

		DOCUMENTOS APLICABLES Y CONTROLES
		Matriz de requisitos legales SST Decreto 1072: 2015 Resolucion 0312:2019

Versión	Fecha	Autor/Cargo	Descripción	Revisado por/Cargo	Aprobado por/Cargo	Fecha
1.0.0	2018/12/15	Leidy Viviana Ramirez Agudelo Auxiliar de Procesos	Nuevo	Mary Luz Jaramillo Tecnica Administrativa de Seguridad y Saludo en el Trabajo	Francisco Javier Ramirez Secretario General	2018/12/15

Manual de Gestión Versión No. 14.0.1 de 05/05/2022

4.10 Gestión Procesos

OBJETIVO DEL PROCESO: Implementar, administrar, y mejorar el Sistema Integrado de Gestión establecido en Entidad de acuerdo con los requisitos exigidos por las Normas técnicas con el fin de mejorar continuamente los procesos.
LÍDER DEL PROCESO: Subgerente de Planeación y Desarrollo
CARPETAS DEL PROCESO EN LA CARPETA SISTEMA INTEGRADO GESTIÓN: Documentos Formatos Métricas Registros

ENTRADAS	PROVEEDOR	ACTIVIDADES	SALIDA	CLIENTE	
<ul style="list-style-type: none"> Necesidades de recursos del Sistema de Gestión Expectativas de funcionarios TTM Plan Estratégico Medición y evaluación de 	<ul style="list-style-type: none"> Funcionarios TTM Entes de certificación y de control Todos los procesos Departamento Administrativo de la Función Pública 	<p>PLANEAR</p> <ul style="list-style-type: none"> Planificación de auditorías internas del sistema de Gestión" Planificación de auditorías externas (otorgamiento, renovación y seguimiento) del sistema de Gestión 	<p>ACTUAR</p> <ul style="list-style-type: none"> Comite institucional de gestion y desempeño , creado por medio de la resolución 2019050126 El comite Institucional de control interno por medio de la Resolución 201905012 	<ul style="list-style-type: none"> Manual de Gestión Actualizado, Controlado y divulgado Procesos caracterizados Procedimientos e Instructivos documentados Documentos y registros 	<ul style="list-style-type: none"> Funcionarios TTM Entes de Certificación y de Control Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP Todos los procesos

			5		
--	--	--	---	--	--

<p>indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ No conformidades menores y mayores ▪ Informes de auditorías internas y externas del Sistema de Gestión ▪ Informes de auditorías internas de control ▪ Acciones preventivas, correctivas y de mejora ▪ Requisitos de las normas internas y externas ▪ Marco Normativo por proceso TTM ▪ Normas Técnicas ▪ Metodología a administración de Riesgos TTM ▪ Documentación de Cargos 		<p><u>HACER</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Administración, actualización y mantenimiento del Manual de Gestión ▪ Control de Documentos ▪ Control de Registros ▪ Ejecutar Auditorías Internas ▪ Ejecutar auditorías de otorgamiento, renovación y seguimiento del Sistema de Gestión ▪ Identificar y realizar seguimiento a las acciones correctivas, preventivas y de mejora ▪ Realizar análisis de causas, definir acciones y realizar seguimiento a las No conformidades detectadas ▪ Actualizar la documentación de Cargos según cambios en los procesos y/o reformas de la estructura administrativa ▪ Realizar Socializaciones y Divulgación del Manual de Gestión y cambios en las Normas Técnicas. <p><u>VERIFICAR</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión por la dirección. ▪ Análisis de Datos. ▪ Evaluación del Modelo Entándar de Control Interno. ▪ Auditorías internas y externa al Sistema de Gestión. ▪ Procesos y procedimientos vigentes. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Planes de Mejoramiento ▪ Gestión de Riesgos 	<p>controlados</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Planes de Mejoramiento en seguimiento o Ejecutados ▪ Acciones preventivas, correctivas y de mejora en seguimiento o ejecutadas ▪ No conformidades gestionadas o en seguimiento ▪ Documentación de Cargos ▪ Riesgos Gestionados ▪ Auditorías al Sistema de Gestión de TTM ▪ Socializaciones del Sistema de Gestión y Normatividad ▪ Análisis de los datos Auditorías al Sistema de Gestión ▪ Certificaciones 	
---	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

RECURSOS		INDICADORES
<p>➤ Humanos Subgerente de Planeación y Desarrollo Técnico Administrativo Procesos Auxiliar Administrativa</p> <p>➤ Físicos Salón de Capacitaciones Sala de Juntas Oficinas Administrativas</p>	<p>➤ Hardware</p> <ul style="list-style-type: none"> • Computadores • Impresora departamental <p>➤ Software</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. OFFICE 365: Software que permite administrar las cuentas de correo y buzones 2. E-SCAN Software que permite el control de Virus y sus respectivas actualizaciones 3. ACTIVE DIRECTORY: Software que permite administrar las políticas de acceso a la red y equipos de cómputo. 4. VISUAL STUDIO: Software para desarrollos propios 5. HELP & MANUAL: Software para documentación de Manuales 6. ERP SAFIX: Software de escritorio para el manejo de documentos, hojas, presentaciones y correo 7. SQL SERVER 2016: Software para manejo de Base de datos QF DOCUMENT. 8. ORACLE: Software para manejo de Base de datos SAFIX 9. HYPER-V: Software para el manejo de servidores virtualizados 10. QLIK SENSE: Sw inteligente de negocios 11. QF DOCUMENT: Sistema gestión documental 12. SUITE ADOBE: PHOTOSHOP, ILLUSTRATOR: Sw de diseño 13. AUTOCAD: Sw para la admón. Diseño de planos 14. PAGINA WEB E INTRANET: Fuente de información pública disponible en Internet 	<p>▪ Totales Riesgos por Proceso</p>
		POLÍTICAS Y CONTROLES
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ El líder de proceso así como todos los participantes del mismo, deben asegurar que las actividades y políticas generen valor a la entidad, que su documentación esté vigente y sea consistente con la ejecución. ▪ Cualquier cambio, mejora o restricciones de acceso a los componentes del Sistema Integrado de Gestión, deben reportarse a través de la herramienta tecnológica que soporta las solicitudes de la Subgerencia de Planeación y Desarrollo (Correo electrónico) ▪ Siempre se debe utilizar la última versión vigente de los formatos del manual de gestión. ▪ Los líderes de proceso miden, analizan los indicadores respectivos y definen acciones de mejora, según la metodología vigente y formalizada en la entidad. ▪ La aprobación de los documentos debe escalarse con la Subgerencia de Planeación, quien toma la decisión al momento de analizar el documento en estado de aprobación si por su nivel de criticidad debe considerarse la aprobación por parte del Comité de Gestión y Desempeño.
		DOCUMENTOS APLICABLES Y CONTROLES
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Marco Normativo por proceso TTM ▪ Política administración de riesgos Resolución 20210050044 del 08 de febrero de 2021

	<p>15. ENETEC: SW del CCTV</p> <p>16. GESTION POSITIVA: (G+), SISTEMA DE GESTION.</p> <p>17. SQL EXPRESS: Software gratuito para manejo de Bases de datos en desarrollos propios</p> <p>18. REAL VNC, Software Gratuito para monitoreo remoto de equipos</p> <p>19. COMMUNICATION ASSISTANCE: Software Gratuito para envío de mensajes instantáneos</p> <p>20. PRIMO PDF. Software Gratuito para conversión de archivos a formato PDF</p> <p>21. ACROBAT READER: Software Gratuito que permite leer archivos con formato PDF</p> <p>22. EXCEL VIEWER: Software gratuito que nos permite leer archivos generados desde Microsoft Excel sin necesidad de tener Office instalado</p> <p>23. MOZILLA, CHROME Y ZAFARI: Es un navegador de Internet por el cual se puede acceder a la página Web de la entidad.</p> <p>24. WINRAR: Software Gratuito que permite Comprimir o descomprimir archivos.</p> <p>25. MAGICINFO: Sw para las pantallas informativas</p> <p>26. PANASONIC: Sw para el manejo de la planta telefónica</p> <p>27. FORTINET: Sw Control perimetral de seguridad</p> <p>28. BIOSTAR: Sw control de biométricos de ingresos</p> <p>29. MILLENIUM: Sw para administrar y controlar kioskos y parqueadero P2</p> <p>30. C- CURE: Sw para administrar la automatización</p> <p>31. OFFICE: Sw de escritorio</p>	
--	--	--

Control de Cambios Proceso

Versión	Fecha	Autor/Cargo	Descripción	Revisado por/Cargo	Aprobado por/Cargo	Fecha
1.0.8	2021/08/28	Técnico Administrativo o Procesos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se ajustan e ingresan nuevas políticas. ➤ Se ajusta el procedimiento 	Subgerente Planeación y	Subgerente Planeación y Desarrollo	2021/08/31

		Leidy Viviana Ramirez Agudelo	<p>Gestión de Riesgos a la versión 3.0.0 el 2021/06/30</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se ajusta el procedimiento control de documentos a la versión 1.0.6 con fecha del 2021/07/15 ➤ Se ajusta el procedimiento control de registro a la versión 1.0.4 el 2021/07/15 ➤ Se ajusta el procedimiento análisis de datos a la versión 1.0.4. el 2021/02/02 ➤ se elimina en políticas Resolución 160 de 2010 (Política Administración de Riesgos) ➤ Se adiciona Política administración de riesgos Resolución 20210050044 del 08 de febrero de 2021 	Desarrollo		
1.0.7	2019/12/27	Leidy Viviana Ramirez Agudelo Técnico Administrativo o Procesos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se ajusta el procedimiento planes de mejoramiento a la versión 1.0.5 con fecha 2019/12/27 ➤ Se elimina de las salidas: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Actas Equipo Técnico del Sistema Integrado de Gestión 	Ximena Ramirez Subgerente Planeación y Desarrollo	Ximena Ramirez Subgerente Planeación y Desarrollo	2019/12/27
1.0.6	2019/01/28	Leidy Viviana Ramirez Agudelo Técnico Administrativo o Procesos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se ajusta Software ➤ Se registra el comite institucional de gestion y desempeño, creado por medio de la resolución 201905126 y el comite Institucional de control interno por medio de la Resolución 2019050125 ➤ Se elimina del ajuste del proceso el Sw Plan de Mejoramiento, Seguimiento y Evaluación ➤ Se elimina de los indicadores las Métricas del Procesos ➤ Se elimina de los documentos y controles la Resolución 019 DE 2010-Por medio de la cual se integran los Sistemas de Desarrollo Administrativo, de Control Interno y Calidad y se crea el Sistema Integrado de Gestión y el Decreto 4485 de 2009 (Actualiza norma de calidad-NTC GP 1000-2009) ➤ Se ajusta el procedimiento Analisis de los datos, en versión 1.0.3, con fecha 2019/01/20 ➤ Se ajusta el procedimiento de auditorias internas, en version 	Ximena Ramirez Subgerente Planeación y Desarrollo	Ximena Ramirez Subgerente Planeación y Desarrollo	2019/01/28

			1.0.5, con fecha 2019/01/20			
1.0.5	2018/06/29	Leidy Viviana Ramirez Agudelo Técnico Administrativo Procesos	Se actualiza el requisito de la nueva versión de la norma 9001, la cual pasa de 2008 a 2015, en el procedimiento de auditorías internas Se adiciona el componente de oportunidad en el procedimiento de gestión de riesgos	Ximena Ramirez Subgerente Planeación y Desarrollo	Ximena Ramirez Subgerente Planeación y Desarrollo	2018/06/29
1.0.4	2017/05/04	Leidy Viviana Ramirez Agudelo Técnico Administrativo Procesos	Se ajusta el procedimiento de auditorías internas. Se ajusta con el proceso de control interno, plan de seguridad vial y seguridad y salud en el trabajo Se actualiza el requisito de la nueva versión de la norma 14001, la cual pasa de 2004 a 2015. Se adiciona el Código de ética del auditor	Eneyda Elena de Vellojin Diaz Asesora de Control Interno. Mary Luz Buitrago Técnico Administrativo de Salud Ocupacional Leidy Viviana Ramirez Agudelo Técnico Administrativo Procesos	Ximena Ramirez Subgerente Planeación y Desarrollo Eneyda Elena de Vellojin Diaz Asesora de Control Interno Fernando Cardona Secretario General.	2017/05/04
1.0.3	2015/06/16	Leidy Viviana Ramirez Agudelo Técnico Administrativo de Procesos	Se actualiza: Procedimiento planes de mejoramiento, versión 1.0.4 Procedimiento Auditorías Internas, versión 1.0.2	Leidy Viviana Ramirez Agudelo Técnico Administrativo de Procesos	Raul Gilberto Salazar Saldarriaga Subgerente Planeación y Desarrollo	2015/06/16
1.0.2	2014/05/16	Leidy Viviana Ramirez Agudelo Técnico Administrativo de Procesos	Se genera nueva versión del procedimiento Control de Documentos, se genera versión 1.0.4, con fecha 2014/05/16	Leidy Viviana Ramirez Agudelo Técnico Administrativo de Procesos	Raul Gilberto Salazar Saldarriaga Subgerente Planeación y Desarrollo	2014/05/16
1.0.1	28/04/20	Leidy Viviana	Se modifica el objetivo dando	Leidy	Raul	2011/0

	11	Ramirez Agudelo Auxiliar Procesos	<p>cumplimiento a la oportunidad de mejora registrada en la auditoria de seguimiento de nov 10 y 11, enmarcándolo en la razón de ser del proceso en la organización y no con el enfoque normativo, pues el objetivo permite identificar los seguimientos o mediciones al proceso</p> <p>MODIFICACIONES DE LAS ENTRADAS:</p> <p>Se eliminan lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Necesidades y expectativas de los clientes ▪ Comunicaciones de los clientes ▪ Resultados de encuestas de satisfacción externa e interna <p>Se adicionan lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Informes de auditorias internas y externas ▪ Acciones preventivas, correctivas y de mejora ▪ Metodología administración de Riesgos TTM ▪ Documentacion de cargos ▪ Informes de auditorias internas de control <p>MODIFICACIONES DE LOS PROVEEDORES:</p> <p>Se adicionan los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Entes de certificación y de control ▪ Departamento Administrativo de la Función Pública <p>Se eliminan los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cliente directo empresas transportadoras ▪ Cliente Indirecto usuarios pasajeros ▪ Personal TTM se modifica por funcionarios de TTM <p>MODIFICACIONES DE LAS ACTIVIDADES</p>	<p>Viviana Ramirez Agudelo Auxiliar Procesos</p> <p>Martha Claudia Sepulveda Técnico de Control Interno</p>	<p>Gilberto Salazar Saldarriaga Subgerente Planeación y Desarrollo</p>	5/23
--	----	-----------------------------------	---	---	--	------

			<p>PLANEAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La actividad "Planificación de auditoría interna" se modifica así: "Planificación de auditorías internas del sistema de Gestion" ▪ La actividad "Planificación de auditoría de certificación y/o seguimiento del sistema" se modifica así: "Planificación de auditorías externas (otorgamiento, renovación y seguimiento) del sistema de Gestión " <p>HACER:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La actividad Administración, actualización y mantenimiento del Sistema de gestión se modifica así: Administración, actualización y mantenimiento del Manual de Gestion ▪ La actividad Ejecutar Certificación y /o seguimiento del sistema de gestión se modifica así:Ejecutar auditorías de otorgamiento, renovación y seguimiento del sistema de gestión ▪ La actividad "Planes de mejoramiento (Acciones Correctivas, Preventivas y de mejora)" se modifica así: Identificar y realizar seguimiento a las acciones correctivas, preventivas y de mejora ▪ Se adiciona la actividad "Realizar análisis de causas, definir acciones y realizar seguimiento a las No conformidades detectadas" ▪ La actividad "Documentación de Cargos según cambios en los procesos y/o reformas de la estructura administrativa" se modifica así: "Actualizar la documentacion de Cargos según cambios en los procesos y/o reformas de la estructura administrativa" <p>VERIFICAR:</p>		
--	--	--	---	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se elimina la actividad "Comités de Calidad" ▪ Se adiciona "Evaluacion del MECI" ▪ Se elimina la actividad "Equipo MECI" ▪ Se adiciona la activiad "Evaluacion del Modelo Estandar de Control Interno" ▪ Se adiciona la actividad "Auditorias internas y externa al Sistema de Gestion" ▪ Se adiciona la actividad Pruebas de los procesos y procedimientos. <p>ACTUAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se elimina la actividad "Control y Evaluación" ▪ Se modifica la actividad "Equipo MECI" por "Equipo Técnico del Sistema Integrado de Gestión (ETSIG)" <p>MODIFICACIONES DE LAS SALIDAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se modifica la salida "Procedimientos documentados" por "Procedimientos e Instructivos documentados" <p>Se adiciona las siguientes salidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ "Acciones preventivas, correctivas y de mejora en seguimiento o ejecutadas" ▪ "No conformidades gestionadas o en seguimiento" ▪ Manual de Gestion Actualizado, Controlado y divulgado <p>MODIFICACIONES DE LOS CLIENTES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ "Personal TTM" se modifica por "funcionarios de TTM" ▪ Se modifica el cliente "Entes de Control" por "Entes de Certificación y de Control" ▪ Se adiciona "Todos los procesos" <p>Se realizan modificaciones en los procedimientos:</p>			
--	--	--	--	--	--	--

			<p>1. Procedimiento Gestión de Riesgos, pasa a versión 1.0.3</p> <p>2. Procedimiento Analisis de los datos, pasa a versión 1.0.2</p> <p>3. Procedimiento Auditorias Internas, pasa a versión 1.0.1</p> <p>4. Procedimiento Control Documentos, pasa a versión 1.0.3</p> <p>5. Procedimiento Control Registros, pasa a versión 1.0.2</p> <p>6. Procedimiento Planes de Mejoramiento, pasa a versión 1.0.3</p> <p>Se actualizan los nuevos sistemas de información, se eliminan, los siguientes: Solicitud de Servicio a UDO Solicitud de Servicio a UFC Sistema de Gestión Comunicaciones de los Clientes TTM Solicitud de Servicio Comunicaciones y Publicidad Reporte de Novedades Unidad Operativa</p> <p>Se actualizan los recursos físicos y humanos, teniendo en cuenta la nueva estructura administrativa aprobada por la Resolución 2013050001 "Por medio de la cual se modifica la Estructura Administrativa de las Terminales de Transporte de Medellín S.A. y se dictan otras disposiciones".</p>			
1.0.0	2009/09/16	Leidy Viviana Ramirez Agudelo Auxiliar de Procesos	Nuevo	Alexandra Gaviria J Jefe Unidad de Desarrollo Organizacional	Alexandra Gaviria J Jefe Unidad de Desarrollo Organizacional	2009/09/24

Manual de Gestión Versión No. 14.0.1 de 05/05/2022

4.10.1 Procedimiento Gestión de Riesgos

PROPÓSITO: Asegurar los objetivos estratégicos definidos por la entidad por medio de la mitigación de los riesgos identificados por cada proceso.

ACTIVIDAD	RESPONSA	FORMATO/ REGISTROS	OBSERVACIONES
-----------	----------	--------------------	---------------

	BLE	DOCUMENT O/GUIA	
1	Establecer el contexto	Alta dirección Líderes del proceso	Son las condiciones internas y del entorno, que pueden generar eventos que originan oportunidades o afectan negativamente el cumplimiento de la misión y objetivos de entidad.
2	Identificar riesgos y oportunidades	Política Administración de Riesgos 202100500 44 Subgerente Planeación y Desarrollo Técnico Administrativo o Procesos Líderes del proceso	<p>Mapa de Riesgos</p> <p>En la identificación de los riesgos se identifican aquellos eventos potenciales que ponen en riesgo el logro de su Misión, estableciendo los agentes generadores (externos o internos) , las causas y los efectos de su ocurrencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proceso: Nombre del proceso. • Objetivo del proceso: Se debe transcribir el objetivo. • Riesgo: Representa la posibilidad de ocurrencia de un evento. • Causas (factores internos o externos): Son los medios, las circunstancias y agentes generadores de riesgo. • Descripción: Se refiere a las características generales o las formas en que se observa o manifiesta el riesgo identificado. • Efectos: Constituyen las consecuencias de la ocurrencia del riesgo sobre los objetivos de la entidad. <p>Se describe el riesgo con la siguiente estructura:</p> <p>Riesgo= ¿Que? (impacto) + ¿Como? (causa inmediata)+ ¿Porque? (causa raíz).</p> <p>Ejemplo: Posibilidad de (inicio de redacción) afectación económica o reputacional (impacto) por multa y sanción del ente regulador (causa inmediata) debido a adquisición de bienes y servicios fuera de los requerimientos normativos (causa raíz)</p>
3	Valorar riesgos y oportunidades	Subgerente Planeación y Desarrollo Técnico Administrativo o Procesos Líderes del proceso	<p>Se han establecido dos aspectos a tener en cuenta en el análisis de los riesgos identificados: Probabilidad e Impacto.</p> <p>Probabilidad: posibilidad de ocurrencia del riesgo, esta puede ser medida con criterios de frecuencia, si se ha materializado (por ejemplo: número de veces en un tiempo determinado), o de Factibilidad teniendo en cuenta la presencia de factores internos y externos que pueden propiciar el riesgo,</p>

aunque este no se haya materializado.

	Frecuencia de la Actividad	Probabilidad
Muy Baja	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta como máximos 2 veces por año	20%
Baja	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 3 a 24 veces por año	40%
Media	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 24 a 500 veces por año	60%
Alta	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta mínimo 500 veces al año y máximo 5000 veces por año	80%
Muy Alta	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta más de 5000 veces por año	100%

La probabilidad de ocurrencia estará asociada a la exposición al riesgo del proceso o actividad que se esté analizando. De este modo, la probabilidad inherente será el número de veces que se pasa por el punto de riesgo en el periodo de 1 año

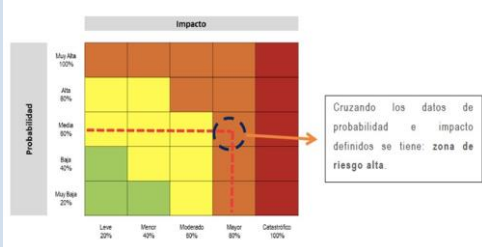
Criterios para definir el nivel de probabilidad:

1. **Muy Baja:** La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta como máximos 2 veces por año- equivale al 20%
2. **Baja:** La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 3 a 24 veces por año- equivale al 40%
3. **Media:** La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 24 a 500 veces por año- equivale al 60%
4. **Alta:** La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta mínimo 500 veces al año y máximo 5000 veces por año- equivale al 80%
5. **Muy Alta:** La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta más de 5000 veces por año- equivale al 100%

Impacto: consecuencias que puede ocasionar a la organización la materialización del riesgo. Los impactos se agrupan en impacto económico y reputacional.

	Afectación Económica	Reputacional
Leve 20%	Afectación menor a 10 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de algún área de la organización.
Menor 40%	Entre 10 y 50 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad internamente, de conocimiento general nivel interno, de junta directiva y accionistas y/o de proveedores.
Moderado 50%	Entre 50 y 100 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos.
Mayor 80%	Entre 100 y 500 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal.
Catastrófico 100%	Mayor a 500 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitario sostenido a nivel país.

					<p>Criterios para definir el nivel de impacto:</p> <p>1. Leve 20% Afectación Económica (o presupuestal) : Afectación menor a 10 SMLMV Pérdida Reputacional: El riesgo afecta la imagen de alguna área de la organización</p> <p>2. Menor-40% Afectación Económica (o presupuestal): Entre 10 y 50 SMLMV Pérdida Reputacional: El riesgo afecta la imagen de la entidad internamente, de conocimiento general, nivel interno, de junta directiva y accionistas y/o de proveedores</p> <p>3. Moderado 60% Afectación Económica (o presupuestal): Entre 50 y 100 SMLMV Pérdida Reputacional: El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos</p> <p>4. Mayor 80% Afectación Económica (o presupuestal): Entre 100 y 500 SMLMV Pérdida Reputacional: El riesgo afecta la imagen de de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal</p> <p>5. Catastrófico 100% Afectación Económica (o presupuestal) : Mayor a 500 SMLMV Pérdida Reputacional: El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitarios sostenible a nivel país.</p> <p>Frente al análisis de probabilidad e impacto no se utiliza criterio experto, esto quiere decir que el líder del proceso, como conocedor de su quehacer, define cuántas veces desarrolla la actividad, esto para el nivel de probabilidad, y es a través de la tabla establecida que se ubica en el nivel correspondiente, dicha situación se repite para el impacto, ya que no se trata de un análisis subjetivo.</p>
4	Evaluar los riesgos	Subgerente Planeación y Desarrollo Técnico			<p>A partir del análisis de la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias o impactos, se busca determinar la zona de riesgo inicial (RIESGO INHERENTE). Cruzando los datos de probabilidad e</p>

		<p>Administrativ o Procesos</p> <p>Líderes del proceso</p>		<p>impacto definidos se obtiene la zona.</p> 
5	<p>Valorar los controles</p>	<p>Subgerente Planeación y Desarrollo</p> <p>Técnico Administrativ o Procesos</p> <p>Líderes del proceso</p>		<p>La identificación de controles se debe realizar a cada riesgo a través de las entrevistas con los líderes de procesos o servidores expertos en su quehacer. En este caso sí aplica el criterio experto.</p> <p>Los responsables de implementar y monitorear los controles son los líderes de proceso con el apoyo de su equipo de trabajo.</p> <p>Estructura de la descripción del control:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Responsable de ejecutar el control: identifica el cargo del servidor que ejecuta el control, en caso que sean controles automáticos se identificará el sistema que realiza la actividad. • Acción: se determina mediante verbos que indican la acción que deben realizar como parte del control. • Complemento: corresponde a los detalles que permiten identificar claramente el objeto del control. <p>Tipología de controles:</p> <p>A través del ciclo de los procesos es posible establecer cuándo se activa un control y , por lo tanto, establecer su tipología con mayor precisión, tales como:</p> <p>Controles preventivos: va a las causas del riesgo, atacan la probabilidad de ocurrencia del riesgo.</p> <p>Controles detectivos: detecta que algo ocurre y devuelve el proceso a los controles preventivos. Atacan la probabilidad de ocurrencia del riesgo.</p>

				<p>Controles correctivos: atacan el impacto frente a la materialización del riesgo.</p> <p>Atributos para el diseño del control:</p> <p>1. Atributos de eficiencia</p> <p>➤ Por tipo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preventivo: va hacia las causas del riesgo, aseguran el resultado final esperado (peso 25%). • Correctivo: dado que permiten reducir el impacto de la materialización del riesgo, tienen un costo en su implementación (peso 10%) • Detectivo: detecta que algo ocurre y devuelve el proceso a los controles preventivos. Se pueden generar reprocesos. (peso 15%) <p>➤ Implementación:</p> <p>Automático: son actividades de procesamiento o validación de información que se ejecutan por un sistema y/o aplicativo de manera automática sin la intervención de personas para su realización.</p> <p>Manual: controles que son ejecutados por una persona, tiene implícito el error humano.</p> <p>2. Atributos de Formalización</p> <p>➤ Documentación:</p> <p>Documentado: Controles que están documentados en el proceso, ya sea en manuales, procedimientos, flujogramas o cualquier otro documento propio del proceso.</p> <p>Sin Documentar: Identifica a los controles que pese a que se ejecutan en el proceso no se encuentran documentados en ningún documento propio del proceso</p> <p>➤ Frecuencia</p> <p>Continua: Este atributo identifica a los controles que se ejecutan siempre que se realiza la actividad originadora del riesgo.</p> <p>Aleatoria: Este atributo identifica a los controles que no siempre se ejecutan cuando se realiza la actividad originadora del riesgo</p> <p>➤ Evidencia</p> <p>Con Registro: El control deja un registro</p>
--	--	--	--	---

					<p>que permite evidenciar la ejecución del control Sin Registro: El control no deja registro de la ejecución del control</p> <p>Luego de valorar los controles la zona del riesgo varia acorde al resultado de aplicar la efectividad de los mismos generado el riesgo inherente.</p>
6	Socializar metodología de riesgos	Técnico Administrativo o Procesos			<p>Al momento de realizar el ejercicio para la definición de los riesgos con las mesas de trabajo se socializa la metodología y política para la administración de los riesgos a los líderes de los procesos.</p>
7	Elaborar mapa de riesgos	Técnico Administrativo o Procesos			<p>Luego de desarrollar el ejercicio de análisis se consolida la información y se define el mapa de riesgos, documento que resume la identificación y análisis de los riesgos así como las zonas del riesgo, la cual es clave para la definición de acciones que se gestionaran durante el año.</p>
8	Elaborar el plan de riesgos	Técnico Administrativo o Procesos		<p>Plan anticorrupción y atención al ciudadano- Primer componente Gestión de Riesgos</p> <p>Seguimientos cuatrimestrales al anticorrupción y atención al ciudadano</p>	<p>Acorde a la zona de riesgo final se definen acciones para gestionarlas durante el año. Estas se incorporan en un plan anticorrupción y atención al ciudadano en el componente 1: Riesgos.</p> <p>El plan se presenta ante el Comité de Gestión y Desempeño para someterlo a su aprobación y publicarlo al 31 de enero del año en curso, tal como lo establece el decreto 612:2018</p> <p>Es obligatorio la generación de acciones para aquellos riesgos que quedaron clasificados como " Extremos o Altos", NO para los riesgos ubicados en "moderados o bajos".</p> <p>El plan se publica en la siguiente ruta: https://terminalesmedellin.com/wp-content/uploads/2022/02/Plan-anticorrupcion-y-atencion-al-ciudadano-2022.pdf</p>
9	Realizar seguimiento al plan de riesgos.	Técnico Administrativo o Procesos Líderes del proceso			<p>La Técnico Administrativo Procesos realiza seguimiento y monitoreo cuatrimestralmente con cada uno de los líderes de los procesos.</p> <p>Si durante el año no se han ejecutado acciones por los motivos sustentables por el líder , se procede a presentar ajustes al plan ante el Comité de Gestión y Desempeño para su aprobación.</p>

ALCANCE: Aplica para todos los procesos de la entidad así como también eventos y actividades que probables de amenaza para la continuidad de la operación y el negocio.

DEFINICIONES

- Riesgo: Efecto que se causa sobre los objetivos de las entidades, debido a eventos potenciales.
- Riesgo inherente : Nivel de riesgo propio de la actividad. El resultado de combinar la probabilidad con el impacto, nos permite determinar el nivel del riesgo inherente, dentro de unas escalas de severidad.
- Riesgo residual: El resultado de aplicar la efectividad de los controles al riesgo inherente.
- Causa: Todos aquellos factores internos y externos que solos o en combinación con otros, pueden producir la materialización de un riesgo
- Causa inmediata: Circunstancias bajo las cuales se presenta el riesgo, pero no constituyen la causa principal o base para que se presente el riesgo.
- Consecuencia: Los efectos o situaciones resultantes de la materialización del riesgo que impactan en el proceso, en la entidad, sus grupos de valor y demás partes interesadas.
- Control: Medida que permite reducir o mitigar el riesgo
- Causa raíz: Causa principal o básica, corresponde a las razones por las cuales se puede presentar el riesgo.
- Impacto: Las consecuencias que puede ocasionar a la organización la materialización del riesgo.

Control de Cambios Procedimiento

Versión	Fecha	Autor/ Cargo	Descripción	Revisado por/ Cargo	Aprobado por/Cargo	Fecha
3.0.0	2021/06/ 27	Leidy Viviana Ramirez Agudelo Técnico Administrati vo Procesos	El procedimiento de Riesgos se ajusta acorde a la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas. Versión 5- Diciembre de 2020 adoptada por la entidad por medio de la Política Administración de Riesgos 20210050044	Carlos Alberto Molina Subgerente Planeación y Desarrollo	Carlos Alberto Molina Subgerente Planeación y Desarrollo	2021/0 6/30
2.00	2018/04/ 25	Leidy Viviana Ramirez Agudelo Técnico Administrati vo Procesos	Se adiciona el componente de oportunidad	Ximena Ramirez Subgerente Planeación y Desarrollo Leidy Viviana Ramirez Agudelo Técnico Administrativo Procesos	Ximena Ramirez Subgerente Planeación y Desarrollo	2018/0 4/25
1.0.3	2013/05/ 24	Leidy Viviana Ramirez Agudelo Técnico Administrati	Se modifica la denominación de los cargos	Leidy Viviana Ramirez Agudelo Técnico Administrativo Procesos	Raul Gilberto Salazar Saldarriaga Subgerente Planeación y Desarrollo	2013/0 5/24

		vo Procesos		Carlos Arturo Paternina Moreno Asesor Control Interno Yuri Maria Gallego Alzate Profesional Universitario Control Interno		
1.0.2	2011/04/28	Leidy Viviana Ramirez Agudelo Auxiliar de Procesos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se modifica el objetivo del proceso " Identificar, analizar y evaluar las amenazas que afecten la operación, continuidad y cumplimiento de los objetivos de la entidad, analizar las causas e implementar el plan de gestión que permita evitar, eliminar o mitigar el impacto del riesgo." ▪ En la actividad "Identificar riesgos", se modifica la redacción. ▪ En la actividad "Analizar y evaluar riesgos" se actualizan los responsables ▪ En la actividad "Valorar riesgos" actualizan responsables ▪ Se adicionan los siguientes párrafos: "La Oficina de Control Interno genera recomendaciones y observaciones de acuerdo con la valoración y Evaluacion independiente al Mapa de Riesgos ya Identificado". "Los riesgos se Revaloran cada vez que se considere pertinente" ▪ En la actividad "Gestionar riesgos" se adiciona los siguiente: "Generar acciones y compromisos que permitan mitigar el riesgo" ▪ Se adiciona dos nuevos registros Revaloración de 	Leidy Viviana Ramirez Agudelo Auxiliar de Procesos Martha Claudia Sepulveda Técnico de Control Interno	Alexandra Gaviria J Jefe Unidad de Desarrollo Organizacional	2011/05/23

			Riesgos e Informe valoración y evaluación de Control Interno			
1.0.1	2010/06/08	Leidy Viviana Ramirez Agudelo Auxiliar de Procesos	Se actualiza con la Resolución 160 de 2010 (Política Administración de Riesgos)	Alexandra Gaviria J Jefe Unidad de Desarrollo Organizacional	Alexandra Gaviria J Jefe Unidad de Desarrollo Organizacional	2010/06/28
1.0.0	2009/09/16	Leidy Viviana Ramirez Agudelo Auxiliar de Procesos	Nuevo	Alexandra Gaviria J Jefe Unidad de Desarrollo Organizacional	Alexandra Gaviria J Jefe Unidad de Desarrollo Organizacional	2009/09/24

Manual de Gestión Versión No. 14.0.1 de 05/05/2022

4.10.2 Procedimiento Planes de Mejoramiento

PROPÓSITO: Definir acciones correctivas y de mejora para los hallazgos, observaciones y no conformidades del sistema de gestión, con el fin de asegurar el cumplimiento de los objetivos estratégicos, la normatividad vigente y la satisfacción de los clientes y partes interesadas.

	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FORMATO/ DOCUMENTO/GUIA	REGISTROS	OBSERVACIONES
1	Identificar no conformidad los hallazgos u observaciones	Entes de Control y certificación Asesor de Control Interno Subgerente de Planeación y Desarrollo Técnico Administrativo de Procesos		Informes de las auditorías de control interno, contraloría, auditorías internas y externas	Cuando se identifica una no conformidad, hallazgo u observación se registra en el formato establecido Como fuentes de acciones correctivas, se tienen entre otras las siguientes: auditorías internas y externas, deficiencias reales o potenciales de la operación o administración, resultados de la satisfacción de los clientes, comunicaciones, quejas y reclamos de clientes o de partes interesadas, desviaciones reales o potenciales de la eficacia de los controles operacionales, resultados de seguimiento y medición, desempeño ambiental, desviaciones en la prestación de los servicios, desempeño de procesos, La percepción del cliente sobre la empresa, el incumplimiento de los requisitos del sistema de gestión calidad y ambiental, evaluación de simulacros, incumplimientos legales o cambios en la legislación, benchmarking, revisión por la dirección, visitas entes de control.

2	Documentar no conformidades, los hallazgos u observaciones	Asesor de Control Interno Profesional Universitario o de Control interno Subgerente de Planeación y Desarrollo Técnico Administrativo de Procesos		Registro de acciones correctivas, preventivas y de mejora en el plan de mejoramiento de control interno Registro de acciones correctivas	Como criterios para definir si se implementan acciones correctivas o de mejora, es necesario tener en cuenta: repetitividad, impacto en la prestación de los servicios, impacto de la desviación en la imagen de la empresa, si es no conformidad de auditoria interna o externa, hallazgos de entes de control, en todos los casos se debe emprender acción correctiva, incumplimiento de requisitos legales, contractuales, entre otros. Una vez definida la necesidad de emprender acción correctiva o de mejora, se deben definir las causas raíz para las correctivas y preventivas, empleando técnicas de investigación apropiadas como son: lluvia de ideas, diagrama causa – efecto, cinco por qué, amef, entre otros.
3	Definir plan de mejoramiento	Responsable de la no conformidad, hallazgo u observación al interior de TTM		Registro de acciones correctivas	Una vez con el uso de una o varias de estas técnicas se tenga identificada la o las causas raíz, se procede a proponer el plan de acción, asignado para cada una de las actividades, responsables, fechas de implementación y seguimiento. Para verificar la eficacia de las acciones correctivas, se debe asegurar que las causas identificadas como raíz se hayan eliminado.
4	Realizar seguimiento plan de mejoramiento	Responsable de la no conformidad al interior de TTM			El responsable asignado de esta actividad debe verificar y hacer seguimiento periódico al plan de mejoramiento.
5	Verificar ejecución plan de mejoramiento	Responsable de la no conformidad al interior de TTM Asesor Control interno Profesional Universitario o Control Interno			Control interno realiza el seguimiento, verifica el cumplimiento del plan y genera la evaluación respectiva. para los planes de mejoramiento de control interno La Técnico Administrativo de Procesos, El Profesional Especializado Ambiental y la Profesional Universitaria Seguridad y Salud en el Trabajo, realiza el seguimiento, verifica el cumplimiento del plan y genera la evaluación respectiva. para el registro de acciones correctivas Si las acciones definidas no alcanzan la

		Técnico Administrati vo Procesos			eficacia se debe analizar nuevamente y redefinir acciones si es necesario.
--	--	---	--	--	--

ALCANCE: Este procedimiento aplica para los hallazgos, deficiencias, no conformidades, recomendaciones que requieren acciones preventivas, correctivas y de mejora en el Sistema de Gestión.

DEFINICIONES:

- **Acción correctiva:** Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseable
- **Acción de mejora:** aumentar la capacidad de cumplir con un requisito.
- **Hallazgo Fiscal:** Omisión injustificada del deber de efectuar comparaciones de precios ya sea mediante estudios o consultas de las condiciones del mercado o cotejo.

Ver anexos de metodologías para identificación de causas raíz:

1. Lluvia de ideas
2. Diagrama causa efecto
3. Cinco por qué

Control de Cambios Procedimiento

Versión	Fecha	Autor/ Cargo	Descripción	Aprobado por/Cargo	Aprobado por/Cargo	Fecha
1.0.5	2019/12/27	Leidy Viviana Ramirez Agudelo Técnico Administrati vo Procesos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se modifica el propósito. ➤ Se elimina de la actividad 1 identificar hallazgos: Auditorías Internas y externas ➤ Se elimina de los responsables el Equipo Técnico y todo el personal ➤ Se elimina de la actividad 3 Actas Revisión por la Dirección y Actas Equipo Técnico ➤ Se eliminan el registro 	Leidy Viviana Ramirez Agudelo Técnico Administrativo Procesos	Ximena Ramirez Subgerente Planeación y Desarrollo Juan Mario Bustamante Asesor de Control Interno	2019/12/27

			<p>de la Gestión de Riesgos Project Server 2003</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se elimina del procedimiento el tratamiento para las acciones preventivas y de mejora. ➤ Se elimina de la actividad 1 " Una no conformidad, deficiencia administrativa, deficiencia fiscal que requiera de una acción preventiva o acción correctiva, se informa al auxiliar de procesos o a Control Interno para su documentación en el formato establecido" ➤ Se agrega como responsable en la actividad 1 la Subgerente de Planeación y Desarrollo ➤ Se agrega a la actividad 3: los responsables: responsable de la no conformidad al interior de TTM y elimina el Técnico Administrativo Procesos <p>Se elimina de las definiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Acción preventiva: Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable. ▪ MECI: Modelo Estándar de Control Interno. Modelo de gestión que deben cumplir las entidades públicas 			
--	--	--	--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deficiencia administrativa: No conformidades identificadas por la contraloría relacionadas con deficiencias en el funcionamiento de la entidad, que requieren plan de mejoramiento interno que supervisa control interno ▪ Deficiencia fiscal: No conformidades identificadas por la contraloría relacionadas con deficiencias en el manejo de los recursos financieros de la entidad, que requieren plan de mejoramiento que debe enviarse a la contraloría en el tiempo establecido en el informe. ▪ Equipo Técnico del Sistema Integrado de Gestión: Grupo conformado por: Gerente, jefes de Unidad, Funcionarios responsables de procesos o en representación de la Unidad, analistas, Profesional en Planeación auxiliar de procesos quienes se reúnen semanalmente para tratar temas relacionados con el SGC, planes de mejoramiento y la gestión de Riesgos 			
1.0.4	2015/06/13	Leidy Viviana Ramirez Agudelo Técnico Administrativo Procesos	Se adiciona el componente ambiental y las metodologías de análisis de causa que puedan utilizarse	Leidy Viviana Ramirez Agudelo Técnico Administrativo Procesos Wilmar	Raul Gilberto Salazar Saldarriaga Subgerente Planeación y Desarrollo	2015/06/13

				Mosquera- Profesional Especializado Ambiental		
1.0.3	2013/05/24	Leidy Viviana Ramirez Agudelo Técnico Administrativo Procesos	Se modifica la denominación de los cargos	Leidy Viviana Ramirez Agudelo Técnico Administrativo Procesos Carlos Arturo Paternina Moreno Asesor Control Interno Yuri Maria Gallego Alzate Profesional Universitario Control Interno	Raul Gilberto Salazar Saldarriaga Subgerente Planeación y Desarrollo	2013/05/24
1.0.2	2011/04/28	Leidy Ramírez Auxiliar de Procesos	Se mejora la redacción y explicación de las actividades En la actividad 1 "identificar los hallazgos" se adiciona el registro informes auditorías internas y externas En la Actividad 3 "Definir plan de mejoramiento" se modifica en las observaciones las "Actas Revisión Gerencial" por "Actas del comité coordinador del Sistema Integrado de Gestion, como esta nombrado en la resolución Se adiciona las actas de la" Revisión Por la dirección"	Leidy Viviana Ramirez Agudelo Auxiliar de Procesos Martha Claudia Sepúlveda Técnico de Control Interno	Alexandra Gaviria J Jefe Unidad de Desarrollo Organizacional	2011/05/23
1.0.1	2010/03/19	Leidy Ramírez Auxiliar de Procesos	Se especifica que el manejo de los planes de mejora es a través de nuevo Software desarrollado por la Unidad de Desarrollo Organizacional	Alexandra Gaviria J Jefe Unidad de Desarrollo Organizacional	Alexandra Gaviria J Jefe Unidad de Desarrollo Organizacional	2010/06/03
1.0.0	2009/09/16	Leidy	Nuevo	Alexandra	Alexandra	2009/09/2

		Ramírez Auxiliar de Procesos		Gaviria J Jefe Unidad de Desarrollo Organizacional	Gaviria J Jefe Unidad de Desarrollo Organizacio nal	4
--	--	------------------------------------	--	---	--	---

ANEXOS

1. LLUVIA DE IDEAS

Se utiliza para generar un número grande de ideas sobre cualquier tema. Puede ser utilizada para identificar los problemas, las causas de estos y sus soluciones. Se trabaja en equipo y se deben seguir las siguientes reglas:

- . No se admiten críticas ni comentarios
- . Se comienza por cualquier miembro del grupo
- . Una idea por turno
 - . Si no se tiene preparada una idea se dice paso
- . Expresar tantas ideas como sea posible
- . No importa que sean ideas raras o extrañas
 - . Apoyarse en ideas de los demás
- . La velocidad es importante

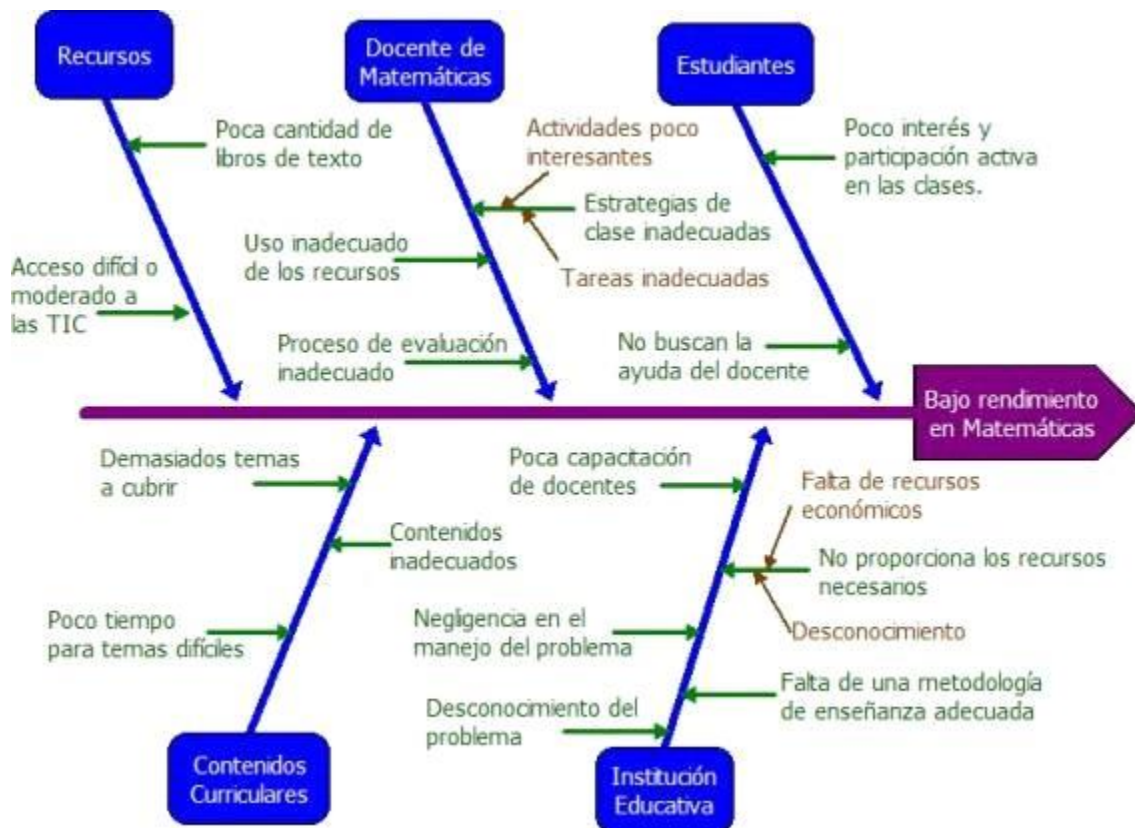
definir un problema o Tema de interés , luego Elegir un moderado o secretario, luego proponer ideas, luego analizar las ideas.

2. DIAGRAMA CAUSA – EFECTO

Diagrama que muestra la relación sistemática entre un resultado fijo y sus causas.

¿Para qué sirve?

Esta herramienta es útil en la identificación de las posibles causas de un problema, y representa las relaciones entre algunos efectos y sus causas. En un ambiente no manufacturero, las categorías de causas potenciales incluyen políticas, personal, procedimientos y planta .



3. Cinco por ques, esta metodología se entiende a través de la lectura del siguiente ejemplo.

Monumento de Lincoln.

1. Se descubrió que el monumento de Lincoln se estaba deteriorando más rápido que cualquiera de los otros monumentos de Washington D.C., – ¿Por qué?
2. Porque se limpiaba con más frecuencia que los otros monumentos – ¿Por qué?
3. Se limpiaba con más frecuencia porque había más depósitos de pájaros en el monumento de Lincoln que en cualquier otro monumento – ¿Por qué?
4. Había más pájaros alrededor del monumento de Lincoln que en cualquier otro monumento, particularmente la población de gorriones era mucho más numerosa – ¿por qué?
5. Había más comida preferida por los gorriones en el monumento de Lincoln -específicamente ácaros – ¿por qué?
6. Descubrieron que la iluminación utilizada en el monumento de Lincoln era diferente a la de los otros monumentos y esta iluminación facilitaba la reproducción de ácaros.

Cambiaron la iluminación y solucionaron el problema1.

4.10.3 Procedimiento Control Documentos

PROPÓSITO: Garantizar el control y control de cambios de documentos internos y externos que se generen dentro del sistema de Gestión por medio de su Identificación, almacenamiento, protección, recuperación, tiempo de retención, aprobación, actualización, legibilidad y disposición de los documentos.

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FORMATO/ DOCUMENTO/ GUIA	REGISTROS	OBSERVACIONES
1 Identificar y definir documentos	Líder del proceso Tecnico Administrativo Procesos		Software Help & Manual	<p>El control y trazabilidad de las versiones electrónicas de la documentación del Sistema de Gestión, inicia cuando se registran en el SW Help and Manual partiendo de la versión 6.0.0. Las versiones anteriores están en medio físico.</p> <p>Se identifican los documentos que tienen que ver con el Sistema de Gestión y que muestre la Conformidad ISO 9001-2015 o con las actividades planificadas en la documentación del Sistema.</p> <p>Los responsables de los procesos solicitan cambios o la inclusión de nuevos documentos en los procesos. A través del sistema de solicitudes a la Subgerencia de Planeación y Desarrollo</p> <p>Un documento puede ser un manual, formato, una guía o un instructivo</p> <p>Se revisa y aprueba para que el contenido del documento sea coherente, consistente con la realidad y adecuado a las necesidades de la Entidad.</p> <p>La mejora en los documentos, formatos o instructivos puede ser resultado de alguna sugerencia y oportunidad de mejora de las auditorías o verificaciones de los procesos</p> <p>El número de versión de los documentos y formatos, se definen teniendo en cuenta la criticidad de cambios</p> <p>La aprobación de los documentos puede efectuarse a solicitud del líder del proceso o si es el caso por nivel de criticidad escalar su aprobación por la alta dirección ante el Comité de Gestión y Desempeño.</p>
2 Elaborar y/o actualizar documento	Tecnico Administrativo	Guía Control de Documentos	Software Help & Manual	El contenido del documento es desarrollado siguiendo los lineamientos del documento "Guía para

	s	Procesos			<p>elaboración de documentos".</p> <p>Se identifica con el número de la versión, fecha, usuario quien lo realizó, colocados en el encabezado de los documentos.</p> <p>Se inicia con la versión No.1 y se va aumentando en la medida que se actualice el documento. La fecha indica a partir de cuando entra en vigencia el documento</p> <p>Se controlan las modificaciones realizadas, asegurando disponibilidad de versión actualizada.</p> <p>El cuadro control de cambios tiene la siguiente informacion:Versión, Fecha, Autor/Cargo ,Descripción,Revisado por/Cargo, Aprobado por/Cargo y Fecha, (Aplica para el Manual de Gestion, caracterizaciones, procedimientos, instructivos, listas de chequeo y documentos que se consideren necesarios)</p>
3	Autorizar y controlar documentos	Tecnico Administrativo Procesos	Guía Control de Documentos	Software Help & Manual	<p>Antes de publicar el documento se coloca el estándar de identificación del documento y la versión</p> <p>Los documentos aprobados son ubicados en la carpeta Corporativa del Proceso en la siguiente ruta \Sgc - Sistema Gestion de Calidad) y se enlazan a través del manual de gestión electrónico.</p> <p>La documentación que esta publicada en la pagina Web son "copias controladas" y aquellos que requieren ser distribuidos en forma impresa son "Copias no Controladas".</p> <p>Se revisan los criterios de actualización del nuevo documento sujeto a incorporarse a la estructura documental.</p> <p>Se generan y autorizan los cambios solicitados por el responsable del proceso</p>
4	Administrar documentos	Tecnico Administrativo Procesos Profesional Universitari		Software Help & Manual Versiones anteriores del	<p>Las carpetas corporativas están matriculadas con el nombre de los procesos donde se encuentra consignada la documentación respectiva y el acceso tiene restricciones según la naturaleza de la información y las solicitudes de acceso.</p>

		o TIC		Manual de Gestión	<p>La disponibilidad de los documentos está en medio electrónico y para el uso de formatos físicos, son impresos en tinta no borrrable.</p> <p>En la red corporativa se conserva el la documentación original y las versiones anteriores del manual de gestión, el acceso a esta carpeta está autorizado para la Auxiliar de Procesos y el Representante de la Dirección.</p> <p>La generación de las versiones del manual se realiza a través de la herramienta Help & Manual.</p> <p>El respaldo de la información se realiza según la actividad Administrar respaldos de información del procedimiento Administrar Infraestructura Tecnológica.</p> <p>Para evitar la perdida de documentos, sistemas, bases de datos e información que soportan los procesos, diariamente se realiza el respaldo incremental y completo semanal. Se guardan dos copias de estos respaldos uno en la bodega de Sistemas en la Terminal del Norte y otro en la Oficina de Recaudos de la Terminal del Sur bajo llave.</p> <p>El archivo Central tiene definidas las tablas de retención de los documentos que están bajo su custodia. Están debidamente almacenados y su consulta tiene los controles pertinentes según las leyes públicas de gestión documental.</p>
5	Controlar documentos obsoletos	Tecnico Administrativo Procesos		<p>Carpeta Obsoletos</p> <p>Registro Control de la información documentada</p>	<p>Se consideran obsoletos aquellos documentos que han tenido modificación y cambios en su versión.</p> <p>Las copias impresas de documentos son destruidas al entregar la nueva versión y en el sistema la nueva versión reemplaza la anterior.</p> <p>Los documentos obsoletos son guardados electronicamente en la carpeta "Obsoletos", permitiendo garantizar la trazabilidad e historia del documento, se registra el cambio en el registro "Control Modificación Maestro de Dctos,Reportes, Formatos e Instructivos". Las copias físicas de los documentos obsoletos se desechan</p>

					<p>Para el mejoramiento en la documentación del Sistema de Gestión, se establece que:</p> <p>Los formatos, guías, instructivos, fichas técnicas, procedimientos y manuales inicia con versión 1. Cabe anotar que versiones anteriores se registran en la carpeta de obsoletos, asegurando disponibilidad de versión actualizada..</p>
6	Control de documentos externos	Tecnico Administrativo documentos		<p>Sistema qfdocument.</p> <p>ERP SAFIX - Regulación y Uso\Parametros \Rutas autorizadas</p> <p>Marco Normativo por Proceso</p>	<p>Los documentos de origen externo se controlan así:</p> <p>La normatividad y/o documentación externa ingresa al archivo central y se gestiona a través del Procedimiento Administración Documental por medio del sw qfdocument. Este control lo efectua el Tecnico Administrativo documentos</p> <p>Para cambios o nuevas autorizaciones por parte del Ministerio de Transporte, la Subgerencia Tecnica Operativa es la que autoriza a los profesionales universitarios TIC para el registro y actualizacion de tarifas en el sistema de la operacion</p> <p>Para documentos externos relacionados con cambios a la normatividad se actualiza el Marco Normativo por Proceso, por parte de los Profesionales Especializados Abogados.</p> <p>Al final del Marco Normativo se planteanlas instrucciones para la consulta en la Web de las versiones actuales de la normatividad.</p>
7	Divulgar cambios de los documentos	Tecnico Administrativo Procesos Equipo Técnico	<p>Asistencia a Reunión</p> <p>Formato de Asistencia</p>	<p>Formato Físico de Asistencia a Reunión Diligenciado</p> <p>Correos electrónicos de Divulgación</p>	<p>Se Socializa y publica a través de la la Intranet o correo electrónico las actualizaciones, modificaciones y nuevos documentos del sistema de gestión.</p> <p>Según la magnitud de los cambios, se socializan personalmente o a través de reunión.</p>

ALCANCE: Esta metodología aplica para todos los documentos relacionados con el Sistema de Gestión, incluyendo documentos externos que se relacionen directamente con la prestación de los servicios.

DEFINICIONES

- **Aprobación:** Etapa dentro del procedimiento de control de documentos que determina la adecuación y la

aceptación del documento.

- **Estandarización:** Es el desarrollo sistemático para controlar los costos de recursos e insumos, eliminar el número de proveedores que no cumplen con las expectativas y ayudar a la gente a identificar los servicios en donde quiera que se encuentre. Aumentar la competitividad, la satisfacción de los consumidores garantizando la calidad de los servicios, la seguridad de funcionamiento de los procesos de TTM.
- **Copia controlada:** Copia de un documento que requiere actualizarse cuando sufra una modificación.
- **Copia no controlada:** Copia de un documento que no requiere actualización cuando se modifica.
- **Divulgación:** Dar a conocer algo, hacer algo accesible al público. Socializar cambios y/o mejoras en la documentación del Sistema de Gestión.
- **Documento:** Información y su medio de soporte. En cuanto a su medio de soporte se refiere a cualquier forma de presentación, un video, fotos, CD, hojas impresas.
- **Documento obsoleto:** Son aquellos documentos que ya no tienen vigencia porque se han generado nuevas versiones mejoradas y que por lo tanto deben ser claramente identificados como tal en el Sistema de Gestión
- **Documentos de origen externo:** Documentos generados por entidades externas a la empresa que sirven de guía o apoyo para el desarrollo de las actividades.
- **Eficacia:** Capacidad de cumplir los objetivos propuestos
- **Efectividad:** Capacidad de lograr un efecto deseado o esperado
- **Help and Manual:** Software para la documentación del sistema de gestión de TTM
- **Versión:** Muestra el estado de los documentos en términos de actualidad. Código consecutivo que identifica la evolución del documento

Control de Cambios Procedimiento

Versión	Fecha	Autor/Cargo	Descripción	Revisado por/ Cargo	Aprobado por/Cargo	Fecha
1.0.6	2021/07/15	Técnico Administrativo Procesos- Leidy Viviana Ramirez Agudelo	Se elimina el formato de la actividad "Administrar documentos": Formato entrega de cintas Backup Terminal Sur, Registro Backup Servidores,ormato entrega de cintas Backup Terminal Sur diligenciado Se elimina el	Subgerente Planeación y Desarrollo- Carlos Alberto Molina	Subgerente Planeación y Desarrollo- Carlos Alberto Molina	2021/07/15

			<p>registro de la actividad control de documentos externos: Carpeta Física Resoluciones</p> <p>En la actividad divulgar cambios se elimina el registro Formato Físico de Asistencia a Capacitación Diligenciado</p> <p>Se elimina de la actividad "controlar documentos obsoletos" el registro: Control Modificación Maestro de Dctos, Reportes, Formatos e Instructivos</p>			
1.0.5	2019/01/20	Técnico Administrativo Procesos- Leidy Viviana Ramirez Agudelo	Se elimina la la NTC GP 1000:2009-	Técnico Administrativo Procesos- Leidy Viviana Ramirez Agudelo	Subgerente Planeación y Desarrollo- Ximena Ramirez Muñoz	2019/01/20
1.0.4	2014/05/16	Leidy Viviana Ramirez Agudelo Técnico Administrativo Procesos	<p>En la actividad "Definir se adicionan las siguientes observaciones:</p> <p>La mejora en los documentos, formatos o instructivos puede ser resultado de alguna sugerencia y oportunidad de mejora de las auditorias o verificaciones de los procesos</p> <p>El número de versión de los documentos y formatos, se</p>	Leidy Viviana Ramirez Agudelo Técnico Administrativo Procesos	Raul Gilberto Salazar Saldarriaga Subgerente Planeación y Desarrollo	2014/05/16

			definen teniendo en cuenta la criticidad de cambios			
1.0.3	2013/05/24	Leidy Viviana Ramirez Agudelo Técnico Administrativo Procesos	Se actualizan las denominaciones de los cargos	Leidy Viviana Ramirez Agudelo Técnico Administrativo Procesos Carlos Arturo Paternina Moreno Asesor Control Interno Yuri Maria Gallego Alzate Profesional Universitario Control Interno	Raul Gilberto Salazar Saldarriaga Subgerente Planeación y Desarrollo	2013/05/24
1.0.2	2011/04/28	Leidy Ramírez Auxiliar de Procesos	Se mejora la redacción y observaciones de las actividades Se modifica el objetivo "Definir la estructura, la metodología y los parámetros bajo los cuales se desarrolla el control de documentos internos y de origen externo en Terminales de Transporte de Medellín, garantizando su adecuación, revisión, aprobación, actualización, legibilidad, identificación y prevención de obsolescencia . En la actividad " Elaborar y/o actualizar documentos" se adiciona el	Leidy Viviana Ramirez Agudelo Auxiliar de Procesos Martha Claudia Sepulveda Técnico de Control Interno	Alexandra Gaviria J Jefe Unidad de Desarrollo Organizacional	2011/05/23

			<p>siguiente párrafo "</p> <p>Se controlan las modificaciones realizadas, asegurando disponibilidad de versión actualizada.</p> <p>Se actualiza información de cuadro control de cambios el cual aplica para el Manual de Gestión, caracterizaciones, procedimientos, instructivos, listas de chequeo y documentos que se consideren necesarios</p> <p>En la actividad " Controlar documentos obsoletos" se adiciona el paso a paso para darle tratamiento al documento obsoleto, se adiciona el registro "Registro Control Modificación Maestro de Dctos, Reportes, Formatos e Instructivos"</p> <p>En la actividad "Control de documentos externos" se cambia la responsabilidad que tenia la Unidad Desarrollo Organizacional para la Unidad Operativa en cuanto al registro en el Sistema de la Operación de los cambios generados por el Ministerio de</p>			
--	--	--	---	--	--	--

			transporte			
1.0.1	2010/07/08	Alexandra Gaviria J Jefe Unidad de Desarrollo Organizacional	Actualización de actividades Administrar documentos y Divulgar cambios de los documentos Se elimina la actividad Auditar Documentos ya que se realiza dentro de la administración de documentos	Alexandra Gaviria J Jefe Unidad de Desarrollo Organizacional	Alexandra Gaviria J Jefe Unidad de Desarrollo Organizacional	2010/07/08
1.0.0	2009/09/16	Leidy Ramírez Auxiliar de Procesos	Nuevo	Alexandra Gaviria J Jefe Unidad de Desarrollo Organizacional	Alexandra Gaviria J Jefe Unidad de Desarrollo Organizacional	2009/09/24

Manual de Gestión Versión No. 14.0.1 de 05/05/2022

4.10.4 Procedimiento Control Registros

PROPÓSITO:Garantizar el Control de los registros generados dentro del Sistema de Gestión por medio de su identificación, almacenamiento, protección,recuperación, tiempo de retención, aprobación,legibilidad y disposición.

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FORMATO/ DOCUMENTO/ GUIA	REGISTROS	OBSERVACIONES
1 Identificar y definir los registros	Responsable del proceso Tecnico Administrativo Procesos		solicitud por correo electronico	Se identifican los registros que tienen que ver con el Sistema de Gestión y que muestren la Conformidad con la NTC ISO 9001-2015 o con las actividades planificadas en la documentación del Sistema. Los responsables de los procesos solicitan cambios o la inclusión de nuevos registros en la carpeta corporativa del Sistema de Gestión por medio del sistema de Solicitud de Servicio a la Subgerencia de Planeación y Desarrollo. Se identifica los registros según el formato diseñado. También se pueden generar registros sin ningún formato, pero que evidencia la ejecución de una

					actividad
2	Elaborar y/o actualizar el control de la información documentada	Tecnico Administrativo vo Procesos	Guía Control de Documentos	Realizar seguimiento al almacenamiento de los registros	De acuerdo a criterios de control de los registros, se actualiza la lista de registros y se controlan las modificaciones realizadas. Se debe asegurar disponibilidad de versión actualizada
3	Autorizar y controlar los registros	Tecnico Administrativo vo Procesos			Se revisan los criterios de actualización del nuevo registro sujeto a incorporarse a la estructura documental. Se generan y autorizan los cambios solicitados por el responsable del proceso
4	Administrar los registros	Tecnico Administrativo vo Procesos	Guía Control de Documentos	Control de la información documentada Respaldo - Backup Servidor	Generar, almacenar, archivar, proteger, disponer y conservar los registros. Esta actividad se ejecuta de acuerdo con lo establecido en el sistema de gestión y en la guía Control de Documentos. La documentación se encuentra disponible en carpetas y/o en medio electrónico, el tiempo de retención varía de acuerdo al tipo de registro El archivo de Gestión tiene definida las tablas de retención de los registros que están bajo su custodia. Están debidamente almacenados y su consulta tiene los controles pertinentes según las leyes públicas de gestión documental.
5	Realizar seguimiento al almacenamiento de los registros	Tecnico Administrativo vo Procesos Líder del proceso			Se realiza seguimiento a los registros que se generan y manejan conforme a la documentación y de esta manera se controla la estructura documental del Sistema de Gestión, con cada uno de los líderes de los procesos.
6	Divulgar los cambios de los registros	Técnico Administrativo vo Procesos	Asistencia a Reunión Formato de Asistencia	Formato Físico de Asistencia a Reunión Diligenciado	La socialización de los registros se realiza por medio de la intranet o por correo electrónico, dependiendo de la información contenida en el registro El medio de divulgación depende del cambio y de los interesados

ALCANCE: Este procedimiento aplica para todos los registros que aparecen en cada procedimiento del Sistema de Gestión. Se deben considerar también los registros externos relacionados con el sistema que sean enviados por los clientes, proveedores o entidades de certificación y los registros que no provienen de un formato del sistema de gestión.

DEFINICIONES

- **Acceso:** Disponibilidad de consulta de un registro.
- **Legibilidad:** Presentación de los documentos de tal manera que se permita visualizar la información sin dudas ni ambigüedades
- **Registro de calidad:** Documento que suministra evidencia objetiva de la aplicación de los requisitos considerados en el Sistema de Gestión de la Calidad.

Deben ser legibles.

Deben estar en diferentes medios en los cuales se puedan evidenciar.

En caso de estar en medios magnéticos deben tener mecanismos que eviten la pérdida de estos.

Los elaborados manualmente deben ser hechos con tinta no Borrable.

Los lugares de almacenamiento deben ser de fácil acceso y que eviten daños o deterioro.

- **Registro:** Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas, Un registro puede ser una factura, una foto, un comunicado, un acta, un vídeo entre otros.

Control de Cambios Procedimiento

Versión	Fecha	Autor/Cargo	Descripción	Revisado por/ Cargo	Aprobado por/Cargo	Fecha
1.0.4	2021/ 07/15	Técnico Administrativo Procesos- Leidy Viviana Ramirez Agudelo	Se elimina el registro: Control de Registros , se adiciona control de información documentada Se elimina el registro: Formato Físico Diligenciado Entrega de Cintas Respaldo Terminal Sur Se elimina el registro: Formato Físico de Asistencia a Capacitación Diligenciado Se ajustan los responsables Se ajusta la actividad	Subgerente Planeación y Desarrollo- Carlos Alberto Molina	Subgerente Planeación y Desarrollo-Carlos Alberto Molina	2021/07/15

			Auditar los registros por Realizar seguimiento al almacenamiento de los registros			
1.0.3	2019/01/20	Técnico Administrativo Procesos- Leidy Viviana Ramirez Agudelo	Se elimina la normatividad Gp 100:2009 y la NTC ISO 9001:2008 Se elimina el termino unidad de desarrollo organizacional Se elimina el documento Formato entrega de cintas Backup Terminal Sur	Técnico Administrativo Procesos- Leidy Viviana Ramirez Agudelo	Subgerente Planeación y Desarrollo- Ximena Ramirez Muñoz	2019/01/20
1.0.2	2013/05/24	Leidy Viviana Ramirez Agudelo Técnico Administrativo Procesos	Se actualizan las denominaciones del cargo y se actualiza la nueva ruta para realizar las solicitudes que ya se realizan por el nuevo sistema QfDocument Serie: F01 - Solicitudes a Subgerencia de Planeacion y Desarrollo	Leidy Viviana Ramirez Agudelo Técnico Administrativo Procesos Carlos Arturo Paternina Moreno Asesor Control Interno Yuri Maria Gallego Alzate Profesional Universitario Control Interno	Raul Gilberto Salazar Saldarriaga Subgerente Planeación y Desarrollo	2013/05/24
1.0.1	2011/04/28	Leidy Ramirez Auxiliar de Procesos	Se mejora la redacción y explicación de las actividades Se modifica el objetivo: "Describir el procedimiento a seguir para el control de los registros"	Leidy Viviana Ramirez Agudelo Auxiliar de Procesos Martha Claudia Sepulveda Técnico de Control Interno	Alexandra Gaviria Jefe Unidad de Desarrollo Organizacional	2011/05/23

			del Sistema de Gestión, con el fin de demostrar la conformidad con los requisitos especificados y su operación eficaz"			
			Se modifica la Actividad "Identificar Y definir los registros" en el campo de observaciones			
1.0.0	2009/09/16	Leidy Ramírez Auxiliar de Procesos	Nuevo	Alexandra Gaviria J Jefe Unidad de Desarrollo Organizacional	Alexandra Gaviria J Jefe Unidad de Desarrollo Organizacional	2009/09/24

Manual de Gestión Versión No. 14.0.1 de 05/05/2022

4.10.5 Procedimiento Analisis de los datos

PROPÓSITO: Analizar los datos que generan los indicadores de gestión del plan estratégico, las métricas de los procesos y definir las acciones de mejora cuando no se cumple la meta del indicador o el objetivo del proceso.

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FORMATO/DOCUMENTO/GUIA	REGISTROS	OBSERVACIONES
1 Analizar datos	Responsable del indicador Subgerentes y Jefes de Unidad		Informe de Indicadores	Se generan periódicamente los datos que alimentan el indicador utilizando las técnicas estadísticas definidas para facilitar su análisis. Los indicadores se analizan, se miden y se definen las acciones convenientes

			<p>para la mejora del Sistema de Gestión incluyendo el responsable de aplicación y de verificación, en caso de requerirse.</p> <p>Algunos procesos no cuentan con indicadores con medición por hoja de vida pero cuentan métricas y estadísticas, que permiten el análisis y la posible toma de acciones para la toma de decisiones.</p>
2	Proponer propuestas de mejora	Responsable del proceso Funcionarios de TTM	<p>Registro Control de la información documentada</p> <p>Actas Revisión por la Dirección</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es responsabilidad del Comité Directivo mejorar continuamente la eficacia del Sistema de Gestión, mediante el uso de los resultados de las auditorías, el análisis de datos y la aplicación de acciones correctivas. • Todo funcionario de la empresa puede sugerir acciones de mejora y llevarlo al Gerente o líder de proceso para su análisis.
3	Realizar seguimiento o a las propuestas de Mejora	Profesional Universitario Planeacion Tecnico Administrativo Procesos	<p>Actas Revisión por la Dirección</p> <p>Se realiza seguimiento a las propuestas de mejora definidas en el análisis de indicadores y métricas de procesos.</p>

<p>ALCANCE: Este procedimiento aplica para los datos que hacen parte de los indicadores de gestión del plan estratégico.</p>
<p>DEFINICIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Datos: Información generada como resultado del seguimiento y medición de cualquier fuente pertinente. ▪ Mejora continua: Actividad recurrente para aumentar la capacidad de cumplir los requisitos. ▪ Técnicas estadísticas: Mecanismos utilizados para facilitar el análisis de los datos ▪ Comité Coordinador del Sistema Integrado de Gestión: Comité conformado por Gerente, Secretario General, Jefe Unidad Financiera, Jefe Unidad de Desarrollo Organizacional, Jefe Unidad Operativa y Asesor Control Interno.

Control de Cambios Procedimiento

Versión	Fecha	Autor/Cargo	Descripción	Revisado por/Cargo	Aprobado por/Cargo	Fecha
1.0.4	2021/02/02	Técnico Administrativo Procesos-Leidy	Se eliminan los formatos-registros Formato Informe de	Subgerente Planeación y Desarrollo- Carlos	Subgerente Planeación y Desarrollo-	2021/02/02

		Viviana Ramirez Agudelo	<p>Avance de los Proyectos, Formato para consignar Estado de indicador, Indicadores de Gestión Plan Estratégico, Avance Plan Estratégico, Indicadores de Gestión Plan Estratégico, Formato de Análisis del Indicador Diligenciado, Acciones de Mejora por Proceso</p> <p>Se adiciona el formato-registro: Informe de Indicadores</p> <p>Se ajustan la responsabilidades</p>	Alberto Molina	Carlos Alberto Molina	
1.0.3	2019/01/20	Técnico Administrativo Procesos-Leidy Viviana Ramirez Agudelo	Se elimina el comite coordinador del sistema integrado de gestion	Técnico Administrativo Procesos-Leidy Viviana Ramirez Agudelo	Subgerente Planeación y Desarrollo-Ximena Ramirez Muñoz	2019/01/20
1.0.2	2013/05/24	Leidy Viviana Ramirez Agudelo Técnico Administrativo Procesos	Se actualizan las denominaciones del cargo	<p>Leidy Viviana Ramirez Agudelo Técnico Administrativo Procesos</p> <p>Carlos Arturo Paternina Moreno Asesor Control Interno</p> <p>Yuri Maria Gallego Alzate Profesional Universitario Control Interno</p>	Raul Gilberto Salazar Saldarriaga Subgerente Planeación y Desarrollo	2013/05/24
1.0.1	2011/04/28	Leidy Ramirez Auxiliar de Procesos	<p>Se mejora la redacción de las observaciones</p> <p>En la actividad "Analizar datos" se adiciona observación</p>	<p>Leidy Viviana Ramirez Agudelo Auxiliar de Procesos</p> <p>Martha Claudia Sepulveda Técnico de Control</p>	Alexandra Gaviria Jefe Unidad de Desarrollo Organizacional	2011/05/23

			<p>"Se están generando métricas midiendo los resultados de cada proceso"</p> <p>En la actividad 3 " Realizar seguimiento a las propuestas de Mejora" se adiciona observación"Se realiza el seguimiento a las acciones de mejora mas relevantes de cada proceso"</p>	Interno		
1.0.0	2009/09/16	Leidy Ramírez Auxiliar de Procesos	Nuevo	Alexandra Gaviria J Jefe Unidad de Desarrollo Organizacional	Alexandra Gaviria J Jefe Unidad de Desarrollo Organizacional	2009/09/24

Manual de Gestión Versión No. 14.0.1 de 05/05/2022

4.10.6 Procedimiento Auditorias Internas

PROPÓSITO: Establecer las responsabilidades y requisitos necesarios para la planificación y realización de las auditorías internas a los Sistemas de Gestión implementados en la Entidad (Sistema de calidad, ambiental, Plan Estratégico de Seguridad Vial- PESV, seguridad y salud en el trabajo) , con el fin de proveer evaluaciones objetivas acerca de la capacidad de los Sistemas, para cumplir con lo planeado y con los requisitos establecidos, (tantos los internos como los legales y los de la norma auditada), buscando siempre su mejora continua

	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FORMATO/DOCUMENTO/GUIA	REGISTROS	OBSERVACIONES
1	Programa de auditoria	Representante de la Dirección Profesional Universitario de Seguridad y Salud en el Trabajo Técnico Administrativo o Procesos Asesor Control Interno	Programa de Auditorias	Programa de Auditorias	De acuerdo a su competencia y normatividad aplicable en los diferentes sistemas de gestión, los Representantes de la Dirección, Asesor de Control Interno, Profesional Universitario de Seguridad y Salud en el Trabajo y el Técnico Administrativo Procesos, define el programa anual de Auditorías, según la oportunidad y conveniencia de la Entidad. Se define el objetivo, alcance (Procesos a Auditar), fecha, normas, auditor y riesgos. Se debe asegurar que todos los requisitos de la norma se auditen. PERIODICIDAD: Las auditorías a los diferentes sistemas se realizarán mínimo una vez al año. Las auditorias propuestas por

					control interno están sujetas a la aprobación de junta directiva.
2	Seleccionar auditor	Representante de Dirección Profesional Universitario de Seguridad y Salud en el Trabajo Técnico Administrativo o Procesos	Código de ética del auditor		<p>AUDITORES INTERNOS: Seleccionados por la Gerencia y/o Representante de la Dirección, para la selección se tiene en cuenta los siguientes criterios: facilidad en la comunicación, buenas relaciones interpersonales, estar capacitados y certificados en la norma que se vaya a auditar. Además lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Educación mínima: Tecnólogo ➤ Formación: Normatividad que será auditada (NTC ISO 14001:2015, NTC ISO 9001:2015, MECI , Decreto 1072) ➤ Conocimiento en los procesos a auditar ➤ Experiencia: Haber participado por lo menos en un ciclo de auditoría interna o proceso de auditoría a la auditoría. <p>AUDITORES EXTERNOS: Contratación de un tercero en cabeza de una entidad o persona natural competente para auditar..</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Educación mínima: Profesional Universitario. ➤ Formación: Normatividad que será auditada (NTC ISO 14001:2015, NTC ISO 9001:2015, MECI, SG SST del Decreto 1072, formación en 50 horas, licencia en seguridad y salud en el trabajo) ➤ NTC 19011-Auditorias ➤ Conocimiento en los procesos a auditar y metodologías aplicables de acuerdo con la normatividad que será auditada. ➤ Experiencia: Haber realizado auditoría internas a empresas del sector o de la misma naturaleza de la Entidad. ➤ Se Solicita a la empresa contratante o persona natural la hoja de vida y certificados que acrediten al auditor.

					Aprobar el Auditor y comunicarle las fechas de auditorías internas propuestas
3	Acordar plan de auditoría	Auditor Líder Representante de Dirección Profesional Universitario de Seguridad y Salud en el Trabajo Técnico Administrativo Procesos Asesor Control Interno Profesional Universitario Control Interno	Plan de Auditoría	Plan de Auditorías Internas Plan de auditorías basada en riesgos	El plan de auditoría incluye: Objetivo, alcance, participantes, lugar, fecha, horario y sitio. Realizar las tareas de logística para disponibilidad de sala, equipos, y acceso a los registros para los casos en los que se considere necesario Notificar el plan de auditoría y enviar invitación por correo a los responsables de los procesos a ser auditados. Se puede acordar el uso de formatos de Auditoría de la empresa contratante,(SGC, SSSG Y SSA) Las auditorias que realiza control interno se realizarán por proceso basadas en riesgos además será aprobado por la junta directiva de la entidad. El auditor líder revisa documentación de los sistemas de gestión y prepara auditoría in situ
4	Elaborar lista de chequeo	Auditor Líder	Lista de Chequeo Para Auditoria	Lista de chequeo auditorías internas	Las listas de chequeo se elaboran teniendo en cuenta: objetivo, alcance, estado actual del Sistema de Gestión y documentación relacionada. Se elabora derrotero de los temas y normas sobre los cuales se va a indagar a los Auditados y las evidencias a solicitar. Cuando se trate de un auditor profesional perteneciente a un organismo de certificación y/o que garantice la experiencia, las listas podrán omitirse.
5	Realizar reunión de apertura	Auditor Líder		Reunión Apertura Auditorías Internas	Se expone el alcance, los objetivos, el plan de auditoría y se aprueba la fecha y hora de las entrevistas. Se confirma la disponibilidad de los recursos y logística.
6	Realizar Auditoría in situ	Auditor Líder Técnico Administrativo Procesos Profesional Universitario de Seguridad y Salud en el Trabajo	Lista de Chequeo Para Auditoria	Lista de chequeo auditorías internas	Responsabilidades del Auditor: <ul style="list-style-type: none"> • Mantenerse dentro del alcance de la auditoria. • Ser objetivo. • Recolectar y analizar evidencias relevantes y suficientes para permitir la

		<p>Líderes y responsables de los procesos</p> <p>Asesor Control Interno</p> <p>Profesional Universitario Control Interno</p>		<p>formulación de conclusiones relativas al proceso auditado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificar que los procesos cumplen con la planeación, ejecución, verificación y la toma de acciones necesarias para producir mejora continua. • Actuar de forma ética (aplicación del código del auditor y estatuto de auditoría). <p>Responsabilidades del Auditado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acompañar al auditor durante la auditoría. • Proveer a los auditores los recursos necesarios para asegurar un proceso de auditoría eficaz. • Cooperar con los auditores para permitir que los objetivos de auditoría sean cumplidos. • Definir las acciones correctivas en tiempo oportuno y sin demoras injustificadas, basadas en los informes de auditoría y disparar las tareas necesarias para su verificación y cumplimiento. • Las evidencias de la auditoría son recolectadas por medio de entrevistas, revisión de documentos, la observación de actividades y son confirmadas por fuentes independientes, registros y resultados de medición. <p>El equipo auditor revisa evidencias de la auditoría determinando donde no se cumple con los criterios.</p> <p>Se asegura que las no conformidades, hallazgos u observaciones sean documentadas de forma clara, concisa y respaldadas por la evidencias.</p> <p>Se evalúa las evidencias encontradas y se clasifican en : Fortalezas, Observaciones, Oportunidades de Mejora, No Conformidades</p>
--	--	--	--	---

					<p>menores y mayores y hallazgos u observaciones.</p> <p>En el caso que aplique se diligencian las listas de chequeo que ha sido preparada previamente a la Auditoría, estas pueden omitirse cuando se trate de un auditor externo perteneciente a un organismo de certificación el cual podrá utilizar un cuaderno de notas, con las cuales realizará el informe de la auditoria.</p>
7	Realizar Reunión parcial y final de Cierre	<p>Auditor Líder</p> <p>Representantes de Dirección</p> <p>Líderes y responsables de los procesos</p> <p>Técnico Administrativo Procesos</p> <p>Profesional Universitario de Seguridad y Salud en el Trabajo</p> <p>Asesor Control Interno</p> <p>Profesional Universitario Control Interno</p>		<p>Reunión de Cierre Auditorías Internas</p>	<p>Reunión de cierre parcial: La realiza el Auditor Líder con cada uno de los Auditados para informar los hallazgos.</p> <p>Reunión final de Cierre: La realiza el auditor líder, con el fin de comunicar los resultados totales de la auditoría interna. Los hallazgos serán clasificados en fortalezas, aspectos por mejorar, no conformidades. Igualmente establecerá la conclusión del sistema de gestión respecto a la conformidad con los criterios de auditoría, la eficacia del sistema, al igual de la capacidad de mejoramiento del mismo.</p> <p>Los desacuerdos en las auditorias entre el Auditor y el Auditado deben ser resueltos, antes de que el Auditor Líder presente el informe, en caso que no se logre dirimir en esta instancia, deberá ser definido el desacuerdo por un equipo de trabajo conformado por el auditor líder y los representantes de la dirección con relación al referencial auditado.</p> <p>Para el cierre final de las auditorias de control interno, el asesor de control interno comunica a los auditados los resultados (debilidades, fortalezas y observaciones) por medio del informe enviado por correo electrónico. Estos resultados anuales de auditorías se socializan con la junta directiva de forma anual.</p>
8	Preparar y distribuir Informe	<p>Auditor Líder</p> <p>Técnico Administrativo Procesos</p> <p>Representante de Dirección</p>	Informe Auditoría Interna	Informe Auditorías Internas Diligenciado	<p>Se elabora informe que contiene:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ El Plan de Auditorias. ➤ Lista de Chequeo. ➤ El Informe de Auditoría. <p>Se envía informe a los Auditados a través de correo electrónico, con el fin de ser informados e implementar</p>

		Profesional Universitario de Seguridad y Salud en el Trabajo Asesor de Control interno			el plan de acción para subsanar las No conformidades identificadas y debilidades
9	Evaluar Auditor	Líderes y responsables de los procesos auditados	Evaluación de los Auditores	Evaluación de los Auditores	Los Auditados evalúan el auditor y la metodología empleada durante las Entrevistas
10	Registrar No Conformidades y definir plan de Acción	Representante de Dirección Técnico Administrativo o Procesos Profesional Universitario de Seguridad y Salud en el Trabajo		SW Plan de Mejoramiento único Registro acciones correctivas	Registrar en el formato de planes de mejoramiento único las debilidades u observaciones, resultado de la auditoría interna realizada por control interno. Definir las acciones para subsanar las debilidades y observaciones con responsables de ejecutarlas y fechas de implementación y seguimiento Registrar en el formato de acciones correctivas las no conformidades de los sistemas de gestión de calidad y ambiental. Definir Plan de Acción para subsanar las No conformidades, asegurando definición de causa raíz y acciones correctivas con responsables de ejecutarlas y fechas de implementación y seguimiento.
11	Realizar seguimiento al Plan de Acción de No Conformidades	Líderes y responsables de los procesos auditados Representante de Dirección Técnico Administrativo o Procesos Profesional Universitario de Seguridad y Salud en el Trabajo			Realizar periódicamente seguimiento al plan de acción definido con el fin de evidenciar su gestión, avances y cumplimiento.
12	Realizar Auditoría a la Auditoría	Representante de la Alta Dirección	Plan de Auditoría Lista de Chequeo Para Auditoría	Plan de Auditorías Internas	Se utilizan los formatos establecidos en el procedimiento. Se realiza seguimiento a las acciones correctivas y plan de mejoramiento establecido. Se

		Técnico Administrativo o Procesos	Informe Auditoría Interna	Lista de chequeo auditorías interna	evalúa cumplimiento de los objetivos y el alcance de la auditoría.
		Asesor Control Interno	Evaluación de los Auditores	Informe Auditoría Interna	Se analiza la evaluación de los auditores. Se analiza competencias del Auditor interno.
		Profesional Universitario Control Interno		Evaluación de los Auditores	Se realiza evalúa el seguimiento de las acciones tomadas. Esto aplica para las auditorías internas realizadas al sistema de calidad y ambiental.

ALCANCE: Este procedimiento inicia a partir de la definición del Programa de Auditorías y finaliza con la auditoría a la auditoría teniendo en cuenta la evaluación de los auditores. Aplica para todos los componentes y/o procesos incluidos en los Sistemas de Gestión

DEFINICIONES

- **Auditado:** Persona a la cual se le realiza la auditoría. Generalmente el responsable/líder del proceso
- **Auditor:** Persona certificada en las normas a auditar y con las competencias para llevar a cabo la auditoría.
- **Auditor Líder:** Persona con las competencias certificadas para realizar la auditoría, quien independiente de otras actividades en la empresa, es el responsable de todo el proceso de auditorías (se encargara de coordinar, organizar y/o ejecutar las auditorías).
- **Auditoría Interna:** Proceso sistemático, documentado y de verificación objetiva para obtener y evaluar la evidencia de la auditoría y determinar cuales actividades específicas, eventos, condiciones, sistemas gerenciales, de calidad o información referente a estos aspectos, cumplen con los criterios de auditoría, y la comunicación de los resultados de este proceso al cliente.
- **Evidencia de la Auditoría:** Información, registros o declaraciones de hecho verificables. La evidencia de auditoría puede ser cualitativa o cuantitativa, es utilizada por el auditor para determinar cuando se cumple con el criterio de auditoría. La evidencia de auditoría se basa típicamente en entrevistas, revisión de

documentos, observación de actividades y condiciones, resultados de mediciones y pruebas.

- No Conformidad: Deficiencia o ausencia de una o más características de calidad o de elementos del Sistema de Calidad en relación con los requisitos especificados
- Oportunidades de Mejora: aquellas acciones destinadas a la mejora continua del sistema, teniendo en consideración que la mejora continua persigue el incremento de la probabilidad de aumento de la satisfacción tanto de los clientes como de otras partes interesadas.
- Programa de Auditoria: Conjunto de una o más auditorias planificadas para un periodo de tiempo determinado y dirigidas hacia un propósito específico.

Control de Cambios Procedimiento

Versión	Fecha	Autor/Cargo	Descripción	Revisado por/ Cargo	Aprobado por/ Cargo	Fecha
1.0.6	2022/04/18	Técnico Administrativo Procesos- Leidy Viviana Ramirez Agudelo	Se indica la correspondencia de las letras de las siglas con las palabras En la actividad 1 "Programa de auditoria", se ajusta en responsables, el cargo de Técnico de Seguridad y Salud en el Trabajo por Profesional Universitario de Seguridad y Salud en el Trabajo. Se elimina el Profesional Universitario Control Interno. En la actividad 2 "Seleccionar auditor", en el apartado donde se hablan de las competencias de los autores externos se elimina la palabra "certificar en la norma" puesto que la auditoría interna no se ejecuta con el objetivo e certificar. En las actividades 6 Y 10 "Realizar auditoria en situ" y " Registrar No Conformidades y definir plan de Acción", se eliminan el término de acciones preventivas, puesto que se toman es acciones correctivas al momento de presentarse hallazgos, observaciones o no conformidades en una auditoría interna.	Beatriz Eliana Sepúlveda Ceballos Subgerente Planeación y Desarrollo	Beatriz Eliana Sepúlveda Ceballos Subgerente Planeación y Desarrollo	2022/04/18
1.0.5	2019/01/20	Técnico Administrativo	Se elimina la NTC GP 1000:2009	Ximena Ramirez Subgerente	Ximena Ramirez	2019/01/20

		Procesos- Leidy Viviana Ramirez Agudelo		Planeación y Desarrollo	Subgerente Planeación y Desarrollo	
1.0.4.	2018/06/29	Leidy Viviana Ramirez Agudelo Técnico Administrativo Procesos	Se actualiza el requisito de la nueva version de la norma 9001, la cual pasa de 2008 a 2015.	Ximena Ramirez Subgerente Planeación y Desarrollo	Ximena Ramirez Subgerente Planeación y Desarrollo	2018/06/29
1.0.3	2017/05/04	Leidy Viviana Ramirez Agudelo Técnico Administrativo Procesos	Se ajusta con el proceso de control interno, plan de seguridad vial y seguridad y salud en el trabajo Se actualiza el requisito de la nueva version de la norma 14001, la cual pasa de 2004 a 2015. Se adiciona el Codigo de ética del auditor	Eneyda Elena de Vellojin Diaz Asesora de Control Interno. Mary Luz Buitrago Tecnico Administrativo de Salud Ocupacional Leidy Viviana Ramirez Agudelo Técnico Administrativo Procesos	Ximena Ramirez Subgerente Planeación y Desarrollo Eneyda Elena de Vellojin Diaz Asesora de Control Interno Fernando Cardona Secretario General.	2017/05/04
1.0.2	2015/05/26	Leidy Viviana Ramirez Agudelo Técnico Administrativo Procesos	Se adiciona el componente ambiental Se eliminan definiciones como:	Leidy Viviana Ramirez Agudelo Técnico Administrativo Procesos	Raul Gilberto Salazar Saldarriaga Subgerente Planeación y Desarrollo	2015/05/26