



INFORME DE AUDITORÍA AL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

Fecha de informe: 25 de junio de 2020

Nombre del proceso o dirección territorial auditada: Dirección Territorial Eje Cafetero.

Dependencia líder del proceso: Dirección General.

Servidor responsable del proceso: Laura Katherine Moreno Mejía

Tipo de auditoría realizada: De primera parte, sistema de gestión de calidad.

Fecha de auditoría: 16 y 17 de junio de 2020.

Equipo Auditor: Ana María Ángel Acosta y Olga Rosmery Ahumada Castaneda.

0. OBJETIVO DE LA AUDITORIA

Verificar a través del proceso de Evaluación Independiente el nivel de madurez del Subsistema 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 auditoría y concluye con la reunión de cierre y seguimiento al plan de mejoramiento.

2. GESTIÓN DEL RIESGO AUDITOR

- Dificultad para acceder a las fuentes de información de la Dirección Territorial.
- Perdida de toda la información a falta de un back up de respaldo.
- Desechar la pertinencia del informe de auditoría interna que es producto del proceso auditor realizado.
- Dificultad para cumplir con el programa de auditoria en los tiempos establecidos por falta de conectividad o por falta de asistencia de los servidores de la territorial auditada.
- Imposibilidad de cumplir con el cronograma de auditoría interna planeado en los términos de tiempo y oportunidad establecidos.
- Alarma en los servidores auditados de la entidad por el desconocimiento del proceso auditor como herramienta gerencial de la Unidad.
- Fallas en la conectividad para poder realizar la ejecución de la auditoria a través de Microsoft Teams.



3. CRITERIOS DE AUDITORÍA

Proceso, procedimientos y demás instrumentos asociados al Subsistema de Gestión de Calidad. El periodo de la información documentada a auditar es del 01 de agosto de 2019 al 30 de mayo de 2020.

4. CONCEPTO DE AUDITORÍA NUMERAL 4 DE LA ISO 9001:2015

Se observa la realización de la actualización del contexto estratégico a través del acta número 1 con fecha del 07 de marzo de 2020, documento en el cual se menciona el apoyo de esta actividad a través de la guía para la construcción contexto estratégico versión 2, revisando las situaciones tanto positivas como negativas del entorno que le son pertinentes y teniendo en cuenta las actividades establecidas en el plan de acción, presentando como resultado el diligenciamiento de la herramienta Instrumento Contexto Estratégico Direcciones Territoriales archivo en Excel denominado "ContextoEje2020 ok", el cual corresponde al contexto estratégico de la dirección territorial vigencia 2020.

Así mismo mencionan que el 07 de mayo de 2020 reciben aprobación de la actualización por parte de la Oficina Asesora de Planeación, lo cual se verifica a través del correo electrónico.

Se observa, que al momento de preguntar sobre las necesidades y expectativas de las partes interesadas a los funcionarios y contratistas entrevistados conocen la matriz consolidada de identificación de partes interesadas y así mismo ubican el documento en la página web de la entidad indicando la ruta para visualizarla.

De igual manera, la dirección territorial determina las partes interesadas a través de bases de datos en Excel así: DIRECTORIO ENTIDADES DEL SNARIV DEL DEPARTAMENTO DEL CALDAS 2020, DIRECTORIO MANDATARIOS ELECTOS 2020 A 2023 EJE CAFETERO, DIRECTORIO ENLACES, PERSONEROS CALDAS 2020, directorio alcaldes electos 2020-2023 y DIRECTORIO 2020."

En el desarrollo de la auditoria la cual se realiza en forma virtual debido a la emergencia sanitaria decretada por el Gobierno Nacional, se entrevistan a los funcionarios y contratistas de la Dirección Territorial Eje Cafetero los cuales son convocados por medio de Microsoft Teams el día 16 de junio de 2020, en donde se evidencia que en relación con el alcance del Sistema Integrado de Gestión y el mapa de procesos estos son apropiados al interior de la dirección territorial y cuentan con la información clara sobre la ubicación de la documentación en la página web de la entidad.

En la prueba de auditoría realizada al proceso de Reparación Colectiva con el sujeto de reparación colectiva Génova y tomando la acción número 28701 y de acuerdo con en el procedimiento de "MEDIDAS DE SATISFACCIÓN EN REPARACIÓN COLECTIVA", se evidencia que la actividad ocho (8) no se realiza como se indica en el mismo, toda vez que la dirección territorial indica que a través de lineamientos presentados en el mes de Enero por parte del



nivel nacional mencionan verbalmente que se realizara el cargue de la evidencia en el MAARIV y no remitiéndola al correo como está establecido en el procedimiento.

Así mismo, la dirección territorial evidencia correo electrónico del 05 de marzo de 2020 donde solicitan: *"...designar a un profesional de Planta del proceso de Reparación Colectiva para que se le asigne usuario del Modelo de Asistencia y Atención Integral de reparación a víctima MAARIV. Herramienta de información que sirve para subir todas las evidencias del desarrollo del proceso, en cada uno de sus fases..."*. Por lo cual se observa que la actividad ocho (8) no se realiza según lo planificado y establecido en el procedimiento.

Así mismo en la prueba de recorrido para el instructivo: "INSTRUCTIVO APERTURA BUZÓN DE SUGERENCIAS CENTROS REGIONALES DE ATENCIÓN Y REPARACIÓN A VÍCTIMAS" se observa acta del 01 de noviembre de 2019 la cual tiene el siguiente objetivo: *"Apertura del Buzón de Sugerencia en el CRAV de Pereira, además de presentar y socializar el Instructivo Apertura buzón de Sugerencias para la recepción, distribución y control eficiente de las sugerencias, quejas, reclamos y felicitaciones realizadas por las víctimas y la ciudadanía desde los Centros Regionales; de esta forma propender por una solución integral y la mejora continua del Servicio al Ciudadano."* A la fecha de la auditoria informan que desde el mes de noviembre de 2019 no se ha realizado nuevamente apertura al buzón de sugerencias lo cual difiere a lo establecido y planeado en el instructivo, toda vez que allí mencionan: *"...El Profesional del Grupo de Servicio al Ciudadano del Centro Regional deberá: Cada (2) dos meses dar apertura al Buzón de Sugerencias, por lo tanto, convocará (quince) 15 días antes de la fecha de apertura del Buzón de Sugerencias para garantizar su asistencia..."*.

La Dirección Territorial Eje Cafetero, indica que esto no se ha dado por motivo de vacaciones de la funcionaria encargada del tema en el mes de enero del 2020. De otro lado indican que por la emergencia sanitaria y la falta de contratación del personal de las entidades que hacen parte del Centro Regional.

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

Se evidencia cumplimiento en cuanto a los requisitos del capítulo 5 relacionados con el Liderazgo y Compromiso de la Dirección Territorial Eje Cafetero, así como la cohesión con el equipo de trabajo, esto se observa a través de preguntas realizadas a la Directora Territorial, en el transcurso de la auditoria. Se identifica el compromiso con la Política del SIG, y la asignación de roles y responsabilidades, conociéndolas e identificando la ubicación de la documentación del SIG en la pagina web.

De igual manera, se verifica a través de actas de comités operativos que realizan seguimiento a las actividades que se desarrollan al interior de la dirección territorial, así como el avance y cumplimiento del plan de acción, actividades que se evidencian son articuladas con los tres departamentos que abarca la territorial: Risaralda, Quindío y Caldas.

Por otra parte, se evidencia mediante memorando del 28 de enero de 2019 la asignación de responsabilidades por cada uno de los procesos, funciones y actividades al personal de planta adscrito a la dirección territorial. Por otra parte, la directora territorial cuenta con una matriz en Excel donde realiza control al cumplimiento de las obligaciones de los contratistas de la territorial.



Aunado a lo anterior, se evidencia mediante correo electrónico del 26 de septiembre de 2019 socialización de las modificaciones de funciones a los colaboradores de la territorial.

De igual forma se evidencia acta del 20 de enero de 2020 donde se realiza entrega del Proceso de Reparación Colectiva al compañero encargado a la fecha del proceso, indicando el estado actual de los Sujetos de Reparación Colectiva y la entrega de las carpetas virtuales, revisión del plan de acción, matriz estratégica y directorio del proceso.

En lo referente a socializaciones se evidencia que el día 06 de noviembre de 2019 se realiza grupo de estudio previo para la preparación de auditoría externa indicando la ubicación de los documentos del SIG, matriz de comunicaciones internas y externas, mapa de procesos, riesgos, productos y servicios no conformes. Por otra parte, se evidencia que el enlace SIG remite correos electrónicos con TIPS para las auditorias en temas a evidencias y actitud, así mismo socializa con los funcionarios y contratistas de la dirección territorial la Misión, Visión, Política del SIG, y Objetivos del SIG.

Adicional a esto, se observa que internamente realizan campaña denominada: "Campaña de expectativa de la política y objetivos de calidad", la cual tiene como fin socializar la Política y los Objetivos de Calidad a través de una hoja con la información impresa unida a un dulce, la cual es ubicada en los escritorios de cada uno de los compañeros de equipo, información que se evidencia a través de acta del 01 de octubre de 2019 contando con evidencias fotográficas de la actividad.

Así mismo, se observa, que al momento de preguntar sobre las necesidades y expectativas de las partes interesadas a los funcionarios y contratistas entrevistados conocen la matriz consolidada de identificación de partes interesadas.

Por parte del grupo de Servicio al Ciudadano se recibe el INFORME Y ANÁLISIS ENCUESTA DE SATISFACCIÓN CANAL PRESENCIAL, por lo cual la dirección territorial realiza el análisis los días 29 y 30 de abril de 2020 con el apoyo de los Profesionales de Servicio al Ciudadano de los tres departamentos, el Profesional Zonal del Outsourcing y los Orientadores.

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

Se evidencia acta del 24 de septiembre de 2019 en la cual se aprueba el mapa de riesgos de la dirección territorial. Así mismo, mediante comité técnico se socializa al interior de la dirección territorial el mapa de riesgos aprobado. De igual forma se evidencia archivo en Excel denominado: ""DT Eje 2019v2"", en donde se evidencian los riesgos y los controles establecidos.

En lo referente a la materialización de los riesgos, se evidencia que en el primer trimestre del 2020 se materializa el riesgo: "Incumplimiento en la realización de las jornadas de atención y/o ferias de servicios a las víctimas", información que se observa a través de archivo en Excel



denominado: " formato para el monitoreo a la materialización de los riesgos v4 EJE CAFETERO ENERO MARZO 2020".

Se observa, al verificar el mapa de riesgos vigente que falta relacionar la totalidad de las actividades que fueron priorizados en el contexto estratégico de la vigencia 2019, por lo cual se le informa a la dirección territorial tener en cuenta lo mencionado para la actualización del mapa de riesgos de la vigencia 2020.

Adicional a esto, se observa acta de cambios de SISGESTIÓN número 30 con fecha del 01 de junio de 2020, en la cual se realizan los cambios a las metas propuestas del plan de acción debido a la emergencia sanitaria decretada por el Gobierno Nacional, documento que se encuentra firmado por la directora territorial y el jefe de la Oficina Asesora de Planeación.

En lo corrido de la vigencia 2020 se han iniciado actividades para la actualización del mapa de riesgos, por lo cual se evidencia que los días 03 y 04 de junio de 2020 se realiza la socialización de la Política de Riesgos y la Metodología de Administración de Riesgos.

De acuerdo con las entrevistas efectuadas al personal adscrito a la territorial, se evidencia que conocen los riesgos que tienen establecidos para la dirección territorial Eje Cafetero, caso contrario se observa al momento de preguntar sobre los controles establecidos a los citados riesgos, evidenciando que estos no son identificados, abordados y manejados por los responsables de los procesos.

En lo concerniente a los Objetivos del Sistema Integrado de Gestión se evidencia que los funcionarios y contratistas los conocen e identifican cuales son los objetivos aplicables a nivel territorial de acuerdo con las actividades que realizan diariamente y con los procesos que lideran, así como la ubicación en la página web.

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

La Dirección Territorial Eje Cafetero, cuenta con personal competente, los cuales demuestran el manejo en los conceptos y documentación del Sistema Integrado de Gestión de la Calidad, así mismo se evidencia comunicación entre los equipos, lo cual permite el desarrollo normal de las actividades en la territorial.

En lo referente para determinar, proporcionar y mantener el ambiente necesario para la operación de los procesos se observan correos electrónicos solicitando apoyo en el mantenimiento técnico de las impresoras, cambio de equipo, tóner. De igual forma se evidencia la realización de comités operativos, los cuales tienen como fin proporcionar espacios para verificar y realizar seguimiento a las actividades que se desarrollan al interior de la dirección territorial.

Aunado a lo anterior, en las entrevistas realizadas por video conferencias en Microsoft Teams el equipo auditado menciona que cuentan con una infraestructura adecuada para poder



realizar las actividades, contando con espacios cómodos en las oficinas, equipos de cómputo, portátiles y archivadores, los cuales evidenciaron mediante material fotográfico.

Por otra parte, se evidencia actas del equipo Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo - COPASST donde se observa la realización de las siguientes actividades: Pausas activas, Formación de líderes para Pausas Activas y ejercicios enfocados a la movilidad y estiramiento muscular de miembros inferiores, campaña ""La Unidad cuida Tu Salud"", consulta individual factores de riesgo cardiovascular, nutrición saludable, disminución del stress y autocuidado, bájale al Stress, humanicemos el trabajo, capacitación en inspecciones de seguridad.

Adicionalmente, en noviembre de 2019 a través de actas informan que se recibe paquete con elementos para botiquines personales y diez chalecos para los brigadistas.

Sumado a lo anterior, el 28 de mayo de 2020, se recibe por parte de nivel nacional los protocolos de emergencia y las matrices de identificación de peligros de los tres departamentos de la dirección territorial, lo anterior para los ajustes o comentarios frente a la actualización de los mismos, los cuales son remitidos el 02 de junio de 2020 por parte de la territorial al nivel nacional.

El equipo auditor selecciona a través de muestreo aleatorio los indicadores a verificar de acuerdo con lo registrado en SIGGESTION y la evidencia documental de los siguientes: 85923, 85529, 85874 de la vigencia 2019, y 86843, 86839 86840 de la vigencia 2020, encontrando la información documentada de los mismos. Así mismo, se evidencia correo electrónico del 18 de mayo de 2020 donde se socializa por parte del enlace del SIG de la territorial el consolidado en Excel del reporte del Plan de Acción del primer Trimestre.

En la ejecución de la auditoria se entrevistaron a los funcionarios y contratistas de la Dirección Territorial Eje Cafetero los cuales fueron convocados por medio de Microsoft Teams el día 16 de junio de 2020, a través de video conferencia, en donde se evidencia la toma de conciencia en los temas del SIG: Objetivos de Calidad, Alcance del Sistema, Políticas de Riesgos, necesidades y expectativas de las partes interesadas. Así mismo, se evidencia que conocen la matriz de comunicaciones y su ubicación en la página web.

De igual forma, se evidencia que el contratista del proceso de comunicaciones realiza y remite a nivel nacional notas y boletines de prensa, lo cual permite visibilizar las actividades que se desarrollan en la dirección territorial.

En lo referente al control y aseguramiento de la información documentada, frente al procedimiento "JORNADAS DE ATENCIÓN O FERIAS DE SERVICIO" se toma como muestra de auditoria lo reportado en SIGGESTION con la realización de la jornada número 8778 del 21 de febrero de 2020 en Belén de Umbría. Actividad que se evidencia fue realizada de acuerdo al procedimiento, información que se pudo verificar a través de la pantalla compartida en Teams observando en el aplicativo SGV y el informe detallado.



En lo pertinente al procedimiento de "MEDIDAS DE SATISFACCIÓN EN REPARACIÓN COLECTIVA" no se evidencia, que las actividades se realicen de acuerdo a lo establecido y definido en el mismo. Lo anterior se evidencia a través de la prueba de recorrido al solicitar la evidencia documentada de la actividad ocho (8) del procedimiento en relación con la acción número 28701 y las entrevistadas efectuadas el día 16 de junio de 2020.

Aunado a lo anterior, frente a la documentación remitida por el proceso de Reparación Colectiva de la dirección territorial, no se evidencia, el control y uso adecuado de la documentación del SIG. Toda vez que al momento de revisar el acta 01 del 28 de febrero de 2020 denominada "acta 01 reunión equipo RC Eje Cafetero 28.02.2020", se observa que el documento no cumple con lo asignado y establecido por el SIG, ya que se adicionan hojas en blanco sin el uso debido del formato y sin diligenciar la totalidad del mismo, el cual tiene Código 710. 14.15-10 con fecha de publicación del 18 de febrero de 2019 versión 3, el cual fue publicado en la página web el día 18 febrero 2019.

Para finalizar, en las entrevistas realizadas por video conferencias en Microsoft Teams el equipo auditado menciona que cuentan con una infraestructura adecuada para poder controlar la información documentada.

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

En relación con el control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente se evidencia que la dirección territorial a través de acta del 30 de septiembre de 2019 socializa la productividad del mes de septiembre con los orientadores y documentadores del Operador, para tomar acciones de mejora frente a los resultados, esto se evidencia en el Centro Regional de Pereira. Así mismo, se evidencia acta del 11 de mayo de 2020 donde se socializa el informe de productividad del mes de abril.

Así mismo, la dirección territorial remite en Excel los informes de productividad y evaluación de orientadores por las semanas de septiembre, octubre, noviembre de 2019 y abril y mayo de 2020.

Por parte del grupo de Servicio al Ciudadano se recibe el INFORME Y ANÁLISIS ENCUESTA DE SATISFACCIÓN CANAL PRESENCIAL, por lo cual la dirección territorial realiza el análisis los días 29 y 30 de abril de 2020 con el apoyo de los Profesionales de Servicio al Ciudadano de los tres departamentos, el Profesional Zonal del Outsourcing y los Orientadores.

De igual forma, se evidencia correos electrónicos informando las fallas que presentan los sistemas de información, lo cual dificulta la atención en los puntos y Centro Regional.

En la prueba de auditoría realizada al proceso de Servicio al Ciudadano en el procedimiento de jornadas móviles o ferias de servicio y teniendo en cuenta el plan de acción y el indicador número 86843, realizando verificación documental sobre el mismo teniendo en cuenta lo



registrado en SISGESTION, en donde se pudo evidenciar la jornada 8778 realizada el 21 de febrero de 2020 en Belén de Umbría y su registro en el aplicativo SGV.

Así mismo en la prueba de recorrido para el instructivo: "INSTRUCTIVO APERTURA BUZÓN DE SUGERENCIAS CENTROS REGIONALES DE ATENCIÓN Y REPARACIÓN A VÍCTIMAS" se observa acta del 01 de noviembre de 2019 la cual tiene el siguiente objetivo: *"Apertura del Buzón de Sugerencia en el CRAV de Pereira, además de presentar y socializar el Instructivo Apertura buzón de Sugerencias para la recepción, distribución y control eficiente de las sugerencias, quejas, reclamos y felicitaciones realizadas por las víctimas y la ciudadanía desde los Centros Regionales; de esta forma propender por una solución integral y la mejora continua del Servicio al Ciudadano."*

A la fecha de la auditoria informan que desde noviembre de 2019, no se ha realizado nuevamente apertura al buzón de sugerencias lo cual difiere a lo establecido y planeado en el instructivo, por lo cual no se cuenta con la información documentada de las actividades que se deben desempeñar, toda vez que allí mencionan: *"...El Profesional del Grupo de Servicio al Ciudadano del Centro Regional deberá: Cada (2) dos meses dar apertura al Buzón de Sugerencias, por lo tanto, convocará (quince) 15 días antes de la fecha de apertura del Buzón de Sugerencias para garantizar su asistencia..."*.

Por otra parte, el equipo auditado indica que de acuerdo con la emergencia sanitaria decretada por el Gobierno Nacional se establecieron las siguientes estrategias en relación con el proceso de Servicio al Ciudadano: instalación aplicativo 3CX, lo cual corresponde a un celular en el computador esto se da a través de la asignación desde nivel nacional a cada uno de los orientadores, los cuales deben diligenciar un formulario en ONE DRIVE y realizar la tipificación a través de SGV, lo cual permite realizar seguimiento a la gestión realizada por los orientadores, y por otra parte se establecen las líneas locales de atención para los tres departamentos.

Así mismo, se observa acta de reunión del 24 de abril de 2020 del grupo de Servicio al Ciudadano de la dirección territorial con el fin de acordar y definir las líneas de trabajo teniendo en cuenta la emergencia sanitaria decretada por el Gobierno Nacional.

En relación con los procedimientos del Proceso de Reparación Colectiva, el equipo auditor evidencia la relación de los sujetos colectivos, ello se observa a través de una matriz en Excel denominada semáforo, la cual es remitida por parte de nivel nacional, observando para la auditoria el archivo con corte al mes de abril del 2020, en donde se indican las fases en las cuales se encuentran los sujetos colectivos, lo cual permite a la dirección territorial realizar seguimiento y control.

De acuerdo con el procedimiento "MEDIDAS DE SATISFACCIÓN EN REPARACIÓN COLECTIVA" se realiza prueba de auditoria con el sujeto colectivo: CABECERA MUNICIPAL DE SAMANÁ, verificando los estados de la ruta y las etapas de aprobación, concertación, implementación, cierre del proceso y entrega de las medidas de reparación. Por lo cual, se verifica el acta de socialización plan integral de reparación de colectiva con fecha del 26 de noviembre de 2014, información que se encuentra disponible y cargada en el MAARIV, así mismo se observa acta de implementación con fecha del 10 de diciembre de 2019.



Por otra parte, se revisa la documentación del sujeto de reparación colectiva GENOVA evidenciando a través de la pantalla compartida en TEAMS el Informe de avance proceso de reparación colectiva Cabecera Municipal Génova Quindío, y sobre él mismo se realiza la verificación de la acción 28701 la cual tiene definido lo siguiente: *“Realización de un video publicitario con el fin de promocionar los sectores agropecuario (café, plátano, mora, caña y ganadería), turístico y cultural del Municipio de Génova con el fin de generar condiciones y espacios para la comercialización de productos propios del territorio, fomentar el turismo y des estigmatizar a Génova como un pueblo guerrillero.”*.

Se observa acta de concertación con fecha del 19 de junio de 2019 y acta implementación del 24 de febrero de 2020, acta de implementación que no fue remitida por correo electrónico como lo indica la actividad ocho (8) del procedimiento, toda vez que la dirección territorial indica que a través de lineamientos presentados en el mes de enero por parte del nivel nacional mencionaron verbalmente que se realizaría el cargue de la evidencia en el MAARIV y no remitiéndola al correo como está establecido en el procedimiento.

Así mismo, la Dirección Territorial evidencia mediante correo electrónico remitido por parte del nivel nacional el 05 de marzo de 2020 donde solicitan: *“...designar a un profesional de Planta del proceso de Reparación Colectiva para que se le asigne usuario del Modelo de Asistencia y Atención Integral de reparación a víctima MAARIV. Herramienta de información que sirve para subir todas las evidencias del desarrollo del proceso, en cada uno de sus fases...”*. Razón por la cual se observa que el procedimiento no se ha actualizado de acuerdo con los nuevos lineamientos impartidos por parte del Proceso de Reparación Colectiva del nivel nacional.

Para finalizar la prueba de recorrido la Dirección Territorial evidencia la entrega de la medida de reparación, teniendo como resultado de la acción el video publicitario, de acuerdo con lo establecido con el sujeto colectivo Cabecera Municipal Génova Quindío.

Frente al control de las salidas no conformes, se observan correos remitidos a nivel nacional con fecha de 06 de marzo, 24 de marzo, 08 de abril, 07 de mayo de 2020 indicando que en el presente mes la dirección territorial no presenta salidas no conformes.

Por otra parte, se evidencia acta del 17 de marzo de 2020 realizada en el Punto de Atención de Manzales donde se socializa la identificación y reporte del Producto y Servicio No Conforme en los Puntos de Atención en Caldas.

De igual manera, se observa correo electrónico del 03 de junio de 2020 con la matriz de identificación del producto y/o servicio no conforme del proceso de Servicio al Ciudadano.

9. CONCEPTO DE AUDITORÍA NUMERAL 9 DE LA ISO 9001:2015

En lo que concierne a la medición del plan de acción de la presente vigencia, se observa que realizan seguimiento al mismo y cuentan con la evidencia documentada de los indicadores tomados como muestra para esta auditoria con la información documentada según lo reportado en SISGESTION.



Así mismo, se evidencia correo electrónico del 18 de mayo de 2020 donde se remite por parte del enlace del SIG a la territorial el consolidado en Excel del reporte del Plan de Acción del primer Trimestre 2020.

Por otra parte, se observa acta de cambio número 30, por la cual se efectúa las modificaciones de las metas del plan de acción debido a la emergencia sanitaria decretada por el Gobierno Nacional, información avalada por la directora y el jefe de la Oficina Asesora de Planeación.

Por parte del grupo de Servicio al Ciudadano se recibe el INFORME Y ANÁLISIS ENCUESTA DE SATISFACCIÓN CANAL PRESENCIAL, por lo cual la dirección territorial realiza el análisis los días 29 y 30 de abril de 2020 con el apoyo de los Profesionales de Servicio al Ciudadano de los tres departamentos, el Profesional Zonal del Outsourcing y los Orientadores.

De acuerdo con las entrevistas efectuadas al Proceso de Servicio al Ciudadano, desde noviembre de 2019 no se ha realizado nuevamente apertura al buzón de sugerencias, por lo cual se encuentra pendiente de efectuar según lo dispuesto en el instructivo: "INSTRUCTIVO APERTURA BUZÓN DE SUGERENCIAS CENTROS REGIONALES DE ATENCIÓN Y REPARACIÓN A VÍCTIMAS"

La dirección territorial efectúa comités operativos en los cuales se evidencia a través de actas el seguimiento al plan de acción y a las actividades que se desarrollan en la dirección territorial y la articulación con los tres departamentos que la conforma.

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

Con relación al informe de calidad del año 2019, se observa que a la fecha de la auditoria las tres (3) no conformidades de la dirección territorial cuentan con las causas, actividades a desarrollar, con seguimiento registrado y con verificación por parte del auditor en SIGESTION. De igual forma la dirección territorial dispone y remite la información documentada frente a la implementación del plan de mejoramiento.

Aunado a lo anterior y de acuerdo con la entrevista efectuadas por medio de Teams a la directora territorial, menciona que se han establecido acciones de mejora, así:

1. Liderazgo de los procesos en cabeza de personal de planta.
2. Fortalecimiento de la relación y comunicación con los ministerios públicos.
3. Comunicación directa con víctimas.
4. Espacios con los funcionarios y contratistas para verificar el avance y observaciones frente a las actividades a desarrollar.

Por otra parte, se evidencia acta del 30 de septiembre de 2019 donde socializa la productividad del mes de septiembre con los orientadores y documentadores, con el fin de tomar acciones de mejora frente a los resultados en el Centro Regional de Pereira.



Así mismo, se evidencia acta del 11 de mayo de 2020 donde se socializa el informe de productividad del mes de abril.

11. OBSERVACIONES

1. Se observa, al verificar el mapa de riesgos vigente que falta relacionar las actividades que fueron priorizados en el contexto estratégico de la vigencia 2019. Esto sucede en la Dirección Territorial Eje Cafetero, asociado al proceso de Direccionamiento Estratégico Documento Metodología Administración de Riesgos, Código 100.01.20.1, versión 07, fecha 30/05/2019. Lo anterior se evidencia a través del Mapa de Riesgos Institucional de Corrupción y Gestión código 100.01.15.2, versión 07 del 30/05/2019, publicado el 29 de enero del 2020 y el Contexto Estratégico definido por la dirección territorial. Por lo anterior se deben realizar prácticas de mejora continua para asegurar el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015: Capítulo 6, Numeral Planificación, 6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades.

12. NO-CONFORMIDADES

1. No se evidencia, que identifiquen, aborden y manejen los controles establecidos en el mapa de riesgos de la dirección territorial. Esto sucede en la Dirección Territorial Eje Cafetero. Lo anterior se evidencia a través de la entrevista efectuada el día 16 de junio de 2020 en la ejecución de la auditoria. Esta situación conduce al incumpliendo con los requisitos de la norma ISO 9001:2015 Capítulo 6, Numeral Planificación, 6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades.
2. No se evidencia, que las actividades se realicen de acuerdo a lo establecido y definido en el instructivo "APERTURA BUZÓN DE SUGERENCIAS CENTROS REGIONALES DE ATENCIÓN Y REPARACIÓN A VÍCTIMAS". Esto sucede en la D.T Eje cafetero. Lo anterior se evidencia a través de la prueba de recorrido y las entrevistas efectuadas el día 17 de junio de 2020. Esta situación conduce al incumpliendo con los requisitos de la norma ISO 9001:2015 Capítulo 4, Numeral Contexto de la Organización, 4.4 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y SUS PROCESOS, 4.4.2 Cuando sea necesario, la organización debe: b) Conservar la información documentada para tener la confianza de que los procesos se realizan según lo planificado.
3. No conformidad identificada en la Dirección Territorial, la cual será trasladada al Proceso de Reparación Colectiva a nivel nacional:

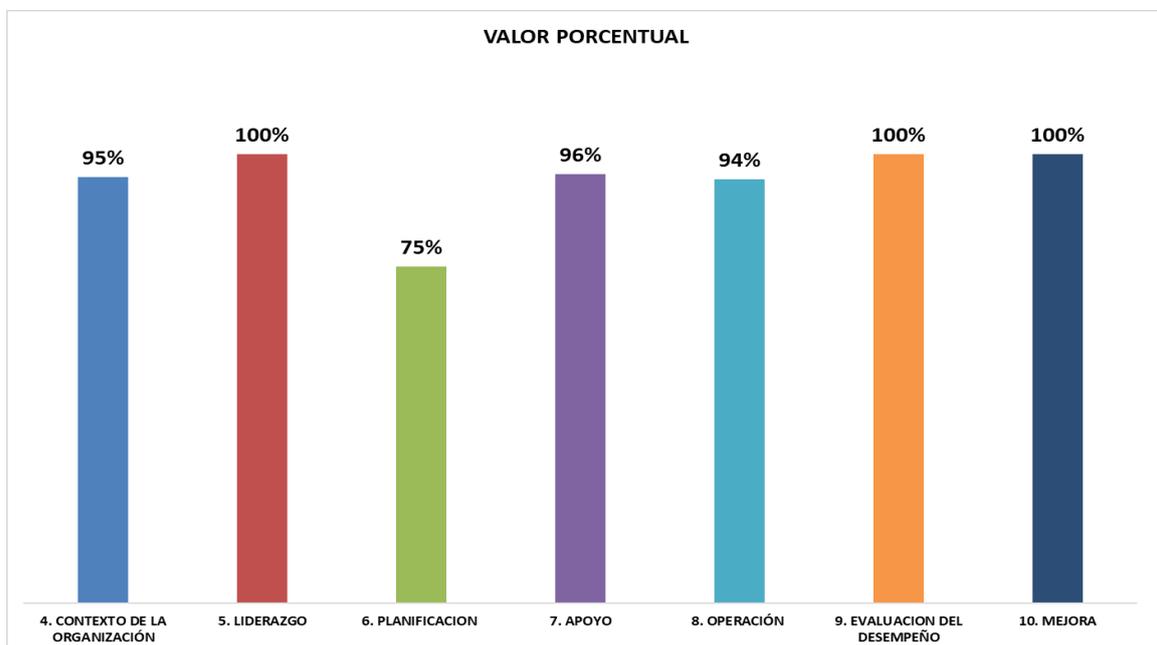
No se evidencia, que las actividades se realicen de acuerdo a lo establecido y definido en el procedimiento "MEDIDAS DE SATISFACCIÓN EN REPARACIÓN COLECTIVA". Esto sucede en la D.T Eje cafetero. Lo anterior se evidencia a través de la prueba de recorrido al solicitar la evidencia documentada de la actividad ocho (8) del procedimiento en relación con la acción número 28701 y las entrevistas efectuadas el día 16 de junio de 2020. Esta situación conduce al incumpliendo con los requisitos de la norma ISO 9001:2015 Capítulo 8, Numeral Operación, 8.5 PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO, 8.5.1 Control de la producción y de la prestación del servicio.



4. No se evidencia, el control y uso adecuado de la documentación del SIG. Debido que al revisar el acta 01 del 28 de febrero de 2020 “acta 01 reunión equipo RC Eje Cafetero 28.02.2020”, no cumple con el documento vigente del Sistema Integrado de Gestión con el Código 710. 14.15-10 con fecha de publicación del 18 de febrero de 2019 versión 3, el cual fue publicado en la página web el día 18 febrero 2019. Lo anterior se evidencia a través del acta 01 con fecha del 28 de febrero de 2020. Esta situación conduce al incumpliendo con los requisitos de la norma ISO 9001:2015 Capítulo 7, Numeral Soporte, 7.5. Información Documentada.

13. RESUMEN ESTADÍSTICO DE AUDITORÍA

Se presenta el resumen estadístico de la Auditoría Interna de Calidad de la Dirección Territorial Eje Cafetero, presentando un promedio de cumplimiento de los requisitos de la Norma ISO 9001:2015 del 94%, representados así:

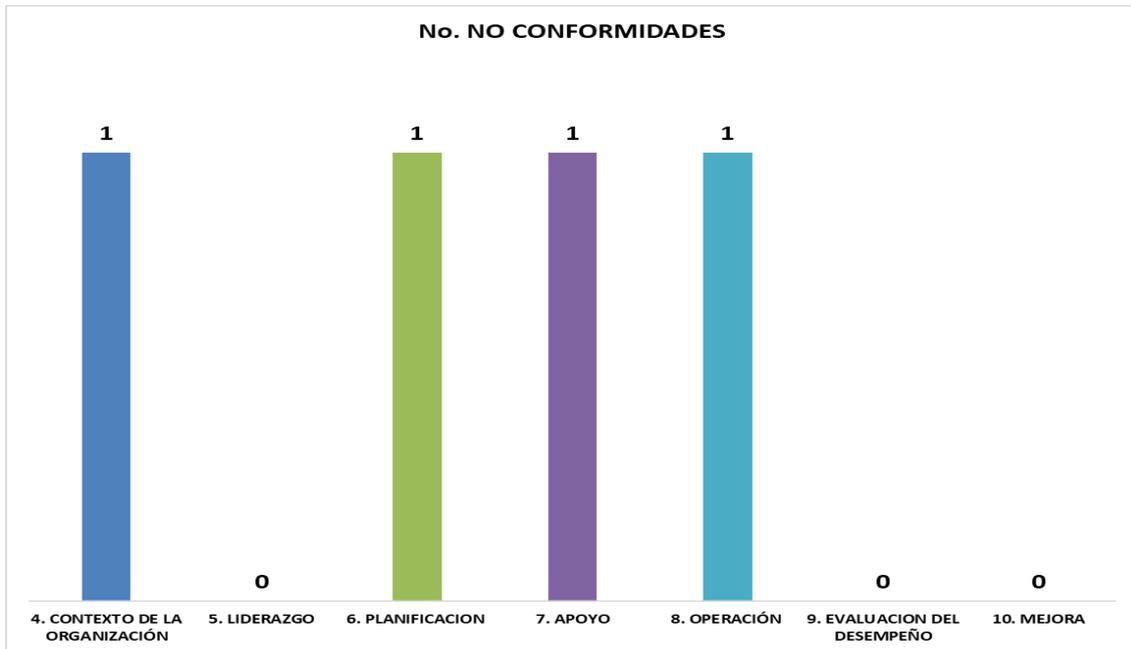


Como resultado de la auditoria se generan tres (4) no conformidades relacionadas con los siguientes cuatro (4) capítulos: Capítulo 6, Numeral Planificación, 6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades, Capítulo 4, Numeral Contexto de la Organización, 4.4 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y SUS PROCESOS, 4.4.2 Cuando sea necesario, la organización debe: b) Conservar la información documentada para tener la confianza de que los procesos se realizan según lo planificado, Capítulo 8, Numeral Operación, 8.5 PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO, 8.5.1 Control de la producción y de la prestación del servicio, Capítulo 7, Numeral Soporte, 7.5. Información Documentada.

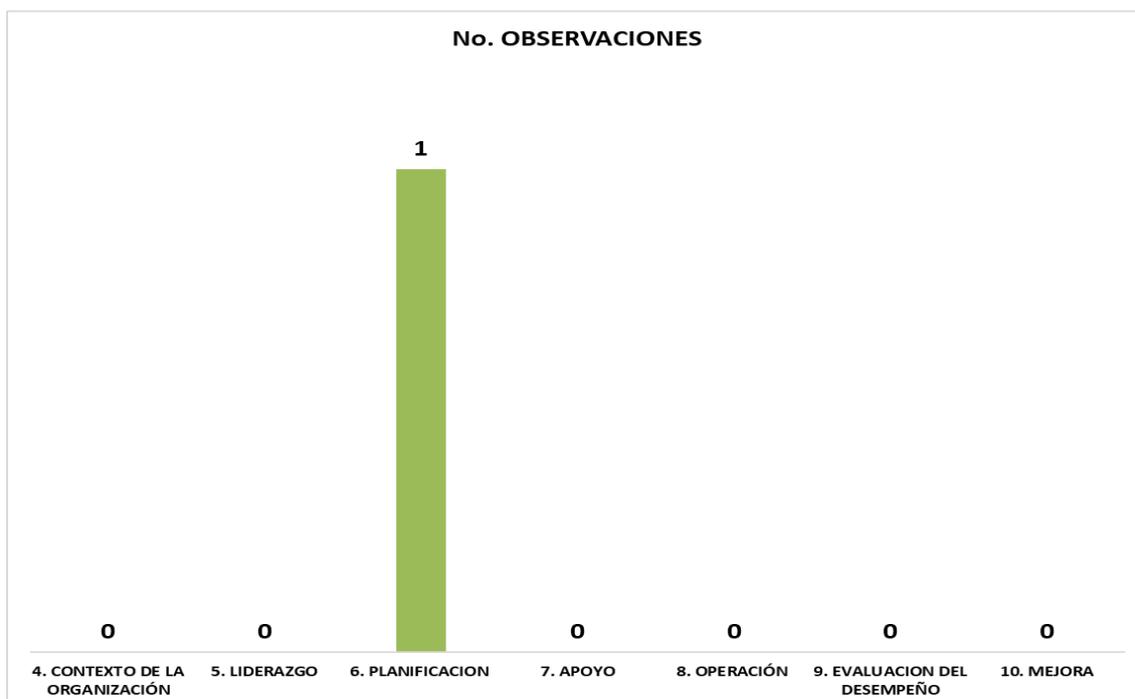
Es importante mencionar que la no conformidad numero tres (3) será trasladada al proceso de Reparación Colectiva a nivel nacional.



Lo anterior, representado así:



Así mismo, se presenta una (1) observación relacionada con el Capítulo 6, Numeral Planificación, 6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades, representado así:





Cordialmente;

ANA MARÍA ÁNGEL ACOSTA
Auditor líder
OLGA ROSMERY AHUMADA CASTAÑEDA
Auditor

CARLOS ARTURO ORDÓÑEZ CASTRO
Jefe Oficina de Control Interno

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.se adiciona firma aprobación del Jefe Oficina de Control Interno
5	22/05/2018	Se modifica formato de acuerdo a nuevos lineamientos del Jefe de la Oficina de Control Interno, se eliminan cuadros en Excel.