

**Diseño de un sistema integrado de gestión, basado en las normas ISO 45001 e ISO 14001
para el centro carcelario y penitenciario de alta y mediana seguridad de la Dorada de
Caldas.**

**Deisy Yined Hernandez Niño
Leidy Katherine Duran Leal**

**Universidad de Pamplona
Facultad de ingenierías y arquitectura
Especialización en sistemas integrados de gestión HSEQ
Campus villa del Rosario
2022**

Diseño de un sistema integrado de gestión, basado en las normas ISO 45001 e ISO 14001 para el centro carcelario y penitenciario de alta y mediana seguridad de la Dorada de Caldas.

Trabajo de grado para optar por el título de especialista en sistemas integrados de gestión – HSEQ

Deysy Yined Hernandez Niño 1056994577

Leidy Katherine Duran Leal 1090448326

Trabajo de grado presentado como requisito para optar por el título de Especialista en Sistemas Integrados de Gestión HSEQ

Ruth Leonor Reyes Villalba

Director

**Línea de investigación: Gestión ambiental,
Gestión de la seguridad y salud en el trabajo**

Grupo de investigación: INGPROGES

Universidad de Pamplona

Facultad de ingenierías y arquitectura

Especialización en sistemas integrados de gestión HSEQ

Campus villa del Rosario

2022

Dedicatoria

Agradecemos primeramente a Dios que nos permitió culminar este proyecto, a nuestras familias quienes han creído en cada una de nosotras, dándonos ejemplo de superación, humildad y sacrificio valorando todo lo que hasta el momento hemos logrado; también a cada uno de nuestros profesionales que nos brindaron sus conocimientos y apoyo a lo largo de este camino.

Deysy H. & Katherine D.

Contenido

Resumen.....	9
Abstract.....	11
1.Introducción	13
2.Objetivos	14
2.1 Objetivo general.....	14
2.2 Objetivos específicos	14
3. Marco de referencia	15
3.1 Antecedentes.....	15
3.2 Marco contextual.....	18
3.2.1 Estructura organizacional.....	18
3.2.2 Misión	18
3.2.3 Visión.....	18
3.2.4 Objetivos estratégicos	19
3.2.5 Servicios y partes interesadas	19
3.3 Marco teórico.....	20
3.3.1 Sistemas de gestión ISO y su integración.	20
3.3.2 Métodos para integrar sistemas de gestión.....	21
3.3.3 Formas de Realizar la Integración.....	22
3.3.4 Etapas para la integración de los sistemas de gestión.	23
3.3.5 Niveles de integración.....	26
3.3.6 Beneficios de contar con un sistema de gestión.....	30
3.3.7 Beneficios de la Norma ISO 14001:2015	32
3.3.8 Beneficios de La Norma ISO 45001:2018.....	32
3.4 Marco legal	34
4. Metodología	35
4.1. Tipo de investigación.....	36
4.2. Población y muestra.....	36
5. Resultados y discusión	37
5.1 Diagnosticar el estado actual del cumplimiento de los requisitos de las normas ISO 45001 e ISO 14001 del establecimiento penitenciario de la Dorada Caldas.....	38
5.2 Definir estructura del SIG del centropenitenciario bajo los requerimientos de requisitos de las normas ISO 45001 e ISO 14001	42
5.2.1 Caracterización del proceso misional Tratamiento Penitenciario.	51

5.3 Elaborar la documentación del proceso tratamiento penitenciario bajo los requerimientos de las normas ISO 45001 y 14001	57
5.3.1 Procedimientos – Elaboración de documentación	57
5.3.2 Análisis del diseño del sistema integrado de gestión	57
5.3.3 Plan de capacitación referente al diseño del sistema integrado de gestión.	60
6. Conclusiones	62
7. Recomendaciones.....	64
8. Bibliografía	65
Anexos	66

TABLAS

Tabla 1 Objetivos estratégicos	19
Tabla 2 Normativa Inpec	34
Tabla 3 Metodología	35
Tabla 4 Ponderación de valores lista de chequeo.....	37
Tabla 5 Diagnostico Matriz DOFA.....	39
Tabla 6 Identificación de requisitos	43
Tabla 7 Caracterización del proceso tratamiento penitenciario	51
Tabla 8 Lista de procedimientos y documentos	57
Tabla 9 Comparativa de análisis inicial y final.....	59

ILUSTRACIONES

Ilustración 1 Estructura organizacional CPAMSLDO.....	18
Ilustración 2 Metodología para la integración de los sistemas de gestión.	23
Ilustración 3 Criterio de cumplimiento	38
Ilustración 4 Alcance y política del SIG	48
Ilustración 5 Objetivos específicos e indicadores SIG.....	49
Ilustración 6 Mapa de procesos CPAMSLDO	50
Ilustración 7 Plan de capacitación.....	60

GRÁFICOS

Gráfico 1 Nivel de cumplimiento con sistemas actuales	37
Gráfico 2 Análisis del diseño del SIG.....	58
Gráfico 3 Análisis inicial Vs análisis final.....	59

ANEXOS

ANEXO 1 Lista de chequeo	66
ANEXO 2 Procedimiento atención salud	80
ANEXO 3 Procedimiento educación, cultura, deporte y recreación	83
ANEXO 4 Procedimiento actividades productivas.....	88
ANEXO 5 Matriz de evaluación externos e internos.....	97
ANEXO 6 Matriz de partes interesadas.....	97
ANEXO 7 Matriz de responsabilidades.....	98
ANEXO 8 Matriz de participación	98
ANEXO 9 Lista de asistencia	99
ANEXO 10 Matriz de riesgos y oportunidades	99
ANEXO 11 Matriz aspectos e impactos ambientales	100
ANEXO 12 Matriz de peligros y riesgos	100
ANEXO 13 Matriz legal	101
ANEXO 14 Programa de capacitación	102
ANEXO 15 Procedimiento comunicación interna y externa	103
ANEXO 16 Procedimiento información documentada.....	107
ANEXO 17 Procedimiento control y operación	113
ANEXO 18 Procedimiento evaluación del desempeño	116
ANEXO 19 Procedimiento de auditoria	127
ANEXO 20 Formato plan de auditoria	133
ANEXO 21 Guía rendición de cuentas	134
ANEXO 22 Procedimiento gestión del cambio	137
ANEXO 23 Procedimiento revisión por la dirección	140
ANEXO 24 Procedimiento acciones correctivas y no conformidades	145
ANEXO 25 Matriz de mejoras.....	148

Resumen

Este trabajo consistió en el diseño del sistema de gestión integrado con base en las normas ISO 14001 de 2015 y ISO 45001 de 2018 para el mejoramiento del proceso de tratamiento penitenciario en el establecimiento carcelario y penitenciario de alta y mediana seguridad de la dorada caldas. Este diseño permitió la valoración y caracterización del mencionado proceso por medio de etapas como diagnóstico, planificación y documentación de cada una de las actividades que favorecen al establecimiento para una posterior implementación. Se identifico los aspectos ambientales, salud y seguridad en el trabajo, asociados al proceso de tratamiento penitenciario del establecimiento, se formularon las estrategias para la mejora del proceso en la institución; esta investigación fue muy importante dado que esta ayuda a concientizar a las partes interesadas de los diferentes riesgos que se tiene en el lugar de trabajo y los impactos ambientales que estas actividades pueden generar. El proyecto se desarrolló con base en la identificación de hallazgos negativos y positivos que se visualizaron en una de las visitas que se efectuó al lugar, para la integración de los sistemas se acogió un modelo aplicando el ciclo PHVA, en el que se realizó un diagnóstico de la organización en función de los requerimientos de las normas ISO 45001/2018 y 14001/2015 en el que se obtuvo el estado actual del proceso que se integró, tomando los requisitos que cumplen los sistemas vigentes en el establecimiento, el SGSST se lleva a cabo con la resolución 0312 del 2019 y el SGA por medio de un manual denominado plan PIGA en el centro penitenciario de la Dorada, caldas, en el que se buscó la actualización y documentación cada uno de los requisitos, con el fin de instaurar métodos de trabajo que reduzcan los riesgos; se concretaron los instrumentos y documentos necesarios para la futura implementación del sistema integrado; se desarrollaron mecanismos y documentación para el sistema integrado de gestión. De igual manera se diseñó las herramientas para la recolección de información necesaria en cada

etapa del proceso, se elaboró toda la documentación necesaria para el cumplimiento de cada uno de los requisitos del sistema integrado diseñado. Finalmente se socializó y compartió con la dirección y los líderes de las áreas encargadas, los resultados obtenidos al integrar los sistemas de gestión ambiental y SST en el proceso de tratamiento penitenciario.

Palabras clave: Caracterización, hallazgos, Integración, requisitos, sistema de gestión.

Abstract

This work consisted in the design of the integrated management system based on the ISO 14001 of 2015 and ISO 45001 of 2018 standards for the improvement of the prison treatment process in the high and medium security prison and penitentiary establishment of la dorada caldas. This design allowed the assessment and characterization of the mentioned process through stages such as diagnosis, planning and documentation of each of the activities that favor the establishment for a later implementation. The environmental aspects, health and safety at work, associated to the penitentiary treatment process of the establishment were identified, strategies for the improvement of the process in the institution were formulated; this research was very important since it helps to make the interested parties aware of the different risks in the work place and the environmental impacts that these activities can generate. The project was developed based on the identification of negative and positive findings that were visualized in one of the visits that were made to the place, for the integration of the systems a model applying the PHVA cycle was adopted, in which a diagnosis of the organization was made based on the requirements of the ISO 45001/2018 and 14001/2015 standards in which the current status of the process that was integrated was obtained, taking the requirements that meet the systems in force in the establishment, the SGSST is carried out with the resolution 0312 of 2019 and the EMS through a manual called PIGA plan in the penitentiary center of la Dorada, caldas, in which the update and documentation was sought each of the requirements, in order to establish working methods that reduce risks; The instruments and documents necessary for the future implementation of the integrated system were specified; mechanisms and documentation for the integrated management system were developed. Similarly, tools were designed to collect the necessary information at each stage of the process, and all the necessary documentation was

prepared to comply with each of the requirements of the integrated system designed. Finally, the results obtained by integrating the environmental management and OSH systems in the penitentiary treatment process were socialized and shared with the management and the leaders of the areas in charge.

Key words: Characterization, findings, integration, requirements, management system.

1. Introducción

En este documento se muestra el diseño del proyecto titulado: “Diseño de un sistema integrado de gestión, basado en las normas ISO 45001 e ISO 14001 para el centro carcelario y penitenciario de alta y mediana seguridad de la Dorada, Caldas. Con el objeto del mejoramiento del proceso de tratamiento penitenciario, mediante la documentación y dando cumplimiento a los requisitos de las normas internacionales ISO en respuesta a los problemas de contaminación ambiental y posibles mejoras en el SGSST presentes en la actualidad.

En el documento lo primero que se realizó fue el planteamiento del proyecto, y se expresa por medio de la identificación del problema de indagación, la definición de las metas del proyecto, la explicación de las razones que demuestran su que hacer, así como también asegurar teórica y conceptualmente el argumento objeto de estudio y el diseño metodológico para lograr la obtención de la información y la exposición de los resultados obtenidos. Seguido se muestran los efectos del proyecto y radica en el despliegue de cada uno de los objetivos orientados al análisis de los sistemas de gestión de la institución en relación con medio ambiente y salud y seguridad en el trabajo; el diagnóstico de factores internos y externos nos muestra el estado actual del CPAMSLDO. La información obtenida, constituye el apoyo para la preparación de los planes de acción de mejora; la definición de las herramientas y documentación necesaria para el SIG, la motivación al mejoramiento continuo mediante el compromiso de la dirección del establecimiento y demás áreas. Finalmente se adjunta el análisis de los resultados obtenidos durante la ejecución del proyecto y finaliza con las conclusiones y recomendaciones.

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

Diseñar un sistema integrado de gestión, basado en las normas ISO 45001 e ISO14001 para el centro carcelario y penitenciario de alta y mediana seguridad de la Dorada, caldas.

2.2 Objetivos específicos

- Diagnosticar el estado actual del cumplimiento de los requisitos de las normas ISO45001 e ISO 14001 del establecimiento penitenciario de la Dorada Caldas.
- Definir estructura del SIG del centro penitenciario bajo los requerimientos derequisitos de las normas ISO 45001 e ISO 14001
- Elaborar la documentación del proceso de tratamiento penitenciario bajo losrequerimientos de las normas ISO 45001 y 14001.

3. Marco de referencia

3.1 Antecedentes

Internacional

Actualmente los SIG se han transformado en instrumentos de gran magnitud para muchas organizaciones, debido a que este es una guía, dirige todos los objetivos a la vez y son usados para la mejora de los procesos; las normas ISO han logrado obtener grandes cambios favorables en calidad, medio ambiente, salud y seguridad en el trabajo en las compañías que han optado por implementarlas logrando resultados beneficiosos para la eficiencia y efectividad como reducir costes, optimizar la productividad y mantenerse rentable.

Los sistemas integrados de gestión son un elemento administrativo que ha tenido mayor fuerza debido a la compatibilidad de las normas multiplicando la eficacia y la productividad. La esencia de los Sistemas Integrados de Gestión encierra la eliminación de procesos reiterados y el afianzamiento de la cultura que estimula los sistemas. Los Sistemas Integrados de Gestión suministra un marco para conseguir tales objetivos: eliminación de procesos duplicados y aumento de la eficacia y la productividad; un aporte de (Perez Garcia, Escorcía Martínez, & Martínez, 2009), es que los sistemas integrados son contemplados como la coalición de cada sistema autónomo comenzando desde sus requisitos en común, con el fin de conservar la mejora en las organizaciones, convendría resaltar aquel compuesto por la integración de los sistemas de gestión habitualmente implementados de manera unitaria, teniendo en cuenta las interrelaciones entre ellos y sus puntos compatibles, constituyendo un todo, De los diferentes SG que se pueden realizar en las empresas, los SGC han sido los de mayor adaptación, debido al específico cuidado que se le ha otorgado a la calidad. Pero ahora, es cada vez mayor la sensibilidad de los clientes y la sociedad en general en todo lo que se refiere qué hay detrás de cada producto, y cuál es el

resultado de su proceso de elaboración en los recursos humanos, la sociedad y el medio ambiente. Actualmente, las organizaciones se ven obligadas a disponer de un sistema de gestión en el que se piense no solo la calidad del producto, sino también componentes como el efecto de sus acciones sobre el medio ambiente y en la seguridad y salud de sus trabajadores. Para dar respuesta a estos requerimientos, las empresas deben incluir a los sistemas de gestión ya implantados asuntos importantes como la gestión ambiental y de la seguridad y salud de los trabajadores. Con ello ha permitido obtener imagen y ganar retos en el mercado, un sistema de gestión permite desarrollar, implementar, revisar y mantener al día la política de la organización. Además, la política es un punto clave y requisito para la integración.

Según (Maria, 2014) en su documento científico ciencias Holguín “Integración de los Sistemas de Gestión de Calidad, el Medio Ambiente y la Seguridad y Salud del Trabajo”, define al SIG como aquel que agrupa elementos de manera asertiva, y que se basa en la satisfacción tanto del cliente como los Stakeholders de la organización, de igual manera la integración compone un meritorio sistema para analizar y organizar el trabajo, facilitar la relación entre las diferentes áreas, manejar razonablemente los recursos disponibles, favoreciendo la mejora y desempeño de todas las actividades que se llevan a cabo, si se parte de conocer las ventajas de coincidencia que poseen estos sistemas.

Nacional

Según (Carvajal, 2019) en su trabajo “Los Sistemas Integrados de Gestión HSEQ y algunos beneficios para la competitividad empresarial en Colombia”, concluye que, el país hace parte de la tendencia mundial en la adopción de las normas ISO, como una garantía de competitividad tanto nacional, como internacional. Prueba de ello es el desarrollo de programas como el CYGA

y el NOREXPORT, los cuales son apoyados por entidades internacionales y nacionales pertenecientes a otros Estados y al Icontec. La implementación de SIG trae consigo ventajas para el país como un incremento en la competitividad, una mayor conciencia medioambiental que se ve reflejada a través de metas propuestas por las empresas y numerosas externalidades positivas que mejoran el entorno en el que se desarrolla la empresa. De igual manera, en materia de salud y seguridad en el trabajo, se estipulan metas que al ser alcanzadas mejoran los ambientes laborales de las compañías, en donde los SIG son un complemento para las leyes del país en estos ámbitos. Los requerimientos de las normas de un sistema HSEQ aportan competitividad sectorial, en la medida en que su adopción se va popularizando se aumentan los niveles de calidad y competitividad sectorial, convirtiéndose en una herramienta de valor agregado para las empresas, aportando a la competitividad del país. Es importante anotar que los casos de éxito de la implementación y desarrollo de un SIG dependen en su gran mayoría del compromiso adquirido por la empresa, en especial de la alta gerencia y de su gestión para un adecuado funcionamiento de SIG.

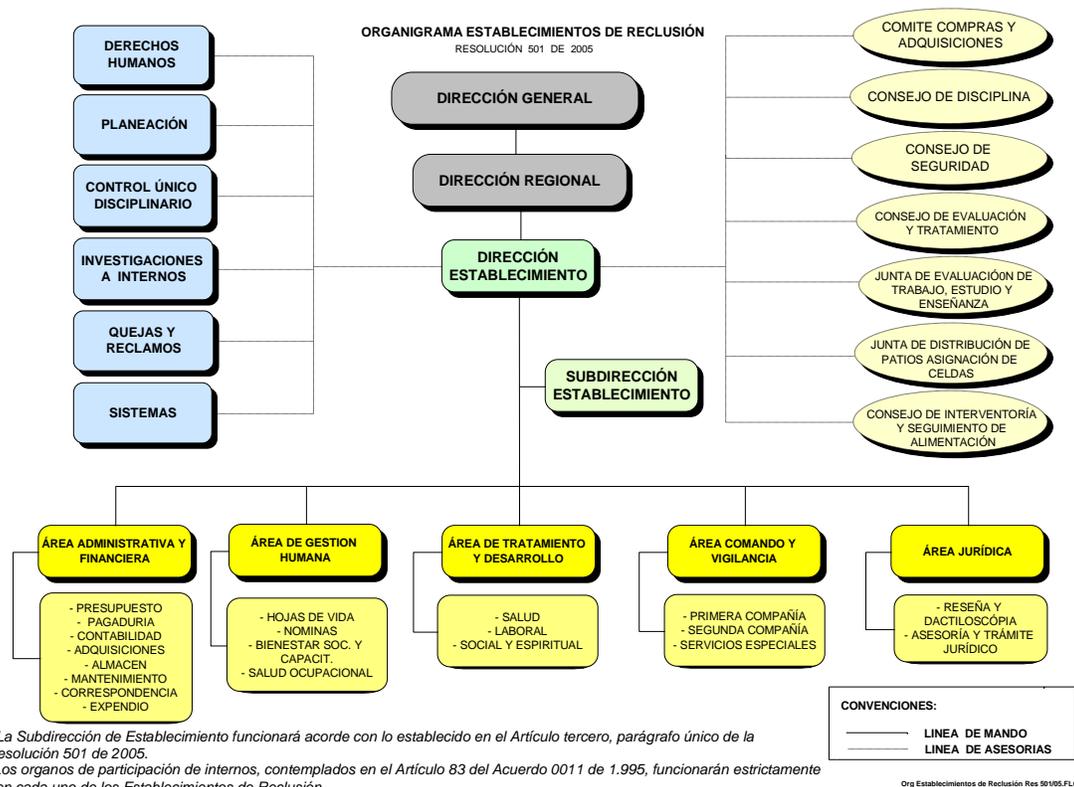
Local

Según (Hernán Darío Ospina Bedoya, 2021), en su artículo Diseño de herramientas para la implementación del sistema integrado de gestión en la empresa hidroeléctrica Miel 1, ubicada en el Municipio de Norcasia Departamento de Caldas, menciona que, la implementación de un SIG optimiza la calidad del servicio de la hidroeléctrica también mejora el rendimiento de los procesos y promueve el desarrollo sostenible; para lograr el éxito del SIG se requiere de compromiso, liderazgo, planificación y apoyo de la alta dirección de la planta donde se lleva a cabo la ejecución de la herramienta para implementarlo, además del personal idóneo y competente según los requisitos que estipula las normas ISO.

3.2 Marco contextual

3.2.1 Estructura organizacional

Ilustración 1 Estructura organizacional CPAMSLDO



Fuente 1 Establecimiento CPAMSLDO

3.2.2 Misión

Según el CPAMSLDO tiene como misión:

Somos una institución pública, garante de la ejecución de las penas, que ejerce la vigilancia, custodia, atención social y tratamiento de las personas privadas de la libertad, en el marco de la transparencia, la integridad, los derechos humanos y el enfoque diferencial. (INPEC, Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, 2022)

3.2.3 Visión

Según el CPAMSLDO tiene como visión:

En el 2030 seremos reconocidos a nivel nacional e internacional como un modelo de gerencia penitenciaria, en la atención social, el tratamiento, la custodia y vigilancia, con un talento humano capacitado y comprometido que contribuye a la resocialización y los derechos humanos de la población privada de la libertad. (INPEC, Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, 2022)

3.2.4 *Objetivos estratégicos*

En la siguiente tabla 1 se muestra los objetivos estratégicos que el INPEC tiene establecidos:

Tabla 1 *Objetivos estratégicos*

Dimensión	Objetivo
Talento humano	Fortalecer la gestión de empleo público aplicando la planeación durante el ciclo del servidor público (ingreso, desarrollo y retiro), para que los servidores penitenciarios desarrollen sus funciones de acuerdo con las condiciones requeridas por la entidad.
Direccionamiento estratégico	Diseñar la ruta estratégica con miras a fortalecer la confianza ciudadana y la legitimidad.
Gestión por valores	Ejecutar la planeación institucional en el marco de los valores del servicio público.
Evaluación de resultados	Conocer los avances en la consecución de resultados previstos en su marco estratégico.
Gestión del conocimiento	Promover la construcción de una cultura de análisis y retroalimentación para el mejoramiento continuo.
Control interno	Promover el mejoramiento continuo del instituto.
Tratamiento	Establecer de acuerdo con las políticas institucionales y la normatividad vigente los planes para el desarrollo de los proyectos y programas de atención básica de la población sindicada privada de la libertad y el tratamiento penitenciario de la población condenada privada de la libertad.
Seguridad	Garantizar el orden y la disciplina en los establecimientos de reclusión, el cumplimiento de las penas y las medidas de detención preventiva, todo en el marco del respeto de los derechos humanos y la dignidad de las personas privadas de la libertad, los visitantes y funcionarios.
Eje transversal derechos humanos	Implementar herramientas de promoción, prevención y gestión para la protección de los derechos humanos de la población privada de la libertad en la prestación de los servicios penitenciarios y carcelarios.
Eje transversal información y comunicación	Garantizar un adecuado flujo de información tanto interna como externa.

Fuente 2 Tomado de *inpec.gov.co* (INPEC, Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, 2022)

3.2.5 *Servicios y partes interesadas*

El establecimiento, contribuye al desarrollo y resignificación de la PPL prestando servicios profesionales de psicología, trabajo social, terapias, antropología y pedagogía de forma individual y grupal; (INPEC-Tratamiento, 2022), lo anterior se define como la agrupación de actividades, procedimientos e mediaciones técnicas que fueron trazadas en las políticas del Gobierno, a fin de prevalecer los efectos de prisionalización de los PPL, incluyendo instrumentos que admitan la vida familiar, social, laboral y emplear los factores relacionados a los comportamientos delictivos para minimizar el índice de reincidencia.

Partes interesadas: sistemas judiciales, personas privadas de la libertad (PPL), familiares de las PPL, personal de custodia y vigilancias, personal administrativo.

3.3 Marco teórico

Para dar cumplimiento al objetivo del presente trabajo se realiza investigación de la información requerida con base en la línea de estudio y el correspondiente problema que amerita la intervención investigativa. El marco teórico se centra en la identificación de las siguientes temáticas:

3.3.1 *Sistemas de gestión ISO y su integración.*

Centro de Investigaciones de la Escuela de Negocios:

La International Standard Organización (ISO) define sistema de gestión como el mecanismo a través del cual las organizaciones establecen la política y los objetivos para el logro de las metas. Igualmente, la ISO afirma que las organizaciones pueden tener diferentes sistemas de gestión, los cuales pueden integrarse no solamente para cumplir los requisitos, sino para garantizar el logro de objetivos y metas empresariales. Por ello, una de las funciones de la gerencia es procurar integrar los procesos de los sistemas de gestión. La dificultad para gestionar los sistemas de gestión dentro de las organizaciones trae como consecuencia la

pérdida de eficacia. Para aumentar la eficacia empresarial, los sistemas de gestión deben incorporar en su estructura mecanismos coordinadores para acoplarse a situaciones externas que pueden afectar al logro de las metas de la empresa.

El ciclo Deming para la integración de sistemas de gestión propone tres etapas: desarrollo de un plan de integración, implantación del plan y revisión y mejora del sistema integrado de gestión. En la primera etapa se identifican los beneficios esperados de la integración de los sistemas de gestión, el análisis de contexto, la selección del nivel de integración, la elaboración del plan de integración y el apoyo de la alta dirección. (CIEN, 2014)

3.3.2 Métodos para integrar sistemas de gestión

Se menciona en el boletín de calidad y gestión:

“El éxito en la difusión de tantos estándares de gestión, como ISO 9001 para gestión de la calidad, ISO 45001 para gestión de la salud y seguridad ocupacional, o ISO 14001 para gestión ambiental, ha llevado a las organizaciones a que su implementación esté orientada a lograr un único sistema de gestión integrado. Al respecto, en el ámbito académico se han publicado investigaciones que analizan los aspectos más relevantes sobre la integración de sistemas de gestión, basados principalmente en la definición de Sistema Integrado de Gestión (SIG), la metodología de integración, los niveles de integración de la empresa y sus ventajas y desventajas.”

El camino inicial es que la empresa indague sobre el contexto en el que se encuentra trabajando, teniendo en cuenta los aspectos relacionados tales como:

Madurez: Nivel de madurez o capacidad para la gestión por procesos.

Complejidad: Nivel de las necesidades y expectativas de clientes y otras partes interesadas.

Alcance: Extensión de los sistemas de gestión

Riesgo: Nivel de riesgo debido a incumplimientos legales o fallos asociados al proceso de integración

Una vez efectuado este análisis, la organización estará en disposición de seleccionar el Método de integración apropiado. Es importante destacar que la máxima eficacia del análisis del contexto se consigue cuando se logra involucrar a todas las partes interesadas, los representantes de la dirección de los sistemas de gestión a integrar, las funciones implicadas en el sistema que se consideren necesarias y la alta dirección. (Gonzalez, 2013)

3.3.3 Formas de Realizar la Integración.

Se menciona las formas en que se realiza la integración del SIG:

La forma de realizar la integración, viene determinada y se puede clasificar de las siguientes dos maneras:

Integración Progresiva: No disponer de ningún sistema de gestión en la organización y querer implantar varios sistemas nuevos, para lo cual se implanta un primer sistema (recomendable por ser un sistema de básico y referente ISO 9001:2008) y luego se van integrando escalonadamente el resto de sistemas que se quieran implantar.

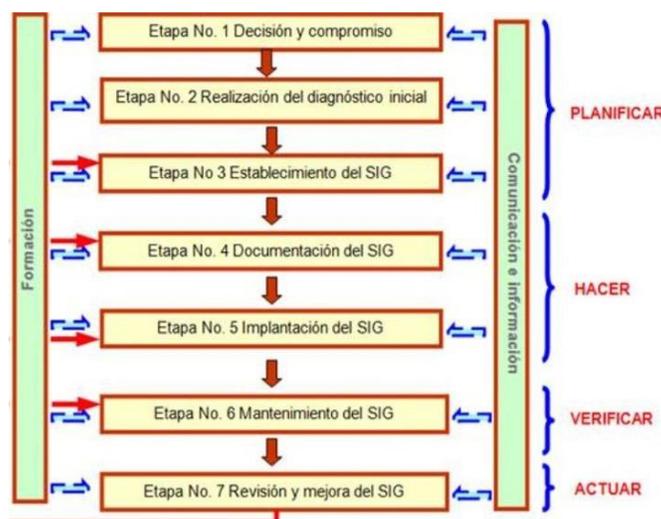
Disponer de uno o varios sistemas ya implantados e integrar de manera escalonada otros nuevos sistemas en los actuales.

Implantación Simultánea: No disponer de ningún sistema de gestión en la organización e implantar de manera conjunta e integrada los nuevos sistemas.

Disponer de uno o varios sistemas ya implantados e implantar de manera conjunta e integrada otros nuevos sistemas en los actuales. texto efectuar un Análisis FODA. (Val, 2013)

3.3.4 Etapas para la integración de los sistemas de gestión.

Ilustración 2 Metodología para la integración de los sistemas de gestión.



Fuente 3 Tomada de Internet

La explicación de la ilustración 2 se da a continuación:

Etapa 1. Decisión y compromiso: Asegurar el compromiso de la alta dirección para asumir el liderazgo en la implementación del SIG según el alcance propuesto, con la participación consciente de los trabajadores, así como definir el personal responsable que guiará el proceso. Tareas: Toma de decisión para la integración de los SGII, designación del representante de la dirección, interrelación entre los requisitos de los considerados en el alcance del SIG. Técnicas y herramientas: reunión con la dirección; trabajo en grupo; conferencias y talleres; charlas e intervenciones ante los trabajadores en matutinos; divulgación en murales.

Resultados esperados: matriz de interrelación de los documentos de referencia para los SIG; definición del alcance del SIG; integración del grupo de implantación del SIG.

Etapa 2. Realización del diagnóstico inicial: Determinar el estado de la organización, identificando los aspectos que limitan la integración de los SIG y recomendar las acciones a seguir para la implantación.

Tareas: Preparación para el diagnóstico, ejecución del diagnóstico y procesamiento de los resultados, análisis de los resultados.

Técnicas y herramientas: encuestas; entrevista; revisión documental, lista de chequeo, matriz DAFO; observación de procesos y actividades; taller con el equipo diagnosticado. Resultados esperados (salidas): resultados del diagnóstico; estrategia con acciones para la implementación del SIG.

Etapa 3. Establecer la estructura y contenido del SIG, así como las actividades necesarias para asegurar la integración de los sistemas a partir de la confirmación del alcance propuesto.

Tareas: Definir la política del SIG, determinar los procesos necesarios para el SIG, secuencia e interacción (Mapa de procesos), valorar riesgos asociados al SIG, determinar requisitos legales y reglamentarios aplicables, definir objetivos, metas y programa del SIG. Técnicas y herramientas: trabajo en grupo; tormenta de ideas; diagrama de flujo; revisión documental. Resultados esperados (salidas): política del SIG aprobada; fichas de procesos con indicadores planificados; mapa de procesos del SIG; plan de prevención de riesgos; requisitos legales y reglamentarios vigentes aplicables; objetivos del SIG y programa de acciones.

Etapa 4. Documentación del SIG: Dotar al SIG de un adecuado soporte documental actualizado y de fácil utilización, que posibilite una eficiente y eficaz ejecución de las funciones.

Tareas: Establecer las funciones, responsabilidades y autoridad, determinar la tipología de la documentación, diseño, modificación y completamiento de la documentación (simplificar, estandarizar, integrar).

Técnicas y herramientas: revisión documental; curso sobre documentación de sistema de

gestión; tormenta de ideas; trabajo grupal; talleres del grupo de implantación con la dirección.

Resultados esperados (salidas): funciones, responsabilidades y autoridad del personal;

documentos del SIG aprobados, lista maestra de documentos y control de registros.

Etapa 5. Implantación del SIG: Poner en práctica eficazmente, de forma controlada y bajo la autoridad de personas competentes la integración de los sistemas planificada.

Tareas: Distribución y control de la documentación, formación y concientización del personal, seguimiento del desempeño y cumplimiento de las orientaciones emitidas, para detectar desviaciones y realizar los ajustes necesarios.

Técnicas y herramientas: capacitación en el puesto de trabajo; observación de procesos y actividades; revisión documental; utilización de TIC; procedimiento de control de documentos.

Resultados esperados (salidas): documentación aprobada disponible y en uso; personal consciente de la pertinencia e importancia de sus actividades para el logro de los objetivos del SIG; realización de los procesos, actividades y servicios en conformidad con las condiciones especificadas.

Etapa 6. Control para el mantenimiento del SIG: Asegurar el mantenimiento y la evaluación sistemática de la conformidad y eficacia del SIG.

Tareas: medir la satisfacción de las partes interesadas, seguimiento y medición de los procesos y servicios, definir acciones a ejecutar ante eventuales incumplimientos de las especificaciones, los contratos y los requisitos legales y reglamentarios aplicables a un servicio, organización, planificación y realización de auditorías integradas internas.

Técnicas y herramientas: encuestas; entrevistas; revisión documental, observación directa, gráficos simples, estadística descriptiva, lista de verificación, curso de formación de auditores

internos; procedimientos de control de producto no conforme, auditoría interna, actividades de autocontrol, estudios de clima laboral.

Resultados esperados (salidas): información completa sobre la satisfacción de las partes interesadas; procesos en condiciones controladas; conformidad de los servicios; listado de auditores aprobados y mantenimiento de su competencia; programa de auditorías internas y su cumplimiento.

Etapa 7. Revisión y mejora del SIG: Asegurar el perfeccionamiento continuo del SIG a través de la evaluación sistemática de su eficacia, la adopción de acciones correctivas y acciones preventivas y el aprovechamiento de las oportunidades de mejora que se identifican. Tareas: Realizar revisiones por la dirección, aplicación de acciones correctivas, preventivas y de mejora técnicas y herramientas: reunión con la dirección; gráficos simples, criterio de expertos, tormenta de ideas; procedimiento de acción correctiva y acción preventiva.

Resultados esperados: acciones para el mantenimiento y mejora del SIG. (Moya, 2015)

3.3.5 Niveles de integración

Al haber realizado los análisis pertinentes y elegir la forma en la que se va a tener en cuenta para la integración, se debe seleccionar qué nivel es el más indicado para poner en práctica de la organización. La UNE 66177:2005, destaca tres:

Nivel Básico. - Integrar todas las Políticas que se han determinado en cada uno de los SG en una sola.

Concretar los roles y responsabilidades del recurso humano relacionado con los procesos críticos para la gestión de Calidad, Riesgos Laborales, Medio Ambiente.

Integrar los requisitos y la Documentación de algunos procesos organizativos habituales a los sistemas teniendo en cuenta los requisitos de cada sistema.

Abordar Procesos como Identificación y Acceso a los Requisitos Legales, Elaboración y Gestión de los Documentos y Registros, Gestión de No Conformidades y Oportunidades de Mejora, Auditoría y Evaluación Interna.

Nivel Avanzado. Se debe dar cumplimiento a lo estipulado en el nivel básico y además los siguientes: Diseño y desarrollo del Mapa de Procesos.

Definir y Gestionar Procesos que contemplan factores como: Identificación de Propietarios, Objetivos, Indicadores, Elementos de Entrada y Salida de los Procesos, Instrucciones para efectuar requisitos de varios sistemas, Formación, Planificación, Procesos Diversos relativos a Cliente, Compras, Producción, Mantenimiento, Equipos de Seguimiento y Medición.

Revisión y Mejora de los Procesos en función de los requisitos de cada sistema.

Abordar procesos como Revisión por la Dirección, Comunicación, Información, Participación, Procesos Productivos y Críticos de los cuatros sistemas.

Nivel Experto. se cumplimentarán todos los requisitos anteriormente indicados y además:

Crear Objetivos, Metas e Indicadores integrados para hacerlos parte de los Procesos y Subprocesos.

En el diseño de los Procesos se debe tener en cuenta a todas las partes interesadas.

Desarrollar la Gestión por Procesos a Acciones Administrativas y Económicas. - Implicar a los Proveedores en la mejora continua de los procesos. (Val, 2013)

Enfoque al cliente. La orientación al cliente es una cualidad indeleble para descubrir y satisfacer las necesidades y antelaciones de los clientes internos y externos. Cuando estamos orientados al cliente, se deben cumplir 3 requisitos:

- Conocemos las cualidades de los productos y servicios de la empresa.

- Detectamos las necesidades y prioridades de los clientes, buscando la mejor opción para satisfacerlas.
- Comunicamos a los clientes los beneficios que les aportan reducción de costes, aumento de ingresos, mejora organizativa.

Liderazgo. Son habilidades directivas (tomar iniciativa, gestionar, convocar, promover, incentivar, motivar y evaluar un proyecto, de forma eficaz y eficiente). Este involucra actividades de distribución y programación, los cuales se ejecutarán en el marco del plan estratégico. Se deben reunir de forma consistente al SG de la empresa, actividades de seguimiento permanente y así crear consciencia y espíritu de mejora de la calidad de la empresa en los niveles más elevados.

Compromiso de las personas. El recurso humano, es la esencia de toda empresa y su deber sincero hace que sus destrezas se utilicen para el beneficio de la organización.

Los principales beneficios que puede implicar la aplicación de este principio de gestión de calidad son:

- La motivación, involucración y compromiso de los trabajadores.
- El alto nivel de participación y contribución de los trabajadores a la mejora continua. Para lograrlo puede ser necesaria una dirección por objetivos con incentivos y reconocimientos.

Enfoque a procesos. La gestión por procesos de actividades y recursos es uno de los principios de gestión de la calidad que ayuda a lograr de forma más eficaz los resultados esperados. Para aplicarlo, se debe:

- Definir correctamente los procesos y responsabilidades. La organización ha dejado de ser una organización por departamentos o áreas funcionales para ser una organización por procesos.

- Están definidas las interfaces entre procesos y funciones.
- Evaluar los riesgos, sus consecuencias e impactos a cualquier parte interesada.
- Ahorro de dinero y tiempo, mejora de resultados, definición de nuevos y mejores objetivos y metas son algunos de los beneficios de aplicar este principio de gestión.

Mejora continua. La mejora continua, debe ser un objetivo permanente de la organización. Se logra siguiendo el “Ciclo de Deming” o ciclo de Mejora Continua. Para demostrar la aplicación de este principio, normalmente:

- Se da un enfoque comprometido a la mejora. El personal deberá tener la competencia y formación para aplicar la mejora.
- La mejora continua será el objetivo de todos, aplicándose a la mejora de productos, procesos y sistemas.
- Se realizan auditorías y evaluaciones para detectar nuevas áreas de mejora.

Los beneficios que puede implicar la aplicación de este principio de calidad son:

- Aumenta la ventaja competitiva.
- Reacción rápida delante de nuevas oportunidades.

Toma de decisiones basada en la evidencia. Se debe ser consciente que aquello que no se puede medir, no se puede controlar. Por eso, las decisiones más eficaces están fundamentadas con el análisis de datos e información, se debe tener información y datos precisas y fiables.

Gestión de las relaciones. Aumenta la capacidad de crear valor en la organización y al proveedor. Se demuestra la aplicación de este principio a partir de:

- Se identifican y seleccionan proveedores clave para la organización y se crean relaciones entre los dos. Se necesita desarrollar alianzas estratégicas con los proveedores para ser más

competitivos y mejorar la productividad y rentabilidad. En las alianzas gana tanto la organización como los proveedores.

- Se dispone de una comunicación clara y abierta.

Los beneficios que puede implicar la aplicación de este principio de gestión de la calidad son:

- Aumenta la capacidad de crear valor en las dos partes.
- Capacidad de aportar flexibilidad y rapidez de respuestas en un mercado cambiante.

Optimización de costes y recursos. Aplicar los principios de gestión de la calidad ayuda a aumentar los beneficios a través de la gestión de los costes y riesgos. (Jordi, 2021)

3.3.6 Beneficios de contar con un sistema de gestión

Generar mayor eficiencia, las empresas con un SG tienen el objetivo de maximizar la eficiencia y la calidad de sus procesos:

Establecen pautas para ser seguidas por todos los empleados con el fin de llevar a cabo procesos comerciales y capacitaciones más sencillas y menos agotadoras en términos de tiempo o gasto financiero.

Estimula la moral de los empleados. Las funciones claras y definidas, los sistemas de capacitación establecidos, así como una clara comprensión de cómo sus roles afectan la calidad y el éxito del negocio, son propios del enfoque de un SGC. Este busca que los empleados estén motivados y satisfechos, ya que así se desempeñarán adecuadamente en la organización.

Ofrece reconocimiento internacional. ISO 9001, la norma que establece los requisitos para la implementación de un SGC, es una marca mundial de gestión de calidad. Al implementar este sistema, tu negocio parecerá digno de confianza. El objetivo de muchas empresas es exportar

a nivel internacional, y la acreditación ISO contribuirá en gran medida a establecer la credibilidad en el ámbito comercial internacional.

Mejora la gestión de procesos. Los directivos pueden aprender qué mejoras son necesarias en un negocio a través de un sistema de documentación y análisis. Este es un procedimiento cuidadosamente planificado e implementado, que garantizará la toma de decisiones correctas para el negocio y la eliminación de los riesgos de cualquier error costoso.

Ofrece niveles más altos de satisfacción del cliente. ISO 9001 se basa en el principio de mejora continua. El estándar permite a las empresas definir qué debe ser un producto de calidad y cómo deben satisfacerse las necesidades de los clientes. Así, proporciona a las empresas el marco para revisar periódicamente si se satisfacen estas necesidades, con el objetivo de una mejora continua. (Esan, 2018)

Panificar. Esta fase es la más influyente. Mediante métodos como la realización de grupos de trabajo, encuestas entre los trabajadores y búsqueda de nuevas tecnologías para definir el problema o actividad que mejorar los objetivos que alcanzar, los indicadores de control, los métodos y herramientas para llevarlo a cabo.

Hacer. Se lleva a cabo lo determinado en el plan, en la mayoría de los casos mediante una prueba piloto, con el objeto de verificar y aplicar las correcciones planificadas, introducir las modificaciones al plan inicial si el resultado de las correcciones no ha sido positivo, registrar lo desarrollado y los resultados obtenidos, formar al personal que deba aplicar las soluciones desarrolladas.

Verificar. Se comprueba si la mejora implantada ha alcanzado el objetivo mediante herramientas de control como Diagrama de Pareto, Check lists. Debemos controlar las causas críticas como la calidad del producto o la forma de operar de máquinas y equipos.

Actuar. Es la última de las fases y en ella se debe ajustar el plan de mejora. Se normaliza la solución al problema y se establecen las condiciones para mantenerlo. Si se ha alcanzado el objetivo en la prueba piloto, se implantará de forma definitiva. En caso contrario se examinará el desarrollo para descubrir errores y empezar un nuevo ciclo PHVA. (ingenieros, 2020)

3.3.7 Beneficios de la Norma ISO 14001:2015

Los beneficios de la norma ISO 14001 es que:

Proporciona a las organizaciones un marco con el objeto de proteger el medio ambiente y responder a las condiciones ambientales cambiantes, siempre guardando el equilibrio con las necesidades socioeconómicas. Se especifican todos los requisitos para establecer un Sistema de Gestión Ambiental eficiente, que permite a la empresa conseguir los resultados deseados. (14001, 2015)

3.3.8 Beneficios de La Norma ISO 45001:2018

Establece los requisitos para implementar un Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, que brinda a las organizaciones implementarlo de manera integrada con los requisitos estipulados en demás normas como la Normas ISO 9001 e ISO 14001. (certificación de Sistemas de Gestión Ambiental):

La norma se ha desarrollado con el objeto de ayudar a las organizaciones a proporcionar un lugar de trabajo seguro para los colaboradores, y de esta manera contribuir en la mitigación de lesiones y problemas de salud procedentes del trabajo, además de la mejora de manera continua del desempeño de la seguridad y salud.

Las normas ISO son compatibles con el ciclo de mejora continua “PHVA” equivalentes al Planificar, Hacer, Verificar y Actuar. Dicha distribución proporciona la integración de diferentes normas de SG, proporcionando un marco común, de este modo, permite acrecentar

su valor añadido y facilitar su implementación.

SG se constituyen hoy día en instrumentos sistémicos capacitados de dar a las empresas una estructura adecuada de gestión con propósitos a incrementar la calidad en sus productos, servicios y la satisfacción de los clientes. Las normas ISO instituyen claramente los requisitos precisos para implementar y diseñar un sistema de Gestión en cualquier empresa u organización. En este aspecto se hace relación a un sistema de gestión y control cuando estos elementos se refieren a la realización y control de unas actividades coordinadas que contienen políticas, objetivos, estrategias, estructura orgánica, procesos y procedimientos, desarrollo tecnológico y del talento humano de la organización, encaminados de modo consecuente a la satisfacción del cliente y asegurar el cumplimiento de los objetivos trazados. “El Sistema de Gestión y el Modelo Estándar de Control Interno integran todos los aspectos de la organización, ya que la calidad y el control deben estar presentes en todas las áreas, procesos y actividades de cada una de las entidades. (45001, 2018)

Principios Básicos de ISO 45001/2018.

La SST es uno de los elementos más notables que acrecentar la rentabilidad y la productividad de las empresas el hecho de que las empresas operen dentro del marco de ciertas normas le da gran importancia para la identificación anticipada de riesgos importantes como para su eliminación o al menos para identificar el daño mínimo que puedan causar.

Los principios básicos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud Ocupacional ISO 45001 se pueden explicar de la siguiente manera:

- Tanto el personal de dirección como los empleados de las empresas deben estar al tanto de las cuestiones de seguridad y salud ocupacional.
- Las empresas deberían haber identificado todos los riesgos a los que se enfrentan, grandes o

pequeños, y tomar precauciones.

- Las empresas deben haber documentado e implementado todos los procesos. (Türcert, 2019)

3.4 Marco legal

El centro carcelario y penitenciario de alta y mediana seguridad de la Dorada caldas por ser una entidad Pública, encuadra todo su accionar de acuerdo con la legislación del Estado Colombiano. En la siguiente tabla se resume la normatividad que afecta el control interno:

Tabla 2 Normativa INPEC

NORMATIVIDAD	DESCRIPCIÓN
LEY 65 DE 1993	nadie puede ser sometido a prisión o arresto, ni detenido sino en virtud de mandamiento escrito proferido por autoridad judicial competente, con las formalidades legales y por motivo previamente definido en la ley. (INPEC, INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO Y CARCELARIO, 2022)
RESOLUCIÓN 243 DE 2020	Desarrolla la estructura orgánica del nivel central y determinó los grupos de trabajo del instituto nacional penitenciario y carcelario INPEC. (INPEC, INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO Y CARCELARIO, 2022)
LEY 599 DE 2000	señala principios y características generales del sistema penal colombiano. determina las conductas punibles particulares, indica los bienes jurídicos protegidos y la clasificación de los delitos según los mismos. (INPEC, INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO Y CARCELARIO, 2022)
RESOLUCIÓN 0312 :2019	Ministerio del trabajo estableció los estándares mínimos del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo (SGSST)
RESOLUCIÓN 2079 :2019	por la cual se actualiza la denominación de complejo carcelario y penitenciario dentro de la clasificación de los establecimientos de reclusión del orden nacional.
REGLAS MÁNDELA	constituyen los estándares mínimos universalmente reconocidos para la gestión de los centros penitenciarios y el tratamiento de las personas privadas de libertad, y han tenido un inmenso valor e influencia en el desarrollo de leyes, políticas y prácticas. (UNODC, 2011)
RESOLUCIÓN 6349:2016	por la cual se expide el reglamento general de los establecimientos de reclusión del orden nacional- ERON a cargo del INPEC. Los establecimientos de reclusión prevalecerán el respeto a la dignidad humana, a las garantías constitucionales y a los derechos humanos universalmente. (INPEC, ESTRUCTURA ORGANICA INPEC, 2021)

Fuente 4 Tomado de inpec.gov.co

4. Metodología

A continuación, se presenta por medio de la tabla 3, la metodología del diseño de un sistema integrado de gestión, basado en las normas ISO en salud, seguridad en el trabajo y medio ambiente en el centro carcelario y penitenciario de alta y mediana seguridad de la Dorada Caldas.

Tabla 3 Metodología

OBJETIVO	ACTIVIDADES
<p>O DIAGNOSTICAR EL ESTADO ACTUAL DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE LAS NORMAS ISO 45001 E ISO 14001 DEL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO DE LA DORADA CALDAS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ elaboración de una lista integrada de chequeo para verificar que requisitos se encuentran conforme a las normas ISO. ○ recolección de información por medio de la herramienta elaborada ○ realización de registro fotográfico de las condiciones actuales del establecimiento. ○ análisis y representación del diagnóstico por medio de la herramienta DOFA.
<p>O DEFINIR ESTRUCTURA DEL SIG DEL CENTRO PENITENCIARIO BAJO LOS REQUERIMIENTOS DE REQUISITOS DE LAS NORMAS ISO 45001 E ISO 14001</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ revisión de cada uno de los requisitos relativos a las normas ISO 14001 y 45001. ○ identificación de los requisitos comunes de las normas ISO 14001 y 45001. ○ definición política integrada y demás criterios para estructurar el SIG.

**O ELABORAR LA
DOCUMENTACIÓN DEL
PROCESO
TRATAMIENTO
PENITENCIARIOBAJO
LOS REQUERIMIENTOS
DE LAS NORMAS ISO
45001 Y 14001**

- elaboración de documentación necesaria para los requisitos de las normas.
- elaboración de plan de capacitación referente al sistema integrado de gestión.
- realización del cronograma y esquematización de actividades
- elección del grupo de personas a quienes se destinan las actividades de capacitación
- toma de registro fotográfico del plan de capacitación.

Fuente 5 Elaboración propia

4.1. Tipo de investigación

En la realización de este proyecto se tuvo en cuenta el tipo de investigación exploratoria pues se investigó y analizó la información con respecto a los sistemas de gestión de SST y ambiental del establecimiento penitenciario y carcelario de alta y mediana seguridad de la dorada, caldas, por ello se logró obtener la información necesaria para el desarrollo de los resultados sobre el diseño propuesto.

4.2. Población y muestra

El establecimiento penitenciario y carcelario de alta y mediana seguridad de la dorada, cuenta con 188 trabajadores entre personal uniformado y administrativo; entre los PPL sindicados y condenados intramural hay una población de 1513 en el cual se vería reflejado el beneficio del proceso de tratamiento penitenciario en la población condenada del establecimiento con el desarrollo del diseño que se está llevando a cabo.

5. Resultados y discusión

A continuación, se muestran los resultados alcanzados en la ejecución de los objetivos propuestos:

Para la recolección de datos en la verificación de los requisitos del SIG se otorgó una ponderación de la siguiente manera:

Tabla 4 Ponderación de valores lista de chequeo

PONDERACIÓN	SIGNIFICADO	DEFINICIÓN
PARCIALMENTE	1	Solo cumple una norma el requisito
SI	2	Cumple las dos normas el requisito
NO	0	No cumple ninguna, no hay evidencia

Fuente 6 Elaboración propia

Se presenta los resultados del diagnóstico, el cumplimiento de los requisitos de las normas ISO 45001/2018 e ISO14001/2015;

Gráfico 1 Nivel de cumplimiento con sistemas actuales



Fuente 7 Elaboración propia

Gráfico 1: Resultados del porcentaje de cumplimiento de los requisitos de las normas de ISO

14001/2015 e ISO 45001/2018 a integrar en el centro penitenciario y carcelario de alta y mediana seguridad la dorada.

En el gráfico 1 se observa el porcentaje de cumplimiento de cada uno de los requisitos de las normas de referencia a integrar en el sistema de gestión, alcanzando un 82% en su totalidad, teniendo un criterio bueno en el cumplimiento de los sistemas que manejan actualmente en el establecimiento.

Ilustración 3 Criterio de cumplimiento

CRITERIOS DEL CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	
% CUMPLIMIENTO	SIGNIFICADO
0% - 50%	Cumplimiento Deficiente
51% - 75%	Cumplimiento Regular
76% - 85%	Cumplimiento Bueno
86% - 95%	Cumplimiento Muy bueno
96% - 100%	Cumplimiento Excelente

Fuente 8 Elaboración propia

5.1 Diagnosticar el estado actual del cumplimiento de los requisitos de las normas ISO 45001 e ISO 14001 del establecimiento penitenciario de la Dorada Caldas.

Se realizó el diagnóstico con el fin de determinar y comprender la perspectiva actual del centro penitenciario y carcelario de alta y mediana seguridad de la Dorada, caldas, en relación con el cumplimiento de las normas ISO 45001:2018 e ISO 14001:2015, habiendo como eje central la Resolución 0312 de 2019 y el decreto 1072 de 2015, donde esta define los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST, de obligatorio cumplimiento para garantizar a la empresa en relación a un SGSST, teniendo en cuenta totalmente todos los ítems de dicha resolución en relación al nivel de riesgo del centro penitenciario que se evalúa como nivel 5 y el plan de gestión ambiental (PIGA) que busca mitigar los impactos ambientales.

Para el diagnóstico se usó la herramienta check list (ver anexo 1) en Excel en donde se agruparon las normas ISO 14001:2015 con la ISO 45001:2018.

Por lo cual, se elaboró una sola lista de valoración integrada, para hallar el cumplimiento de las normas ISO 14001:2015 e ISO 45001:2018 en el establecimiento, mediante el cual se verificaron los criterios para las dos normas de manera simultánea. Como consecuencia de esta evaluación se hallaron los requisitos que se cumplen o no para las normas anteriormente mencionadas, y se exponen a continuación.

Con el propósito garantizar el buen resultado del diagnóstico, fue necesario realizar visitas al centro penitenciario, donde se tomó evidencia fotográfica y se registró las condiciones físicas actuales del establecimiento bajo el acompañamiento del encargado del SGA.

Contexto: el Análisis FODA nos permitió analizar los factores internos y externos del establecimiento, lo cual esto nos permitió obtener un conocimiento más amplio para determinar las estrategias y poder alcanzar los objetivos propuestos.

Dentro del análisis interno encontraremos las Fortalezas y Debilidades que tiene la empresa, lo cual nos permitió conocer e identificar las características y elementos de la empresa respecto a sus recursos, procesos, métodos de control interno y estructura organizacional que determinan el nivel de cumplimiento frente las normas internacionales.

Tabla 5 Diagnostico Matriz DOFA

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos de SST y medio ambiente. • La participación de representantes de organizaciones sociales y veedurías en las acciones de diálogo y audiencias públicas desarrolladas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Infraestructura deteriorada (tuberías de agua potable) provocando desperdicios del recurso hídrico, proliferación de vectores y accidentes laborales. • Falencias en la organización y manejo la de residuos generados por rancho. Puestos de trabajo, residuos, desperdicios.

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • El PPL cuenta con disponibilidad de tiempo para el fortalecimiento de habilidades en cuanto a condiciones ambientales, de salud y seguridad en el trabajo. • El PPL dispone de un taller en la fase de tiramiento para la elaboración de manualidades y de productos de artesanía. • Capacitación al PPL en fase de tratamiento sobre el manejo adecuado de los residuos reciclables. • En el CPAMS existe un plan (PIGA) que tiene la finalidad de incorporar criterios ambientales en las políticas y procedimientos administrativos dentro del sector medio ambiente y recursos naturales. • El CPAMS se rige bajo la resolución 0312 de 2019 que establece los estándares mínimos del sistema de gestión de salud y seguridad en el trabajo. • Apoyo brindado por la institución en la compra de materiales, herramientas e insumos para los talleres. • Cuentan con una pequeña granja de porcinos aprovechando los desperdicios orgánicos originarios del rancho. | <ul style="list-style-type: none"> • Falta conciencia del PPL de los sindicatos a la hora de la disposición final de los residuos sólidos (arrojándolos a los canales de aguas lluvias y zonas verdes). • Falta plan de mantenimiento a las trampas de grasa del rancho (ubicada en el pasillo principal de la parte interna). • Carencia de algunos equipos de seguridad en atención de emergencias y fuera de servicio, lo cual incrementa los riesgos dentro del establecimiento. |
|---|---|

AMENAZAS

- Desinterés de los gobernantes en cuanto al apoyo económico para proyectos ambientales, infraestructura y SST.

OPORTUNIDADES

- Acciones de diálogo presenciales y no presenciales a fin de poder asegurar la información.

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Propagación de enfermedades infecto-contagiosas por agente externo. • Proliferación de roedores lo que ocasionara diversas enfermedades infectocontagiosas. | <ul style="list-style-type: none"> • Canales para la comercialización para productos elaborados dentro de los centros. • Por medio de tratamientos psicológicos, los privados de libertad superan traumas y pueden reinsertarse a la sociedad. • Posibilidad de vender los productos elaborados, en las ferias, exposiciones al público en general y publicarlos en la página del INPEC. • La educación técnica o superior, mejora la calidad de vida y autoestima del PPL. • Buena disposición por los responsables del proceso de tratamiento penitenciario y gestión ambiental para implementar el SIG. |
|--|---|

Fuente 9 Elaboración propia

El personal del establecimiento conoce ciertas características y disposiciones de los sistemas que manejan, esto se ve tolerado que, si conocen sus stake holders, pero no las deficiencias y expectativas, por ello se frena la ejecución de los procesos de control y mejora, igualmente se tienen claro el propósito del sistema de gestión ambiental y el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo.

Se evidencia que el presupuesto establecido para los SGA y SGSST o inclusive el SIG es insuficiente para la implementación del mismo, por otra parte, sobresale el papel de algunos de sus colaboradores y privados de la libertad en fases de tratamiento, generando una cultura de cuidado y manejo ambiental, comunicando de incidentes, posibles peligros y designando un canal de comunicación constante teniendo en cuenta las opiniones de los funcionarios y PPL en fases de resocialización, aunque sin evidencia consistente.

5.2 Definir estructura del SIG del centro penitenciario bajo los requerimientos de requisitos de las normas ISO 45001 e ISO 14001

En la siguiente tabla se visualiza la identificación de los requisitos que comparten las normas ISO 14001 de 2015 y 45001 de 2018 para su integración y elaboración de la documentación:

Tabla 6 Identificación de requisitos

Requisito Integrado	NTC ISO 14001: 2015	NTC ISO 45001: 2018	Clasificación del requisito	Acciones	Responsable	Procesos relacionados	
4. Contexto de la organización	Comprensión de la organización y su contexto	4,1	4,1	En común	En este requisito es necesario la determinación de las asuntos externos e internos del establecimiento carcelario de alta y mediana seguridad de la dorada referente a medio ambiente con seguridad y salud en el trabajo; Para lograr completar este requisito es aconsejable realizarse la pregunta ¿Qué cuestiones externos e internos son ineludibles y condicionan el logro de los objetivos ambientales y SST del establecimiento? Se utilizan las siguientes herramientas: Matriz DOFA, Matriz de evaluación de factores externos e internos, etc..	Alta dirección	Planificación estratégica - Revisión por la dirección
	comprensión de los requisitos de las partes interesadas	4,2	4,2	En común	En este requisito integrar y dar cumplimiento, se debe determinar a las partes interesadas pertinentes para el sistema de gestión, sus necesidades y expectativas, y cuáles de estas podrían ser tomadas como requisitos para el SIG; el resultado de esto se puede documentar por medio de un informe, un acta, oficio de reunión, una matriz de partes interesadas con necesidades y expectativas.	Alta dirección	Planificación estratégica - Revisión por la dirección
	Alcance del sistema integrado de gestión	4,3	4,3	En común	Para este requisito el alcance del SIG debe estar definido, documentado y disponible para las partes interesadas, el alcance debe describir las actividades y ubicación de la organización, el límite y aplicabilidad del SIG. Como el alcance es integrado debe ser el mismo para medio ambiente y SST, el cual se puede documentar en el manual del sistema integrado.	Direccionamiento estratégico	Todos los procesos
	El sistema integrado de gestión	4,4	4,4	Similar	En este requisito debe existir un único sistema de gestión documentado, implementado e integrado; el cual debe identificar los procesos para dar cumplimiento a los requisitos establecidos en las normas, esto debe mantenerse continuamente y adaptarse a los cambios que se produzcan en la organización. De esto se generan documentos integrados como: manual del SG, política integrada, mapa de procesos integrado, procedimientos integrados y demás.	Líderes de los procesos	Todos los procesos

5. Liderazgo	Liderazgo y compromiso	5,1	5,1	En común	Al ser un requisito común la alta dirección deberá implicarse en las actividades específicas como; (Análisis del contexto, Política integrada, Análisis de riesgos y oportunidades, definición de los objetivos de mejora, Disponer los recursos necesarios para el SIG) la responsabilidad y la rendición de cuentas sobre la eficacia del SIG y delegar responsabilidades. Para ello se realiza una matriz de responsabilidades de la alta dirección, Informes internos emitidos por la alta dirección	Alta dirección	Todos los procesos
	Política Integrada	5,2	5,2	En común	Para integrar este requisito y dar cumplimiento a través de una política integrada (debe manejar la misma terminología y los principios en igualdad). Al ser una política integrada debe presentarse por medio de un único documento donde se contemple los compromisos de la Alta dirección con respecto al SIG. Este documento debe estar aprobado por la alta dirección como evidencia y debe ser comunicada por la organización.	Alta dirección y administrativos	Revisión por la dirección
	Roles Responsabilidades y Autoridades	5,3	5,3	En común	Este requisito se establece los roles, responsabilidades y autoridades, y su comunicación, se puede documentar por medio de un manual donde se describan las funciones y responsabilidades de cada cargo en el manual del SIG con las principales responsabilidades. Ej: documento descriptivo de roles y responsabilidades.	Recursos Humanos y Líderes de Procesos	Comunicación y Formación
	Consulta y participación de los trabajadores	-	5,4	Específico	Este requisito es específico de la norma ISO 45001:2018, se debe realizar consulta y participación a los trabajadores de todos los niveles del establecimiento, la documentación a generar un oficio o acta que evidencie el proceso de consulta y participación de los trabajadores. Ej: documento de evidencia de conformación de comités.	Alta dirección,	Todos los procesos

6. Planificación	Riesgos y oportunidades	6,1	6,1	Similar	Para la integración de este requisito se debe determinar un método en común para gestionar los riesgos y las oportunidades de los sistemas de gestión, para realizar la identificación, evaluación y tratamientos de los riesgos y las oportunidades. Ej: matriz de riesgos y oportunidades.	Alta dirección y Líderes de los procesos	Todos los procesos
	aspectos ambientales	6.1.2	-	Específico	Este es un requisito específico de la norma ISO 14001:2015 y es un fundamental para la gestión ambiental en evaluación de aspectos e impactos ambientales y se debe definir los criterios para su evaluación; ej: matriz de identificación de aspectos e impactos ambientales con sus respectivos controles.	Alta dirección y Líderes de los procesos	Todos los procesos
	Identificación de peligros, evaluación de riesgos laborales y planificación de acciones	-	6.1.2	Específico	Este es un requisito específico de la norma ISO 45001:2018 y es un fundamental para la gestión en SST, por esta razón se recomienda realizar la identificación y evaluación de peligros y riesgos laborales con sus respectivos controles según su alcance, naturaleza y tiempo; un ejemplo de la información que debe documentar la organización es un procedimiento y/o matriz de peligros y riesgos laborales con sus respectivos controles.	Alta dirección y Líderes de los procesos	Todos los procesos
	Requisitos legales y otros requisitos	6.1.3	6.1.3	Similar	Para la integración de este requisito se debe realizar la compilación de los requisitos normativos exigibles a la empresa acorde con las actividades propias e inherentes de su actividad productiva para determinar los requisitos legales (matriz legal).	Alta dirección y Líderes de los procesos	Revisión por la dirección
	Objetivos y planificación	6,2	6,2	En común	Se debe establecer los objetivos ambientales y SST los cuales se puede documentar por medio de una matriz de planificación para dar cumplimiento a los objetivos, los cuales deben ser comunicados en todo el establecimiento.	Alta dirección y Líderes de los procesos	Revisión por la dirección

7. Apoyo

Recursos	7,1	7,1	En común	Este requisito menciona que se debe determinar y suministrar los recursos que sean necesarios para poder establecer, implementar, mantener y trabajar en la mejora continua de un Sistema de Gestión y mejorar su rendimiento. Para el cumplimiento se debe especificar en cada uno de los procesos los recursos que va a emplear, tanto humanos, como materiales, económicos, tecnológicos...etc. Por otro lado, se va a necesitar tener en cuenta los recursos que inicialmente existen dentro de la organización para poder determinar aquellos que debemos obtener de proveedores externos. Ej: documentación; formato donde se evidencien la asignación de los recursos.	Alta dirección y Líderes de los procesos	Revisión por la dirección
Competencia	7,2	7,2	En común	Este requisito al ser común se integra por medio de un manual, matriz donde se evidencie las competencias necesarias en los colaboradores de todos los niveles de la organización, como: matriz de roles y responsabilidades, Perfiles de cargo, experiencia, formación y/o Registros de capacitaciones, etc.	Alta dirección y Líderes de los procesos	Todos los procesos
Toma de conciencia	7,3	7,3	En común	Al ser común este requisito se puede integrar para las tres normas por medio de un método sencillo, donde se evidencie la toma de conciencia en todos los niveles de la organización, la cual se puede evidenciar en documentación como: un programa de capacitación, formación y toma de conciencia, registros de inducción y reinducción del SIG	Alta dirección y Líderes de los procesos	Todos los procesos
Comunicación	7,4	7,4	En común	En este requisito es importante mostrar las comunicaciones pertinentes para darle cumplimiento al SIG, esto se puede evidenciar a través de una matriz de comunicaciones donde se evidencie qué, cuando, a quién, cómo y quién debe realizar las comunicaciones tanto internas como externas pertinentes al SIG.	Alta dirección y Líderes de los procesos	Todos los procesos
Información documentada	7,5	7,5	En común	Este requisito al ser común se puede integrar para las tres normas por medio de un método sencillo donde se evidencie la documentación pertinente del SIG, la cual se puede evidenciar a través de un procedimiento de información documentada, procedimiento de control de registros y/o un manual de procedimientos.	Alta dirección y Líderes de los procesos	Todos los procesos

8. Operación	Planificación y control operacional	8,1	8,1	Similar	Para la integración de este requisito se debe determinar un método en común para determinar la integración en el sistema de gestión la planificación y control operacional (se planifican todas las actividades operacionales), se puede evidenciar mediante un procedimiento de control y operación, listas de chequeo...etc.	Alta dirección y Líderes de los procesos	Todos los procesos
	Preparación y respuesta ante emergencias	8,2	8,2	Similar	Este requisito se relaciona en ambiental y SST, para dar cumplimiento a este, se debe elaborar un plan de capacitaciones y respuestas ante emergencias, análisis de vulnerabilidad, matriz de emergencias con sus controles, actas de simulacros, etc.	Alta dirección y Líderes de los procesos	Todos los procesos
9. Evaluación del desempeño	Seguimiento, medición y análisis	9.1.1	9.1.1	En común	Este requisito al ser común se puede evidenciar el cumplimiento de lo que se planeó (objetivos, proceso, actividades, los requisitos cumplidos, las actividades realizadas, etc.), donde se puede generar documentación como: Registros de inspecciones, fichas técnicas de indicadores, Análisis de los indicadores, evaluaciones de desempeño de los programas.	Alta dirección y Líderes de los procesos	Todos los procesos
	Auditoria	9,2	9,2	En común	Al ser un requisito común se puede integrar para las tres normas a través de un método que sea común y sencillo donde se evidencie el cumplimiento y permita generar documentación como: Procedimientos, Programas, plan e informes de auditorías que nos proporcione información acerca del SIG.	Alta dirección	Afiliación y Retiro, comité y Líder de Auditoria
	Revisión por la dirección	9,3	9,3	En común	Requisito común, se da cumplimiento por medio de: la Rendición de cuentas por parte de la Alta dirección, seguimiento a las auditorías internas y externas, de las entradas y salidas del SIG.	Alta dirección	Todos los procesos
10. Mejora	No conformidades y acciones correctivas	10,2	10,2	Similar	Para la integración de este requisito se realiza: Plan de Acciones, formatos, procedimientos que describan las no conformidades y las acciones correctivas.	Alta dirección y Líderes de los procesos	Todos los procesos
	Mejora continua	10.3	10.3	En común	Como es un requisito común para las normas se pueden integrar por medio de un método sencillo que permita cumplir con el requisito y que a su vez permita generar documentación que sea evidencia para el SIG como: planes de acción de las mejoras, procedimientos, etc.	Alta dirección y Líderes de los procesos	Todos los procesos

Fuente 10 Elaboración propia

Se plantean los siguientes objetivos de salud y seguridad en el trabajo y de gestión ambiental soportados en la Política integrada establecida, en los cuales busca el diseño del Sistema de Gestión Integrado y su alcance:

Ilustración 4 Alcance y política del SIG



Fuente 11Elaboración propia

Ilustración 5 Objetivos específicos e indicadores SIG

1. Incrementar la satisfacción de las partes interesadas en el proceso de tratamiento penitenciario mediante la gestión y desarrollo de estrategias acordes a la política institucional y normatividad vigente.

1.1 Porcentaje de quejas y reclamos relacionados con la prestación del servicio del CPAMSLDO.

1.2 Porcentaje de satisfacción de los PPL que se encuentran dentro del proceso de tratamiento penitenciario.

1.3 Porcentaje de satisfacción de las empresas que tienen convenios y contratos con el CPAMSLDO.

(Número de reclamos realizados/Número dereclamos permitidos)x100

(% de satisfacción de PPL/ Total de PPL)x 100

(% de satisfacción de empresas /total de las empresas con convenio)x 100

2. mejorar las competencias , habilidades y conocimientos en las normas ISO 45001:2018 e ISO 14001:2015 para responder a las necesidades, expectativas de las partes interesadas del establecimiento y continuar con el diseño del sistema integrado para los demas procesos.

2.1 Porcentaje de personal con conocimientos y experiencia en las normas ISO 45001:2018 e ISO 14001:2015.

(Número de personas capacitadas en ISO /total comunidad académica) x100

3. Disminuir riesgos laborales e impactos ambientales como consecuencia de las actividades del CPAMSLDO.

3.1 Porcentaje de reducción de consumo de agua.

3.2 Porcentaje de impactos ambientales y riesgos que mejoraron su nivel de valoración.

3.3 porcentaje de aprovechamiento de residuos generados dentro del establecimiento.

3.4 nivel de cumplimiento de los requisitos legales.

(Consumo período anterior m3-consumo período actual m3 / consumo período anterior m3)x100%.

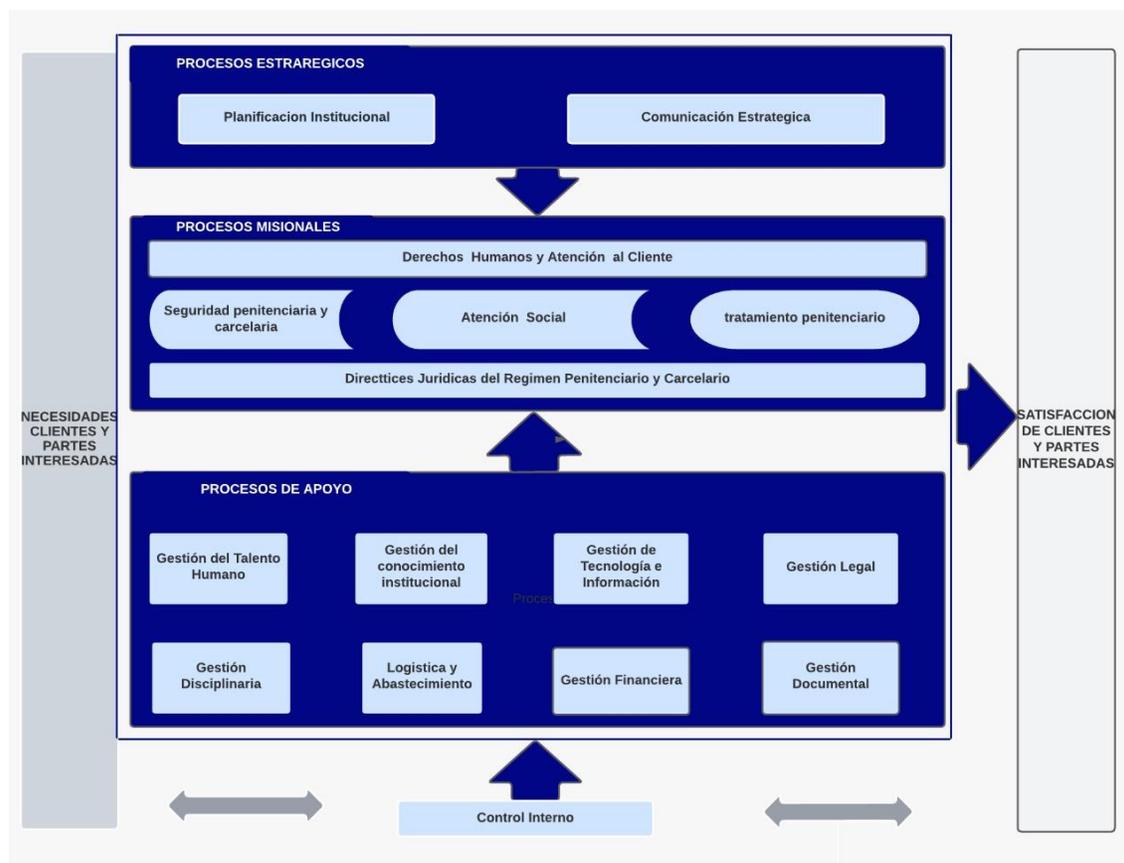
(indicador global de impactos y riesgos /importancia del impacto)x 100

(Kg de residuos reciclables aprovechados /Kg de residuos ordinarios producidos)x100.

(Número actividades legales realizadas/Número actividades legales desarrolladas)x100

En relación con lo anterior, se presenta el mapa de procesos en el marco del SIG y su respectiva caracterización.

Ilustración 6 Mapa de procesos CPAMSLDO



Fuente 13 Elaboración propia

5.2.1 Caracterización del proceso misional Tratamiento Penitenciario.

Tabla 7 Caracterización del proceso tratamiento penitenciario

Proveedor	Entradas	Ciclo	Actividades	Salidas	Cientes
					
CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO TRATAMIENTO PENITENCIARIO			CÓDIGO: SIG-ASST-CP-01 VERSIÓN: 1 FECHA: abril-2022		
Objetivo del proceso: Brindar los mecanismos para la aplicación del tratamiento penitenciario con fines de resocialización de los internos condenados.			Objetivo Estratégico: - Contribuir a la reinserción positiva del interno a la sociedad		
Alcance: Inicia con la observación, diagnóstico y clasificación de los PPL, hasta la resocialización del interno de acuerdo a programas y acciones orientadas a disminuir los factores de riesgos asociados con la comisión del delito, a través de programas de trabajo, educación e intervención psicosocial.					
Atención social	*Políticas de tratamiento penitenciario *Informe de PPL que ingresan a tratamiento *Listados de PPL condenados *Junta de estudio, trabajo y enseñanza (gallete)		*Establecer la clasificación y diagnóstico de los PPL que ingresan al proceso de tratamiento Responsable: Director de Tratamiento	*Hoja de vida del PPL *Informe del estado psicosocial	Proceso Tratamiento Penitenciario, Proceso Control Interno
Proceso Tratamiento Penitenciario	*convocatoria y selección de PPL para las programas planteados.	P	*Inscripciones en actividades. *Realización y registro de la participación de los PPL en los diferentes programas, Responsable: Responsable del área Tratamiento y Desarrollo – ERON.	*Formato Solicitud, *Registro aplicativo SISIPEC	Proceso Seguridad Penitenciaria y Carcelaria Población Condenada Familiares de Internos Entes de Control
Proceso Tratamiento Penitenciario	*Plan de necesidades del proceso.		*Elaborar Plan de Acción del Proceso. Responsable: Director de Tratamiento	*Plan de Acción del Proceso	Proceso Planificación Institucional.

Proceso Tratamiento Penitenciario Áreas de Tratamiento	*Registro de avance en cumplimiento de la participación	*generar los informes trimestrales de seguimiento. Responsable: Responsable del área Tratamiento y Desarrollo – ERON.	* Informes trimestrales de seguimiento	Población Condenada Familiares de Internos Entes de Control
Proceso Tratamiento Penitenciario Entes de Control	*Programas de tratamiento *Informes.	* Fortalecimiento de los programas dirigidos a la población reclusa condenada. Responsable: , Director de Tratamiento, Coordinador de Actividades Productivas	* Actos administrativos. *Proyecto de acto administrativo.	Dirección Regional Proceso Logística y Abastecimiento
Proceso Tratamiento Penitenciario	*Informe consolidado de la ejecución de programas de tratamiento penitenciario	* Revisar informes y consolidado de ejecución de programas. Responsable: Director de tratamiento, Subdirector de Educación, Subdirector de Salud y Subdirector de Actividades Productivas y Coordinador del Grupo de Reintegración.	*Retroalimentación a la Dirección Regional	Dirección Regional
H				
SIG (ISO 14001/2015, ISO 45001/2018) Organos de control	Necesidades del diseño, estandarización y mejoramiento del proceso, procedimientos, formatos y políticas.	*Realizar acompañamiento a los procesos de la entidad con el fin de tomar acciones de mejora de acuerdo a las auditorías internas, mapa de riesgos y planes institucionales que la entidad desarrolla. Responsable: coordinador HSEQ	Planes de Mejoramiento Institucional. Listado Maestro de Documentos Mapa de riesgo	Todos los procesos
Todos los procesos Alta Dirección	Auditorías internas, planes institucionales, Encuestas, Informes de Gestión e indicadores.	*Presentar el informe de revisión por la dirección del Sistema Integrado de Gestión en cumplimiento a la normatividad vigente para tal fin. Responsable: coordinador HSEQ, director del establecimiento	Informe de revisión del Sistema Integrado de Gestión	Dirección regional
SIG (ISO 14001/2015, ISO 45001/2018) Organos de control	Direcciones, Planes, Programas, Informes Auditorías	*Implementar y mantener actualizado el sistema integrado de gestión con el fin de dar cumplimiento de la misionalidad de la entidad. Responsable: coordinador HSEQ,	Certificación del proceso	Entes certificadores Todos los procesos

Proceso Tratamiento Penitenciario	Indicadores del servicio. Informes de visitas. Ejecución de los programas	*Evaluar los indicadores de los programas del proceso Responsable: Director de Tratamiento	Informe de evaluación de cumplimiento de los programas	Direcciones Regionales ERON
Proceso Tratamiento Penitenciario	Documentación del proceso Método de Autoevaluación del control	*Realizar autoevaluación del control del proceso Responsable: Director de Tratamiento	Registros de la autoevaluación del control	Proceso Control Interno
Proceso Tratamiento Penitenciario	Indicadores	V *Autoevaluar y analizar el desempeño del Proceso. Responsable: Director de Atención y Tratamiento y Subdirectores	Informe de evaluación de desempeño del proceso	Proceso de Planificación Institucional
Gestión de Mejora SIG	Indicadores, riesgos, planes, programas y proyectos del Proceso Informe de Auditorias	*Realizar análisis, medición y seguimiento a los procedimientos, indicadores de gestión, riesgos, planes, programas y proyectos que soportan el proceso. Responsable: Director de Tratamiento, coordinador HSEQ	Reporte del seguimiento a Indicadores, riesgos y planes relacionados con el proceso	Direccionamiento Estratégico

Proceso de Control Interno	<p>Informes de Auditorías Internas y Externas</p> <p>Acta de Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno</p>	Proceso Tratamiento Penitenciario
Proceso Tratamiento Penitenciario	<p>Registro de Servicio no Conforme</p> <p>Registro de autoevaluación del control del proceso</p>	Proceso de Planificación Institucional
Proceso de Planificación Institucional	<p>Informe de seguimiento del desempeño del proceso</p> <p>Acta Revisión por la Dirección</p> <p>Informe de seguimiento de Planes del Proceso</p> <p>Procedimiento Acciones correctivas, preventivas y de mejora</p>	Acciones correctivas, preventivas y de mejora
	A	<p>*Implementar acciones correctivas, preventivas y de mejora en el proceso.</p> <p>Responsable: Director de Atención y Tratamiento y Subdirectores</p>

Requisitos Generales	Recursos
<p>Legales: •Ver Normograma del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario</p> <p>Norma ISO14001:2015 Norma ISO 45001:2018 SIG 4.1-4.2-5.1-5.2- 5.3-6.2-7.1-7.5-8.1-9.1.1-9.2-9.3-10.2-10.3</p>	<p>Humanos: Profesionales en la rama de la Salud, derecho, ciencias sociales, ciencias administrativas y económicas, Ingenierías; funcionarios del nivel técnicos y asistencial</p> <p>Físicos: Infraestructura y mobiliario</p> <p>Tecnológicos: Hardware y Software</p> <p>Materiales: Equipos de oficina y papelería</p> <p>Otros: Presupuesto asignado para la vigencia</p>
Documentos	Codigo
<p>Objetivos integrados Planificación de los cambios Direccionamiento estratégico Política integrada</p>	

Medición				
Objetivo	Indicador	Frecuencia	Formula	Meta
Realizar la medición de la cobertura alcanzada por los programas de educación brindados por el INPEC, a las personas privadas de la libertad sindicadas y condenadas en la totalidad de los establecimientos de reclusión del orden nacional.	Eficacia de cobertura de los programas de educación	Trimestral	$(\text{número de internos vinculados} / \text{número total de internos}) * 100$	>95%
Establecer el porcentaje de ERON que lleva a cabo la planeación de los programas de cultura, deporte y recreación en la herramienta SISIPPECWEB y que lleva a cabo su implementación conforme lo planeado.	Porcentaje de ppl en programas de deporte, recreación y cultura. (eficacia)	Trimestral	$(\text{número de PPL en programas de cultura, deporte y recreación} / \text{número total de internos condenados}) * 100$	>95%
Realizar seguimiento a la oferta de programas de tratamiento penitenciario.	Personas que acceden a programas de tratamiento penitenciario para su resocialización (Clasificados en fase de tratamiento de mínima y confianza)	Trimestral	$(\text{Número de internos beneficiados con programas de tratamiento penitenciario} / \text{número total de internos condenados}) * 100$	>90%
Calcular la cobertura de la población intramuros vinculada a programas ocupacionales de trabajo, estudio y enseñanza.	Cobertura de población intramuros vinculada a programas ocupacionales de trabajo, estudio y enseñanza.	Trimestral	$(\text{Número de internos vinculados a programas ocupacionales de trabajo, estudio y enseñanza} / \text{Internos objetivo de los programas ocupacionales de trabajo, estudio y enseñanza.}) * 100$	>60%

Fuente 14 Elaboración propia

5.3 Elaborar la documentación del proceso tratamiento penitenciario bajo los requerimientos de las normas ISO 45001 y 14001

Teniendo en cuenta la tabla identificación de requisitos y la caracterización del proceso se elaboran los procedimientos y la documentación para el sistema integrado de gestión.

5.3.1 Procedimientos – Elaboración de documentación

Tabla 8 Lista de procedimientos y documentos

Código	Procedimiento/Documento	Ubicación
SIG-TP-P-01	Atención salud	Anexo 2
SIG-TP-P-02	Atención en Educación, Deporte, Recreación y Cultura	Anexo 3
SIG-TP-P-03	Desarrollo de Actividades Productivas	Anexo 4
SIG-ASST-MT-01	Matriz de evaluación de factores externos e internos	Anexo 5
SIG-ASST-MT-02	Matriz partes interesadas	Anexo 6
SIG-ASST-MT-03	Matriz de responsabilidades	Anexo 7
SIG-ASST-MT-04	Matriz de participación	Anexo 8
SIG-ASST-D-04-1	Listas de asistencia	Anexo 9
SIG-ASST-MT-05	Matriz Riesgos y oportunidades	Anexo 10
SIG-A-MT-06	Matriz de aspectos e impactos ambientales	Anexo 11
SIG-SST-MT-07	Matriz de peligros y riesgos SST	Anexo 12
SIG-ASST-MT-08	Matriz legal	Anexo 13
SIG-ASST-PG-01	Programas de capacitación	Anexo 14
SIG-ASST-P-03	Comunicación interna y externa	Anexo 15
SIG-ASST-P-01	Información documentada	Anexo 16
SIG-ASST-P-09	Control y operación	Anexo 17
SIG-ASST-P-05	Evaluación de desempeño	Anexo 18
SIG-ASST-P-06	Auditoría interna	Anexo 19
SIG-ASST-D-06-1	Plan de auditoria	Anexo 20
SIG-ASST-E-01	Rendición de cuentas	Anexo 21
SIG-ASST-P-04	Gestión de cambios	Anexo 22
SIG-ASST-P-07	Revisión por la dirección	Anexo 23
SIG-ASST-P-08	Control no conformidades y Acciones correctivas	Anexo 24
SIG-ASST-MT-09	Matriz plan de mejora	Anexo 25

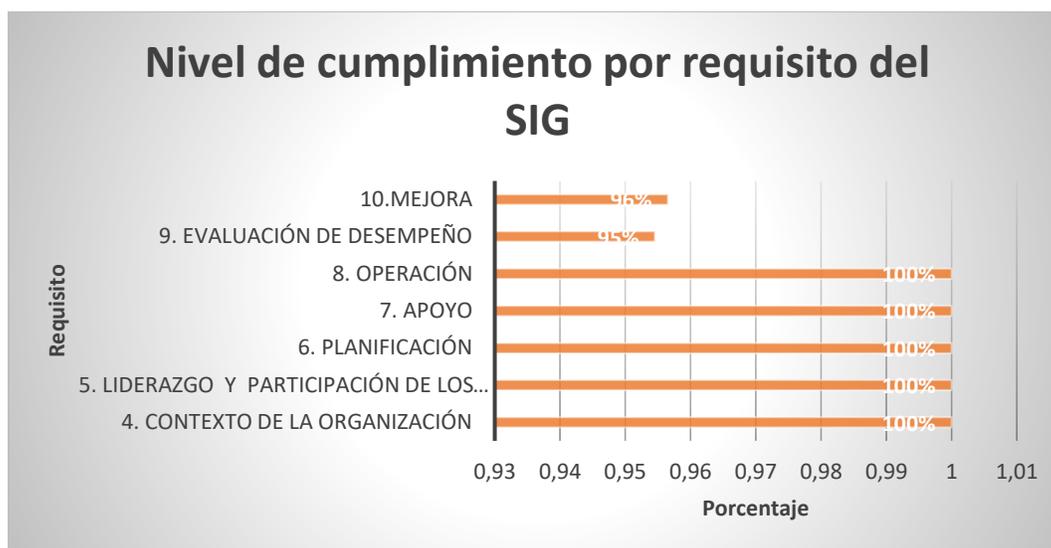
Fuente 15 Elaboración propia

5.3.2 Análisis del diseño del sistema integrado de gestión

Después de realizar la estructura para el diseño del sistema integrado de gestión de las normas ISO 14001:2015 e ISO 45001:2018, se elaboró la documentación y los procedimientos

pertinentes, luego de esto se realiza nuevamente la lista de chequeo para verificar el porcentaje de cumplimiento con el diseño del sistema integrado al proceso de tratamiento penitenciario se tiene los siguientes avances:

Gráfico 2 Análisis del diseño del SIG



Fuente 16 Elaboración propia

Gráfico 2: Resultados del porcentaje de cumplimiento de los requisitos integrados de las normas de ISO 14001/2015 e ISO 45001/2018, luego del diseño del sistema integrado de gestión.

En el gráfico 2 se observa el porcentaje de cumplimiento de cada uno de los requisitos de las normas integradas para el proceso de tratamiento penitenciario en el diseño del SIG, alcanzando un 99% en su totalidad, teniendo un criterio excelente en el cumplimiento del diseño del SIG.

5.3.2.1. Comparativa de los análisis inicial y final.

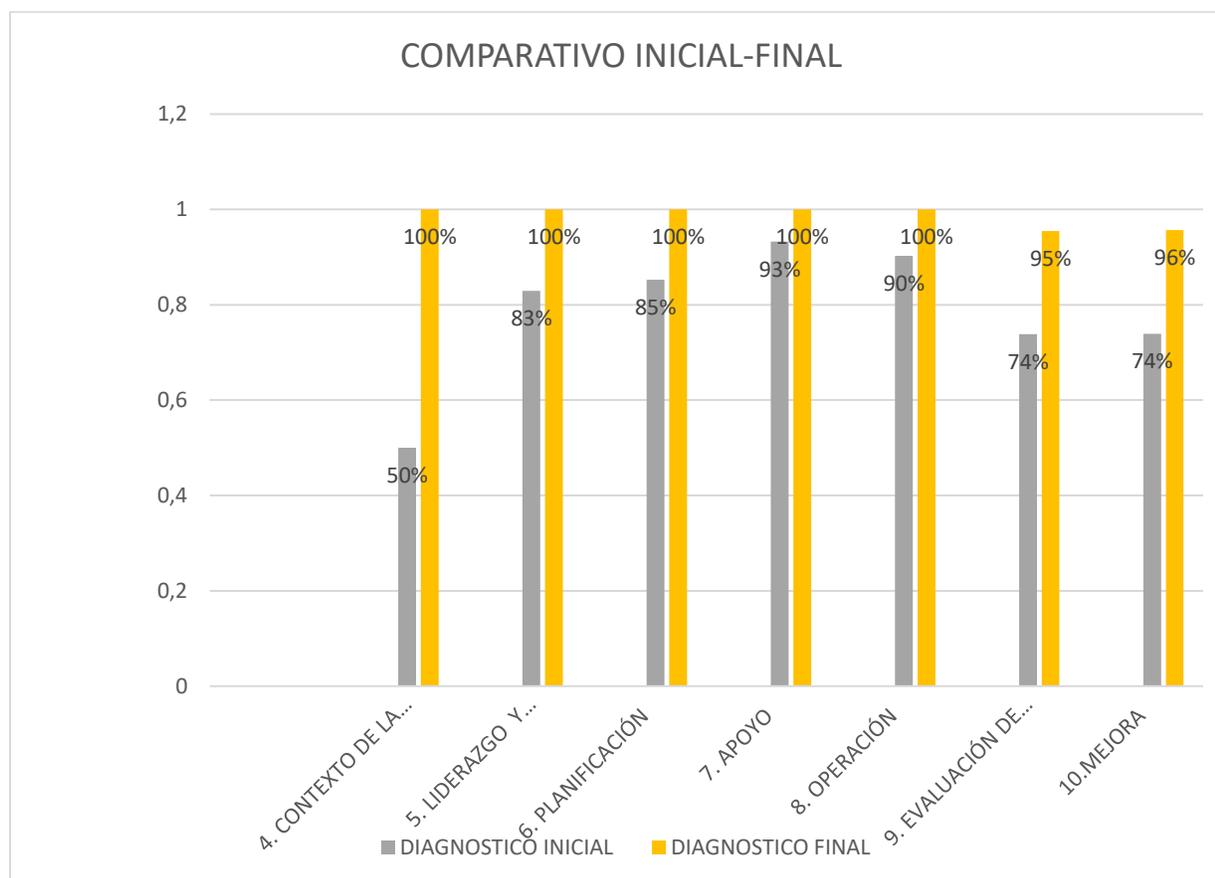
En el siguiente gráfico se muestra la comparativa del análisis inicial y el avance con el diseño del SIG para el proceso de tratamiento penitenciario:

Tabla 9 Comparativa de análisis inicial y final

CUMPLIMIENTO POR REQUISITOS	DIAGNOSTICO INICIAL	DIAGNOSTICO FINAL
4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN	50%	100%
5. LIDERAZGO Y PARTICIPACIÓN DE LOS TRABAJADORES	83%	100%
6. PLANIFICACIÓN	85%	100%
7. APOYO	93%	100%
8. OPERACIÓN	90%	100%
9. EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO	74%	95%
10.MEJORA	74%	96%

Fuente 17 Elaboración Propia

Gráfico 3 Análisis inicial Vs análisis final



Fuente 18 Elaboración propia

Gráfico 3: este nos muestra la comparativa en porcentajes del avance luego del diseño del SIG (análisis

inicial Vs análisis final.

En el gráfico 3 se observa que los porcentajes de cumplimiento de cada uno de los requisitos varían antes y después del diseño del SIG, obteniendo avances luego del diseño.

5.3.3 Plan de capacitación referente al diseño del sistema integrado de gestión.

Ilustración 7 Plan de capacitación





Fuente 19 Elaboración propia

6. Conclusiones

- Una vez analizado la situación actual respecto al cumplimiento de los requisitos estipulados por las normas ISO 45001:2018 e ISO 14001:2015 a través de la lista de chequeo; se realizó un cuadro comparativo con las normas que el establecimiento maneja, las cuales son: la resolución 0312 de 2019 y el decreto 1072 de 2015, para el SGSST dando cumplimiento a los requisitos de la norma internacional y para el SGA se tomó el PIGA (Plan institucional de gestión ambiental) que maneja el establecimiento. De allí se realizó un diagnóstico inicial, se pudo observar que el centro penitenciario de alta y mediana seguridad de la Dorada Caldas cumple con la mayor parte de los requisitos que se requieren para el sistema integrado de gestión con un 82% y de esta manera establecer nuevas metas en el proceso de tratamiento penitenciario, garantizando de esta forma una mejora continua, para crear elementos de análisis en el desarrollo de planes futuros.
- De acuerdo al análisis realizado anteriormente, se creó la estructura del sistema integrado, verificando los requisitos comunes entre las normas ISO 14001:2015 e ISO 45001: 2018, lo que permitió la elaboración del alcance, política, objetivos del sistema integrado e indicadores medibles.
- Se realizó la documentación requerida para el diseño del sistema integrado, teniendo en cuenta los requisitos de las normas ISO 45001: 2018 e ISO 14001:2018, analizados en el segundo resultado para su futura implementación, se realizó un segundo análisis luego del diseño del SIG llegando a un cumplimiento del 99% del sistema, además se socializó con la alta dirección y los funcionarios encargados del proceso de tratamiento

penitenciario, del sistema de gestión ambiental y salud y seguridad en el trabajo acerca de la importancia del sistema integrado y llevar la trazabilidad de todos los acontecimientos que sucedan en el establecimiento en relación a los sistemas anteriormente mencionados.

7. Recomendaciones

- Se recomienda a la alta dirección que para obtener buenos resultados se debe comprometer junto con lo demás áreas del establecimiento para asegurar el cumplimiento de cada uno los requisitos del SIG.
- Se recomienda al establecimiento continuar con diseño de lo demás procesos para la futura implementación del SIG.
- Se recomienda a la alta dirección la capacitación y constante actualización frente a los posibles cambios que puedan tener las normas ISO 45001: 2018 e ISO 14001:2018.
- Se recomienda aplicar los conocimientos recibidos en la sesión de capacitación que se realizó durante el desarrollo de este proyecto; este ejercicio les permitirá comprender las mejoras y beneficios del SIG.

8. Bibliografía

- 14001, I. (2015). *Norma ISO 14001*. Obtenido de <https://www.nueva-iso-14001.com/pdfs/FDIS-14001.pdf>
- 45001, I. (2018). *Normas ISO*. Obtenido de <https://ergosourcing.com.co/wp-content/uploads/2018/05/iso-45001-norma-Internacional.pdf>
- Carvajal, M. C. (2019). *Universidad Militar Nueva Granada*. Obtenido de SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN Y BENEFICIOS PARA LA COMPETITIVIDAD: <https://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/handle/10654/35955/DiazCarvajalMariaCamila2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- CIEN, E. d. (2014). *Elementos para la integración de sistemas de gestión y su importancia en la cadena productiva del transporte de carga terrestre en Colombia*. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2215-910X2014000300136
- Esan, U. (2018). *Beneficios de implementar un sistema de gestión de calidad*. Obtenido de <https://www.esan.edu.pe/apuntes-empresariales/2018/01/beneficios-de-implementar-un-sistema-de-gestion-de-calidad/>
- Gonzalez, H. (2013). *MÉTODOS PARA INTEGRAR SISTEMAS DE GESTIÓN*. Obtenido de <https://calidadgestion.wordpress.com/2013/10/14/metodos-para-integrar-sistemas-de-gestion/>
- Hernán Darío Ospina Bedoya, W. V. (2021). Diseño de herramientas para la implementación del sistema integrado de gestión en la empresa hidroeléctrica miel 1, ubicada en el municipio de Norcasia Departamento de Caldas. *padlet*.
- ingenieros, E. (2020). *Ciclo deming*. Obtenido de <https://envira.es/es/el-ciclo-deming-que-consiste-y-como-ayuda-gestion-procesos/>
- INPEC. (2021). *Estructura organica INPEC*. Obtenido de <https://www.inpec.gov.co/institucion/organizacion/estructura-organica>
- INPEC. (2022). *Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario*. Obtenido de <https://www.inpec.gov.co/institucion/quienes-somos/mision-y-vision>
- INPEC-Tratamiento. (2022). *Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario*. Obtenido de <https://www.inpec.gov.co/web/guest/institucion/normativa/resoluciones>
- Jordi, G. s. (2021). *Emasconsultors*. Obtenido de <https://iso.cat/es/principios-de-gestion-de-la-calidad/>
- Maria, A. G. (2014). Integración de los Sistemas de Gestión de Calidad, el Medio Ambiente y la Seguridad y Salud del. *Ciencias Holguín Vol XX*, 1-11.
- Moya, O. I. (Septiembre de 2015). *Metodología para la integración de los sistemas de gestión organizacional*. Obtenido de <http://www.ciencias.holguin.cu/index.php/cienciasholguin/article/view/894/1002>
- Perez Garcia, W., Escorcía Martínez, T., & Martínez, V. (JUNIO de 2009). Obtenido de <https://biblat.unam.mx/hevila/Centroazucar/2009/vol36/no2/11.pdf>
- Türcert. (2019). *Certificación del SGSST*. Obtenido de <https://www.turcert.com/es/belgelendirme/sistem-belgelendirme/iso-45001-is-sagligi-ve-guvenligi-yonetim-sistemi/iso-45001-temel-prensipleri-nerdir>
- UNODC. (2011). *Reglas mínimas de las Naciones Unidas para el tratamiento de reclusos*. Obtenido de <https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison->
- Val, A. J. (2013). *Guía para la integración de sistemas de gestión*. Obtenido de <https://zaguan.unizar.es/record/13249/files/TAZ-TFM-2013-1296.pdf?version=1>

Anexos

ANEXO 1 Lista de chequeo

PUNTAJE	Si	2	LISTA DE VERIFICACIÓN - SIG					
	Parcialmente	1						
	No	0						
SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO - SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL								
4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN								
Clausula	Requisito ISO 45001		Requisito ISO 14001		Cumplimiento		Observaciones	
					S	P		N
4,1	Comprensión de la organización y de su contexto							
	¿La organización ha determinado las cuestiones externas e internas que son pertinentes para su propósito y que afectan a su capacidad para lograr los resultados previstos de su sistema de gestión de la SST y SGA?				✔			cumple en su totalidad debido que todas las partes interesadas tienen conocimiento en cuanto al SGSST de acuerdo a la resolución 0312/2019 y el SGA que llevan con el plan FIGA.
4,2	Comprensión de las necesidades y expectativas de los trabajadores y de otras partes interesadas							
	¿La organización ha determinado?							
	a)	las otras partes interesadas, además de sus trabajadores, que son pertinentes al sistema de gestión de la SST;	las partes interesadas que son pertinentes al sistema de gestión ambiental			✔		cumple en su totalidad debido que todas las partes interesadas tienen conocimiento
	b)	las necesidades y expectativas (es decir, los requisitos) pertinentes de los trabajadores y de estas otras partes interesadas;	las necesidades y expectativas pertinentes (es decir, requisitos) de estas partes interesadas.			!		
c)	cuáles de estas necesidades y expectativas se convierten en requisitos legales aplicables y otros requisitos.	cuáles de estas necesidades y expectativas se convierten en requisitos legales y otros requisitos.			!			
4,3	Determinación del alcance del sistema de gestión de la SST- SGA							
	¿La organización ha determinado los límites y la aplicabilidad del sistema de gestión de la SST y SGA para establecer su alcance?						!	cumple para el sgssst, el SGA solo lo cumple para el plan vigente (FIGA)
	¿Al determinar este alcance, la organización ha...?							
	a)	considerado las cuestiones externas e internas indicadas en el apartado 4.1;	Considerado las cuestiones externas e internas a que se hace referencia en el apartado 4.1			✔		
	b)	tomado en cuenta los requisitos indicados en el apartado 4.2;	Considerado los requisitos legales y otros requisitos a que se hace referencia en el apartado 4.2			!		cumple para sst, en la parte ambiental no se han considerado requisitos legales debido que solo se maneja un plan.
	c)	tomado en cuenta las actividades relacionadas con el trabajo desempeñadas	Considerado las unidades, funciones y límites físicos de la organización			!		No se tiene el alcance del SGA
	d)	N/A	Considerado sus actividades, productos y servicios				✘	
	e)	N/A	su autoridad y capacidad para ejercer control e influencia				✘	
Una vez que se definió el alcance, ¿El sistema de gestión de la SST ha incluido las actividades, productos y servicios dentro del control o la influencia de la organización que pueden tener un impacto en el desempeño de la SST de la organización?		Una vez que se definió el alcance, ¿se ha incluido en el sistema de gestión ambiental todas las actividades, productos y servicios de la organización que estén dentro de este alcance?				!		Solo sst
¿El alcance esta disponible como información documentada?						!		solo sst
4,4	Sistema de gestión de la SST- SGA							
	¿La organización ha establecido, implementado, mantenido y mejorado continuamente un sistema de gestión de la SST y SGA, incluidos los procesos necesarios y sus interacciones, de acuerdo con los requisitos de esta Norma Internacional?						✘	no se han realizado mejoras en SGA, ni aplican las normas internacionales

5. LIDERAZGO Y PARTICIPACIÓN DE LOS TRABAJADORES						
Clausula	Requisito		Cumplimiento			Observaciones
			S	P	N	
Liderazgo y compromiso						
¿La alta dirección ha demostrado liderazgo y compromiso con respecto al sistema de gestión ...?						
5,1	a)	asumiendo la total responsabilidad y rendición de cuentas para la prevención de las lesiones y el deterioro de la salud relacionados con el trabajo, así como la provisión de actividades y lugares de trabajo seguros y saludables	asumiendo la responsabilidad y la rendición de cuentas con relación a la eficacia del sistema de gestión ambiental		1	informes y diagnostico trimestrales de cumplimiento por parte de la alta dirección- solo para sst
	b)	asegurándose de que se establezcan la política de la SST y los objetivos relacionados de la SST y sean compatibles con la dirección estratégica de la organización	asegurándose de que se establezcan la política ambiental y los objetivos ambientales, y que éstos sean compatibles con la dirección estratégica y el contexto de la organización.		1	para el SGA se ha tenido intención-para sst si esta.
	c)	asegurándose de la integración de los requisitos del sistema de gestión de la SST en los procesos de negocio de la organización	asegurándose de la integración de los requisitos del sistema de gestión ambiental en los procesos de negocio de la organización.		1	
	d)	asegurándose de que los recursos necesarios para establecer, implementar, mantener y mejorar el sistema de gestión de la SST estén disponibles;	asegurándose de que los recursos necesarios para el sistema de gestión ambiental estén disponibles	✓		
	e)	comunicando la importancia de una gestión de la SST eficaz y conforme con los requisitos del sistema de gestión de la SST	comunicando la importancia de una gestión ambiental eficaz y conforme con los requisitos del sistema de gestión ambiental.	✓		
	f)	asegurándose de que el sistema de gestión de la SST alcance los resultados previstos	asegurándose de que el sistema de gestión ambiental logre los resultados previstos	✓		en el SGA se solicitan informes trimestrales del plan PIGA
	g)	dirigiendo y apoyando a las personas, para contribuir a la eficacia del sistema de gestión de la SST	dirigiendo y apoyando a las personas, para contribuir a la eficacia del sistema de gestión ambiental	✓		la eficacia solo la contribuye la dirección del establecimiento y el encargado del SGA
	h)	asegurando y promoviendo la mejora continua	Promoviendo la mejora continua	✓		
	i)	apoyando otros roles pertinentes de la dirección, para demostrar su liderazgo aplicado a sus áreas de responsabilidad	apoyando otros roles pertinentes de la dirección, para demostrar su liderazgo en la forma en la que aplique a sus áreas de responsabilidad.	✓		la alta dirección se basa en los resultados del responsable del sistema
	j)	cultura en la organización que apoye los resultados previstos del sistema de gestión de la SST	N/A	✓		
	k)	protegiendo a los trabajadores de represalias al informar de incidentes, peligros, riesgos y oportunidades	N/A	✓		
Política						
¿La alta dirección ha establecido, implementado y mantenido una política de la SST y SA en consulta con los trabajadores a todos los niveles de la organización (véanse 5.3 y 5.4) que...?						
5,2	a)	incluya un compromiso de proporcionar condiciones de trabajo seguras y saludables para la prevención de daños y deterioro de la salud relacionados con el trabajo que sea apropiado al propósito, el tamaño y el contexto de la organización y a la naturaleza específica de sus riesgos para la SST y sus oportunidades para la SST;	sea apropiada al propósito y contexto de la organización, incluida la naturaleza, magnitud e impactos ambientales de sus actividades, productos y servicios.		1	solo SST
	b)	proporcione un marco de referencia para el establecimiento de los objetivos de la SST;	proporcione un marco de referencia para el establecimiento de los objetivos ambientales		1	
	c)	incluya un compromiso de cumplir los requisitos legales aplicables y otros requisitos;	incluya un compromiso para la protección del medio ambiente, incluida la prevención de la contaminación, y otros compromisos específicos pertinentes al contexto de la organización		1	
	d)	incluya un compromiso para eliminar los peligros y reducir los riesgos para la SST (véase 8.1.2);	incluya un compromiso de cumplir con los requisitos legales y otros requisitos		1	
	e)	incluya un compromiso de mejora continua del sistema de gestión de la SST	incluya un compromiso de mejora continua del sistema de gestión ambiental para la mejora del desempeño ambiental.		1	
	f)	incluya un compromiso para la participación, es decir, la implicación de los trabajadores, y cuando existan, de los representantes de los trabajadores, en los procesos de toma de decisiones en el sistema de gestión de la SST.	N/A		1	
¿La política ..?						
	a)	está disponible como información documentada;			1	solo SST
	b)	fue comunicada a los trabajadores dentro de la organización			1	
	c)	está disponible para las partes interesadas, según corresponda;			1	
	d)	se revisa periódicamente para asegurarse de que se mantiene pertinente y apropiada.			1	

Roles de responsabilidades						
5,3	¿La alta dirección se ha asegurado de que las responsabilidades, rendición de cuentas y autoridades para los roles pertinentes dentro del sistema de gestión de la SST se asignen y comuniquen a todos los niveles dentro de la organización, y se mantengan como información documentada? ¿Los trabajadores en cada nivel de la organización han asumido la responsabilidad por aquellos aspectos del sistema de gestión de la SST?		¿La alta dirección ha asegurado de que las responsabilidades y autoridades para los roles pertinentes se asignen y comuniquen dentro de la organización?	✓		
	¿La alta dirección ha asignado la responsabilidad y autoridad para...?					
	a)	asegurarse de que el sistema de gestión de la SST es conforme con los requisitos de la Norma Internacional;	asegurarse de que el sistema de gestión ambiental es conforme con los requisitos de la Norma Internacional			✗
b)	informar a la alta dirección sobre el desempeño del sistema de gestión de la SST.	informar a la alta dirección sobre el desempeño del sistema de gestión ambiental, incluyendo su desempeño ambiental	✓			los responsables de los sistemas de gestión presentan informes sobre el desempeño de los mismos trimestralmente
Participación y consulta						
5,4	¿La organización ha establecido, implementado y mantenido uno o varios procesos para la participación (incluyendo la consulta) en el desarrollo, la planificación, la implementación, la evaluación y las acciones para la mejora del sistema de gestión de la SST, de los trabajadores en todos los niveles y funciones aplicables, y cuando existan, de los representantes de los trabajadores?		N/A	✓		
	¿La organización ha...?					
	a)	proporcionado los mecanismos, el tiempo, la formación y los recursos necesarios para la participación;	N/A	✓		
	b)	proporcionado el acceso oportuno a información clara, comprensible y pertinente sobre el sistema de gestión de la SST;	N/A	✓		
	c)	identificado y eliminado los obstáculos o barreras a la participación y minimizar aquellas que no puedan eliminarse;	N/A	✓		
	d)	proporcionado un énfasis adicional a la participación de los trabajadores no directivos en lo siguiente:	N/A			
	1)	la determinación de las necesidades y expectativas de las partes interesadas (véase 4.2)	N/A	✓		
	2)	el establecimiento de la política de la SST (véase 5.2);	N/A	✓		
	3)	la asignación de roles, responsabilidades y autoridades de la organización, según sea aplicable (véase 5.3);	N/A	✓		
	4)	la determinación de cómo cumplir los requisitos legales y otros requisitos (véase 6.1.3);	N/A	✓		
	5)	el establecimiento de los objetivos de la SST y la planificación para lograrlos (véase 6.2);	N/A	✓		
	6)	la determinación de los controles aplicables para la contratación externa, las compras y los contratistas (véase 8.1.4)	N/A	✓		
	7)	la determinación de qué necesita seguimiento, medición y evaluación (véase 9.1);	N/A	✓		
	8)	la planificación, el establecimiento, la implementación y el mantenimiento de programas de auditoría (véase 9.2.2)	N/A	✓		
	9)	el aseguramiento de la mejora continua (véase 10.3)	N/A	✓		
	e)	proporcionado un énfasis adicional a la inclusión de trabajadores no directivos en la consulta relacionada con lo siguiente:	N/A			
	1)	la determinación de los mecanismos para su consulta y participación;	N/A	✓		
	2)	la identificación de los peligros y la evaluación de los riesgos y oportunidades (véanse 6.1.1 y 6.1.2);	N/A	✓		
	3)	la determinación de acciones para eliminar los peligros y reducir los riesgos para la SST (véase 6.1.4);	N/A	✓		
	4)	la determinación de los requisitos de competencia, las necesidades de formación, la formación y la evaluación de la formación (véase 7.2);	N/A	✓		
5)	la determinación de que información se necesita comunicar y cómo hacerlo (véase 7.4);	N/A	✓			
6)	la determinación de medidas de control y su implementación y uso eficaces (véanse 8.1, 8.1.3 y 8.2);	N/A	✓			
7)	la investigación de los incidentes y no conformidades y la determinación de las acciones correctivas (véase 10.2).	N/A	✓			

6. PLANIFICACION						
Clausula	Requisito		Cumplimiento			Observaciones
			S	P	N	
6.1	Acciones para abordar riesgos y oportunidades					
	Generalidades					
	¿Al planificar el sistema de gestión de la SST, la organización ha considerado las cuestiones referidas en el apartado 4.1 (contexto), los requisitos referidos en el apartado 4.2 (partes interesadas) y 4.3 (el alcance de su sistema de gestión de la SST) y determinado los riesgos y oportunidades que es necesario abordar con el fin de...?	Al planificar la organización debe establecer, implementar y mantener los procesos necesarios para cumplir los requisitos de los apartados 6.1.1 a 6.1.4. debe considerar...?				
	a) asegurar que el sistema de gestión de la SST pueda lograr sus resultados previstos;	las cuestiones referidas en el apartado 4.1	✓			
	b) prever o reducir efectos no deseados;	los requisitos referidos en el apartado 4.2		!		
	c) lograr la mejora continua.	el alcance de su sistema de gestión ambiental		!		
	¿Al determinar los riesgos y oportunidades para el sistema de gestión de la SST y sus resultados previstos que es necesario abordar y la organización debe tener en cuenta...?	determinar los riesgos y oportunidades para el SGA relacionados con sus..				
	los peligros (véase 6.1.2.1); los riesgos para la SST y otros riesgos (véase 6.1.2.2);	aspectos ambientales (véase 6.1.2);	✓			ver manual PGA (derroche de agua)
6.1.1	las oportunidades para la SST y otras oportunidades (véase 6.1.2.3);	otras cuestiones y requisitos identificados en los apartados 4.1 y 4.2,		!		
	los requisitos legales y otros requisitos (véase 6.1.3).	requisitos legales y otros requisitos (véase 6.1.3);	✓			en plan se identifican
	¿La organización ha evaluado los riesgos e identificado las oportunidades que son pertinentes para el resultado previsto del sistema de gestión de la SST asociados con los cambios en la organización, sus procesos, o el sistema de gestión de la SST? ¿En el caso de cambios planificados, permanentes o temporales, esta evaluación se ha iniciado antes de que el cambio se implemente?	Dentro del alcance del sistema de gestión ambiental, la organización debe determinar las situaciones de emergencia potenciales, incluidas las que pueden tener un impacto ambiental.		!		No esta determinado en en el plan piga
	¿La organización ha mantenido información documentada de sus ...?	La organización debe mantener la información documentada de...?				
	a) riesgos para la SST y oportunidades para la SST que es necesario abordar;	riesgos y oportunidades que es necesario abordar	✓			
	b) procesos necesarios para abordar los riesgos y oportunidades (véase desde 6.1.1 hasta 6.1.4) en la medida en que sea necesario para tener la confianza de que se llevan a cabo según lo planificado.	procesos necesarios especificados desde el apartado 6.1.1 al apartado 6.1.4, en la medida necesaria para tener confianza de que se llevan a cabo de la manera planificada.	✓			
6.1.2	Identificación de peligros y evaluación de los riesgos para la SST		Aspectos ambientales			
	N/A	Dentro del alcance definido del sistema de gestión ambiental, la organización determina los aspectos ambientales de sus actividades, productos y servicios que puede controlar y de aquellos en los que puede influir, y sus impactos ambientales asociados, desde una perspectiva de ciclo de vida? Cuando se determinan los aspectos ambientales, la organización tiene en cuenta:			✗	el plan no tiene alcance
	a) N/A	los cambios, incluidos los desarrollos nuevos o planificados, y las actividades, productos y servicios nuevos o modificados;			✗	
	b) N/A	las condiciones anormales y las situaciones de emergencia razonablemente previsibles			✗	
	N/A	La organización determina aquellos aspectos que tengan o puedan tener un impacto ambiental significativo, es decir, los aspectos ambientales significativos, mediante el uso de criterios establecidos?.. La organización comunica sus aspectos ambientales significativos entre los diferentes niveles y funciones de la organización, según corresponda..?	✓			
	N/A	La organización debe mantener información documentada de sus: - aspectos ambientales e impactos ambientales asociados; - criterios usados para determinar sus aspectos ambientales significativos; - aspectos ambientales significativos.	✓			

Identificación de los peligros					
6.1.2.1	¿La organización ha establecido, implementado y mantenido un proceso para la identificación proactiva continua de los peligros que surgen?. ¿El proceso ha tenido en cuenta, pero no limitarse a...?	N/A	✓		
	a) cómo se organiza el trabajo, los factores sociales [incluyendo la carga de trabajo, horas de trabajo, victimización y acoso (bullying) e intimidación], el liderazgo y la cultura de la organización	N/A	✓		
	b) las actividades rutinarias y no rutinarias y las situaciones, incluyendo la consideración de:	N/A			
	1) la infraestructura, los equipos, los materiales, las sustancias y las condiciones físicas del lugar de trabajo;	N/A	✓		
	2) el diseño de productos y servicios, la investigación, el desarrollo, los ensayos, la producción, el montaje, la construcción, la prestación de servicios, el mantenimiento y la	N/A	✓		
	3) los factores humanos;	N/A	✓		
	4) cómo se realiza el trabajo realmente;	N/A	✓		
	c) los incidentes pasados pertinentes internos o externos a la organización, incluyendo emergencias, y sus causas	N/A	✓		
	d) las situaciones de emergencia potenciales	N/A	✓		
	e) las personas, incluyendo la consideración de:	N/A			
	1) aquéllas con acceso al lugar de trabajo y sus actividades, incluyendo trabajadores, contratistas, visitantes y otras personas;	N/A	✓		
	2) aquéllas en las inmediaciones del lugar de trabajo que pueden verse afectadas por las actividades de la organización	N/A	✓		
	3) los trabajadores en una ubicación que no está bajo el control directo de la organización	N/A	✓		
	f) otras cuestiones, incluyendo la consideración de:	N/A			
	1) el diseño de las áreas de trabajo, los procesos, las instalaciones, la maquinaria/equipos, los procedimientos operativos y la organización del trabajo, incluyendo su adaptación a las necesidades y capacidades de los trabajadores involucrados	N/A	✓		
	2) las situaciones que ocurren en las inmediaciones del lugar de trabajo causadas por actividades relacionadas con el trabajo bajo el control de la organización	N/A	✓		
	3) las situaciones no controladas por la organización y que ocurren en las inmediaciones del lugar de trabajo que pueden causar lesiones y deterioro de la salud a los trabajadores o visitantes	N/A	✓		
g) los cambios reales o propuestos en la organización, operaciones, procesos, actividades y el sistema de gestión de la SST (véase 8.1.3)	N/A	✓			
h) los cambios en el conocimiento y la información sobre los peligros.	N/A	✓			
6.1.2.2	Evaluación de los riesgos para la SST y otros riesgos para el sistema de gestión de la SST				
	¿La organización ha establecido, implementado y mantenido un proceso para...?				
	a) evaluar los riesgos para la SST a partir de los peligros identificados teniendo en cuenta los requisitos legales aplicables y otros requisitos y la eficacia de los controles existentes;	N/A	✓		
	b) determinar y evaluar los otros riesgos relacionados con el establecimiento, implementación, operación y mantenimiento del sistema de gestión de la SST.	N/A	✓		
	¿Las metodologías y criterios de la organización para la evaluación de los riesgos para la SST se han definido con respecto al alcance, naturaleza y momento en el tiempo, para asegurarse de que es más proactiva que reactiva y utilizan un modo sistemático? ¿Estas metodologías y criterios se han mantenido y conservado como información documentada?	N/A	✓		

6.1.2.3	Identificación de las oportunidades para la SST y otras oportunidades					
	¿La organización ha establecido, implementado y mantenido un proceso para evaluar...?					
	a)	las oportunidades de mejorar el desempeño de la SST teniendo en cuenta	N/A			
	1)	las oportunidades para adaptar el trabajo, la organización del trabajo y el ambiente de trabajo a los trabajadores	N/A	✓		
	2)	Las oportunidades de eliminar los peligros y reducir los riesgos para la SST	N/A	✓		
b)	las oportunidades de mejora del sistema de gestión de la SST.	N/A	✓			
6.1.3	Determinación de los requisitos legales y otros requisitos					
	¿La organización ha establecido, implementado y mantenido un proceso para...?		La organización ha...			
	a)	determinar y tener acceso a los requisitos legales actualizados y otros requisitos que la organización suscriba que sean aplicables a sus peligros y sus riesgos para la SST;	determinar y tener acceso a los requisitos legales y otros requisitos relacionados con sus aspectos ambientales	✓		
	b)	determinar cómo aplican esos requisitos legales y otros requisitos a la organización y qué es necesario comunicar	determinar cómo estos requisitos legales y otros requisitos se aplican a la organización	✓		
	c)	tener en cuenta estos requisitos legales y otros requisitos al establecer, implementar, mantener y mejorar de manera continua su sistema de gestión de la SST.	tener en cuenta estos requisitos legales y otros requisitos cuando se establezca, implemente, mantenga y mejore continuamente su sistema de gestión ambiental	✓		se tiene establecido para el plan piga
	¿La organización ha mantenido y conservado información documentada sobre sus requisitos legales aplicables y otros requisitos y se ha asegurado de que se actualice para reflejar cualquier cambio?		¿La organización ha mantenido información documentada de sus requisitos legales y otros requisitos?	✓		
6.1.4	Planificación para tomar acciones					
	¿La organización ha planificado...?					
	a)	Las acciones para:	Las acciones para:			
	1)	abordar estos riesgos y oportunidades (véanse 6.1.2.3 y 6.1.2.3);	aspectos ambientales significativos	✓		
	2)	abordar los requisitos legales y otros requisitos (véase 6.1.3);	requisitos legales y otros requisitos	✓		
	3)	prepararse para las situaciones de emergencia.	riesgos y oportunidades identificados en el apartado 6.1.1	✓		
	b)	La manera de:	la manera de:			
	1)	integrar e implementar las acciones en sus procesos del sistema de gestión de la SST o en otros procesos de negocio;	integrar e implementar las acciones en los procesos de su sistema de gestión ambiental (véanse 6.2, 7, 8 y 9.1) o en otros procesos de negocio	✓		si se tienen acciones para cada uno de los requisitos anteriores
	2)	evaluar la eficacia de estas acciones.	evaluar la eficacia de estas acciones (véase 9.1).	✓		
		¿La organización ha tomado en cuenta las prioridades de los controles (véase 8.1.2) y los resultados del sistema de gestión de la SST cuando planifique la toma de acciones?		N/A	✓	
	¿Al planificar sus acciones la organización ha considerado las mejores prácticas, las opciones tecnológicas, financieras, operacionales y los requisitos financieros y operacionales del negocio?		la organización ha considerado sus opciones tecnológicas y sus requisitos financieros, operacionales y de negocio?	⚠		recurso a economicos para el SGA del plan piga
6.2	Objetivos de la SST y planificación para lograrlos					
6.2.1	Objetivos de la SST					
	¿La organización ha establecido objetivos de la SST para las funciones y niveles pertinentes para mantener y mejorar el sistema de gestión de la SST y para alcanzar la mejora continua del desempeño de la SST?		La organización ha establecido objetivos ambientales para las funciones y niveles pertinentes, teniendo en cuenta los aspectos ambientales significativos de la organización y sus requisitos legales y otros requisitos asociados, y considerando sus riesgos y oportunidades?	✓		
	¿Los objetivos de la SST...?		¿Los objetivos ambientales...?			
	a)	son coherentes con la política de la SST;	ser coherentes con la política ambiental		⚠	no hay política ambiental
	b)	ser medibles (si es posible) o evaluables en términos de desempeño	ser medibles (si es factible)		⚠	solo para SST
	c)	tomar en cuenta: los requisitos aplicables, resultados de la evaluación de los riesgos y las oportunidades para la SST y los resultados de la consulta con los trabajadores y cuando existan, con los representantes de los trabajadores	ser objeto de seguimiento		⚠	solo para SST
	d)	ser objeto de seguimiento	comunicarse		⚠	solo para SST
	e)	comunicarse	actualizarse, según corresponda		⚠	solo para SST
	f)	actualizarse, según sea apropiado	¿La organización ha conservado información documentada sobre los objetivos ambientales?	✓		

Clausula	Requisito	Cumplimiento	Observaciones		
			S	P	N
6.2.2	Planificación para lograr los objetivos de la SST	Planificación para lograr los objetivos Ambientales			
	¿Al planificar cómo lograr sus objetivos de la SST, la organización ha determinado...?	¿Al planificar cómo lograr sus objetivos ambientales, la organización ha determinado...?			
	a) qué se va a hacer;	qué se va a hacer	✓		
	b) qué recursos se requerirán;	qué recursos se requerirán	✓		
	c) quién será responsable;	quién será responsable	✓		
	d) cuándo se finalizará;	cuándo se finalizará	✓		
	e) cómo se evaluarán los resultados, incluyendo los indicadores de seguimiento	cómo se evaluarán los resultados, incluidos los indicadores de seguimiento de los avances para el logro de sus objetivos ambientales medibles (véase 9.1.1)		!	solo sst, no hay indicadores ambientales
f) f) cómo se integrarán las acciones para lograr los objetivos de la SST en los procesos de negocio de la organización.	N/A	✓			
¿La organización ha mantenido y conservado información documentada sobre los objetivos de la SST y los planes para lograrlos?	¿La organización ha considerado cómo se pueden integrar las acciones para el logro de sus objetivos ambientales a los procesos de negocio de la organización.?		!	solo sst	
7. APOYO					
7.1 Recursos					
7,1	¿La organización ha determinado y proporcionado los recursos necesarios para el establecimiento, implementación, mantenimiento y mejora continua del sistema de gestión de la SST?	¿La organización ha determinado y proporcionado los recursos necesarios para el establecimiento, implementación, mantenimiento y mejora continua del sistema de gestión Ambiental?	✓		
7.2 Competencia					
	¿La organización ha...?	¿La organización ha...?			
7,2	a) determinado la competencia necesaria de los trabajadores que afectan o pueden afectar a su desempeño de la SST;	determinar la competencia necesaria de las personas que realizan trabajos bajo su control, que afecte a su desempeño ambiental y su capacidad para cumplir sus requisitos legales y otros requisitos	✓		
	b) asegurado que los trabajadores sean competentes, basándose en la educación, inducción, formación o experiencia apropiadas;	asegurarse de que estas personas sean competentes, con base en su educación, formación o experiencia apropiadas	✓		
	c) cuando sea aplicable, tomado acciones para adquirir la competencia necesaria y evaluar la eficacia de las acciones tomadas;	cuando sea aplicable, tomar acciones para adquirir la competencia necesaria y evaluar la eficacia de las acciones tomadas	✓		
	d) conservado la información documentada apropiada, como evidencia de la competencia.	La organización ha conservado la información documentada apropiada, como evidencia de la competencia.?	✓		
	N/A	determinar las necesidades de formación asociadas con sus aspectos ambientales y su sistema de gestión ambiental.	✓		
7.3 Toma de conciencia					
	¿Los trabajadores han tomado conciencia de ...?	¿Los trabajadores han tomado conciencia de ...?			
7,3	a) la política y objetivos de la SST;	la política ambiental		!	solo sst
	b) su contribución a la eficacia del sistema de gestión de la SST, incluidos los beneficios de una mejora del desempeño de la SST;	su contribución a la eficacia del sistema de gestión ambiental, incluidos los beneficios de una mejora del desempeño ambiental	✓		
	c) las implicaciones de no cumplir los requisitos del sistema de gestión de la SST	las implicaciones de no satisfacer los requisitos del sistema de gestión ambiental, incluido el incumplimiento de los requisitos legales y otros requisitos de la organización.	✓		
	d) los incidentes, y los resultados de investigaciones, que sean pertinentes para ellos	los aspectos ambientales significativos y los impactos ambientales reales o potenciales relacionados, asociados con su trabajo	✓		
	e) los peligros y riesgos para la SST que sean pertinentes para ellos.	N/A	✓		
	f) trabajo que consideren que presentan un peligro inminente y serio para su vida o su salud, así como las disposiciones para protegerles de las consecuencias indebidas de hacerlo	N/A	✓		

7,4		Información y comunicación					
	¿La organización ha establecido, implementado y mantenido la información y las comunicaciones internas y externas pertinentes al sistema de gestión de la SST, que incluyan: ... ?	¿La organización ha establecido, implementado y mantenido la información y las comunicaciones internas y externas pertinentes al sistema de gestión Ambiental, que incluyan: ... ?					
	a) qué comunicar;	qué comunicar;	✓				
	b) cuándo comunicar;	cuándo comunicar;	✓				
	c) a quién comunicar;	a quién comunicar;	✓				
	1) internamente entre los diversos niveles y funciones de la organización;	N/A	✓				
	2) con contratistas y visitantes al lugar de trabajo;	N/A	✓				
	3) con otras partes externas u otras partes interesadas;	N/A	✓				
	d) cómo comunicar;	cómo comunicar;	✓				
	¿La organización ha tomado en cuenta aspectos de diversidad (por ejemplo, idioma, cultura, alfabetización, discapacidad), cuando existan, al considerar sus necesidades de información y comunicación?	N/A	✓				
	La organización se ha asegurado de que se consideran los puntos de vista de partes interesadas externas al establecer sus procesos de comunicación?	N/A	✓				
	Al establecer sus procesos de comunicación, la organización ha..	Al establecer sus procesos de comunicación, la organización ha..					
	tener en cuenta sus requisitos legales y otros requisitos;	tener en cuenta sus requisitos legales y otros requisitos	✓				
	asegurarse de que la información de la SST a comunicar es coherente con la información generada dentro del sistema de gestión de la SST, y es fiable	asegurarse de que la información ambiental comunicada sea coherente con la información generada dentro del sistema de gestión ambiental, y que sea fiable	✓				
	La organización ha respondido a las comunicaciones pertinentes sobre su sistema de gestión de la SST?	La organización ha respondido a las comunicaciones pertinentes sobre su sistema de gestión ambiental?	✓				
	La organización ha conservado la información documentada como evidencia de sus comunicaciones, según sea apropiado?	La organización ha conservado información documentada como evidencia de sus comunicaciones, según corresponda?	✓				
	La organización ha...	La organización ha...					
	comunicado internamente la información pertinente para el sistema de gestión de la SST entre los diversos niveles y funciones de la organización, incluyendo los cambios en el sistema de gestión de la SST, según sea apropiado	comunicado internamente la información pertinente del sistema de gestión ambiental entre los diversos niveles y funciones de la organización, incluidos los cambios en el sistema de gestión ambiental, según corresponda.		!			solo sst
	asegurado de que sus procesos de comunicación permitan a los trabajadores contribuir a la mejora continua	asegurarse de que sus procesos de comunicación permitan que las personas que realicen trabajos bajo el control de la organización contribuyan a la mejora continua.	✓				
	La organización ha comunicado externamente la información pertinente para el sistema de gestión de la SST, según se establece en los procesos de comunicación de la organización y teniendo en cuenta sus requisitos legales y otros requisitos.	La organización ha comunicado externamente información pertinente al sistema de gestión ambiental, según se establezca en los procesos de comunicación de la organización y según lo requieran sus requisitos legales y otros requisitos.		!			
	7,5	Información documentada					
	Generalidades						
	¿El sistema de gestión de la SST de la organización ha incluido:	¿El sistema de gestión de la SST de la organización ha incluido: ...?					
	a) la información documentada requerida por esta Norma Internacional;	la información documentada requerida por esta Norma Internacional			✘		por las normas ISO NO
	b) la información documentada que la organización determina como necesaria para la eficacia del sistema de gestión de la SST.	la información documentada que la organización determina como necesaria para la eficacia del sistema de gestión ambiental.	✓				por la ISO no, solo Res 0312- plan piga
	Creación y actualización						
	¿Al crear y actualizar la información documentada, la organización se ha asegurado de que lo siguiente sea apropiado?	¿Al crear y actualizar la información documentada, la organización se ha asegurado de que lo siguiente sea apropiado?					
	a) la identificación y descripción (por ejemplo, título, fecha, autor o número de referencia);	la identificación y descripción (por ejemplo, título, fecha, autor o número de referencia)	✓				
	b) el formato (por ejemplo, idioma, versión del software, gráficos) y los medios de soporte (por ejemplo, papel, electrónico);	el formato (por ejemplo, idioma, versión del software, gráficos) y los medios de soporte (por ejemplo, papel, electrónico)	✓				
	c) la revisión y aprobación con respecto a la idoneidad y adecuación.	la revisión y aprobación con respecto a la conveniencia y adecuación	✓				

Control de la Información documentada						
¿La información documentada requerida por el sistema de gestión de la SST y por esta Norma Internacional se ha controlado para asegurarse de que: ...?		¿La información documentada requerida por el sistema de gestión de la SST y por esta Norma Internacional se ha controlado para asegurarse de que: ...?				
a)	este disponible y sea idónea para su uso, dónde y cuándo se necesite;	esté disponible y sea idónea para su uso, dónde y cuándo se necesite	✓			
b)	este protegida adecuadamente (por ejemplo, contra pérdida de la confidencialidad, uso inadecuado, o pérdida de integridad).	esté protegida adecuadamente (por ejemplo, contra pérdida de confidencialidad, uso inadecuado, o pérdida de integridad).	✓			
7.5.3	¿Para el control de la información documentada, la organización ha abordado las siguientes actividades, según corresponda ...? — distribución, acceso, recuperación y uso; — almacenamiento y preservación, incluida la preservación de la legibilidad; — control de cambios (por ejemplo, control de versión); — conservación y disposición final;	¿Para el control de la información documentada, la organización ha abordado las siguientes actividades, según corresponda ...? — distribución, acceso, recuperación y uso; — almacenamiento y preservación, incluida la preservación de la legibilidad; — control de cambios (por ejemplo, control de versión); — conservación y disposición final	✓			
	¿La información documentada de origen externo que la organización determina como necesaria para la planificación y operación del sistema de gestión de la SST se ha identificado, según sea apropiado y controlado?	¿La información documentada de origen externo, que la organización determina como necesaria para la planificación y operación del sistema de gestión ambiental, se debe determinar, según sea apropiado, y controlado?.	✓			
8. OPERACIÓN						
Clausula	Requisito		Cumplimiento			Observaciones
			S	P	N	
8,1	Planificación y control operacional					
	Generalidades	8.1				
	¿La organización ha planificado, implementado y controlado los procesos necesarios para cumplir los requisitos del sistema de gestión de la SST y para implementar las acciones determinadas en el capítulo 6 mediante: ...?	La organización ha establecido, implementado, controlado y mantenido los procesos necesarios para satisfacer los requisitos del sistema de gestión ambiental y para implementar las acciones determinadas en los apartados 6.1 y 6.2, mediante...?				
	a)	el establecimiento de criterios para los procesos;	el establecimiento de criterios de operación para los procesos	✓		
	b)	la implementación del control de los procesos de acuerdo con los criterios;	la implementación del control de los procesos de acuerdo con los criterios de operación	✓		
	c)	el mantenimiento y la conservación de información documentada en la medida necesaria para confiar en que los procesos se han llevado a cabo según lo planificado	N/A	✓		
	d)	la adaptación del trabajo a los trabajadores	N/A	✓		
		N/A	La organización ha controlado los cambios planificados y examinar las consecuencias de los cambios no previstos, tomando acciones para mitigar los efectos adversos, cuando sea necesario?	✓		
8.1.1			con la perspectiva del ciclo de vida, la organización ha?			
	a)	N/A	establecer los controles, según corresponda, para asegurarse de que sus requisitos ambientales se aborden en el proceso de diseño y desarrollo del producto o servicio, considerando cada etapa de su ciclo de vida	✓		Lo realizan basados en el manual PIGA
	b)	N/A	determinar sus requisitos ambientales para la compra de productos y servicios, según corresponda	✓		Lo realizan basados en el manual PIGA
	c)	N/A	comunicar sus requisitos ambientales pertinentes a los proveedores externos, incluidos los contratistas	✓		en el manual PIGA- si han comunicado a la
	d)	N/A	considerar la necesidad de suministrar información acerca de los impactos ambientales potenciales significativos asociados con el transporte o la entrega, el uso, el tratamiento al fin de la vida útil y la disposición final de sus productos o servicios	✓		Si lo hacen pero no hay colaboración suficiente de la alta dirección
		N/A	¿La organización ha mantenido la información documentada en la medida necesaria para tener la confianza en que los procesos se han llevado a cabo según lo planificado?	✓		Lo realizan basados en el manual PIGA
	¿En lugares de trabajo con múltiples empleadores, la organización ha implementado un proceso para coordinar las partes pertinentes del sistema de gestión de la SST con otras organizaciones?	N/A		✓		
	Eliminar peligros y reducir riesgos para la SST					
	¿La organización ha establecido, implementado y mantenido los procesos para la eliminación de los peligros y la reducción de los riesgos para la SST utilizando la siguiente jerarquía ...?	N/A				
8.1.2	a)	eliminar el peligro;	N/A	✓		
	b)	sustituir con materiales, procesos, operaciones o equipos menos peligrosos;	N/A	✓		
	c)	utilizar controles de ingeniería;	N/A	✓		
	d)	utilizar controles administrativos;	N/A	✓		
	e)	proporcionar equipos de protección individual adecuados y asegurarse de que se utilizan.	N/A	✓		

8,1,3		Gestión de cambio					
		¿La organización ha establecido un proceso para la implementación y el control de los cambios planificados que tienen un impacto en el desempeño de la SST, tales					
		a)	nuevos productos, procesos o servicios;	N/A	✓		
		b)	cambios en los requisitos legales y otros requisitos	N/A	✓		
		c)	cambios en el conocimiento o la información sobre	N/A	✓		
		d)	desarrollos en conocimiento y tecnología	N/A	✓		
		e)	desarrollos en conocimiento y tecnología.	N/A	✓		
		¿La organización ha revisado las consecuencias de los cambios no previstos, tomando acciones para mitigar cualquier efecto adverso, cuando sea necesario?		N/A	✓		
8,1,4		Compras					
8,1,4,1		Generalidades					
		¿La organización ha establecido, implementado y mantenido procesos para controlar la compra de productos y servicios de forma que se asegure su conformidad con su sistema de gestión de la SST?		N/A	✓		
8,1,4,2		Contratistas					
		¿La organización ha establecido procesos para identificar y comunicar los peligros y para evaluar y controlar los riesgos para la SST, que surjan de: ...?					
		a)	las actividades y operaciones de los contratistas que impactan en la organización;	N/A	✓		
		b)	las actividades y operaciones de la organización que impactan en los trabajadores de los contratistas	N/A	✓		
		c)	las actividades y operaciones de los contratistas que impactan en otras partes interesadas en el lugar de trabajo	N/A	✓		
		¿La organización ha asegurado de que los requisitos de su sistema de gestión de la SST se cumplen por los contratistas y sus trabajadores? ¿Los procesos de compra de la organización definen y aplican los criterios de la seguridad y salud en el trabajo para la selección de contratistas?		N/A	✓		
8,1,4,3		Contratación externa					
		¿La organización se ha asegurado de que los procesos contratados externamente que afecten al sistema de gestión de la SST estén controlados?. ¿El tipo y el grado de control al aplicar a estos procesos se han definido dentro del sistema de gestión de la SST?		N/A	✓		
8,2		Preparación y respuesta ante emergencias					
		¿La organización ha identificado situaciones de emergencia potenciales; ha evaluado los riesgos de la SST asociados con estas situaciones de emergencia (véase 6.1.2) y mantiene un proceso para evitar o minimizar los riesgos para la SST provenientes de emergencias potenciales, incluyendo: ...?		¿La organización ha establecido, implementado y mantenido los procesos necesarios acerca de cómo prepararse y responder a situaciones potenciales de emergencia identificadas en el apartado 6.1.1.? La organización ha...			
		a)	el establecimiento de una respuesta planificada a las situaciones de emergencia y la inclusión de los primeros auxilios;	prepararse para responder, mediante la planificación de acciones para prevenir o mitigar los impactos ambientales adversos provocados por situaciones de emergencia		⚠	solo sst
		b)	la provisión de formación para la respuesta planificada;	responder a situaciones de emergencia reales		⚠	
		c)	las pruebas periódicas y el ejercicio de la capacidad de respuesta planificada	tomar acciones para prevenir o mitigar las consecuencias de las situaciones de emergencia, apropiadas a la magnitud de la emergencia y al impacto ambiental potencial.		⚠	
		d)	la evaluación del desempeño y, cuando sea necesario, la revisión de la respuesta planificada, incluso después de las pruebas y, en particular, después de que ocurran	poner a prueba periódicamente las acciones de respuesta planificadas, cuando sea factible		⚠	
		e)	La comunicación y provisión de la información pertinente a todos los trabajadores sobre sus deberes y responsabilidades	evaluar y revisar periódicamente los procesos y las acciones de respuesta planificadas, en particular, después de que hayan ocurrido situaciones de emergencia o de que se hayan realizado pruebas		⚠	
		f)	La comunicación de la información pertinente a los contratistas, visitantes, servicios de respuesta ante emergencias, autoridades gubernamentales y, según sea apropiado, a la comunidad local	proporcionar información y formación pertinentes, con relación a la preparación y respuesta ante emergencias, según corresponda, a las partes interesadas pertinentes, incluidas las personas que trabajan bajo su control.		⚠	
		g)	Tener en cuenta las necesidades y capacidades de todas las partes interesadas pertinentes y asegurándose que se involucran, según sea apropiado, en el desarrollo de la respuesta planificada.	N/A	✓		
		¿La organización ha mantenido y conservado información documentada sobre el proceso y sobre los planes para responder a situaciones de emergencia potenciales?		¿La organización ha mantenido la información documentada en la medida necesaria para tener confianza en que los procesos se llevan a cabo de la manera planificada.?			⚠

9. EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO						
Clausula	Requisito		Cumplimiento			Observaciones
			S	P	N	
9,1	Seguimiento, medición, análisis y evaluación					
9.1.1	Generalidades					
	¿La organización ha establecido, implementado y mantenido un proceso para el seguimiento, la medición y la evaluación?	¿La organización ha realizado seguimiento, medición, análisis y evaluación su desempeño ambiental?		!		
	¿La organización ha determinado: ...?	¿La organización ha determinado: ...?				
	a) a qué es necesario hacer seguimiento y qué es necesario medir, incluyendo:	qué necesita seguimiento y medición			x	
	1) los requisitos legales aplicables y otros requisitos;	N/A	✓			
	2) sus actividades y operaciones relacionadas con los peligros identificados y con los riesgos para la SST; los riesgos y las oportunidades para la SST;	N/A	✓			
	3) el progreso en el logro de los objetivos de la SST de la organización	N/A	✓			
	4) La eficacia de los controles operacionales y de otros controles	N/A	✓			
	b) Los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación del desempeño, según sea aplicable, para asegurar resultados válidos	los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación, según corresponda, para asegurar resultados válidos.		!		
	c) Los criterios frente a los que la organización evaluará su desempeño de la SST	los criterios contra los cuales la organización evaluará su desempeño ambiental, y los indicadores apropiados		!		
	d) cuándo realizar el seguimiento y la medición;	cuándo se deben llevar a cabo el seguimiento y la medición		!		
	e) cuándo analizar, evaluar y comunicar los resultados del seguimiento y la medición.	cuándo se deben analizar y evaluar los resultados del seguimiento y la medición		!		
	¿La organización ha evaluado el desempeño de la SST, y determinado la eficacia del sistema de gestión de la SST?	¿La organización ha evaluado su desempeño ambiental y la eficacia del sistema de gestión ambiental?		!		lo han realizado solo cuando la regional lo solicita en el area
¿La organización se ha asegurado, según sea aplicable, de que el equipo de seguimiento y medición se ha calibrado o verificado y se ha utilizado y mantenido cuando sea apropiado?	¿La organización ha comunicado externa e internamente la información pertinente a su desempeño ambiental, según esté identificado en sus procesos de comunicación y como se exija en sus requisitos legales y otros requisitos?		!		solo sst	
¿La organización ha conservado la información documentada adecuada como evidencia de los resultados del seguimiento, la medición, el análisis y la evaluación?	¿La organización ha conservado información documentada apropiada como evidencia de los resultados del seguimiento, la medición, el análisis y la evaluación?		!			
9.1.2	Evaluación del cumplimiento					
	¿La organización ha establecido, implementado y mantenido procesos para evaluar el cumplimiento con los requisitos legales y otros requisitos?. La organización ha...	¿La organización ha establecido, implementado y mantenido procesos para evaluar el cumplimiento con los requisitos legales y otros requisitos?. La organización ha...				
a)	determinar la frecuencia y los métodos para la evaluación del cumplimiento	determinar la frecuencia con la que se evaluará el cumplimiento		!		solo sst
b)	evaluar el cumplimiento y tomar acciones si es necesario (véase 10.2);	evaluar el cumplimiento y emprender las acciones que fueran necesarias		!		
c)	mantener el conocimiento y la comprensión de su estado de cumplimiento con los requisitos legales y otros requisitos;	mantener el conocimiento y la comprensión de su estado de cumplimiento		!		
d)	conservar la información documentada de los resultados de la evaluación del cumplimiento	La organización debe conservar información documentada como evidencia de los resultados de la evaluación del cumplimiento		!		
9,2	Auditoria interna					
9.2.1	Generalidades					
	¿La organización ha llevado a cabo auditorías internas a intervalos planificados, para proporcionar información acerca de si el sistema de gestión de la SST...?	¿La organización ha llevado a cabo auditorías internas a intervalos planificados, para proporcionar información acerca de si el sistema de gestión Ambiental...?				
	a) es conforme con:	es conforme con:				
	1) los requisitos propios de la organización para su sistema de gestión de la SST, incluyendo la política de la SST y los objetivos de la SST;	los requisitos propios de la organización para su sistema de gestión ambiental	✓			aplican solo SGSST requisitos mínimos resolución 0312- en ambiental plan PGA
	2) los requisitos de esta Norma Internacional;	los requisitos de esta Norma Internacional			x	aplican solo SGSST requisitos mínimos resolución 0312- en ambiental plan PGA
b) se implementa y mantiene eficazmente.	se implementa y mantiene eficazmente			x	no con la norma internacional ISO	

Programa de auditoría interna						
9.2.2	¿La organización...?					
	a)	ha planificado, establecido, implementado y mantenido uno o varios programas de auditoría que incluyan la frecuencia, los métodos, las responsabilidades, la consulta, los requisitos de planificación, y la elaboración de informes, que deben tener en consideración la importancia de los procesos involucrados y los resultados de las auditorías previas	ha establecido, implementado y mantenido uno o varios programas de auditoría interna que incluyan la frecuencia, los métodos, las responsabilidades, los requisitos de planificación y la elaboración de informes de sus auditorías internas. Ha tenido en cuenta la importancia ambiental de los procesos involucrados, los cambios que afectan a la organización y los resultados de las auditorías previas.	✓		
	b)	ha definido los criterios de la auditoría y el alcance para cada auditoría;	definir los criterios de auditoría y el alcance para cada auditoría	✓		sobre los sistemas vigentes
	c)	ha seleccionado auditores competentes y llevar a cabo auditorías para asegurarse de la objetividad y la imparcialidad del proceso de auditoría;	seleccionar los auditores y llevar a cabo auditorías para asegurarse de la objetividad y la imparcialidad del proceso de auditoría	✓		lo realizan personal de la regional
	d)	se ha asegurado de que los resultados de las auditorías se informan a la dirección pertinente; se ha asegurado de informar de los hallazgos de la auditoría pertinentes a los trabajadores pertinentes, y cuando existan, a los representantes de los trabajadores, y a las acciones apropiadas para tratar las no conformidades (véase 10.1) y mejorar de manera continua su desempeño de la SST (véase 10.2);	asegurarse de que los resultados de las auditorías se informen a la dirección pertinente	✓		
	e)	ha tomado las acciones apropiadas para tratar las no conformidades (véase 10.1) y mejorar de manera continua su desempeño de la SST (véase 10.2);	N/A	✓		
f)	ha conservado la información documentada como evidencia de la implementación del programa de auditoría y de los resultados de las auditorías.	La organización debe conservar información documentada como evidencia de la implementación del programa de auditoría y de los resultados de ésta.	✓			
Revisión por la dirección						
	¿La alta dirección ha revisado el sistema de gestión de la SST de la organización a intervalos planificados, para asegurarse de su idoneidad, adecuación y eficacia continua?	La alta dirección ha revisado el sistema de gestión ambiental de la organización a intervalos planificados, para asegurarse de su conveniencia, adecuación y eficacia continuas?	✓			
	¿La revisión por la dirección ha considerado...?	¿La revisión por la dirección ha incluido consideraciones sobre...?				
a)	el estado de las acciones de las revisiones por la dirección previas;	el estado de las acciones de las revisiones por la dirección previas	✓			
b)	los cambios en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al sistema de gestión de la SST, incluyendo:	los cambios en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al sistema de gestión ambiental incluyendo:				
1)	las necesidades y expectativas de las partes interesadas	las necesidades y expectativas de las partes interesadas, incluidos los requisitos legales y otros requisitos	✓			
2)	los requisitos legales y otros requisitos	sus aspectos ambientales significativos	✓			
3)	los riesgos y oportunidades	los riesgos y oportunidades	✓			
c)	el grado de cumplimiento de la política de la SST y los objetivos de la SST;	el grado en el que se han logrado los objetivos ambientales	✓			
d)	la información sobre el desempeño de la SST, incluidas las tendencias relativas a:	la información sobre el desempeño ambiental de la organización, incluidas las tendencias relativas a:				
1)	incidentes, no conformidades, acciones correctivas y mejora continua;	no conformidades y acciones correctivas		!		
2)	los resultados de seguimiento y medición	resultados de seguimiento y medición		!		
3)	los resultados de la evaluación del cumplimiento con los requisitos legales y otros requisitos	cumplimiento de los requisitos legales y otros requisitos		!		
4)	resultados de la auditoría;	resultados de las auditorías		!		
5)	la consulta y la participación de los trabajadores		✓			
6)	Riesgos y oportunidades;		✓			
e)	la adecuación de los recursos para mantener un sistema de gestión de la SST eficaz	adecuación de los recursos	✓			
f)	las comunicaciones pertinentes con las partes interesadas	las comunicaciones pertinentes de las partes interesadas, incluidas las quejas	✓			
g)	las oportunidades de mejora continua	las oportunidades de mejora continua	✓			
	¿Las salidas de la revisión por la dirección han incluido las decisiones relacionadas con...? - la conveniencia, adecuación y eficacia continuas del sistema de gestión de la SST en alcanzar sus resultados previstos; continuas del sistema de gestión de la SST; - las oportunidades de mejora continua; - cualquier necesidad de cambio en el sistema de gestión de la SST, incluyendo los recursos necesarios; - las acciones necesarias, cuando los objetivos no se han cumplido.	Las salidas de la revisión por la dirección han incluido? - las conclusiones sobre la conveniencia, adecuación y eficacia continuas del sistema de gestión ambiental; - las decisiones relacionadas con las oportunidades de mejora continua; - las decisiones relacionadas con cualquier necesidad de cambio en el sistema de gestión ambiental, incluidas los recursos; - las acciones necesarias cuando no se hayan logrado los objetivos ambientales; - las oportunidades de mejorar la integración del sistema de gestión ambiental a otros procesos de negocio, si fuera necesario; - cualquier implicación para la dirección estratégica de la organización		!		
	¿La alta dirección ha comunicado los resultados pertinentes de las revisiones por la dirección a los trabajadores, y cuando existan, a los representantes de los trabajadores (véase 7.4)?		✓			
	¿La organización ha conservado información documentada como evidencia de los resultados de las revisiones por la dirección?	¿La organización ha conservado información documentada como evidencia de los resultados de las revisiones por la dirección?	✓			

10. MEJORA						
Clausula	Requisito		Cumplimiento			Observaciones
			S	P	N	
10,1	Generalidades					
	¿La organización ha determinado las oportunidades de mejora (véase el Capítulo 9) e implementar las acciones necesarias para alcanzar los resultados previstos de su sistema de gestión de la SST?		¿La organización ha determinado las oportunidades de mejora (véanse 9.1, 9.2 y 9.3) e implementar las acciones necesarias para lograr los resultados previstos en su sistema de gestión ambiental?			
10,2	Incidentes, no conformidades y acciones correctivas					
	¿La organización ha planificado, establecido, implementado y mantenido procesos, incluyendo informar, investigar y tomar acciones para determinar y gestionar los incidentes y las no conformidades?		¿Cuando ocurre una no conformidad, la organización ha...?			
	a)	reaccionado de manera oportuna ante el incidente o la no conformidad, y según sea aplicable	reaccionado ante la no conformidad, y cuando sea aplicable			
	1)	tomar acciones para controlar y corregir el incidente o la no conformidad	tomar acciones para controlarla y corregirla			
	2)	hacer frente a las consecuencias	hacer frente a las consecuencias, incluida la mitigación de los impactos ambientales adversos			
	b)	evaluado, con la participación de los trabajadores (véase 5.4) y la implicación de otras partes interesadas pertinentes, la necesidad de acciones correctivas para eliminar las causas raíz del incidente o la no conformidad, con el fin de que no vuelva a ocurrir ni ocurra en otra parte, mediante:	evaluado la necesidad de acciones para eliminar las causas de la no conformidad, con el fin de que no vuelva a ocurrir en ese mismo lugar ni ocurra en otra parte			
	1)	la investigación del incidente o la revisión de la no conformidad	la revisión de la no conformidad			
	2)	determinado las causas del incidente o la no conformidad;	la determinación de las causas de la no conformidad			
	3)	determinado si existen incidentes, no conformidades, similares, o que potencialmente podrían ocurrir;	la determinación de si existen no conformidades similares, o que potencialmente puedan ocurrir			
	c)	revisado las evaluaciones existentes de los riesgos para la SST y otros riesgos, según sea apropiado	implementar cualquier acción necesaria			
	d)	determinado e implementado cualquier acción necesaria, incluyendo acciones correctivas, de acuerdo con la jerarquía de los controles (véase 8.1.2) y la gestión del cambio (véase 8.2);	revisar la eficacia de cualquier acción correctiva tomada			
	e)	evaluado los riesgos de la SST que se relacionan con los peligros nuevos o modificados, antes de tomar acciones	N/A			
	f)	revisar la eficacia de cualquier acción tomada, incluyendo las acciones correctivas	N/A			
	g)	si fuera necesario, hacer cambios al sistema de gestión de la SST	si fuera necesario, hacer cambios al sistema de gestión ambiental			
	¿Las acciones correctivas han sido adecuadas a los efectos o los efectos potenciales de los incidentes o las no conformidades encontradas?		¿Las acciones correctivas han sido apropiadas a la importancia de los efectos de las no conformidades encontradas, incluidos los impactos ambientales?			
	¿La organización ha conservado información documentada, como evidencia de: ...? — la naturaleza de los incidentes o las no conformidades y cualquier acción tomada posteriormente; — los resultados de cualquier acción correctiva, incluyendo la eficacia de las acciones tomadas.		La organización ha conservado información documentada como evidencia de...? - la naturaleza de las no conformidades y cualquier acción tomada posteriormente, y - los resultados de cualquier acción correctiva.			
	¿La organización ha comunicado esta información documentada a los trabajadores pertinentes, y cuando existan, a los representantes de los trabajadores, y las partes interesadas pertinentes?		N/A			
10,3 Mejora continua						
Clausula	Requisito		Cumplimiento			Observaciones
			S	P	N	
	¿La organización ha mejorado continuamente la conveniencia, adecuación y eficacia del sistema de gestión de la SST para: ...?		¿La organización ha mejorado continuamente la conveniencia, adecuación y eficacia del sistema de gestión ambiental para mejorar el desempeño ambiental.?			
	a)	mejorar el desempeño de la SST				
	b)	promover una cultura que apoye al sistema de gestión de la SST				
	c)	promover la participación de los trabajadores en la implementación de acciones para la mejora continua del sistema de gestión de la SST				
	d)	comunicar los resultados pertinentes de la mejora continua a sus trabajadores, y cuando existan, a los representantes de los trabajadores;				
	e)	mantener y conservar información documentada como evidencia de la mejora continua				

ANEXO 2 Procedimiento atención salud

	Procedimiento para: Atención Salud.	Responsable: Director de Tratamiento Penitenciario	
		Código: SIG-TP-P-01	Página: 1 de 9
		Revisión: 1	
		Referencia	Emisión: <u>Abril</u> de 2022

OBJETIVO

Establecer las actividades necesarias para prestar un adecuado servicio de salud a nivel intramural.

ALCANCE

Se inicia el procedimiento con definir el funcionario del Área de Tratamiento y Desarrollo responsable de sanidad del ERON hasta la entrega del formato de Atención médica.

TERMINOS

Atención en salud: se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

Cronograma: listado de actividades o tareas con las fechas previstas de su comienzo y final.

ERON: Establecimiento de Reclusión del Orden Nacional.

IPS: las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) son los hospitales, clínicas, laboratorios, consultorios, etc. que prestan el servicio de salud. Pueden ser públicas o privadas. Para efectos de clasificación en niveles de complejidad y de atención se caracterizan según el tipo de servicios que habiliten y acreditan, es decir su capacidad instalada, tecnología y personal y según los procedimientos e intervenciones que están en capacidad de realizar.

PPL: Población o Persona Privada de la Libertad.

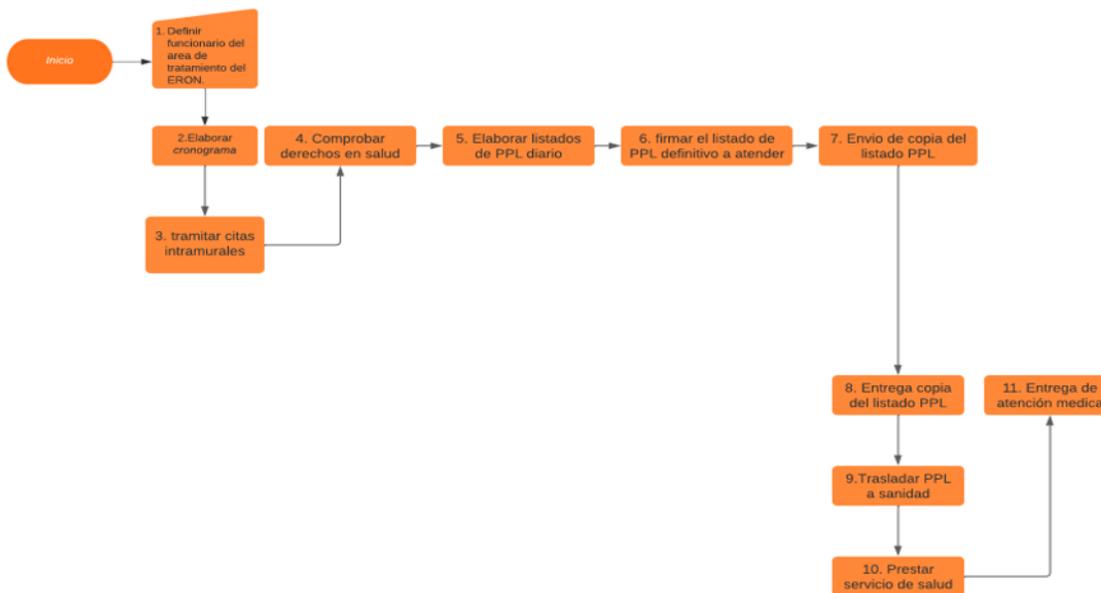
Sanidad del INPEC del ERÓN: lugar administrativo a cargo del INPEC, donde se realiza toda gestión administrativa tendiente a garantizar el acceso a los servicios de salud de la PPL.

Unidad Primaria de Atención (UPA): área destinada para la atención en salud en cada ERON en donde se prestarán los servicios definidos en el Modelo de Atención en Salud, con el objeto de brindar la mayor resolutivez para cada tipología de establecimiento de reclusión.

MARCO LEGAL: Ley 100 de 1993

	Elaboró	Revisó	Autorizó
Cargo			
Fecha	Abril 2022		
Nombre y firma			

DIAGRAMA DEL PROCEDIMIENTO



DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO				
Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	PUNTO DE CONTROL	RESPONSABLE
1	Definir el funcionario del área de Tratamiento y Desarrollo responsable de sanidad del ERON.	Definir responsable de sanidad del ERON el cual debe ser un servidor público el cual ingresará a los patios y elaborará listado de internos que requieren atención en salud. Donde no exista recurso humano con formación en el área de salud se definirá una persona de planta del INPEC que asuma esta responsabilidad. Igualmente, se solicita rotar al personal cada dos meses, si la capacidad instalada de personal lo permite.		Director del ERON
2	Elaborar cronograma	El responsable designado elaborará cronograma de atención por patio de acuerdo a los días del mes y deberá fijarlo en el área de sanidad y en lugar visible en los patios para que la PPL tengan conocimiento cuales son las fechas que corresponde a cada patio. Adicionalmente, se debe incluir los días para los programas de promoción y prevención.	Cronograma	Funcionario del Área Tratamiento y Desarrollo responsable de sanidad del ERON.
3	Tramitar citas intramurales	De acuerdo al cronograma por patio, listar las PPL que soliciten atención en salud. El funcionario de la UPA definirá la prelación de la atención en caso de que la demanda supere la oferta de cupos. Si hay privados de la libertad con condiciones de salud delicadas deberán ser remitidos de inmediato a la UPA para la atención inicial de urgencias independientemente de su afiliación. En el listado se deben incluir los privados de la libertad que soliciten atención en salud, si el PPL pertenece al régimen contributivo se recibe la solicitud, se consulta las bases de datos para identificar la administradora del plan de beneficios responsable se dar cobertura en salud y se continúa con el procedimiento de Referencia y Contrarreferencia para el Régimen Contributivo y otros Planes). Se deberá informar en ese momento al privado de libertad, el procedimiento en salud para el caso del régimen contributivo.	Listado de PPL	Funcionario del Área Tratamiento y Desarrollo responsable de sanidad del ERON Funcionario de la UPA
4	Comprobar derechos en salud	Conforme al listado diario se debe verificar el estado de afiliación. Si el PPL se encuentra afiliado al régimen contributivo o excepcional, se debe solicitar la cita o autorización por la EPS y realizar lo estipulado en el procedimiento de Referencia y Contrarreferencia para el Régimen Contributivo y otros Planes		Funcionario del Área Tratamiento y Desarrollo responsable de sanidad del ERON
5	Elaborar listados de PPL diario	Elaborar listado de PPL que solicitan atención médica, odontológica y otras incluyendo las atenciones solicitadas por tutelas o por Entes de Control y los referidos en el examen de ingreso. El número de internos a atender será de 15 PPL por profesional médico y 10 en odontología de medio tiempo. Para los profesionales de tiempo completo será el doble. Se debe verificar los listados para los programas de promoción, prevención, laboratorio clínico, terapias y psiquiatría. Confrontar la PPL del listado e identificar los que sean reconsultantes a menos que su patología lo requiera. La PPL que no alcancen a cita, serán listados para la siguiente fecha de consulta de acuerdo al cronograma. Se debe garantizar que todos los PPL tengan una frecuencia de usos 3 veces por año para el servicio médico y servicio prevención y promoción de odontológico	Formato de Atención médica diligenciado.	Funcionario del Área Tratamiento y Desarrollo responsable de sanidad del ERON

		Se programan 15 o 10 consultas (medico, odontólogo) medio tiempo, en virtud a que no todos los PPL asisten, se prevé prevé la atención efectiva de 12 PPL medio tiempo para médico y 8 para odontología		
6	Firmar el Listado de PPL definitivo a atender	Hacer firmar el Formato de Atención médica por el director del establecimiento y el Comando de Vigilancia.	Formato de Atención médica diligenciado	Funcionario del Área Tratamiento y Desarrollo responsable de sanidad del ERON
7	Enviar copia del listado de PPL	Firmado el formato, enviar copia al archivo de la UPA y al puesto de Control de Guardia el día anterior de la atención.	Formato de Atención médica diligenciado.	Funcionario del Área Tratamiento y Desarrollo responsable de sanidad del ERON.
8	Entregar copia del listado de PPL	Entregar copia del formato a cada profesional de la UPA	Formato de Atención médica diligenciado.	Responsable del archivo de la Unidad Primaria de Atención
9	Trasladar la PPL a sanidad	Garantizar la salida de la PPL a la UPA para la prestación del servicio de salud		Comando de Vigilancia
10	Prestar servicio de salud	Durante la atención el profesional de salud de la UPA deberá complementar el diligenciamiento del formato de Atención médica en el espacio correspondiente a la IPS.	Formato de Atención médica diligenciado	Profesional de la salud de la Institución Prestadora de Servicios de Salud
11	Entregar formato de Atención médica	Diariamente al término de la jornada, los profesionales de la salud deberán entregar al responsable del archivo de Unidad Primaria de Atención el formato de Atención médica diligenciado y este a su vez entregarlos al funcionario de sanidad del INPEC del ERON	Formato de Atención médica diligenciado	Responsable del archivo de la Unidad Primaria de Atención

CONTROL DE CAMBIOS

NÚMERO DE REVISIÓN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO

ANEXO 3 Procedimiento educación, cultura, deporte y recreación

	Procedimiento para: diseño, implementación y seguimiento de los programas de educación, cultura, deporte y recreación	Responsable: Coordinador de tratamiento penitenciario	
		Código: SIG-TP-P-02	Página: 1 de 9
		Revisión: 1	
		Referencia	Emisión: Abril de 2022

OBJETIVO

Evaluar los programas de Cultura, Deporte y Recreación en el establecimiento de Reclusión de la Dorada, para la disminución de los efectos de la prisionalización en la Población Privada de la Libertad - PPL y para aportar al cumplimiento de los objetivos de resocialización en el contexto del Tratamiento Penitenciario.

ALCANCE

Inicia con elaborar lineamientos por parte del personal encargado para el desarrollo de los programas de Cultura, Deporte y Recreación y finaliza con realizar el seguimiento a la ejecución de los recursos asignados al ERON para los programas de Cultura, Deporte y Recreación.

TERMINOLOGIA

Cultura: la cultura es el conjunto de rasgos distintivos, espirituales, materiales, intelectuales y emocionales que caracterizan a una sociedad y que comprenden más allá de las artes y de las letras modos de vida, derechos humanos, sistemas de valores, tradiciones y creencias. El Programa de Cultura, Deporte y recreación del INPEC contempla las actividades de arte, que se define como son la manifestación de la cultura y, al mismo tiempo, el medio a través del cual se comunican los conocimientos culturales. Cada cultura tiene sus propias prácticas culturales y expresiones artísticas específicas, y la diversidad de culturas y sus productos artísticos y creativos generan formas contemporáneas y tradicionales de creatividad humana que contribuyen de modo específico a la nobleza, el patrimonio, la belleza y la integridad de las civilizaciones humanas.

Deporte: se entiende como deporte la actividad física organizada y sistemática, tiene como principios fundamentales el enfrentamiento, la competencia y la reglamentación fija. En el juego o ejercicio se coloca a prueba la agilidad, destreza o fuerza donde se aprovecha al cuerpo y al espíritu.

Recreación: es entendida como un proceso de acción participativa y dinámica, que facilita entender la vida como una vivencia de disfrute, creación y libertad, en pleno desarrollo de las potencialidades del ser humano para su realización y mejoramiento de la calidad de vida individual y social mediante la práctica de actividades físicas o intelectuales de esparcimiento.

PPL: Persona Privada de la Libertad

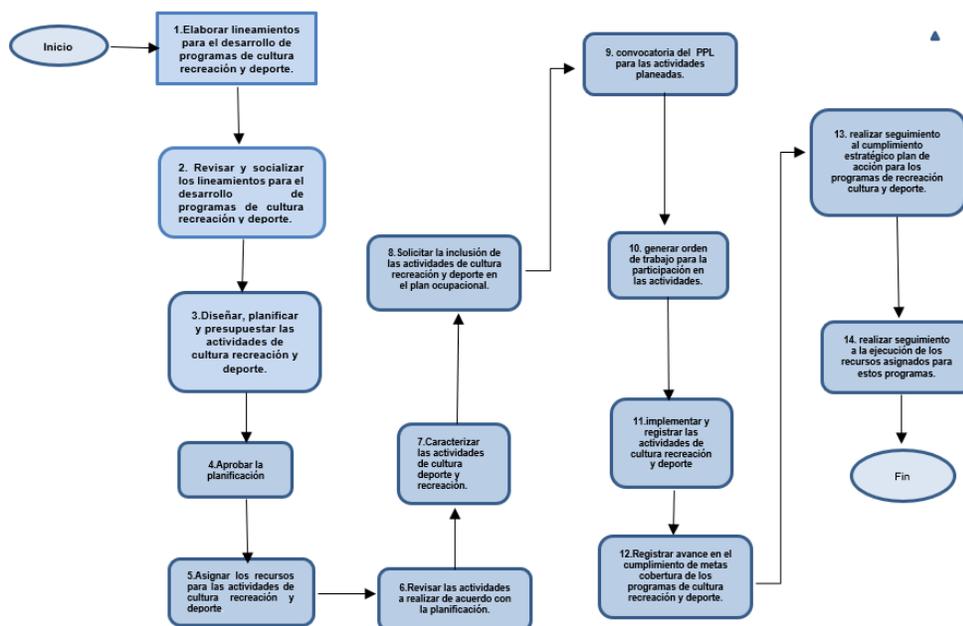
ACA: Asociación de Correccionales Americanas

MARCO LEGAL

RESOLUCION 3190 de 2013

LEY 32 de 1992-LEY 181 de 1995

V. DIAGRAMA DEL PROCESO



6. Descripción del procedimiento.				
N.º	Actividad	Descripción	Punto de Control	Responsable
1	Elaborar lineamientos nacionales, para el desarrollo de los Programas de Cultura, Deporte, Recreación y bibliotecas, en el marco de los procesos de atención social, tratamiento penitenciario y la norma ACA,	Anualmente la Subdirección de Educación lleva a cabo la revisión de los resultados obtenidos en la vigencia anterior y de acuerdo con esto elabora las orientaciones técnico-administrativas para el desarrollo de los Programas de Cultura, Deporte y Recreación, las cuales son enviadas a las Direcciones Regionales y a los Establecimientos de Reclusión.	Lineamientos ajustados	Grupo de Cultura, Deporte y Recreación Subdirección de Educación
2	Revisar y socializar en los Establecimientos, los lineamientos para el desarrollo de los Programas de Cultura, Deporte y Recreación.	Revisa los lineamientos para el desarrollo de los Programas de Cultura, Deporte y Recreación, con el Equipo de Educación del Establecimiento, con el fin de determinar el desarrollo de las actividades de cultura, deporte y recreación, para dar inicio al trabajo de planificación	Acta de reunión.	Responsable del Área Tratamiento y Desarrollo – ERON.
3	Diseñar, planificar y presupuestar las actividades de Cultura, Deporte y Recreación.	De acuerdo con los lineamientos enviados por la Subdirección de Educación, se realiza la proyección del tipo, la intencionalidad y la cobertura de las actividades de los Programas de Cultura, Deporte y Recreación. La planificación elaborada debe ser registrada en	Registro aplicativo SISIPPEC WEB. Presupuesto proyectado. Ficha de inventario programa deporte, recreación y cultura.	Responsable del Área Tratamiento y Desarrollo – ERON.

		SISISPECWEB en el módulo correspondiente en las fechas definidas para este fin.		
4	Retroalimentar la planificación y el presupuesto de los Programas de Cultura, Deporte y Recreación.	Realiza la revisión y retroalimentación de la planificación y presupuesto para los Programas de Cultura, Deporte y Recreación, propuesta por cada uno de los Establecimientos de Reclusión adscritos.	Registro aplicativo SISIPPEC WEB.	Responsable de Área Atención y Tratamiento – Dirección Regional.
5		¿Se requiere realizar ajustes? Sí. Continúa con la actividad No. 6 No. Continúa con la actividad No. 7		Responsable del área Tratamiento y Desarrollo – ERON.
6	Ajustar la planeación y el presupuesto.	Lleva a cabo la corrección de la planeación y del presupuesto, de acuerdo con la retroalimentación de la Dirección Regional.	Planificación ajustada en el aplicativo SISIPPEC WEB.	Responsable de área Atención y Tratamiento – ERON.
7	Aprobar la planificación	Las Direcciones Regionales deben verificar que los Establecimientos realicen los ajustes sugeridos, siendo este paso de vital importancia, toda vez que el seguimiento a los programas se realizará a través del avance en esta planeación.	Aprobación de la planificación en SISIPPECWEB.	Responsable de Área Atención y Tratamiento – Dirección Regional.
8	Realizar el ejercicio de planificación regional de los programas de Cultura, Deporte y	Teniendo en cuenta los lineamientos emitidos por la SUBED para el desarrollo de los	Planificación Regional para el apoyo de los programas de educación para la	Responsable de Área Atención y Tratamiento – Dirección Regional.
	Recreación.	programas de educación, las necesidades de los Establecimientos de Reclusión y las metas y actividades propuestas en el plan de acción institucional y en el plan de direccionamiento estratégico, las Direcciones Regionales deben realizar la formulación de la planificación para el apoyo de los programas de educación durante la siguiente vigencia, el cual debe ser aprobado por el director regional.	siguiente vigencia revisado y aprobado.	
9	Asignar recursos para los Programas de Cultura, Deporte y Recreación.	Al iniciar la vigencia y antes del mes de marzo de cada año, se revisan las necesidades enviadas por los Establecimientos y consolidadas por las Direcciones Regionales y se asignan los recursos disponibles para la vigencia.	Resoluciones de asignación de recursos.	Grupo de Cultura, Deporte y Recreación.
10	Revisar las actividades a realizar, de acuerdo con la planificación.	Antes de iniciar la ejecución de las actividades incluidas en la planificación, revisar las actividades de los programas de Cultura, Deporte y Recreación, y establecer cuáles de ellas cumplen con los requisitos establecidos en las resoluciones No 2392/2006 / No 3190/2013. Nota: Las actividades que ya se encuentran incluidas en el plan	Acta de reunión.	Responsable del Área Tratamiento y Desarrollo – ERON.

		ocupacional del Establecimiento deben ser revisadas en la caracterización vigente y verificar que se encuentra acorde con las necesidades de la planificación.		
11		¿Cumple con los requisitos establecidos en las resoluciones No 2392/2006 y N°3190/2013.? Sí. Continúa en la actividad No 12 No. Continúa en la actividad N°10.		Responsable del Área Atención y Tratamiento – Dirección Regional
12	Caracterizar las actividades de Deporte, Cultura y Recreación	Se lleva a cabo la caracterización de las actividades de Cultura, Deporte y Recreación válidas para redención de pena, para incluirlas en el Plan Ocupacional del Establecimiento.	PM-TP-P03-F02 Formato Caracterización de Actividades Ocupacionales y Programas Registro aplicativo SISPEEC WEB	Responsable del Área Tratamiento y Desarrollo – ERON
13	Solicitar la inclusión de actividades de Cultura, Deporte y Recreación en Plan Ocupacional.	Una vez caracterizadas las actividades, realiza la solicitud a la Junta de Evaluación de Trabajo, Estudio y Enseñanza JETEE para la inclusión o ajuste de actividades en el plan ocupacional.	Acta de reunión. PM-TP-P03-F01 Formato Solicitud Registro aplicativo SISPEEC WEB	Responsable del área Tratamiento y Desarrollo – ERON.
14	Realizar la convocatoria y selección de PPL para las actividades planeadas.	Para cada una de las actividades planeadas, realizar una convocatoria direccionada a aquellas PPL que cumplan con el	Inscripciones en actividades.	Responsable del Área Tratamiento y Desarrollo – ERON.
		perfil definido en particular, a su vez los PPL manifestarán su interés en participar a través de una inscripción. Posteriormente se lleva a cabo el proceso de selección, atendiendo las características de las personas inscritas y los cupos disponibles.		
15	Generar orden de trabajo para participación en las actividades.	Una vez inscritas y seleccionadas las PPL, se presenta la lista a la JETEE para la asignación de la correspondiente actividad de acuerdo con el procedimiento. PM-TP-P03	PM-TP-P03-F01 Formato Solicitud Registro aplicativo SISPEEC WEB	Responsable del área Tratamiento y Desarrollo – ERON.
16	Implementar y registrar las actividades de Cultura, Deporte y Recreación.	Se Implementan las actividades de acuerdo con la planificación realizada y se registra la participación de las PPL en los diferentes programas de Cultura, Deporte y Recreación en el SISPEEC - WEB. Las Direcciones Regionales deberán llevar a cabo el apoyo y acompañamiento a la implementación de los programas. Para la implementación de las actividades planificadas, desde los Establecimientos, las	Registro en el aplicativo SISPEEC – WEB.	Responsable del área Tratamiento y Desarrollo – ERON.

		Direcciones Regionales y la Subdirección de Educación se gestionan y realizan las alianzas estratégicas que permitan apoyar la implementación de los programas de Cultura, Deporte y Recreación.		
17	Registrar avance en cumplimiento de metas y cobertura de los Programas de Cultura, Deporte y Recreación.	Debe generar los informes trimestrales de seguimiento a las metas y de coberturas. Las Direcciones Regionales, deberán realizar visitas periódicas para revisar la implementación de las actividades planificadas	Reporte trimestral de cumplimiento de metas registrado en SISIPPEC-WEB Formato informe trimestral programa deporte, recreación y cultura	Responsable de Área Atención y Tratamiento – Dirección Regional.
18	Realizar el seguimiento al cumplimiento del plan de direccionamiento estratégico y plan de acción para los Programas de Cultura, Deporte y Recreación	A partir de la información registrada por los Establecimientos y direcciones regionales, se elaboran informes trimestrales que den cuenta del cumplimiento de las metas e indicadores de las herramientas de planificación institucional	Informes consolidados trimestrales	Grupo de Cultura, Deporte y Recreación
19	Realizar el seguimiento a la ejecución de los recursos asignados a los Establecimientos para los Programas de Cultura, Deporte y Recreación.	Se deben elaborar informes mensuales que den cuenta de la ejecución del presupuesto asignado a cada Establecimiento, los cuales son enviados a la Subdirección de Educación.	Informes consolidados mensuales	Responsable de Área Atención y Tratamiento – Dirección Regional

	Elaboró	Revisó	Autorizó
Puesto			
Fecha			
Nombre y firma			

CONTROL DE CAMBIOS

NÚMERO DE REVISIÓN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
1		

ANEXO 4 Procedimiento actividades productivas

	Procedimiento para: creación, fortalecimiento, actualización y gestión de actividades productivas-administración directa.	Responsable: Director de Tratamiento Penitenciario	
		Código: SIG-TP-P-03	Página: 1 de 9
		Revisión: 1	
		Referencia	Emisión: <u>Abril</u> de 2022

OBJETIVO

Establecer la metodología para la administración de Actividades Productivas bajo la modalidad de Administración Directa, optimizando las inversiones económicas en aras de lograr rentabilidad social y financiera para el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario.

ALCANCE.

Aplica para todas las actividades productivas a desarrollarse en los Establecimientos de Reclusión, bajo la modalidad de Administración Directa; inicia con la definición y divulgación de lineamientos para la administración de Actividades Productivas y finaliza con las retroalimentaciones a las Direcciones Regionales y ERÓN, para el desarrollo y fortalecimiento de las mismas.

TERMINOLOGIA

Actividad Productiva: Una unidad de actividad en el proceso de inversiones, de origen penitenciario y/o carcelario, destinado a la producción continuada de un determinado grupo de bienes o servicios en las áreas agrícola, pecuaria, artesanal, industrial y de servicios desarrollada por personas privadas de la libertad de los Establecimientos de Reclusión.
/ Propuesta de inversión auto sostenible, encaminada a la producción de un determinado grupo de bienes o servicios en las áreas agrícola, pecuaria, artesanal, industrial y de servicios desarrollada por las personas privadas de la libertad de los Establecimientos de Reclusión.

Administración: Proceso encargado de la planificación, organización, dirección y control de los recursos (humanos, financieros, materiales, tecnológicos, del conocimiento, etc.) de una organización, con el fin de obtener el máximo beneficio posible; este beneficio puede ser económico o social, dependiendo de los fines perseguidos por dicha organización.

Administración Directa: Cuando la administración del Establecimiento pone a disposición de los internos los recursos productivos del Estado, necesarios para el desarrollo de actividades industriales, agropecuarias y de servicios con carácter empresarial y controla directamente el desarrollo económico y social de las mismas. Modalidad en donde todos los recursos económicos de inversión tienen como fuente el Presupuesto Nacional, las Cajas Especiales de los Establecimientos o donaciones de la Red de Corresponsabilidad Social, adicionalmente los costos, gastos y utilidades que se generen por la gestión se reinvertirán o se trasladarán a la Caja Especial del Establecimiento según lo estipula el numeral 39 del Acuerdo 0010 de 2004.

Costo de Producción: Son aquellas erogaciones o pagos en que se incurre para producir una mercancía o prestar un servicio, están compuestos por Mano de Obra Directa, Materia Prima e Insumos y Costos Indirectos de Fabricación.

Estado de Pérdidas y Ganancias: Muestra los ingresos y egresos, así como las utilidades o pérdidas resultantes de las operaciones de la actividad productiva durante un periodo determinado. También se denomina Estado de Resultados.

Estudio de Factibilidad: Análisis sistemático que se realiza para determinar la viabilidad para la creación, fortalecimiento o continuidad de una Actividad Productiva, en el que se incluye estudios de mercado, técnicos y financieros, entre otros.

Evaluación: Dentro del ciclo del proyecto, la etapa de "evaluación" consiste en determinar, mediante la aplicación de técnicas cuantitativas y/o cualitativas, la conveniencia o no, de asignar unos recursos hacia un uso determinado.

Inventario: Recuento de los elementos (mercancías, materias primas, insumos, muebles, enseres, herramientas, maquinaria, equipos, semovientes y otros activos) que componen el capital de trabajo de una actividad productiva.

Inversión: Es el gasto inicial dedicado a la adquisición de bienes que no son de consumo final, bienes de capital que sirven para producir otros bienes. Es la aplicación de recursos económicos a una actividad determinada con el fin de tener ganancias (rentabilidad) en un futuro.

Lineamientos: Instrumento en el cual se dictan orientaciones y pautas generales sobre los programas de la Dirección de Atención y Tratamiento a implementar en los Establecimientos de Reclusión.

Prefactibilidad: Estudios previos de una idea empresarial, con los cuales se descartan o continúan estudios más avanzados.

SISIPEC: Software para la Sistematización del Sistema de Información Penitenciario y Carcelario.

SUBDA: Sigla de la Subdirección de Desarrollo de Actividades Productivas, dependencia de la Dirección de Atención y Tratamiento del Instituto encargada de organizar y administrar las actividades productivas y ocupacionales de internos, en los Centros de Reclusión.

MARCO LEGAL

Ley 32 de 1992.

Resolución 14232 de 2009. Estructuran y denominan las actividades productivas por administración directa en los ERÓN, Procedimiento para la Evaluación, Selección, Asignación, Seguimiento y Certificación de Actividades.

Diagrama del procedimiento



DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.				
Nº	Actividad	Descripción	Punto de Control	Responsable
1	Establecer lineamientos para la administración de Actividades Productivas	La Subdirección de Desarrollo de Actividades Productivas - Grupo de Actividades Productivas teniendo en cuenta las políticas de la Dirección de Atención y Tratamiento, el presupuesto asignado y las metas del plan de acción elabora y divulga los lineamientos que describe la planeación, coordinación, gestión, seguimiento, control y evaluación de las actividades productivas para la vigencia mediante oficio, a cada Dirección Regional.	Comunicación de los lineamientos	Subdirector Desarrollo de Actividades Productivas
2	Recibir, socializar y divulgar los lineamientos	Recibidos los lineamientos, se estudiarán por parte de los directores regionales con sus equipos de trabajo de las áreas de Atención y Tratamiento y de Gestión Corporativa de la Regional dejando en acta las observaciones. Se remitirán mediante formato de "Oficio" instrucciones y los lineamientos a los directores de establecimiento para su implementación.	Documento Oficio de divulgación y acta	Director Regional
3	Implementar los lineamientos	Una vez recibidos los lineamientos, el director del ERON convocará al responsable del área de Atención y Tratamiento, de cada una de las	Acta de socialización	Director del ERON
		actividades productivas y de Administrativa y Financiera para socializar el contenido de los mismos e imparte instrucciones para su implementación dejando el respectivo registro en formato de "Acta".		
4	Verificar la existencia, del Comité de seguimiento y control de las actividades productivas	El director del Establecimiento verificara acto administrativo mediante el cual se conformó el Comité de seguimiento y control de las actividades productivas.	Acto administrativo - resolución	Director del ERON
5		¿El Comité de seguimiento y control de las actividades productivas está conformado? No: Continúa en la Actividad No. 6 Si: Continúa en la Actividad No. 7		Director del ERON
6	Conformar el Comité de seguimiento y control	Dar cumplimiento a lo dispuesto en la "Guía para la Administración de Actividades Productivas", Numeral 4.3 "Responsabilidades específicas para la administración de Actividades Productivas Comité de Seguimiento y Control de las Actividades Productivas". Continúa en la Actividad No. 7.	Acto administrativo - resolución	Director del ERON
7	Identificar ideas de actividades productivas nuevas o determinar la necesidad de fortalecer las actividades productivas en operación.	Mediante un análisis de las necesidades del ERÓN, de clientes externos, potenciales oportunidades económicas, beneficios sociales, capacidad de infraestructura y condiciones de seguridad, se plantearán varias ideas	Documento oficio con ideas	Director y Comité de seguimiento y control de las actividades productivas del ERÓN.

		para implementar una actividad productiva nueva o el fortalecimiento de una en operación. Se presentarán en Formato "Oficio", la idea o ideas para su estudio, aprobación y visto bueno del Comité, se procederá a formular el respectivo estudio de pre- factibilidad.		
8	Elaborar estudio de prefactibilidad	Una vez definidas las ideas, se elabora estudio de <u>pre-factibilidad</u> debe contener como mínimo lo propuesto en la "Guía para la Administración de Actividades Productivas", Numeral 4.2 "Contenido mínimo para elaborar un estudio de Prefactibilidad" Realizado el estudio de prefactibilidad, este se presenta al comité para su estudio.	Guía para la Administración de Actividades Productivas	Director y Comité de seguimiento y control de las actividades productivas del ERÓN.
9	Elaborar el Estudio de Factibilidad	Una vez aprobado el estudio de prefactibilidad o idea inicial, se inicia un trabajo de campo solicitando cotizaciones de materia prima, insumos maquinaria y equipo, entre otros, y además se efectúa los correspondientes estudios técnicos, de mercado, financiero ambiental y otros que se involucren en el desarrollo del proyecto; para el efecto, es necesario diligenciar el formato "Formulación y Evaluación de Actividades Productivas", para creación o fortalecimiento. Cuando se necesita incluir otros productos a una actividad productivas se	Formato "Formulación y Evaluación de Actividades Productivas"	Comité de seguimiento y control de las actividades productivas
		actualiza el estudio de factibilidad para el efecto, se procederá de similar forma a excepción que no incluirá ninguna inversión o reinversión y por ende, no incluirá ninguna cotización.		
10		¿Es viable la actividad productiva? Sí: Continúa en la Actividad No. 11 No: Se regresa a la Actividad No. 9 con el fin de revisar y ajustar los datos.		Director del ERÓN.
11	Enviar estudio de factibilidad	Si el estudio de factibilidad da viable es firmado por el director y este lo remite al director regional correspondiente mediante formato "Oficio", adjuntando el formato de "Formulación y evaluación de actividades productivas" debidamente diligenciado en formato Excel; de igual forma en formato PDF y las cotizaciones de soporte de los datos consignados.	Oficio y Formato de "Formulación y Evaluación de Actividades Productivas"	Director del ERÓN.
12	Conceptuar la viabilidad de la actividad productiva	Una vez recibido el formato de "Formulación y Evaluación de Actividades Productivas" el director regional lo remite al responsable del Área de Atención y Tratamiento, actividades productivas, Área administrativa y Área Financiera quienes emiten concepto técnico y financiero. El concepto financiero además debe revisar las fuentes de financiación y verificar los presupuestos	Formato estudio de factibilidad con conceptos	Director Regional y responsable del Área de Atención y Tratamiento, actividades productivas, Área administrativa y Área Financiera de la D.R

		de caja especial.		
13		¿El concepto de la actividad productiva es favorable? Sí: Continúa en la Actividad No. 15. No: Continúa en la Actividad No. 14.		Director Regional
14	Remitir al ERON para ajustes	Se remite al ERÓN para realizar los ajustes necesarios según observaciones realizadas, luego continúa en la Actividad No. 9	Oficio con observaciones	Director Regional
15	Remitir estudio de factibilidad con conceptos de la Actividad Productiva a la SUBDA	El director regional mediante oficio remite formato de "Formulación y Evaluación de Actividades Productivas" con los respectivos análisis y conceptos, además de las cotizaciones soporte de la actividad productiva, a la Subdirección de Desarrollo de Actividades Productivas.	Oficio y Formato diligenciado y firmado	Director Regional
16	Analizar, evaluar y conceptuar la viabilidad de la Actividad Productiva	Se recibe en la SUBDA, el estudio de factibilidad para creación, fortalecimiento o actualización de una actividad productiva y el o los funcionarios(s) asignados por la misma, recopila(n) y analiza(n) la Información y datos consignados, seguidamente realiza(n) la evaluación de impacto social y emite(n) concepto(s) técnico y financiero.	Evaluación y Conceptos emitidos en el Formato	Coordinador del Grupo de Actividades Productivas - Subdirección Desarrollo de Actividades productivas.
17		¿Es viable la creación o fortalecimiento de la actividad productiva?		Subdirector de Desarrollo de Actividades
		Sí: Continúa en la Actividad No. 19. No: Continúa en la Actividad No. 18.		Productivas
18	Informar a la Dirección Regional	Se informa a la Dirección Regional, expresando los motivos de la decisión para realicen los ajustes requeridos. Regresa a la Actividad No.14	Oficio Correo electrónico	Subdirector de Desarrollo de Actividades Productivas
19		¿Es viable para actualización? Si: Continúa en la Actividad No. 20. No: Se regresa a la Actividad No. 18.		Subdirector de Desarrollo de Actividades Productivas
20	Aprobar financiación con recursos propios y/o de otras fuentes	Cuando se trate de Actividades Productivas financiadas con recursos de Caja Especial del Establecimiento o de la Red de Corresponsabilidad Social y contando con el concepto técnico, financiero y de impacto social, se reunirá el Subdirector y los funcionarios de la SUBDA que tengan injerencia en la actividad evaluada con el fin de emitir y enviar concepto mediante Formato "Oficio" a la Dirección de Gestión Corporativa con copia a la Dirección Regional correspondiente, para que se incluya o se modifique el presupuesto de Caja Especial del ERÓN.	Oficio	Subdirector de Desarrollo de Actividades Productivas
21	Informar de la viabilidad de la actividad productiva	Se remite y envía concepto mediante formato "Oficio" a la Dirección de Gestión Corporativa con copia a la Dirección Regional correspondiente, para que se incluya o se modifique el	Oficio	Subdirector de Desarrollo de Actividades Productivas

		presupuesto de Caja Especial del Establecimiento de Reclusión con respecto a la actividad productiva a crear.		
22	Asignar recursos	Cuando se trate de creación o fortalecimiento de Actividades Productivas se reunirá el subdirector y los funcionarios de la SUBDA que tengan injerencia en la actividad evaluada con el fin de aprobar la asignación de recursos, de acuerdo al plan de necesidades presupuestado para la actual vigencia. De esta reunión se deja registro de calidad mediante formato de "Acta".	Acta	Subdirector de Desarrollo de Actividades Productivas
23	Elaborar y tramitar acto administrativo de asignación de recursos.	En formato de "Resolución", para realizar el trámite de legalización de este proceso se debe dar observancia y aplicación a los Procedimientos que se encuentren establecidos en el SGI y apliquen para el desarrollo de la presente actividad.	Resolución	Coordinador del Grupo de Actividades Productivas de la Subdirección Desarrollo de Actividades productivas
24	Divulgar acto Administrativo	Una vez legalizada la resolución se envía copia a la respectiva Dirección Regional y mediante el Formato "Oficio" se remiten las pautas para su correcta ejecución.	Resolución y Pautas de Ejecución	Coordinador del Grupo de Actividades Productivas de la Subdirección Desarrollo de Actividades productivas
25	Difundir Resolución y pautas para su ejecución	Recibida por la Dirección Regional y conocido su contenido; difunde la información a los Establecimientos de Reclusión involucrados en el Acto	Resolución y Pautas de Ejecución	Director Regional
		Administrativo y en las pautas de aplicación de recursos.		
26	Ejecutar los recursos de inversión del Proyecto Productivo	Una vez recibida la resolución y las pautas para la ejecución de los recursos, el director ERÓN cita al Comité de Seguimiento y Control de las Actividades Productivas para dar inicio al proceso de adquisiciones correspondiente, conforme a la normativa sobre compras y contratación pública y al Manual de Contratación vigente para el Instituto, dejando registro mediante el formato de "Acta".	Acta	Director del ERÓN.
27	Gestionar los procesos de contratación	Una vez finalizado el proceso de contratación con la entrega del bien o la prestación del servicio por parte del proveedor escogido y dejando constancia del recibido a satisfacción, el ERÓN procederá a aplicar lo correspondiente en la actividad productiva intervenida.	Constancia del Bien o servicio recibido a satisfacción.	Director del ERÓN.
28	Crear Actividad productiva	Cuando se trate de la creación de una actividad productiva, el director del ERÓN expedirá la correspondiente resolución de creación.	Resolución de Creación de una Actividad productiva	Director del ERÓN.
29	Solicitar cupos plan ocupacional	Se caracteriza la actividad productiva en formato Caracterización de programas de atención social y tratamiento penitenciario y se presente a la JETEE para su aprobación. Se remite caracterización a la regional junto con	Caracterización Acta de JETEE	Responsable de Atención y tratamiento de ERON

		acta de la JETEE para revisión y aprobación		
30	Designar administrador para la actividad productiva	El director del Establecimiento mediante resolución realizará asignación de funciones a un servidor penitenciario quien fungirá como administrador de la actividad, será responsable de la Gestión y Resultados de la misma bajo la supervisión y control del Comité de Seguimiento y Control de las Actividades Productivas.	Resolución de nombramiento del administrador de la actividad	Director del establecimiento.
31	Iniciar o continuar operación de la Actividad Productiva	Una vez se hayan realizado las inversiones necesarias para poner en marcha la Actividad Productiva, se da inicio o continuidad la operación de esta. A partir de ese momento se alimentará de manera diaria el aplicativo ACTIVA o cualquier otro provisto por la institución para tal fin, en este deberá registrarse todos los días la siguiente información: a) Inventario inicial, b) facturas de compra, c) ordenes de pedido, d) costos de producción, e) inventarios de producto terminado, f) comprobantes de venta de productos.	Registros requeridos.	Administrador de la Actividad Productiva con supervisión del responsable del área Administrativa y financiera del ERÓN.
32	Elaborar informe de Ejecución de Recursos	Teniendo en cuenta los recursos nación asignados, El director del establecimiento ordenará al responsable del área administrativa y financiera elaborar informe de ejecución en formato establecido para tal efecto, para	Oficio Informe de ejecución presupuestal	Director del establecimiento
		lo cual el responsable de actividades productivas y el administrador del proyecto suministrarán toda la información necesaria. Se remite informe a la Dirección Regional.		
33	Consolidar y enviar informes de ejecución presupuestal	La Dirección Regional analiza y recopila los reportes enviados por los ERÓN de su jurisdicción y remite a la SUBDA el cuadro consolidado con los comentarios y observaciones pertinentes. En caso de ser necesaria alguna aclaración por parte de cualquier ERÓN, la Regional solicita lo correspondiente, remitiéndose a la Actividad No. 39.	Consolidado informe de ejecución y soportes del caso	Director Regional
34	Evaluar la ejecución de los recursos asignados	Con base en los informes presentados por las Direcciones Regionales y eventualmente por los ERÓN sobre la ejecución presupuestal se verifica la correcta aplicación de los mismos, comparando los soportes remitidos con las pautas de ejecución enviadas. Si se hace necesario y a través de oficio y/o correo electrónico, se solicitan a la Dirección Regional correspondiente las aclaraciones, explicaciones o investigaciones pertinentes, frente a cualquier tipo de irregularidad detectada en la ejecución presupuestal, regresando a la Actividad No.41.	Formato de control de ejecución presupuestal diligenciado	Coordinador del grupo del Grupo de Actividades Productivas de la Subdirección Desarrollo de Actividades productivas

35	Evaluar la Gestión de proyectos productivos	Antes de finalizar un trimestre, la SUBDA solicita a las Direcciones Regionales los Informes Consolidados de Gestión de Proyectos Productivos correspondientes a la vigencia, a través del oficio	Oficios, correos electrónicos.	Coordinador del grupo de Actividades Productivas de la Subdirección Desarrollo de Actividades productivas
36	Solicitar los Informes de Gestión de Proyectos Productivos a los ERÓN.	La Dirección Regional solicita el diligenciamiento y envío del Informe Trimestral de Gestión de Proyectos Productivos, conforme al formato establecido, acompañado con los respectivos Estados de Resultados (estados de Pérdidas y Ganancias) mensuales de cada una de las Actividades Productivas.	Oficios, correos electrónicos.	Responsable área de Actividades Productivas - área de Atención y Tratamiento de la Dirección Regional
37	Elaborar y remitir informe de Gestión de Proyectos Productivos	Los responsables de las áreas de Atención y Tratamiento y Administrativa y Financiera del ERON lideran la organización de la información y el diligenciamiento del Formato de "Gestión de Proyectos Productivas" conforme a la Guía Contable establecida y normatividad vigente. Dicho informe es avalado por la Dirección del establecimiento y remitido a la Dirección Regional correspondiente	Formato "Gestión de Proyectos Productivos" y Estados de Pérdidas o Ganancias.	Director del ERÓN
38	Consolidar y enviar Informes de Gestión de Proyectos Productivos	La Dirección Regional recibe, recopila, analiza y diligencia cuadro consolidado, conforme a los informes enviados por los ERÓN, los cuales han sido diligenciados y sustentados por cada uno	Cuadro Consolidado Regional de Gestión de Proyectos Productivos	Director Regional
		de los Informes de los Establecimientos de Reclusión remitidos a través del formato de "Gestión de Proyectos Productivas". Una vez verificada la información consolidada y avalada por el director regional, se remite con sus respectivos análisis a la SUBDA.		
39	Recopilar, analizar, consolidar y evaluar los Informes trimestrales de Gestión de Proyectos Productivos	Una vez recibidos y analizados los informes trimestrales consolidados por las Direcciones Regionales; de lo allí evidenciado se rinde informe a la Dirección de Gestión Corporativa del Instituto para que desde allí se realice cruce de la información suministrada con los registros de SIF NACION y se hagan las observaciones a que haya lugar, de igual manera se rinde informe a la Dirección de Atención y Tratamiento mediante el Formato Oficial "Oficio" considerando los cambios porcentuales evidenciados de las actividades productivas en cuanto a ingresos, rentabilidad bruta, rentabilidad neta, aportes a Caja Especial del Establecimiento, ocupación y bonificación a internos y ejecución de los presupuestos de ingresos y de egresos de las mismas.	Documento oficio evaluando las actividades productivas	Coordinador del Grupo de Actividades Productivas - Subdirección Desarrollo de Actividades Productivas
40	Revisar, aprobar o desaprobar solicitudes de cierre de Actividades Productivas	Cada vez que un Centro de Reclusión, por intermedio y con el aval de la Dirección Regional respectiva, solicite la terminación y liquidación de una	Oficio	Coordinador Grupo de Actividades Productivas - Subdirección Desarrollo de Actividades

		actividad productiva bajo la modalidad de administración directa, con base en los lineamientos establecidos para el efecto "Guía para la Administración de Actividades Productivas", Numeral 4.6 "Lineamientos para la liquidación de una Actividad productiva" se estudiará y evaluará la conveniencia y pertinencia de cerrarla y se comunicará la decisión a través del Formato de "Oficio", firmado por la Dirección de Atención y Tratamiento.		Productivas
41	Efectuar retroalimentaciones a Direcciones Regionales	Mediante formato de "Oficio" y/o correo electrónico, se retroalimenta trimestralmente a cada una de las Direcciones Regionales señalando las conclusiones, conceptos, sugerencias y/o recomendaciones del análisis realizado, además de las observaciones de la Dirección de Atención y Tratamiento y de la Subdirección de Desarrollo de Actividades Productivas, frente a la gestión y resultados de las actividades productivas de los Establecimientos;	Documento de Retroalimentación mediante oficio y/o correo electrónico	Coordinador Grupo de Actividades Productivas - Subdirección Desarrollo de Actividades Productivas
42	Efectuar retroalimentaciones a ERÓN	Cada Dirección Regional a su vez retroalimentará trimestralmente a los ERÓN de su jurisdicción sobre el desarrollo de las actividades productivas para que, si resulta necesario, se elabore un plan de mejoramiento donde se tomen las acciones correctivas o preventivas a que haya lugar.	Documento de Retroalimentación mediante oficio y/o correo electrónico	Director Regional

	Elaboró	Revisó	Autorizó
Puesto			
Fecha			
Nombre y firma			

CONTROL DE CAMBIOS

NÚMERO DE REVISIÓN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
1		

ANEXO 9 Lista de asistencia

 <p>INPEC Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario</p>	Formato			
	LISTA DE ASISTENCIA			
Tema a abordar	Codigo: SIG-ASST-D-04-1	version:1	Fecha de aprobación: Abril/2022	
DNI	Nombre del participante	Fecha	Firma	

ANEXO 10 Matriz de riesgos y oportunidades

 <p>INPEC Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario</p>	FORMATO														
	MATRIZ PARA IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES SIG														
Codigo:SIG-ASST-MT-05					Versión: 1			Fecha de aprobación: Abril/2022							
DETERMINACIÓN DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES				EVALUACIÓN DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES			TRATAMIENTO				SEGUIMIENTO				
Proceso	Asignar si es: Actividad, personal, función, equipo, Recurso, infraestructura	Identificación del riesgo u oportunidad	Causa	Consecuencia	Probabilidad Tabla 1.	Impacto Tabla 2.	Nivel Tabla 3.	Tratamiento	Control o plan por implementar	Fecha Inicial	Fecha Final	Responsables	Describir como evaluar la eficacia de las acciones	Conclusiones	Registro de seguimiento
Tramamiento penitenciario	Tuberías de agua potable en mal estado.Escasa información sobre advertencia de situaciones y lugares de riesgo.	Desperdicio del recurso hidrico y falta señalización en el centro penitenciario.	Falta y/o escasa asignación de recursos economico por parte de la USPEC	Proliferación de microorganismos que puedan dar lugar a enfermedades,	Media	Alto	Media	Informar a la dirección regional de la problemática, sus causa y consecuencias además de los registros fotograficos.	Impulsar a PPL la cultura de ahorro y cuidado del recurso. Control preventivo.	Inmediato	seguimiento y monitoreo constante	Funcionario encargado del SGA , funcionario encargado de SGSTT encargado de mantenimiento e infraestructura	Seguimiento y análisis al los impactos generados. Implementar uso de nuevas tecnologías (reguladores de consumo).	Informe de las causas de cumplimiento o mitigación del riesgo.	Formatos periodicamente actualizados incluyendo evidencias de las labores de mejora realizadas.
Tramamiento penitenciario	Canales lluvias taponados por arroj de basuras desde los patios, insuficiente señalización de puntos donde se acumula mayores cantidades de basuras.	Aguas lluvias represadas y acumulación de basuras, señalización insuficiente .	falta de concientización a PPL y encargados del rancho	ingras nuevas represadas y acumulación de basuras , proliferación de insectos, roedores generando infecciones y contaminación.	Media	Media	Media	monitoreo constante por parte del funcionario a los puntos donde llega la mayor cantidad de basuras y se represa el agua facilmente.	Concientizar al PPL en el manejo adecuado de las basuras.	Inmediato	seguimiento y monitoreo constante	Dirección general y personal encargado de monitoreo.	seguimiento constante y adecuado a la problemática .	Informe actualizados de las causas de cumplimiento o mitigación del riesgo.	Formatos periodicamente actualizados incluyendo evidencias de las labores de mejora realizadas.
Tramamiento penitenciario	Que no se lleven a cabo las revisiones programadas	incumplimiento en la entrega y documentación de información del sg ast y ambiental.	Falta de comunicación asertiva por parte de la dirección.	.-procesos desconocimiento de información y escasa efectividad en la toma de decisiones. -Baja motivación. -accidentes de trabajo y desactualización de la información.	Bajo	Bajo	Bajo	Informar a los todos interesados sobre el cronograma de revisiones de sg ast y plan ambiental.	Motivar e incentivar al los funcionarios encargados del sg ast y plan ambiental para el cumplimiento de dicha labor además de ofrecer un ambiente laboral armonioso.	Inmediato	seguimiento y monitoreo constante	Dirección General y Funcionario encargado del SGA , funcionario encargado de SGSTT encargado de mantenimiento e infraestructura.	Seguimiento periodico de las labores realizadas e implementar nuevas tecnologías para la documentación n asertiva	Informe de las causas de cumplimiento o mitigación del riesgo.	Formatos periodicamente actualizados incluyendo evidencias de las labores de mejora realizadas.
Tramamiento penitenciario	Reuniones y aportes del cuerpo Directivo, incluidos los funcionarios encargados del SG SST y plan PGA.	Se pueden detectar oportunidades de mejora y aportes en cuanto a la salud de los PPL y condiciones ambientales en las revisiones periodicas que se realicen por la dirección.	Impulsar la cultura,transparencia y mejora dentro del establecimiento.	Asegurar una administración efectiva, moderna que genere resultados eficientes y eficaces.	Bajo	Bajo	Bajo	Reuniones periodicas siguiendo un cronograma de actividades de estricto cumplimiento.	cogronograma de actividades con estricto cumplimiento.	Inmediato	constante seguimiento	Dirección General	Seguimiento del cronograma de reuniones incluyendo evidencia de participación de interesados.	Las organizaciones exitosas tienen un enfoque en la mejora continua.	Formatos actualizados incluyendo evidencias de encuentros periodicos del personal involucrado.

ANEXO 14 Programa de capacitación

 Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario	Cronograma de capacitación a la direccion y funcionarios encargados de los sistemas de gestión.			
	Mayo 27 de 2022			
Actividades	Hora	Responsable de capacitación	Estado. la Direccion y lider de	
Apertura de Capacitación				
Presentacion de personas encargadas de la capacitación.				
Norma ISO 45001 de 2018				
Norma ISO 14001 de 2015				
Beneficios de los SIG				
Recomendaciones				
Fin				

ANEXO 15 Procedimiento comunicación interna y externa

	Procedimiento para: Comunicaciones INTERNA Y EXTERNA	Responsable: Controlador de Información Documentada	
		Código: SIG-ASST-P-03	Página: 1 de 9
		Revisión: 1	
		Referencia ISO 14001:2015 ISO 45001:2018	Emisión: abril 2022

OBJETIVO

Establecer los lineamientos y directrices para asegurar el desarrollo de una correcta comunicación al público interno y externo, con el fin de promover el bienestar laboral del personal uniformado, administrativo y PPL.

ALCANCE

Aplica a todas las operaciones de comunicación en el establecimiento penitenciario y carcelario de alta y mediana seguridad La dorada que estén dentro del alcance del sistema.

TERMINOS

Comunicación interna: Es la relación que se desarrolla entre los actores y/o públicos internos del establecimiento; relación que se propone desde los parámetros Misionales y se proyecta hacia el enfoque determinado por la Visión.

Comunicación externa: Es la relación que se desarrolla entre los actores y/o públicos externos del establecimiento. Hace referencia, principalmente, a los requerimientos de entidades.

Partes interesadas: Individuo o grupo relacionado o afectado tanto externo como interno a la institución.

Comunicación formal: La comunicación es de carácter formal cuando se relaciona con el establecimiento.

GENERALIDADES

La Institución debe asegurarse de que se establecen los procesos de comunicación apropiados dentro y fuera de la institución y de que la comunicación se efectúa considerando la eficacia del Sistema de Gestión de calidad, Seguridad salud en el trabajo y ambiente.

La comunicación debe ser completa, clara y oportuna, logrando que todas las partes interesadas la conozcan.

Para dar a conocer la información de tipo general se puede utilizar, según criterio del emisor, el correo electrónico, la página Web, las carteleras, la comunicación personalizada o reuniones informativas.

Las comunicaciones con información sobre el Sistema de Gestión integrado, se manejarán a través del encargado del sistema integrado y bajo la responsabilidad del correspondiente Dueño de Proceso.

Si las comunicaciones de trámite se constituyen en quejas o reclamos, deberán ser reportadas al Proceso para el correspondiente seguimiento, pero de todas maneras se preparará la respuesta de acuerdo a lo establecido en este procedimiento.

Medios de comunicación interna:

Contenido: Aspectos Laborales.

Canales: Son los diferentes instrumentos que se utilizan para la transmisión de la información; teléfono, Correo electrónico, circular, memorando, carta, boletín, publicación en carteleras, reuniones generales informativas, publicaciones institucionales y buzón de sugerencias.

Informal

Contenido: Aspectos laborales.

Canal: encuentros personales, mensajes de texto, grupos de WhatsApp, etc.

Medios de comunicación externa:

Medios Digitales: Son los contenidos de audio, vídeo, imágenes y texto que se ha codificado (comprimido digitalmente). Lo que permite manipular, difundir y reproducir fácilmente en otros equipos y a través de otras redes informáticas (Página WEB, Facebook, Twitter, correo electrónico).

Página WEB: Diseñada para informar al público interno y externo del establecimiento con el objetivo de suplir necesidades a los clientes.

Correos Electrónicos: Envío de correos masivos con información general o correos específicos. Estos mensajes también pueden tomar la forma de boletines electrónicos.

Llamadas telefónicas: Llamadas destinadas al receptor.

COMUNICACIÓN INTERNA

QUÉ COMUNICAR	QUIÉN DEBE COMUNICAR	A QUIÉN COMUNICAR	POR QUÉ MEDIO	CUANDO	REGISTRO ASOCIADO
Política integral	Coordinador del HSE. Coordinador de comunicaciones	Personal nuevo. A todo el personal, Contratistas Equipo SST, Equipo ambiental	En inducción, Capacitaciones, Folletos. Página web institucional Correo electrónico intranet	Al ingresar. Reinducciones. Cuando se realicen cambio de las políticas.	Acta de inducción y reinducción. Lista de asistencia.

Objetivos y metas	Alta Dirección Coordinador HSE, Líderes de los procesos.	Responsables de los Procesos, Personal nuevo, Al personal encargado.	Reuniones de la alta dirección, Revisión por la dirección, Inducción, Correo electrónico	Anualmente, Cuando se identifique la necesidad, Cuando haya modificaciones, Al ingresar.	Informe revisión por la dirección, Inducción y re inducción, Lista de asistencia
Identificación de peligros, evaluación y control de riesgos.	Coordinador HSE	Todo el personal	Registros de asistencia, documentos publicados.	Al ingresar. Reinducciones, cuando se adicionen o modifiquen perfiles de cargo	Lista de asistencia, documentos publicados.
Identificación de aspectos e impactos ambientales	Coordinador HSE	Todo el personal	Registros de asistencia, documentos publicados.	Al ingresar. Reinducciones, cuando se adicionen o modifiquen perfiles de cargo	Lista de asistencia. documentos publicados.
Requisitos legales, relacionados con el SG-SST. Ambientales y otros y Evaluación del cumplimiento legal	Coordinador HSE	Todo el personal	Capacitaciones	Cada vez que se emita un requisito legal aplicable al establecimiento	Lista de asistencia.
SG-SST (sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo.	Coordinador HSE	Todo el personal	Inducción capacitaciones	Al ingresar. Re inducciones. Cuando se realicen cambio en el SG-SST	Lista de asistencia. Acta de inducción y reinducción. Lista de asistencia.
Funciones, responsabilidades, rendición de cuentas y autoridad, del sistema de gestión de seguridad, salud en el trabajo y ambiente.SIG	Coordinador HSE	Todo el Personal y proveedores de los procesos contratados.	Inducción capacitaciones	Al ingresar. Re inducciones. Cuando se realicen Cambios en perfiles de cargo	Acta de inducción y reinducción. Perfiles de cargo.
Entrenamiento, concientización, competencia, formación y toma de conciencia	Coordinador HSE	Todo el Personal y proveedores de los procesos contratados	Inducción capacitaciones	Al ingresar. Re inducciones	Acta de inducción y reinducción, Lista de asistencia.
Procedimientos, Caracterizaciones y formatos.	Coordinador de SIG HSE. Líder del proceso.	Líder de Procesos. Al personal encargado. Todo el personal	Página web institucional, Correo electrónico.	Cuando se elaboran por primera vez. Cuando haya modificaciones. Cuando se identifique la necesidad.	Correos electrónicos.
Sugerencias del personal para mejoramiento del Sistema HSEQ	Cualquier empleado. Responsables de procesos.	Jefe Inmediato. Representante de la Dirección	Verbal o Escrito. Reuniones de la alta dirección	Cada vez que haya una sugerencia. Durante reuniones.	Correo u Oficio. Lista de asistencia. Acta de Reunión
Resultados del desempeño del Sistema integrado.	Líder de proceso Coordinador de calidad. Representante de la Dirección	Coordinador del SIG. Alta dirección	Verbal en capacitaciones. Reuniones de alta gerencia	En capacitaciones. Semestralmente. En la revisión por la dirección.	Acta revisión por la dirección
Resultados de Auditorías Internas	Coordinador de calidad.	Responsables de Procesos	Escrito/magnético, Intranet	Después de la auditoría	Informes de auditoría

Seguimiento a acciones correctivas y preventivas	Coordinador de calidad Líder del proceso	Alta dirección, Líderes de proceso, Personal involucrado en las acciones.	Reuniones de alta gerencia, Reuniones informales, Correo electrónico	En la revisión por la Dirección, Fechas de cumplimiento de acciones	Acta Revisión por la Dirección.
Resultados de la revisión por la dirección	Representante de la Dirección	Líder de proceso de Procesos, Alta Dirección	Verbal o escrito	Durante las Reuniones	Acta de revisión por la Dirección. Correo electrónico
Modificaciones de la documentación (Programas, planes, procedimientos, instructivos y formatos) del Sistema de gestión de calidad	Coordinador de calidad	Al área implicada en los cambios	Verbal a través de reuniones de calidad semanales. Escrito Correo electrónico, Intranet.	Depende de la criticidad del cambio se otorga un tiempo máximo de ocho (08) días después de subir a la página web y actualizar el listado maestro de documentos y registros	Procedimiento con versiones vigentes
Modificaciones en la institución que puedan implicar cambios en el Sistema de gestión de calidad, Seguridad salud en el trabajo y ambiente.	Coordinador de calidad, Coordinador HSE	Alta dirección	Escrito	En la revisión por la Dirección	Acta Revisión por la Dirección
Resultados de las evaluaciones de satisfacción del usuario	Coordinador de calidad, Analista de información	Líderes de proceso	Correo electrónico	Una vez se tengan los resultados (semestralmente)	Correo electrónico
Planeación de actividades	Líderes de proceso	Al personal interno de la institución	S.G.C Reuniones Correo electrónico, Intranet	Periodos mensuales Cuando sea necesario	Correo electrónico Listas de asistencia, Actas
Necesidades de compra	Líderes de proceso	Alta Dirección, Dirección administrativa	Correo o físico	De acuerdo al plan de compras	Formato diligenciado,

COMUNICACIÓN EXTERNA

N.º	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTO	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	Recibir Comunicaciones	Secretaria General de dirección	Comunicación	Tanto la comunicación especial, como la comunicación de trámites son recibidas en la dirección; allí de acuerdo con las características de cada una, son enviadas a la correspondiente dependencia, para recibir atención oportuna.
2	Establecer clase de comunicación existente	Dirección del establecimiento	NA	En el ámbito de la comunicación externa, se consideran dos clases de comunicaciones que se refieren a respuestas bien sea a requerimientos de entidades de control.
3	¿Es una comunicación de trámite?	Jefe de Dependencia Correspondiente	NA	Si es una comunicación de trámite continuar a la actividad nº 4, de lo contrario pasar a la actividad nº 8.
4	Verificar si es una queja o reclamo	Coordinador de SIG	Procedimiento de Atención De Peticiones, Quejas, Reclamos y-o Sugerencias de Usuarios	Se debe verificar si la información recibida es una queja o un reclamo, la cual es recibida en la Coordinación de Calidad; allí de acuerdo con las características de cada una, son enviadas al proceso correspondiente, para recibir atención oportuna (AC-PR-03 Atención De Peticiones, Quejas, Reclamos y-o Sugerencias de Usuarios)
5	¿se recibió una queja o un	Coordinador de SIG	Formato para seguimiento a	Si es una queja o un reclamo remítase al proceso de Aseguramiento de la calidad de lo contrario pasar a la actividad nº 6

	reclamo?		PQRS	
6	Enviar comunicación a la (s) dependencia(s) correspondiente(s)	Jefe de Dependencia Correspondiente	Correo electrónico.	Según sea el caso la información debe enviarse a las dependencias responsables de dar respuesta a dicha comunicación en los plazos establecidos para ejecutarlo.
7	Preparar y enviar respuesta	Jefe de Dependencia Correspondiente	Correo electrónico.	Se da respuesta a la comunicación recibida, según sea el caso y el tiempo establecido para el mismo
8	¿La comunicación es especial?	Dirección del establecimiento	NA	Si el requerimiento de respuesta es solicitado por un medio de control, haciendo la comunicación especial, continuar a la actividad No. 9, de lo contrario el proceso finalizará.
9	Solicitar el apoyo de las dependencias correspondientes	Dirección del establecimiento	NA	Cuando se trata de requerimientos de entidades de control, la Rectoría mantiene en su poder la comunicación respectiva y apoyada en las dependencias que tienen relación con el caso, prepara la respuesta correspondiente.
10	Generar y enviar respuesta a comunicación recibida	Jefe de Dependencia Correspondiente	NA	Si la información generada en las comunicaciones externas, debe ser de conocimiento del establecimiento, la información será enviada a todas las dependencias de acuerdo con lo establecido para el manejo de la
11	Verificar si la información debe ser de conocimiento de la comunidad	Dirección secretaria general Coordinador de comunicaciones	Correo electrónico. Página Institucional.	comunicación interna.

	Elaboró	Revisó	Autorizó
Puesto			
Fecha	Abril 2022		
Nombre y firma			

CONTROL DE CAMBIOS

NÚMERO DE REVISIÓN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
1		

ANEXO 16 Procedimiento información documentada

	Procedimiento para: Creación, Actualización y Control de la Información Documentada	Responsable: Controlador de Información Documentada	
		Código: SIG- ASST -P-01	Página: 1 de 9
		Referencia ISO 45001:2018: 4.3, 5.2, 6.1.1, 6.1.2.2, 6.1.3, 6.2.2, 8.1.1, 8.2, 10.3 ISO 14001:2015: 4.3, 5.2, 6.1.1, 6.1.2, 6.1.3, 8.1, 8.2	Revisión: 1 Emisión: abril 2022

OBJETIVO

Proporcionar las instrucciones para la Creación, Actualización y Control de la Información Documentada eficaz y eficiente, proporcionar evidencia de la conformidad con los requisitos del Sistema Integrado de Gestión.

ALCANCE

El procedimiento aplica para toda la información documentada del Sistema Integrado de Gestión

POLÍTICAS SOBRE LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA

La información documentada sobre la información documentada determinada

Las requeridas por estas normas como necesarias para dar evidencia de su cumplimiento;

La información documentada que la organización determina como necesaria para la eficacia del Sistema Integrado de Gestión

SOBRE LA CREACIÓN Y ACTUALIZACIÓN

Al crear y actualizar la información documentada, la organización debe asegurarse de que lo siguiente sea apropiado:

La identificación y descripción (por ejemplo, título, fecha, autor o número de referencia);

Los verbos deberán ser escritos en infinitivo en la descripción del procedimiento.

El formato (por ejemplo, idioma, versión del software, gráficos) y los medios de soporte (por ejemplo, papel, electrónico);

La revisión y aprobación con respecto a la conveniencia y adecuación.

Tipo de documento	Requerimientos mínimos
Procedimientos	Código, título, nombre y firmas de las funciones que elaboraron, revisaron y autorizaron, no. de revisión, fecha de revisión y número de páginas. Utilizar SIG-XXX
Instrucciones de trabajo	Código, título, nombre y firmas de las funciones que elaboraron, revisaron y autorizaron, no. de revisión, fecha de revisión y número de páginas. Utilizar SIG-XXX
Matrices	Código, título, nombre y firmas de las funciones que elaboraron, revisaron y autorizaron, no. de revisión, fecha de revisión y número de páginas. Utilizar SIG-XXX
Catálogos, tablas, listas	Código, título, nombre y firmas de las funciones que elaboraron, revisaron y autorizaron, no. de revisión, fecha de revisión y número de páginas. Utilizar SIG-XXX
Formatos y Formatos electrónicos (Información Documentada)	Código, título, nombre y firmas de las funciones que elaboraron, revisaron y autorizaron, no. de revisión, fecha de revisión y número de páginas. Utilizar SIG-XXX
Externos	Sello de documento externo controlado (sólo en copias).

SOBRE EL CONTROL DE LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA.

La información documentada requerida por el Sistema Integrado de Gestión se debe controlar para asegurarse de que:

- Esté disponible y sea idónea para su uso, donde y cuando se necesite;
- Esté protegida adecuadamente (por ejemplo, contra pérdida de la confidencialidad, uso inadecuado o pérdida de integridad).

Para el control de la información documentada, la organización debe abordar las siguientes actividades:

- La distribución de la información documentada será de forma física a cada uno de los responsables de los procesos;
- El acceso, recuperación y uso, será administrada a través del portal institucional;
- Almacenamiento y preservación, incluida la preservación de la legibilidad se dará en cada una de las áreas de desempeño correspondiente según el numeral 7 de cada uno de los procedimientos, y en el caso de procedimientos no documentados ésta se encontrará determinada por el lineamiento operativo vigente;
- Control de cambios (por ejemplo, control de la revisión) se realizará conforme al presente procedimiento;
- Conservación y disposición

Niveles de control y autorizaciones de la información documentada

Tipo de información documentada	Responsable de controlarlo	Forma de controlar el documento	Autorización del documento
Manuales	Controlador de la información documentada / Coordinadores del SIG	Lista Maestra de Información Documentada Interna Publicación en portal de la Institución	Director del Área
Procedimientos	Controlador de la información documentada / representante de la dirección	Lista Maestra de Información Documentada Interna Publicación en portal de la Institución	Director
Instrucciones de trabajo	Controlador de la información documentada / representante de la dirección	Lista Maestra de Información Documentada Interna Publicación en portal de la Institución	No aplica
Catálogos	Responsable de cada área	Lista Maestra de Información Documentada Interna Publicación en portal de la Institución	Subdirector del Área
Tablas y listas	Responsable de cada área	Lista Maestra de Información Documentada Interna Publicación en portal de la Institución	No aplica
Planes de calidad	Responsable de cada área	Lista Maestra de Información Documentada Interna Publicación en portal de la Institución	No aplica
Formatos	Controlador de la información documentada / representante de la dirección	Lista Maestra de Información Documentada Interna Publicación en portal de la Institución	Jefe del Área
Documentos externos	Controlador de la información documentada / representante de la dirección	Lista Maestra de Información Documentada de Origen Externos	No aplica

La información documentada se utilizará para documentar la trazabilidad y para proporcionar evidencia de verificaciones, acciones preventivas y acciones correctivas.

La protección y confiabilidad de la información documentada son responsabilidad de las áreas que los resguardan.

La generación, uso y control de la información documentada, se evaluará con respecto a la eficacia y eficiencia del SIG.

El cruce o el acceso a la información documentada será autorizado por el representante de la dirección, el controlador de la información documentada y el responsable del área.

Cuando termine el tiempo de conservación de la información documentada, se enviará al archivo muerto.

El tiempo de resguardo de la información documentada será conforme los lineamientos y reglamentos del SIG.

Autorización de la información documentada.

Toda información documentada impresa a excepción del original se considera documento no controlado.

Revisión y cambios a la información documentada

Los cambios de firmas de responsables no generan cambio de revisión.

En caso de cambio de responsable, la fecha de aplicación e implementación no sufrirá modificación.

Es responsabilidad del controlador de la información documentada coordinar la capacitación del personal que se ha designado a la operación de procedimiento y/o actividades derivadas de cambio de responsable.

El personal de la organización que considere necesario realizar un cambio a un documento, debe hacer uso de la Solicitud de cambios y/o modificación y/o elaboración, publicación y difusión. SIG-IN- F-01-03 para determinar la pertinencia de realizar los cambios.

Toda la información documentada que sea actualizada deberá ser difundida a todas las personas que participan en el desarrollo del proceso involucrado.

Al sufrir un cambio cualquier tipo de información documentada se deberá registrar con la Solicitud de cambios y/o modificación y/o elaboración, publicación y difusión.

Difusión a la información documentada

Se considera válida cualquier forma de difusión que cumpla con el siguiente objetivo:

Que las personas que participan en el proceso conozcan y dominen la manera en que se llevarán a cabo las actividades y responsabilidades establecidas en la información documentada.

Toda la información documentada elaborada debe ser difundida a las personas que participan en su ejecución.

La información documentada será difundida a través del portal institucional Isolusión y a través de correo electrónico institucional a los involucrados en el proceso.

Conservación de la información documentada en los lugares de uso.

Al responsable de área le corresponde asegurarse que:

La última versión de la información documentada aplicable se encuentra disponible en el portal institucional

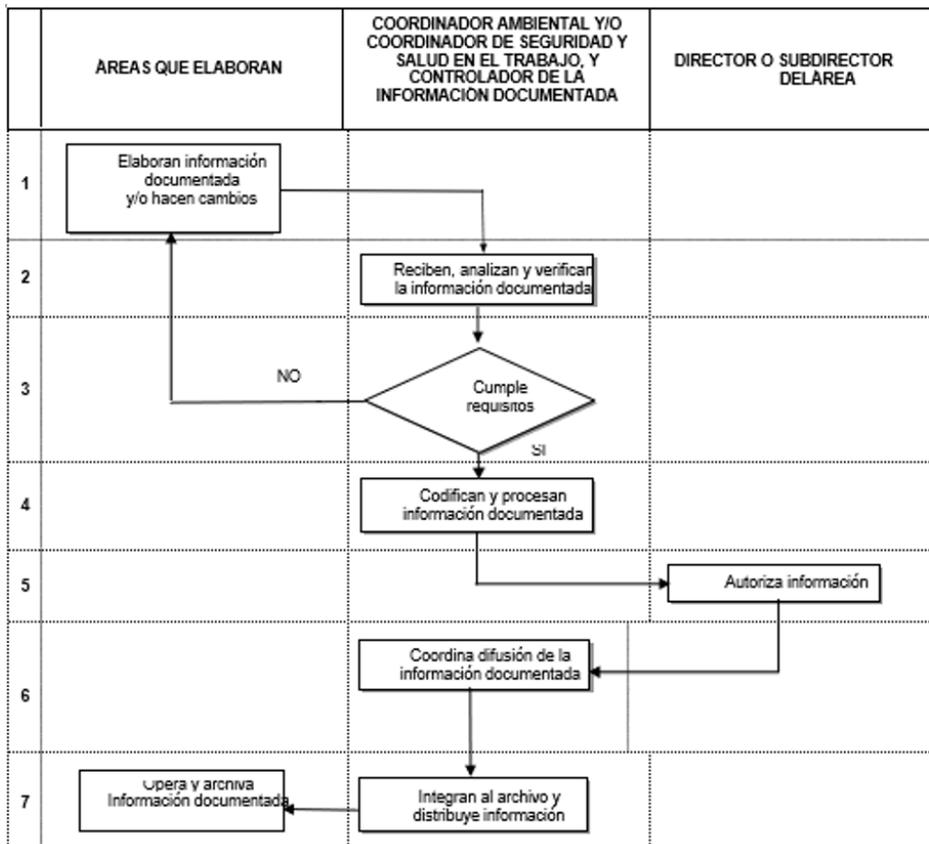
La información documentada permanece legible y fácilmente identificable.

Prevenir el uso no intencionado de información documentada obsoleta.

Asegurarse de la pertinencia y eficacia de la información documentada.

Documentos de origen externo.

DIAGRAMA DEL PROCEDIMIENTO.



DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

SECUENCIA	RESPONSABLES	ACTIVIDADES	CUANDO
1	Áreas que elaboran	<p>Generan o actualizan la información documentada, de acuerdo al seguimiento del SIG y que sean congruentes con los objetivos.</p> <p>Pasos para la creación y Actualización:</p> <p>Analizar y revisar sistemáticamente la información documentada, tanto de formato como de contenido.</p> <p>Asignar título del procedimiento.</p> <p>Escribir el nombre del puesto responsable.</p> <p>Definir objetivo y alcance del procedimiento.</p> <p>Asignar nombre y puesto de la persona que elabora, revisa y autoriza.</p> <p>Elaborar diagrama de proceso.</p> <p>Una vez terminado el diagrama de proceso describir políticas de operación.</p> <p>Describir el procedimiento, explicando el detalle de la actividad: quién, cómo, dónde, cuándo, qué.</p> <p>En glosario agregar palabras que necesitan definición.</p> <p>En caso necesario, elaborar y/o adecuar registros, documentos e instrucciones de trabajo.</p> <p>Llenar apartado de documentos de referencia.</p> <p>Llenar cuadro de registros.</p> <p>Si no es un procedimiento atiende la tabla 1 de requerimientos Documento actualizado.</p> <p>Si es un documento que presente cambio deberá identificarse el cambio con base a la Solicitud de cambios y/o modificación y/o elaboración, publicación y difusión SIG-IN-F-1-3 y pasará a la secuencia 4.</p> <p>Documentos externos</p> <p>En el caso de la información documentada de origen externo pasaran a la secuencia 4.</p>	Al momento de realizarlo
2	Controlador de la información documentada	<p>Recibir, analizar y verificar que la información documentada cumpla los requisitos.</p> <p>Los requisitos son los siguientes:</p> <p>Asignar número de código para el documento, el cual está constituido de acuerdo a lo siguiente:</p> <p>Todos los documentos, datos y formatos del sistema de calidad poseen un código del tipo: SIG-WW-XX-YY-ZZ</p> <p>WW = Norma(s) aplicables, XX= Tipo de Documento, YY= Numero del Procedimiento ZZ= # Consecutivo de formato o instructivo de trabajo o matriz o tabla, etc.</p> <p>Ejemplo: SIG-IN-P-01, SIG-IN-F-01-01</p> <p>Casos especiales:</p> <p>Para el caso de los manuales que agrupan instrucciones o especificaciones, se controla el manual como un todo, y por tanto se codifica como "M".</p> <p>Ejemplo: SIG-IN-M-01 M Manual de Calidad: es un manual que encierra todas las acciones del SIG.</p> <p>Rechazar o aceptar la información documentada, en este</p>	Al término de la elaboración
3		<p>caso retroalimentar al elaborador de la información documentada del motivo por el cual no se acepta.</p>	
4	Controlador de la información documentada	<p>Asignar símbolos y/o números que faciliten el control y respaldo de información.</p> <p>Registrar la información documentada en la lista maestra de Control de Información Documentada internos Información Documentada modificada.</p> <p>Se revisa que cumpla con los requisitos estipulados, pasa a autorización que corresponda según la tabla de niveles de control y autorizaciones de información documentada.</p> <p>Información Documentada de origen externo</p> <p>Se registra en la lista maestra de documento externo SIG-IN-</p>	Al término de la elaboración

5	Jefe Responsable del área	Aprobar información documentada y firmar de autorizado. En caso de procedimientos, manuales, reglamentos. Autoriza la información documentada necesaria para la operación, como se describe en el apartado IV de la política de autorización de información documentada.	No aplica
6	Controlador de la información documentada	Coordinar difusión de documentos.	No aplica
7	Controlador de la información documentada	Distribuir la información documentada para establecer y cumplir las estrategias y los objetivos del SIG. Distribución de la información documentada Controlar la distribución de información documentada. Almacenar la información en computadora y forma impresa, a través de diferentes archivos con nomenclatura y códigos para tal efecto, asegurando la protección y confiabilidad de la misma. Sustitución de información documentada obsoleta: Una vez realizada una nueva versión de la información documentada, se debe retirar la revisión anterior, se sellará y se conservará en el archivo del Controlador de la Información Documentada previo sello de DOCUMENTO OBSOLETO, y si existiera otra versión anterior de la información documentada en el archivo del controlador de la información documentada, éste debe ser retirado y destruido. Archivar e Integrar al SIG.	No aplica
	Responsable del área	Opera y archiva	

CÓDIGOS DE IDENTIFICACIÓN

Tipo de documento
 CT=Catálogos D=Documento F=Formato
 FE= Formato Electrónico IT=Instructivo de Trabajo
 MT=matriz
 M=Manual
 MI=Manual del Sistema Integrado de Gestión
 P=Procedimientos PC=Plan de Calidad
 PRC= Plan Rector de Calidad
 PG=Programa
 SR=Sin Procedimiento de Referencia

Norma Aplicable
 IN = Integrado Totalmente AM = ISO 14001:2015
 CA = ISO 9001:2015
 SST = ISO 45001:2018
 ASST= ISO 14001:2015- ISO 45001:2018
 TP= RES 45/111 DE 1990- RES 663C DE 1957- RES 2076 DE 1977

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

CÓDIGO	TÍTULO	TIPO DE DOCUMENTO

CONSERVACIÓN DE LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA

CÓDIGO	INFORMACIÓN DOCUMENTADA	TIEMPO DE CONSERVACIÓN	RESPONSABLE DE CONSERVARLO	LUGAR DE ALMACENAMIENTO

GLOSARIO

TÉRMINO	DEFINICIÓN
Control de la información documentada	Uso y manejo de documentos, con respecto a la eficacia y eficiencia de la organización, contemplando la funcionalidad (velocidad de procesamiento), facilidad de uso, recursos necesarios, congruencia con la política y objetivos institucionales; requisitos e interacción con las partes interesadas del proceso.
Información documentada	Información que una organización tiene que controlar y mantener, y el medio que la contiene.
Información	Datos que poseen significado.
Medio de soporte de un documento	Es la forma en que se presenta o almacena el documento: papel, disco magnético, óptico o eléctrico, fotografía o muestra patrón o una combinación de éstos.
Proceso	Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados.
Requisito	Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria (habitual o común).
Sistema Integrado de Gestión	Sistema para establecer la política y objetivos que permitan dirigir y controlar una organización con respecto a la calidad.
Documento	Información y el medio en el que está contenida. EJEMPLO Registro especificación documento de procedimiento, plano, informe, norma.
Registro	Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades realizadas.
Procedimiento	Forma especificada de llevar a cabo una actividad o un proceso.

CONTROL DE CAMBIOS

NÚMERO DE REVISIÓN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
1	Abril 2022	

ANEXO 17 Procedimiento control y operación

	Procedimiento para: Control Operacional.	Responsable: Controlador de Información Documentada	
		Código: SIG-ASST-P-09	Página: 1 de 9
		Revisión: 1	
		Referencia Normas ISO	Emisión: abril 2022

OBJETIVO.

Definir los lineamientos para la implementación adecuada del modelo de seguridad y privacidad de la información generando buenas prácticas en Seguridad y Privacidad para el Instituto penitenciario y carcelario.

ALCANCE.

Este procedimiento alcanza a todas las actividades relacionadas con los riesgos laborales para la seguridad y salud de los trabajadores de CPAMSDO y aquellas relacionadas con los Aspectos ambientales y la consecución de los objetivos y metas fijados en la Política.

TERMINOS

Activo: Información estructurada y no estructurada que se encuentre presente en forma impresa, escrita en papel, transmitida por cualquier medio electrónico o almacenada en equipos de cómputo, incluyendo datos contenidos en registros, archivos y bases de datos.

Amenaza: fuente o causa potencial de eventos o incidentes no deseados que pueden resultar en daño a los recursos informáticos de la organización.

Análisis de Riesgo: Proceso para comprender la naturaleza del riesgo y determinar el nivel de riesgo.

Auditoría: Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de auditoría y obviamente para determinar el grado en el que se cumplen los criterios de auditoría.

Autorización: Verificar que quien desea realizar una operación está autorizado para hacerlo.

Confidencialidad: Garantiza solo el acceso a las personas autorizadas a ver la información deseada o solicitada.

Controles: La seguridad informática se divide en tres categorías físicas, técnicas y administrativas, comúnmente llamadas controles, definiendo los objetivos principales de una implementación de seguridad apropiada. Dentro de estos controles hay subcategorías que detallan aún más los controles y como estos se implementan.

Disponibilidad: Es un servicio que garantiza que los usuarios autorizados tengan acceso a la información y a otros activos de información asociados en el lugar, momento y forma en que es requerido.

Integridad: Garantizar que los datos no han sido modificados desde su creación sin autorización.

Riesgo: La probabilidad de que un evento nocivo ocurra combinado con su impacto en la organización.

Sistema de Gestión de Seguridad de la Información SGSI: Conjunto de elementos interrelacionados o interactuantes (estructura organizativa, políticas, planificación de actividades, responsabilidades, procesos, procedimientos y recursos) que utiliza una organización para establecer una política y unos objetivos de seguridad de la información y alcanzar dichos objetivos, basándose en un enfoque de gestión y de mejora continua.

Política de Prevención: directrices y objetivos generales de una organización relativos a la prevención de riesgos laborales tal y como se expresan formalmente por la Dirección.

Objetivos: conjunto de fines que la organización se propone alcanzar en cuanto a su actuación en materia de prevención de riesgos laborales, programados cronológicamente y cuantificados en la medida de lo posible.

Políticas de operación

El director general es el responsable de la aprobación del presente requerimiento.

El representante de la dirección y los funcionarios encargados del proceso de tratamiento penitenciario y los sistemas de gestión es responsable de verificar el cumplimiento del presente documento y de la implementación de los controles identificados.

Es responsabilidad de los líderes de áreas, la comunicación que realizan la participación de los procedimientos la comunicación a la dirección de cualquier modificación necesaria para cubrir el objeto de aplicación y el alcance del control operacional.

METODOLOGÍA DE IMPLEMENTACIÓN Para llevar a cabo la implementación del Sistema integrado de Gestión dese toma como base la metodología PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar).

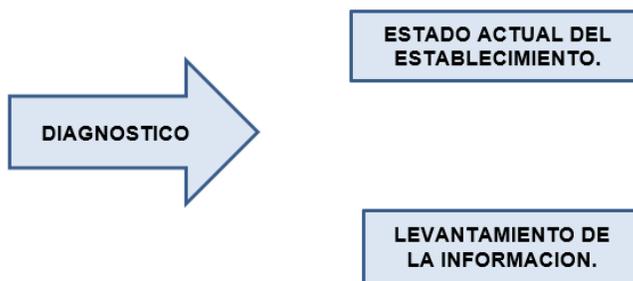
CUMPLIMIENTO DE IMPLEMENTACIÓN

De acuerdo a las fases mencionadas anteriormente, se describe a continuación los dominios que se deben desarrollar y los plazos de implementación establecidos:

1. Política de Seguridad.
2. Aspectos organizativos
3. Seguridad Ligada a los recursos humanos.
4. Gestión de Activos.
5. Control de accesos.
6. Seguridad física y ambiental.
7. Seguridad en la operativa.
8. Adquisición, desarrollo y mantenimiento de los sistemas de Gestión.
9. Relaciones con los proveedores.
12. Gestión de Incidentes.

NIVELES DE MADUREZ.

Fase I Diagnostico.



Fase II – Planeación

Dentro de esta fase se relacionan los siguientes entregables:

- Diagnostico.
- Alcance.
- Actualizar manual de políticas de seguridad y privacidad de la información, debidamente aprobadas y socializadas al interior de la Entidad, por la alta Dirección.
- Inventario de activo de información.
- Informe de análisis de riesgos, matriz de riesgos, plan de tratamiento de riesgos.
- Documento con el plan de comunicación, sensibilización y capacitación, con los respectivos soportes.
- Plan y estrategia de transición.

Fase III – Implementación:

- Documento con la estrategia de planificación y control operacional.
- Documento con el informe del plan de tratamiento de riesgos, que incluya la implementación de controles de acuerdo con lo definido en la declaración de aplicabilidad.
- Ejecutar y presentación de análisis de vulnerabilidades.
- Resultado de análisis de vulnerabilidades.
- Resultado de entrevistas con los responsables del Procesos.
- Matriz de Riesgos.
- Plan de tratamiento de los riesgos.
- Indicadores de gestión y de cumplimiento.
- Documento con el informe de la implementación del plan.

Fase IV – Evaluación del Desempeño.

- Plan de seguridad, evaluación y análisis del SIG
- Auditoría Interna.
- Evaluación del Plan de Tratamiento de Riesgo.

Fase V – Mejora Continua.

- Plan de seguimiento, evaluación y análisis para el SIG.
- Auditoría interna.
- Comunicación de resultados y plan de mejoramiento.
- Revisión y aprobación por la alta dirección.

INDICADORES

Dentro de los indicadores del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información se definen los siguientes:

1.Nombre del indicador: Nivel de Cumplimiento SIG y privacidad de la información.

Objetivo del indicador: Medir la gestión de cumplimiento de obligaciones adquiridas. **Formula:** N. actividades ejecutadas en el plan operativo en el periodo/ N. actividades programadas en el plan operativo en el periodo.

Meta: 90%

Periodicidad de medición: Trimestral.

Entregables: Procedimientos, Formatos, Riesgos, Inventario de Activos, actas, programas y de más documentos generados dentro de la ejecución.

2. Nombre del indicador: Cumplimiento plan de sensibilización

Objetivo del indicador: Hacer seguimiento al plan de capacitación y sensibilización previamente definido como medio para el control de incidentes de seguridad.

Formula: N de actividades ejecutadas en el periodo / total actividades programadas en el periodo.

Meta: 90%

Periodicidad de medición: Trimestral.

Entregables: Gráficas. Listas de asistencias, programa de capacitación y sensibilización, demás que se generen.

	Elaboró	Revisó	Autorizó
Puesto			
Fecha	Abril 2022		
Nombrey firma			

CONTROL DE CAMBIOS

NÚMERO DE REVISIÓN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
1		

ANEXO 18 Procedimiento evaluación del desempeño

	Procedimiento para: la evaluación del desempeño.	Responsable: Controlador de Información Documentada	
		Código: SIG-ASST-P-05	Página: 1 de 9
		Revisión: 1	
		Referencia Normas ISO.	Emisión: abril 2022

OBJETIVO.

Gestionar la evaluación de desempeño laboral de los servidores públicos de carrera administrativa y en periodo de prueba vinculados al Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, en sus diferentes fases para dar cumplimiento a las directrices del Sistema Propio de Evaluación de Desempeño y los lineamientos de la CNSC.

ALCANCE.

Inicia con concertar los compromisos laborales y comportamentales de los servidores públicos y finaliza con remitir expediente al Grupo de Administración Historias Laborales.

TERMINOS

COMPETENCIAS COMPORTAMENTALES POR NIVEL JERÁRQUICO:

Conjunto características de la conducta que se exigen como estándares para el desempeño del empleo, según su nivel jerárquico.

Evaluado: empleado de carrera o en periodo de prueba que presta sus servicios en el Instituto cuyo sistema de carrera administrativa se encuentre administrado y vigilado por la CNSC.

Evaluador: es el jefe inmediato del servidor de carrera o en periodo de prueba, responsable de evaluar su desempeño. En todo caso, el jefe inmediato debe ostentar un grado igual o superior al evaluado.

Evidencias: son los elementos que permiten establecer de manera objetiva equitativa y transparente el avance, cumplimiento o, incumplimiento de los compromisos que se han generado durante el periodo de evaluación.

GOPRO: sigla para denominar al Grupo de Prospectiva del Talento Humano.

INPEC: sigla para denominar al Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario.

Evaluación parcial del segundo semestre: corresponde al periodo comprendido entre el primero (1º) de agosto y el treinta y uno (31) de enero del año siguiente. La evaluación deberá producirse a más tardar dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su vencimiento.

Evaluación parcial eventual: en las evaluaciones del primero como del segundo semestre, el evaluador deberá tener en cuenta el resultado de las evaluaciones parciales eventuales que se generen por las siguientes situaciones:

- (i) por cambio de evaluador, quien deberá evaluar a sus colaboradores antes de retirarse del empleo,
- (ii) por cambio definitivo del empleo como resultado de traslado del evaluado o reubicación del empleo,
- (iii) cuando el empleado deba separarse temporalmente del ejercicio de las funciones del cargo por suspensión o por asumir por encargo las funciones de otro cargo o con ocasión de licencias, comisiones o de vacaciones, en caso de que el término de duración de estas situaciones sea superior a treinta (30) días calendario,
- (iv) la que corresponda al lapso comprendido entre la última evaluación, si la hubiere, y el final del período semestral a evaluar
- (v) por separación temporal del empleado público con ocasión de un nombramiento en período de prueba, la cual surtirá efectos sólo en los eventos en que el servidor regrese a su empleo o no supere el período de prueba.

Para los evaluados durante el período de prueba se pueden presentar las siguientes situaciones que generan evaluaciones parciales eventuales:

- (i) por cambio de evaluador, quien deberá evaluar al empleado público en período de prueba antes de retirarse del empleo,
- (ii) por interrupción del período de prueba por un lapso igual o superior a 20 días continuos, caso en el cual el período de prueba se prolongará por el término que dure la interrupción
- (iii) la que corresponda al lapso comprendido entre la última evaluación parcial si la hubiere y el final del período de prueba.

Evaluado: empleado de carrera o en período de prueba que presta sus servicios en el Instituto cuyo sistema de carrera administrativa se encuentre administrado y vigilado por la CNSC.

Evaluador: es el jefe inmediato del servidor de carrera o en período de prueba, responsable de evaluar su desempeño. En todo caso, el jefe inmediato debe ostentar un grado igual o superior al evaluado.

Evidencias: son los elementos que permiten establecer de manera objetiva equitativa y transparente el avance, cumplimiento o, incumplimiento de los compromisos que se han generado durante el período de evaluación.

Jefe inmediato: para efecto del procedimiento es el servidor público de libre nombramiento y remoción que ocupa un empleo de nivel Directivo o Asesor en el instituto. (jefe Asesor, jefe, directores sede central, directores regionales o directores ERON) y en algunos casos servidores que ejercen estos empleos en encargo o comisión.

COMPETENCIAS FUNCIONALES: Capacidad de un empleado para alcanzar el resultado esperado en cumplimiento de las funciones y responsabilidades inherentes a un empleo, dentro de un contexto laboral y de acuerdo con criterios de calidad previamente establecidos.

CONFORMIDAD: Cumplimiento de un requisito.

CONOCIMIENTOS BASICOS O ESENCIALES: Conjunto de saberes teóricos, prácticos y valorativos que debe poseer, comprender y aplicar el empleado para alcanzar el resultado esperado.

CONTRIBUCIONES INDIVIDUALES: Conjunto de productos laborales que debe realizar el empleado, en el ejercicio de las funciones inherentes a un empleo, en cumplimiento de la misión y de los objetivos institucionales.

CRITERIOS DE DESEMPEÑO: Requisitos de calidad del resultado obtenido. Condiciones o características que debe reunir el producto o servicio para satisfacer los requerimientos de cada uno de los elementos de competencia. Características de los resultados relacionados con el elemento de competencia.

DOCUMENTO: La información y su medio de soporte.

ELEMENTO DE COMPETENCIA: Función productiva que puede ser realizada por una persona como contribución a la realización de la unidad de competencia.

EQUIPO DE TRABAJO: Grupo de personas que laboran en forma independiente y coordinada, aportando sus conocimientos, las habilidades y destrezas individuales requeridas para la consecución de un resultado concreto, en el cumplimiento de planes y resultados institucionales. Los integrantes de los equipos de trabajo pueden ser empleados de una misma dependencia o de distintas dependencias de la entidad.

EVALUACIÓN: Valoración de los aspectos relacionados con el cumplimiento de los objetivos trazados para cada uno de los funcionarios de la Entidad.

DESEMPEÑO: Dar efectivo cumplimiento a las funciones inherentes al cargo como funcionario de la Contraloría de Bogotá D.C.

CALIFICACIÓN: Valoración cuantitativa para cada uno de los funcionarios, como conclusión del proceso de Evaluación del Desempeño

COMISION EVALUADORA: Grupo de evaluadores responsables de realizar la evaluación del desempeño laboral de los empleados, uno de los cuales debe ser de libre nombramiento y remoción.

COMPETENCIA LABORAL: Capacidad de una persona para desempeñar, en diferentes contextos y con base en los requerimientos de calidad y resultados esperados en el sector público, las funciones inherentes a un empleo.

COMPETENCIAS COMPORTAMENTALES COMUNES: Comportamiento laboral requerido en los empleados para el cumplimiento de sus funciones y la prestación de los servicios en el Estado.

Descripción del Procedimiento.				
N.º	Actividad	Descripción	Punto de Control	Responsable
1	Concertar los compromisos laborales y comportamentales de los servidores públicos.	<p>Los compromisos laborales y comportamentales deben ser concertados por el evaluador (jefe inmediato o comisión evaluadora) y el evaluado (servidor público de carrera administrativa o periodo de prueba) en todas las sedes de trabajo del Instituto, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes del inicio del periodo de evaluación anual o de la posesión del servidor público en periodo de prueba, según corresponda.</p> <p>Para ello se tendrá en cuenta los siguientes insumos:</p> <p><input type="checkbox"/> Manual Específico de Funciones y Competencias Laborales vigente.</p>	<p>Registro en el aplicativo EDL APP.</p> <p>Acta.</p>	Jefe inmediato o Comisión Evaluadora.
		<p><input type="checkbox"/> Planes institucionales o metas por áreas, dependencias, grupos internos de trabajo y procesos o indicadores de gestión.</p> <p><input type="checkbox"/> El resultado de la evaluación de áreas o dependencias de la vigencia anterior, emitida por la Oficina de Control Interno.</p> <p><input type="checkbox"/> El resultado de la última calificación definitiva del desempeño laboral. (No aplica para periodo de prueba).</p> <p>Los compromisos de mejoramiento individual del periodo de evaluación inmediatamente anterior, cuando haya lugar a ello.</p> <p>El registro de la concertación se hará en el aplicativo EDL APP de la CNSC versión oficial, quedando concertados tanto para los compromisos laborales y comportamentales mínimo 3, máximo 5. Una vez registrado por el evaluador los compromisos concertados en el aplicativo, el evaluado ingresa con el usuario y contraseña asignado para aceptar los compromisos.</p>		
2		<p>¿El evaluado no está de acuerdo con los compromisos registrados y los rechaza?</p> <p>Sí. Continúa en la actividad N°1. No. Continúa en la actividad N°3.</p>		Servidor público evaluado.
3		<p>¿Para la fecha de concertación el evaluado se encuentra ausente?</p> <p>Sí. Continúa en la actividad N°5. No. Continúa en la actividad N°4.</p>		Jefe inmediato o comisión evaluadora.

4		¿El evaluador omite la concertación de compromisos con el servidor público? Si. Continúa en la actividad N°6. No Continúa en la actividad N°7.		Servidor público evaluado.
5	Fijar compromisos laborales y comportamentales de servidores públicos ausentes.	El evaluador procede a fijar los compromisos laborales y comportamentales del servidor público ausente en el aplicativo EDL APP, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes del cierre de la fecha de concertación. Para esto deja constancia del hecho en formato "Acta" PA-DO-G01-F01 versión oficial y solicita la firma de un testigo que desempeñe un empleo igual o superior al del evaluado; comunicando por correo electrónico al evaluado quien podrá presentar reclamación en formato "oficio" PA-DO-G01-F02 versión oficial, con copia al jefe inmediato ante la Comisión de Personal del Orden Nacional del Instituto, dentro de los dos (2) días hábiles siguientes con la manifestación expresa de los motivos de su inconformidad. Una vez resuelta la reclamación, se fija los compromisos en el aplicativo EDL APP y continúa en la actividad N°07.	Registro en el aplicativo EDL APP. Acta. Oficio. Reclamación del servidor público.	Jefe inmediato o comisión evaluadora.
6	Proponer compromisos laborales y comportamentales por omisión del evaluador.	El evaluado dentro de los tres (3) días hábiles siguientes del cierre de la fecha de concertación, remite por correo electrónico una propuesta de compromisos laborales y comportamentales al evaluador (jefe inmediato o comisión evaluadora), quien hará observaciones y presentará una propuesta ajustada al evaluado.	Correo electrónico. Registro en el Aplicativo EDL APP.	Servidor público evaluado.
		De no existir consenso, el evaluador fija los compromisos del evaluado en el aplicativo EDL APP; el evaluado puede presentar reclamación ante la Comisión de Personal del Orden Nacional del Instituto, dentro de los dos (2) días hábiles siguientes con la manifestación expresa de los motivos de su inconformidad. Una vez resuelta la reclamación, se fija los compromisos en el aplicativo EDL APP y continúa en la actividad N°07.		
7	Registrar evidencias en el aplicativo EDL APP.	El evaluado registra evidencias en el aplicativo EDL APP, que permiten establecer de manera objetiva equitativa y transparente el avance, cumplimiento o incumplimiento de los compromisos que se han generado durante el periodo de evaluación. (Ver Guía Aplicativo EDL APP) versión oficial. Nota: si el evaluado no registra evidencias en el aplicativo EDL APP, el evaluador realiza seguimiento al desempeño laboral y al desarrollo de los compromisos comportamentales, generando compromiso de mejoramiento.	Registro en el Aplicativo EDL APP.	Servidor público evaluado.
8	Realizar seguimiento al desempeño laboral y al desarrollo de compromisos comportamentales.	El evaluador realiza el seguimiento en formato "Acta" PA-DO-G01-F01 versión oficial del avance, cumplimiento o incumplimiento del desempeño laboral y el desarrollo de los compromisos comportamentales del evaluado durante la totalidad del periodo de evaluación.	Acta de seguimiento. Registro en el Aplicativo EDL APP. Evidencias físicas.	Jefe inmediato o comisión evaluadora.

		<p>Para su desarrollo el evaluador tendrá en cuenta los siguientes criterios:</p> <p><input type="checkbox"/> Avance de los planes institucionales o metas por áreas, dependencias, grupos internos de trabajo y procesos o indicadores de gestión según corresponda.</p> <p><input type="checkbox"/> Evidencias que estén registradas en el aplicativo EDL APP por el evaluado o que sean aportadas físicamente por el evaluador, evaluado o un tercero sobre el desarrollo de los compromisos concertados.</p> <p>Nota: el evaluador realizará como mínimo un seguimiento semestral al evaluado (s).</p>		
9		<p>¿El evaluado requiere compromisos de mejoramiento?</p> <p>Si. Continúa en la actividad N°10. No. Continúa en la actividad N°11.</p>		Jefe inmediato o comisión evaluadora.
10	Suscribir compromisos de mejoramiento.	<p>Si durante el período de evaluación de la EDL el evaluador evidencia que existen aspectos a mejorar, podrá suscribir compromisos de mejoramiento individual basados en el seguimiento a los avances de los planes institucionales o metas por áreas, las establecidas en los Manuales Específicos de Funciones y Competencias Laborales o en su defecto las señaladas en el Decreto 815 de 2018, grupos internos de trabajo y procesos o indicadores de gestión y las evidencias sobre el desarrollo de los compromisos concertados.</p> <p>Los compromisos de mejoramiento individual del evaluado se registran en el</p>	Compromisos de mejoramiento en EDL APP.	Jefe inmediato o comisión evaluadora.
		<p>aplicativo EDL APP y se verifica su cumplimiento en las evaluaciones parciales semestrales.</p> <p>Nota: se hace seguimiento al cumplimiento de los compromisos de mejoramiento en las evaluaciones semestrales.</p>		
11	Realizar evaluaciones parciales semestrales o parciales eventuales.	<p>El evaluador debe realizar evaluaciones parciales semestrales o parciales eventuales al evaluado, que permiten evidenciar el porcentaje de avance en relación con el cumplimiento de los compromisos concertados.</p> <p>Para evaluaciones parciales semestrales debe tener en cuenta:</p> <p><input type="checkbox"/> Evaluación parcial del primer semestre. Se produce dentro de los quince (15) días hábiles siguientes al 31 de julio de cada vigencia.</p> <p><input type="checkbox"/> Evaluación parcial del segundo semestre. Se produce dentro de los quince (15) días hábiles siguientes al 31 de enero de la vigencia siguiente.</p> <p>Las evaluaciones parciales eventuales se producen dentro de los diez (10) días hábiles siguientes, contados a partir del momento en que se presente la situación que las origina. Estas evaluaciones deben quedar registradas en el aplicativo EDL APP.</p> <p>Nota: si se presentan evaluaciones parciales eventuales estas harán parte del resultado de</p>	<p>Evaluación parcial semestral registrada en el aplicativo EDL APP.</p> <p>Evaluación parcial eventual registrada en el aplicativo EDL APP.</p>	Jefe inmediato o comisión evaluadora.

		las evaluaciones parciales semestrales. Si el evaluador no realiza evaluaciones parciales semestrales o parciales eventuales dicho periodo se asumirá con calificación de mínimo satisfactorio: 66%.		
12		¿Hay retiro del evaluador en la sede de trabajo? Si. Continúa en la actividad N°17. No. Continúa en la actividad N°13.		Jefe inmediato o comisión evaluadora.
13		¿El servidor de carrera administrativa tuvo cambio definitivo del empleo como resultado de traslado del evaluado o reubicación del empleo? Si. Continúa en la actividad N°18. No. Continúa en la actividad N°14.		Jefe inmediato o comisión evaluadora.
14		¿El servidor de carrera administrativa presenta separación temporal del empleo superior a 30 días? Si. Continúa en la actividad N°19. No. Continúa en la actividad N°15.		Jefe inmediato o comisión evaluadora.
15		¿El servidor de carrera administrativa se separa temporalmente del empleo con ocasión de un nombramiento en periodo de prueba en otra entidad? Si. Continúa en la actividad N°20. No. Continúa en la actividad N°16.		Jefe inmediato o comisión evaluadora.
16		¿El servidor en periodo de prueba presenta interrupción de su ejercicio por un lapso igual o superior a 20 días continuos? Si. Continúa en la actividad N°21. No. FIN		Jefe inmediato o comisión evaluadora.
17	Evaluar por retiro del jefe inmediato.	Si el evaluador con rol de jefe inmediato se retira de la sede de trabajo debe realizar una evaluación parcial eventual a los evaluados a su cargo, con excepción de los evaluados que tiene la comisión evaluadora antes de su retiro. Si el evaluador que se retira integra la comisión evaluadora, el evaluador vigente será el responsable del proceso de evaluación hasta que se conforme nuevamente la comisión. Nota: una vez realizada la evaluación parcial eventual el jefe inmediato o comisión evaluadora informa por correo electrónico a GOPRO de la novedad. Una vez finalizada esta evaluación continua en la actividad N°22.	Evaluación parcial eventual registrada en aplicativo EDL APP. Correo electrónico.	Jefe inmediato o comisión evaluadora.
18	Evaluar por cambio definitivo del empleo.	El evaluador realiza evaluación parcial eventual por el tiempo efectivamente laborado al evaluado que presenta cambio definitivo del empleo por traslado a otra sede de trabajo o por reubicación del empleo, dejando registro en el aplicativo EDL APP. Nota: una vez realizada la evaluación parcial eventual el jefe inmediato o comisión evaluadora informa por correo electrónico a GOPRO de la novedad. Una vez finalizada esta evaluación continua en la actividad N°22.	Evaluación parcial eventual registrada en aplicativo EDL APP. Correo electrónico.	Jefe inmediato o comisión evaluadora.

19	Evaluar por separación temporal del empleo superior a 30 días.	<p>El evaluador realiza la evaluación parcial eventual al evaluado cuando presente separación temporal del empleo superior a 30 días consecutivos, por motivo de suspensión, por asumir en encargo las funciones de otro cargo o con ocasión de licencias, incapacidades, comisiones o vacaciones, dejando registro en el aplicativo EDL APP.</p> <p>Nota: una vez realizada la evaluación parcial eventual el jefe inmediato o comisión evaluadora informa por correo electrónico a GOPRO de la novedad.</p> <p>Una vez finalizada esta evaluación continua en la actividad N°22.</p>	<p>Evaluación parcial eventual registrada en aplicativo EDL APP.</p> <p>Correo electrónico.</p>	Jefe inmediato o comisión evaluadora.
20	Evaluar por nombramiento en periodo de prueba en otra entidad.	<p>El evaluador realiza la evaluación parcial eventual al evaluado cuando se separa temporalmente del empleo con ocasión de un nombramiento en periodo de prueba en otra entidad, dejando registro en el aplicativo EDL APP.</p> <p>Nota: una vez realizada la evaluación parcial eventual el jefe inmediato o comisión evaluadora informa por correo electrónico a GOPRO de la novedad.</p> <p>Una vez finalizada esta evaluación continua en la actividad N°22.</p>	<p>Evaluación parcial eventual registrada en aplicativo EDL APP.</p> <p>Correo electrónico.</p>	Jefe inmediato o comisión evaluadora.
21	Evaluar por interrupción del periodo de prueba.	<p>El evaluador realiza la evaluación parcial eventual al evaluado por interrupción del periodo de prueba por un lapso igual o superior a 20 días continuos, caso en el cual el periodo de prueba se prolongará por el término que dure la interrupción, dejando</p>	<p>Evaluación parcial eventual registrada en aplicativo EDL APP.</p> <p>Correo electrónico.</p>	Jefe inmediato o comisión evaluadora.
		<p>registro en el aplicativo EDL APP.</p> <p>Nota: una vez realizada la evaluación parcial eventual el jefe inmediato o comisión evaluadora informa por correo electrónico a GOPRO dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes la novedad.</p> <p>Una vez finalizada esta evaluación continua en la actividad N°22.</p>		
22	Comunicar evaluaciones parciales semestrales o eventuales al evaluado.	<p>El evaluador comunica de forma verbal al evaluado el resultado de la evaluación parcial semestral o parcial eventual según corresponda, para que este ingrese con su usuario y contraseña al aplicativo EDL APP y, conozca el avance de su desempeño laboral y compromisos comportamentales.</p>		Jefe inmediato o comisión evaluadora.
23		<p>¿El evaluador o la comisión evaluadora debe realizar calificación definitiva a un servidor público de carrera administrativa)</p> <p>Si. Continúa en la actividad N°24. No. Continúa en la actividad N°25.</p>		Jefe inmediato o comisión evaluadora.
24	Realizar calificación definitiva a servidores públicos de carrera administrativa.	<p>El evaluador realiza la calificación definitiva anual del evaluado con base al cumplimiento de los compromisos laborales y comportamentales, constatando y verificando con las evidencias registradas en el aplicativo EDL APP o aportadas físicamente por el evaluador, evaluado o un tercero los logros alcanzados, el cumplimiento de los compromisos y condiciones acordados en la concertación o fijación de los mismos.</p>	<p>Calificación definitiva registrada en el aplicativo EDL APP.</p>	Jefe inmediato o comisión evaluadora.

		<p>Esta calificación debe producirse dentro de los quince (15) días hábiles siguientes al vencimiento de dicho periodo que comprende desde el 1 de febrero al 31 de enero del año siguiente y corresponde a la sumatoria de las dos (2) evaluaciones parciales semestrales, teniendo en cuenta que:</p> <p><input type="checkbox"/> La evaluación corresponde a la sumatoria de los porcentajes obtenidos por el evaluado en las evaluaciones parciales semestrales y en las parciales eventuales cuando se hayan presentado.</p> <p><input type="checkbox"/> Atiende a uno de los niveles previstos en la escala: (i) sobresaliente, mayor o igual al 90%, (ii) satisfactorio, mayor al 65% y menor al 90% o (iii) NO satisfactorio, menor o igual al 65%.</p> <p>La calificación definitiva del evaluado queda registrada por el evaluador en el aplicativo EDL APP.</p> <p>Continúa actividad N°26.</p>		
25	Realizar calificación definitiva a servidores públicos en periodo de prueba.	<p>Para la calificación definitiva a un servidor público en periodo de prueba, el evaluador efectúa la calificación dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su vencimiento, teniendo en cuenta los siguientes criterios:</p> <p><input type="checkbox"/> La calificación definitiva corresponde a la sumatoria de los porcentajes obtenidos por el</p>	Calificación definitiva registrada en el aplicativo EDL APP.	Jefe inmediato o comisión evaluadora.
		<p>evaluado en las evaluaciones parciales eventuales si se hubieren presentado.</p> <p><input type="checkbox"/> Atiende a uno de los niveles previstos en la escala: (i) sobresaliente, mayor o igual al 90%, (ii) satisfactorio, mayor al 65% y menor al 90% o (iii) NO satisfactorio, menor o igual al 65%.</p> <p><input type="checkbox"/> La calificación definitiva es independiente de las evaluaciones obtenidas con anterioridad o posterioridad a esta.</p> <p><input type="checkbox"/> El periodo anual de evaluación inicia al día siguiente de la firmeza de la calificación del periodo de prueba hasta el 31 de enero del año siguiente, siempre y cuando el lapso de prestación de servicios sea superior a treinta (30) días calendario.</p> <p><input type="checkbox"/> En el periodo de prueba no procede evaluación extraordinaria.</p> <p>La calificación definitiva del evaluado queda registrada por el evaluador en el aplicativo EDL APP.</p>		
26	Notificar la calificación definitiva.	<p>Una vez registrada la calificación definitiva en el aplicativo EDL APP, el evaluador notifica al evaluado dentro de los dos (2) días hábiles siguientes los resultados de la calificación definitiva, imprimiendo el formato PDF que genera el aplicativo y hace firmar recibido en formato "Acta" PA-DO-G01-F01 versión oficial.</p> <p>Si el evaluado está separado temporalmente</p>	Acta.	Jefe inmediato o comisión evaluadora.

		del empleo, el evaluador dará aplicación a lo contenido en el Artículo 66 y subsiguientes de la Ley 1437 de 2011.		
27		¿El evaluado interpuso recurso contra la calificación definitiva? Sí. Continúa en la actividad N°28. No. Continúa en la actividad N°30.		Servidor público evaluado.
28	Resolver recurso de reposición.	El evaluador estudia la sustentación del recurso, la DIREG y Direcciones ERON proyectan en formato resolución el acto administrativo que resuelve el recurso de reposición. Los evaluadores de la sede central proyectan en formato "oficio" en su versión oficial que resuelve el recurso de reposición. Si el evaluado solicita recurso de reposición con subsidio de apelación el Superior Jerárquico de la sede de trabajo estudia la sustentación y proyecta acto administrativo que resuelve la apelación. Nota: si el evaluado no sustenta el recurso el evaluador emite un acta ejecutoria con la calificación en firme, en el formato "acta" en su versión oficial.	Acto administrativo. Oficio. Acta ejecutoria.	Director General, director regional, director de ERON o comisión evaluadora.
29	Notificar acto administrativo.	El evaluador notifica al servidor público la decisión de los recursos de reposición y la calificación definitiva en firme obtenida en el periodo, de acuerdo con la Ley 1437 de 2011, artículos 66 y subsiguientes.	Acto administrativo notificado.	Jefe inmediato o comisión evaluadora.
		Nota: si el servidor público evaluado obtuvo calificación definitiva en nivel NO satisfactorio, el evaluador o la comisión evaluadora informan en oficio al GOPRO, al correo electrónico evaluaciondesempenolaboral@inpec.gov.co . FIN		
30		¿El evaluado obtuvo calificación en nivel NO satisfactorio? Sí. Continúa en la actividad N°31. No. FIN		Jefe inmediato o comisión evaluadora.
31	Informar calificación de nivel NO satisfactorio.	El evaluador informa a la Subdirección de Talento Humano mediante formato oficio PA-DO-G01-F01 versión oficial la calificación en nivel NO satisfactorio del evaluado, relacionado y adjuntando el formato PDF que genera el aplicativo EDL APP, las evidencias que fueron aportadas físicamente por el evaluador, evaluado o un tercero sobre el desarrollo de los compromisos concertados y los compromisos de mejoramiento.	Oficio.	Jefe inmediato o comisión evaluadora.
32	Solicitar concepto no vinculante.	GOPRO, solicita a la comisión regional de personal correspondiente el concepto no vinculante del evaluado que obtuvo el nivel NO satisfactorio. Si el concepto no vinculante de la comisión regional de personal no es favorable, GOPRO solicita a la comisión de personal del orden nacional estudie viabilidad de concepto no vinculante. Si el concepto no vinculante de la comisión	Concepto no vinculante.	Servidor GOPRO.

		de personal del orden nacional no es favorable, la Subdirección de Talento Humano continúa con la de declaración de insubsistencia al nombramiento del servidor público.		
33	Proyectar acto administrativo de declaración de insubsistencia.	Emitido el concepto no vinculante del servidor público se proyecta el acto administrativo de declaración de insubsistencia mediante el cual se retira al servidor público por calificación NO satisfactoria y se declara la vacancia.	Proyecto acto administrativo.	Servidor GOPRO.
34	Revisar firma del proyecto acto administrativo.	El Coordinador de GOPRO, revisa el proyecto de acto administrativo y si lo encuentra conforme tramita la firma de la Subdirección de Talento Humano que lo aprueba suscribiendo el documento.	Proyecto acto administrativo.	Coordinador GOPRO. subdirector Talento humano.
35	Remitir proyecto de acto administrativo para control de legalidad.	Una vez el documento cuente con la firma de la Subdirección de Talento Humano, se remite mediante planilla diligenciada a la Oficina Asesora Jurídica el proyecto de acto administrativo para control de legalidad conforme a la Guía Control de Legalidad Proyectos Actos Administrativos PA-GL-G03 versión oficial	Proyecto acto administrativo.	Coordinador GOPRO.
36		¿La Oficina Asesora Jurídica aprueba el proyecto de Acto Administrativo? Sí. Continúa en la Actividad N°37. No. Continúa en la Actividad N°33.		Oficina Asesora Jurídica.
37	Firmar acto administrativo.	Una vez firmado el acto administrativo por el jefe de la Oficina Asesora Jurídica, éste es devuelto a GOPRO, quién lo remitirá para firma al director general del Instituto.	Acto administrativo.	Director General.
38	Numerar el acto administrativo.	Una vez firmado el acto administrativo por el director general del Instituto, la Oficina Asesora Jurídica procede a numerar y fechar la resolución, archiva el documento original y remite por correo electrónico una copia escaneada a GOPRO, conforme a la Guía Registro y Autenticación de Actos Administrativos PA-GL-G01 versión oficial.	Acto administrativo. Correo electrónico.	Oficina Asesora Jurídica.
39	Notificar el acto administrativo.	GOPRO remite al evaluador donde labora el servidor público de carrera administrativa o en periodo de prueba a través de correo electrónico el acto administrativo de declaración de insubsistencia mediante el cual se retira al funcionario por calificación NO satisfactoria para que este lo notifique de acuerdo con la Ley 1437 de 2011, artículos 66 y subsiguientes.	Correo electrónico.	Servidor GOPRO.
40		¿El servidor público en carrera administrativa o en periodo de prueba interpuso recurso de reposición en contra del acto administrativo? Sí. Continúa en la Actividad N°41. No. Continúa en la Actividad N°48.		Servidor público evaluado.
41	Resolver recurso de reposición.	Se estudia la sustentación del recurso y se proyecta acto administrativo que resuelve el recurso de reposición, con previa revisión del Coordinador GOPRO.	Proyecto acto administrativo.	Servidor GOPRO.
42	Revisar proyecto acto administrativo.	El Coordinador de GOPRO, revisa el proyecto de acto administrativo y si lo encuentra conforme tramita la firma de la Subdirección de Talento Humano que lo aprueba suscribiendo el documento.	Proyecto acto administrativo.	Coordinador GOPRO. subdirector Talento Humano.

43	Remitir proyecto de acto administrativo para control de legalidad.	Una vez el documento cuente con la firma de la Subdirección, se remite mediante planilla diligenciada a la Oficina Asesora Jurídica el proyecto de acto administrativo para control de legalidad conforme a la Guía Control de Legalidad Proyectos Actos Administrativos PA-GL-G03 versión oficial.	Proyecto acto administrativo.	Servidor GOPRO.
44		¿La Oficina Asesora Jurídica aprueba el proyecto de Acto Administrativo? Sí. Continúa en la Actividad N°.45. No. Continúa en la Actividad N°.41.		Oficina Asesora Jurídica.
45	Firmar acto administrativo.	Una vez firmado el acto administrativo por el jefe de la Oficina Asesora Jurídica, éste es devuelto a GOPRO, quién lo remitirá para firma al director general del Instituto.	Acto administrativo.	Director General.
46	Numerar el acto administrativo.	Una vez firmado el acto administrativo por el director general del instituto, la Oficina Asesora Jurídica procede a numerar y fechar la resolución, archiva el documento original y remite por correo electrónico una copia escaneada a GOPRO, conforme a la Guía Registro y Autenticación de Actos Administrativos PA-GL-G01 versión oficial.	Acto administrativo. Correo electrónico.	Oficina Asesora Jurídica.
47	Notificar el acto administrativo.	GOPRO remite al evaluador donde labora el servidor público de carrera administrativa o en periodo de prueba a través de correo electrónico el acto administrativo que resuelve el recurso de reposición para que este lo notifique de acuerdo con la Ley 1437 de 2011, artículos 66 y subsiguientes.	Correo electrónico.	Servidor GOPRO.
48	Remitir el acto administrativo a los Grupos de la Subdirección de Talento Humano.	GOPRO remite por correo electrónico copia del acto administrativo ejecutoriado a los Grupos de Administración del Talento Humano, Grupo de Seguridad Social, Grupo de Prestaciones Sociales y Grupo de Nómina; asimismo a la Dirección Regional en la que está adscrito el servidor público retirado. Si el servidor público pertenece al Cuerpo Custodia y Vigilancia se informa a la Subdirección de Cuerpo de Custodia.	Correo electrónico. Copia del acto administrativo.	Servidor GOPRO.
49	Remitir expediente al Grupo de Administración Historias Laborales.	Se remite por correo electrónico el expediente para su archivo en la historia laboral del ex servidor público al Grupo de Administración Historias Laborales.	Correo electrónico.	Servidor GOPRO.

	Elaboró	Revisó	Autorizó
Puesto			
Fecha	Abril 2022		
Nombrey firma			

CONTROL DE CAMBIOS

NÚMERO DEREVISIÓN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
1		

ANEXO 19 Procedimiento de auditoría

	Procedimiento para: Auditoría internas	Responsable: Controlador de Información Documentada	
		Código: SIG-ASST-P-06	Página: 1 de 9
		Revisión: 1	
		Referencia ISO 19001:2018	Emisión: abril 2022

OBJETIVO.

Evaluar los procesos, actividades, operaciones y resultados del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC, mediante la aplicación de normas de auditoría generalmente aceptadas, contribuyendo con el proceso de mejora continua de la gestión administrativa.

ALCANCE

Este procedimiento inicia con elaboración del Programa Anual de Auditorías-PAA y finaliza con reportar informe.

TERMINOS

Acción Correctiva: Conjunto de acciones tomadas para eliminar las causas de una no conformidad detectada u otra situación indeseable.

Acciones de Mejora: Conjunto de actividades que conllevan al cumplimiento de los requisitos.

Acción Preventiva: Conjunto de acciones tomadas para eliminar las causas de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable.

Alcance de la Auditoría: Extensión y límites de una auditoría. El alcance de la auditoría incluye generalmente una descripción de las ubicaciones, las unidades de la organización, las actividades y los procesos, así como el periodo de tiempo cubierto.

Auditado. Organización o persona sometida a auditoría.

Auditor. Persona que lleva a cabo una auditoría.

Auditoría: Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de la auditoría y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar el grado en que se cumple los criterios de auditoría.

Conclusiones de la Auditoría. Resultado de una auditoría, tras considerar los objetivos de la auditoría y todos los hallazgos de la auditoría.

Conformidad. Cumplimiento de un requisito.

Criterios de Auditoría. Conjunto de políticas, procedimientos o requisitos usados como referencia frente a la cual se compara la evidencia de la auditoría.

Resultados de la Auditoría: Resultados de la evaluación de la evidencia de auditoría recopilada, comparada con los criterios de auditoría acordados. Los resultados de la auditoría proveen la base para el reporte de la auditoría.

Reunión de Auditoría. Encuentro entre el auditor y los auditados con el propósito de revisar el alcance de los objetivos de la auditoría, confirmar la disponibilidad de los recursos e instalaciones necesarias para la misma y aclarar detalles del plan de auditoría.

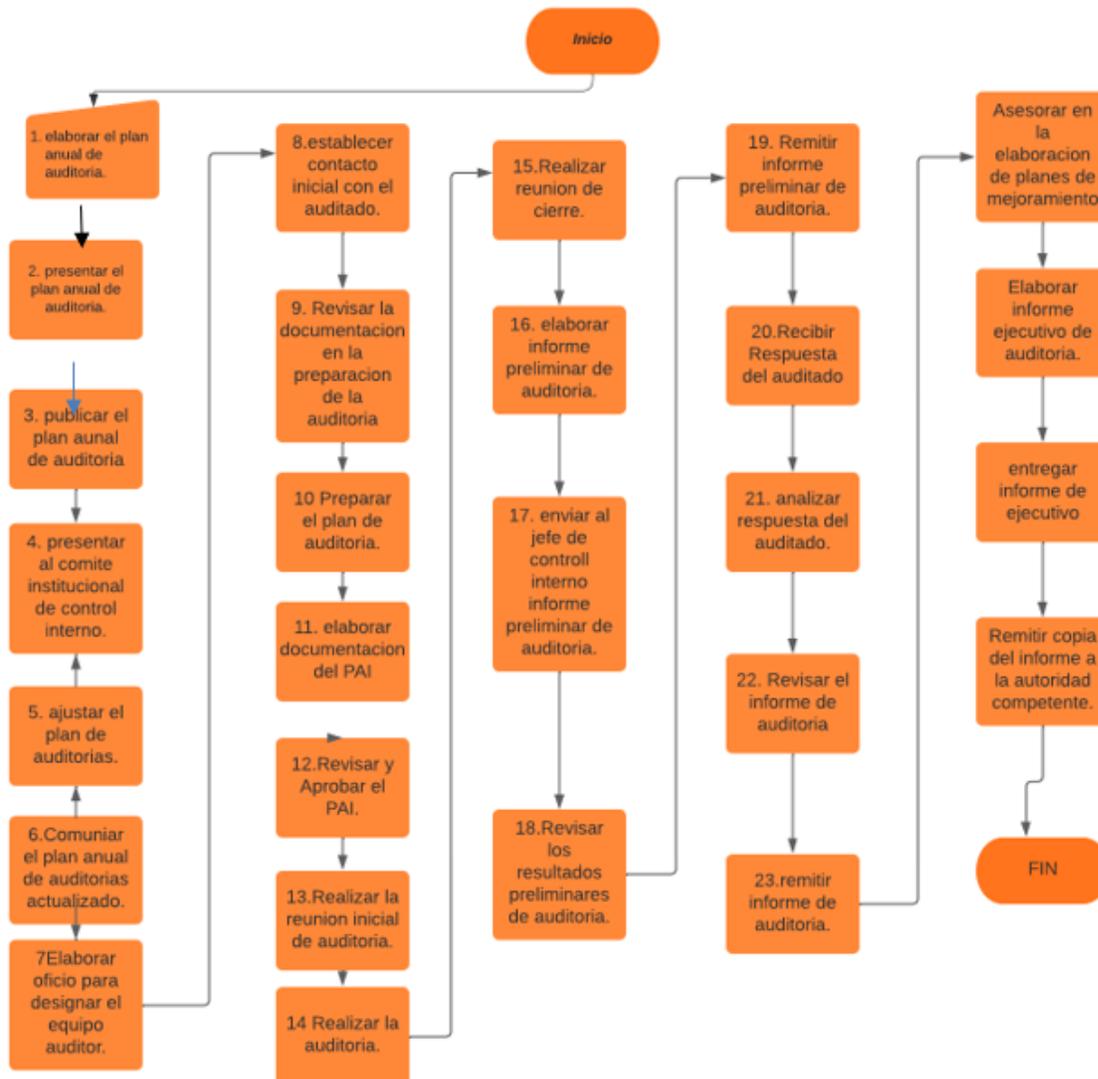
Reunión de Cierre: Encuentro entre el auditor y los auditados con el propósito de presentar los resultados de la auditoría y coordinar la elaboración de las solicitudes de acción correctiva o preventiva. Es un mecanismo usado para documentar una discrepancia o una no conformidad que requiere atención.

GENERALIDADES

En la realización de las auditorías internas se siguen las siguientes fases:

- ❖ El centro penitenciario debe asegurarse de Programación de la auditoría.
- ❖ Planificación de la auditoría.
- ❖ Ejecución de la auditoría.
- ❖ Comunicación de resultados de Auditoría.
- ❖ Finalización e Informe.
- ❖ Seguimiento a cumplimiento de planes de mejoramiento.

DIAGRAMA DEL PROCEDIMIENTO.



6. Detalle del procedimiento				
Nº	Actividad	Descripción	Punto de Control	Responsable
1	Elaborar el programa anual de auditorías-PAA.	Elaborar el proyecto de programa anual de auditorías en el formato Programa anual de auditoría versión oficial para aprobación del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.	Proyecto programa anual de auditoría.	Jefe Oficina de Control Interno. Coordinadores de OFICI.
2	Presentar el programa anual de auditorías-PAA.	Presentar a consideración del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno el formato Programa anual de auditoría versión oficial diligenciado.	Programa anual de auditoría Acta de Comité.	Jefe Oficina de Control Interno.
4	Presentar al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno las auditorías no programadas.	Presentar a consideración del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno las auditorías no programadas.	Acta de comité.	Jefe Oficina de Control Interno.
5	Ajustar el programa anual de auditorías.	Ajustar y publicar el programa anual de auditorías actualizado con las modificaciones aprobadas por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.	Publicación del Programa anual de auditoría actualizado en la página WEB.	Funcionario del Grupo de Evaluación y Seguimiento - OFICI.
6	Divulgar el programa anual de auditorías actualizado en la Oficina de Control Interno.	Divulgar mediante correo electrónico el Programa Anual de Auditorías actualizado a los funcionarios de la Oficina de Control Interno.	Correo electrónico.	Jefe Oficina de Control Interno.
7	Elaborar oficio para designar el equipo auditor.	Elaborar oficio con la designación de: el equipo auditor, el/los proceso(s) auditar y el auditor líder. Una vez notificado el equipo auditor, cuenta con diez (10) días hábiles para	Oficio.	Jefe Oficina de Control Interno. Coordinador del Grupo de Evaluación y Seguimiento -GRESE
		el proceso de planificación de la auditoría, igualmente, si las circunstancias lo requieren se designarán dentro del equipo auditor funciones y responsabilidades de observador y experto técnico.		
8	Establecer contacto inicial con el auditado.	Como mínimo con cinco (5) días hábiles de anticipación a la fecha de la visita, el jefe de la Oficina de Control Interno debe establecer contacto inicial con el auditado, desarrollando las siguientes tareas: • Comunicar al auditado sobre la realización de la auditoría interna programada indicando la fecha y hora de la reunión de apertura de la auditoría. • Solicitar los documentos y registros necesarios para planificar la auditoría.	Comunicación al auditado. Solicitud de documentación.	Jefe Oficina de Control Interno. Auditor líder.
9	Revisar la documentación en la preparación de la auditoría.	Se debe revisar la documentación recopilada sobre el proceso o área a auditar esta documentación debe incluir registros, informes de auditorías previas y demás documentos que se estimen necesarios para la preparación del plan de auditoría.		Auditor líder. Equipo Auditor.
10	Preparar el plan de auditoría.	Preparar el plan de auditoría con base en la información del formato Plan de	Plan de auditoría.	Auditor líder. Equipo Auditor.

		auditoría versión oficial y la documentación recopilada y analizada.		
11	Elaborar papeles de trabajo para la auditoría.	<p>Elaborar los papeles de trabajo necesarios para la auditoría, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formato Lista de verificación de auditoría versión oficial y planes de muestreo. • Cuestionario de entrevistas. • Encuestas. • Soportes para registrar la información de la auditoría, como: Acta versión oficial para el registro de reuniones y evidencias de apoyo. 	Papeles de trabajo.	Auditor líder Equipo Auditor.
12	Revisar y aprobar el plan de auditoría.	Revisar y aprobar formato de auditoría diligenciado por el Auditor Líder y Equipo Auditor.	Plan de auditoría.	Jefe Oficina de Control Interno.
13	Realizar la reunión de inicio de la auditoría.	<p>Se realiza y se registra en el formato Acta versión oficial la reunión de inicio de la auditoría, en la cual se dará a conocer al auditado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los integrantes del equipo auditor y se informara quién es el profesional encargado de la auditoría (Líder). • Se comunican los principales objetivos de la auditoría. • Se comunica el alcance de la auditoría. • Se da a conocer el cronograma inicial del trabajo. 	Acta de la reunión de inicio de la auditoría.	Auditor líder. Equipo Auditor.
		<ul style="list-style-type: none"> • Identificar el eniase y quienes seran las personas que entregaran la información que se requerirá en la auditoría y cuál será el procedimiento para solicitarla. • Situaciones o aspectos por las cuales la auditoría puede darse por terminada. • Se coordina y fija la reunión de cierre de la auditoría. <p>Se entrega al auditado para su conocimiento y aceptación el plan de auditoría junto con la comunicación de compromiso, salvaguarda o representación que debe firmar.</p>		
14	Realizar la auditoría.	<p>Realizar las actividades de la auditoría de acuerdo con lo establecido en el formato Plan de auditoría aprobado en la actividad No 15 y las Normas de auditoría generalmente aceptadas.</p> <p>El líder de la auditoría establecerá reuniones periódicas con el equipo auditor, con el fin de conocer los avances en la ejecución de la auditoría, los contratiempos que se puedan presentar en la misma y definir unidad de criterio con el equipo auditor.</p> <p>Si durante la auditoría se presenta algún contratiempo o cambio que pueda ocasionar el incumplimiento del plan establecido, se comunicará al Jefe</p>	Papeles de trabajo diligenciados.	Auditor líder. Equipo Auditor.

		de la Oficina de Control Interno para determinar el paso a seguir documentando cualquier contingencia presentada.		
15	Realizar reunión de cierre.	Realizar y registrar en el formato Acta versión oficial, la reunión de cierre con el fin de presentar al auditado las observaciones parciales y situaciones encontradas durante el trabajo de campo, igualmente, el registro de algún tipo de pronunciamiento por parte del auditado. En caso de presentarse inconformidad por parte del auditado, este debe remitir las evidencias que la soporten. Informe preliminar de auditoría o de auditoría versión oficial.	Acta de la reunión de cierre.	Auditor líder. Equipo Auditor.
16	Elaborar el informe preliminar de la auditoría.	Elaborar dentro de los Quince (15) días hábiles siguientes a la reunión de cierre, el informe preliminar de la auditoría en el formato Informe preliminar de auditoría o de auditoría versión oficial, con base en los papeles de trabajo realizados, evidencias identificadas (en caso que ellas sean procedentes) y las conclusiones y análisis del equipo auditor.	Informe preliminar de auditoría o de auditoría	Auditor líder. Equipo Auditor.
17	Enviar al jefe de la Oficina de Control Interno el informe preliminar de auditoría.	Enviar al jefe de la Oficina de Control Interno para su revisión el formato Informe preliminar de auditoría o de auditoría versión oficial, diligenciado.	Correo electrónico. Informe preliminar de auditoría o de auditoría.	Auditor líder.
18	Revisar los resultados preliminares de la auditoría.	Revisar conjuntamente con el jefe de la Oficina de Control Interno el informe preliminar de auditoría para su aprobación. En dicha revisión, el equipo auditor junto con el Jefe de la Oficina de Control Interno, analizarán cada uno de los hallazgos documentados y determinarán la presunta incidencia de cada uno de ellos; sea ésta administrativa, disciplinaria, penal y fiscal. Igualmente, que el informe cumpla con los requisitos de calidad requeridos, tales como: <ul style="list-style-type: none"> • Informe en letra arial 12. • Cuando se requiera copia textual de cualquier documento o criterio, debe ir en negrilla, cursiva y arial 10, con doble sangría. • Para cuadros o ilustraciones dentro del texto, debe ir el título en la parte superior izquierda y en la parte inferior izquierda referencia de la fuente de origen de la información o imagen. Estos requisitos deben ser evaluados en primera instancia por el auditor que elabora el informe, después por el auditor líder que consolida el mismo y finalmente por el Jefe de la Oficina de	Informe preliminar de auditoría o de auditoría.	Jefe Oficina de Control Interno. Auditor líder. Equipo Auditor. Coordinadores de la OFICI.

		Control Interno quien avala y firma el formato PV-CI-P01-F04 Informe preliminar de auditoría o de auditoría versión oficial, diligenciado.		
19	Remitir informe preliminar de la auditoría.	Remitir mediante oficio el informe preliminar al auditado y demás procesos involucrados, una vez confirmado el recibido, contarán con un término de cinco (5) días hábiles para desvirtuar o confirmar los hallazgos.	Correo Electrónico. Oficio. Informe preliminar de auditoría o de auditoría.	Auditor líder.
20	Recibir respuesta del auditado.	La Oficina de Control Interno recibe por parte del auditado bien sea mediante formato Oficio versión oficial o correo electrónico las objeciones y/o conformidad al informe preliminar (Acreditando evidencias).	Oficio y/o Correo Electrónico.	Auditor líder.
21	Analizar la respuesta del auditado.	Analizar la posibilidad de ajustar con un plazo máximo de cinco (5) días hábiles , el informe preliminar de auditoría en caso que las evidencias aportadas acrediten que lo descrito en el informe preliminar de la auditoría no se ajustaba o que era susceptible de modificación.	Informe de auditoría confirmado y/o ajustado.	Equipo auditor.
22	Revisar el informe de auditoría.	Una vez se analiza la respuesta del auditado se revisa conjuntamente con el jefe de la Oficina de Control Interno el informe de auditoría para su aprobación.	Informe preliminar de auditoría o de auditoría.	Jefe Oficina de Control Interno. Auditor líder. Equipo Auditor.
				Coordinador del Grupo de Evaluación y Seguimiento -GRESE
23	Remitir el informe de auditoría.	Remitir mediante formato Oficio versión oficial el informe de auditoría formato Informe preliminar de auditoría o de auditoría versión oficial al auditado para que este envíe a la oficina de Control Interno en un término no superior a diez (10) días hábiles el plan de mejoramiento.	Oficio. Correo electrónico. Informe preliminar de auditoría o de auditoría.	Auditor líder.
24	Asesorar en la elaboración de planes de mejoramiento.	En los cinco (5) días hábiles siguientes a la entrega del informe definitivo se deberá programar capacitación presencial o virtual con el auditado, con el fin de asesorar en la elaboración del plan de mejoramiento, actividad que deberá registrarse en el formato Acta versión oficial. Una vez se realice esta actividad el auditado cuenta con un término no superior a diez (10) días hábiles , para remitir al equipo auditor el plan de mejoramiento.	Acta de asesoría.	Auditor líder. Equipo Auditor.
25	Elaborar informe ejecutivo.	Elaborar informe ejecutivo cuyo contenido es una sustanciación del informe de auditoría con destino a la Dirección General.	Informe ejecutivo.	Auditor líder. Equipo Auditor.
26	Entregar informe ejecutivo.	Entregar informe ejecutivo de la auditoría al director general.	Oficio. Informe ejecutivo.	Jefe de Oficina de Control Interno. Equipo auditor.
27	Remitir copia del informe a la autoridad competente.	Remitir copia del informe a la secretaria general de la Presidencia, a la secretaria de Transparencia de la Presidencia de la República y organismos de control pertinentes señalando el presunto hallazgo, siempre y cuando a ello haya lugar.	Oficio y/o Correo Electrónico. Informe preliminar de auditoría o de auditoría.	Jefe de Oficina de Control Interno. Equipo auditor.

	Elaboró	Revisó	Autorizó
Puesto			
Fecha	Abril 2022		
Nombrey firma			

CONTROL DE CAMBIOS

NÚMERO DEREVISIÓN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
1		

ANEXO 20 Formato plan de auditoria

							
PLAN DE AUDITORÍA							
Proceso/Procedimiento. Area/proyecto, etc.							
Objetivos de la Auditoría							
Alcance de la Auditoría							
ITEM	ACTIVIDAD DE AUDITORÍA	AUDITOR RESPONSABLE	CRONOGRAMA				
			Mes 1	Mes 2	Mes3	Mes 4	
1							
2							
3							
RECURSOS PARA LA EJECUCIÓN DE LA AUDITORÍA							
TIPO DE RECURSO		DESCRIPCIÓN					
Elaborado Por:		Revisado Por:					
Fecha de Elaboración :		Fecha de Revisión:					

ANEXO 21 Guía rendición de cuentas

	GUÍA DE RENDICIÓN DE CUENTAS	
	Responsable: Alta dirección	
	Código: SIG-ASST-E-01	Página: 1 de 8
	Revisión: 1	
Referencia	Emisión: 6 Jun 2022	

OBJETIVO

Definir lineamientos metodológicos para la elaboración de la Estrategia de Rendición de Cuentas (CDI), a través de la cual el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario informe, explique y dé a conocer los resultados de la gestión y los logros alcanzados, a través de espacios de diálogo permanente entre la entidad y los diferentes valores y grupos de interés, en un marco de integridad, permanencia, transparencia, eficiencia y amplia difusión de la información institucional.

TERMINOS

Audiencia Pública: mecanismo de participación, que utiliza como herramienta el diálogo social entre las autoridades y la ciudadanía, con el fin de informar y monitorear la gestión pública.

Código de Integridad: herramienta diseñada por la Función Pública en la que se establecieron mínimos homogéneos de integridad para todos los servidores públicos del país, y que debe ser implementado por todas las entidades públicas.

Control disciplinario: es la vigilancia que ejerce el Estado sobre los servidores públicos que se encuentran al servicio del Estado y de la comunidad en general, ejercida de dos formas: por un lado, a través de las oficinas de control disciplinario interno representadas por el mandatario o jerárquico superior que investiga la conducta del subordinado; y por otra parte, la potestad sancionadora ejercida directamente por la Fiscalía General de la Nación, en el marco del Código Disciplinario Unificado Ley 734 de 2002.

Diálogo en rendición de cuentas, es un acto de diálogo público, ya sea presencial o virtual, en el que se escuchan e intercambian opiniones entre la Administración y grupos de valor sobre los resultados de la gestión institucional, en una relación horizontal y abierta, que permite para el cuestionamiento, la explicación, la negociación, la crítica y la diferencia.

Diálogo con la ciudadanía: mantener y crear nuevos espacios de diálogo entre la administración pública y la ciudadanía, fomentar la rendición de cuentas y el control social por parte de la ciudadanía e implementar en las entidades gubernamentales el uso del lenguaje ciudadano en todos los canales de comunicación, esto en desarrollo del Documento CONPES 3654 de 2010.

DNP: acrónimo de Departamento Nacional de Planeación.

Entidad del Estado: son las creadas por la constitución, la ley, ordenanza o convenio, o autorizadas por éstos, que tienen participación pública, donde se cumple una función administrativa, comercial o industrial.

GATEC: acrónimo de Grupo de Atención al Ciudadano.

Gestión: actividades coordinadas para planificar, controlar, asegurar y mejorar una entidad.

Gestión pública: actividad que realizan los organismos del Estado y los particulares que desempeñan una función pública con el fin de satisfacer las necesidades de los ciudadanos y promover el desarrollo del país.

Grupos de valor: personas físicas (ciudadanos) o jurídicas (organizaciones públicas o privadas) a quienes se dirigen los bienes y servicios de una entidad.

Políticas: lineamientos u orientaciones definidas por la alta dirección en el marco del ejercicio público con el fin de cumplir los fines constitucionales y misionales de la entidad.

Rendición de Cuentas (RDC): es la obligación de las entidades del Poder Ejecutivo, de los servidores públicos del orden nacional y territorial y del Poder Judicial y Legislativo, de informar, dialogar y dar respuesta clara, concreta y eficaz a las solicitudes y necesidades de los grupos de interés (ciudadanos, organizaciones y grupos de valor) sobre la gestión realizada, los resultados de sus planes de acción y el respeto, garantía y protección de los derechos.

Transparencia: principio de la gestión pública, que favorece la democratización y la libertad de acceso a la información y la inclusión ciudadana.

Transparencia activa: publicar información de forma proactiva sin solicitud alguna, a través de los medios oficiales, de acuerdo con los principios de máxima publicidad, buena fe, transparencia, eficacia, facilitación, no discriminación, gratuidad, rapidez, calidad de la información y difusión proactiva de la información...

Transparencia pasiva: se refiere a la obligación de las instituciones estatales de responder y entregar a los ciudadanos los documentos e información generados en el proceso de gestión y administración del organismo, en los plazos establecidos.

ETAPAS DE RESPONSABILIDAD

El Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario como parte del Poder Ejecutivo del Orden Nacional, y lo requerido en el marco normativo, tiene en cuenta el desarrollo de cinco (5) etapas para lograr el propósito de desarrollar la estrategia de entrega de cuentas, con base en los lineamientos del Departamento Administrativo del Servicio Civil - DAFP y de conformidad con lo establecido en el artículo 56 de la Ley 1757 de 2015, se debe seguir un conjunto de pasos que se enumeran a continuación:

1. **Elaboración:** Consiste en la organización gradual y permanente de actividades y experiencias que promuevan la cultura de la rendición de cuentas al interior de la entidad y la relación con los grupos de valor. Consiste en actividades para identificar el estado actual de rendición de cuentas, capacitación y organización del trabajo del equipo líder.
2. **Diseño:** Se refiere a la actividad creativa desarrollada para concretar el cómo del proceso de rendición de cuentas en la futura etapa de ejecución. Su objetivo es diseñar actividades que sean útiles y eficaces. Es ideal que esta fase cuente con procesos participativos para definir las actividades, gestores, tiempos y recursos de la RDC en todas las fases del ciclo de gestión (anual). Incluye el diseño de la estrategia de comunicación.

3 preparación: Consiste en disponer, para su aplicación inmediata, de los recursos, documentos, compromisos, entre otros, que, en el caso de la rendición de cuentas, se utilizarán en la etapa de ejecución. Se refiere a las condiciones necesarias para la rendición de cuentas

4. Ejecución: Esta etapa está relacionada con la implementación de la estrategia de rendición de cuentas de la entidad de acuerdo con las actividades definidas; refleja el compromiso de cumplir las metas y objetivos fijados. Es el momento en que se ejecutan las acciones de publicación, difusión y comunicación de información, así como el desarrollo de espacios de diálogo con la participación de los grupos de valor e interés.

5 Seguimiento y evaluación: La evaluación y seguimiento de la estrategia de rendición de cuentas es transversal y se inicia y finaliza con la elaboración del autodiagnóstico, ya que sirve de base para definir los indicadores y evidenciar su avance anual en una entidad. Esta etapa incluye, en cumplimiento de la normativa, la entrega de respuestas escritas a las consultas ciudadanas dentro de los 15 días siguientes a su formulación como parte del proceso de rendición de cuentas. Asimismo, estas respuestas deberán ser publicadas en la página web de la entidad o en los medios de comunicación oficiales.

ELEMENTOS DE RENDICIÓN DE CUENTAS

Tal como lo indica el Departamento Administrativo del Servicio Civil - DAFP y de acuerdo con el Manual Único de Rendición de Cuentas, la rendición de cuentas de las entidades públicas debe cumplir con tres elementos centrales para garantizar la rendición pública de cuentas de las autoridades y el derecho del ciudadano a controlar la gestión, como sigue:

INFORMACIÓN: Informar públicamente sobre las decisiones y explicar la gestión pública, sus resultados y avances en la garantía de los derechos. Es importante que la información sea:

En Colombia, la Constitución Política Nacional y la Ley de Transparencia y Acceso a la Información (Ley 1712/2014) establecen que el acceso a la información sobre la gestión pública es un derecho de todos los ciudadanos. Parte de este elemento son los tipos de transparencia (Pasiva, Activa, Enfocada y Colaborativa):

Transparencia Pasiva: se refiere al derecho del ciudadano a acceder a la información pública a través de solicitudes que pueda realizar a los sujetos obligados, quienes deberán responder en un plazo de 10 días hábiles.

Transparencia Activa: Las administraciones públicas deben poner a disposición del público la información relevante de forma actualizada y detallada.

Los sujetos obligados deberán divulgar proactivamente en las páginas web, vallas publicitarias y cualquier otro medio, a fin de que todos los ciudadanos puedan acceder a la información pública.

Transparencia Enfocada: Brinda información específica que busca resolver dudas específicas o necesidades particulares de grupos de valor.

Las entidades deben anticiparse a la demanda de información de los ciudadanos, publicando de forma proactiva aquellos datos que sean de su interés y que den respuesta a sus problemas.

Transparencia Colaborativa: las entidades pueden publicar los datos en formatos abiertos que permitan a los interesados, procesar la información y generar explicaciones propias del tema analizado.

DIALOGO: Diálogo con grupos de valor e interés en esta materia, explicando y justificando la gestión, permitiendo preguntas y cuestionamientos, en escenarios de encuentro presencial, complementado, si existen las condiciones, con medios virtuales.

La rendición de cuentas implica responder y enfrentar diversos tipos de control, especialmente el control ciudadano; sin participación no hay rendición de cuentas. Por lo tanto, el diálogo es un elemento clave. La forma en que interactuamos y dialogamos con las partes interesadas es crucial. He aquí algunos elementos clave: abrir canales de escucha, actitud receptiva, dialogar con todos y promover en el diálogo, que se reconozcan puntos de convergencia desde el reconocimiento de la garantía de los derechos, en la gestión pública, como un interés común que oriente el propio diálogo.

Las opciones que el Instituto puede adoptar como acciones en el elemento DIÁLOGO son: Para lograr el diálogo sobre la gestión y sus resultados en el proceso de la RDC, el director general, el Comité de Gestión del Desempeño Institucional y/o el equipo directivo promoverán la participación de sus grupos de interés. Con este fin, invitará ampliamente a las partes interesadas identificadas a los eventos y reuniones de la RDC. La entidad invitará de manera abierta y participativa a los diferentes actores del proceso de rendición de cuentas.

El método de diálogo considerará la limitación del tiempo de los participantes en la(s) reunión(es), en la formulación de inquietudes, propuestas o sugerencias de los asistentes y las respuestas orientadas desde la entidad, así como en la jerarquización de las previamente identificadas. temas de interés.

La metodología de diálogo podrá ir acompañada del uso de mecanismos participativos apoyados en el uso de Tecnologías de la Información, tales como: chat, foros virtuales, video streaming, redes sociales, aplicaciones móviles, entre otros.

Para todas las acciones de diálogo, el INPEC brindará información previa a los ciudadanos convocados, teniendo en cuenta el mismo plazo prudencial sugerido para las convocatorias, 15 días calendario. Para el proceso de la CRD, la entidad establecerá de acuerdo a su competencia y elección por comité el (los) espacio(s) de encuentro “reuniones presenciales y/o virtuales” con metodologías de diálogo con la ciudadanía, tomando como referencia el Manual Único de Responsabilidad.

Es importante involucrar a los asistentes en la formulación de inquietudes, el establecimiento de compromisos y la socialización en los espacios de diálogo definidos en la estrategia de rendición de cuentas. En todo caso, toda intervención por parte de los asistentes deberá contar con retroalimentación, en caso de no ser respondida directamente, se atenderá por el medio más adecuado, dentro de los 15 días siguientes a la formulación de la misma. El instituto establecerá el resultado de los compromisos y las respuestas específicas en el lugar más visible y apropiado.

RESPONSABILIDAD: Ser responsable de los resultados de la gestión definiendo o asumiendo mecanismos de corrección o mejora en sus planes institucionales para atender los compromisos y evaluaciones identificados en los espacios de diálogo. También incluye la capacidad de las autoridades para responder al control de los ciudadanos, los medios de comunicación, la sociedad civil y los órganos de control asegurando el cumplimiento o imponiendo sanciones si la gestión no es satisfactoria.

La responsabilidad también contiene incentivos, pero esto no se limita a ellos. La consolidación de la cultura de la rendición de cuentas en las entidades sí requiere incentivos para que el servidor público y el ciudadano orienten el esfuerzo de su conducta en el marco de la garantía de derechos como horizonte de interés mutuo. Sin embargo, la rendición de cuentas enfatiza la necesidad de que las instituciones cumplan con los compromisos adquiridos en los ejercicios de rendición de cuentas y tomen acciones correctivas para mejorar la garantía de los derechos. Debe ir más allá de los incentivos; es necesario garantizar un total compromiso institucional con la consolidación de una efectiva incidencia de la participación ciudadana en los ejercicios de rendición de cuentas.

Consideraciones: Una vez que se hayan seleccionado las acciones y se haya tomado la decisión sobre qué acciones en cada uno de los tres elementos del proceso de la RDC llevará a cabo el INPEC, estas se verán reflejadas en un cronograma que ayudará a monitorear y controlar cada una de las actividades y unidades involucradas en el proceso de la RDC en cada periodo. Asimismo, la Dirección de Control Interno deberá realizar su retroalimentación con base en lo reflejado en la versión oficial PE-PI-PN03 Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano. Es importante tener en cuenta que las acciones propuestas en cada uno de los elementos son complementarias entre sí.

El primer eslabón de este último paso es la evaluación de cada una de las acciones de los tres elementos constitutivos del proceso de rendición de cuentas: información, diálogo y responsabilidad. Para ello, la OFPLA elabora un informe con el resultado obtenido de cada una de las actuaciones, según sus logros y dificultades y lo publica en la web de la entidad.

Los resultados de todas las acciones serán registrados en un solo memorando, publicado y difundido para conocimiento del público, servidores penitenciarios, así como de grupos de interés y valor.

Teniendo en cuenta los elementos en cada una de las etapas del proceso de rendición de cuentas, es lo que permite generar una articulación como se detalla a continuación:



Fuente | Interrelación de las etapas con los elementos de rendición de cuentas.

	Elaboró	Revisó	Autorizó
Puesto			
Fecha			
Nombre y firma			

ANEXO 22 Procedimiento gestión del cambio

	Procedimiento para: gestión de los cambios en el SIG	Responsable: director de Tratamiento Penitenciario	
		Código: SIG- ASST-P-04	Página: 1 de 9
		Revisión: 1	

OBJETIVO

Establecer las actividades necesarias para la gestión de los cambios con el fin de mantener la integridad del Sistema de Gestión SST en el Establecimiento.

ALCANCE

Este procedimiento inicia con la identificación del tipo de cambio y finaliza con la realización de observaciones sobre el seguimiento.

TERMINOS

Alta Dirección: persona o grupo de personas que dirige y controla una organización.

Cambio: conjunto de variaciones que sufre la entidad y que su resultado genera un nuevo comportamiento.

Competencia: un SGC es más efectivo cuando todos los empleados entienden y aplican las habilidades, formación, educación y experiencia necesarias para desempeñar sus roles y responsabilidades.

Dueño del proceso: funcionario del Instituto que tiene la responsabilidad de asegurar el logro del objetivo del proceso, mediante su efectivo gerenciamiento.

Mapa de riesgos: herramienta metodológica de prevención y autocontrol que permite hacer un inventario de los riesgos ordenada y sistemáticamente, definiéndolos, haciendo la descripción de cada uno de estos y las posibles consecuencias.

SGA: sigla para definir el Sistema de Gestión Ambiental.

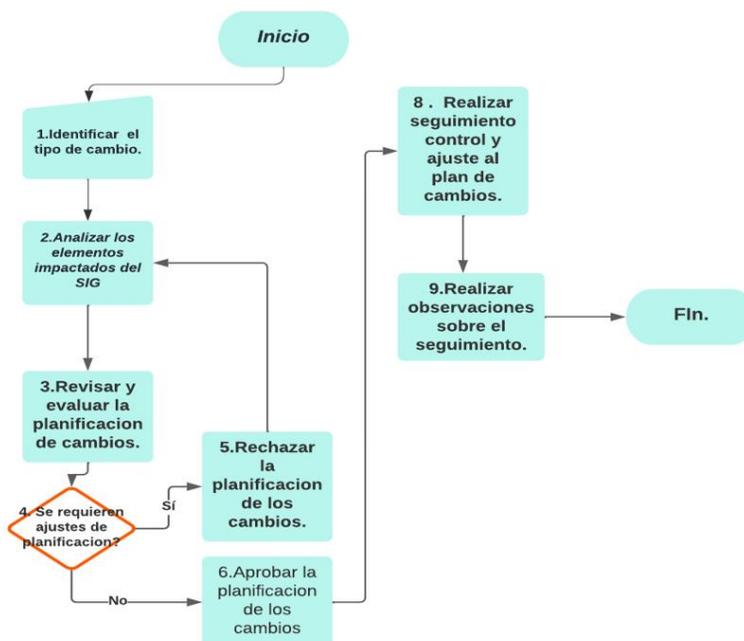
SGI: sigla para denominar el Sistema de Gestión Integrado.

SG-SST: sigla para definir el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

MARCO LEGAL

Circular 2 del 2015.

DIAGRAMA DEL PROCESO



DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO				
N.º	Actividad	Descripción	Punto de Control	Responsable
1	Identificar el tipo de cambio.	Identificar las fuentes de los cambios que pueden afectar la integridad del Sistema de Gestión Integrado (normatividad, estructura de los documentos, nuevos procesos, nuevas actividades, cambios de métodos de trabajo, auditorias, validaciones entre otros .). Una vez identificado el tipo de cambio, deberá comunicarse al dueño de proceso con el fin de que este analice la pertinencia de realizar la gestión de los cambios en el SGI.		Funcionario INPEC interesado en la gestión del cambio.
2	Analizar los elementos impactados del Sistema de Gestión Integrado.	Analizar los elementos impactados del Sistema de Gestión Integrado Planificación de los cambios identificando si se requiere: Modificar y actualizar la documentación que componen el SGI. Adquirir o cambiar nuevos equipos, maquinaria, cambiar infraestructura (tecnológica). Una vez realizado el análisis, el detalle de las actividades para implementación del cambio, teniendo en cuenta los responsables de ejecución de las actividades, los recursos y el tiempo estimado de duración. En lo referente al SG-SST.	Planificación de los cambios.	Dueños de procesos. funcionario INPEC interesado en la gestión del cambio.
		El formato diligenciado debe ser remitido por el dueño de proceso al correo electrónico planeacion@inpec.gov.co de la Oficina Asesora de Planeación.		
3	Revisar y evaluar la planificación de los cambios.	Revisar planificación de los cambios, la criticidad y el impacto del cambio, con el fin de determinar qué planes deben ser aprobados por la Dirección.	Planificación de los cambios.	Jefe Oficina Asesora de Planeación.
4		¿Se requieren ajustes a la planificación de los cambios? Si. Continúa en la Actividad No.5 No. Continúa en la Actividad No. 6		Jefe Oficina Asesora de Planeación.
5	Rechazar la planificación de los cambios.	Rechazar mediante correo electrónico al dueño del proceso el formato Planificación de los cambios versión oficial digitalizado, con observaciones para realizar los ajustes pertinentes, señalando con una "X" en la casilla de rechazado y firma del Jefe de la Oficina Asesora de Planeación en el formato. Continua en la actividad No. 2	Correo electrónico. Planificación de cambios.	Jefe Oficina Asesora de Planeación.
6	Aprobar la planificación de los cambios.	Aprobar la planificación de los cambios El formato debe ser digitalizado y remitido al dueño de proceso mediante correo electrónico.	Correo electrónico. Planificación de los cambios.	Jefe Oficina Asesora de Planeación.
7	Socializar la planificación de los cambios.	Socializar la planificación de los cambios aprobada, los tiempos, actividades y demás información necesaria, a los implicados de ejecutarlos dejando registro.	Acta.	Dueños de procesos.

8	Realizar seguimiento, control y ajuste al plan de cambios.	Realizar seguimiento, control y ajuste al plan de cambios en cumplimiento a los resultados esperados y reportar trimestralmente el avance de la ejecución sobre la planificación de los cambios a la Oficina Asesora de Planeación. En caso de requerir ajustes a la planificación de los cambios estos deberán ser comunicados al correo planeacion@inpec.gov.co para ser revisados y aprobados.	Correo electrónico.	Dueños de procesos.
9	Realizar observaciones sobre el seguimiento.	Realizar las observaciones a los dueños de proceso y retroalimentación sobre la ejecución de la planificación del cambio. Fin.	Correo electrónico.	Jefe Oficina Asesora de Planeación.

CONTROL DE CAMBIOS

NÚMERO DE REVISIÓN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO

ANEXO 23 Procedimiento revisión por la dirección

	Procedimiento para: Revisión por la dirección del sistema de gestión integrado.	Responsable: Controlador de Información Documentada	
		Código: SIG-ASST-P-03	Página: 1 de 9
		Revisión: 1	
		Referencia Normas ISO	Emisión: abril 2022

OBJETIVO.

Establecer las actividades para realizar la Revisión del Sistema de Gestión Integrado - SGI y análisis de los resultados por parte de la Dirección General, siguiendo los lineamientos expuestos en las normas que fundamentan el SGI.

ALCANCE.

Inicia con la determinación de la Revisión del Sistema de Gestión Integrado y finaliza con el seguimiento a las acciones de mejora.

TERMINOS

Acción correctiva: acción emprendida para eliminar las causas que originan una novedad u otra situación no deseable existente, con el propósito de evitar que se vuelva a presentar.

Acción preventiva: acción emprendida para eliminar las causas que podrían originar un evento u otra situación potencial no deseable con el propósito de evitar su ocurrencia.

Auditoría: examen sistemático e independiente para determinar si las actividades y resultados relacionados con el proceso administrativo enfocado al aseguramiento de calidad cumple las disposiciones establecidas en los procesos, procedimientos, resoluciones, reglamentos internos o en general cualquier documento que establezca la manera de administrar las actividades del INPEC. Este examen permite adicionalmente establecer si las disposiciones adoptadas se aplican de manera efectiva y permiten alcanzar los objetivos institucionales. propuestos.

Conformidad: es el cumplimiento de lo establecido en la Norma Técnica de Calidad, Manual, procesos, procedimientos aplicados por el Instituto, cumpliendo con los requisitos determinados en la normatividad, por los clientes y los establecidos por el INPEC para prestar un mejor servicio.

Corrección: acción emprendida para tratar un evento o novedad que no requiere un análisis detallado de causas de ocurrencia o cuyas causas se evidencian de inmediato siendo necesario aplicar para su tratamiento ajustes rutinarios.

GRUDO: sigla para definir el Grupo Desarrollo Organizacional.

GRUPE: sigla para definir el Grupo Planeación Estratégica.

Indicador: son razones que comparan las características de una o varias variables los cuales, en un proceso posterior, se comparan contra estándares previamente definidos. El indicador es un mecanismo de control. El indicador es la medida que permite conocer la situación en el momento o lugar en que se práctica el control, es decir, en el punto de control, puede expresarse en forma de porcentaje o dato cuantitativo. Los indicadores permiten a la Entidad autoevaluarse permanentemente determinando el grado de avance de su gestión y hacer las correcciones necesarias mediante seguimiento, para garantizar mejoramiento continuo. De acuerdo con el resultado que se desee obtener, los indicadores se clasifican: de Operación o Tácticos, Estratégicos o de Gestión y Normativos o de Resultados.

OFPLA: sigla para definir la Oficina Asesora de Planeación.

Protocolo: reglas o metodologías para la realización de ceremoniales o eventos.

Revisión del Sistema de Gestión Integrado: evaluación formal de la alta dirección del INPEC sobre la situación actual y grado de eficacia y eficiencia del sistema vigente, en relación con las políticas y sus objetivos.

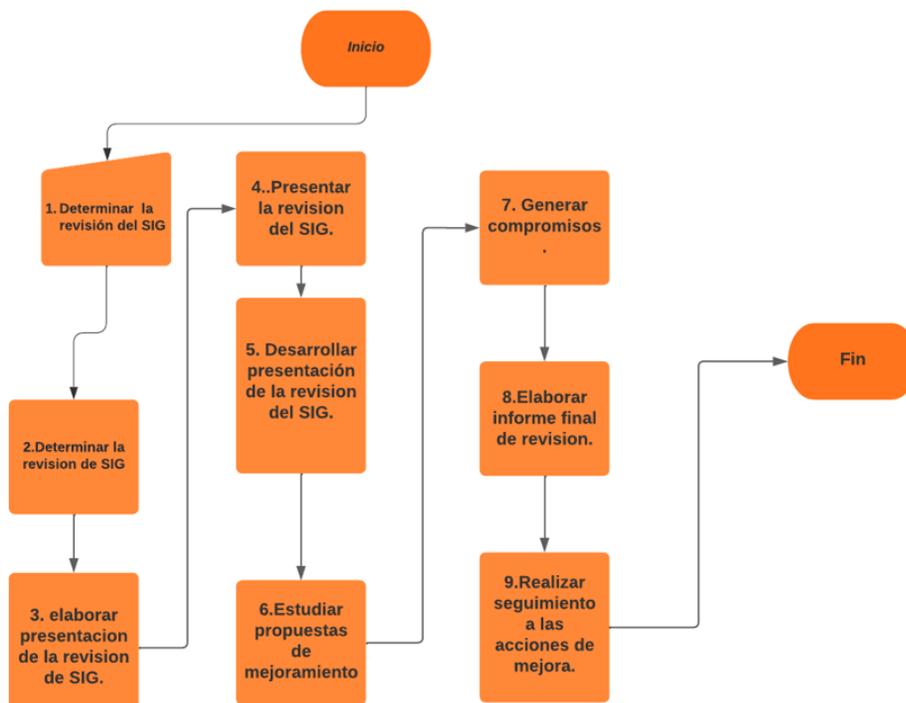
SCI: sigla para definir el Sistema de Control Interno.

SGC: sigla para definir el Sistema de Gestión de Calidad.

SGI: sigla para definir el Sistema de Gestión Integrado.

SG-SST: sigla para definir el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

VII Diagrama del procedimiento.



6. Descripción del procedimiento.				
N.º	Actividad	Descripción	Punto de Control	Responsable
1	Determinar la Revisión del Sistema de Gestión Integrado.	<p>El Director General, en coordinación con el Representante de la dirección para el Sistema de Gestión de la Calidad del Instituto, establecerá la programación de la Revisión del Sistema de Gestión Integrado, la cual es comunicada a los Dueños de Proceso, para que a su vez alisten las entradas para la revisión.</p> <p>Nota: mediante acto administrativo se realizó la designación como representante de la Dirección General para los procesos de implementación del Sistema de Gestión de Calidad NTCGP 1000:2009 y del Modelo Estándar de Control Interno MECI al Jefe de la Oficina Asesora de Planeación. No obstante, lo anterior, OFPLA debe dirigir el diseño, implementación y sostenibilidad del Sistema de Gestión</p>	Circular	Jefe Oficina Asesora de Planeación

		Integrado, así como acompañar a las demás dependencias en su implementación.		
2	Preparar la revisión del Sistema de Gestión Integrado.	Conocida la programación, los dueños de proceso, coordinarán con las dependencias, Grupos y Áreas respectivas la revisión de la gestión realizada, en la cual se evaluará la gestión e incluirán los aspectos más relevantes dentro de la respectiva presentación con el fin de expuesta en la fecha establecida. Ver Instructivo Anexo No. 1		Dueño de proceso
3	Elaborar presentación de la Revisión del Sistema de Gestión Integrado	Los Dueños de proceso, elaborarán la presentación (diapositivas) para la revisión con base en la gestión realizada sobre las entradas establecidas en el Anexo No.1, cumplimiento de los planes, programas y proyectos, entre otros, los cuales estarán soportados en los registros y la aplicación de los documentos asociados a los procesos. Ver Anexo No. 1.	Presentación en diapositivas	Dueño de proceso
4	Presentar la revisión del Sistema de Gestión Integrado.	Cumplida la fecha establecida en la Circular, el representante por la Dirección y los Dueños de proceso presentarán al director general y al Comité	Presentación en diapositivas Acta	Jefe Oficina Asesora de Planeación Dueños de procesos
		Institucional de Desarrollo Administrativo el Informe de la Revisión. El jefe de la Oficina Asesora de Planeación realizará las funciones de secretario del Comité Institucional de Desarrollo Administrativo en la reunión de la Revisión del SGI, dejando constancia del desarrollo en formato "Acta", Ver anexo No. 2		
5	Desarrollar Presentación de la revisión del Sistema de Gestión Integrado.	La revisión se iniciará con la evaluación de las actividades de la revisión anterior del sistema y siguiendo lo establecido en el Anexo No. 1 y 2.	Presentación en diapositivas Acta	Jefe Oficina Asesora de Planeación Dueño de proceso
6	Estudiar propuestas de mejoramiento.	Una vez realizada la presentación de los procesos y de acuerdo con las propuestas presentadas se analizará y estudiará la viabilidad para el cumplimiento de las mismas, teniendo en cuenta los aspectos presupuestales, talento humano, infraestructura, programas y proyectos de Atención Integral, Tratamiento Penitenciario, Seguridad, apoyo de la Red Social y otros elementos	Acta	Director General Comité Institucional de Desarrollo Administrativo.

		necesarios para llevar a cabo lo propuesto, garantizando la eficacia, eficiencia y efectividad del sistema y satisfacción del cliente y partes interesadas, las cuales se reflejarán en los Planes Institucionales de la correspondiente vigencia		
7	Generar compromisos.	<p>Analizados y estudiados los inconvenientes y propuestas de mejoramiento el Director General, delegará de acuerdo con la temática y competencia, la responsabilidad de poner en marcha las acciones tomadas tanto para prevenir y corregir las desviaciones y no conformidades, de la misma manera los programas y proyectos encaminados al mejoramiento del Instituto y satisfacción del cliente.</p> <p>De los compromisos y responsabilidades adquiridos por los funcionarios el secretario dejará registro en el "Acta", con el fin de que los responsables, establezcan las estrategias para el cumplimiento de éstos, estableciendo los recursos, fechas y tareas a desarrollar e</p>	Acta	<p>Director General</p> <p><u>Jefe</u> Oficina Asesora de Planeación</p>
		incluir dentro de los Planes Institucionales para la siguiente vigencia.		
8	Elaborar informe final de revisión.	<p>El Informe final de la Revisión del Sistema de Gestión Integrado del Instituto, estará elaborado por el Secretario del Comité Institucional de Desarrollo Administrativo y estará constituido por la presentación y el acta, quien lo entregará para observaciones y ajustes a los integrantes del Comité Institucional de Desarrollo Administrativo y posterior firma de aprobación.</p> <p>Finalmente se divulgará el resultado de la Revisión del Sistema de Gestión Integrado del Instituto a los Servidores Penitenciarios y Carcelarios y se publicará a la sociedad mediante los diferentes medios de difusión con los que cuenta el INPEC.</p>	<p>Presentación</p> <p>Acta</p>	Jefe Oficina Asesora de Planeación
9	Realizar seguimiento a las acciones de mejora.	La Oficina Asesora de Planeación de acuerdo con su competencia realizarán el seguimiento y evaluación de los compromisos generados de la		Oficina Asesora de Planeación (GRUDO - GRUPE)

		Revisión del SGI.		
--	--	-------------------	--	--

	Elaboró	Revisó	Autorizó
Puesto			
Fecha	Abril 2022		
Nombrey firma			

CONTROL DE CAMBIOS

NÚMERO DEREVISIÓN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
1		

ANEXO 24 Procedimiento acciones correctivas y no conformidades

	Procedimiento para: Corrección, No Conformidad y Acciones Correctivas	Responsable: Coordinador HSEQ	
		Código: SIG-ASST-P-08	Página: 1 de 7
		Revisión: 1	
		Referencia ISO 45001:2018: 10.2 ISO 14001:2015: 10.2	Emisión: Abril 2022

OBJETIVO

Establecer los lineamientos para asegurar que se establecen, implementan y mantienen las medidas necesarias para eliminar las causas de no conformidad actual o potencial, con objeto de prevenir la ocurrencia o recurrencia del Sistema Integrado de Gestión.

ALCANCE

Las Acciones Correctivas Aplican: Para el Sistema Integrado de Gestión.

Las Acciones Preventivas aplican: Para el Sistema de Gestión en los puntos de Seguridad y Salud en el Trabajo.

POLÍTICAS DE OPERACIÓN.

Las Acciones Correctivas/preventivas pueden surgir a partir del análisis de las causas y tendencias que originan las No Conformidades actuales y Potenciales que provengan de:

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**A) PARA EL DESEMPEÑO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DEL SST**

Fallo de la alta dirección al demostrar su compromiso
Fallo de establecer los objetivos del SST
Fallo al definir las responsabilidades en el sistema de gestión
Fallo al evaluar el cumplimiento de los requisitos
Fallo al cumplimiento de necesidades de formación

AMBIENTAL**A). PARA EL DESEMPEÑO DEL SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL**

Fallo de la alta dirección al demostrar su compromiso
Fallo al cumplimiento de necesidades de formación
Incumplimiento de establecimiento de objetivos y metas ambientales
Incumplimiento de la definición de las responsabilidades requeridas por el sistema de gestión ambiental, tales como las responsabilidades para alcanzar los objetivos y metas o para la preparación y respuesta ante emergencia.
Incumpliendo de la evaluación periódica de la conformidad con los requisitos legales.

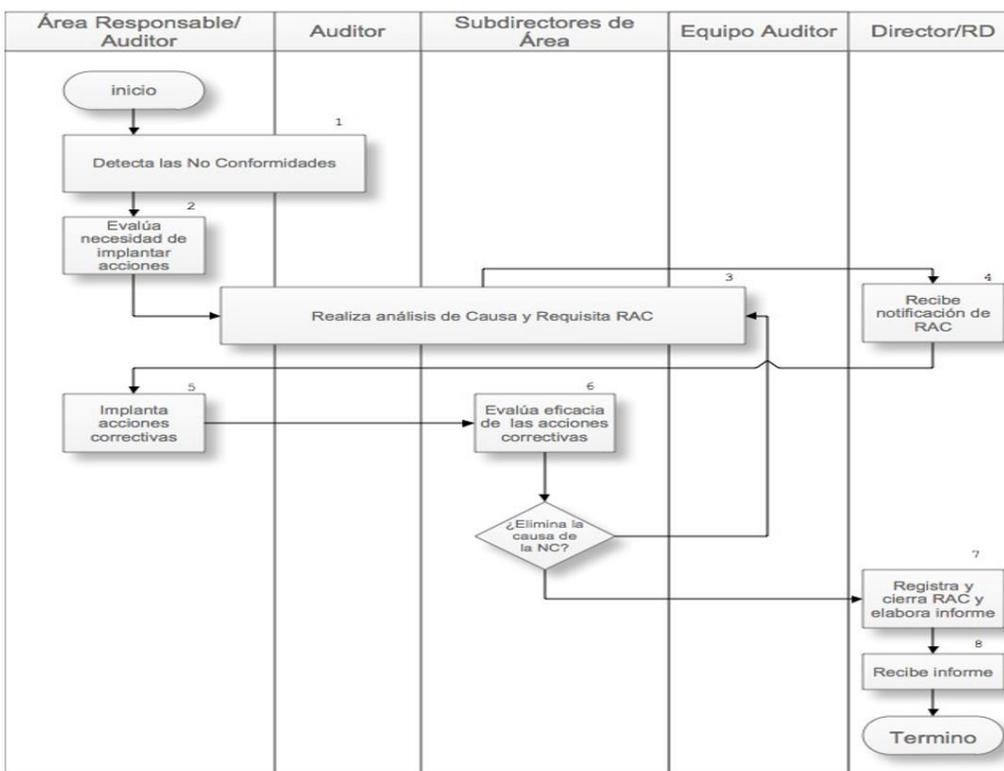
B). PARA EL DESEMPEÑO AMBIENTAL

Incumplimiento de metas de reducción de energía
Los requisitos de mantenimiento no se cumplieron como está programado
Los criterios de operación (por ejemplo, límites permitidos) no se cumplieron

PARA TODOS LOS SISTEMAS:

Los Resultados de Auditorías Internas.
Los Resultados de Auditorías Externas.
El estado de las acciones correctivas y/o preventivas.
Evaluación de riesgos
Deliberación de productos
Seguimientos
El RD debe estar informado en todo momento acerca de las No Conformidades detectadas y de las Acciones Correctivas implementadas para eliminarlas.
El análisis de la Causa Raíz de las No Conformidades debe ser realizado por los responsables del proceso al que pertenece ésta y POR EL REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN según sea necesario y determinar la acción correctiva o corrección de la misma. Es responsabilidad de los subdirectores dueños del proceso al que impacta la No conformidad verificar la efectividad de las Acciones Correctivas o correcciones implementadas.
Las Acciones Correctivas son consideradas como concluidas una vez que hayan sido verificadas y evaluadas por los responsables, así como al eliminar las causas que dieron origen a las No conformidades. El RD es el responsable de Informar al director sobre el estado que guardan las Acciones Correctivas.

Diagrama del procedimiento



Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
1. Detecta No Conformidades.	Revisa No Conformidades derivada de las fuentes declaradas en la política 3.1 e informa en reunión programada del comité del SIG. Revisa la tendencia de cada resultado de las fuentes declaradas en la política 3.1 y determina la necesidad de establecer acciones preventivas. En el caso de que la no conformidad provenga de un informe de incidentes deberá incluir accidentes mayores y menores, emergencias, cuasi accidentes, instancias de deterioro de la salud, legislación relacionada con el informe e investigación de incidentes.	Área Responsable/Auditor
2. Evalúa necesidad de implantar acciones	Analiza la No Conformidad detectada y se determina la necesidad de llevar a cabo una corrección, una acción correctiva o preventivas En caso de llevar a cabo una acción correctiva/ preventiva se selecciona la técnica estadística a utilizar para realizar el análisis de la causa raíz.	Área responsable
3. Realiza análisis de causa y requisita RAC, RAP o corrección.	Los participantes identifican la causa raíz y solicita al área responsable evalúe la necesidad de abrir un REPORTE DE ACCIONES de acuerdo al hallazgo. Elabora Requisición de corrección, Acción Correctiva, acción Preventiva para definir las acciones a implantar.	Subdirector de Área/Áreas Responsables/miembro del equipo auditor
4. Recibe notificación de RAC o RAP elaborado	4.1 Recibe notificación de DEL REPORTE DE ACCIONES elaborado por las áreas correspondientes, y resguarda copia del registro, para su posterior seguimiento y liberación.	Responsable de dirección
5. Implanta acciones correctivas.	Implanta acciones con el fin de prevenir la ocurrencia o en su caso la recurrencia de una no conformidad. Se llevarán a cabo evaluación de la necesidad de actuar para prevenir la ocurrencia de No Conformidades en sistemas de seguridad y de energía.	Área Responsable
6. Evalúa eficacia de Acciones correctivas.	6.1 Da Seguimiento a las Acciones implementadas y supervisa que las acciones determinadas se hayan implementado. 6.2. Revisa la efectividad de las Acciones implantadas, informa al RD. SI son efectivas informa al RD para que registre el avance y/o cierre el RAC y/o RAP. NO son efectivas regresa a etapa 3.	Subdirector de Área

7.Registra, cierra Reporte y elabora informe.	Registra el avance de las acciones implementadas y cuando hayan alcanzado el 100% cierra reporte y anota la fecha de cierre en formato SIG- de Redacción de Hallazgos, Informa al director acerca del estado de las Acciones	Responsable de dirección
8. recibe Información	Recibe el informe sobre el estado que guardan las Acciones para proponer y establecer acciones de mejora al sistema.	Director

Documentos de referencia

Documentos
Identificación, Registro y Control de Salidas no Conformes
Informe de Resultados de las Auditorias.
Informes de Auditorias.
Manual del SIG
Planes de Calidad y Objetivos, metas y acciones

Registros

Registros	Tiempo de Retención	Responsable de conservarlo	Código de registro

Glosario

Acción Correctiva: Acción tomada para eliminar la causa de una No Conformidad detectada u otra situación indeseable en la operación del SIG.

Acción Preventiva: Acción tomada para eliminar la causa de una No Conformidad potencial u otra situación indeseable en la operación del SIG.

Corrección: Acción tomada para eliminar una No conformidad detectada.

Anexos

Formato de Redacción de Hallazgos, Acciones Correctivas y Preventiva

Cambios de esta versión

Número de revisión.	Fecha de actualización.	Descripción del cambio.

