

 <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 19

## INFORME DE AUDITORÍA INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN

**Fecha de informe:** 21 julio de 2021.

**Nombre del proceso o dirección territorial auditada:** DT Meta y Llanos Orientales.

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

**Servidor responsable del proceso:** Carlos Arturo Pardo Alezones.

**Tipo de auditoría realizada:** De primera parte, sistema de gestión de calidad– ISO 9001:2015.

**Fecha de auditoría:** 12 al 15 de julio 2021.

**Equipo Auditor:** John Dairo Bermeo Cuellar (Auditor Líder) y Juan Fernando León Romero (Observador).

### 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

Inicia con la reunión de apertura de la auditoría y concluye con el seguimiento al plan de mejoramiento por parte del auditor.

### 2. GESTIÓN DEL RIESGO AUDITOR

- I. Dificultad para acceder a las fuentes de información del proceso de la Dirección Territorial.
- II. Desechar la pertinencia del informe de auditoría interna que es producto del proceso auditor realizado.
- III. Dificultad para cumplir con el programa de auditoría en los tiempos establecidos por falta de conectividad o por falta de asistencia de los servidores del proceso auditado.
- IV. Imposibilidad de cumplir con el cronograma de auditoría interna planeado en los términos de tiempo y oportunidad establecidos.

 <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 19

- V. Alarma en los servidores auditados de la Entidad por el desconocimiento del proceso auditor como herramienta gerencial de la Unidad.
- VI. Fallas en la conectividad para poder realizar la ejecución de la auditoría a través de Microsoft Teams.
- VII. Pérdida de información por falta de respaldo.

### 3. CRITERIOS DE AUDITORÍA

Proceso, procedimientos y demás instrumentos asociados al sistema de gestión de la calidad de la Unidad. Se toma como criterio principal el Procedimiento Notificación de Indemnización Administrativa y Servicio al Ciudadano (puntos de atención y/o centros de regionales).

El corte de la auditoría relacionado con la información documentada a auditar es del 01 julio 2020 - a la fecha del año 2021 de la auditoría programada.

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

La Dirección Territorial Meta y Llanos Orientales de acuerdo con la metodología adoptada por el proceso de Direccionamiento Estratégico y los lineamientos estandarizados vigentes, actualiza el contexto estratégico con la participación del director territorial y los líderes responsables de los siete (7) departamentos, dicho ejercicio fue desarrollado en el segundo semestre del año 2020 según acta No. 21 del 19/11/2020, acta No. 22 del 20/11/2020 y el acta No.23 del 23/11/2020 y aprobado por la Oficina Asesora de Planeación. El presente instrumento se socializó en el comité territorial según acta No.11 del 07/12/2020, donde informan sobre la matriz estratégica y se hace claridad sobre los enlaces o links de consulta de la información definitiva. Con respecto a la construcción se analizan cuatro (4) actividades las cuales son priorizadas, se aplica la metodología DOFA teniendo en cuenta los siguientes factores internos (debilidades y fortalezas), “*financieros, talento humano, procesos y procedimientos, tecnológico y estratégicos*”, y los factores externos (amenazas y oportunidades), “*política y relacionamiento, económico y financiero, social y cultural, seguridad, medios de comunicación y divulgación, legal y normativo*”, así mismo definen las estrategias para generar los controles, planes de tratamiento y acciones aplicar en caso de materializarse el riesgo. Al indagar sobre el contexto estratégico consolidado a nivel nacional se debe fortalecer las temáticas que contempla dicho documento.

 <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 19

Con relación a la actualización para el año 2021, la Oficina Asesora de Planeación informa por medio del correo electrónico el día 30/04/2021 que *“se encuentran en el proceso de transición y actualización de la nueva metodología de riesgos de la Entidad, para estar en consonancia con la nueva guía de administración de riesgos V5 del Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP, donde se hace necesario revisar los lineamientos de la guía para la construcción del contexto estratégico”* y una vez se tenga estandarizado los nuevos lineamientos se informa a los líderes para su respectiva actualización.

Respecto a la comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas, la Dirección Territorial Meta y Llanos Orientales describen e identifican los subgrupos, necesidades, expectativas, productos, acciones y requisitos a tener en cuenta para el seguimiento y la operación en el territorio; soporte documento *“matriz partes interesadas, código: 100,01,15-48, versión 02, fecha de publicación del 01/05/2021”*. Este documento es socializado por el enlace SIG mediante correo electrónico del 20/04/2021, donde se especifica que: *“dando cumplimiento al numeral 4.2 comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas de la norma ISO 9001 del 2015 les comparto la identificación partes interesadas, adjunto el documento para conocimiento de todos y también la ruta de consulta en la página de la Unidad”*., adicional a lo anterior, a través del correo del 30/06/2021 se evidencia material didáctico sobre el fortalecimiento del SIG, referenciando las partes interesadas; así mismo se cuenta con un directorio interno de los funcionarios y contratistas.

En el desarrollo de la auditoria se entrevista a los funcionarios y contratista sobre la documentación del sistema de gestión de calidad y sus procesos, donde expresan que, se cuenta con la documentación necesaria para la debida operación (planes, programas, proyectos, caracterización, manuales, procedimientos, guías y documentos internos), la cual está disponible en la página web de la Unidad. Con relación al alcance del sistema de gestión de calidad, se debe fortalecer el entendimiento de este, el cual se encuentra documentado en el *“manual del sistema integrado de gestión, versión 09”*, publicado el 01/05/2021.

De acuerdo con lo anterior no se genera ningún hallazgo del capítulo 4. Contexto de la organización de la norma ISO 9001:2015; pero se aclara que en el capítulo 7. Apoyo, numeral 7.3. Toma de conciencia, quedará una observación respecto a fortalecer los aspectos generales del sistema de gestión de calidad de este capítulo.

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

En la Dirección Territorial se identifica el liderazgo y compromiso con la implementación y mejora del sistema de gestión de calidad, mensualmente realizan comités territoriales de seguimiento y control a los planes operativos, tratan los riesgos y oportunidades para la toma de decisiones sobre las situaciones presente en el territorio, realizan control mensual a las actividades de los contratistas verificando el porcentaje de cumplimiento y el desempeño del cumplimiento de las obligaciones de los funcionarios de acuerdo a lo planificado

 <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 19

mensualmente. Todo esto se da a través de la ejecución del plan de acción y del análisis de los resultados en los diferentes comités, así mismo se identifican estrategias para brindar respuestas oportunas a las víctimas, seguimiento a las novedades de los servicios prestados por el operador, generación de espacios al interior de la dirección territorial para la toma de decisiones y diseño de estrategias relacionadas con la situación actual de la emergencia sanitaria. Lo anterior se evidencia a través de los siguientes soportes tomados como muestra por el equipo auditor: acta del 01/02/2021 relacionado con la *“socialización de la matriz estratégica, revisión y seguimiento cumplimiento del plan de acción 2020 y recomendaciones para el 2021, plan de implementación, lineamientos para su cumplimiento y presentación de evidencias, entre otros”*, acta del 24/03/2021 del comité operativo *“revisar acciones de mejora sobre productos incumplidos o con resultados inferior a los esperados en la matriz estratégica correspondiente al mes de febrero”*, acta del 08/03/2021 comité técnico *“reunión comité territorial de seguimiento por parte de la Dirección Territorial Meta y Llanos orientales, mes de marzo, participan las sedes de Meta, Vichada, Amazonas, Guainía, Guaviare, Vaupés, Casanare”*, acta del 14/04/2021 *“programación comités de seguimiento DT, balance estrategia seguimiento misional DT - matriz operativa, o mensualizada-plan padrino, plan de implementación del SIG, mapa de riesgos, matriz temas estratégicos, socialización lineamientos para auditoría interna, plan de acción 2021, entre otros”*, acta del 16/06/2021 *“revisar acciones de mejora sobre productos incumplidos o con resultados inferior a los esperados del plan operativo en la matriz estratégica correspondiente al mes de mayo”*. Lo anterior refleja el compromiso de la Dirección Territorial respecto al seguimiento y control de la operación de las actividades planeadas, con el fin de dar cumplimiento a los requisitos y necesidades de las partes interesadas tanto legal y reglamentaria adaptable en el territorio.

Respecto al enfoque al cliente del sistema de gestión de la Unidad, se evidencia en la evaluación realizada al equipo de trabajo conocimiento de la identificación, comprensión y análisis de dichos requisitos implementados en la *“matriz de requisitos vs procesos, código: 120.01.15-1, versión 01”*; donde se tiene claridad de los lineamientos que comprende el documento.

La Dirección Territorial Meta y Llanos Orientales referente a los roles y responsabilidades describen muy general dicho requisito, se evidencia al consultar al equipo auditado por la responsabilidad, autoridad y roles relacionado con la adopción e implementación del SIG Resolución 569 del 2017 *“Por el cual se deroga la resolución 0893 del 02 de septiembre de 2013 y se adopta el sistema integrado de gestión de la Unidad para la Atención y Reparación Integral de las víctimas”*, que no hay claridad y comprensión de los requisitos referente a las funciones del representante de la alta dirección del SIG, las responsabilidades de los diferentes niveles de la Unidad para la implementación, las obligaciones del comité institucional de gestión y desempeño, del equipo operativo y del equipo evaluador; por tal motivo se genera un hallazgo en este numeral.

	<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 19

Referente a la política del sistema integrado de gestión, algunos auditados relacionan su contenido con las funciones que desempeñan diariamente e indican que la política se encuentra en la página Web de la Entidad en el enlace *“políticas y objetivos del sistema integrado de gestión”* y en el *“manual de calidad del sistema de gestión, versión 09”*. A pesar de que se evidencia ejercicios de socialización *“pantallazos del 22/06/2021 sobre jornadas de fortalecimientos del SIG”*, se debe profundizar y fortalecer dicho requisito.

De acuerdo con lo anterior se genera una (1) no conformidad en el capítulo 5. Liderazgo, numeral 5.3 Roles, responsabilidades y autoridades en la organización y se aclara que en el capítulo 7. Apoyo, numeral 7.3. Toma de conciencia, quedará una observación con respecto a fortalecer los aspectos generales del sistema de gestión de calidad, referente a la unificación de conceptos del presente capítulo.

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

La Dirección Territorial mensualmente a través de los comités territoriales y mesas de trabajo con los diferentes líderes de los procesos y los municipios, analizan la ejecución de las actividades con el fin de cumplir lo planificado, trimestralmente analizan los riesgos y reportan a nivel nacional el seguimiento a los controles establecidos, soportes *“formato de monitoreo a la materialización de los riesgos del 07/04/2021 y del 12/06/2021*, todo esto alineado con las políticas operacionales y los requisitos de la metodología de *“administración de riesgos, código: 100.01.20-1, versión 08, del 22/05/2020”*. En el año 2020 La dirección territorial actualiza el mapa de riesgos teniendo en cuenta los ajustes realizados al contexto estratégico según el acta No. 26 del 23/12/2020, donde se revisa los controles existentes y se adiciona los nuevos contemplados en el contexto; en este se definen tres (3) riesgos de gestión y uno (1) de corrupción, los cuales son aprobados por la Oficina Asesora de Planeación de acuerdo con el acta No. 28 del 28/12/2020, el cual presenta el siguiente asunto: *“realizar la aprobación del mapa de riesgos de la DT Meta y Llanos Orientales, de acuerdo con la metodología de administración de riesgos de la Unidad”*., así mismo se identifica ejercicios de socialización realizados a todo el equipo, acta No. 02 del 21/01/2021 y listas de asistencia.

Se evalúa las evidencias de los controles de dos (2) riesgos: el primero relacionado con la *“Inoportunidad de realizar estrategias complementarias como jornadas de atención y/o ferias y servicios”*, control dos (2) *“El profesional responsable del proceso dentro del marco de los subcomités de asistencia y atención, solicitará al ente territorial el concepto de seguridad previa a la realización de las jornadas y/o ferias de servicios, con el fin de dar cumplimiento a la realización de la jornada. Adicional a esto el profesional del proceso, previo concepto desfavorable de seguridad articulará mediante correo electrónico con el NN, para reprogramar la jornada para otro municipio o vereda. Evidencias, actas de subcomités y correos electrónicos.”*, como resultado se evidencia el acta No. 001 del 06/04/2021 de aplazamiento de la jornada, cuyo objetivo de la reunión fue *“verificar la viabilidad o no de realizar la jornada móvil de atención de víctimas debido a las nuevas directrices por el tercer pico de la*

 <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 19

*emergencia sanitaria*". El segundo riesgo está relacionado con la *"Imposibilidad de cumplir acciones que hacen parte del acompañamiento en el retorno y/o reubicación de comunidades étnicas priorizadas"*, control uno (1) *"El profesional encargado del proceso realiza observaciones dentro del marco de los CJT, de cada municipio sobre la implementación de los planes de retornos y reubicaciones con la finalidad de revisar los avances de las acciones de los planes de retornos y reubicaciones, por parte de los municipios y se advierte las medidas preventivas y de control realizadas por el ministerio público, el profesional una vez verificado el incumplimiento informa al Director territorial para que se realice el respectivo requerimiento a la Procuraduría y Personerías municipales; Adicionalmente se realizan seguimientos en el marco de los subcomités de Reparación Integral y en las mesas de trabajo de R Y R . Las evidencias serán las actas de cada comité, subcomité y mesas de trabajo, los correos y oficios remitidos."*, se evidencia correo del 12/06/2021 remitiendo el acta de No. 002 y 001 de los comités territoriales de justicia transicional – CTJT (Lejanías – Meta).

Al indagar sobre la metodología de administración de riesgos adoptada por la Entidad *"política de administración de riesgos"*, se evidencia desconocimiento de las directrices que contempla dicha política y la relación con la documentación del SIG, por tal motivo se genera una (1) no conformidad, con el fin de establecer acciones y mejora referente a los lineamientos de la política de riesgos.

Con relación a la actualización del mapa de riesgos para la vigencia 2021, la Oficina Asesora de Planeación informa por medio del correo electrónico del 30/04/2021 que *"se encuentran en el proceso de transición y actualización de la nueva metodología de riesgos de la Entidad, para estar en consonancia con la nueva guía de administración de riesgos, versión 05 del Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP, y reitera que la Unidad ya cuenta con un primer borrador actualizado con los nuevos lineamientos"*, una vez sea validado se realizará la respectiva socialización y aplicabilidad del mismo.

Referente al conocimiento y aplicabilidad de los objetivos de calidad, el equipo auditado describe los nueve (9) objetivos del sistema integrado de gestión y reseñan claramente que los tres (3) primeros están relacionados con la misionalidad y operatividad de la Entidad y los restantes se orientan al proceso estratégico, de apoyo y a los sistemas integrados de gestión, así mismo mencionan que se encuentran publicado en la página web institucional y en el *"manual de calidad del sistema de gestión, versión 09"*. Se evidencia correo del 30/06/2021 de la socialización realizada del sistema integrado de gestión, donde se contempla los objetivos.

De acuerdo con lo anterior se genera una (1) no conformidad del capítulo 6. Planificación, numeral 6.1. Acciones para abordar riesgos y oportunidades referente a la administración de riesgos de la norma ISO 9001:2015.

 <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 7 de 19

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

Respecto al componente presupuestal y la disponibilidad de los recursos, la Dirección Territorial prevé a través de solicitud a nivel nacional, alertas sobre las limitaciones de los recursos y necesidades identificadas para la gestión de su operación, con el fin de cumplir las actividades planificadas. Lo anterior se evidencia por medio de los siguientes soportes: formato de solicitud de requerimiento del operador del 08/06/2021 relacionado con la *“jornada de diseño y formulación del Plan Integral de Reparación Colectiva – PIRC, con el fin de presentar la metodología, árbol de problema y objetivos”*, correo del 11/06/2021 donde se consolida las solicitudes de los profesionales de reparación colectiva de las jornadas a desarrollar anexando los *“formatos de planeación por equipo, formato de planilla de comisiones y demás documentos requeridos para la aprobación”*, correo del 21/06/2021 *“aprobación de los requerimientos para firma del director”* y correo del 22/06/2021 de aprobación del director. Adicional a la solicitud de muestreo en la auditoría sobre la operación en el territorio se evidencia correo del 06 y 07/07/2021 remitiendo a nivel nacional las cuentas de cobro del pago de *“facturas de servicios públicos, arrendamientos y otros compromisos.”*, correo del 09/11/2020 dirigido a la OTI solicitando *“cables de red y de HDMI”* con el fin de mejorar la conectividad de red, correo del 12/02/2021 *“requerimientos de equipos de computo de mesas”*, correo del 10/06/2021 *“solicitud de pedidos de insumo de aseo y cafetería”* y correo del 18/05/2021 de la trazabilidad y requerimiento de recursos para el *“protocolos de mudanzas por cambio de sede”*. De acuerdo con lo anterior se evidencia la gestión de la Dirección Territorial, donde mensualmente a través de los comités territoriales cada líder de los diferentes departamentos informa la gestión realizada, expone las novedades presentadas y definen estrategias para mejorar constantemente la operación y suplir las necesidades presentes en el territorio.

Referente al recurso humano la dirección territorial cuenta con treinta y tres (33) funcionarios de planta, treinta y siete (37) contratistas y nueve (9) operadores (aseo, cafetería, vigilancia gestión documental, etc.), soporte base de datos en Excel *“funcionarios planta DT Meta y Llanos Orientales”*; aunque se evidencia un buen número de profesionales se han dado a conocer en los comités directivos fortalecer el personal en los departamentos de Vaupés, Guaviare, Vichada y Guainía, ya que, se cuenta con un funcionario de planta y algunos contratista para la operatividad. El director territorial indica que todo el personal es apto para la gestión de la operación basada en educación, formación y experiencia, mensualmente con los líderes de los procesos en los comités territoriales realizan seguimiento al cumplimiento de las obligaciones, con el fin de evaluar la eficacia y plantear acciones de mejora para el fortalecimiento del recurso humano. Con relación al conocimiento organizacional se destaca la actividad de orientación y asesoría del 19/05/2021 cuyo objetivo fue *“brindar orientación y asesoría a las víctimas que han recibido la medida de indemnización administrativa”* donde se destaca los siguientes aspectos positivos y/o aprendizaje: *“lograr que el señor Leonardo Caicedo tuviera la orientación en su lengua (lenguaje de señas), ello ameritó muchos esfuerzos pues en San José del Guaviare hay muy pocos intérpretes y sus honorarios*

	<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 8 de 19

son altos, pero una persona conocida por el equipo de la territorial aceptó hacer la traducción por video llamada de WhatsApp y la víctima manifestó su satisfacción al respecto. Igualmente, encontrar casos como Carlos Rincón, quien a sus 72 años aun trabaja de forma informal y desea fortalecer su negocio. La ventaja de realizar orientaciones con grupos pequeños y uno a uno, es que conoces a la persona y sus sueños, te permite brindar una orientación personalizada de acuerdo con la particularidad de la persona”, todo lo anterior genera conocimientos organizacional, satisfacción de las partes interesadas (víctimas) y mejora en el fortalecimiento del personal de la dirección territorial a través de las experiencias identificadas. Así mismo se identifica la participación en el curso de inducción y reinducción de las 100 horas programado desde el grupo de talento humano, evidencias “certificados curso de 100 horas”.

Con relación a la infraestructura y el ambiente para la operación de los procesos, la Dirección Territorial del Meta y Llanos Orientales cuenta con sedes óptimas para el desarrollo de la operación, se evidencia la gestión realizada del director, muestra de la auditoria (*novedad e inquietud de la defensoría y personería de la sede Vaupés referente a la ubicación “segundo piso”, presentado inconvenientes en la atención de las personas discapacitadas*), de acuerdo a esa inquietudes y la gestión realizada, se logró en este año (2021) una nueva sede para mejorar esta necesidad y actualmente se encuentra en el proceso de instalación de conectividad con el apoyo desde el nivel nacional. Así mismo la dirección territorial dispone de los equipos tecnológicos adecuados para la operación y se vienen realizando gestiones con la Oficina de Tecnología de la Información – OTI para la mejora contantes del servicio. Evidencia mencionada al inicio de este numeral.

Respecto al ambiente laboral se han establecido charlas relacionadas con estrategias psicosociales, reducción del estrés, prevención del agotamiento, video conferencia, etc., evidencias soportadas en las actas de los comités territoriales (muestra acta No.02 del 01/02/2021), así mismo se identifica solicitudes de traslado de equipos tecnológicos para la operatividad del trabajo en casa, evidencia correo de 03/08/2020 y del 30/10/2020. Al indagar sobre la comunicación interna y externa de la Dirección Territorial hacia los procesos del nivel nacional y las partes interesadas, los auditados identifican los lineamientos impartidos desde el proceso de comunicaciones, relatando claramente quién debe, cuándo, a quién y cómo comunicar la información, de igual manera se identifica piezas comunicacionales como “boletín interno súmate” del mes de julio de 2021 donde se destacan noticias internas, agenda territorial, fechas de cumpleaños, charlas de ambiente laboral, entre otros”. No obstante, se evidencia que la dirección territorial ha realizado solicitudes oportunamente al proceso de gestión documental sobre temas de lineamientos para la trazabilidad de los consecutivos de las actas, evidencia correo 06/05/2021 solicitando “orientación e indicación de los lineamientos para la trazabilidad del consecutivos de las actas”, sin obtener respuesta alguna. Por tal motivo se genera una no conformidad al proceso de gestión documental referente a la comunicación oportuna de los requerimientos solicitados.

 <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 9 de 19

En relación con la información documentada y control de la información, se evidencia correo del 21/06/2021 remitido de la Oficina de Tecnología de la Información –OTI, sobre el resultado de la utilización de los mecanismos tecnológicos (One Drive) para el almacenamiento y control de la información. Al inquirir sobre este tema, se identifica que, se debe fortalecer en algunos funcionarios la utilizan de dicho mecanismo de conservación y trazabilidad de la información; por tal motivo se genera una observación con el fin de mejorar la aplicabilidad de dichos mecanismos y cumplir con los lineamientos impartidos por el nivel nacional.

Referente a la toma de conciencia, la dirección territorial ha realizado ejercicios y jornadas de socialización sobre los temas del sistema de gestión de calidad; se evidencia en el desarrollo de la auditoria que se debe fortalecer aspectos generales del sistema como: manual del sistema integrado de gestión versión 09, plan estratégico, alcance, política del SGC y otros componentes, por tal motivo se genera una observación, para mejorar la interiorización de los aspectos generales del sistema.

De acuerdo con lo anterior se generan dos (2) observaciones relacionada con el capítulo 7. Apoyo, numeral 7.3. Toma de Conciencia, numeral 7.5.3. Control de la información documentada y una no conformidad direccionada al proceso de gestión documental del capítulo 7. Apoyo, numeral 7.4. comunicación, de la norma ISO 9001:2015.

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

Referente al proceso de Servicio al Ciudadano, se evidencia la gestión de la Dirección Territorial relacionada con la toma de medidas para afrontar la contingencia sanitaria que se vive por el Covid-19 y teniendo en cuenta los lineamientos del nivel nacional, estableció estrategias para la prestación del servicio a través de los diferentes canales de comunicación (virtualidad). La Dirección Territorial cuenta con dos (2) centros regionales “*Meta y Guaviare*” y ocho (8) puntos de atención, cada centro regional y punto de atención tiene un profesional de servicio al ciudadano y actualmente está en el proceso del regreso a la presencialidad total. Respecto al seguimiento a la gestión de los operadores y orientadores, los profesionales de servicio al ciudadano de cada uno de los departamentos realizan mensualmente reuniones para evaluar el desempeño teniendo en cuenta las metas establecidas desde el nivel nacional. Todo lo anterior se evidencia a través de los siguientes soportes evaluados por el auditor: acta No.01 del 25/02/2021 y acta No.02 del 25/06/2021 sobre el “*seguimiento mensual del equipo operador Outsourcing Casanare*”, correo del 07/07/2021 “*reporte de la gestión de los operadores y acciones a tomar sobre novedades presentadas*”, correo del 13/07/2021 asunto “*servicio al ciudadano evidencia de gestión y controles, informe y análisis encuesta de satisfacción segundo semestre meta y llanos*”, acta No.03 del 22 y 23/04/2021 sobre “*jornada de atención de víctimas en Sácame Casanare*”, acta No.02 del 22/04/2021 “*jornada de atención de víctimas en Salinas Casanare*”, informe del 24 y 26/03/2021 relacionado con “*atención integral a víctimas del conflicto armado de Puerto Lleras – Meta*”, correo del 30/10/2020 “*acta 324-04-04-01 de 2020 mesa de trabajo re apertura presencial Punto 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 10 de 19

*atención a víctimas Granada*”, entre otros, de esta manera se evidencia la gestión realizada en el proceso de servicio al ciudadano.

Al inquirir en el procedimiento de *“notificación de indemnización administrativa y entrega del mensaje estatal de reconocimiento y dignificación”* del proceso de Reparación Integral, se evidencia gestión y control de las actividades realizadas en la Dirección Territorial y se identifica la trazabilidad de las actividades ejecutadas en el proceso, tales como: jornadas de entrega de las cartas de indemnización administrativa y de dignificación, cargue de la documentación, remisión de las cartas de indemnizaciones notificadas y no notificadas, actas de notificación personal, anulaciones y seguimiento mensual a las jornadas realizadas. Entre las evidencias como muestra en la auditoria se destaca: formato de autorización del descargue y organización de la logística de notificación de indemnización administrativa del 08/06/2021, correo del 20/06/2021 relacionado con la *“base solicitada para la respectiva citación de personas a la jornada de entrega de cartas en Villavicencio del 23 de Junio”*, correo del 01/05/2021 sobre la incidencia del *“municipio de Vistahermosa el pasado 15 de abril, donde se trasladan a realizar la entrega de cartas de indemnización a 21 personas previamente citadas y al llegar se encontraban alrededor de 100 personas, informó que estas personas fueron convocadas por el Personero municipal luego de que a través de una línea telefónica confirmaran con el Banco Agrario que contaban con giro de indemnización disponible para cobro desde el 01 de abril”*, correo del 18/05/2021 respuesta del incidente donde *“la SRI hizo el trámite e informa la situación al grupo antifraude de la Unidad, sin embargo a la fecha no hay conocimiento cierto u orden explícita de detener el pago ante lo cual es necesario proceder con las notificaciones respectivas”*, casos de carta de anulación radicado No. 110463-559124 asunto sin contacto, radicado No.387825, estos casos se verificaron el aplicativo evidenciando toda la trazabilidad, evidencias pantallazos de la evaluación realizada en el sistema, acta del 28/05/2021 sobre la *“coordinación de la jornada de notificación, asesoría y orientación en el municipio de Villavicencio -Granada”* y acta del 25/06/2021 referente al *“seguimiento y evaluación post jornada entrega de cartas de indemnización”*. De acuerdo con lo anterior, se destaca el compromiso de los funcionarios del proceso por su entrega, compañerismo y conocimiento en el desarrollo de cada una de las etapas del proceso.

En cuanto al control de las salidas no conforme, la Dirección Territorial manifiesta que a la fecha no se han presentado salida no conforme del producto o servicio, todo esto de acuerdo con los análisis realizados en los comités territoriales, evidencia correo del 09/04/2021 donde se manifiesta que en *“atención al correo del 5 de abril con la solicitud de reporte de salidas No Conformes (SNC) del proceso Reparación Integral (SRI, SRC, FRV, R y R y Grupo Psicosocial) detectadas en el mes de Marzo del 2021, me permito informar que, de acuerdo a la verificación con los profesionales responsables para la Dirección Territorial Meta y llanos Orientales, no se cuenta con ninguna salida no conforme para este periodo”*. Al indagar sobre la identificación, conocimiento y descripción de las salidas no conformes estandarizadas en el sistema de gestión de calidad del proceso de Reparación Integral *“matriz de identificación de salidas no conforme del proceso de Reparación Integral (código: 100.01.15-34, versión 02)”*,

 <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 19

describen claramente los productos y servicios, los requisitos del servicio, el servicio no conforme y los responsables de tratamiento, liberación y registro.

De acuerdo con lo anterior no se genera ningún hallazgo del capítulo 8. Operación, de la norma ISO 9001:2015.

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

Se evidencia seguimiento de la Dirección Territorial al plan de acción a través de los comités territoriales, donde mensualmente analizan y verifican la información para reportar en el aplicativo SIGGESTION – V2. Se cuenta con una matriz en Excel enviada desde el nivel nacional la cual es socializada a los responsables del registro del avance de los diferentes departamentos y una vez validada se consolida para el registro en el aplicativo. En la auditoria se evalúan dos (2) actividades del plan de acción: la primera identificada con el código No. 129, referente a *“realizar comités territoriales de seguimiento por parte de la dirección territorial”*, se evidencia el soporte de: correo del 14/07/2021 *“asistencia comité de seguimiento DT- febrero, comité seguimiento febrero, asistencia comité DT meta y llanos orientales – abril y comité seguimiento abril DT meta y llanos orientales”*, la segunda actividad identificada con el código No. 166, relacionada con la *“asistencia técnica para la actualización en planes de contingencia y la formalización del apoyo subsidiario para inmediatez, en los municipios de interés estratégico”*, se evidencia el soporte de: correo del 14/07/2021 *“acta de reunión pc capital departamento Puerto Carreño, acta de reunión pc primavera, Santa Rosalía y Cumaribo, formato memoria de reunión revisión borrador pc San Martin(1), formato memoria de reunión revisión borrador pc Puerto López, formato memoria de reunión revisión borrador pc Puerto Rico, formato memoria de reunión revisión borrador pc Puerto Concordia, (...)”*., adicional a esta información se cuenta con los informes de seguimiento del plan de acción, evidencia correo del 01/07/2021 sobre la solicitud del reporte de indicadores a los líderes de los procesos y correo del 09 y 11/07/2021 reportando el avance de la gestión.

Referente al plan de implementación del SIG, las actividades se reportan trimestralmente de acuerdo con las indicaciones dadas desde el nivel nacional por parte de la Oficina Asesora de Planeación, donde por medio del correo electrónico del 20/04/2021 informan sobre la *“habilitación de la plataforma, las fechas máximas para el reporte, archivo en Excel de los indicadores y demás aspectos para tener en cuenta (...)”*. En la auditoria se evalúan dos (2) indicadores: el primero (código 6340) *“diseñar, aplicar y analizar encuestas de satisfacción de las partes interesadas para obtener su percepción respecto a los productos y servicios que presta la Unidad (ficha técnica, encuesta, informe de resultados), así como su socialización o retroalimentación del informe final”*, se evidencia informe de encuesta de *“medición de satisfacción de la jornada reparación integral v3”* de marzo de 2021, reporte de resultados *“encuesta de medición de satisfacción jornada - evento 2020 - dirección de reparación integral”* y el Informe del primer trimestre 2021 de la medición de *“satisfacción de la asistencia técnica*

 <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 19

para la formulación o actualización de planes de contingencia”, el segundo indicador (código 6378) “realizar seguimiento a las no conformidades que se encuentren abiertas en el aplicativo Sisgestión”, se evidencia el seguimiento realizado, correo del 08/06/2021 sobre el análisis de las no conformidades y correo del 18/03/2021 sobre el estado de las no conformidades, entre otras evidencias que están registradas en la carpeta de la auditoria. Con respecto a los demás indicadores, se lleva el seguimiento acorde a la programación de la OAP, evidencia pantallazos de Sisgestión -V1.

Al inquirir sobre la medición y satisfacción del cliente, se evidencia correo del 29/04/2021 del nivel nacional donde se comunica el informe de “medición de encuestas de satisfacción Reparación Integral 2020” y a través de los comités territoriales se socializa dicha información, así mismo mediante correo del 05/03/2021 se evidencia el informe de satisfacción del proceso de servicio al ciudadano, el cual fue socializado al grupo de servicio al ciudadano según acta No.03 del 05/05/2021, informando el análisis de los resultados de la encuesta.

De acuerdo con lo anterior no se genera ningún hallazgo del capítulo 9. Evaluación del desempeño, de la norma ISO 9001:2015.

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

Referente al estado de las no conformidades de la auditoría interna de calidad realizada en el año 2020, la Dirección Territorial cumplió con el plan de mejoramiento registrado en el aplicativo SISGESTION. Se evidencia toda la trazabilidad de las acciones realizadas con sus respectivos soportes, los cuales fueron verificados y registrados en la carpeta de auditoria habilitada en el aplicativo Teams. Entre las evidencias evaluadas se mencionan las siguientes: correo del 01/06/2020 “aclaración del contexto estratégico”, acta No.18 del 28/09/2020 “desarrollo del comité técnico relacionado con el seguimiento del plan de acción”, correo del 03/07/2020 sobre la “socialización del manual de la imagen institucional”, presentación jornada de fortalecimiento del SIG 2021, correo del 20/05/2020 “socialización del SIG”, correo del 06/05/2021 “solicitud de apoyo al grupo de gestión documental”, entre otros. Así mismo por parte del auditor se aprueba las actividades en SISGESTIÓN para que las evidencias sean registradas y se dé el cierre respectivo de las no conformidades en el aplicativo.

Se evalúa la actividad planteada en el informe de revisión por la dirección 2020 relacionado con las oportunidades de mejora sobre “gestionar a través de correo electrónico ante la OAJ, la realización de una mesa de trabajo entre los enlaces DAE del Nivel Nacional y los profesionales responsables del territorio, las estrategias para atender de manera objetiva y realista las acciones a desarrollar en el territorio, adicional gestionar ante la Dirección Nacional la asignación de un profesional para apoyo en seguimiento en temas étnicos”, se evidencia contrato No.1362 cuyo objeto es “prestar a la dirección de asunto étnicos sus servicios

 <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 19

*profesionales, para realizar acompañamiento (...)* y correo del 21/04/2021 sobre *“solicitud de apoyo en la contratación”*.

De acuerdo con lo anterior no se genera ningún hallazgo del capítulo 10. Mejora, de la norma ISO 9001:2015.

## 11. OBSERVACIONES

1. Se observa que, se debe fortalecer al interior de la Dirección Territorial temas relacionado con el (manual del sistema integrado de gestión versión 09, Plan estratégico, alcance, Política del SGC y otros componentes). Esto sucede en la Dirección Territorial Meta y Llanos Orientales asociado al sistema de gestión de calidad. Lo anterior se evidencia a través de las entrevistas efectuadas al equipo auditado en el desarrollo de la auditoria; a pesar de que, existen campañas de socialización. Por lo anterior se deben realizar prácticas de mejora continua para asegurar y fortalecer el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015, capítulo 7. Apoyo, numeral 7.3. Toma de conciencia.
2. Se observa que, se debe fortalecer al interior de la Dirección Territorial el manejo de mecanismos para el control de la información disponible por la Unidad (One Drive). Esto sucede en la Dirección Territorial Meta y Llanos Orientales asociado al sistema de gestión de calidad. Lo anterior se evidencia al evaluar con el equipo auditado los mecanismos utilizados para asegurar la protección adecuada y el uso idóneo de la información. Por lo anterior se deben realizar prácticas de mejora continua para asegurar y fortalecer el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015, capítulo 7. Apoyo, numeral 7.5.3. Control de la información documentada.

## 12. NO-CONFORMIDADES

1. No se evidencia, conocimiento de la política de administración de riesgos adoptada por el sistema de gestión de la Entidad. Esto sucede en la Dirección Territorial Meta y Llanos Orientales, asociada al proceso de Direccionamiento Estratégico (código 120.01.09-1, versión 09). Lo anterior se evidencia a través del muestreo de la evaluación realizada a los auditados, respecto a la descripción de las directrices que contempla dicha política y su ubicación en los documentos del SIG. Esta situación conduce al incumpliendo con los requisitos de la norma ISO 9001:2015 del capítulo 6. Planificación, numeral 6.1. acciones para abordar riesgos y oportunidades referente a la administración de riesgos.
2. No se evidencia, conocimiento de los roles, responsabilidades para la adopción e implementación del sistema de gestión de calidad. Esto sucede en la Dirección Territorial Meta y Llanos Orientales asociado al proceso del sistema integrado de gestión de la Unidad (Resolución 569 de 2017). Lo anterior se evidencia al entrevistar al grupo auditado sobre las funciones, responsabilidades y representantes designados por la alta dirección para el seguimiento e implementación del SIG. Esta situación

 <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 19

conduce al incumpliendo con los requisitos de la norma ISO 9001:2015: Capítulo 5. Liderazgo, numeral 5.3 Roles, responsabilidades y autoridades en la organización.

### **Direccionada al proceso de Gestión Documental**

- No se evidencia, claridad y solución oportuna referente a los lineamientos para llevar la trazabilidad del consecutivo del registro de (actas) por parte del proceso de Gestión Documental. Esto sucede en la Dirección Territorial Meta y Llanos Orientales, asociado al proceso de gestión documental. Lo anterior se evidencia al evaluar la no conformidad No. 2019, actividad No. 13109 de la auditoria del año 2020, donde se identifica correo remitido al grupo de gestión documental del 06/05/2021 solicitando orientación e indicación de los lineamientos para la trazabilidad del consecutivos de las actas, sin obtener respuesta a la solicitud. Esta situación conduce al incumpliendo con los requisitos de la norma ISO 9001:2015: Capítulo 7. Apoyo, numeral 7.4. Comunicación y numeral 7.5.3 Control de la Información documentada.

## **13. FORTALEZAS Y DEBILIDADES**

### **13.1. Fortalezas**

- Alta disposición por el líder, funcionarios y contratistas en la ejecución de la auditoria, remitiendo a tiempo toda la información solicitada y contando con una buena actitud frente al desarrollo de esta.
- Eficacia del enlace del SIG, respecto a las evidencias presentadas en la auditoria.
- Compromiso de la DT Meta y Llanos Orientales, respecto a la implementación y mejora continua del sistema de gestión de calidad bajo los requisitos de la norma ISO 9001:2015, en cada uno de los numerales auditados.
- Liderazgo y compromiso del director y el grupo de trabajo en el desarrollo de actividades emprendidas para mejorar constantemente los servicios que se prestan a nivel territorial.
- Compromiso del seguimiento de la estabilidad del trabajo en casa relacionado con el ambiente operacional, específicamente sobre la gestión en la prestación del servicio a las partes interesadas.
- Compromiso al interior de la Dirección Territorial en la ejecución de las actividades misionales en el marco del Proceso de Reparación Integral y Servicio al Ciudadano. (Temas evaluados en la auditoria).
- Disposición de todo el personal para atender la auditoria, frente a las recomendaciones realizadas por parte del equipo auditor.

 <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 19

### 13.2. Debilidades

- Fortalecer al interior de la Dirección Territorial temas del sistema de gestión de la calidad, relacionado con el manual del sistema integrado de gestión versión 09, plan estratégico, alcance, política del SGC, roles y responsabilidades del SIG y demás conceptos referentes al sistema.
- Mejorar los canales de comunicación desde el ámbito tecnológico.
- Fortalecer la trazabilidad y control de la información de acuerdo con los canales disponible desde el nivel nacional (One Drive).

## 14. RESUMEN ESTADÍSTICO DE AUDITORÍA

### DIRECCIÓN TERRITORIAL META Y LLANOS ORIENTALES

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 Meta y Llanos Orientales.

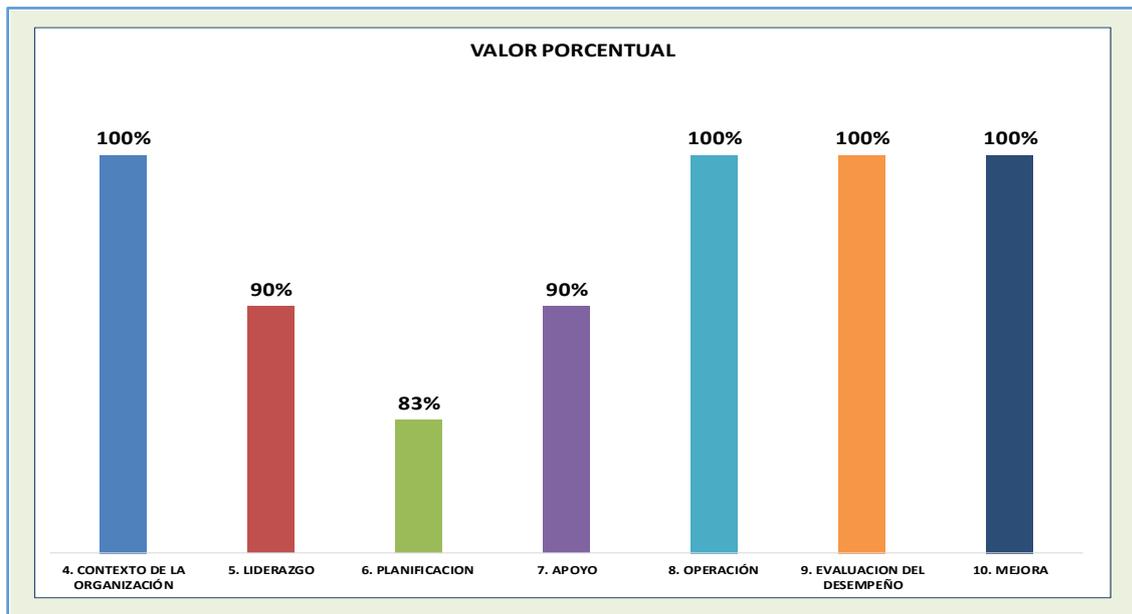
**Tabla No. 1. Porcentaje por numeral de la Norma ISO 9001:2015**

ITEM DE NORMA	VALOR PORCENTUAL
4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN	100%
5. LIDERAZGO	90%
6. PLANIFICACION	83%
7. APOYO	90%
8. OPERACIÓN	100%
9. EVALUACION DEL DESEMPEÑO	100%
10. MEJORA	100%

Fuente: Herramienta de evaluación auditoría interna de calidad.

	<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 19

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



Fuente: Herramienta de evaluación auditoría interna de calidad.

El porcentaje promedio de cumplimiento del nivel de madurez asociado a los requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad NTC ISO 9001:2015, es del 95%.

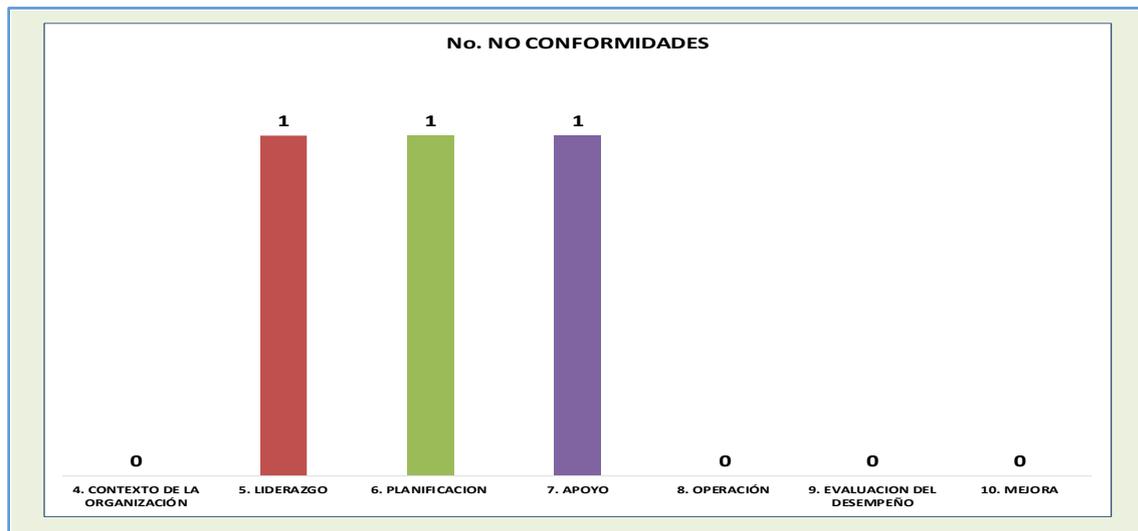
**Tabla No. 2. Número de no conformidades y observaciones de la Norma ISO 9001:2015**

ITEM DE NORMA	No. NO CONFORMIDADES	No. OBSERVACIONES
4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN	0	0
5. LIDERAZGO	1	0
6. PLANIFICACION	1	0
7. APOYO	1	2
8. OPERACIÓN	0	0
9. EVALUACION DEL DESEMPEÑO	0	0
10. MEJORA	0	0

Fuente: Herramienta de evaluación auditoría interna 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 17 de 19

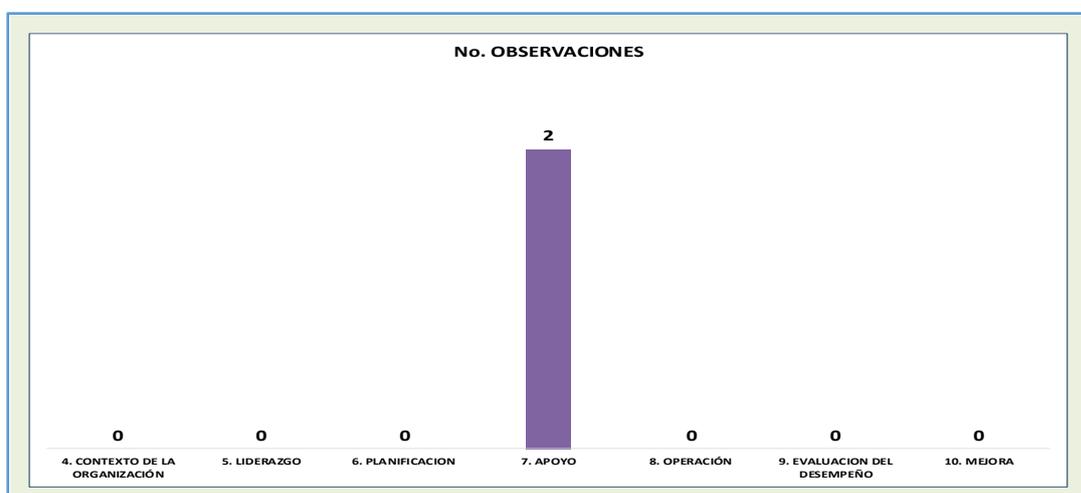
### Grafica No. 2. Número de No Conformidades



Fuente: Herramienta de evaluación auditoría interna de calidad.

Se identificaron tres (3) no conformidades, la primera en el capítulo 5. Liderazgo, numeral 5.3 roles, responsabilidades y autoridades en la organización, la segunda en el capítulo 6. Planificación, numeral 6.1. Acciones para abordar riesgos y oportunidades y la tercera en el capítulo 7. Apoyo, numeral 7.4. Comunicación y 7.5.3 Control de la Información documentada, esta última va direccionada al proceso de gestión documental; respecto al cumplimiento del nivel de madurez asociado a los requisitos del sistema de gestión de la calidad NTC ISO 9001:2015.

### Grafica No. 3. Número de Observaciones



Fuente: Herramienta de evaluación auditoría interna 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 18 de 19

Se identificaron dos (2) observaciones en el capítulo 7. Apoyo, numeral 7.3. Toma de conciencia y numeral 7.5.3. Control de la información documentada; 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 Meta y Llanos Orientales, es del 95%, de los 54 ítems evaluados.

**Cordialmente;**

**JOHN DAIRO BERMEO CUELLAR**  
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 19 de 19

Versión	Fecha del cambio	Descripción de la modificación
1	30/05/2014	Creación del formato
2	24/02/2015	Se adicionó el número de auditoria, 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. Sé 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.