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

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN

Fecha de informe: junio 21 de 2022.

Nombre del proceso o dirección territorial auditada: Dirección Territorial Meta y Llanos Orientales.

Dependencia líder del proceso: Dirección General.

Servidor responsable del proceso: Juan Guillermo Plata Plata (E)

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

Fecha de auditoría: junio 13 de 2022.

Equipo Auditor: José David Murcia Rodríguez (Auditor).

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 y concluye con el seguimiento al plan de mejoramiento por parte del auditor.

2. GESTIÓN DEL RIESGO AUDITOR

- 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.

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION	Código: 150.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 06
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 05/02/2021 Página 2 de 14

3. CRITERIOS DE AUDITORÍA

Documentos (procedimientos, guías, instructivos, formatos) y demás instrumentos asociados al sistema de gestión de calidad norma ISO 9001:2015 de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas.

El corte de la auditoria relacionada con la información documentada a auditar es del 01 de julio 2021 a la fecha de ejecución de la auditoria.


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

La Dirección Territorial Meta y Llanos Orientales cuenta con su contexto estratégico de acuerdo con los lineamientos de la metodología estandarizada del proceso de Direccionamiento Estratégico, pero este no fue de mucha utilidad ya que la entidad tiene una mala práctica de priorizar actividades y luego aplicar la metodología DOFA analizando sus factores internos (debilidades y fortalezas), tales como: *“financieros, procesos y procedimientos, talento humano, estratégico, tecnológico y comunicación interna”* y los factores externos (amenazas y oportunidades), como; *“seguridad, medios de comunicación y divulgación, social y cultural, económico y financiero, política o de relacionamiento, ambiental, tecnológico, legal y normativo”*.

Producto de este análisis, no se cuenta con todo el panorama de su entorno, de acuerdo con la identificación de sus factores, se desglosan sus estrategias con el fin de generar controles, planes de tratamiento y acciones a tomar en caso de materializarse el riesgo, las cuales a su vez se llevaron a la matriz de riesgos.

Cabe destacar que, en el documento denominado informe de seguimiento diciembre 2021 y en el documento denominado informe de seguimiento primer trimestre 2022 de la Oficina Asesora de Planeación compartido por el enlace SIG en One Drive, se observa cómo se presentaron desviaciones para el logro de los indicadores definidos para la Dirección Territorial, en el cual 14 no se cumplieron para la vigencia 2021 y 5 para la vigencia 2022, por ende, se materializaron los riesgos al no actualizar la matriz de riesgos y su contexto de acuerdo con los factores que inciden en su entorno dinámico.

Referente a las necesidades y expectativas de las partes interesadas, la Dirección Territorial identifica las necesidades y expectativas de las partes interesadas y ubican en la página Web institucional dicho documento que describe 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: 03, fecha del 04/08/2021”*, de igual manera se cuenta con un directorio internos

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION	Código: 150.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 06
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 05/02/2021 Página 3 de 14

de los funcionarios y contratistas. Con respecto al sistema de gestión de calidad y sus procesos, expresan que se cuenta con la documentación necesaria para la debida operación (planes, programas, proyectos, caracterización, manuales, procedimientos, guías, documentos internos y otros), la cual está disponible en la página web de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas.

Respecto al alcance del sistema de gestión de calidad, mencionan que este hace referencia con el registro, atención, asistencia y reparación de las víctimas del conflicto armado y coordinación del SNARIV en los procesos de la sede del nivel central y las direcciones territoriales definidas por la entidad, el cual está documentado en el “manual del sistema integrado de gestión, pág. 5”, publicado el 23/09/2021.


De acuerdo con lo anterior, se genera dos (2) no conformidades del capítulo 4. Contexto de la organización de la norma ISO 9001:2015.

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

Se identifica el liderazgo y compromiso de Director Territorial y de todo el grupo de trabajo con la implementación y mejora del sistema de gestión de calidad, se evidencia la responsabilidad de cumplir oportunamente los requisitos de las partes interesadas, pero en cuanto a tratar los riesgos y oportunidades tomando en cuenta el pensamiento basado en riesgos se presenta una debilidad y no actúa a tiempo a la situación presente que se está viviendo en el territorio; todo esto se da a través de la ejecución del plan de acción.

Referente al tema de enfoque al cliente del sistema de gestión de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, se evidencia que se encuentra documentado en la página web institucional la identificación, comprensión y análisis de dichos requisitos implementado en la “matriz de requisitos vs procesos, código: 120.01.15-1, versión 01”, en cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015, pero se hace referencia que el procedimiento canal presencial v9 cuenta con un instructivo apertura buzón de sugerencias centros regionales v2 300 22 05 - 4, el cual no vincula la apertura buzón de sugerencias para los puntos de atención, solo se aplica para los CRAV, por ende, se registra una no conformidad para el capítulo 5 de la norma en mención.

Al evaluar los roles y responsabilidades, se evidencia al consultar por la 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”, el cual describe claramente las funciones del representante de la dirección para el sistema, las responsabilidades que tiene en los diferentes niveles de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas en la implementación, las funciones del comité institucional de gestión y desempeño, las funciones del equipo operativo y las funciones del equipo evaluador; para asegurar el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015.

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION	Código: 150.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 06
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 05/02/2021 Página 4 de 14

En cuanto al evento de rendición de cuentas al interior de la entidad en relación con la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad, en la Dirección Territorial Meta y Llanos Orientales manifiesta no tener un registro de dicho evento en donde se genere el espacio de participación e interacción para que cada uno de los actores en el sistema informe sobre su desempeño, con el propósito de evaluar los avances en materia de Sistema de Gestión de la Calidad, con miras a introducir mejoras en el sistema de gestión, a su vez, el informe de rendición de cuentas de cada participante en el sistema será un insumo para alta dirección en su revisión anual.

Como lo manifiesta la norma ISO 9001:2015 “*La alta dirección debe demostrar liderazgo y compromiso con respecto al sistema de gestión de la calidad: asumiendo la responsabilidad y obligación de rendir cuentas con relación a la eficacia del sistema de gestión de la calidad*”. En todo momento el SGC da señales de que está o no funcionando en la entidad, si los procesos son mejores o no, si hay más resultados y si la satisfacción de las partes interesadas está aumentando. Los líderes de los procesos y del sistema deben entender estas señales.


El SGC habla por medio de los indicadores, son ellos quienes van a decir si la calidad es verdadera y está dando resultado para la entidad. Entonces, les toca a los líderes de la entidad establecer indicadores que muestren eso, es decir, a modo de ejemplo que digan si las indemnizaciones se están entregando más rápido, si se está utilizando menos recursos en el proceso de reparación, si los productos y servicios no conformes y la corrección de estos disminuyeron y cualquier otro dato que sea importante para la entidad. Esto es rendir cuentas de la eficacia del sistema de gestión de la calidad, es mostrar por medio de hechos y datos si está o no mejorando la entidad.

Teniendo en cuenta que **en** la Dirección Territorial no se cuenta con todo el panorama de su entorno, se observa que se materializaron riesgos en el cumplimiento de indicadores de plan de acción de las vigencias 2021 y 2022, por ende no se determinan y se consideran los riesgos y oportunidades que pueden afectar a la conformidad de los productos y servicios y a la capacidad de aumentar la satisfacción del cliente.

Por lo anterior, genera tres no conformidades con lo establecido en este capítulo de la norma ISO 9001:2015.

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

La Entidad cuenta con una nueva metodología de riesgos aplicada en el formato para el levantamiento del mapa de riesgos de Direccionamiento Estratégico código: 100,01,15-2, versión: 09, fecha del 23/11/2021, en consonancia con la nueva *guía de administración de riesgos, versión 05 del Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP.*

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION	Código: 150.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 06
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 05/02/2021 Página 5 de 14

Teniendo en cuenta lo enunciado en el concepto de auditoría del numeral 4 del presente informe, la Dirección Territorial Meta y Llanos Orientales, presenta una debilidad en la formulación de controles que coadyuven en la materialización de los riesgos al presentar desviaciones para el cumplimiento de los indicadores de la vigencia 2021 y lo corrido de 2022, debido a que el instrumento no se actualiza de acuerdo a los factores que inciden en el cumplimiento de los objetivos, logros, metas, proyectos, etc., definidos para la vigencia de la DT Meta y Llanos Orientales.


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

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

La Dirección Territorial Meta y Llanos Orientales referente al componente presupuestal determina, analiza y prioriza los recursos asignados con la finalidad de cumplir las actividades planificadas desde el nivel nacional, así mismo, prevé a través de solicitud a nivel nacional y demás entes que intervienen en la DT Mensualmente a través de los comités territoriales cada líder de los procesos informa la gestión realizada donde se expone las novedades y definen las tácticas para suplir las necesidades e inconvenientes presentados.

Con relación a la infraestructura y el ambiente para la operación de los procesos, la Dirección Territorial cuenta con una sede para el desarrollo de su gestión, así mismo dispone de los equipos tecnológicos, servicios y recursos presupuestales acorde a las necesidades primarias. Con respecto al servicio de internet la dirección territorial ha presentado inconvenientes por la velocidad del “*Ancho de Banda*”, debido a la baja capacidad para el desarrollo diario de las actividades. En relación con la información documentada y control de la información, se evidencia que en la Dirección Territorial conserva la trazabilidad de la información en los medios tecnológicos disponibles por la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas.

Referente a la toma de conciencia donde la Dirección Territorial se asegura de que las personas internas y externas comprenden y contribuyen a la eficacia y eficiencia de los requisitos del sistema de gestión de calidad, se observa la claridad, conceptualización y comprensión de aspectos generales a tener en cuenta en la implementación del sistema (*manual del sistema integrado de gestión versión 09, matriz de requisitos vs procesos, roles y responsabilidades de la Resolución 569 de 2017, entre otros*).

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION	Código: 150.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 06
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 05/02/2021 Página 6 de 14

La Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas cuenta con una herramienta que se llama Sisgestión para la formulación, reporte y seguimiento del plan de acción, la cual permite a la Dirección Territorial medir la eficiencia y eficacia de la gestión en relación con los procedimientos evaluados, para la toma de decisiones, la Dirección Territorial presenta pantallazos en un archivo en Word de la herramienta y su Plan de Acción.

Se determina y proporciona los recursos necesarios para garantizar la validez y fiabilidad de los resultados, a través de instrumentos de seguimiento y medición de la satisfacción de los productos y servicios prestados en la Dirección Territorial.

Se observó durante la auditoria un ambiente operativo tranquilo, y libre de conflictos a través del liderazgo de la directora territorial, aportando cuidado con las emociones de su equipo de trabajo.


De acuerdo con lo anterior, no se genera observación alguna relacionada con el capítulo 7, de la norma ISO 9001:2015.

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

Al verificar el proceso de Servicio al Ciudadano e indagar sobre el buzón de sugerencia, manifiestan que se cuenta con un instructivo de apertura de buzón de sugerencias de los centros regionales v2 300 22 05 - 4, en el procedimiento canal presencial, este documento presenta una debilidad al no vincular la apertura del buzón de sugerencias para los puntos de atención, solo se aplica para los CRAV.

Se tienen determinados los requisitos de los productos y servicios que presta la Dirección Territorial en donde se definen los criterios a través de procedimientos y la aceptación de productos y servicios, se determinaron los recursos que aseguran la conformidad de estos y se cuenta con la documentación que demuestra la confianza en los procesos, asimismo, se definieron controles de la prestación del servicio, como también se observa fortaleza en cuanto a la trazabilidad de su ejecución y operación con la finalidad de realizar el seguimiento y asegurar la conformidad del servicio, lo anterior se evidencia en la matriz denominada “Matriz Requisitos vs Procesos V1”, en los procedimientos auditados (Procedimiento Canal Presencial V11) .

En cuanto al control de la salida no conforme, la Dirección Territorial identifica, controla y establecer el tratamiento a las salidas (servicios y productos) no conformes, de acuerdo con los requisitos definidos por la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, así como los responsables para su liberación con el fin de prevenir la entrega no intencional a las partes interesadas. Las salidas de los servicios y/o productos no conformes que se detecta en la Dirección Territorial se reporta a través del Formato de Registro y Control de Salidas No Conformes por el enlace Territorial y remitirlo mediante correo electrónico al

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION	Código: 150.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 06
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 05/02/2021 Página 7 de 14

enlace SIG y líder del proceso correspondiente en el nivel Nacional para su respectiva verificación. Una vez verificada la salida no conforme se da respuesta mediante correo electrónico a la Dirección Territorial.

En la página web institucional se publica la identificación de salidas no conformes de los procesos misionales y se toma como muestra el formato de identificación de salidas no conformes Código: 100.01.15-34, Versión: 2, Fecha: 25/08/2020 del proceso misional de Servicio al Ciudadano actualizado el 4/10/2021, en el cual se formularon 10 productos y servicios no conformes con su debido tratamiento y con registro de liberación en los aplicativos Lex, SGV, SIRAV-SGV y correos electrónicos.

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

La evaluación del desempeño es un registro crítico para determinar si el Sistema de Gestión de la Calidad se encuentra funcionando correctamente o si los cambios son necesarios para cumplir con dichos requisitos. Es muy importante reunir toda la información necesaria para tomar decisiones acertadas, basadas en hechos reales de su entorno.


En la Dirección Territorial se tienen determinados varios instrumentos para medir el desempeño de los procesos y su eficacia, producto de su aplicación, se obtiene información relevante para la toma de decisiones y formular acciones cuando se generan las alertas, así mismo, la DT por medio de correos electrónicos las comunica a sus partes interesadas. Lo anterior se evidencia en los instrumentos anteriormente mencionados (plan de acción, contexto de la organización, plan de implementación del SIG, control de salidas no conformes, y encuestas de satisfacción).

Como se hace referencia en el concepto de auditoría del numeral 8, el procedimiento canal presencial v9 cuenta con un instructivo de apertura buzón de sugerencias centros regionales v2 300 22 05 - 4, el cual no vincula la apertura de buzón de sugerencias para los puntos de atención, solo se aplica para los CRAV.

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

Se utilizan y aplican herramientas y metodologías necesarias para identificar, investigar y tratar las causas que inciden el bajo rendimiento de los procesos, así mismo, permite formular acciones para mejorar el Sistema de Gestión de la Calidad.

En lo referente al informe de calidad de la vigencia 2021, se observa que se presentaron ocho (8) no conformidades, pero se encuentra cerradas en SISGESTON, las demás no conformidades producto de la gestión por incumplimiento de indicadores del plan de acción

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION	Código: 150.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 06
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 05/02/2021 Página 8 de 14


de la Dirección Territorial de Meta y Llanos Orientales, la Oficina Asesora de Planeación no formuló No conformidades para toma de medidas correctivas, observando una mala práctica por parte de la OAP para que la Dirección Territorial busque la mejora. Lo anterior se evidencia a través de pantallazos en un archivo en Word de la herramienta utilizada (Sisgestión).

11. OBSERVACIONES

No se presentaron Observaciones.


12. NO-CONFORMIDADES

- 12.1.** No se evidencia, que se determinen los factores internos y externos que son pertinentes para el propósito y su dirección estratégica. Esto sucede en la dirección territorial Meta y Llanos Orientales. Lo anterior se evidencia a través de los registros documentados en el informe de seguimiento de diciembre de 2021 de la Oficina Asesora de Planeación compartido por el enlace SIG en One Drive, frente al incumplimiento de 14 indicadores del plan de acción de la vigencia 2021 y en el Informe de seguimiento del primer trimestre 2022 de la Oficina Asesora de Planeación compartido por el enlace SIG en One Drive, frente al incumplimiento de 5 indicadores del plan de acción de la vigencia 2022. Esta situación conduce al incumplimiento con los requisitos de la norma ISO 9001:2015 capítulo 4 Contexto de la Organización, numeral 4.1 Compresión de la organización y de su contexto.
- 12.2.** No se evidencia, el seguimiento y la revisión de la información sobre las cuestiones externas e internas. Esto sucede en la dirección territorial Meta y Llanos Orientales. Lo anterior se evidencia a través de los registros documentados en el informe de seguimiento diciembre 2021 de la Oficina Asesora de Planeación compartido por el enlace SIG en One Drive, frente al incumplimiento de 14 indicadores del plan de acción de la vigencia 2021 y en el informe de seguimiento del primer trimestre 2022 de la Oficina Asesora de Planeación compartido por el enlace SIG en One Drive, frente al incumplimiento de 5 indicadores del plan de acción de la vigencia 2022. Esta situación conduce al incumplimiento con los requisitos de la norma ISO 9001:2015 capítulo 4 Contexto de la Organización, numeral 4.1 Compresión de la organización y de su contexto
- 12.3.** No se evidencia, que el responsable del proceso de Direccionamiento Estratégico de la entidad rinde cuentas en relación con la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad. Esto sucede en la Dirección Territorial Meta y Llanos Orientales. Lo anterior, se evidencia a través de la entrevista al equipo auditado a través de Teams, manifestando que no cuenta con los registros documentados del evento de Rendición de Cuentas al interior de la entidad en donde se genere el espacio de participación e interacción para que cada uno de los actores en el sistema informe sobre su desempeño, con el

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION	Código: 150.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 06
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 05/02/2021 Página 9 de 14

propósito de evaluar los avances en materia de Sistema de Gestión de la Calidad, con miras a introducir mejoras en el sistema de gestión, a su vez, el informe de rendición de cuentas de cada participante en el sistema será un insumo para Alta Dirección en su revisión anual. Esta situación conduce al incumplimiento del requisito de la norma ISO 9001:2015 capítulo 5 Liderazgo, numeral 5.1 Liderazgo y Compromiso.

- 12.4.** No se evidencia la implementación de Buzones de Sugerencia en los puntos de atención, para fortalecer los mecanismos de percepción de las partes interesadas, con la finalidad de obtener una buena información y lograr mejorar las expectativas y requisitos de ellos. Esto sucede en la Dirección Territorial Meta y Llanos Orientales. Lo anterior se evidencia a través de los registros documentados en el instructivo apertura y seguimiento del buzón de sugerencias centros regionales de atención a víctimas código 300,22,05-4 versión 3 y lo que manifestaron los auditados en la entrevista de auditoría. Esta situación conduce al incumplimiento del requisito de la norma ISO 9001:2015 capítulo 5 Liderazgo, numeral 5.1.2 Enfoque al Cliente.
- 12.5.** No se evidencia, que se determinen y se traten los riesgos y oportunidades que pueden afectar a la conformidad de los productos y servicios a la capacidad de aumentar la satisfacción del cliente. Esto sucede en la dirección territorial Meta y Llanos Orientales. Lo anterior se evidencia a través de los registros documentados en el informe de seguimiento de diciembre de 2021 de la Oficina Asesora de Planeación compartido por el enlace SIG en One Drive, frente al incumplimiento de 14 indicadores del plan de acción de la vigencia 2021 y en el informe de seguimiento del primer trimestre 2022 de la Oficina Asesora de Planeación compartido por el enlace SIG en One Drive, frente al incumplimiento de 5 indicadores del plan de acción de la vigencia 2022. Esta situación conduce al incumpliendo incumplimiento del requisito de la norma ISO 9001:2015 capítulo 5 Planificación, numeral 5.1.2 Enfoque al Cliente.
- 12.6.** No se evidencia, que el responsable del proceso determine todos los riesgos y oportunidades relacionados con el análisis del contexto. Esto sucede en la Dirección Territorial Meta y Llanos Orientales. Lo anterior se evidencia a través de los registros documentados en el informe de seguimiento de diciembre de 2021 de la Oficina Asesora de Planeación compartido por el enlace SIG en One Drive, frente al incumplimiento de 14 indicadores del plan de acción de la vigencia 2021 y en el informe de seguimiento del primer trimestre 2022 de la Oficina Asesora de Planeación compartido por el enlace SIG en One Drive, frente al incumplimiento de 5 indicadores del plan de acción de la vigencia 2022. Esta situación conduce al incumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015 capítulo 6 Planificación, numeral 6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades.

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION	Código: 150.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 06
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 05/02/2021 Página 10 de 14


13. FORTALEZAS Y DEBILIDADES

13.1. Fortalezas:

- Alta disposición por el Líder de la Dirección Territorial, 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.
- Disposición y acotación de instrucciones frente a las recomendaciones realizadas por parte del auditor e igualmente disponibilidad de todo el personal para atender la auditoria.
- Compromiso oportuno por parte del personal y enlace SIG, respecto al control y trazabilidad de la información documentada y las evidencias presentadas en el desarrollo de la auditoria.
- Conocimiento amplio en la página de ruta de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, en lo que respecta al Sistema de Gestión de Calidad.
- Alto compromiso del Líder de la Dirección Territorial respecto al proceso de ejecución de la auditoría interna del Sistema de Gestión Calidad ISO 9001:2015 asociado al cumplimiento de requisitos legales.

13.2. Debilidades:

- Articular con la Oficina Asesora de Planeación para definir los lineamientos de apropiación de requisitos al interior del proceso y estos a su vez que contribuyan a la madurez del sistema de gestión como en la identificación de los factores que inciden en la desviación de logros, objetivos, proyectos definidos para la Dirección Territorial.
- Articular con la Oficina Asesora de Planeación para definir los lineamientos de apropiación de requisitos al interior del proceso y estos a su vez que contribuyan a la madurez del sistema de gestión como en la actualización constante de acuerdo con los cambios del entorno plasmados en aquellas herramientas definidas por la entidad con la finalidad de formular controles y mitigar los factores que inciden en la desviación de logros, objetivos, proyectos definidos para la Dirección Territorial.
- Se requiere fortalecer los mecanismos de percepción de las partes interesadas en los puntos de atención con la finalidad de obtener una buena información producto del seguimiento y monitoreo para lograr mejorar las expectativas y requisitos de ellos.

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION	Código: 150.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 06
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 05/02/2021 Página 11 de 14

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.

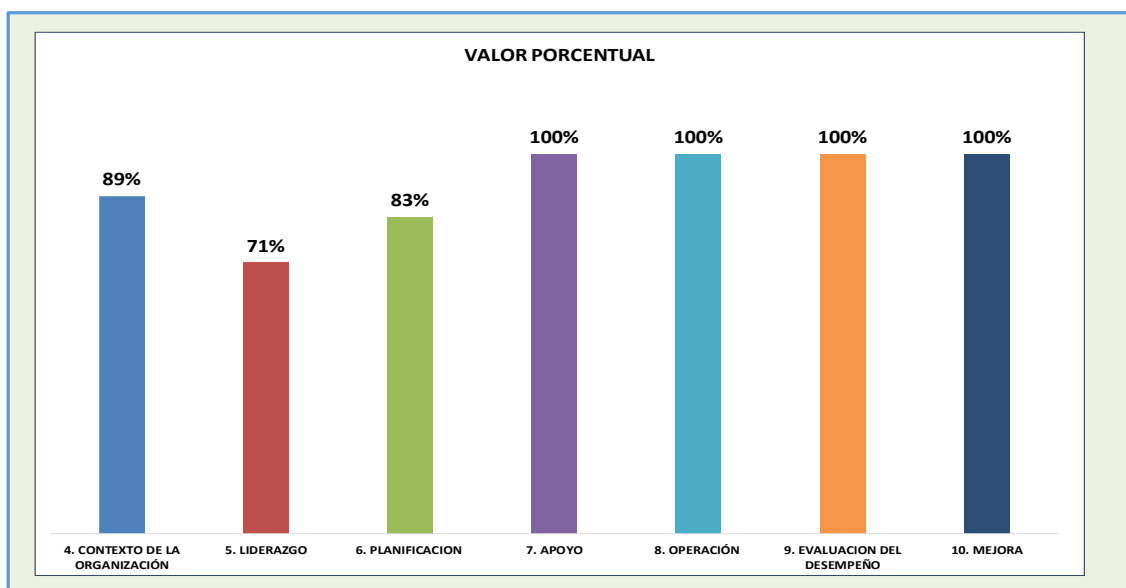
a) Cumplimiento de la norma.

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


ITEM DE NORMA	VALOR PORCENTUAL
4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN	89%
5. LIDERAZGO	71%
6. PLANIFICACION	83%
7. APOYO	100%
8. OPERACIÓN	100%
9. EVALUACION DEL DESEMPEÑO	100%
10. MEJORA	100%

Fuente: Herramienta de evaluación auditoría interna de calidad.

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



Fuente: Herramienta de evaluación auditoría interna de calidad.

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION	Código: 150.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 06
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 05/02/2021 Página 12 de 14

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 92%.

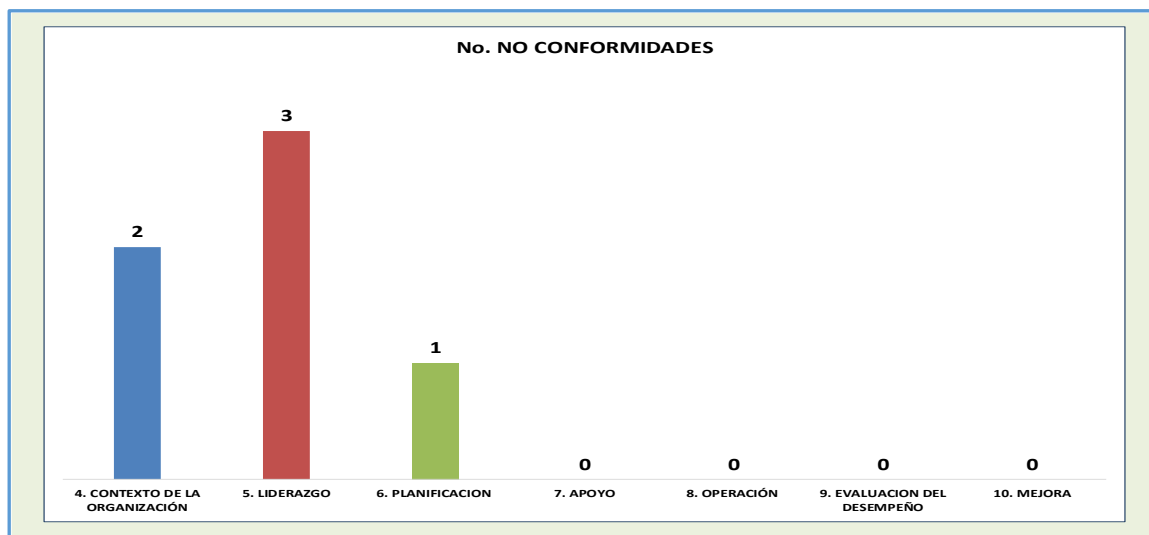
b) Número de No Conformidades y Observaciones

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	2	0
5. LIDERAZGO	3	0
6. PLANIFICACION	1	0
7. APOYO	0	0
8. OPERACIÓN	0	0
9. EVALUACION DEL DESEMPEÑO	0	0
10. MEJORA	0	0


Fuente: Herramienta de evaluación auditoría interna de calidad.

Grafica No. 2. Número de No Conformidades



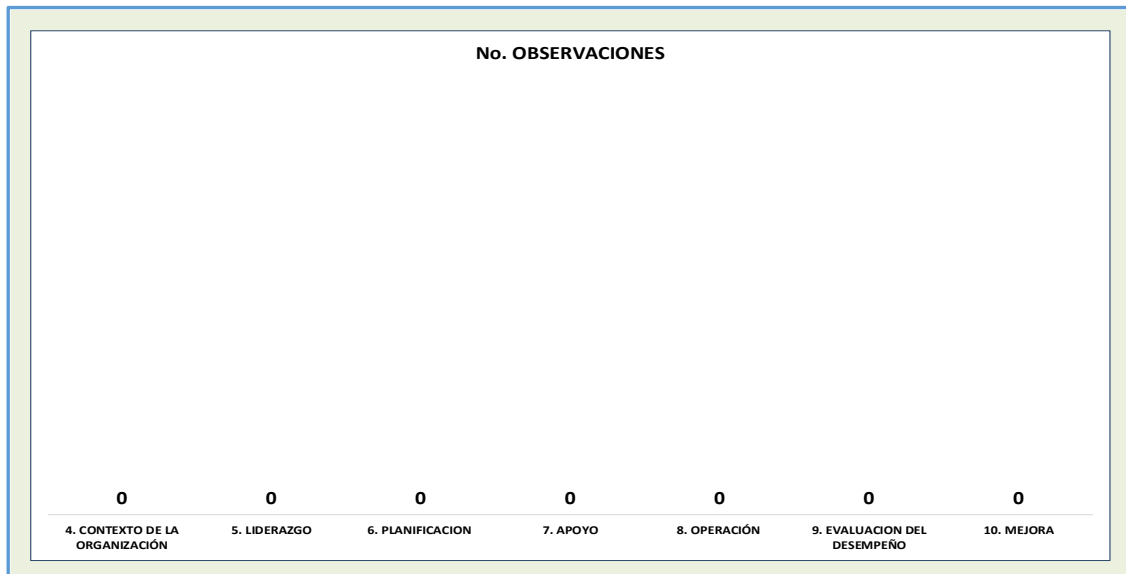
Fuente: Herramienta de evaluación auditoría interna de calidad.

Se identificaron seis (6) no conformidades, las dos (2) primeras en el capítulo 4. Contexto de la Organización, numeral 4.1. Comprensión de la organización y de su contexto, tres (3) en el capítulo 5. Liderazgo, una (1) en el numeral 5.1. Liderazgo y compromiso gerencial y dos (2) en el numeral 5.1.2. Enfoque al Cliente, y una (1) en el Capítulo 6. Planeación, en el numeral 6.1. Acciones para abordar riesgos y oportunidades; respecto al cumplimiento

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION	Código: 150.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 06
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 05/02/2021 Página 13 de 14

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.


No se identificaron observaciones 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 92%, de 54 ítems evaluados.

Cordialmente;

JOSÉ DAVID MURCIA RODRÍGUEZ
Auditor líder

CARLOS ARTURO ORDOÑEZ CASTRO
Jefe Oficina de Control Interno

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

Versión	Fecha del cambio	Descripción de la modificación
1	30/05/2014	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.