

**PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS
GESTIÓN DE CALIDAD Y DOCUMENTAL**

COPIA CONTROLADA



INSTITUTO TOLIMENSE DE FORMACIÓN TÉCNICA PROFESIONAL "ITFIP"

PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS GESTIÓN DE CALIDAD Y DOCUMENTAL

Versión: 5.0

Fecha: Octubre de 2022

Código: M-GCD-01

Página: 1 de 2

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: ACTUALIZACIÓN DEL MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS.

RESPONSABLE: Profesional Universitario Encargado del proceso de Gestión de Calidad

OBJETIVO: Mantener actualizado el Manual de Procesos y Procedimientos de la Institución, con el fin de garantizar la implementación oportuna y eficaz de los procedimientos.

RESULTADOS ESPERADOS: Aplicabilidad del mejoramiento continuo con el fin de actualizar eficazmente los procedimientos.

LIMITES

Punto Inicial: Enviar solicitud Para elaborar o Modificar Documento en el formato (F10-OBL01)

Punto Final: Implementación del procedimiento.

FORMATOS IMPRESOS:

Solicitud para elaboración o modificación de documentos (F10-OBL01), Oficios relacionados.



INSTITUTO TOLIMENSE DE FORMACIÓN TÉCNICA PROFESIONAL "ITFIP"

PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS GESTIÓN DE CALIDAD Y DOCUMENTAL

Versión: 5.0

Fecha: Octubre de 2022

Código: M-GCD-01

Página: 2 de 2

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: ACTUALIZACIÓN DEL MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS.

DESCRIPCIÓN ESPECIFICA

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
1	Enviar solicitud Para elaborar o Modificar Documento en el formato (F10-OBL01)	Líder de proceso
2	Solicitar reunión a Comité Coordinador del S.G.C para revisar, analizar y aprobar los cambios solicitados con su debida justificación	Líder SGC
3	Elaborar acta de reunión con las decisiones del comité.	Líder SGC
4	Ajustar el manual de procesos y procedimientos teniendo en cuenta los cambios que fueron aprobados según reunión del comité	Profesional encargado S.I.G
5	Registrar y actualizar el listado maestro de procedimientos y documentos en caso de ser necesario.	Profesional encargado S.I.G
6	Enviar el procedimiento actualizado a la dependencia que realizo la solicitud.	Profesional encargado S.I.G
7	Realizar la socialización del procedimiento actualizado con los funcionarios colaboradores del proceso.	Líder del proceso solicitante
8	Implementación del procedimiento.	Líder del proceso solicitante o funcionario encargado

Elaborado Por: Profesional encargado S.I.G	Revisado Por Comité Coordinador SGC	Aprobado Por: Comité Coordinador SGC
---	---	--



**INSTITUTO TOLIMENSE DE FORMACIÓN TÉCNICA PROFESIONAL
"ITFIP"**

**PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS
GESTIÓN DE CALIDAD Y DOCUMENTAL**

Versión: 4.0

Fecha: Julio de 2016

Código: M-GCD-02

Página: 1 de 2

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: DISEÑO DE PLANES DE SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.

RESPONSABLE: Profesional Universitario Encargado del proceso Gestión de calidad

OBJETIVO: Programar las capacitaciones y asesorías para actualizar permanentemente a la comunidad universitaria en temas correspondientes al Sistema de Gestión de la Calidad.

RESULTADOS ESPERADOS: Comunidad permanentemente informada, capacitada en temas relacionados al Sistema de Gestión de Calidad

LIMITES

Punto Inicial: Identificar temas para sensibilizar o capacitar y registrarlos en el plan de acción o proyecto de aprendizaje.

Punto Final: Archivar memorias, registros y demás documentos que se consideren pertinentes

FORMATOS IMPRESOS: Registros de asistencia y/o Actas



**INSTITUTO TOLIMENSE DE FORMACIÓN TÉCNICA PROFESIONAL
"ITFIP"**

**PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS
GESTIÓN DE CALIDAD Y DOCUMENTAL**

Versión: 4.0

Fecha: Julio de 2016

Código: M-GCD-02

Página: 2 de 2

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: DISEÑO DE PLANES DE SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.

DESCRIPCIÓN ESPECÍFICA

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
1	Identificar temas para sensibilizar o capacitar y registrarlos en el plan de acción o proyecto de aprendizaje.	Profesional encargado S.I.G
2	Gestionar, diseñar y estructurar el contenido de la capacitación o actividad establecida en el Proyecto de aprendizaje	Profesional encargado S.I.G
3	Definir y elaborar material para socialización.	Profesional encargado S.I.G
4	Realizar convocatoria a los participantes o replica según lo especificado en el proyecto.	Profesional encargado S.I.G
5	Coordinar entrega material didáctico cuando se requiera.	Profesional encargado S.I.G
6	Hacer acompañamiento y seguimiento a las capacitaciones y generar informe que responda al proyecto de aprendizaje.	Profesional encargado S.I.G
7	Archivar memorias, registros y demás documentos que se consideren pertinentes	Profesional encargado S.I.G

Elaborado Por: Profesional encargado S.I.G	Revisado Por: Comité Coordinador SGC	Aprobado Por: Comité Coordinador SGC
--	--	--



**INSTITUTO TOLIMENSE DE FORMACIÓN TÉCNICA PROFESIONAL
"ITFIP"**

**PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS
GESTIÓN DE CALIDAD Y DOCUMENTAL**

Versión: 4.0

Fecha: Julio de 2016

Código: M-GCD-03

Página: 1 de 2

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: ADMINISTRACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.

RESPONSABLE: Equipo de Calidad

OBJETIVO: Mantener disponible la información relacionada con la implementación y mantenimiento del Sistema de Gestión de la Calidad de la Institución.

RESULTADOS ESPERADOS: Comunidad Institucional informada de manera oportuna y pertinente.

LIMITES

Punto Inicial: Recibir solicitud de información relacionada con el Sistema de Gestión de la Calidad del área que lo requiera.

Punto Final: Dar respuesta a la solicitud y proporcionar la información requerida oportunamente.

FORMATOS IMPRESOS: Oficios



**INSTITUTO TOLIMENSE DE FORMACIÓN TÉCNICA PROFESIONAL
"ITFIP"**

**PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS
GESTIÓN DE CALIDAD Y DOCUMENTAL**

Versión: 4.0

Fecha: Julio de 2016

Código: M-GCD-03

Página: 2 de 2

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: ADMINISTRACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

DESCRIPCIÓN ESPECIFICA

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
1	Recibir solicitud de información relacionada con el Sistema de Gestión de la Calidad del área o proceso que lo requiera.	Técnico Administrativo
2	Revisar, analizar y dar trámite a la solicitud recibida.	Profesional Universitario
3	Dar respuesta a la solicitud y proporcionar la información requerida oportunamente.	Profesional Universitario Técnico Administrativo

Elaborado Por: Profesional encargado S.I.G	Revisado Por: Comité Coordinador SGC	Aprobado Por: Comité Coordinador SGC
--	--	--



INSTITUTO TOLIMENSE DE FORMACIÓN TÉCNICA PROFESIONAL "ITFIP"

PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS GESTIÓN DE CALIDAD Y DOCUMENTAL

Versión: 5.0

Fecha: Octubre de 2022

Código: M-GCD-04

Página: 1 de 5

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: ELABORACIÓN Y CODIFICACIÓN DE DOCUMENTOS

RESPONSABLE: Profesional Universitario Gestión de Calidad

1. OBJETIVO: Definir, unificar y detallar la elaboración y conformación de los documentos empleados en la Institución y establecer la metodología para su elaboración, codificación y presentación.

2. ALCANCE: Describe la metodología para la elaboración de los documentos relacionados con el Sistema de Gestión de la Calidad y establece la estructura de cada tipo de documento y su forma de presentación. Aplica a todos los documentos que tengan relación directa con el Sistema de Gestión de la Calidad.

3. DEFINICIONES ESPECÍFICAS:

- ◆ **DOCUMENTO:** Información (datos que poseen significado) y su medio de soporte. El medio de soporte puede ser papel, disco magnético, óptico o electrónico, fotografía, muestra, patrón o una combinación de estos.
- ◆ **FORMATO:** Documento empleado para el registro de información necesaria para realizar un proceso o actividad específica.
- ◆ **LISTADOS MAESTROS:** Guías en las que se registra la versión actualizada y la identificación exacta de los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad.
- ◆ **POLÍTICA:** Documento que define directrices en el Instituto Tolimense de Formación Técnica Profesional.
- ◆ **PROCEDIMIENTO:** Documento interno en el que se presenta una descripción, la secuencia de las etapas para el desarrollo de un proceso de la Institución e identifica el responsable por el desarrollo de cada actividad.
- ◆ **REVISIÓN:** Actividad que consiste en verificar que el contenido de un documento corresponda a lo que se hace.



INSTITUTO TOLIMENSE DE FORMACIÓN TÉCNICA PROFESIONAL "ITFIP"

PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS GESTIÓN DE CALIDAD Y DOCUMENTAL

Versión: 5.0

Fecha: Octubre de 2022

Código: M-GCD-04

Página: 2 de 5

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: ELABORACIÓN Y CODIFICACIÓN DE DOCUMENTOS

4. CONDICIONES GENERALES:

Elaboración y codificación de documentos.

- El nombre de cada documento siempre se debe iniciar con las palabras procedimiento, plan, guía, manual, formato entre otros, según el tipo de documento que se esté elaborando.
- La redacción de los documentos debe ser clara, precisa y coherente, de tal manera que se facilite su comprensión y no permita falsas interpretaciones.
- A lo largo del texto se deba garantizar uniformidad en la terminología y en la redacción, empleando un mismo término para designar cada concepto. El texto debe estar libre de términos subjetivos como suficientemente, generalmente, adecuadamente, apropiadamente o similares.
- En la redacción del texto se deben usar frases cortas para facilitar el entendimiento.
- Todos los documentos y formatos se deben realizar teniendo en cuenta las especificaciones y orientaciones del proceso Sistema de Gestión de Calidad.



INSTITUTO TOLIMENSE DE FORMACIÓN TÉCNICA PROFESIONAL "ITFIP"

PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS GESTIÓN DE CALIDAD Y DOCUMENTAL

Versión: 5.0

Fecha: Octubre de 2022

Código: M-GCD-04

Página: 3 de 5

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: ELABORACIÓN Y CODIFICACIÓN DE DOCUMENTOS

- El código para todos los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad lo asigna el Equipo de Calidad, utilizando las dos siguientes consideraciones.
- La codificación de los documentos tiene la siguiente estructura:

X – YYY - # #, donde

X = Identificación del tipo de documento:

M: Manuales

G: Guías

I: Informes

N: Normograma

C: Caracterizaciones de procesos



**INSTITUTO TOLIMENSE DE FORMACIÓN TÉCNICA PROFESIONAL
"ITFIP"**

**PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS
GESTIÓN DE CALIDAD Y DOCUMENTAL**

Versión: 2.0

Fecha: Octubre de 2022

código: M-GCD-04

Página: 4 de 5

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: ELABORACIÓN Y CODIFICACIÓN DE DOCUMENTOS

YYY: Código del proceso:

DES	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO(Rectoría y Planeación)
CIN	CONTROL INTERNO
JUR	GESTIÓN JURÍDICA
VAD	DOCENCIA (Vicerrectoría Académica y Facultades)
VAI	INVESTIGACIÓN
VAP	PROYECCIÓN SOCIAL
VAR	REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO
VAB	BIENESTAR UNIVERSITARIO
VAS	SERVICIOS ACADÉMICOS Y BIBLIOTECA
GAD	GESTIÓN ADMINISTRATIVA E INFRAESTRUCTURA FÍSICA
GAA	ALMACÉN
GTH	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
GFI	GESTIÓN FINANCIERA
GFP	PRESUPUESTO
GFC	CONTABILIDAD
GFT	TESORERÍA
GCD	GESTIÓN DE CALIDAD Y DOCUMENTAL
OBL	PROCEDIMIENTOS OBLIGATORIOS DEL S.G.C.

#: Consecutivo del procedimiento



**INSTITUTO TOLIMENSE DE FORMACIÓN TÉCNICA PROFESIONAL
"ITFIP"**

**PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS
GESTIÓN DE CALIDAD Y DOCUMENTAL**

Versión: 4.0

Fecha: Julio de 2016

Código: M-GCD-04

Página: 5 de 5

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR Y CODIFICAR DOCUMENTOS

- La codificación de los formatos y anexos tiene la siguiente estructura:

N AA – X YYY # #

N: $\left\{ \begin{array}{l} \text{F si el documento es un Formato} \\ \text{A si el documento es un Anexo} \end{array} \right.$

AA: Consecutivo del formato, asignado a partir de 01, de acuerdo con la Secuencia.

YYYY##: Código del documento al que pertenece el formato

CONTENIDO MÍNIMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE LA INSTITUCIÓN

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: Nombre con el que se identifica

RESPONSABLE: Cargo del responsable del procedimiento.

OBJETIVO: Define el propósito que persigue con la aplicación del procedimiento

RESULTADOS ESPERADOS: Resultado que se obtiene del procedimiento

LIMITES: Identifica el punto inicial y el punto final del procedimiento

FORMATOS O IMPRESOS: Todos aquellos documentos, formatos o impresos que se requieran para llevar a cabo el procedimiento.

DESCRIPCIÓN ESPECÍFICA: Desarrollo de las actividades del procedimiento

5. FORMATOS O DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Guía Para Presentar Documentos y Formatos del S.G.C (**G-GCD-01**)

Elaborado Por:
Profesional encargado
S.I.G

Revisado Por:
Comité Coordinador SGC

Aprobado Por:
Comité Coordinador SGC

**PROCEDIMIENTOS
OBLIGATORIOS**



INSTITUTO TOLIMENSE DE FORMACIÓN TÉCNICA PROFESIONAL "ITFIP"

PROCEDIMIENTOS OBLIGATORIOS

Versión: 3.0

Fecha: Marzo de 2016

Código: M-OBL-01

Página: 1 de 7

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: CONTROL DE DOCUMENTOS

RESPONSABLE: Profesional Universitario Líder S.I.G.

1. OBJETIVO: Establecer los lineamientos que se deben utilizar para la elaboración, revisión, aprobación, distribución y modificación de los documentos que conforman el S.I.G de la Institución, así mismo la distribución y revisión de la documentación externa.

2. ALCANCE: Desde la solicitud o identificación de la necesidad de documentar una actividad hasta el establecimiento, implementación y mantenimiento del documento.

Las instrucciones de este procedimiento aplican a los documentos internos (Manual de Calidad, manual de procesos y Procedimientos, formatos e instructivos) al igual que los documentos externos (Leyes, Decretos, Normas, etc.) que hacen parte del S.I.G.

3. DEFINICIONES ESPECIFICAS:

3.1 DOCUMENTOS: Es toda información perteneciente al Sistema de Calidad que se registre y almacene en papel, video, cinta magnética o en cualquier otro medio.

3.2 DOCUMENTOS INTERNOS: Aquellos que emite la institución y que son de importancia para el buen funcionamiento de la misma en la implementación y mantenimiento del S.G.C estos son: (Manual de Calidad, Manual de Procesos y procedimientos, formato, instructivo, etc.)

3.3 DOCUMENTOS EXTERNOS: Son Emitidos por entidades externas a la institución y contienen información técnica o reglamentaria, estos son: (Leyes, resoluciones, normas, decretos, etc.).

3.4 FORMATO: Documento empleado para el registro de información necesaria para realizar un proceso o actividad específica, convirtiéndose así en un registro.

3.5 REGISTRO: Es un documento debidamente diligenciado en el cual reposa una evidencia de una actividad realizada.



INSTITUTO TOLIMENSE DE FORMACIÓN TÉCNICA PROFESIONAL "ITFIP"

PROCEDIMIENTOS OBLIGATORIOS

Versión: 3.0

Fecha: Julio de 2016

Código: M-OBL-01

Página: 2 de 7

3.6 COPIA CONTROLADA: Son copia de los documentos del Sistema Integrado de gestión que circulan dentro de la Institución cumpliendo con los controles establecidos, conservación y buen uso por parte del usuario.

3.7 COPIA NO CONTROLADA: Son copias de los documentos del Sistema Integrado de Gestión cuya circulación no se controla.

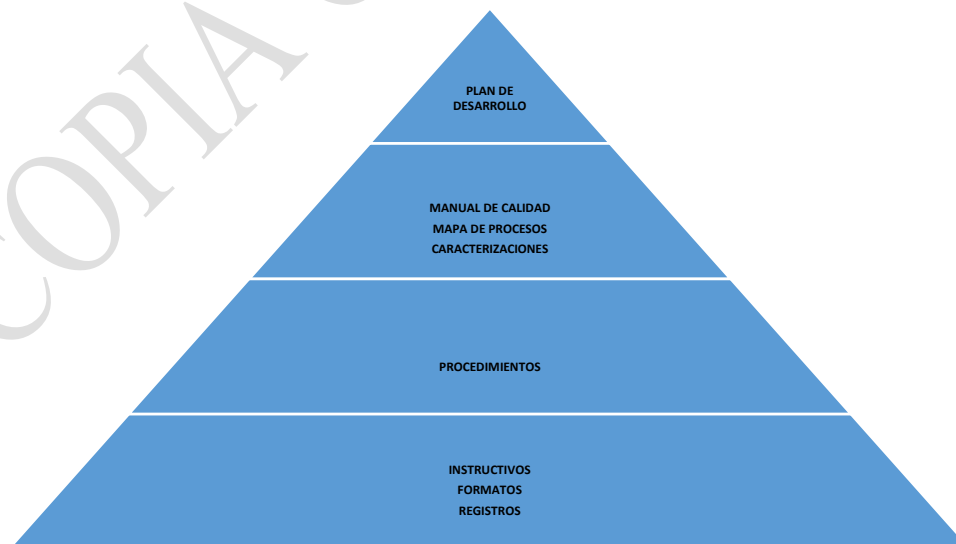
3.8 COPIAS OBSOLETAS: Son documentos del Sistema Integrado de Gestión cuya aplicabilidad y/o veracidad no es vigente.

3.9 DIFUSIÓN: Actividad mediante la cual se da a conocer un documento del S.I.G. al funcionario o funcionarios que lo deben aplicar

3.10 REVISIÓN: Introducción de los cambios que se consideran necesarios en cuanto al fondo y forma de un documento.

3.11 APROBAR: Es la autorización para utilizar un documento para los propósitos determinados.

3.12 ESTRUCTURA DE LA DOCUMENTACIÓN DEL ITFIP





**INSTITUTO TOLIMENSE DE FORMACIÓN TÉCNICA PROFESIONAL
"ITFIP"**

PROCEDIMIENTOS OBLIGATORIOS

Versión: 3.0

Fecha: julio de 2016

Código: M-OBL--01

Página: 3 de 7

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: CONTROL DE DOCUMENTOS

3.8 DOCUMENTACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.

DOCUMENTO	ELABORA	REVISAR	APRUEBA	RECEPTOR
Manual de Calidad	Líder S.I.G.	Comité coordinador del S.I.G	Rector	Todos los servidores públicos
Manual de Procesos y Procedimientos	Líderes de Procesos con apoyo de la Líder del S.I.G	Comité Coordinador del S.I.G	Comité coordinador y/o Rector	Todos los Servidores Públicos
Manual de funciones por competencias	Líderes de Procesos con apoyo de Profesional Universitario Especializado Proceso Gestión del Talento Humano	Vicerrector Administrativo	Rector	Todos los Servidores Públicos
Otros Documentos Relacionados con el S.I.G	Líderes de los procesos	Líder del Proceso, Comité Coordinador o Equipo Técnico de Calidad	Líder del proceso, si el documento involucra varios procesos Rector	Servidor Público relacionado con el proceso



INSTITUTO TOLIMENSE DE FORMACIÓN TÉCNICA PROFESIONAL "ITFIP"

PROCEDIMIENTOS OBLIGATORIOS

Versión: 3.0

Fecha: Julio de 2016

Código: M-OBL-01

Página: 4 de 7

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: CONTROL DE DOCUMENTOS

4. RESULTADO ESPERADO: Documentos actualizados y conservados de acuerdo al tipo de documento (copia controlada, copia no controlada, copias obsoletas).

5. CONDICIONES GENERALES:

- Todo documento que se genere debe responder a una necesidad del proceso o servicio de la institución.
- Las solicitudes para creación o modificación de un documento pueden detectarse por cualquier funcionario, quien informa al dueño del proceso, los cuales deben canalizarlas diligenciando el formato "solicitud para elaborar o modificar documento" (**F10-OBL01**) y enviarlo a la oficina de Calidad para su posterior análisis y aprobación por parte del Comité Coordinador o por el Rector.
- El equipo de Calidad debe garantizar que los procedimientos modificados sean revisados y aprobados por el comité coordinador y por el rector.
- La edición y codificación de los documentos es responsabilidad del proceso Gestión de calidad y documental.
- La difusión de un nuevo documento o uno modificado es responsabilidad del dueño del proceso que debe ejercer control global de las actividades expuestas en el documento o procedimiento.
- Un documento se considera obsoleto, a partir del momento en que se aprueba y entra en vigencia la nueva versión o el documento que lo reemplaza.
- Las copias controladas son manejadas únicamente por el proceso gestión de calidad y en medio magnético se encuentran en formato **PDF**. Cuando estos documentos o registros en PDF se imprimen, se convierten automáticamente en copias **No Controladas**.



INSTITUTO TOLIMENSE DE FORMACIÓN TÉCNICA PROFESIONAL "ITFIP"

PROCEDIMIENTOS OBLIGATORIOS

Versión: 3.0

Fecha: Julio de 2016

Código: M-OBL-01

Página: 5 de 7

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: CONTROL DE DOCUMENTOS

- La distribución de los documentos nuevos o modificados son responsabilidad del líder del proceso que origina el documento y se debe hacer diligenciando el formato para distribución o difusión de documentos **F01-MOBL01**. El archivo de los documentos obsoletos se maneja teniendo en cuenta la Ley de archivo (TABLAS DE RETENCIÓN).
- La oficina de Calidad debe mantener un archivo en medio físico y magnético con los documentos originales que pide la NTCGP 1000:2009.
- Toda elaboración, cambio o actualización de documento debe registrarse en los Listado Maestro de Control de Documentos por proceso (**F09-OBL01**), este listado debe ser actualizado por el equipo técnico de calidad permanentemente, quien se encargará de emitir las copias del documento en medio magnético en PDF como copia controlada y si es medio físico con marca de agua COPIA NO CONTROLADA, y entregarse al responsable del documento.
- Los documentos de origen externo pueden conservar su estructura original sin necesidad de adecuarlos a la estructura de codificación implementada en la institución.
- Los documentos de origen externo deben estar relacionados en un Listado Maestro de Control de Documentos Externos (**F11-OBL01**). este listado es administrado por la oficina de Calidad.



**INSTITUTO TOLIMENSE DE FORMACIÓN TÉCNICA PROFESIONAL
"ITFIP"**

PROCEDIMIENTOS OBLIGATORIOS

Versión: 3.0	Fecha: Julio de 2016	Código: M-OBL-01	Página: 6 de 7
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: CONTROL DE DOCUMENTOS			
DESCRIPCIÓN ESPECIFICA			
No	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	PUNTO DE CONTROL
1	Identificar la necesidad de crear o modificar un documento y canalizarla con el dueño del proceso.	Cualquier Funcionario	
2	Diligenciar formato de solicitud para elaborar o modificar documento (F10-OBL01) y remitirla a la oficina de Calidad para su respectivo trámite ante el Comité Coordinador.	Dueño del proceso	Formato (F10-OBL01) firmado por el líder del proceso
3	Revisar el documento y analizar el impacto de la solicitud en el Sistema Integrado de Gestión y decidir viabilidad o no de la misma.	Comité Coordinador	
4	Aprobar el documento y remitirlo a la oficina de calidad para su respectiva gestión. Nota: Para los documentos como Manuales o procedimientos que exige la NTCGP 1000, el comité coordinador revisa previamente algunos documentos para que el rector finalmente les de Vo.Bo. Y aprobación final.	Rector o Comité Coordinador	Verificar pertinencia. Formato (F10-OBL01) firmado por el representante del Comité Coordinador
5	Si el documento es nuevo, asignar preliminarmente código e incluirlo en el Listado Maestro Control de documentos (F09-OBL01) o actualizarlo de acuerdo al procedimiento adelantado	Equipo Técnico de Calidad	Acta Comité Coordinador
6	Actualizar listados maestros, recoger copias obsoletas o eliminarlo según sea el caso; distribuir el documento en PDF si es en medio magnético para controlarlo de modificaciones o si es medio físico marcarlo como copia no controlada para garantizar el control en su reproducción.	Equipo Técnico de Calidad	Listado Maestro de Control de Documentos (F09-OBL01) Actualizado
7	Socializar y difundir el nuevo documento.	Dueño del proceso	Correo electrónico o formato para distribución o difusión de documentos (F01-MOBL01)



**INSTITUTO TOLIMENSE DE FORMACIÓN TÉCNICA PROFESIONAL
"ITFIP"**

PROCEDIMIENTOS OBLIGATORIOS

Versión: 3.0

Fecha: Julio de 2016

Código: M-OBL-01

Página: 7 de 7

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: CONTROL DE DOCUMENTOS

7. DOCUMENTOS O FORMATOS IMPRESOS DE REFERENCIA

- ✓ Listado maestro control de documentos **F09-OBL01**
- ✓ Listado maestro control de documentos externos **F11-OLB01**
- ✓ Formato solicitud para crear o modificar documentos. **F10-OBL01**
- ✓ Formato distribución o difusión de documentos. **F01-MOBL01**

Elaborado Por:

Ruth Erika Morales Lugo

Revisado Por:

Comité Coordinador SGC

Aprobado Por:

Comité Coordinador SGC



INSTITUTO TOLIMENSE DE FORMACIÓN TÉCNICA PROFESIONAL "ITFIP"

PROCEDIMIENTOS OBLIGATORIOS

Versión: 3.0

Fecha: Julio de 2016

Código: M-OBL-02

Página: 1 de 3

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: CONTROL DE REGISTROS

RESPONSABLE: Profesional Universitario Líder S.I.G.

1. **OBJETIVO:** Establecer las actividades y controles necesarios para la identificación, almacenamiento, protección, recuperación, tiempo de retención y la disposición de los registros, soportes y evidencias de los procedimientos.
2. **ALCANCE:** Este procedimiento aplica a todos los registros del S.I.G con el propósito de proporcionar evidencia de conformidad con los requisitos desde la identificación hasta el mantenimiento del registro de acuerdo a las disposiciones establecidas.

3. DEFINICIONES ESPECIFICAS:

- a. **REGISTRO:** Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.
 - b. **PROTECCIÓN:** Disposiciones establecidas para salvaguardar las características de legibilidad y acceso a los registros.
 - c. **RECUPERACIÓN:** Disposiciones para impedir la pérdida irreparable de información
 - d. **TIEMPO RETENCIÓN:** Tiempo durante el cual se debe conservar el registro bajo las condiciones establecidas ya sea en archivo activo o muerto.
 - e. **DISPOSICIÓN:** Acción de tomar una vez se haya terminado el tiempo de retención de los registros, se puede aplicar como tipo de disposición final el archivo muerto y/o destrucción del documento.
 - f. **LISTADO MAESTRO DE REGISTROS:** Índice utilizado para describir en forma ordenada los formatos, planea de acción, cronogramas, actas, registros, informes, etc.
4. **RESULTADOS ESPERADOS:** Registros controlados y manejados adecuadamente para evidenciar la eficacia del Sistema Integrado de Gestión en la Institución.



INSTITUTO TOLIMENSE DE FORMACIÓN TÉCNICA PROFESIONAL "ITFIP"

PROCEDIMIENTOS OBLIGATORIOS

Versión: 3.0

Fecha: julio de 2016

Código: M-OBL-02

Página: 2 de 3

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: CONTROL DE REGISTROS

5. CONDICIONES GENERALES

- La codificación de los formatos y registros se encuentra especificada en el procedimiento para elaborar y codificar documentos del Proceso Gestión de Calidad y Documental.
- El tiempo de retención puede depender de los siguientes criterios: Compromisos contractuales, políticas de la institución y periodos de evaluación del Sistema Integrado de Gestión y la disposición final de estos se realiza de acuerdo a los establecido en las tablas de retención.
- Los registros deben ser legibles y coherentes con el tiempo, lugar y actividad.
- Ningún registro en medio impreso (manuscrito) se debe generar a lápiz.
- La Institución se reserva los criterios para establecer cuando un registro es confidencial o no y estos se pueden consultar previa autorización.
- Bajo ninguna circunstancia se permite generar copias de los registros confidenciales salvo con la autorización del responsable del proceso.
- Los métodos de archivo y disposición deben garantizar el fácil acceso a los lugares específicos donde se encuentren los registros.
- Las responsabilidades con respecto al archivo de los registros y disposición de los mismos se encuentran relacionados en el listado maestro de control de registros **F12-OBL02**.
- Los registros pueden mantenerse en cualquier forma, ya sea como documentos físicos o magnéticos. El almacenamiento debe ser apropiado para el medio, de tal forma que se reduzca el riesgo de deterioro, daño o pérdida
- Los registros en medio impreso se deben proteger de factores que impliquen humedad y polvo.
- Cuando un funcionario de la Institución diferente a los autorizados desea tener acceso a un registro debe pedir autorización al responsable del proceso.
- Se deben hacer Backus de los registros permanentemente.



INSTITUTO TOLIMENSE DE FORMACIÓN TÉCNICA PROFESIONAL "ITFIP"

PROCEDIMIENTOS OBLIGATORIOS

Versión: 3.0 **Fecha:** Julio de 2016 **Código:** M-OBL-02 **Página:** 3 de 3

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: CONTROL DE REGISTROS

6. DESCRIPCIÓN ESPECIFICA

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	PUNTO DE CONTROL
1	Identificar los registros que pertenecen al Sistema Integrado de Gestión. <i>Nota: Para determinar la necesidad de tener un nuevo registro o la modificación de uno existente seguir lo establecido en el procedimiento M-OBL-01</i>	Cualquier funcionario o dueño de proceso	Listado maestro Control de Registros
2	Tramitar creación o modificación del documento (registro) en el formato F10-OBL01.	Cualquier funcionario o dueño de proceso	
3	Diligenciar los registros correspondientes (de acuerdo con los procedimientos), que den evidencia del cumplimiento de requisitos o de la realización de las actividades.	Cualquier funcionario o dueño de proceso	Formato debidamente diligenciado
4	Registrar o actualizar la información en el "Listado Maestro Control de Registros" F12-OBL02.	Equipo de Calidad	Listado Maestro Control de Registros (F09-OBL01) Actualizado
5	Controlar los registros de calidad, para asegurar su correcta identificación, correcto almacenamiento, y que se estén cumpliendo las características que aseguren su protección.	Líder de proceso y/o funcionario asignado	
6	Determinar la disposición a aplicar a cada registro una vez haya culminado el periodo de retención del archivo y criterios establecidos. (Información registrada en Listado Maestro de Registros F12-OBL02 – Tablas de Retención).	Líder de proceso y/o funcionario asignado	Archivo de gestión

7. DOCUMENTOS O FORMATOS IMPRESOS DE REFERENCIA:

- Listado maestro control de registros F12-OBL02

Elaborado Por: Ruth Erika Morales Lugo	Revisado Por: Comité Coordinador SGC	Aprobado Por: Comité Coordinador SGC
--	--	--



INSTITUTO TOLIMENSE DE FORMACIÓN TÉCNICA PROFESIONAL "ITFIP"

PROCEDIMIENTOS OBLIGATORIOS

Versión: 4.0

Fecha: Abril 23 de 2019

Código: M-OBL-03

Página: 1 de 5

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: AUDITORIAS INTERNAS INTEGRADAS

RESPONSABLE: Asesor de Control Interno – Auditor Líder

1. OBJETIVO: Planificar, desarrollar, mantener y realizar un programa de auditorías Integrales para determinar la efectividad del sistema de Control Interno y el sistema de gestión de calidad, en el cumplimiento de los objetivos institucionales, a través del monitoreo, valoración y verificación objetiva e independiente y que estos se desarrollen conforme a los lineamientos legales, constitucionales, institucionales y las normas de calidad aplicables.

2. ALCANCE: Este procedimiento aplica a todos los procesos institucionales.

3. RESULTADOS ESPERADOS: Generar acciones de mejoramiento continuo en la gestión institucional

4. DEFINICIONES:

4.1 AUDITORIA: Proceso sistemático independiente y documentado para obtener evidencia de la auditoria y evaluar de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplan los criterios de auditoria.

4.2 ALCANCE DE AUDITORIA: Extensión y límites de una auditoria. Incluye generalmente una descripción de las ubicaciones, las unidades de la organización, las actividades y los procesos; así como el periodo de tiempo

4.3 AUDITOR: Persona con la competencia para llevar a cabo una auditoria

4.4 AUDITADO: Organización o proceso que es auditado.

4.5 CRITERIOS DE AUDITORIA: Conjunto de políticas, procedimientos o requisitos que se utilizan como una referencia frente a la cual se compara la evidencia de auditoria.

4.6 EQUIPO AUDITOR: Uno o más auditores que llevan a cabo una auditoria, con el apoyo si es necesario de expertos técnicos.

4.7 EVIDENCIA DE AUDITORIA: Registros, declaraciones de hechos, o cualquier otra información pertinente para los criterios de auditoria y que son verificables.

4.8 HALLAZGOS: Resultados de la evaluación de la evidencia, frente a los criterios de la auditoria.

4.9 NO CONFORMIDAD: Incumplimiento de un requisito.



INSTITUTO TOLIMENSE DE FORMACIÓN TÉCNICA PROFESIONAL "ITFIP"

PROCEDIMIENTO CONTROL INTERNO PROCEDIMIENTOS OBLIGATORIOS

Versión: 4.0

Fecha: Abril 23 de 2019

Código: M-OBL-03

Página: 2 de 5

4.10 OBSERVACIÓN DE AUDITORIA: Comentario escrito del auditor, acerca de una situación que genera riesgo de convertirse en una no conformidad, o que puede ser una oportunidad de mejora. Puede tratarse como una acción preventiva o de mejora.

4.11 EXPERTO TECNICO: Persona que suministra un conocimiento específico o experiencia al equipo auditor.

NOTA 1: El conocimiento específico o experiencia es aquel relacionado con la organización, proceso o actividad que van a ser auditados.

NOTA 2: Un experto técnico no actúa como auditor en el equipo auditor.

4.12 PLAN DE AUDITORIA: Descripción de las actividades y de los detalles acordados en una auditoria.

4.13 PROGRAMA DE AUDITORIA: Conjunto de una o más auditorias planificadas para un periodo de tiempo determinado y dirigidas hacia un propósito específico.

5. CONDICIONES GENERALES

- Las auditorías internas son coordinadas por el Asesor de Control Interno y/o Auditor Líder designado.
- El Asesor de Control Interno, selecciona el equipo de auditores con la competencia específica, para el periodo a auditar, teniendo en cuenta el Anexo del procedimiento "**PERFIL DEL AUDITOR INTERNO**" **A01- MOBL03**.
- El funcionario designado como Auditor Interno debe cumplir con el perfil del cargo definido, con el fin de contar con la competencia del auditor y estar en capacidad de desarrollar auditorías internas integrales.
- Con el fin de establecer las pautas sobre el adecuado comportamiento y forma de actuar de los auditores internos del ITFIP los auditores deben conocer el **Código de Ética del Auditor - A02- MOBL03**



INSTITUTO TOLIMENSE DE FORMACIÓN TÉCNICA PROFESIONAL "ITFIP"

PROCEDIMIENTO CONTROL INTERNO

Versión: 4.0

Fecha: Abril 23 de 2019

Código: M-OBL-03

Página: 3 de 5

- Los auditores los evaluara el dueño del proceso Auditado y el Auditor Líder utilizando el formato Evaluación de Auditores **F18-OBL03**.
- Las auditorias también podrán ser realizadas por auditores expertos contratados cuando se consideren necesario, el cual debe cumplir con el perfil de Auditor de la norma o proceso a auditar.
- Los auditores internos no podrán auditar su propio proceso.
- Las auditorias se realizarán de acuerdo al **Programa de Auditorías F13-OBL03**, elaborado por el Asesor de Control Interno y el líder del S.I.G., este programa debe ser aprobado por el Comité de Control Interno.
- El plan de auditorías **F14-OBL03**, lo debe preparar los auditores asignados a los procesos junto con la coordinación del Auditor Líder y presentarlo antes de que comiencen las auditorias in-situ; este debe ser revisado y aceptado por el responsable del proceso a auditar. Si el Auditor es contratado externamente debe entregar el Plan de Auditoria con mínimo 8 días de anticipación a la misma, el cual debe ser aprobado por el Asesor de Control Interno o Auditor líder y comunicarlo a todos los líderes de proceso.
- Los líderes de los procesos deben documentar las Acciones respectivas derivadas de los hallazgos, diligenciando el formato "Reporte Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora" **F17-OBL07**, en el menor tiempo posible, una vez haya recibido el informe de la auditoría realizada, posteriormente remitirlo a la Oficina de Control Interno en medio físico y magnético, para su revisión, verificación y cierre de la no conformidad por parte del auditor.
- El Informe de Auditoria **F16-OBL03**, debe entregarse al auditor líder a más tardar 15 días después de haber terminado la auditoria in-situ. Este informe contiene como mínimo la siguiente información: Datos generales (proceso auditado, alcance, fecha, objetivo), fortalezas, aspectos a mejorar y hallazgos, conclusión de la auditoria.



INSTITUTO TOLIMENSE DE FORMACIÓN TÉCNICA PROFESIONAL "ITFIP"

PROCEDIMIENTO CONTROL INTERNO PROCEDIMIENTOS OBLIGATORIOS

Versión: 4.0	Fecha: Abril 23 de 2019	Código: M-OBL-03	Página: 4 de 5
---------------------	--------------------------------	-------------------------	-----------------------

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: AUDITORIAS INTERNAS INTEGRALES

6. DESCRIPCIÓN ESPECIFICA

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	PUNTO DE CONTROL
1	Elaborar Programa de Auditorias Internas de Gestión y del SGC en el formato F13-OBL03	Asesor Control Interno Líder S.I.G	Programa de Auditorias Internas F13-OBL03
2	Revisar y aprobar el programa de auditorías en reunión de CCSCI.	C.C.S.C.I	Acta Comité Control Interno
3	Selección del Equipo Auditor o contratación del servicio profesional de Auditoria según sea el caso o la necesidad del servicio	Asesor de Control Interno	Oficio o Requerimiento de servicio
4	Comunicar el Programa de Auditorías a los líderes de proceso	Asesor de Control Interno	Correo Electrónico
5	Elaborar Plan de Auditorias F14-OBL03 y enviarlo al(os) funcionario(s) que se van a auditar, para su conocimiento, revisión y aprobación.	Auditor	Plan de Auditorias aprobado F14-OBL03
6	Preparación de las actividades de auditoria In-situ y Revisión de la documentación).	Auditor	Documentos del proceso a auditar
7	Realizar las actividades de auditoria In-situ, elaborar el informe y registrar los hallazgos encontrados en el formato F16-OBL03 y entregarlo al Asesor de Control Interno antes de 15 días de finalizada la auditoria.	Auditor	Informe de Auditoria F16-OBL03
8	Entregar copia del Informe de la auditoria al auditado para aprobación y firma.	Auditor	
9	Elaboración del Informe Final de la Auditoria si el alcance implica más de dos procesos o programas.	Asesor de Control interno	Informe Final de Auditoria



**INSTITUTO TOLIMENSE DE FORMACIÓN TÉCNICA PROFESIONAL
"ITFIP"**

**PROCEDIMIENTO CONTROL INTERNO
PROCEDIMIENTOS OBLIGATORIOS**

Versión: 4.0	Fecha: Abril 23 de 2019	Código: M-OBL-03	Página: 5 de 5
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: AUDITORIAS INTERNAS INTEGRALES			
6. DESCRIPCIÓN ESPECIFICA			
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	PUNTOS DE CONTROL
10	Realizar actividades de seguimiento de la auditoria de las No Conformidades detectadas, Acciones de Mejora y Acciones preventivas identificadas en el formato "Reporte Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora" F17-OBL07 .	Asesor de Control interno Profesional Universitario Control Interno	Matriz de seguimiento a las ACPM por proceso
11	Realizar la evaluación de los auditores internos diligenciando el formato F18-OBL03 y comunicarle a los mismos los resultados.	Auditados Asesor de Control interno	Reporte de resultados de la evaluación

7. DOCUMENTOS O FORMATOS IMPRESOS:

- Documentos de referencia
- **NTC – ISO 9001:2015**
- **NTC – ISO 19011** Directrices para la auditoria de los Sistemas de Gestión de la Calidad.
- Programa de auditorias internas **F13-OBL03**
- Plan de auditorías **F14-OBL03**
- Hoja de verificación **F15-OBL03**
- Procedimiento a auditar
- Informe de auditorías **F16-OBL03**
- Formato "Reporte Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora" **F17-OBL07**.
- Formato Evaluación de Auditores **F18-OBL03**

Elaborado Por: Líder S.I.G. Ruth Erika Morales Asesor Control Interno	Revisado Por: Comité Coordinador SGC	Aprobado Por: Comité Coordinador SGC
--	--	--



INSTITUTO TOLIMENSE DE FORMACIÓN TÉCNICA PROFESIONAL "ITFIP"

ANEXO A. PERFIL AUDITOR INTERNO PROCEDIMIENTO AUDITORIAS INTERNAS INTEGRALES

Versión: 4.0

Fecha de Emisión Abril 23 de 2019

Código: AA- MOBL03

PERFIL DEL AUDITOR INTERNO DE CALIDAD DEL "ITFIP"

Los responsables de auditar los procesos del Instituto Tolimense de Formación Técnica profesional deben cumplir con los siguientes requisitos de formación, habilidades y experiencia:

EDUCACIÓN: Técnico Profesional o Profesional Universitario

FORMACIÓN: Tener formación como Auditor Interno como mínimo de 20 Horas

HABILIDADES: de Comunicación, Interrelación personal y trabajo en equipo

- Facilidad de expresión verbal y escrita dada la necesidad de preparar informes y de expresar oralmente ideas y resultados.
- Capacidad para visualizar la organización como un todo (visión sistémica) y además comprender la interacción de los procesos.
- Habilidad de persistir, centrarse y orientarse hacia los objetivos aunque las circunstancias no faciliten el desarrollo del trabajo, manteniendo el curso de acción.
- Capacidad de análisis y criterio, con base en un razonamiento lógico para llegar a conclusiones basadas en evidencia objetiva.
- Mente abierta, entendida como la capacidad o disposición para considerar y comprender puntos de vistas diferentes al propio y/o identificar alternativas en el desarrollo de una actividad, situación anormal o problema.
- Actitud ética en el desempeño de sus actividades y principalmente para conservar información obtenida en el desarrollo de la auditoria bajo estricta confidencialidad, sin difundirla o dar uso diferente a los objetivos de la auditoria.
- Capacidad de actuar de manera proactiva en cualquier situación en la que participe, anticipando dificultades y proponiendo soluciones que las minimice, atenué o elimine.



INSTITUTO TOLIMENSE DE FORMACIÓN TÉCNICA PROFESIONAL "ITFIP"

ANEXO A. PERFIL AUDITOR INTERNO PROCEDIMIENTO AUDITORIAS INTERNAS

Versión: 4.0

Fecha de Emisión: Abril 23 de 2019

Código: A01- MOBL03

EXPERIENCIA:

Haber participado en la realización de por lo menos una auditoria interna a un proceso institucional.

RESPONSABILIDADES:

- Preparar la auditoria asignada en forma coherente con el objetivo y alcance de la misma, previamente definidos.
- Realizar la reunión de apertura con el auditado, con el fin de aclarar el objetivo y alcance de la auditoria, los recursos requeridos, las áreas a visitar en desarrollo de la auditoria, las reuniones requeridas una vez concluido el trabajo de campo y la fecha de entrega del respectivo informe (plano no mayor a 15 días después de terminada la auditoria in situ).
- Recolectar evidencia que permita identificar no conformidades y oportunidades de mejoramiento para los procesos auditados.
- Informar de manera oportuna las dificultades que se presenten en el desarrollo de una auditoria interna.
- Identificar y redactar las no conformidades y observaciones que se derivan de la actividad de auditorías.
- Preparar el informe de auditoría.
- Realizar la reunión de cierre con el auditado y el responsable del proceso auditado, con el fin de presentar los resultados de auditoria.



INSTITUTO TOLIMENSE DE FORMACIÓN TÉCNICA PROFESIONAL "ITFIP"

ANEXO B. CÓDIGO DE ÉTICA AUDITOR INTERNO

Versión: 4.0

Fecha de Emisión: Abril 23 de 2019

Código: A02- MOBL03

ANEXO B. CÓDIGO DE ÉTICA AUDITOR INTERNO

Según como lo establece el Marco Internacional para la Práctica Profesional de la Auditoría Interna: *“La Auditoría interna es una actividad independiente y objetiva de aseguramiento y consulta, concebida para agregar valor y mejorar las operaciones de una organización. Ayuda a la entidad a cumplir sus objetivos aportando un enfoque sistemático y disciplinado para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de gestión de riesgos, control y gobierno.”*

Teniendo en cuenta que el Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el estado Colombiano MECI 2014 determina que debe existir un documento que recoja los valores y principios éticos que promueve la Entidad y las políticas de Desarrollo Administrativo, en especial las de Gestión del Talento Humano y Transparencia, Atención y Servicio al Ciudadano, estas orientan a las entidades hacia la formación de valores de responsabilidad y vocación de servicio, de tal manera que se promueva el interés general en la administración de lo público y la publicidad de las actuaciones de los servidores y la prevención de conductas corruptas.

Dado lo anterior, se establece la implementación del código de ética del auditor del ITFIP Institución de Educación Superior con el fin de promover la cultura ética y generar confianza en el desarrollo de las funciones de la Auditoría interna, asegurando la objetividad e independencia.

Objetivo: Establecer pautas sobre el adecuado comportamiento y forma de actuar de los auditores internos de ITFIP y promover una cultura ética en la actividad de auditoría interna, por medio de la adopción de principios y reglas de conducta que generen confianza en el aseguramiento objetivo sobre la gestión de riesgos, control y dirección.

Alcance: El presente Código de Ética aplica a los servidores públicos que ejerzan como Auditores Interno

A continuación se establece el comportamiento personal del Auditor según lo establecido en la norma ISO 19011:2012 Directrices para la auditoria de los sistemas de gestión y los principios éticos y reglas de conducta para los Auditores internos del ITFI.

COMPORTAMIENTO PERSONAL – NTC-ISO 19011:2012

Los auditores deberían poseer las cualidades necesarias que les permitan actuar de acuerdo con los principios de la auditoría. Los auditores deben demostrar un comportamiento personal durante el desempeño de las actividades de la auditoría, incluyendo ser:

- Ético, es decir imparcial, sincero, honesto y discreto.
- De mentalidad abierta, es decir dispuesto a considerar ideas o puntos de vista alternativos;
- Diplomático, es decir, contacto con tacto, en las relaciones con las personas;
- Observador, es decir, activamente consciente del entorno físico y las actividades;
- Perceptivo, es decir, consiente y capaz de entender las situaciones,
- Versátil, es decir, capaz de adaptarse fácilmente a diferentes situaciones.
- Tenaz, es decir persistente y orientado hacia el logro de los objetivos.
- Decidido, es decir, capaz de alcanzar conclusiones oportunas basadas en el análisis y el razonamiento lógico;
- Seguro de sí mismo, es decir, capaz de actuar y funcionar independientemente a la vez que interactúa eficazmente con otros,
- Firme, es decir capaz de actuar de manera responsable y ética,
- Abierto a la mejora, es decir, dispuesto a aprender de las situaciones,

PRINCIPIOS ÉTICOS

Se espera que los auditores internos apliquen y cumplan los siguientes principios de acuerdo con el Marco Internacional para la práctica profesional de la Auditoría Interna - Instituto de Auditores Internos - IIA:

- **Integridad**

La integridad de los auditores internos establece confianza y consiguientemente, provee la base para confiar en su juicio.

- **Objetividad**

Los auditores internos exhiben el más alto nivel de objetividad profesional al reunir, evaluar y comunicar información sobre la actividad o proceso a ser examinado. Los auditores internos hacen una evaluación equilibrada de todas las circunstancias relevantes y forman juicios sin dejarse influir indebidamente por sus propios intereses, o por otras personas.

- **Confidencialidad**

Los auditores internos respetan el valor y la propiedad de la información que reciben y no divulgan información sin la debida autorización a menos, que exista una obligación legal o profesional para hacerlo.

- **Conflictos de Interés**

Los auditores internos deben comunicar de manera oportuna a su superior inmediato, cualquier situación que genere conflicto de interés, antes que, con ocasión de su existencia, se pueda llegar a incurrir en actos que afecten real o potencialmente el cumplimiento de los principios fundamentales, las responsabilidades del auditor o las reglas de conducta consagrados en este Código.

- **Competencia**

Los auditores internos aplican el conocimiento, aptitudes y experiencia necesarios para desempeñar los servicios de Auditoría Interna.

REGLAS DE CONDUCTA

- **Integridad**

Los auditores internos:

- a) Desempeñarán su trabajo con honestidad, diligencia y responsabilidad.
- b) Respetarán las leyes y comunicarán lo que corresponda de acuerdo con la ley.
- c) No participarán a sabiendas en una actividad ilegal o de actos que vayan en detrimento del rol de auditoría interna o de la entidad
- d) Respetarán y contribuirán a los objetivos legítimos y éticos de la entidad.

- **Objetividad**

Los auditores internos:

- a) No participarán en ninguna actividad o relación que pueda perjudicar su evaluación imparcial.
- b) No aceptarán nada que pueda perjudicar su juicio profesional
- c) Divulgarán todos los hechos materiales que conozcan y que, de no ser divulgados, pudieran distorsionar el informe de actividades sometidas a revisión.

- **Confidencialidad**

Los auditores internos:

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

- **Conflictos de Interés**

Los auditores internos:

Comunicar de manera oportuna a su superior inmediato, cualquier situación que genere conflicto de interés antes que con ocasión de su existencia se pueda llegar a incurrir en actos que puedan afectar real o potencialmente el cumplimiento de los principios fundamentales, las responsabilidades del auditor o las reglas de conducta consagrados en este Código.

- **Competencia**

Los auditores internos:

- a) Participarán directamente en aquellos servicios para los cuales tengan los conocimientos, aptitudes y experiencia. En los casos en los que el personal no cuente con las competencias requeridas, se debe contar con la asesoría y/o asistencia del personal indicado, de acuerdo con las necesidades que se presenten.
- b) Desempeñarán las auditorías internas de acuerdo con las Normas para la Práctica Profesional de Auditoría Interna y lo descrito de las Normas relacionadas con el Sistema de Gestión de calidad de la Entidad.
- c) Mejorarán continuamente sus habilidades y la efectividad y calidad de sus funciones.

La vigencia del presente Código inicia a partir de la fecha de aprobación por parte del Comité de Coordinación de Control Interno del Instituto. El presente documento será objeto de revisión por lo menos cada tres años (3), con el objetivo de verificar que sus contenidos continúen siendo pertinentes y acordes con el Marco Internacional para la Práctica Profesional de la Auditoría Interna del Instituto de Auditores Internos IIA – Global, la Ley 87 de 1993 y las demás normas aplicables a la Oficina de Control Interno de la institución.

Elaboro: Erley Ricardo Parra Rojas. – Asesor Control Interno
Ruth Erika Morales Lugo – Líder SGC

Reviso y aprobó: CCSCI

ANEXO C. *En cumplimiento al artículo 2.2.21.4.8 del Decreto 648 de 2017, como requisito para "el diligenciamiento de la Carta de representación en la que se establezca la veracidad, calidad y oportunidad de la entrega de la información presentada a las oficinas de Control Interno por parte del auditado"*

Espinal, _____

Señor
XXXXXXXXXXXXXXXXXX

Asesor Oficina de Control Interno
ITFIP
Ciudad.

Asunto: **CARTA DE REPRESENTACION – AUDITORIA DE CONTROL INTERNO.**

En desarrollo de la auditoría que adelantará la oficina de Control Interno al Proceso _____ el día _____, en las instalaciones del ITFIP, que tiene como objetivo la Auditoría Interna al proceso, declaro lo siguiente:

- 1.- Que somos responsables de la veracidad, calidad y oportunidad de la entrega de la información, que ésta será presentada y entregada a la oficina de control interno durante el proceso auditor.
- 2.- Que se hará entrega oficial de toda la información relacionada con la gestión del proceso o tema a evaluar, atendiendo los requerimientos hechos por la oficina de Control Interno.
- 3.- Que reconocemos la responsabilidad en la gestión de los riesgos que involucran al proceso o dependencia a mi cargo, mediante la participación en la identificación y evaluación de los controles, el tratamiento e implementación del plan de manejo del riesgo.
- 4.- Que la información a suministrar será válida, integral y completa para los propósitos del proceso auditor.

Cordialmente,

FIRMA _____
NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL PROCESO



INSTITUTO TOLIMENSE DE FORMACIÓN TÉCNICA PROFESIONAL "ITFIP"

PROCEDIMIENTOS OBLIGATORIOS SIG

Versión: 6.0

Fecha: Febrero 2023

Código: M-OBL-04

Página: 1 de 4

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN AL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SISTEMA DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

RESPONSABLE: Rector- Alta Dirección (CCSCI)

1. OBJETIVO: Establecer un procedimiento que permita asegurar la conveniencia, adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad de los sistemas de Gestión de Calidad y de la Seguridad y Salud en el Trabajo SST, detectando las oportunidades de mejora y los ajustes a los mismos.

2. ALCANCE: Este procedimiento aplica a todos los procesos y cubre todos los elementos del sistema de Gestión de Calidad y Sistema de la Seguridad y Salud en el Trabajo SST del Instituto Tolimense de Formación Técnica Profesional "ITFIP". En cumplimiento de los requisitos y normas vigentes.

3. DEFINICIONES:

3.1 Alta Dirección: persona o grupo de personas que dirigen y controlan al más alto nivel una organización

3.2 Conveniencia: Grado de alineación o coherencia del objeto de revisión con las metas y políticas organizacionales.

3.3 Eficacia: Grado en el que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados.

3.4 Efectividad: Medida del Impacto de la gestión tanto en el logro de los resultados planificados como en el manejo de los recursos utilizados y disponibles.

3.5 Eficiencia: Relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados.

3.6 Revisión: Actividad emprendida para asegurar la conveniencia, adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad del tema objeto de la revisión, para alcanzar unos objetivos establecidos en la institución.



INSTITUTO TOLIMENSE DE FORMACIÓN TÉCNICA PROFESIONAL "ITFIP"

PROCEDIMIENTOS OBLIGATORIOS

Versión: 6.0

Fecha: Febrero 2023

Código: M-OBL-04

Página: 2 de 4

3.7 Revisión por la Dirección: Evaluación formal por la Dirección del estado y de la adecuación de los Sistemas de Gestión en relación a los requisitos legales aplicables, las normas técnicas, las políticas y los objetivos de los Sistemas de Gestión implementados en la Institución.

3.8 SGC: Sistema de Gestión de Calidad. Sistema de gestión para dirigir y controlar una organización con respecto a la calidad.

3.9 SGSST: Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo para anticipar, reconocer, evaluar y controlar los riesgos que puedan afectar la seguridad y la salud en el trabajo.

3.10 SST: Seguridad y Salud en el trabajo.

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

3. CONDICIONES GENERALES

- La frecuencia para la realización de la revisión por la dirección de los sistemas de Gestión de Calidad y Sistema de la Seguridad y Salud en el Trabajo SST, es anual y posterior a la realización de auditorías internas de los mismos.
- La revisión por la dirección la desarrolla el Rector de la Institución y el Comité Coordinador del Sistema de Control Interno.
- Si durante la revisión surgen cambios estos deben implementarse de manera oportuna y evaluar su eficacia.
- Para el Sistema Gestión de Calidad, es importante conocer la percepción de los estudiantes sobre la prestación de los servicios que ofrece la institución. Actividad que se realiza a través de la encuesta de satisfacción de acuerdo a las políticas del lenguaje claro que se aplica para cada uno de los periodos académicos, es documentada y divulgada ante las instancias pertinentes, así como ante la alta dirección para el mejoramiento continuo.
- Para el SGSST, Los resultados deben ser documentados y divulgados al COPASST y al responsable del SG SST para que definan e implementen las acciones preventivas, correctivas y de mejora a que hubiere lugar.
- La Programación para el SG-SST se realiza de acuerdo con los elementos de entrada de la revisión según el respectivo Sistema de Gestión (SGC: Sistema de Gestión de Calidad, SGSST: Sistema de Gestión de la Seguridad y la Salud en el Trabajo), según se presenta en la siguiente tabla:



INSTITUTO TOLIMENSE DE FORMACIÓN TÉCNICA PROFESIONAL "ITFIP"

PROCEDIMIENTOS OBLIGATORIOS

Versión: 6.0

Fecha: Febrero 2023

Código: M-OBL-04

Página: 3 de 4

ITEM	ELEMENTOS DE REVISIÓN	APLICA	
		SGC	SGSST
1	Seguimiento a los compromisos consignados en el acta de la reunión anterior e información de resultados.	✓	✓
2	Los cambios en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al SIG	✓	✓
3	Revisión de la Política y cumplimiento de Objetivos del SIG	✓	✓
4	Revisión de la satisfacción del cliente y retroalimentación de las partes Interesadas (Encuesta de satisfacción semestral de acuerdo a las políticas del lenguaje claro, y SQR sugerencias, quejas y reclamos).	✓	✓
5	Plan de trabajo anual en seguridad y salud en el trabajo y su cronograma	-	✓
6	Revisión de la adecuación de los recursos asignados para el SIG	✓	✓
7	Informe del desempeño de los procesos y la conformidad de los productos y servicios.	✓	
8	Las no conformidades y acciones correctivas.	✓	✓
9	Los resultados de seguimiento y medición Indicadores	✓	✓
10	Desempeño de los proveedores externos	✓	
11	Resultados y conclusiones de las Auditorias	✓	✓
12	Eficacia de las acciones tomadas para abordar el Riesgo y las oportunidades	✓	
13	Propuestas o recomendaciones de colaboradores o clientes para la mejora del Sistema Integrado de Gestión.	-	✓
14	Revisar el cumplimiento del plan de trabajo anual en seguridad y salud en el trabajo y su cronograma	-	✓
15	Seguimiento programas de gestión.	-	✓
16	Notificación y estado de investigación de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedad laboral	-	✓
17	Seguimiento Inspecciones	-	✓
18	Seguimiento a evaluación del cumplimiento legal y de otra índole	✓	✓



INSTITUTO TOLIMENSE DE FORMACIÓN TÉCNICA PROFESIONAL "ITFIP"

PROCEDIMIENTOS OBLIGATORIOS

Versión: 6.0

Fecha: Febrero 2023

Código: M-OBL-04

Página: 4 de 4

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN AL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SISTEMA DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

4. DESCRIPCIÓN ESPECIFICA

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	PUNTO DE CONTROL
1	Citar a reunión a los directivos que se encargaran de realizar la Revisión por la Dirección: Rector e integrantes del C.C.S.C.I. (Comité de Control Interno).	Rector	Oficio para citar a reunión con la respectiva orden del Día
2	Verificar asistencia de los invitados a la reunión y definir temas a tratar según el orden del día y hacer lectura al acta anterior.	Profesional SGC y SG-SST	Orden del Día
3	Presentar la información recolectada para la revisión: Conforme lo establece el procedimiento y sus respectivas entradas, citadas en la tabla ELEMENTOS DE REVISIÓN (hoja 3) y que se enuncian además en el orden del día.	Profesional SGC - SG-SST – Gestión Jurídica	Informes de resultado y desempeño
4	Analizar la información definiendo planes y acciones a tomar, asignar tareas, responsabilidades y fechas para desarrollar las acciones.	Rector Comité Control Interno	Acta Acciones
5	Acordar fecha para la próxima reunión de revisión del Sistema Integrado de Gestión.	Rector Comité Control Interno	
6	Levantar acta de la reunión, comunicando en ella las decisiones y acciones tomadas en la misma y adjuntar registro de asistencia	Profesional SGC y SG-SST	Acta de Revisión por la Dirección Firmada por el Rector
7	Archivar acta de Revisión por la Dirección del Sistema Integrado con los anexos correspondientes.	Profesional SGC y SG-SST	

5. DOCUMENTOS Y FORMATOS IMPRESOS:

Acta de revisión por la Alta Dirección

Informes de entradas para la revisión

ISO 9001:2015

Decreto 1072 de 2015, versión actualizada octubre de 2017. Artículo 2.2.4.6.31

Resolución 1111 marzo de 2017

Resolución 0312 del 13 de febrero de 2019

Elaborado Por:

María Erika Rojas Sánchez

Revisado Por:

Comité Coordinador Sistema
Gestión Calidad

Aprobado Por:

Comité Coordinador
Sistema Gestión Calidad



INSTITUTO TOLIMENSE DE FORMACIÓN TÉCNICA PROFESIONAL "ITFIP"

PROCEDIMIENTOS OBLIGATORIOS

Versión: 3.0

Fecha: julio de 2016

Código: M-OBL-05

Página: 1 de 3

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: CONTROL DE PRODUCTO Y/O SERVICIO NO CONFORME

RESPONSABLE: Líder proceso misional

1. OBJETIVO: Controlar y hacer seguimiento al producto o servicio no conforme de la institución, para prevenir su uso o entrega no intencional.

2. ALCANCE: Los controles de este procedimiento aplica a todos los posibles servicios o productos que no son conformes con los requisitos en los procesos del S.I.G. de la Institución y finaliza con verificación de la acción tomada.

3. DEFINICIONES

3.1 Producto no Conforme: Corresponde a un producto tangible que es el resultado de un mal procedimiento o proceso y se entrega directamente al usuario.

3.2 Servicio No Conforme: Corresponde a un servicio que no cumple con los requisitos del usuario.

3.3 Tratamiento del producto o servicio no conforme: Acción emprendida respecto al producto o el servicio con el propósito de resolver la no conformidad.

3.4 No Conformidad: No cumplimiento de un requisito especificado, detectado durante la verificación o revisión de los procesos o de los productos.

3.5 Corrección: Acción tomada para eliminar una **no conformidad** detectada.



INSTITUTO TOLIMENSE DE FORMACIÓN TÉCNICA PROFESIONAL "ITFIP"

PROCEDIMIENTOS OBLIGATORIOS

Versión: 3.0

Fecha: Julio de 2016

Código: M-OBL-05

Página: 2 de 3

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: CONTROL DE PRODUCTO Y/O SERVICIO NO CONFORME

4. CONDICIONES GENERALES

- En los procesos misionales que se llevan a cabo para la prestación de servicios en la institución, se puede presentar un producto o servicio no conforme por incumplimiento de requisitos establecidos con el usuario, la institución, la Ley o que son inherentes al servicio.
- El producto y/o servicio no conforme puede ser detectado durante o después de la ejecución de un procedimiento ya sea por los servidores públicos responsables del proceso, por personal involucrado en el mismo proceso o por los clientes y se deben identificar teniendo como referencia la Matriz de Producto y/o Servicio No Conforme **F19-OBL05**
- El servicio No Conforme se controlará y dará posible tratamiento a través de la matriz de Producto y/o Servicio No Conforme **F19-OBL05**
- Los productos o servicios no conformes detectados por los clientes en las Sugerencias, Quejas y Reclamos se deben tratar de acuerdo al procedimiento Atención de Sugerencias, Quejas y Reclamos **M-JUR-01**

Nota: Si el producto o servicio no conforme es repetitivo o afecta gravemente la calidad en la prestación del servicio, se convierte en una No Conformidad y se requiere aplicar una Acción Correctiva o Preventiva según sea el caso (procedimientos **M-OBL-06/M-OBL-07**)



INSTITUTO TOLIMENSE DE FORMACIÓN TÉCNICA PROFESIONAL "ITFIP"

PROCEDIMIENTOS OBLIGATORIOS

Versión: 3.0	Fecha: julio de 2016	Código: M-OBL-05	Página: 3 de 3
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: CONTROL DE PRODUCTO Y/O SERVICIO NO CONFORME			
5. DESCRIPCIÓN ESPECIFICA			
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	PUNTO DE CONTROL
1	Detectar producto y/o servicio No Conforme (<i>Un Producto o Servicio No Conforme, es aquel que no cumple con los requisitos</i>) Este puede ser detectado antes o después de la ejecución del procedimiento	Cualquier funcionario o Cliente	
2	Definir los posibles productos y/o servicios no conformes que se puedan presentar y el tratamiento del mismo diligenciando la matriz de Producto y/o Servicio No Conforme F19-OBL05	Líder proceso Misional	Matriz de Producto y/o Servicio No Conforme F19-OBL05
3	Cuando el producto o servicio no conforme se halla identificado el responsable del Proceso o procedimiento debe Aplicar el tratamiento, acción a tomar o corrección inmediata, teniendo en cuenta las disposiciones identificadas en la matriz F19-OBL05 . <i>(El responsable del proceso debe evaluar periódicamente el comportamiento del número de veces que se detecta un servicio No conforme y definir si se requiere redactar una No conformidad y aplicar una acción correctiva o preventiva que se tratara de acuerdo a los procedimientos M-OBL-06/M-OBL-07)</i>	Líder del proceso	Corrección o Reporte de ACPM F17-OBL07
4	Elaborar registros que evidencien la acción tomada	Líder del proceso	Registros de evidencias
5	Llevar a cabo el seguimiento al tratamiento del producto o servicio no conforme	Alta Dirección Líder equipo de Calidad	
6	Verificar los resultados de las actividades realizadas	Líder del proceso	Carpeta Servicio No Conforme
7. DOCUMENTOS O IMPRESOS			
Formato F19-OBL05 Matriz de Producto y/o Servicio No Conforme			
Procedimiento Sugerencias, quejas y reclamos M-JUR-01 .			
Procedimientos Acciones Preventivas y Acciones Correctivas M-OBL-06/M-OBL-07			

Elaborado Por: Ruth Erika Morales Lugo	Revisado Por: Comité Coordinador SGC	Aprobado Por: Comité Coordinador SGC
--	--	--



INSTITUTO TOLIMENSE DE FORMACIÓN TÉCNICA PROFESIONAL "ITFIP"

PROCEDIMIENTOS OBLIGATORIOS

Versión: 4.0

Fecha: Septiembre 2019

Código: M-OBL-06

Página: 1 de 3

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: ACCIONES PREVENTIVAS Y DE MEJORA

RESPONSABLE: Todos los funcionarios

Funciones Asesor de Control Interno:

- Hacer seguimiento a las acciones preventivas y de mejora.
- Revisar aquellas NO conformidades **potenciales** del servicio u oportunidades de mejora presentadas por las Auditorías Internas, cualquier Servidor Público o que se puedan ser informadas en el formato de Quejas y Reclamos y las formuladas en el registro final del Resultado de la revisión por la Dirección o en las matrices de riesgos.

Funciones Equipo Técnico de Calidad:

- Implementar, actualizar y divulgar el procedimiento

Funciones Todos los Servidores Públicos:

- Identificar Acciones Preventivas o de Mejora y documentarlas
- Ejecutar Acciones preventivas para evitar NO conformidades.
- Implementar Acciones de mejora en los procesos

1. OBJETIVO: Establecer un procedimiento y metodología que permita detectar, analizar y eliminar las causas de No Conformidades potenciales u oportunidad de mejora, con el fin de promover el Mejoramiento continuo.

2. ALCANCE: Este procedimiento aplica a todas las operaciones y procesos de la Institución para el **tratamiento de las Acciones Preventivas e implementación de las acciones de mejora.**



INSTITUTO TOLIMENSE DE FORMACIÓN TÉCNICA PROFESIONAL “ITFIP”

PROCEDIMIENTOS OBLIGATORIOS

Versión: 4.0

Fecha: Septiembre 2019

Código: M-OBL-06

Página: 2 de 3

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: ACCIONES PREVENTIVAS

3. DEFINICIONES ESPECIFICAS:

3.1 Acción Preventiva: Acción tomada para eliminar la causa de una NO conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable.

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

3.3 No Conformidad: Incumplimiento de un requisito.

3.4 Mejora Continua: Acción preventiva realizada con el fin de aumentar la capacidad para cumplir los requisitos y optimizar el desempeño.

4. CONDICIONES GENERALES:

- La detección de NO conformidades potenciales puede tener origen en:
 - a. NO conformidades potenciales detectadas en Auditorías Internas.
 - b. No conformidades potenciales identificadas del proceso de Sugerencias, Quejas y Reclamos.
 - c. NO conformidades potenciales como resultados del análisis de datos o revisiones por la Dirección.
 - d. Identificación y análisis de los Riesgos.
- La detección de una acción de mejora puede surgir por iniciativa del líder del proceso o cualquier colaborador, con el fin de mejorar los resultados del mismo o por las oportunidades de mejora identificadas en las auditorias.
- Las NO conformidades potenciales se documentan en el formato “Reporte Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora” **F17-OBL07**.
- Las acciones preventivas en su mayoría se generan a partir de la matriz de riesgos del proceso.
- Un hallazgo negativo o No Conformidad, requiere Acciones Correctivas, mientras que una Observación, se convierte en una No Conformidad potencial y requiere de una Acción Preventiva de acuerdo a la causa, pero no necesariamente debe generar una Acción preventiva, así mismo, una oportunidad de mejora puede generar una acción de mejora.



**INSTITUTO TOLIMENSE DE FORMACIÓN TÉCNICA PROFESIONAL
"ITFIP"**

PROCEDIMIENTOS OBLIGATORIOS

Versión: 4.0	Fecha: Septiembre 2019	Código: M-OBL-06	Página: 3 de 3
---------------------	-------------------------------	-------------------------	-----------------------

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: ACCIONES PREVENTIVAS Y DE MEJORA

5. DESCRIPCIÓN ESPECIFICA

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	PUNTO DE CONTROL
1	Identificar la No conformidad potencial u oportunidad de mejora, generadas de los hallazgos u otras causas mencionadas en las condiciones generales.	Cliente Interno (cualquier funcionario de cualquier proceso) Cliente externo, Autoridades de Control Auditores externos	
2	Documentar la acción ya sea preventiva o de mejora en el formato "Reporte Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora" F17-OBL07	Líder de proceso responsable	formato documentado "Reporte Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora" F17-OBL07
3	Remitir la Acción preventiva o de Mejora, a la oficina de Control Interno para el respectivo seguimiento	Líder de proceso responsable Asesor de Control Interno	
4	Implementar las acciones o plan de trabajo registrado formato "Reporte Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora" F17-OBL07 . Para solventar la No conformidad Potencial o Acción de Mejora.	Líder del Proceso y Colaboradores	Registros o evidencias
5	Hacer seguimiento y control a las acciones tomadas para verificar la eficacia y efectividad de los resultados.	Profesional Universitario Control Interno	Verificación acciones propuestas en el formato F17-OBL07 Acción cerrada
6	Elaborar y presentar informe anual del estado de las ACPM para revisión por la Dirección con la Alta Dirección.	Asesor de Control Interno	Informe ACPM

7. DOCUMENTOS O IMPRESOS

- ISO 9001:2015
- Formato "Reporte Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora" **F17-OBL07**.
- Procedimientos: Auditorías internas Integrales **M-OBL-03**
- Matriz de Riesgos de los procesos

Elaborado Por: Ruth Erika Morales Lugo	Revisado Por: Comité Coordinador SGC	Aprobado Por: Comité Coordinador SGC
--	--	--



**INSTITUTO TOLIMENSE DE FORMACIÓN TÉCNICA PROFESIONAL
"ITFIP"**

PROCEDIMIENTOS OBLIGATORIOS

Versión: 3.0

Fecha: Julio de 2016

Código: M-OBL-07

Página: 1 de 4

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: ACCIONES CORRECTIVAS

RESPONSABLE: Todos los funcionarios

Asesor de Control Interno:

- Revisar aquellas NO conformidades del servicio presentadas por Auditorías Internas, clientes, proveedores, Servidores Públicos o que sean informadas en el formato "Sugerencias, Quejas y Reclamos" o en el registro final del resultado de la Revisión por la Dirección.

- Hacer seguimiento a las Acciones Correctivas.

- Informar en la Revisión por la Dirección el estado de las acciones correctivas

Equipo Técnico de Calidad:

1. Elaborar, actualizar y divulgar el procedimiento para acciones correctivas.

Todos los Servidores Públicos:

2. Identificar las Acciones Correctivas, resultados de una NO conformidad.
3. Ejecutar acciones correctivas
4. Informar al Asesor de Control Interno o Equipo técnico de Calidad en forma oportuna cualquier insatisfacción presentada por nuestros clientes y proveedores.



INSTITUTO TOLIMENSE DE FORMACIÓN TÉCNICA PROFESIONAL "ITFIP"

PROCEDIMIENTOS OBLIGATORIOS

Versión: 3.0

Fecha: julio de 2016

Código: M-OBL-07

Página: 2 de 4

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: ACCIONES CORRECTIVAS

1. OBJETIVO: Establecer un procedimiento y metodología que permita detectar, analizar y eliminar las causas de las No conformidades que puedan tener influencia en la Calidad y evitar su ocurrencia, buscando constantemente la mejora continua del sistema.

2. ALCANCE: Este procedimiento aplica a todas las operaciones y procesos relacionados con el Sistema de Gestión de la Calidad del ITFIP. Para el tratamiento de las Acciones correctivas, indicando mejoras en los procedimientos.

3. DEFINICIONES ESPECIFICAS:

3.1 Acción Correctiva: Acción tomada para eliminar la causa de una NO conformidad detectada u otra situación indeseable.

3.2 Corrección: Acción empleada para eliminar una NO conformidad o problema detectado.

3.3 NO conformidad: El NO cumplimiento de un requisito

3.4 Mejora continua: Acción permanente realizada con el fin de aumentar la capacidad para cumplir los requisitos y optimizar el desempeño.

4. CONDICIONES GENERALES:

- La detención de NO conformidades puede tener origen en:
 - a). NO conformidades detectadas en Auditorías Internas
 - b). NO conformidades generadas e identificadas en el formato "Sugerencias, Quejas y Reclamos".
 - c). Indicadores de Gestión de los Procesos
 - d). Desempeño de proveedores.
 - e). Evaluación de satisfacción al cliente



INSTITUTO TOLIMENSE DE FORMACIÓN TÉCNICA PROFESIONAL "ITFIP"

PROCEDIMIENTOS OBLIGATORIOS

Versión: 3.0

Fecha: Julio de 2016

Código: M-OBL-07

Página: 3 de 4

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: ACCIONES CORRECTIVAS

- Las NO conformidades (Reales) se documentan en el formato Reporte acciones Correctivas, Preventiva y de Mejora, (Código: **F17-OBL07**)
- Los líderes o dueños de proceso son quienes determinan las Acciones Correctivas y las ejecutan.
- El Asesor de Control Interno y el equipo Técnico de Calidad serán informados periódicamente sobre el proceso de implementación de Acciones Correctivas, por parte de los dueños del proceso.
- Una acción correctiva se debe implementar cuando la NO conformidad o situación indeseable sea **RECURRENTE** o tenga relevancia en la satisfacción del cliente.
- Un hallazgo negativo o No Conformidad, requiere Acciones Correctivas, mientras que una Observación, se convierte en una No Conformidad potencial y requiere de una Acción Preventiva o de Mejora, de acuerdo a la causa.



INSTITUTO TOLIMENSE DE FORMACIÓN TÉCNICA PROFESIONAL "ITFIP"

PROCEDIMIENTOS OBLIGATORIOS

Versión: 3.0

Fecha: Julio de 2016

Código: M-OBL-07

Página: 4 de 4

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: ACCIONES CORRECTIVAS

DESCRIPCIÓN ESPECIFICA

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	PUNTO DE CONTROL
1	Levantar la acción correctiva generada de una No conformidad (Real), resultado de los hallazgos u otras causas mencionadas en las condiciones generales.	Cualquier funcionario	
2	Definir las acciones a implementar o plan de trabajo registrando la información en el formato "Reporte Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora" F17-OBL07 .	Líder o Dueño del Proceso	formato documentado "Reporte Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora" F17-OBL07
3	Enviar copia de la Acción documentada en el formato "Reporte Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora" F17-OBL07 al proceso de control interno.	Líder o Dueño del Proceso	
4	Ejecutar la Acción Correctiva de acuerdo al plan de acción establecido	Líder o Dueño del Proceso	Registros y evidencias
5	Hacer seguimiento a la implementación de la acción correctiva.	Líder o Dueño del proceso	
6	Evaluar y hacer seguimiento a las acciones implementadas con el fin de verificar la eficiencia de los resultados obtenidos y cerrarla.	Asesor de Control Interno	Verificación acciones propuestas en el formato F17-OBL07 Acción cerrada
7	Verificar el cierre de la No Conformidad, en caso de persistir, hacer nuevamente uso del formato "Reporte Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora" F17-OBL07 analizando nuevamente la causa	Asesor de Control Interno	
8	Elaborar y presentar informe Anual del estado de las ACPM para Revisión por la dirección.	Asesor de Control Interno	Informe ACPM

9. DOCUMENTOS O IMPRESOS

- ISO 9001:2015

- Formato "Reporte Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora" **F17-OBL07**.

- Procedimientos: Auditorías internas **M-OBL-03**, Control del Producto o servicio no conforme **M-OBL-05**.

- Oficios, Actas o Informes

Elaborado Por:
Ruth Erika Morales Lugo

Revisado Por:
Comité Coordinador SGC

Aprobado Por:
Comité Coordinador SGC



INSTITUTO TOLIMENSE DE FORMACIÓN TÉCNICA PROFESIONAL "ITFIP"

PROCEDIMIENTOS OBLIGATORIOS

Versión: 1.0

Fecha: Noviembre de 2018

Código: M-OBL-08

Página: 1 de 3

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: GESTION DEL CAMBIO

1. OBJETIVO

Establecer la metodología necesaria para identificar y llevar a cabo los cambios de manera planificada, considerando: Propósitos, consecuencias potenciales, integridad del Sistema de Gestión, disponibilidad de recursos y asignación de responsabilidades y autoridades, en busca de la mejora continua en la estructura organizacional y Sistema de Gestión de Calidad del ITFIP.

2.- ALCANCE

Aplica a los cambios generados en los procesos que puedan afectar el Sistema de Gestión de Calidad.

3. RESPONSABLE

Líder del Sistema de Gestión de Calidad y Líderes de proceso.

4. DEFINICIONES

4.1 Cambio: Metodología utilizada para sustituir, incluir o eliminar datos, información, políticas, leyes y demás aspectos que puedan modificar la esencia del sistema de gestión y/o el funcionamiento de la empresa.

4.2 Gestión: Asumir y llevar a cabo las responsabilidades sobre un proceso.

4.3 Gestión del Cambio: Enfoque estructurado para gestionar los aspectos de cambio relacionados con las personas y la organización para lograr los resultados deseados.

4.3 Control de Cambios: Es un proceso que garantiza que los cambios sean identificados, planeados, documentados, validados (donde sea relevante), aprobados, verificados y trazables.



INSTITUTO TOLIMENSE DE FORMACIÓN TÉCNICA PROFESIONAL "ITFIP"

PROCEDIMIENTOS OBLIGATORIOS

Versión: 1.0

Fecha: Noviembre de 2018

Código: M-OBL-08

Página: 2 de 3

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: GESTION DEL CAMBIO

Es una decisión de la entidad identificar qué cambios son lo suficientemente significativos como para activar un control de cambios en el contexto de su organización y el grado de control, teniendo en cuenta los elementos de su Sistema de Gestión de Calidad: Personal clave, instalaciones, pruebas, materiales, métodos, especificaciones, requisitos de clientes, legales, equipos, software, procesos y sistemas de apoyo, etc.

- Mayor Impacto: Cambio que se espera tenga un impacto en la calidad del producto o servicio directamente. Ejemplo: cambios imprevistos o urgentes.
- Menor Impacto: No se espera que tenga un impacto en la calidad del producto o servicio directamente.

5. DESCRIPCION DE ACTIVIDADES

5.1 IDENTIFICACION DEL CAMBIO

Identificar y registrar el cambio que puedan afectar considerablemente el Sistema de Gestión de Calidad, documentar y justificar la estrategia de gestión del cambio.

Dichos cambios se pueden dar en:

- ◆ Introducción de nuevos procesos o cambios de fondo en los mismos.
- ◆ Introducción de nuevos equipos en el lugar de trabajo.
- ◆ Reubicación de las instalaciones y puestos de trabajo.
- ◆ Nueva Legislación.
- ◆ Cambios en la estructura organizacional.
- ◆ Cambios en el Sistema de Gestión.
- ◆ Cambio de la Norma ISO.
- ◆ Adquisición e implementación de software a los procesos.



**INSTITUTO TOLIMENSE DE FORMACIÓN TÉCNICA PROFESIONAL
"ITFIP"**

PROCEDIMIENTOS OBLIGATORIOS

Versión: 1.0	Fecha: Noviembre de 2018	Código: M-OBL-08	Página: 3 de 3
---------------------	---------------------------------	-------------------------	-----------------------

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: GESTION DEL CAMBIO

DESCRIPCIÓN ESPECIFICA

No	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
1	Identificar el cambio y documentarlo de forma detallada.	Líder de proceso
2	Describir el propósito del cambio, esto con el fin de justificar las modificaciones al sistema de gestión vigente.	Líder de proceso
3	Realizar una Evaluación Técnica y de Riesgo con el fin de identificar si el cambio es viable o no traerá consecuencias adversas.	Comité Coordinador
4	Enlistar las actividades a desarrollar para implementar adecuadamente el cambio, estas actividades deben contemplar controles (Según el caso) para las consecuencias. En el formato Gestión del Cambio se deben relacionar los procesos y documentos afectados por el cambio y describir las actividades a desarrollar con los controles.	Líder de proceso
5	Asignar los responsables a las actividades descritas, de forma tal que se desarrollen de manera controlada.	Líder de proceso
6	Planificar y asegurar los recursos necesarios para el desarrollo óptimo de las actividades y el cumplimiento de las fechas establecidas, garantizando su normal desarrollo	Líder de proceso
7	Implementar el cambio desarrollando las actividades necesarias para llevar a cabo el cambio, acciones para mitigar los riesgos identificados y efectuar las comunicaciones respectivas de implementación	Proceso involucrados en la gestión del cambio
8	Establecer criterios de aceptación. Para esto se determinan los documentos soporte que permitirán concluir sobre la implementación del cambio y evaluar el respectivo cambio	Líder de proceso y en la revisión por la dirección

Elaborado Por: Líder SGC	Revisado Por: Comité Coordinador SGC	Aprobado Por: Comité Coordinador SGC
------------------------------------	--	--



INSTITUTO TOLIMENSE DE FORMACIÓN TÉCNICA PROFESIONAL "ITFIP"

PROCEDIMIENTOS OBLIGATORIOS

Versión: 1.0

Fecha: Febrero de 2023

Código: M-OBL-09

Página: 1 de 3

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: APLICACIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

OBJETIVO

Conocer la percepción de los clientes y su nivel de satisfacción frente a los servicios prestados por la Institución en cumplimiento de su misión, para su estudio y toma de decisiones por la alta dirección, que permitan el mejoramiento continuo.

ALCANCE

Aplica a la mejora continua de la institución teniendo en cuenta los resultados arrojados en la medición y evaluación de sus clientes.

RESPONSABLE

Líder del Sistema de Gestión de Calidad, Decanos, Coordinadores de Programas y Rector- Alta Dirección (CCSCI)

DEFINICIONES

- **Cliente:** Persona u organización que adquiere un producto o servicio de forma asidua y activa.
- **Satisfacción del Cliente:** Percepción o respuesta del cliente que tiene por el servicio adquirido en la institución.
- **Evaluación:** Consiste en la comparación de los impactos reales del proceso con los planes estratégicos acordados. Está enfocado hacia lo que se ha establecido hacer, lo que se ha conseguido y cómo se ha conseguido.
- **Mejora Continua:** Análisis y evaluación de los resultados arrojados, para determinar si hay necesidades u oportunidades que se deben considerar en la prestación y aceptación del servicio que se ofrece en la institución.
- **Expresión de Insatisfacción:** Manifestación de un cliente, ya sea como sugerencia, queja, reclamación, etc.
- **Sugerencia:** Declaración verbal o escrita del cliente a la institución, manifestando su inconformidad por el estilo inadecuado ante una situación realizada por un servicio prestado.
- **Análisis de Datos:** Disciplina que ayuda a procesar, examinar, y analizar un conjunto de datos para la toma de decisiones.



INSTITUTO TOLIMENSE DE FORMACIÓN TÉCNICA PROFESIONAL "ITFIP"

PROCEDIMIENTOS OBLIGATORIOS

Versión: 1.0

Fecha: Febrero de 2023

Código: M-OBL-09

Página: 2 de 3

DESCRIPCION DE ACTIVIDADES

Para la recolección de la información se aplicará un formato de acuerdo a las políticas del lenguaje claro, con una serie de preguntas que sirve como herramienta para la obtención de la percepción o satisfacción de los clientes con el servicio prestado por la institución. Esta encuesta se realizará semestralmente, contando con la colaboración de los decanos, coordinadores de programas y docentes para su diligenciamiento, teniendo como referencia la población objetivo, y de esta forma analizar y evaluar los resultados obtenidos y ser socializados a la alta dirección para la toma de decisiones con el fin de mejorar continuamente.

RESULTADOS ESPERADOS

Medir y analizar el nivel de percepción y satisfacción de los clientes por el servicio adquirido, además permite la identificación de las necesidades y el grado de cumplimiento para el mejoramiento de los procesos en el ITFIP; de acuerdo a las políticas del lenguaje claro.

LIMITES

Punto Inicial: Actualización o ajuste de la encuesta prestación de servicios o encuesta de satisfacción si se da el caso, teniendo en cuenta las políticas del lenguaje claro.

Punto Final: Publicación informe encuesta de satisfacción página web www.itfip.edu.co.

FORMATOS:

- Informe Encuesta de Satisfacción **I-GCD-01**
- Encuesta de Prestación de Servicios **F06-OBL09**
- Formato Acta



INSTITUTO TOLIMENSE DE FORMACIÓN TÉCNICA PROFESIONAL "ITFIP"

PROCEDIMIENTOS OBLIGATORIOS

Versión: 1.0	Fecha: Febrero de 2023	Código: M-OBL-09	Página: 3 de 3
---------------------	-------------------------------	-------------------------	-----------------------

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: APLICACIÓN Y EVALUACIÓN ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

DESCRIPCIÓN ESPECIFICA

No	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
1	Actualización o ajuste de la encuesta prestación de servicios o encuesta de satisfacción si se da el caso, teniendo en cuenta las políticas del lenguaje claro. F01-OBL09	Profesional encargado S.I.G
2	Solicitar información población objetivo para calcular la muestra por programa académico.	Profesional encargado S.I.G
3	Enviar a comunicaciones solicitud divulgación en la página web institucional www.itfip.edu.co , para el diligenciamiento de la encuesta.	Profesional encargado S.I.G
4	Enviar a los decanos, coordinadores de programa, docentes oficio con la información de la muestra por programa académico y el link para el apoyo en el diligenciamiento de la encuesta.	Profesional encargado S.I.G
5	Hacer extensiva la solicitud para el diligenciamiento de la encuesta a los estudiantes.	Decanos – Coordinadores Programas - Decanos
6	Hacer seguimiento en la plataforma para el cumplimiento de la muestra por programa en el diligenciamiento de la encuesta e informar a los decanos y coordinadores de programas la cantidad de estudiantes que han contestado.	Profesional encargado S.I.G
7	Análisis de datos obtenidos en la tabulación de la encuesta.	Profesional encargado S.I.G
8	Elaborar o establecer acciones de mejora derivados del informe de la encuesta cuando se considere pertinente.	Líderes de Proceso
9	Realizar el informe encuesta de satisfacción con los resultados arrojados por cada semestre académico.	Profesional encargado S.I.G
10	Socializar los resultados a los líderes de procesos, y presentar a Rector- Alta Dirección – (CCSCI).	Profesional encargado S.I.G
11	Publicación informe encuesta de satisfacción página web www.itfip.edu.co .	Planeación

Elaborado Por: Líder SGC	Revisado Por: Comité Coordinador SGC	Aprobado Por: Comité Coordinador SGC
------------------------------------	--	--