 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION</b>	Código: 150.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 06
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 05/02/2021 Página 1 de 20

## INFORME DE AUDITORÍA INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN

**Fecha de informe:** 23 de mayo de 2022.

**Nombre del proceso o dirección territorial auditada:** Dirección Territorial Central.

**Dependencia líder del proceso:** Dirección General.

**Servidor responsable del proceso:** Maria Jose Dangond David.

**Tipo de auditoría realizada:** De primera parte, Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001:2015.

**Fecha de auditoría:** Del 09 al 13 de mayo de 2022.

**Equipo Auditor:** Diana Marcela Cervantes Santacruz, (Auditora – ISO 9001:2015 SGC)

### 0. OBJETIVO DE LA AUDITORIA

Verificar a través del proceso de Evaluación Independiente el nivel de madurez del sistema de gestión de la calidad, de acuerdo con el cumplimiento de los requisitos establecidos en la norma NTC ISO 9001:2015.


### 1. ALCANCE DE LA AUDITORÍA

Auditoría interna a la DT. Central, inicia con la reunión de apertura, la ejecución de la auditoría de acuerdo los criterios definidos y concluye con la reunión de cierre y el seguimiento a los planes de mejoramiento por parte del auditor.

### 2. GESTIÓN DEL RIESGO AUDITOR

**Riesgos de la auditoría (ISO 19011:2018/5.3):**

- a) Recursos (insuficiente tiempo y equipos para desarrollar el programa de la auditoría).
- b) Canales de comunicación ineficientes por la modalidad remota.
- c) Falta de control de la información documentada (evidencias y registros).
- d) Disponibilidad en la cooperación del auditado.
- e) Disponibilidad de evidencias a muestrear.

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION</b>	Código: 150.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 06
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 05/02/2021 Página 2 de 20

### 3. CRITERIOS DE AUDITORÍA


Generales: Documentos (procedimientos, guías, instructivos, formatos) y demás instrumentos asociados a los sistemas de gestión de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas.

Sistema de gestión de calidad norma ISO 9001:2015: Procedimiento de Supervisión y Liquidación de Contratos y Convenios V7 y Servicio al ciudadano (puntos y/o centros de atención)

El corte de la auditoria relacionado con la información documentada a auditar es del (01 julio de 2021 - a la fecha del año 2022).

### 4. CONCEPTO DE AUDITORÍA NUMERAL 4 DE LA ISO 9001:2015 – CONTEXTO ORGANIZACIONAL.

En la Dirección Territorial Central se puede evidenciar el nivel de apropiación y conocimiento sobre el sistema de gestión de calidad, ubicación en la página de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas del contexto estratégico y cumplimiento del requisito de levantamiento del contexto estratégico en los tiempos adecuados, agosto de 2021, la Dirección Territorial Central adecuó mecanismos de participación del personal, creando formularios FORMS con el fin de que cada funcionario participe en la construcción del mismo, contando que el personal se encontraba en trabajo en casa. El contexto a la fecha se encuentra desactualizado, se observó que si se han realizado cambios en la DT Central, con el regreso a la presencialidad, sin embargo desde la oficina asesora de planeación se informó que no se ha actualizado el contexto estratégico por la estrategia de integración de los sistemas, además que en el plan de implementación se encuentra fijada dicha actividad para los meses de abril a junio de 2022, sin embargo se evidencia desconocimiento del proceso de integración de los sistemas, aunque por parte de la DT Central se ha socializado. También se informa por parte del personal la percepción de desarticulación entre los diferentes procesos del nivel nacional (Talento Humano, gestión administrativa y OAP). Frente a las debilidades que se identificaron en el contexto, las cuales no fueron priorizadas para la construcción y cruce de estrategias, la DT Central informa que actualmente se ha mejorado con los recursos asignados para comisiones, se ha fortalecido la capacitación a los profesionales, el seguimiento al plan operativo todavía se dificulta porque no se articula totalmente con el plan de acción, la señal de internet no ha mejorado se siguen presentando fallas del operador Claro, se asignó una línea telefónica para llamadas a las víctimas, la capacitación en gestión documental se canceló por auditoria, se proyecta realizarla en el mes de mayo de 2022, también se evidencia buen nivel de apropiación de los valores institucionales.

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION</b>	Código: 150.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 06
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 05/02/2021 Página 3 de 20

Se observa buen nivel de apropiación sobre el conocimiento de la matriz de partes interesadas y los requisitos de las mismas, ubicación en la página web institucional y análisis del documento de acuerdo con el proceso, sin embargo, desde la DT Central no se ha participado en la construcción de la misma.


La DT Central tiene conocimiento del alcance del SGC, el cual está disponible en la página web institucional y en el manual del SIG, el cual es correctamente ubicado, asimismo se informa que la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas no tiene exclusiones en la ISO 9001:2015 ya que todos sus requisitos aplican.

Se evidencia buen nivel de apropiación en el conocimiento del mapa de procesos, los funcionarios conocen a que proceso pertenecen y el número de procesos que tiene la Entidad (18), información que se encuentra disponible en la página web institucional con toda la información documentada pertinente, igualmente se evidencia buen manejo de información sobre la caracterización de los procesos, con la información asociada también al plan de acción. Evidencias: Listas de asistencia sobre socialización del mapa de procesos, y caracterización del proceso de reparación integral.

## **5. CONCEPTO DE AUDITORÍA NUMERAL 5 DE LA ISO 9001:2015 – LIDERAZGO.**

**5.1** Se evidencia el liderazgo de la directora territorial, quien realiza diferentes reuniones y comités con el personal de la DT Central, con sus respectivas sedes Cundinamarca, Tolima y Boyacá, demostrando el compromiso en la implementación, seguimiento y mejora continua del Sistema Integrado de Gestión, igualmente se cuenta con el enlace SIG frente al fortalecimiento de las sensibilizaciones y toma de conciencia del personal frente al SGC, igualmente con el seguimiento al mapa de riesgos. También se motiva a la realización del curso sobre el código de integridad fortaleciendo los valores de la entidad. Evidencias: Actas, listados de asistencia de reuniones donde se ha socializado esta información del SGC, comités territoriales de seguimiento del año 2021 y 2022 en las diferentes sedes, listado de asistencia plan padrino.

**5.1.2** Desde la Dirección Territorial Central, se fortalece el tema de enfoque al cliente, mediante la socialización de la aplicación de encuestas de satisfacción y su correspondiente retroalimentación al equipo, estas encuestas se aplican generalmente en los procesos de servicio al ciudadano y reparación integral, igualmente se realizan comités territoriales de seguimiento a la gestión, seguimiento al plan operativo, plan de acción, construcción y monitoreo del mapa de riesgos. Evidencias: Actas de Reuniones, listados de asistencia, comités territoriales en las diferentes sedes, correos electrónicos de socialización de informes de resultados de encuestas de satisfacción, código de ética, mapa de riesgos, informes de revisión por la dirección, matriz de requisitos versus procesos, asignación enlace SIG, manual del SIG, código de ética, correo electrónico de designación enlace SIG.

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION</b>	Código: 150.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 06
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 05/02/2021 Página 4 de 20


**5.2.1** En la Dirección Territorial Central, se evidencia el liderazgo en la implementación de la política y objetivos del SIG, con la gestión que realiza toda la dirección territorial en las distintas sedes, en los diferentes sistemas de gestión (SGC, SST, SGA, SGD, SGI). Evidencias: Listado de asistencia capacitación auditoria diferentes sedes de la DT Central.

**5.2.2** Se evidencia la socialización de la política a los funcionarios y contratistas de la DT Central de las diferentes sedes, sin embargo, no está disponible en las carteleras de las sedes de Cundinamarca, Tolima e Ibagué, tampoco en los CRAVS excepto en el CRAV de Soacha, no se evidencia estar publicada en los puntos de atención, por lo tanto, no se encuentra disponible para todas las partes interesadas físicamente, pero se encuentra publicada en la página web institucional. Evidencias: correo electrónico de socialización, foto de publicación de política en el CRAV de Soacha, correo electrónico de socialización de la política y objetivos del SIG.

**5.3** Se evidencia desde la dirección de la DT Central, que se tienen asignados los roles y responsabilidades de los funcionarios y contratistas, mediante la delegación de funciones en el caso de los contratistas a través de sus contratos de prestación de servicios, también informa la directora territorial que se ha comunicado y socializado los roles al resto del equipo. La Directora Territorial nos informa sobre las actividades para motivar al personal, donde se ha establecido que los días viernes se trabaja en jornada continua con el fin de acabar la jornada laboral a las 3:00 p.m. y de esta manera poder compartir con la familia, igualmente se han realizado eventos como la chiva rumbera, paseos, salidas a cine, estas actividades contribuyen a mejorar el ambiente laboral, igualmente se motiva al personal a participar en las diferentes actividades programadas por el grupo gestión de talento humano. Evidencias: Resolución 02728, manual del sistema integrado de gestión, correos de profesionales designados en la DT Central en los diferentes procesos, listados de asistencia capacitaciones para auditoria.

## **6. CONCEPTO DE AUDITORÍA NUMERAL 6 DE LA ISO 9001:2015 – PLANIFICACIÓN.**


**6.1.** Se evidencia que la DT Central tiene un mapa de riesgos con fecha del 16/12/2021, donde se identificaron tres (3) riesgos operativos y uno (1) de corrupción, por lo tanto, la última vez que se actualizó fue en el año pasado, sin embargo, el acta que se aporta de aprobación no contiene numeración ni horario en la cual se realizó la reunión, tampoco se aporta listado de asistencia de la socialización que se realizó al personal el mismo día. Evidencias: Formato mapa de riesgos direcciones territoriales, correo electrónico del 15/12/2021 con aprobación del mapa de riesgos por parte de la OAP, acta de aprobación del mapa de riesgos 16/12/2021, no se aportaron evidencias de los controles del mapa de riesgos, mapa de riesgos institucional.

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	<b>INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION</b>	Código: 150.19.15-1
	<b>PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN</b>	Versión: 06
	<b>PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE</b>	Fecha: 05/02/2021 Página 5 de 20

La DT Central reporta que durante el año 2021 y 2022, no se han materializado riesgos, se anexan correos electrónicos del año 2021 y 2022, con el reporte trimestral del monitoreo de los mismos, se evidencia buen manejo de la información sobre los reportes trimestrales que realiza la DT Central a la oficina asesora de planeación. Evidencias: correos electrónicos con el formato de monitoreo a la materialización de los riesgos diligenciado, en el año 2021 y 2022, no se aportaron evidencias de los controles del mapa de riesgos, mapa de riesgos institucional.

**6.2** En la DT Central, se evidencia buen nivel de apropiación y conocimiento de la política y objetivos del SIG, y la alineación de los objetivos estratégicos y de calidad con la planeación y actividades estratégicas presentes en el plan de acción durante el ejercicio de construcción del contexto estratégico. Evidencias: Contexto estratégico, instrumento contexto estratégico direcciones territoriales, correos electrónicos de envío del contexto y aprobación del mismo, acta firmada de aprobación del contexto, formulario FORMS de encuesta para construcción del contexto estratégico, correo electrónico del 05/05/2022 de socialización de la política y objetivos del SIG e Informe de revisión por la dirección.

La DT Central domina el conocimiento sobre el plan de acción, hay buen nivel de apropiación, ubican correctamente el plan de acción en la página web institucional, sin embargo no se lleva un tablero de control por parte de la DT, solo se refiere al control del plan de acción en la plataforma SIGGESTION 2.0, con los seguimiento mensuales y los comités territoriales de seguimiento, donde se controla el avance del plan de acción, igualmente, el seguimiento al plan de implementación se realiza por la plataforma SIGGESTION 2.0, se hace referencia a la socialización del plan de implementación pero no se puede evidenciar la socialización al personal del seguimiento del mismo con el fin de evaluar los resultados. Sin embargo en el desarrollo de la auditoria se detectó una no conformidad relacionada con este numeral, donde la DT Central no aportó evidencias sobre la gestión realizada, por lo tanto no se evidencia la planificación para la adecuada asignación de recursos necesarios para la implementación del sistema de gestión de calidad, esto sucede en la Dirección Territorial Central asociado al proceso de Gestión Administrativa, lo anterior se evidencia en la grabación de la auditoria de la quinta sesión del 11 de mayo de 2022, link: [https://unidadvictimas-my.sharepoint.com/:v:/g/personal/diana\\_cervantes\\_unidadvictimas\\_gov\\_co/EeuWipdqAm dDj-DhlbBaSKYB5BFfKjf9u04Eol3LPmoMLQ](https://unidadvictimas-my.sharepoint.com/:v:/g/personal/diana_cervantes_unidadvictimas_gov_co/EeuWipdqAm dDj-DhlbBaSKYB5BFfKjf9u04Eol3LPmoMLQ) en el punto 2 horas 9 minutos, donde se informa sobre la situación presentada en la sede de la DT Central Cundinamarca, sobre el corte del servicio de energía efectuado por la empresa de servicios públicos durante la semana del 2 al 6 de Mayo de 2022. De acuerdo con lo anterior se genera una (1) no conformidad del capítulo 6. Planificación, numeral 6.2. Objetivos de la calidad y planificación para lograrlos. **(No Conformidad Proceso de Gestion Administrativa Y Dirección Territorial Central).**

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION</b>	Código: 150.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 06
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 05/02/2021 Página 6 de 20


Evidencias: Contexto estratégico instrumento contexto estratégico direcciones territoriales, correos electrónicos de envío del contexto y aprobación del mismo, acta firmada de aprobación del contexto, formulario FORMS de encuesta para construcción del contexto estratégico, correo electrónico del 05/05/2022 de socialización de la política y objetivos del SIG, informe de revisión por la dirección, link de grabación quinta jornada de auditoria ISO 9001:2015 del 11 de mayo de 2022, jornada de la mañana.

## **7. CONCEPTO DE AUDITORÍA NUMERAL 7 DE LA ISO 9001:2015 – APOYO.**


**7.1.1.** La DT Central manifiesta tener los recursos necesarios para la operación en sus tres sedes, existen operadores para correspondencia solo en dos sedes (DT Central y Tolima) en Boyacá las labores de correspondencia las realiza la auxiliar administrativa, se cuenta con operadores de vigilancia, servicios generales, operador Outsourcing personal que labora en puntos y CRAVs. El personal ubica el plan de implementación del SIG correctamente en la página web institucional, igualmente el procedimiento de formulación y seguimiento al plan de implementación del Sistema Integrado de Gestión, el plan indicativo donde se realiza énfasis en la asignación de recursos y metas alineadas con el plan de desarrollo y el plan marco de implementación de los acuerdos de paz. Evidencias: Procedimiento formulación y seguimiento al plan de implementación del Sistema Integrado de Gestión, plan de implementación, plan indicativo, pantallazo SISGESTION plan de implementación.

**7.1.2** La DT Central, tiene aproximadamente 60 personas que apoyan la operación entre funcionarios con nombramiento provisional y 18 contratistas, no se cuenta con personal de carrera administrativa. El personal participa de las capacitaciones programadas en el plan institucional de capacitación para fortalecer sus competencias, (Curso de Inducción y Reinducción), la DT Central lleva control de participación en los diferentes cursos con el fin de incentivar la participación. Evidencias: Resolución 02728 de 5 de octubre 2021(Capitulo 4, artículos 20 y 21), Certificados del Curso de Inducción y Reinducción.

**7.1.3** La DT Central, está conformada por tres sedes así: Sede Cundinamarca ubicada en la Carrera 18 N° 93-25 Oficina 405, Edificio INVERPOR, sede Ibagué, Tolima Carrera 4B N° 36-15, Barrio San Fernando y la sede de Tunja, Boyacá Traversal 9B No.28A-29 MZ 2 BARRIO MALDONADO, sin embargo, la dirección de la sede Tunja Boyacá, se encuentra desactualizada en la página web institucional, por lo cual se considera una no conformidad asociada al proceso de comunicación estratégica la cual se verá reflejada en el numeral 7.4 Comunicaciones, ya que aparece la siguiente dirección Avenida Oriental N° 8 - 11, Barrio Maldonado. Sin embargo, durante la ejecución de la auditoria, se manifiesta contar con la infraestructura necesaria para la operación, también se informa que la señal de internet por parte del operador Claro falla continuamente, se realizaron recorridos a cada sede de la DT Central, para lo cual se agregan los enlaces de los recorridos, también informan que se

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	<b>INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION</b>	Código: 150.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 06
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 05/02/2021 Página 7 de 20

realizó inspección a las sedes por parte del proceso de gestión administrativa se anexan formatos de inspección. La DT Central sede Cundinamarca, no cuenta con contrato de arrendamiento debido a que el inmueble está asignado por el Fondo de Reparación, cuenta con servicio de transporte no se lleva control de recorridos porque lo realiza el operador pero la DT Central lleva un cronograma físico donde se pueden ver los recorridos, presenta problemas de humedad y goteras, la directora territorial informa que frente a los servicios públicos de la sede son asumidos por el proceso de gestión administrativa, sin embargo en la semana del 2 al 06 de Mayo de 2022 se efectuó un corte de energía a la sede, debido a que la empresa que presta el servicio realizó el corte a pesar de que se habían pagado dichas cuentas, con el fin de no afectar la operación de la DT Central, se dio la orientación para trabajar desde casa a los funcionarios y contratistas, el personal que estaba en terreno continuó la operación normalmente, esta situación condujo al daño de una UPC que fue reparada por parte de la OTI el 09/05/2022, por lo cual no se pudo iniciar la auditoria a las 8:00 a.m. con el fin de esperar que se adecuaron los equipos para atender la auditoria a partir de las 2:00 p.m.; la sede Tolima - Ibagué: cuenta con contrato de arrendamiento, la empresa de servicios generales es nueva, está funcionando hace un mes, no cuentan con servicio de transporte, se tenían problemas de humedad pero fueron solucionados, se cuenta con funcionario de correspondencia, no cuenta con recipiente de almacenamiento de pilas, pero sí de tapas, no tiene cinta antideslizante en escaleras, también tienen exceso de iluminación, se solicitó cambio de luminarias (26) porque son de baja capacidad, la sede Boyacá - Tunja, tiene contrato de arrendamiento con inmobiliaria, se han realizado reparaciones por parte de la inmobiliaria oportunamente, en la bodega se puede evidenciar que no separan elementos de aseo y cafetería por falta de divisiones, tiene iluminación y calor en exceso, los puestos de trabajo fueron instalados muy cerca de las ventanas, cuenta con el operador de servicios generales Casa Limpia, sin embargo los elementos de aseo no contienen rótulos, no se puede evidenciar la fecha de vencimiento, no existe buena comunicación con el operador por parte de la supervisora, no se cuenta con funcionario de correspondencia, la empresa 472 pasa todos los días recogiendo la correspondencia, esta acción la realiza la auxiliar administrativa, se envió correo electrónico en diciembre 2021, con inventario de la sede. En el CRAV Soacha y la Palma se ha realizado algunos mantenimientos con recursos de las alcaldías y la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas. Evidencias: Links de recorridos de las sedes, DT Central: Resolución de asignación de sede, correos electrónicos informando la situación del corte de energía a gestión administrativa, correo electrónico informando a los operadores cese de actividades por corte de energía, correo electrónico sobre reconexión de energía, correo electrónico de la empresa de energía, correo electrónico del 02/05/2022 dirigido al Fondo de reparación, formatos de inspección realizada por nivel nacional. DT Sede Tolima - Ibagué: Contrato de arrendamiento, correos electrónicos de solicitud de solución frente al exceso de iluminación. Sede Boyacá - Tunja: Contrato de arrendamiento, correos donde se solicita luminarias y solicitud por el exceso de iluminación.


 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION</b>	Código: 150.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 06
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 05/02/2021 Página 8 de 20

**7.1.4** Se contextualiza a la DT Central sobre lo que significa determinar un ambiente necesario para la implementación del SIG, contemplando los factores sociales, ambiente libre de conflictos, psicológicos, reducción de estrés, prevención del síndrome de agotamiento, físicos, temperatura, calor, iluminación. La Directora Territorial nos informa sobre las actividades para motivar al personal, donde se ha establecido que los días viernes se trabaja en jornada continua con el fin de acabar la jornada laboral a las 3:00 p.m. y de esta manera poder compartir con la familia, igualmente se han realizado eventos como la chiva rumbera, paseos, salidas a cine estas actividades contribuyen a mejorar el ambiente laboral, igualmente se motiva al personal a participar en las diferentes actividades programadas por gestión de talento humano. Se evidencia un buen manejo de información con la ubicación del reglamento de higiene y seguridad industrial y la ubicación en la página web institucional, sin embargo, el documento no está actualizado debido a que las direcciones de las sedes están desactualizadas. En el video de recorrido, se observa orden en los puestos de trabajo, aplicando el programa de las 5s, informan que se ha realizado la inspección del programa de orden y aseo. De igual manera se comparte calendario de invitación del cronograma de talento humano, debido a que la sedes como en el plan de emergencia y matriz de identificación de riesgos y peligros se encuentra desactualizada con la siguiente dirección Avenida Oriental N° 8 - 11, Barrio Maldonado, afectando a la sede de Tunja, donde la dirección correcta es Traversal 9B No.28A-29 MZ 2 Barrio Maldonado, el punto de atención Bogotá no tiene plan de emergencia publicado en la página web, la orientadora entrevistada manifiesta tener conocimiento del plan de emergencia de la Personería de Bogotá. Las Pausas Activas se realizan de manera personal no grupal no presentan evidencias. Por lo anterior, no se evidencia que el plan de emergencias, matriz de identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles, de la sede de Tunja - Boyacá, además del reglamento de higiene y seguridad industrial de la Dirección Territorial Central, se encuentren actualizados y el punto de atención de Bogotá ubicado en la Personería de Bogotá no cuenta con plan de emergencias. De acuerdo con lo anterior se genera una (1) no conformidad del capítulo 7. Apoyo, numeral 7.1.4 Ambiente para la operación de procesos. **(No Conformidad Compartida Talento Humano y DT Central).**

**7.1.5** La Dirección Territorial Central realiza diferentes reuniones y comités territoriales de seguimiento a la gestión de la DT y al plan de acción, seguimiento del plan operativo a través de la matriz de temas estratégicos, seguimiento al plan de implementación con el personal de la DT Central, con sus respectivas sedes Cundinamarca, Tolima y Boyacá, como recursos de seguimiento y medición para verificar la conformidad de los productos y servicios de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas. Evidencias: Actas de reuniones, listados de asistencia, comités territoriales de seguimiento, matriz de temas estratégicos, seguimiento al plan operativo, seguimiento plan padrino.

**7.1.6** La DT Central fortalece los conocimientos de la organización para la operación de los procesos, a través de la estrategia SUMA, se reenvían temas importantes al personal,



 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION</b>	Código: 150.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 06
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 05/02/2021 Página 9 de 20

igualmente se comparte los correos del proceso de reparación integral con el fin de que el personal participe dentro de la actualización de los procedimientos. Evidencias: correos electrónicos de reenvío de SUMA, correos electrónicos de solicitud de participación en actualización de documentos en el proceso de reparación integral.


**7.2** La DT Central determina y mantiene las competencias del personal fortaleciendo y motivando hacia la participación en los diferentes cursos planteados por gestión de talento humano, en el plan de capacitación incluido el curso de inducción y reinducción y otros. Evidencias: Certificados de cursos de inducción y reinducción, curso ambiental, cursos de SST, cursos de transparencia, resolución 00297, links de videos de recorrido por las sedes, resolución del manual de funciones.

**7.3** La Dirección Territorial Central, desde la dirección de la misma y enlace SIG, evidencia el compromiso en la toma de conciencia, a través de las diferentes capacitaciones realizadas a todo el personal de las 3 sedes, mediante socializaciones, correos electrónicos, SUMATE y demás estrategias de capacitación para los diferentes sistemas de gestión de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas. Evidencias: Actas, listados de asistencia y SUMATE.

**7.4** La DT Central, evidencia buen nivel de apropiación y conocimiento de la matriz de comunicaciones y la ubicación de esta en la página web institucional, sin embargo, no se evidencia comunicaciones efectivas internas y externas que permitan socializar el cambio de sede del departamento de Boyacá en la ciudad de Tunja. Lo anterior se evidencia en el momento de consultar dicha información en la página web institucional y encontrarse desactualizada, encontrando desconocimiento de la DT de esta información, para las diferentes partes interesadas. Evidencias: Matriz de Comunicaciones, pantallazo página web dirección Tunja. De acuerdo con lo anterior se genera una (1) no conformidad del capítulo 7. Apoyo, numeral 7.4 Comunicaciones. **(No Conformidad Proceso de Comunicación Estratégica).**

**7.5.1** La DT Central demuestra buen nivel de apropiación sobre el conocimiento de la información documentada de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas a través de la página web institucional, igualmente sobre el plan institucional de archivo PINAR y la ruta de ubicación en la página web institucional, igualmente se ha capacitado al personal en este aspecto. Evidencias: Plan institucional de archivo PINAR, listados de asistencia y correos electrónicos de socialización del mismo.

**7.5.2** Se puede evidenciar a través del recorrido realizado a las tres sedes vía team que no hay archivo físico acumulado en las instalaciones, la DT Central informa que la mayoría de archivos son digitales, por otra parte se evidencia la participación de las dos (2) asistentes administrativas en la capacitación realizada por parte del proceso de gestión documental,


 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION</b>	Código: 150.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 06
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 05/02/2021 Página 10 de 20

se solicita información sobre documentos sin codificación identificados en la DT Central, pero no se detectaron documentos durante la ejecución de la auditoria y el personal tampoco informó sobre la existencia de los mismos. Se evidencia buen nivel de apropiación en la ubicación de los listados maestros de documentos en la página web institucional y para qué sirven. La DT Central solicitó capacitación en gestión documental como preparación para la auditoria en la norma ISO 30301 para el mes de mayo con el fin de prepararse para la próxima auditoria del mes de agosto. Sin embargo se evidencia, que la numeración e identificación de las actas sea apropiada para la trazabilidad y control de la información documentada generada en la implementación del Sistema de Gestión de Calidad, lo anterior se evidencia a través de la ausencia de numeración en el acta de reunión de aprobación del mapa de riesgos con fecha 16 de diciembre de 2021, “objetivo: Realizar la aprobación del mapa de riesgos institucional de la dirección territorial Central, De acuerdo con lo anterior se genera una (1) no conformidad del capítulo 7. Apoyo, numeral 7.5 Información documentada y numeral 7.5.2 Creación y actualización. **(No conformidad proceso de gestión documental)**.

**7.5.3** Se evidencia a través del recorrido realizado a las tres sedes vía teams que no hay archivo físico acumulado en las instalaciones, de la DT Central, la mayoría de los archivos son digitales, sin embargo, se informa que la DT Central no aplica las tablas de retención documental, debido a que no han sido capacitados en archivo, la capacitación se realizará en el mes de mayo, la capacitación que recibieron las asistentes administrativas no contenía temas de archivo o TRD. En la DT Central, cuenta con funcionarios de operador para la correspondencia en dos sedes (Cundinamarca y Tolima) y en la sede de Boyacá las labores las realiza la auxiliar administrativa. Se solicita realizar un ejercicio de tiempos de respuesta en derechos de petición con el funcionario de correspondencia de la sede central, sin embargo por problemas de señal de internet no fue posible realizar el ejercicio. Evidencias: Procedimiento de control de la información documentada, listas de asistencia, registro fotográfico, correo electrónico de capacitación en gestión documental. De acuerdo con lo anterior se genera una (1) no conformidad del capítulo 7. Apoyo, numeral 7.5.3 Control de la información documentada. **(No Conformidad Dirección Territorial Central)**.

## **8. CONCEPTO DE AUDITORÍA NUMERAL 8 DE LA ISO 9001:2015 – OPERACIÓN.**

**8.4. (8.4.1.) y 8.4.3** La DT Central, cuenta con proveedores externos, donde se puede identificar 18 contratistas en las tres sedes, a los cuales se les realiza el respectivo seguimiento a través de una herramienta creada en la DT Central, donde fácilmente se puede hacer la revisión desde cualquier lugar debido a que se asocian los datos, las funciones, el avance y las evidencias correspondientes, se constituye como una fortaleza de la DT las herramientas adaptadas a las necesidades y contexto. La Directora Territorial Central informa que actualmente no se tiene convenios vigentes pendientes de liquidación,

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION</b>	Código: 150.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 06
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 05/02/2021 Página 11 de 20

actualmente solo están vigentes los contratos de arrendamiento de las sedes de la DT Central en Tolima y Boyacá, no se han presentado incumplimientos. Evidencias: Herramienta Excel de seguimiento a la supervisión de contratistas, formato de designación de supervisión contractual, actas, listados de asistencia de comités y reuniones.


**8.5 – 8.5.1** En la DT Central, se realizó revisión del procedimiento del canal presencial, donde se solicitó información sobre si se tenían habilitadas líneas para la programación de la atención, para lo cual la líder del proceso informó que no se utiliza esta estrategia en la DT Central porque se atiende a demanda, igualmente explicó correctamente la información sobre la aplicación del instructivo apertura buzón de sugerencias, sin embargo se puede evidenciar que la apertura del buzón se realiza mensualmente y no cada dos meses como se informa en el instructivo código 300,22,05-4 versión 02 del 22/04/2021. Se realizó la verificación de radicación y respuesta oportuna a un derecho de petición con radicado 20227209802201 el cual está contestado dentro de los términos. Evidencias, derecho de petición con radicado 20227209802201.

**8.5.2** La DT Central utiliza las plataformas asignadas como SGV a través de PAV, CRAV. El personal tiene conocimiento de la ubicación en la página sobre el plan anual de adquisiciones. La DT Central no maneja directamente ejecución de presupuesto de gastos directamente, solo en el tema de comisiones. No existen evidencias cargadas.

**8.5.3** Se puede evidenciar a través del recorrido realizado a las tres sedes vía team que no hay archivo físico acumulado en las instalaciones, en la DT Central la mayoría de los archivos son digitales, sin embargo se informa que la DT Central no aplica las tablas de retención documental, debido a que no han sido capacitados en archivo, la capacitación se realizará en el mes de mayo, la capacitación que recibieron las asistentes administrativas no contenía temas de archivo o TRD. En la DT Central, cuenta con funcionarios de operador para la correspondencia en dos sedes (Cundinamarca y Tolima) y en la sede de Boyacá las labores las realiza la auxiliar administrativa. La DT Central tiene proveedores para inmuebles, equipos tecnológicos, los cuales son controlados por el proceso de gestión administrativa en nivel nacional, igualmente el archivo físico se maneja en archivo principal de nivel nacional no en la DT Central. Los funcionarios tienen conocimiento de sus procedimientos y puntos de control, por lo tanto hay buen nivel de apropiación. Evidencias: La DT Central no aportó evidencias a pesar de que fueron solicitadas.

**8.5.4** Los funcionarios tienen conocimiento de sus procedimientos y puntos de control, por lo tanto, hay buen nivel de apropiación. Evidencias: La DT Central no aportó evidencias a pesar de que fueron solicitadas.

**8.5.5** En la DT Central se aplican encuestas generalmente en los procesos de servicio al ciudadano y reparación integral, posteriormente mediante la socialización de informes de

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION</b>	Código: 150.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 06
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 05/02/2021 Página 12 de 20

retroalimentación se informan resultados. Igualmente, otro control o actividad que se realiza posterior a la entrega es la apertura de buzón de sugerencias en los 3 Crav que existen en la dirección territorial, realizando el trámite correspondiente a las quejas y su posterior retroalimentación y respuesta según la ruta implementada. Evidencias: correo electrónico con actas de apertura buzón de sugerencias, 2 correos electrónicos de radicado de formatos del buzón de sugerencias y correo electrónico de socialización encuestas.

**8.5.6** La DT Central conoce el procedimiento de Gestión del Cambio y su ubicación, se tiene claro que el procedimiento es aplicado a nivel nacional. Evidencia: La DT Central, no apporto evidencias, aunque fueron solicitadas durante la auditoria.


**8.6** La DT Central conoce el procedimiento: "Identificación y Control de Producto, Servicio o Salida No Conforme", informan que no se han materializado servicios no conformes en el periodo de la auditoria. Evidencia: La DT Central, no apporto evidencias, aunque fueron solicitadas durante la auditoria.

**8.7** La DT Central conoce el procedimiento: "Identificación y Control de Producto, Servicio o Salida No Conforme", informan que no se han materializado servicios no conformes en el periodo de la auditoria. Evidencias: correos electrónicos de respuesta al proceso de reparación integral informando que no se han materializado servicios no conformes.

## **9. CONCEPTO DE AUDITORÍA NUMERAL 9 DE LA ISO 9001:2015 – EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO.**

**9.1.1** La DT Central realiza el seguimiento y medición de los procesos y servicios, a través de los comités territoriales mensuales, donde se realiza seguimiento al plan de acción, sin embargo, se evidenció que no hay soportes de seguimiento al plan de implementación del SIG, se realiza seguimiento mensual al plan operativo, igualmente se hace seguimiento a través de la retroalimentación de las encuestas de satisfacción, se realiza seguimiento y monitoreo al mapa de riesgos. Evidencias: Actas y listados de asistencia de comités mensuales de seguimiento al plan de acción, plan operativo, acta plan padrino, no se aportó la totalidad de las evidencias solicitadas.

**9.1.2. – 9.1.3** La DT Central, aplica el procedimiento "*medición de la satisfacción de las partes interesadas*" mediante la aplicación de encuestas a través de los operadores y posteriormente socialización de la aplicación de encuestas de satisfacción y su correspondiente retroalimentación al equipo, estas encuestas se aplican generalmente en los procesos de servicio al ciudadano y reparación integral. Pero se evidenció que dentro de la DT Central no se ha socializado el seguimiento al plan de implementación del SIG, por lo tanto se realiza la siguiente observación, se observa, que no se socializa el

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION</b>	Código: 150.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 06
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 05/02/2021 Página 13 de 20

seguimiento al plan de implementación del SIG con todas las sedes, esto sucede en la Dirección Territorial Central, lo anterior se evidencia a través de las actas aportadas del año 2021 y 2022. Por lo anterior se debe realizar prácticas de mejora continua para asegurar el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015 Capítulo 9 Evaluación del desempeño, numeral 9.1.3 Análisis y Evaluación. Evidencias: correo de socialización de encuestas de satisfacción.

## **10. CONCEPTO DE AUDITORÍA NUMERAL 10 DE LA ISO 9001:2015 – MEJORA.**

**10.2 – 10.2.1 - 10.2.2** En la DT Central, se evidenció en la proyección de la plataforma SISGESTION que la DT Central tiene activa la no conformidad número 2375 del año 2021, se manifiesta por parte de enlace SIG que las evidencias de cumplimiento ya fueron enviadas, sin embargo, no se ha logrado la aprobación de la misma, se debe gestionar la terminación de la misma. Para el año 2022 no se tienen vigentes no conformidades en la plataforma SISGESTION. Evidencia: pantallazo de ubicación de acciones correctivas del año 2021, solicitada.

**10.3** La DT Central, tiene conocimiento sobre la ubicación del informe de la revisión por la dirección en la página web institucional. Evidencias: Pantallazo de ubicación de acciones correctivas aportada por el auditor, informe de revisión por la dirección.

## **11. OBSERVACIONES**


### **DIRECCION TERRITORIAL CENTRAL**

1. Se observa, que no se socializa el seguimiento al plan de implementación del SIG con todas las sedes. Esto sucede en la Dirección Territorial Central. Lo anterior se evidencia a través de las actas aportadas del año 2021 y 2022. Por lo anterior se debe realizar prácticas de mejora continua para asegurar el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015 Capítulo 9 Evaluación del desempeño, numeral 9.1.3 Análisis y Evaluación.

## **12. NO-CONFORMIDADES**

### **1. NO CONFORMIDAD PROCESO DE GESTION ADMINISTRATIVA Y DIRECCION TERRITORIAL CENTRAL**

No se evidencia, planificación para la adecuada asignación de recursos necesarios para la implementación del sistema de gestión de calidad. Esto sucede en la Dirección Territorial Central asociado al proceso de Gestión Administrativa. Lo anterior se evidencia en la grabación de la auditoría de la quinta sesión del 11 de mayo de 2022, link:<https://unidadvictimas->

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION</b>	Código: 150.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 06
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 05/02/2021 Página 14 de 20


my.sharepoint.com/:v:/g/personal/diana\_cervantes\_unidadvictimas\_gov\_co/EeuWipdqAmdDj-DhIbBaSKYB5BFfKjf9u04Eol3LPmoMLQ en el punto 2 horas 9 minutos, donde se informa sobre la situación presentada en la sede Cundinamarca de la DT Central, sobre el corte del servicio de energía efectuado por la empresa de servicios públicos durante la semana del 2 al 6 de Mayo de 2022. Esta situación conduce al incumplimiento con los requisitos de la norma ISO 9001:2015, Capítulo 6, numeral 6.2. Objetivos de la calidad y planificación para lograrlos.

## **2. NO CONFORMIDAD COMPARTIDA TALENTO HUMANO Y DT CENTRAL**

No se evidencia que el plan de emergencias, matriz de identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles, de la sede de Tunja - Boyacá, además del reglamento de higiene y seguridad industrial de la Dirección Territorial Central, se encuentren actualizados y el punto de atención de Bogotá ubicado en la Personería de Bogotá no cuenta con plan de emergencias. Esto sucede en la Dirección Territorial Central asociado al proceso de Gestión de Talento Humano. Lo anterior se evidencia en la información publicada en la página web de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, consultado en el link <https://www.unidadvictimas.gov.co/es/prueba-sig/Gestion-de-Talento-Humano>, teniendo en cuenta que el ambiente adecuado puede ser la combinación de factores humanos y físicos y la falta de actualización del plan de emergencias, la matriz de identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles de la sede de Tunja - Boyacá y el no levantamiento a la fecha del plan de emergencias del PAV ubicado en la personería de Bogotá, expone a los colaboradores y usuarios a no identificar las acciones ante condiciones inseguras. Esta situación conduce al incumplimiento con los requisitos de la norma ISO 9001:2015 capítulo 7 Apoyo, numeral 7.1.4 Ambiente para la operación de procesos.

## **3. NO CONFORMIDAD PROCESO DE COMUNICACIÓN ESTRATEGICA**

No se evidencia comunicaciones efectivas internas y externas que permitan socializar el cambio de sede del departamento de Boyacá en la ciudad del Tunja. Esto sucede en la Dirección Territorial Central asociado al proceso de Comunicación Estratégica. Lo anterior se evidencia en el momento de consultar dicha información en la página web de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas y encontrarse desactualizada, encontrando desconocimiento de la DT de esta información. Esta situación conduce al incumplimiento con los requisitos de la norma ISO 9001:2015, Capítulo 7 Apoyo, numeral 7.4 Comunicaciones, la organización debe determinar las comunicaciones internas y externas pertinentes al sistema de gestión de calidad.

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION</b>	Código: 150.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 06
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 05/02/2021 Página 15 de 20

#### **4. NO CONFORMIDAD PROCESO DE GESTION DOCUMENTAL**

No se evidencia, que al crear la información documentada se asegure que la numeración e identificación de las actas sea apropiada para la trazabilidad y control de la información documentada generada en la implementación del Sistema de Gestión de Calidad. Esto sucede en la Dirección Territorial Central al verificar el Procedimiento “Control de la Información Documentada V10 código 710,14,08 -2” y el procedimiento “Control de Registros V2 código 710.14.08-3”. Lo anterior se evidencia a través de la ausencia de numeración en el acta de reunión de aprobación del mapa de riesgos con fecha 16 de diciembre de 2021, “objetivo: Realizar la aprobación del mapa de riesgos institucional de la dirección territorial Central. Esta situación conduce al incumplimiento con los requisitos de la norma ISO 9001 2015: Capítulo 7. Apoyo, numeral 7.5 Información documentada y el numeral 7.5.2 Creación y actualización.


#### **5. NO CONFORMIDAD DIRECCION TERRITORIAL CENTRAL**

No se evidencia, el cargue del 100% de evidencias solicitadas durante la ejecución de la auditoria del sistema de gestión de calidad reflejando falta de organización. Esto sucede en la Dirección Territorial Central. Lo anterior se evidencia a través de la carpeta SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD – ISO 9001 creada por la Oficina de Control Interno en los diferentes numerales. Esta situación conduce al incumplimiento con los requisitos de la norma ISO 9001:2015 Capítulo 7, numeral 7.5.3 Control de la información documentada.

### **13. FORTALEZAS Y DEBILIDADES**

#### **13.1. Fortalezas:**

- Compromiso de la Directora Territorial y el equipo de la Dirección Territorial Central con respecto al Sistema de Gestión de calidad.
- Trabajo y colaboración del Enlace del SIG en cuanto a la documentación y los temas tratados.
- Disponibilidad para acceder virtualmente a la auditoria a pesar de los problemas digitales y de la señal de internet.
- Responsabilidad del grupo de colaboradores en la ejecución de las actividades diarias a desarrollar en el proceso.

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION</b>	Código: 150.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 06
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 05/02/2021 Página 16 de 20

- Iniciativas de construcción e implementación de instrumentos y herramientas internas para el seguimiento y control de las actividades a gestionar, con el aprovechamiento de herramientas tecnológicas como la creación de formularios FORMS, para garantizar la participación de todos los funcionarios en la construcción y consolidación de varios temas frente al sistema de gestión de calidad por ejemplo en la construcción del contexto estratégico, control de la vacunación por COVID y supervisión contractual.
- Existencia de matrices de identificación de riesgos y peligros de CRAV (Soacha) y PAV (Viotá, La Palma)
- Buena actitud frente al desarrollo de esta.

### 13.2. Debilidades:

- No se remitió a tiempo toda la información solicitada como evidencias para corroborar posibles hallazgos por parte de la Dirección Territorial Central.

### RECOMENDACIONES

- Diligenciar la numeración de las actas de la Dirección Territorial Central, debido a que se encuentra sin numeración el acta de aprobación del mapa de riesgos del 16/12/2021.
- Utilizar la última versión del acta de reunión y listado de asistencia con los 4 logos publicada aproximadamente en el mes de marzo de 2022.


## 14. RESUMEN ESTADÍSTICO DE AUDITORÍA

### DIRECCION TERRITORIAL CENTRAL

A continuación, se identifican los resultados de los datos estadísticos generados en la herramienta papel de trabajo de la auditoría interna de calidad de la Norma ISO 9001:2015 aplicada a la Dirección Territorial Central.

#### a. Cumplimiento de la Norma



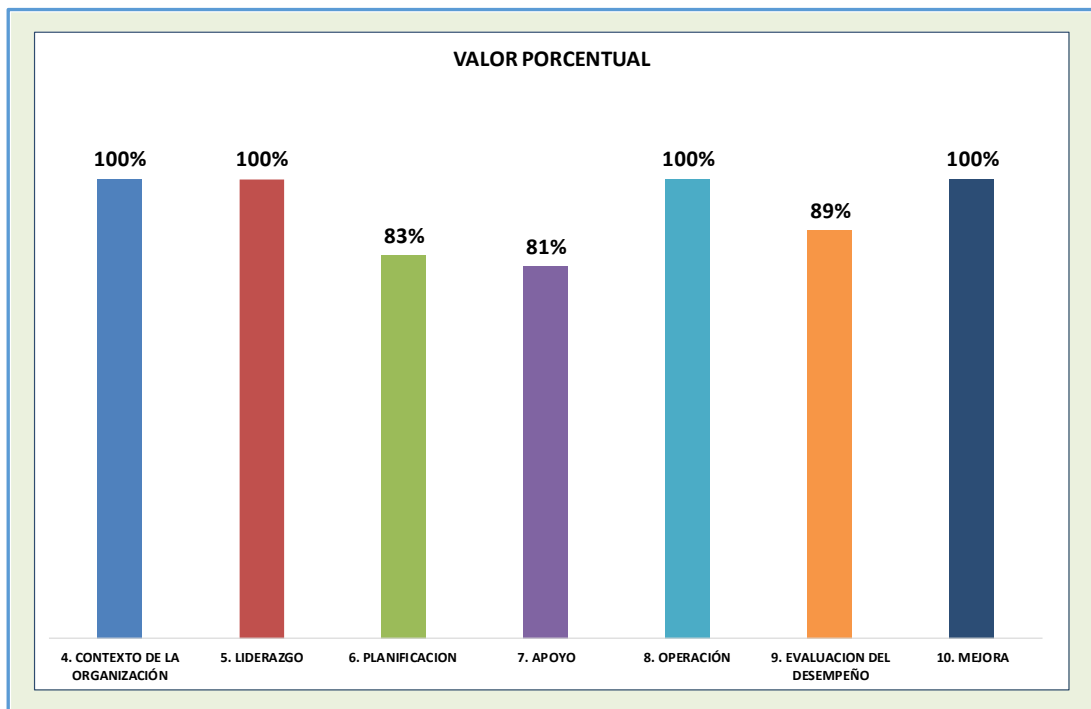
 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION</b>	Código: 150.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 06
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 05/02/2021 Página 17 de 20

**Tabla No. 1. Porcentaje por numeral de la Norma ISO 9001:2015**

ITEM DE NORMA	VALOR PORCENTUAL
4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN	100%
5. LIDERAZGO	100%
6. PLANIFICACION	83%
7. APOYO	81%
8. OPERACIÓN	100%
9. EVALUACION DEL DESEMPEÑO	89%
10. MEJORA	100%
<b>TOTAL DE NO CONFORMIDADES</b>	<b>93%</b>

Fuente: Herramienta Evaluación Auditoría Interna SIG


**Grafica No. 1 Porcentaje por numeral de la Norma ISO 9001:2015**



Fuente: Herramienta Evaluación Auditoría Interna SIG

Porcentaje promedio de cumplimiento del nivel de madurez asociado a los requisitos del sistema de gestión de calidad NTC ISO 9001:2015, es del 93%.

**b) Numero de no conformidades y observaciones**

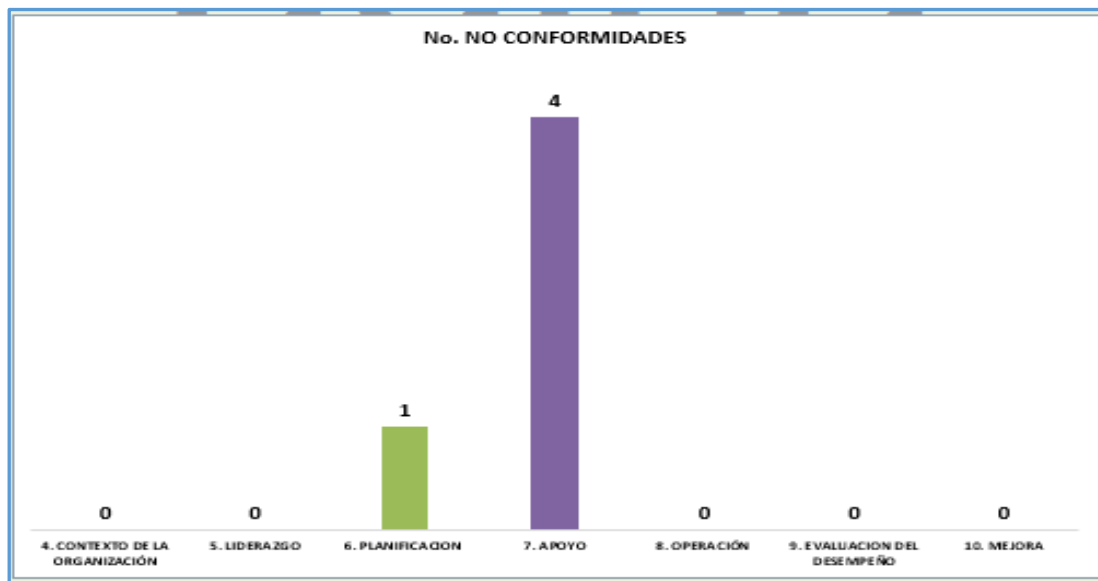
 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION</b>	Código: 150.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 06
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 05/02/2021 Página 18 de 20

**Tabla No. 2. Número de no conformidades y observaciones de la Norma ISO 9001:2015**

ITEM DE NORMA	No. NO CONFORMIDADES	No. OBSERVACIONES
4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN	0	0
5. LIDERAZGO	0	0
6. PLANIFICACION	1	0
7. APOYO	4	0
8. OPERACIÓN	0	0
9. EVALUACION DEL DESEMPEÑO	0	1
10. MEJORA	0	0
<b>TOTAL DE NO CONFORMIDADES</b>	<b>5</b>	<b>1</b>


**Fuente: Herramienta Evaluación Auditoría Interna SIG**

**Gráfica 2 Número de no conformidades**

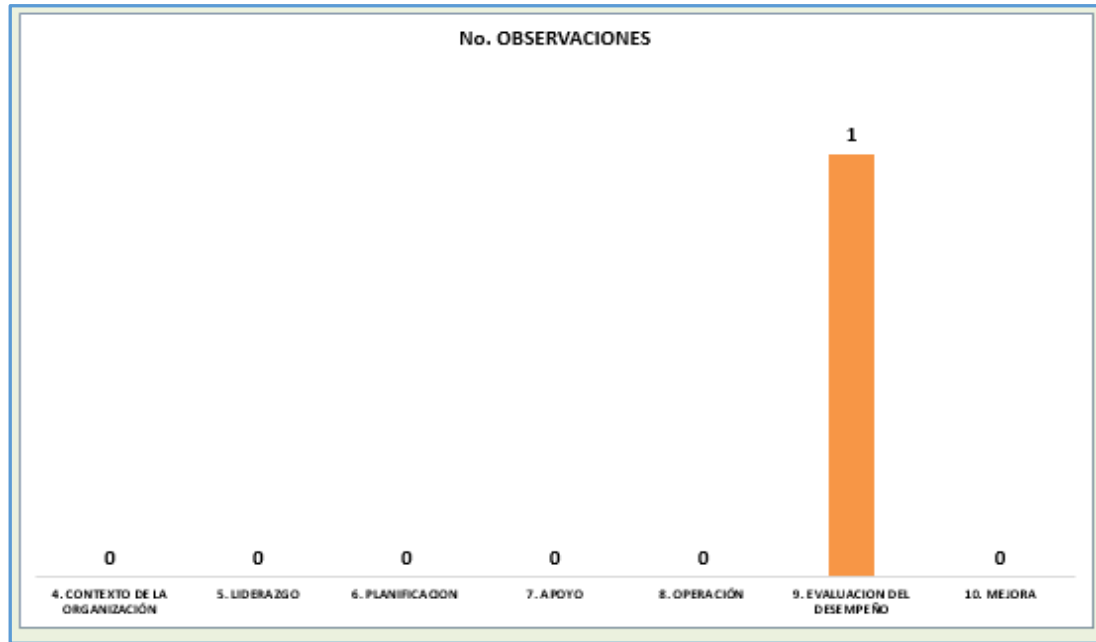


**Fuente: Herramienta Evaluación Auditoría Interna SIG**

Se identificaron 5 no conformidades evidenciadas en la herramienta aplicada durante desarrollo de la auditoria, descritas en el capítulo 12 de este informe. No conformidades referentes a los capítulos: Capitulo 6 Planificación, numeral 6.2. objetivos de la calidad y planificación para lograrlos; capitulo 7. Apoyo, numerales 7.1.4 ambiente para la operación de procesos, y numeral 7.4, comunicaciones; numeral 7.5 Información documentada, 7.5.2 Creación y Actualización, numeral 7.5.3 Control de Información documentada,

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION</b>	Código: 150.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 06
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 05/02/2021 Página 19 de 20

### Grafica 3 Número de observaciones



Fuente: Herramienta Evaluación Auditoría Interna SIG


Se identificó una (1) observación en el capítulo 9. Evaluación del desempeño, numeral 9.1.3, análisis y evaluación; respecto a la aplicación de la herramienta de evaluación de cumplimiento del nivel de madurez asociado a los requisitos del sistema de gestión de la calidad NTC ISO 9001:2015.

En conclusión, el nivel de cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015 del sistema de gestión de calidad de la Dirección Territorial Central, es del 93% de 57 ítems evaluados.

Cordialmente;

**DIANA MARCELA CERVANTES SANTACRUZ**  
Auditor líder

**CARLOS ARTURO ORDOÑEZ CASTRO**  
Jefe Oficina de Control Interno

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION</b>	Código: 150.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 06
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 05/02/2021 Página 20 de 20

Versión	Fecha del cambio	Descripción de la modificación
1	<b>30/30/05/2014</b>	Creación del formato
2	24/02/2015	Se adicionó el número de auditoría, la definición de cada una de términos, la agenda de la auditoria, informe de la auditoria, conformidad, aspectos positivos, fortalezas, oportunidades de mejora, observaciones, no conformidades, ficha técnica y responsables de la auditoria.
3	6/11/ 2015	Se reestructura la presentación de la no conformidad
4	26/07/2017	Se modifica el nombre del formato de acuerdo con el procedimiento.se adiciona firma aprobación del Jefe Oficina de Control Interno
5	22/05/2018	Se modifica formato de acuerdo con nuevos lineamientos del Jefe de la Oficina de Control Interno, se eliminan cuadros en Excel.
6	05/02/2021	Se modifica el formato en el encabezado, se elimina el texto 9001:2015 de los numerales del 4 al 10 y se deja el texto (Describir la Norma auditada) para que sea diligenciado y se anexa el numeral 13 relacionado con las fortalezas y debilidades de la auditoria.