|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ELABORÓ:**  Profesional Oficina Asesora de Planeación | | **REVISÓ:**  Jefe Oficina Asesora de Planeación | **APROBÓ:**  Jefe Oficina Asesora de Planeación |
| **FECHA:**  08/07/2014 | | **FECHA:**  14/07/2014 | **FECHA:**  22/07/2014 |
| **OBJETIVO** | Diseñar, controlar y mantener los documentos y registros del Sistema Integrado de Gestión, mediante el análisis, revisión, aprobación y socialización de los mismos, con el fin de unificar en materia documental la gestión de la Superintendencia Nacional de Salud. | | |
| **ALCANCE** | Inicia con la identificación y recepción de requerimientos de necesidad de diseño, mejoramiento, implementación y anulación de documentos. Continúa con el análisis de información, elaboración, ajuste, anulación y codificación del documento. Finaliza con la aprobación y socialización de la creación, modificación o anulación, así como la evaluación de la eficiencia y eficacia de los documentos adoptados. | | |
| **ÁMBITO DE APLICACIÓN** | Aplica a todos los procesos del Sistema Integrado de Gestión. | | |

| **DEFINICIONES** |
| --- |
| **Adecuación:** suficiencia de las acciones para cumplir los requisitos.  **Acuerdo de Nivel de Servicio:** es el pacto establecido entre un usuario y proveedor de los procesos en materia de calidad y oportunidad de las entradas y salidas, que se establecen para el cumplimiento del objetivo del proceso.  **Control de cambios:** es la acción de controlar los cambios que tiene un documento a través del tiempo y se evidencia en el número de la versión que se establece desde la elaboración inicial del documento. Su control se realizará vía registro en el mismo documento y en el Listado Maestro de Documentos  **Documento:** información y su medio de soporte.  **Documentos Externos:** documentos pertenecientes al Sistema Integrado de Gestión generados por entidades públicas diferentes a la Superintendencia Nacional de Salud, los cuales afectan las actividades internas de la Entidad.  **Documento obsoleto:** documento que ha perdido su vigencia en fecha o contenido.  **Formato:** documento elaborado para consignar el resultado de una actividad o tarea. Una vez diligenciado se denomina registro.  **Formato Libre**: documento creado cuando la actividad desarrollada no permite definir con certeza una estructura estandarizada de contenido para evidenciar su cumplimiento. Se sugiere que como mínimo posea: descripción de la actividad, participantes y fecha, según aplique.  **Gestión documental:** conjunto de actividades administrativas y técnicas tendientes a la planificación, manejo y organización de la documentación producida y recibida por las entidades, desde su origen hasta su destino final, con el objeto de facilitar su utilización y conservación.  **Guía:** documento asociado a los procesos y procedimientos, que especifica en mayor detalle actividades o tareas, presentando alternativas de realización.  **Instructivo:** documento que orienta el diligenciamiento de un formato o herramienta informática, su desarrollo dependerá de la complejidad de los mismos, el tipo de toma de decisiones o incidencia en la operación de la Entidad. Es preciso aclarar que no todos los formatos o herramientas informáticas requieren instructivo.  **Listado Maestro de Documentos:** relación de documentos internos y externos del Sistema Integrado de Gestión de la Superintendencia Nacional de Salud, los cuales se encuentran asociados a los procesos definidos en el documento ASDS01.  **Macroproceso:** forma de identificar los negocios de la Superintendencia Nacional de Salud, se encuentra constituido por procesos.  **Manual:** corresponde a los documentos que agrupa el conjunto de disposiciones establecidas para la operación del Sistema Integrado de Gestión de la Entidad.  **Manual de Procesos y Procedimientos:** está compuesto por los documentos relacionados a los procesos listados en el documento ASDS01. Estos documentos pueden ser de los siguientes tipos: caracterizaciones, procedimientos, guías, manuales, instructivos, indicadores, formatos y demás que sean identificados en la pirámide documental de la Entidad, la cual puede ser consultada en las políticas de operación del procedimiento de Elaboración y Control de Documentos y Registros (ASPD01). Por otro lado, estos documentos asociados a cada proceso se relacionan en el Listado Maestro de Documentos.  **Manual de Operaciones del Sistema Integrado de Gestión:** documento de gestión que relaciona todos los elementos y requisitos del Sistema Integrado de Gestión.  **Manual de la Calidad:** documento que describe y especifica el Sistema de Gestión de la Calidad de la Superintendencia Nacional de Salud, y está incluido en el Manual de Operaciones del Sistema Integrado de Gestión.  **Mapa de procesos:** Representación gráfica de la operación de la Entidad.  **Modelo de Operación por Procesos:** elemento de Control que permite conformar el estándar organizacional que soporta la operación de la Entidad, armonizando la Misión y Visión Institucional con un enfoque sistémico, orientándola hacia una organización por procesos, los cuales en su interacción, interdependencia y relación causa - efecto garantizan una ejecución eficiente y el cumplimiento de los objetivos de la Entidad.  **Política de Operación:** elemento de Control que establece las guías de acción para la implementación de las estrategias de ejecución de la Entidad; define los límites y parámetros necesarios para ejecutar los procesos y los procedimientos.  **Procedimientos:** conjunto de especificaciones, relaciones, responsabilidades, controles y ordenamiento de las actividades y tareas requeridas para cumplir con el proceso.  **Proceso:** conjunto de entradas tangibles o intangibles, suministradas por un proveedor. A estas entradas se les asigna recursos y se le aplican controles, obteniendo salidas tangibles o intangibles, destinadas a un usuario, generando un impacto en los mismos. Se clasifican en estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación.  **Registro:** documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades ejecutadas, puede ser en medio físico o magnético.  **Revisión:** actividad emprendida para asegurar la conveniencia, adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad del tema objeto de la revisión, para alcanzar unos objetivos establecidos.  **Validación:** confirmación mediante el suministro de evidencia objetiva de que se han cumplido los requisitos para una utilización o aplicación específica prevista.  **Verificación:** confirmación mediante la aportación de evidencia objetiva, para señalar que se han cumplido los requisitos especificados. |

|  |  |
| --- | --- |
| **NORMAS** | |
| **REQUISITO LEGAL** | **DIRECTRIZ DE CUMPLIMIENTO** |
| Ley 87 de 1993 *“por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones”.* | Se deben definir políticas como guías de acción y procedimientos para la ejecución de los procesos. |
| **Decreto 943 de 2014 *“por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno-MECI”*** | En el artículo 1° se define que el Modelo se implementará a través del Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno elaborado por el Departamento Administrativo de la Función Pública. En dicho manual se establece como elemento el Modelo de Operación por Procesos, el cual hace parte del Componente de Direccionamiento Estratégico y se desarrolla a través de los tres productos mínimos: 1) Mapa de procesos; 2) Divulgación de los procedimientos; 3) Proceso de seguimiento y evaluación que incluya la evaluación de la satisfacción del cliente y partes interesadas. |
| Decreto 2462 de 2013 *“por medio del cual se modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud.”* | En el artículo 9° se definen, entre otras, las siguientes funciones de la Oficina Asesora de Planeación:  *“5. Asesorar a las dependencias internas en la racionalización de los procesos y procedimientos de la Entidad.*  *(…)*  *14. Diseñar metodologías para elaborar y/o actualizar los manuales de procesos y procedimientos de cada una de las dependencias de la Superintendencia Nacional de Salud y coordinar su elaboración, desarrollo e implementación.”* |
| Lay 1499 de 2017 "Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el articulo 133 de la Ley 1753 de 2015 | Es un referente para desarrollar el proceso de gestión de las entidades públicas, con base en el ciclo: **planear, hacer, verificar, actuar.**  ARTíCULO 2.2.22.3.2 Definición del Modelo Integrado de Planeación y Gestión ­ MIPG. El Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG es un marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de las entidades y organismos públicos, con el fin de generar resultados que atiendan los planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos, con integridad y calidad en el servicio.  ARTíCULO 2.2.23.2 Actualización del Modelo Estándar de Control Interno. La actualización del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano - MECI, se efectuará a través del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación Y Gestión ­ MIPG, el cual será de obligatorio cumplimiento Y aplicación para las entidades Y organismos a que hace referencia el artículo 5° de la Ley 87 de 1993. |

| **POLÍTICAS DE OPERACIÓN** |
| --- |
| 1. Ninguna dependencia de la Entidad podrá crear, modificar o anular documentos relacionados con el Sistema Integrado de Gestión, sin la supervisión, evaluación, codificación y control de documentos por parte de la Oficina Asesora de Planeación. 2. El requerimiento para la creación, modificación, anulación de documentos, deberá hacerse de manera formal a través de memorando (código ASFL01) remitido por el líder del proceso y dirigido al Jefe de la Oficina Asesora de Planeación. 3. Para la anulación y creación de documentos nuevos, se deberán cumplir los siguientes lineamientos junto con la política 12 del presente procedimiento:  * Proceso: deberá ser adoptado y/o anulado mediante resolución elaborada por la Oficina Asesora de Planeación y firmada por el Superintendente Nacional de Salud. Previo a la adopción, la solicitud debe ser aprobada mediante memorando por el Jefe de la Oficina Asesora de Planeación. * Procedimiento: deberá ser aprobado mediante memorando, adjuntando el procedimiento y los documentos complementarios pertinentes, la caracterización del proceso ajustada y el diligenciamiento del campo de control de cambios de los documentos. * Manuales, Guías e instructivos: deberán ser aprobados mediante memorando adjuntando el procedimiento donde relacionen estos documentos, ajustando las actividades que describa el qué, cómo y quién utiliza los documentos y el diligenciamiento del campo de control de cambios de estos. * Formatos: deberán ser aprobados mediante memorando, adjuntando los procedimientos, manuales o guías, donde se relacione el ajuste de las actividades que describa el qué, cómo y quién utiliza el formato. * Políticas de primer y segundo nivel: deberán ser adoptados y/o anulados mediante resolución elaborada por el líder del subsistema y firmada por el Superintendente Nacional de Salud. Previo a la adopción, la solicitud debe ser aprobada mediante memorando por el Jefe de la Oficina Asesora de Planeación a partir de solicitud del líder de proceso. * Políticas de tercer nivel: deberán ser aprobadas mediante memorando por el Jefe de la Oficina Asesora de Planeación a partir de solicitud del líder de proceso. adjuntando el documento. * En el control de cambios de los documentos se deberá llevar relacionado el NURC de solicitud. El diligenciamiento de la fecha del cambio será diligenciado por la fecha del NURC de respuesta de la Oficina Asesora de Planeación.  1. La responsabilidad de revisar, aprobar técnicamente, divulgar y socializar los documentos estará a cargo del líder del proceso (Superintendentes Delegados, Secretario General, Jefes de Oficina Asesora y Jefes de Oficina). 2. La responsabilidad de revisar y aprobar metodológicamente los documentos estará a cargo de la Oficina Asesora de Planeación. 3. Ningún servidor público de la Superintendencia Nacional de Salud podrá guardar versiones de documentos del Sistema Integrado de Gestión en su computador. Cada vez que requiera uno, deberá ser descargado directamente de la intranet, página web o el aplicativo que se disponga para tal fin, de acuerdo con las orientaciones de la Oficina Asesora de Planeación. 4. Todos los documentos del Sistema Integrado de Gestión de la Superintendencia Nacional de Salud son de libre acceso para los servidores públicos, quienes pueden consultarlos o descargarlos en la intranet, pagina web o el aplicativo que se disponga para tal fin. Si se requiere una copia física o electrónica de algunos de estos documentos, se debe solicitar el permiso correspondiente a la Oficina Asesora de Planeación, mediante correo electrónico o memorando (código ASFL01). 5. Los documentos obsoletos que se necesiten conservar, serán identificados con el texto “Documento Obsoleto”. 6. La administración y el control del estándar de los documentos será responsabilidad de la Oficina Asesora de Planeación, y en cuanto a la evaluación y el seguimiento será responsabilidad de la Oficina de Control Interno. 7. Los documentos del Sistema Integrado de Gestión se identificarán de acuerdo con lo establecido en la política de operación 13.2 del presente procedimiento. 8. La estructura documental del Sistema Integrado de Gestión estará jerarquizada en 4 niveles, los cuales se reflejan en la siguiente pirámide documental:      1. En la estructura documental relacionada se debe tener en cuenta las siguientes orientaciones:  * **Nivel 1 - Normatividad legal:** Corresponde a los documentos que contienen disposiciones generadas desde el punto de vista legal por la Superintendencia Nacional de Salud y que corresponde a Resoluciones, Circulares Externas y demás documentos que representen actuaciones administrativas propias de la Entidad o que oficialicen las directivas y lineamientos del Sistema Integrado de Gestión. * **Nivel 2 - Políticas:** Corresponde a los documentos que establecen directrices que permite la toma de decisiones y la obtención de objetivos, dentro de este nivel se encuentra las políticas del Sistema Integrado de Gestión. * **Nivel 2 - Objetivos:** Corresponde a los documentos que permiten el logro de las políticas, dentro de este nivel se encuentran los Objetivos del Sistema Integrado de Gestión. * **Nivel 2 - Planes:** Conjunto de documentos que establecen pautas de acción a nivel institucional, especificando entre otros aspectos, las actividades, cronogramas, indicadores, responsables y recursos. Estos deberán estar relacionados en los procedimientos. * **Nivel 3 - Procesos:** Conjunto de documentos asociados a la operación de la Entidad de manera general. * **Nivel 3 - Caracterización**: Documento que relaciona información técnica de manera general de un proceso, usuario o producto. * **Nivel 3 - Procedimientos:** Conjunto de documentos asociados a la operación de la Entidad de manera específica. * **Nivel 3 - Manuales:** Corresponde a los documentos que agrupa el conjunto de disposiciones establecidas para la operación del Sistema Integrado de Gestión de la Entidad, se encuentra dentro de este nivel el Manual de Operaciones del Sistema Integrado de Gestión y el Manual de Funciones. Es necesario entender que la función de este tipo de documentos es la recopilación de procesos, procedimientos, instrucciones, formatos y lineamientos. * **Nivel 3 –** **Metodologías**: Corresponde a los documentos en donde se determinan los conceptos, postulados, lineamientos técnicos y métodos, concebidos y aplicados sistémica y sistemáticamente, los cuales orientan las actividades de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud, con el fin de cumplir las funciones y objetivos institucionales. * **Nivel 3 - Guías:** Corresponde a los documentos que complementan los procedimientos, y que tienen como propósito, orientar, profundizar, especificar o aclarar una actividad establecida dentro del procedimiento. * **Nivel 3 - Instructivos:** Corresponde a los documentos que complementan los procedimientos, y que tienen como propósito, orientar el diligenciamiento de un formato o aplicativo informático. La complejidad de estos determinará si se requiere la elaboración de un instructivo, es decir que no necesariamente todo formato o aplicativo deberá tener uno. * **Nivel 4 - Formatos:** Documento elaborado para consignar el resultado de una actividad o tarea, estos deberán siempre estar relacionados en los procedimientos. * **Nivel 4 - Registros:** Evidencia objetiva de un resultado obtenido de una actividad ejecutada, puede ser en medio físico o magnético y se puede desprender del diligenciamiento y trámite de un formato, herramienta informática, correo electrónico o comunicado. * **Nivel 4 - Documentos soporte:** Conjunto de documentos que facilitan la operación de la Entidad, se encuentran dentro de estos los documentos de origen externo y de trabajo.   13- Para la elaboración de documentos se deberá tener en cuenta las siguientes políticas de operación:  13.1- Encabezado y pie de página: todo documento relacionado en la pirámide documental del Sistema Integrado de Gestión y que su origen corresponda a la operación interna de la Entidad tendrá un encabezado con las siguientes características:    Se utilizan 5 columnas destinadas de la siguiente manera:   * Primera columna: Logo de la Superintendencia Nacional de Salud. * Segunda columna: Proceso y tipo documental de acuerdo a la pirámide documental del Sistema Integrado de Gestión (ver política de operación 12). * Tercera columna: Nombre del proceso y nombre del documento, sobre este último se establecerá la codificación. * Cuarta y quinta columna: Código del documento (ver política de operación 13.2) y versión (ver política de operación 13.3).   El tipo de letra utilizado en el encabezado será Arial 11 y en mayúsculas fijas.  13.2- Codificación: corresponde a la identificación alfanumérica del documento, la cual facilitará su ubicación dentro de la estructura documental del Sistema Integrado de Gestión, y estará dentro del encabezado del documento y se relacionará en el formato denominado “Listado Maestro de Documentos”, identificado con el código ASFT01.  El código estará conformado por seis caracteres, de acuerdo con la siguiente estructura:  **XXYY##**  Los dos primeros caracteres son de tipo alfabético **XX** corresponden a las iniciales del proceso, las cuales serán suministradas por el profesional que administra el Listado Maestro de Documentos.  Los dos siguientes caracteres de tipo alfabético **YY,** corresponde a las iniciales del tipo de documento, para lo cual se deberá tener en cuenta la siguiente estructura:   |  |  | | --- | --- | | **PR** | Proceso | | **PD** | Procedimiento | | **MN** | Manual | | **MI** | Metodología Institucional | | **PO** | Política | | **CR** | Caracterización | | **GU** | Guía | | **IN** | Instructivo | | **PL** | Plan | | **FT** | Formato | | **FL** | Formato libre | | **DE** | Documento de origen externo | | **DS** | Documento soporte |   En caso que el documento no se acomode a la clasificación presentada, se analizará las iniciales y se establecerá una modalidad adicional. Esta operación solamente será realizada por el administrador del Listado Maestro de Documentos.  La numeración (##) corresponderá a un consecutivo, la cual estará conformada por dos dígitos que se ubicarán después de las iniciales del tipo de documento. Cabe señalar que cada proceso tendrá su propio conjunto de consecutivos, iniciando con el número 01 y finalizando con el 99.  Un ejemplo de código de un documento es ASPD01, en donde AS corresponde al proceso de Administración del Sistema Integrado de Gestión, PD se refiere al tipo de documento que para este caso es un procedimiento y 01 corresponde al número consecutivo.  La Oficina Asesora de Planeación será la encargada de asignar y controlar los códigos respectivos.  13.3- Versión: corresponde a un número consecutivo que permite controlar los documentos vigentes. Cada vez que se realice un cambio, se deberá actualizar la versión. En el entendido que la Entidad presenta una nueva realidad institucional a partir del Decreto 2462 de 2013, todos los documentos iniciarán en versión 01.  13.4- Responsabilidades: dentro del nivel 3 de documentación, se encuentran los manuales, los procedimientos, las guías y las caracterizaciones, solo en estos aparecerá un campo adicional, en donde se establecerán los cargos que participaron en la elaboración de los documentos mencionados, en los espacios relacionados deberá escribirse el cargo de manera general acompañado de la dependencia, ejemplo: **Elaboró:** Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación, la **Revisión** corresponderá al Jefe de la Oficina Asesora de Planeación, adicional podrá ser incluido en esta campo, el cargo que revisó por parte del área que solicitó la elaboración del documento, la **Aprobación** corresponderá al responsable del proceso que solicita el documento, además se deberá colocar el día, mes y año de la respectiva elaboración, revisión y aprobación, de acuerdo con la siguiente estructura:  DD/MM/AAAA    13.5- Pie de página: la única información que se presenta en este espacio es la numeración de hoja, la cual se realizará de manera automática con la siguiente estructura: “Pág. n de n”  13.6-Orientación: los documentos podrán ser estructurados de manera vertical u horizontal, esto dependerá de la concentración de la información. Cuando en la estructura del mismo se presente un bajo volumen de cuadros con información paralela, el documento deberá ser desarrollado de manera vertical, de lo contrario se sugiere ser desarrollado de manera horizontal, como es el caso del procedimiento.  13.7-Control de Cambios: los documentos a los que se les diligenciará el campo de control de cambios, son: manuales, guías, procedimientos y caracterizaciones, éste campo se incluirá en la parte final del documento. Su estructura es la siguiente:    13.8- Registro: los registros tendrán la misma codificación de los documentos que le dan origen. Para el control de estos se deberá tener en cuenta lo establecido en las Tablas de Retención Documental y en la Guía de Organización de Archivos de Gestión, código GDGU01. Adicionalmente, la organización, custodia, almacenamiento y acceso a los registros, sin importar su naturaleza (físico, digital o electrónico), seguirán los lineamientos de los procedimientos del Proceso de Administración de la Gestión Documental.  13.9- Formato Libre: documento creado cuando la actividad desarrollada no permite definir con certeza una estructura estandarizada de contenido para evidenciar su cumplimiento, se sugiere que como mínimo posea: Descripción de la actividad, participantes y fecha, esto se aplicará en especial para los documentos magnéticos.  13.10- Estructura de los documentos: los documentos en lo posible presentarán una estructura uniforme, salvo aquellos que por alguna orientación especial o reglamentación específica establezca una. De acuerdo con la estructura documental, se plantea la siguiente política de operación de estructura:   * **Manuales y Metodologías:** Llevarán la siguiente estructura * **Objetivo:** se relaciona el propósito para el diseño e implementación del manual / metodología. * **Alcance:** se refiere al campo de aplicación del documento. * **Definiciones:** corresponde al significado de aquellas palabras o conceptos específicos que están enunciados en la descripción del manual / metodología, cuya interpretación pueda presentar dificultades para quien lo ejecuta. Las definiciones estarán organizadas en orden alfabético. Igualmente, se deben incluir el significado de las siglas o abreviaturas. * **Descripción del manual / metodología:** se presenta el contenido desagregado del manual / metodología, de acuerdo con lo planteado en el objetivo y en el alcance. * **Control de cambios:** se tendrá en cuenta lo dispuesto en la política de operación 13.7. * **Procesos:** la información correspondiente a los procesos se presentará en el documento denominado “Caracterización de Procesos”, el cual se identificará con las dos letras iniciales CR. * **Procedimientos:** este tipo de documento presentará la estructura establecida en el procedimiento de “Elaboración y Control de Documentos y Registros” identificado con el código ASPD01, destacando que las primeras cuatro letras son generales para todos los procedimientos dentro de cada proceso, seguido del número de consecutivo para cada uno de ellos. * **Guías:** Llevarán la siguiente estructura: * **Objetivo:** se relaciona el propósito para el diseño e implementación de la guía. * **Alcance:** se refiere al campo de aplicación del documento. * **Definiciones:** corresponde al significado de aquellas palabras o conceptos específicos que están enunciados en la descripción de la guía, cuya interpretación pueda presentar dificultades para quien lo ejecuta. Las definiciones estarán organizadas en orden alfabético. Igualmente, se deben incluir el significado de las siglas o abreviaturas. * **Descripción de la guía:** Se presenta el contenido desagregado de la guía, de acuerdo a lo planteado en el objetivo y en el alcance. * **Control de cambios:** se tendrá en cuenta lo dispuesto en la política de operación 13.7. * **Instructivos:** Corresponde a un documento en donde se presenta el nombre del campo del formato o del aplicativo y al frente en prosa se describe su diligenciamiento. Este documento es optativo y estará integrado al formato, cuando se requiera. * **Planes:** Documento que presenta una estructura específica dependiendo de la temática analizada, algunos responden a lineamientos de tipo legal en su estructura. En la entidad, se definió el formato PIFT07 para la formulación de este tipo de documentos.Lo anterior, no aplica para los casos en que un estándar o norma exige la utilización de un formato específico. * **Políticas:** Documento que presenta una estructura específica dependiendo la temática analizada (*ver* procedimiento Formulación y Elaboración de Políticas institucionales - FPPD01). * **Caracterización:** Documentoque describe las características generales del proceso, esto es, los rasgos diferenciadores del mismo. * **Formato:** Cada formato presenta una estructura específica, se debe buscar la simplicidad y la unificación de información. Su diseño o ajuste debe responder a la pregunta de ¿Cuál es el tipo de decisión que se va a tomar con el formato? De otra parte, las hojas electrónicas que consolidan, controlan y generan informes puede ser consideradas un formato.   **Nota:** Los formatos que corresponden a documentos de trabajo no se codificarán.  14- Se entenderán que los procesos son formales en la Entidad cuando han sido adoptados mediante resolución y se encuentran relacionados con un memorando de aprobación Código ASFL01 y registrados en el Listado Maestro de Documentos, código ASFT01.  15- El Mapa de Procesos identificado con el código ASDS01, será el documento soporte para establecer la secuencia e interacción de procesos, insumo básico para la definición de los Acuerdos de Nivel de Servicios, consolidados en el Manual que lleva el mismo nombre, el cual se identifica con el código PMMN01.  16- Los documentos de origen externo, si bien tendrán codificación, se entenderá como no controlados, debido a que dependen de instancias externas para su aprobación, modificación o anulación.  17-Ningún documento de la pirámide documental, salvo los formatos podrán ser impresos, en aquellos casos que por necesidades del servicio se requiera la impresión, estos deberán ser solicitados a la Oficina Asesora de Planeación, el cual, en la impresión del pie de página al lado de la numeración, deberá incluir el texto **COPIA CONTROLADA**, de modo tal que de manera integral éste se verá de la siguiente manera:  **COPIA CONTROLADA “Pág. n de n”**  En caso de encontrarse un documento impreso diferente a los formatos, y que no tenga el texto **COPIA CONTROLADA,** se entenderá como COPIA NO CONTROLADA.  18- Los procedimientos tendrán relacionados las disposiciones legales, que se encontrarán en el apartado de normas, explicado a través de requisitos legales y directrices legales.  19 – Para el desarrollo de las guías se tomará como referente el formato identificado con el código ASFL03.  20 – Los registros de las reuniones se realizarán en el formato Lista de Asistencia código ASFT04 y/o Acta Código ASFT06.  21 – Para el desarrollo de las actas, deberá aplicarse lo establecido en la parametrización del módulo de actas, del aplicativo denominado “Sistema Integrado de Planeación y Gestión”, o el que lo modifique o complemente.  22 – Los formatos ASFT01, ASFT03, ASFT12 y ASFT17, al momento de ser diligenciados tendrán en la parte inferior izquierda el detalle de la fecha correspondiente al último registro de información. Así mismo aplicará para los demás que sea necesario.  23 – La conservación y centralización de los documentos obsoletos del Sistema Integrado de Gestión estará a cargo del funcionario encargado del registro listado maestro de documentos y deberá seguir los lineamientos establecidos por las tablas de retención documental y la guía organización de archivos de gestión, código GDGU01.  24 – El control de registros derivados de los documentos del Sistema Integrado de Gestión se realiza de acuerdo a los instrumentos, lineamientos y metodologías del Subsistema de Gestión Documental, de conformidad con las disposiciones normativas del Archivo General de la Nación, y en observancia de las normas técnicas complementarias que aseguren la conservación y preservación de la memoria institucional en el tiempo. Lo anterior, con el fin de garantizar la integridad, autenticidad, fiabilidad, disponibilidad y usabilidad oportuna de la información en atención de las necesidades de los usuarios internos y externos de la Entidad.  25 – Cuando las áreas responsables de una actividad incluida en un procedimiento de un proceso que no lideren requieran de la creación, modificación o anulación de documentos, deberá consensuar dicha solicitud con el líder del proceso y remitirla mediante memorando a la Oficina Asesora de Planeación por alguno de los siguientes cargos: Superintendente Delegado, Jefe de Oficina, Jefe de Oficina Asesora y Secretario General. Cabe señalar que dicha solicitud no puede afectar la ejecución de las actividades de las demás áreas responsables relacionadas en el procedimiento.  26 – Ningún código de documento podrá ser incluido o eliminado del Listado Maestro de Documentos sin que su creación o eliminación sea solicitado por el líder del proceso al que pertenece dicho documento y aprobada mediante memorando del Jefe de la Oficina Asesora de Planeación. |

| **DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **id** | **ACTIVIDAD / TAREA**  **¿QUÉ?** | **DESCRIPCIÓN**  **¿CÓMO?** | **ÁREA RESPONSABLE** | **CARGO** | **ÁREA PARTICIPANTE** | **REGISTRO** |
| 1 | Identificar la necesidad de diseño, ajuste y/o anulación del documento. | Un documento puede presentar diferentes fuentes para su creación, ajuste o anulación. Algunas de ellas corresponden a:   1. Necesidad de las dependencias de la Entidad. 2. Iniciativa de la Oficina Asesora de Planeación. 3. Planes de mejoramiento del Sistema Integrado de Gestión.   En todos los casos, antes de requerir la creación, los ajustes y/o la anulación documental mediante memorando, se debe solicitar el acompañamiento del gestor de la dependencia líder del proceso y de un funcionario de la Oficina Asesora de Planeación, el cual ha sido asignado previamente como enlace. | Todas las dependencias de la Entidad | Profesional | Oficina Asesora de Planeación |  |
| 2 | Analizar la necesidad del diseño, ajuste y/o anulación del documento. | Previo envío de la solicitud de creación, modificación y/o anulación de documentos mediante memorando el profesional asignado de la Oficina Asesora de Planeación validará que los ajustes den estricto cumplimiento a las políticas de operación estipuladas en este procedimiento.  Resultado del análisis el funcionario de la Oficina Asesora podría generar observaciones relacionadas con:   1. La no conveniencia de su desarrollo, de ser así se justificará explicando las razones por las cuales no es viable. 2. La viabilidad de ser aprobado el documento metodológicamente, de ser así, continúa en la actividad 3. | Oficina Asesora de Planeación | Profesional | Todas las dependencias de la Entidad |  |
| 3 | Identificar las dependencias que participarán en el diseño del documento. | Cuando el documento tenga viabilidad, se deben identificar en conjunto con el gestor y el funcionario de la Oficina Asesora de Planeación, las dependencias intervinientes en su operación, ya sea como líder o participante. Con el propósito de incluir diferentes puntos de vista, y tenerlos en cuenta en la estructuración del documento se citarán a reunión y como evidencia se levantará acta en el sistema indicado como mínimo en su desarrollo las áreas participantes, principales decisiones y observaciones.  **Nota**: Para el caso expuesto en la política de operación 25, se remitirán los documentos (creados o modificados) vía correo electrónico al gestor de la dependencia líder del proceso para su revisión. En caso de requerirse se pactará una reunión con los gestores de la dependencia líder de proceso y del área responsable de la actividad a ser modificada. | Dependencias de la entidad | Profesional | Oficina Asesora de Planeación | Acta código ASFT0O6 |
| 4 | Crear, ajustar o anular los documentos. | Surtido el proceso de validación y de acuerdo con el tipo de requerimiento solicitado (creación, ajuste y/o anulación) se debe tener en cuenta:   * **Creación de Documentos:** El profesional de la Oficina Asesora de Planeación que apoya la dependencia solicitante junto con el gestor, deberá requerir al responsable del Listado Maestro de Documentos para asignar temporalmente el código del nuevo documento, siguiendo lo dispuesto en la política de operación número 13.2 del presente procedimiento para la creación de documentos. * **Documentos Ajustados y/o Anulados:** En el caso que la solicitud de documento sea para modificación y/o anulación, el profesional de la Oficina Asesora de Planeación que apoya la dependencia solicitante junto con el gestor, deberán validar la versión del documento en el registro del Listado Maestro de Documentos,   Como parte del acompañamiento metodológico del profesional de la Oficina Asesora de Planeación, podrán identificarse ajustes de forma requeridos para dar cumplimiento a las políticas de operación de este procedimiento. Estas recomendaciones y observaciones deberán ser tenidas en cuenta en la versión final de los documentos que acompañen la respectiva solicitud. | Dependencias de la Entidad | Profesional | Oficina Asesora de Planeación |  |
| 5 | Proyectar y aprobar la solicitud. | El gestor de la dependencia solicitante deberá proyectar memorando código ASFL01, al líder del proceso, para que haga la respectiva revisión, aprobación técnica de los documentos y radicación del mismo dirigido al jefe de la Oficina Asesora de Planeación.  En el memorando de solicitud deberá incluir:   * Los documentos que se requieren crear y ajustar. * El registro del acta como evidencia de las reuniones sostenidas. (Esto siempre y cuando los ajustes impliquen la participación de varias dependencias en el documento). * Listas de asistencia código ASFT04 o Correos electrónicos cuando no intervienen más dependencias o procesos. * La descripción de los ajustes documentales (creación, ajuste, eliminación) en un cuadro donde relacione el código del documento, el tipo de solicitud y la descripción del ajuste realizado, así:     **Nota:** Si el memorando no incluye estas especificaciones, se realizará devolución de la solicitud. | Dependencias de la Entidad | Delegados  Secretario General  Jefes de Oficina Asesora  Jefes de Oficina  Profesional | Oficina Asesora de Planeación | Memorando código ASFL01 |
| 6 | Recibir y revisar la Solicitud. | Luego de ser radicado el memorando código ASFL01, se asignará al líder del listado maestro de documentos para validar el cumplimiento metodológico.  Si se da cumplimiento a lo dispuesto metodológicamente el líder del listado maestro asignará el memorando al funcionario de la Oficina Asesora de Planeación que ha venido realizando el acompañamiento a la dependencia solicitante, para validar finalmente los documentos y proyección del mismo al jefe de la Oficina Asesora de Planeación indicando su aprobación.  Una vez, se cuente con el número de NURC de solicitud y de aprobación, se procederá a remitir los documentos con el control de cambios diligenciados al líder del listado maestro para publicar y/o eliminar los documentos en la página web.  El memorando de respuesta de ajustes documentales, como mínimo, deberá informar el lugar de ubicación de la documentación ajustada, informar la responsabilidad del líder del proceso de realizar la socialización de los cambios e incluir un cuadro donde relacione el código del documento, el tipo de solicitud y la descripción del ajuste realizado así:    **Nota:** El formato memorando código ASFL01 se maneja de manera electrónica en la Entidad a través del sistema de información documental institucional.  **Nota**: Para el caso expuesto en la política de operación 25, es decir, cuando la dependencia solicitante es el área responsable de una o más actividades, se remite la solicitud allegada al líder del proceso al que pertenece el procedimiento para que presente observaciones en un plazo de tres (3) días hábiles. En caso de no ser presentadas, se elaborará memorando de aprobación de la solicitud, de acuerdo con los lineamientos anteriormente mencionados. | Oficina Asesora de Planeación | Jefe de Oficina Asesora | Dependencias de la Entidad | Memorando código ASFL01 |
| 7 | Verificar la creación, modificación o eliminación solicitada. | El líder del proceso, junto con el gestor de la dependencia, verificarán que los cambios solicitados fueron realizados en la página web, intranet o aplicativo dispuesto para tal fin. Así mismo, se consultará la última versión del registro del Listado Maestro de Documentos para corroborar que allí se relacionen dichos cambios. | Dependencias de la Entidad | Profesional |  | Documentos publicados  Registro del Listado Maestro de Documentos (ASFT01) |
| 8 | Socializar documento. | Todo documento nuevo, ajustado o anulado, deberá ser socializado por los medios dispuestos por la entidad (correo electrónico interno, intranet, Skype, carteleras informativas, entre otros), por parte de la dependencia líder del proceso. | Dependencias de la Entidad | Delegados  Secretario General  Jefes de Oficina Asesora  Jefes de Oficina | Oficina de Control Interno | Soporte de la comunicación |
| 9 | Evaluar la documentación adoptada | La Oficina de Control Interno deberá evaluar la eficacia y la efectividad de los documentos internos implementados, para lo cual éste será uno de los criterios que deberán tener en cuenta dentro de los programas y planes de auditoría integral. | Oficina de Control Interno | Profesional |  | Informe de auditoría integral, Código COFL02 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PUNTOS DE CONTROL** | | | | | |
| **ID** | **NOMBRE DE LA ACTIVIDAD**  **/ TAREA** | **MÉTODO DE CONTROL** | **FRECUENCIA** | **RESPONSABLE** | **REGISTRO** |
| 2 | Analizar la necesidad del diseño, ajuste y/o anulación del documento. | Por medio de correo electrónico se generarán observaciones por parte del funcionario asignado de la Oficina Asesora de Planeación al gestor de la dependencia solicitante. | Cada vez que se requiera diseñar, ajustar o anular un documento. | Profesional Oficina Asesora de Planeación | Correo electrónico |
| 6 | Recibir y revisar la Solicitud. | Por medio de memorando código ASFL01, se verifican los documentos enviados versus las solicitudes de diseño, ajuste o anulación. Adicionalmente el funcionario de la Oficina Asesora de Planeación validará en los mismos documentos el cumplimiento metodológico con lo estipulado en este procedimiento | Cada vez que se requiera diseñar, ajustar o anular un documento. | Profesional Oficina Asesora de Planeación | Memorando, código ASFL01 |

|  |
| --- |
| **ANÁLISIS DE TIEMPO** |
| La Oficina Asesora de Planeación dará respuesta al memorando de solicitud de creación, ajuste y/o anulación del documento dentro de los 5 días hábiles siguientes a la recepción de la solicitud. Lo anterior, si y solo si se cumplieron con la totalidad de las actividades descritas en este procedimiento. |

|  |
| --- |
| **DOCUMENTOS DE REFERENCIA** |
| Listado Maestro de Documentos.  Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI 2014 (ASDE05).  Metodología para la Implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (ASDE06).  Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2009 (ASDE07).  Norma Técnica de Calidad ISO 9001:2015 (ASDE08).  Norma Técnica Colombiana – NTC OHSAS 18001 (ASDE09).  Norma Técnica Colombiana – NTC ISO 14001 (ASDE10).  ISO/IEC 27001 (ASDE11). |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CONTROL DE CAMBIOS** | | | | |
| **ASPECTOS QUE CAMBIARON EN EL DOCUMENTO** | **DETALLES DE LOS CAMBIOS EFECTUADOS** | **RESPONSABLE DE LA SOLICITUD DEL CAMBIO** | **FECHA DEL CAMBIO**  **DD/MM/AAAA** | **VERSIÓN** |
| Adopción del documento | Mediante el artículo 5 de la Resolución 1622 de 2014 se adoptan los procedimientos del Proceso Administración del Sistema Integrado de Gestión, aprobados mediante Acta No. 001 de 2014. | Jefe Oficina Asesora de Planeación | 21/08/2014 | 1 |
| Adopción del documento | Mediante Resolución 4086 de 2014 se derogo la resolución 1622 de 2014 y se adoptó el Manual de Procesos y Procedimientos. | Jefe Oficina Asesora de Planeación | 19/12/2014 | 1 |
| Modificación de documento. | Ajustes de las Políticas de Operación, descripción del procedimiento, aprobados mediante Acta No. 1093 de 2015. | Jefe Oficina Asesora de Planeación | 24/08/2015 | 2 |
| Modificación de documento. | Ajustes a las Políticas de Operación, aprobados mediante NURC: 3-2015-023655 de 2015. | Jefe Oficina Asesora de Planeación | 27/11/2015 | 3 |
| Modificación de documento | Se ajusta el alcance, políticas de operación, actividades, puntos de control, análisis de tiempo y se elimina el formato control de cambios código ASFT13 solicitados ante requerimiento NURC: 3-2016-019029  Se aprueba ajuste del documento mediante NURC: 3-2016-019693 | Jefe Oficina Asesora de Planeación | 14/10/2016 | 4 |
| Modificación de documento | Mediante memorando 3-2017-008817se solicitó la modificación de las secciones de “Normas”, “Políticas de Operación”, “Descripción del Procedimiento”, “Análisis de Tiempo” y “Documentos de Referencia”.  Se aprueba ajuste del documento mediante memorando 3-2017-008895 | Jefe Oficina Asesora de Planeación | 07/06/2017 | 5 |
| Modificación de documento | Mediante memorando 3-2018-009503 se solicita la modificación de las políticas de operación 11, 12, 13-2, 13-10 incluyendo el tipo documental Metodologías, ajuste de las actividades 1, 3,4, 5, 6.  Se aprueba solicitud mediante memorando NURC: 3-2018-010296 | Jefe Oficina Asesora de Planeación | 20/06/2018 | 6 |