se retira <i>profesional responsable</i>. Se ajusta la observación para indicar que “<i>el Plan de mejoramiento debe remitirse a través del SIGESPRO</i>”. Igualmente Actividad 7, se ajusta la observación para indicar que “<i>En el caso de que el Plan de mejoramiento sea el resultado de los hallazgos de las auditorías internas, la oficina de Control interno comunicara la aceptación del mismo al proceso mediante memorando, para lo cual contará con (3) tres días hábiles después de recibido el Plan.</i>” Actividad 9, se ajusta la observación para indicar que “<i>El plazo programado de ejecución de las acciones solo se ampliara previa justificación por una única vez.</i>” <i>La aceptación de estas solicitudes deberá comunicarse por parte de la oficina de control internos en los dos (2) días posteriores a su recibo.</i>”

 CONTRALORÍA DE BOGOTÁ, D.C.	PROCEDIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO	Código formato: PGD-02-05 Versión: 11.0
		Código documento: PEM-04 Versión: 16.0
		Página 21 de 23

Versión	R.R. No. Fecha Día mes año	Descripción de la modificación
		Actividad 10, se agrega en la columna de responsable <i>“Responsable del proceso”</i>. Se ajusta la redacción de la observación, y se modifica la periodicidad para el seguimiento en los siguientes términos <i>El seguimiento se efectuará al menos tres (3) veces al año, para lo cual se tendrá en cuenta la Circular vigente que determina las fechas de reporte de información</i> Actividad 12, se elimina <i>“cuatrimestralmente”</i>. El punto de control se cambia el término <i>“Acción”</i> por <i>“oportunidad”</i>. En la observación se elimina <i>“Esta verificación tendrá una periodicidad cuatrimestral”</i> Actividad 14, en la descripción de la actividad se adiciona <i>“mediante memorando, a través de SIGESPRO”</i> y en la observación se elimina <i>“Cuatrimestrales”</i>. El anexo 1 <i>“ Modelo Plan de Mejoramiento - Acciones Correctivas y de Mejora”</i> se modifican en los siguientes aspectos: El nombre del anexo se modifica por <i>“Anexo 1 Plan de Mejoramiento - Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora”</i> Columnas 3 y 7, se adiciona NPC, RMA y se cambia AM por OM. Columna 4 , se agrega <i>“ Preventiva”</i> Columna 13 se elimina, y por tanto se modifica la numeración de las columnas siguientes. Columna 12, se modifica el nombre <i>“Áreas responsable de cumplimiento”</i> por <i>“ Área Responsable de la ejecución”</i> Columna 19 antes 20, <i>“Estado del hallazgo”</i>, se cambia el nombre por: <i>“Estado de (H), (NC), (NCP), (OM) o (RMA)”</i> se introduce la convención <i>“NCPM”</i>, la cual se utiliza en el caso de que una No conformidad potencial se concrete. El instructivo 1 correspondiente al Anexo 1 se ajusta teniendo en cuenta la eliminación de la columna 13 del anexo 1 y de la introducción de los conceptos de: acción preventiva,

 CONTRALORÍA DE BOGOTÁ, D.C.	PROCEDIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO	Código formato: PGD-02-05 Versión: 11.0
		Código documento: PEM-04 Versión: 16.0
		Página 22 de 23

Versión	R.R. No. Fecha Día mes año	Descripción de la modificación
		oportunidad de mejora, no conformidad Potencial, y riesgo Materializado.
15.0	R.R. 029 31 agosto 2016	El procedimiento cambió de nombre a Plan de Mejoramiento versión 15.0 a 16.0. se ajusta en los siguientes aspectos: El nombre del procedimiento se ajusta eliminando “<i>acciones correctivas, Preventivas y de mejora</i>” Se cambió el código del documento PEC al de PEM versión 04 De las definiciones se suprimieron las de <i>Acción Preventiva y No Conformidad Potencial</i> De la definición <i>Efectividad</i> se suprimió la “<i>Nota. La medición de la efectividad se denomina, en la Ley 872 de 2003, como una medición del impacto</i>” y de la definición <i>Eficacia</i> se suprimió la “<i>Nota. La medición de la eficacia se denomina, en la Ley 872 de 2003, como una medición de resultado</i>”. Así mismo de las columnas actividades, observaciones, punto de control y registros se eliminaron los términos <i>Preventiva y No Conformidad</i>. De la Definición Informe de Auditoria, se cambió el termino <i>Programa</i> por <i>Plan</i>. Actividad 2, Se agregaron los orígenes: PQRs y Producto No Conforme De la actividad 12 se suprimió la observación “<i>La Oficina de Control Interno, efectuará el cierre de las acciones derivadas de las oportunidades de mejora definidas por la Auditoria Externa de calidad</i>” En el numeral 5.1. Formulación de causas y acciones, se eliminó como responsable al <i>Profesional</i> para las actividades 2, 3, 4 y 5. En el numeral 5.2 “seguimiento y verificación” actividades 13 y 14 se sustituyó el término “<i>informe de resultados</i>” por “<i>memorando</i>”.

 CONTRALORÍA DE BOGOTÁ, D.C.	PROCEDIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO	Código formato: PGD-02-05 Versión: 11.0
		Código documento: PEM-04 Versión: 16.0
		Página 23 de 23

Versión	R.R. No. Fecha Día mes año	Descripción de la modificación
		Igualmente en la actividad 14 se eliminó “y en copia magnética o través de correo institucional a la Dirección de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones para la publicación en la Intranet.” y la “Observación La Oficina de Control Interno, verificará que la Dirección de TICS mantenga en la Intranet las versiones actualizadas de las verificaciones realizadas (informe) de cada uno de los procesos”. En la actividad 15 se incluyó el termino “informe” y su publicación en la “Intranet”. Así mismo el registro “informe consolidado” y en la columna Observación se agregó “informe de verificación”. En la actividad 16 se incluyó “publicación página web”. En los Anexos 1. Plan de Mejoramiento - Acciones Correctivas y de Mejora-INSTRUCTIVO 1 y 2. Aspectos Generales Formulación de Acciones Correctivas y de Mejora, se eliminaron los términos “Preventiva”, “No Conformidad Potencial (NCP)” y “No Conformidad Potencial Materializada (NCPM)” y se agregó el término Producto no Conforme. A su vez en el formato del Anexo 01 en su acápite de pie de página se sustituyó la leyenda “Actualizado por (Profesional Proceso / Oficina de Control Interno)” por “Actualizado por (Responsable de Proceso)”.
16.0	R.R. 034 21 Noviembre 2017	

 CONTRALORÍA DE BOGOTÁ, D.C.	PROCEDIMIENTO RELACIÓN CON ENTES EXTERNOS Y DE CONTROL	Código de formato: PGD-02-05
		Código documento: PEM-05 Versión: 6.0
		Página: 1 de 14

Aprobación	Revisión Técnica
Firma:	
Nombre: BIVIANA DUQUE TORO	GRACE SMITH RODADO YATE
Cargo: Jefe Oficina	Director Técnico
Dependencia: Oficina de Control Interno	Dirección de Planeación
R.R. No. 034	Fecha 21 NOVIEMBRE DE 2017

1. OBJETIVO:

Establecer las actividades necesarias para dar trámite a los requerimientos y/o solicitudes de información de los entes externos y/o de control, así como la rendición de la cuenta fiscal al ente encargado de vigilar la gestión fiscal de la Contraloría de Bogotá D.C.

2. ALCANCE:

El procedimiento inicia con el recibo de la comunicación de los entes externos y/o de control sobre la realización de auditoría o solicitud de información y finaliza con el envío de los archivos de la cuenta rendida a la Dirección de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones para la publicación en la Página Web en el Link correspondiente.

3. BASE LEGAL:

NORMA	FECHA	DESCRIPCIÓN
Ley 87	29-nov-1993	Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones.
Decreto 1537	26-jul-2001	Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 87 de 1993 en cuanto a elementos técnicos y administrativos que fortalezcan el sistema de control interno de las entidades y organismos del Estado.
Decreto 943	21-may-2014	Por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno-MECI
Acuerdo 658	21-dic-2016	Por el cual se dictan normas sobre organización y funcionamiento de la Contraloría de Bogotá, D.C., se modifica su estructura orgánica e interna, se fijan funciones de sus dependencias, se modifica la planta de personal, y se dictan otras disposiciones

 CONTRALORÍA DE BOGOTÁ, D.C.	PROCEDIMIENTO RELACIÓN CON ENTES EXTERNOS Y DE CONTROL	Código de formato: PGD-02-05
		Código documento: PEM-05 Versión: 6.0
		Página: 2 de 14

NORMA	FECHA	DESCRIPCIÓN
Acuerdo 664	28-mar-2017	Por el cual se modifica parcialmente el acuerdo 658 del 21 de diciembre de 2016” "Por el cual se dictan normas sobre organización y funcionamiento de la Contraloría de Bogotá, D.C., se modifica su estructura orgánica e interna, se fijan funciones de sus dependencias, se modifica la planta de personal, y se dictan otras disposiciones
Resolución Reglamentaria No. 001 Auditoría Fiscal	19-oct-2016	Por medio de la cual se establece la forma, términos y el procedimiento para la rendición de la cuenta y presentación de informes a la Auditoría Fiscal ante la Contraloría de Bogotá D.C.

4. DEFINICIONES:

AUDITORÍA: proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias que, al evaluarse de manera objetiva, permiten determinar la extensión en que se cumplen los criterios definidos para la auditoría interna.

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

***Nota 2:** las auditorías internas, denominadas en algunos casos como auditorías de primera parte, se realizan por o en nombre de la propia organización, para la revisión por la Dirección y con otros fines internos. Pueden constituir la base para un auto declaración de conformidad de una organización.*

CARGUE: ingreso de información a un aplicativo

CERTIFICACIÓN: documento mediante el cual el responsable de rendir información, avala que la misma cumple con los principios de integralidad, veracidad, calidad, consistencia, oportunidad y que se remite dentro de los términos establecidos en la normatividad vigente.

CB: formulario electrónico estandarizado

CBN: documento electrónico

CUENTA FISCAL: conjunto de documentos que soportan legal, técnica, financiera y contablemente las operaciones realizadas por los responsables del erario durante un período determinado, en cumplimiento a los principios de economía, eficacia, eficiencia y equidad

FORMATO Y/O DOCUMENTO ELECTRÓNICO: forma particular de codificar información para ser almacenada.

 CONTRALORÍA DE BOGOTÁ, D.C.	PROCEDIMIENTO RELACIÓN CON ENTES EXTERNOS Y DE CONTROL	Código de formato: PGD-02-05
		Código documento: PEM-05 Versión: 6.0
		Página: 3 de 14

PLAN DE MEJORAMIENTO CONFORME: plan de mejoramiento aprobado por parte del ente externo y/o de control por el cumplimiento dentro de los términos, requisitos y condiciones establecidos.

RADICADO DE ENVÍO DE LA INFORMACIÓN: es el registro donde consta la fecha y hora de envío a un tercero.

RENDICIÓN DE CUENTA: deber legal y ético que tiene el servidor público, persona natural o jurídica a quien se le hayan confiado bienes o recursos de la entidad, de responder e informar sobre la administración, manejo y rendimiento de fondos, bienes y/o recursos públicos asignados y sobre los resultados de su gestión en el cumplimiento del mandato que le ha sido conferido.

SOLICITUD DE PRÓRROGA: tiempo adicional máximo otorgado por el ente de control en los casos solicitados por la entidad, para radicar la respuesta a la solicitud de información o rendición de la cuenta por parte de los responsables. Debe realizarse solamente para eventos que se tipifiquen como de fuerza mayor o caso fortuito.

TÉRMINO: tiempo máximo establecido por un ente externo y de control para la presentación de la cuenta o respuesta a solicitudes de información.

VALIDACIÓN: aplicación automatizada de una serie de controles y restricciones para asegurar la integridad de la información que se requiere de los sujetos de control, que permite generar un reporte sobre las inconsistencias en los registros, las cuales deben ser analizadas y corregidas cuidadosamente por el usuario del sujeto de control para continuar con el proceso de incorporación de información.

VERIFICACIÓN: confirmación que la información presentada por la dependencia o la entidad, cumple con los requisitos especificados en las resoluciones vigentes para la rendición de la cuenta, en la forma y términos establecidos.

	PROCEDIMIENTO RELACIÓN CON ENTES EXTERNOS Y DE CONTROL	Código de formato: PGD-02-05
		Código documento: PEM-05 Versión: 6.0
		Página: 4 de 14

5. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	REGISTRO	OBSERVACIONES/PUNTOS DE CONTROL
5.1. Trámite de Información ante los Entes Externos y/o de Control				
1	Contralor, Contralor Auxiliar, Director de Apoyo al Despacho	Recibe comunicación de los entes externos y/o de control sobre la solicitud de información.	Comunicación de entes externos y/o de control	Observación: En cuanto a información que los entes de control puede solicitar, se contempla: requerimientos, explicaciones a informes, plan de mejoramiento, entre otros. Si la comunicación corresponde a la Conformidad del Plan de Mejoramiento, se activa el procedimiento plan de mejoramiento.
2	Director de Apoyo al Despacho	Envía la comunicación a la Oficina de Control Interno para la preparación de la respuesta y en caso de que se requiera, la consolidación de la información.	Comunicación Oficial interna	Observación: Esta actividad se realiza para cualquier tipo de solicitud de información.
3	Jefe Oficina de Control Interno y/o Profesional responsable	Evalúa la comunicación para identificar los procesos y/o dependencias que deben enviar la información a la Oficina de Control Interno y remite comunicación interna a los responsables	Comunicación oficial Interna a los responsables de procesos.	
4	Director, Subdirector o Jefe de Oficina	Remite respuesta del requerimiento a la Oficina de Control Interno en los términos y parámetros establecidos. En caso de ser necesario, solicita ampliación de los términos ante la Oficina de Control Interno.	Comunicación Oficial interna y/o información adjunta.	Punto Control: Verifica que la información suministrada sea acorde con el requerimiento efectuado por el ente. Observación: En los casos que se requiera, la solicitud de prórroga debe estar justificada, en caso contrario, continuar en la actividad No. 6.

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	REGISTRO	OBSERVACIONES/PUNTOS DE CONTROL
5	Jefe Oficina de Control Interno	Tramita la solicitud de prórroga a través de la Dirección de Apoyo al Despacho	Comunicación Oficial interna	Observación: La Dirección de Apoyo al Despacho radica la solicitud formal ante el ente de control. Se activa la actividad 1 de este procedimiento. En caso de que el ente de Control no acepte la ampliación de términos, la información deberá suministrarse en el plazo inicialmente establecido.
6	Jefe Oficina de Control Interno y/o Profesional responsable	Valora la pertinencia de la respuesta suministrada por el (los) proceso(s) al requerimiento del ente de control y en caso de requerirse la consolida.		Observación: En caso que la respuesta no sea pertinente se deberá solicitar ajuste de manera inmediata, al proceso responsable.
7	Jefe Oficina de Control Interno	Remite a la Dirección de Apoyo al Despacho, el proyecto de respuesta para la firma del Contralor, con la información analizada, valorada y con visto bueno por cada uno de los responsables de proceso que intervinieron.	Comunicación Oficial interna	Observación: Mediante esta Comunicación se remite el Proyecto de respuesta para el ente externo y/o de control.
8	Director de Apoyo al Despacho	Tramita la firma del proyecto de respuesta por el Contralor de Bogotá y radica la comunicación final ante el ente externo y/o de control.	Respuesta definitiva firmada y radicada ante el ente externo y/o de control.	Observación: La Dirección de Apoyo debe remitir copia del radicado de recibo por parte del ente de control a la Oficina de Control Interno.

 CONTRALORÍA DE BOGOTÁ, D.C.	PROCEDIMIENTO RELACIÓN CON ENTES EXTERNOS Y DE CONTROL	Código de formato: PGD-02-05
		Código documento: PEM-05
		Versión: 6.0
		Página: 6 de 14

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	REGISTRO	OBSERVACIONES/PUNTOS DE CONTROL
5.2. Rendición de la Cuenta al Ente de Control				
9	Profesional Oficina de Control Interno	Elabora cronograma de presentación de información de las cuentas a rendir durante la vigencia	Cronograma de Presentación Reportes de Información de la Cuenta a la Auditoría Fiscal	Observación: Ver Anexo 1. Cronograma de Presentación Reportes de Información de la Cuenta a la Auditoría Fiscal. La rendición de la cuenta, se debe reportar de conformidad con los términos establecidos por la normatividad del ente de control.
10	Jefe de Oficina de Control Interno	Remite Comunicación Oficial interna recordando a las dependencias responsables y/o Direcciones Sectoriales sobre los términos de envío de la información.	Comunicación oficial interna	Observación: En los casos que amerite, la Oficina de Control Interno generará las alertas correspondientes para asegurar que la información sea enviada en forma oportuna.
11	Director, Subdirector o Jefe de Oficina	Remite a la Oficina de Control Interno la información correspondiente para su consolidación y envío.	Comunicación oficial interna. Certificación de la Información	Observación: Ver Anexo 2. Certificación de Información. La información anterior debe radicarse acompañada de las certificaciones donde consta que la misma cumple con los principios de integralidad, veracidad, calidad, consistencia y oportunidad.
12	Profesional Oficina de Control Interno	Realiza la revisión de la información reportada, verificando que los formatos y documentos electrónicos exigidos se encuentren diligenciados y completos.		Punto de control: Constata que la información se encuentre completa, en caso contrario envía correo electrónico y/o Comunicación Oficial interna a la dependencia correspondiente, informando sobre la inconsistencia detectada para que realice el ajuste respectivo dentro de los términos establecidos por la Oficina de Control Interno. Observación: En caso de encontrarse

 CONTRALORÍA DE BOGOTÁ, D.C.	PROCEDIMIENTO RELACIÓN CON ENTES EXTERNOS Y DE CONTROL	Código de formato: PGD-02-05
		Código documento: PEM-05 Versión: 6.0
		Página: 7 de 14

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	REGISTRO	OBSERVACIONES/PUNTOS DE CONTROL
				vigente el aplicativo correspondiente para la rendición de la cuenta, continúe en la actividad 16, caso contrario siga a la actividad 13.
13	Jefe Oficina de Control Interno	Remite a la Dirección de Apoyo al Despacho la información consolidada para la revisión y firma del Contralor, acompañada de la certificación donde consta que la misma cumple con los principios de integralidad, veracidad, calidad, consistencia y oportunidad.	Comunicación oficial interna Proyecto de respuesta para el ente externo y/o de control.	
14	Director de Apoyo al Despacho	Tramita el proyecto de oficio y la certificación, para la firma del Contralor de Bogotá y radica la comunicación final ante el ente externo y/o de control.	Comunicación oficial externa Certificación firmada por el Contralor de Bogotá.	
15	Director de Apoyo al Despacho	Envía a la Oficina de Control Interno la constancia de evidencia de recibido por parte del ente de Control.		Observación: Esta actividad se desarrolla en caso de no contar con un aplicativo para la rendición de la cuenta.
16	Jefe Oficina de Control Interno	Remite a la Dirección de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, la información respectiva a través de los aplicativos establecidos.		Observación: Esta actividad se desarrolla en caso de encontrarse vigente el aplicativo correspondiente para la rendición de la cuenta.
17	Profesional Oficina de Control Interno y de la Dirección de TICS	Realiza el cargue y transmisión de la información en el aplicativo establecido por el Ente de Control y genera el certificado de la transmisión de la cuenta	Certificado de la Transmisión.	Punto de Control: Verifica que se genere la Constancia de recibido de la rendición de la cuenta, emitida por el ente de Control y/o certificado de la transmisión emitido por el aplicativo correspondiente.

 CONTRALORÍA DE BOGOTÁ, D.C.	PROCEDIMIENTO RELACIÓN CON ENTES EXTERNOS Y DE CONTROL	Código de formato: PGD-02-05
		Código documento: PEM-05
		Versión: 6.0
		Página: 8 de 14

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	REGISTRO	OBSERVACIONES/PUNTOS DE CONTROL
				Observación: Esta actividad se desarrolla en caso de encontrarse vigente el aplicativo correspondiente para la rendición de la cuenta.
18	Profesional Oficina de Control Interno	Consolida la información remitida de los documentos y formatos electrónicos enviados correspondientes a la rendición de la cuenta y archiva una copia en medio físico y/o magnético		
19	Profesional Oficina de Control Interno	Envía los archivos de la cuenta rendida a la Dirección de Tecnología de la Información y las Comunicaciones para la publicación en la Página Web en el Link correspondiente.	Comunicación oficial interna	Punto de Control: La Oficina de Control Interno debe verificar que la información sea publicada en el link respectivo.

 CONTRALORÍA DE BOGOTÁ, D.C.	PROCEDIMIENTO RELACIÓN CON ENTES EXTERNOS Y DE CONTROL	Código de formato: PGD-02-05
		Código documento: PEM-05 Versión: 6.0
		Página: 9 de 14

6. ANEXOS:

ANEXO 1 - Cronograma de Presentación Reportes de Información de la Cuenta a la Auditoría Fiscal

 CONTRALORÍA DE BOGOTÁ, D.C.	CRONOGRAMA DE PRESENTACIÓN REPORTES DE INFORMACIÓN DE LA CUENTA A LA AUDITORÍA FISCAL VIGENCIA _____	Código formato: PEM-05-01 Versión 6.0
		Código documento: PEC-05 Versión: 6.0
		Página X de Y

INFORME	PERIODICIDAD	DEPENDENCIAS RESPONSABLES	PLAZO MÁXIMO DE REPORTE VIGENCIA xxxx												NORMATIVIDAD
			E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
INFORMACION EXTERNA															
CUENTA AUDITORÍA FISCAL	ANUAL														
	INTERMEDIA														
	MENSUAL														

Funcionario Responsable Oficina de Control Interno:

La rendición de la cuenta debe presentarse dentro de los términos establecidos en la resolución vigente de la Auditoría Fiscal.

 CONTRALORÍA DE BOGOTÁ, D.C.	PROCEDIMIENTO RELACIÓN CON ENTES EXTERNOS Y DE CONTROL	Código de formato: PGD-02-05
		Código documento: PEM-05 Versión: 6.0
		Página: 10 de 14

ANEXO 2 - Modelo Certificación de Información

PARA: Dr. (a). **Nombre del titular**
Oficina de Control Interno

DE: **Cargo del remitente**

ASUNTO: Envío **Nombre de la información**

REF: **Datos de la Comunicación Oficial interna de solicitud o instructivo para la rendición.**

Conforme a lo solicitado en la Comunicación Oficial interna de la referencia, de manera atenta le remito el formato **nombre de la información reportada** correspondiente a **fecha de corte de la información o vigencia**.

Certifico que la información aquí reportada cumple con los principios de integralidad, veracidad, calidad, consistencia y oportunidad y que se remite dentro de los términos establecidos en la normatividad vigente.

Cordialmente,

NOMBRE DEL REMITENTE

Anexo: SI ☐ NO ☐ Número de folios:

Proyectó/ Elaboró:
Revisó:

 CONTRALORÍA DE BOGOTÁ. D.C.	PROCEDIMIENTO RELACIÓN CON ENTES EXTERNOS Y DE CONTROL	Código de formato: PGD-02-05
		Código documento: PEM-05
		Versión: 6.0
		Página: 11 de 14

7. CONTROL DE CAMBIOS:

Versión	R.R. No.	Descripción de la modificación
1.0	R.R. 024 20 noviembre 2012	Ver procedimiento, link normatividad.
2.0	R.R. 044 30 octubre 2013	Ver procedimiento, link normatividad.
3.0	R.R. 021 11 junio 2015	Ver procedimiento, link normatividad.
4.0	R.R. 071 30 diciembre 2015	El procedimiento cambió de versión 4.0 a 5.0. - En normatividad se retira la RR.016 del 25 de marzo de 2015, porque no es pertinente para este procedimiento, - Los verbos de la Descripción del Procedimiento se ajustaron a tercera persona. 6. Descripción del Procedimiento / 6.1 Proceso de Trámite de Información ante los Entes Externos y/o de Control: Se ajustaron y complementaron las actividades del procedimiento, junto con registros, puntos de control y observaciones, así: Actividad 1: Se incluyó la Observación <i>“Si la comunicación corresponde a la Conformidad del Plan de Mejoramiento, se activa el procedimiento plan de mejoramiento – acciones correctivas, preventivas y de mejora”</i> Actividad 3: En la descripción se agregó <i>“ y/o Dependencias”</i>. Actividad 4: Se cambia al responsable por <i>“Director, Subdirector o Jefe de Oficina”</i>. Se ajusta la redacción de la Descripción y de la Observación de la actividad. Se agrega el control <i>“Verifica que la información suministrada sea acorde con el requerimiento efectuado por el ente”</i>. Actividad 5: se ajustan la descripción y la observación de la actividad. Actividades 6 se elimina <i>“Remitir respuesta del requerimiento a la Oficina de Control Interno en los términos y parámetros establecidos”</i> Actividad 8: Para esta versión corresponde a la actividad 7, se introduce como registro <i>“Comunicación Oficial interna”</i> y se

Versión	R.R. No.	Descripción de la modificación
		<i>ajusta la descripción”.</i> Actividad 9: Para esta versión corresponde a la actividad 8, la Observación se ajusta en los siguientes términos <i>”La Dirección de Apoyo debe remitir copia del radicado de recibo por parte del ente de control a la Oficina de Control Interno”</i> Actividades 10, 11 y 12 se eliminan, ya que corresponden a actividades propias del procedimiento de plan de mejoramiento – acciones correctivas, preventivas y de mejora. 6.2. Rendición de la Cuenta al ente de control: Debido a la eliminación de actividades en el acápite 6.1, la numeración para este acápite continúa en la actividad 10. Actividad 13 ahora 10, se ajusta la actividad así <i>”Elabora cronograma de presentación...”</i> Se agrega la siguiente una observación a la actividad 12 <i>”En caso de encontrarse vigente el aplicativo correspondiente para la rendición de la cuenta, continúe en la actividad 16, caso contrario siga a la actividad 13”</i> Las actividades 20, 21 y 22 pasan a ser las actividades 13, 14 y 15 Se agrega la actividad 18 <i>”Consolida la información remitida de los documentos y formatos electrónicos correspondiente a la rendición de la cuenta enviados y archiva una copia en medio físico y/o magnético”</i> Se adiciona la actividad 19, relacionada con el envío los archivos de la cuenta rendida a la Dirección de Tecnología de la Información y las Comunicaciones para la publicación en la Página Web en el Link correspondiente.
5.0	R.R. 029 31 agosto 2016	El procedimiento cambió de versión 5.0 a 6.0. Se realizan los ajustes de forma de acuerdo al Procedimiento para Mantener la Información Documentada del Sistema Integrado de Gestión – SIG, R.R. 027 de 2017 Se ajustó la base legal incluyendo el Decreto 943 de 2014, el Acuerdo 658 de 2016, el Acuerdo 664 de 2017 y la R.R. No. 001 de 2016 de la Auditoría Fiscal Se retira el Acuerdo 519 de 2012 y la R.R. No. 02 de 2012 de la Auditoría Fiscal En cuanto al numeral 4 se incluyeron las definiciones de: CB y

 CONTRALORÍA DE BOGOTÁ, D.C.	PROCEDIMIENTO RELACIÓN CON ENTES EXTERNOS Y DE CONTROL	Código de formato: PGD-02-05
		Código documento: PEM-05
		Versión: 6.0
		Página: 13 de 14

Versión	R.R. No.	Descripción de la modificación
		CBN y se ajustaron las definiciones de: cargue, cuenta fiscal, solicitud de prórroga y verificación. El numeral 6.1 “<i>Proceso de Trámite de Información ante los Entes Externos y/o de Control</i>” se modifica quedando 5.1 “<i>Trámite de Información ante los Entes Externos y/o de Control</i>” Para este mismo numeral se ajustaron y complementaron las actividades, registros, puntos de control y observaciones así: Actividad 1: Se modifica el nombre del procedimiento “<i>Plan de Mejoramiento Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora</i>” por procedimiento “<i>Plan de Mejoramiento</i>” Para los responsables de las actividades 3, 6, 7, 9, 12, 16, 17, 18 y 19 se elimina “<i>especializado o universitario y/o técnico</i>”, dejando únicamente “<i>Profesional responsable Oficina de Control Interno</i>”, “<i>Jefe Oficina de Control Interno</i>”, según corresponda. Actividad 4: Se ajusta la observación “<i>En los casos que se requiera, la solicitud de prórroga debe incluir la justificación correspondiente. Caso contrario, continuar en la actividad No. 6.</i>” quedando “<i>En los casos que se requiera, la solicitud de prórroga debe estar justificada; en caso contrario, continuar en la actividad No. 6.</i>” Actividad 8: Se reemplaza la actividad “<i>Revisa el proyecto de respuesta, posteriormente es firmado por el Contralor de Bogotá y radica la comunicación final ante el ente externo y/o de control.</i>” por “<i>Tramita la firma del proyecto de respuesta por el Contralor de Bogotá y radica la comunicación final ante el ente externo y/o de control.</i>” Actividad 9: En la observación se eliminan las palabras <i>mensual, intermedia y anual</i>, así como “<i>Ver Anexo 1. Cronograma de Presentación Reportes de Información de la Cuenta a la Auditoría Fiscal</i>” Actividad 11: Se adiciona “<i>Subdirector</i>” como responsable de la actividad Actividad 14 y 15: Se modifica “<i>Dirección</i>” por “<i>Director</i>” Actividad 19: Se incluye “<i>Comunicación Oficial Interna</i>” como registro de la actividad. En el punto de control se agrega la palabra “<i>sea</i>” El nombre del anexo 1 “<i>Modelo de Cronograma de Presentación Reportes de Información de la Cuenta a la Auditoría Fiscal Vigencia</i>” cambia a “<i>Cronograma de Presentación Reportes de</i>”

 CONTRALORÍA DE BOGOTÁ, D.C.	PROCEDIMIENTO RELACIÓN CON ENTES EXTERNOS Y DE CONTROL	Código de formato: PGD-02-05
		Código documento: PEM-05
		Versión: 6.0
		Página: 14 de 14

Versión	R.R. No.	Descripción de la modificación
		<i>Información de la Cuenta a la Auditoría Fiscal</i> Así mismo se incluye que “La rendición de la cuenta debe presentarse dentro de los términos establecidos en la resolución vigente de la Auditoría Fiscal” y se elimina “Mensual: El noveno día hábil siguiente al mes reportado. Intermedia: El primer día hábil del mes de agosto. Anual: Décimo primer día hábil del mes de febrero”
6.0	R.R. 034 21 Noviembre 2017	