



INFORME DE AUDITORÍA AL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

Fecha de informe: Junio 10 de 2020

Nombre del proceso o dirección territorial auditada: Dirección Territorial Magdalena

Dependencia líder del proceso: Dirección General

Servidor responsable del proceso: Jair Díaz Granados Corredor

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

Fecha de auditoría: 08 y 09 de junio de 2020

Equipo Auditor: John Dairo Bermeo Cuellar (Líder) y Carlos Federico Prias Caballero

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 al 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 el seguimiento al plan de mejoramiento.

2. GESTIÓN DEL RIESGO AUDITOR

- Dificultad para acceder a las fuentes de información de la Dirección Territorial.
- Imposibilidad de cumplir con el cronograma de auditoria interna planeado en los términos de tiempo y oportunidad establecidos.
- Desechar la pertinencia del informe de auditoría interna que es producto del proceso auditor realizado.
- Alarma en los servidores auditados de la entidad por el desconocimiento del proceso auditor como herramienta gerencial de la Unidad.
- Perdida de información por falta de respaldo de esta.

3. CRITERIOS DE AUDITORÍA

Proceso, procedimientos y demás instrumentos de gestión - el corte de la documentación a auditar es del 01 de agosto de 2019 al 30 de mayo de 2020.



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

La Dirección Territorial de Magdalena cuenta con su instrumento del contexto estratégico actualizado, ejercicio desarrollado según acta No. 01 del 16/03/2020 donde estableció mesa de trabajo con la participación de los líderes de los procesos. Se observa la identificación de las actividades críticas relevantes y a través de la metodología DOFA analiza sus factores internos, externos e identifica tres (3) actividades priorizadas con sus respectivas estrategias, permitiendo ver un escenario general de la Dirección Territorial. Al revisar los factores externos de la matriz DOFA, se evidencia la tipificación de amenazas relacionado con la emergencia sanitaria vivida actualmente - Covid-19, donde contemplan estrategias con el fin de no afectar el desarrollo de sus actividades y la capacidad competitiva de la Dirección Territorial. Se precisa en este numeral, que se debe fortalecer la unificación de conceptos por parte de algunos funcionarios relacionados con el contexto estratégico de la Dirección y el plan estratégico institucional.

Con relación a las necesidades y expectativas de las partes interesadas, la Dirección Territorial cuentan con una matriz en Excel de los Alcaldes Municipales, Enlaces Municipales, Personeros, Víctimas, Funcionarios, Contratistas y demás entes externos, donde los profesionales de los procesos identifican las necesidades y expectativas, realizan revisión, seguimiento y actualización de la información. En lo referente al sistema de gestión de calidad y sus procesos, identifican claramente la interacción de estos y conocen la documentación necesaria para la debida operación (planes, programas, proyectos, caracterización, manuales, procedimientos, guías, documentos, etc.), esta información se encuentra disponible en la página web de la Unidad.

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 debe aclarar que en el Capítulo 7. Apoyo. Numeral 7.3, quedará una observación con respecto a la toma de conciencia del conocimiento de aspectos generales del subsistema de gestión de calidad.

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

Al indagar por el liderazgo y compromiso del Director Territorial y los líderes de los procesos con el subsistema de gestión de calidad, se evidencia la responsabilidad de dar cumplimiento oportuno a los requisitos de las partes interesadas y actúa a tiempo a la situación actual que se está viviendo de la emergencia sanitaria con relación al control de roles, responsabilidades y autoridad. Esto se observa a través de la acta No. 01 del 23/01/2020, acta No. 02 del 02/03/2020 y acta No 03 del 07/05/2020 donde se refleja el monitoreo de la operación de las actividades de los funcionarios y contratistas, toma decisiones y adquiere nuevos compromisos, para cumplir con los requisitos legales y reglamentarios aplicables en la Dirección Territorial. De igual manera se identifican estrategias oportunas y concisas implementadas en los diferentes canales de comunicación para la atención eficaz de las víctimas.



Al realizar entrevista virtual aleatoria a los funcionarios y contratistas con respecto a las políticas del Subsistema de gestión de calidad, se observa falta de claridad de algunos funcionarios con el cumplimiento, a pesar que existen ejercicios de capacitación y socialización. Se debe fortalecer a través de diferentes estrategias la conceptualización de las políticas (Calidad, Riesgos, Seguridad y Salud en el trabajo, entre otras).

De acuerdo con lo anterior no se genera ningún hallazgo del Capítulo 5. Liderazgo con respecto a la norma ISO 9001:2015; pero se debe aclarar que en el Capítulo 7. Apoyo. Numeral 7.3, quedará una observación con respecto a la toma de conciencia del conocimiento de aspectos generales del subsistema de gestión de calidad.

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

A través de entrevista realizada en el transcurso de la auditoria al Director Territorial, se identifica la gestión de la Dirección con el cumplimiento y seguimiento a las actividades planeadas y los compromisos adquiridos en los comités internos y externos, evidencias encontradas en la acta No. 01 del 23/01/2020, acta No. 02 del 02/03/2020 y acta No 03 del 07/05/2020. Así mismo mensualmente realizan seguimiento al avance de las actividades del plan de acción, definen responsabilidades con todo su grupo de trabajo y cuenta con instrumentos para la operación de sus procesos como la matriz de riesgos, contexto estratégico, herramientas de seguimiento y control.

Al revisar la matriz de riesgos Institucional de corrupción y gestión, Código 100.01.15.2, versión 07 del 30/05/2019, publicada el 29/01/2020; esta no está actualizada y las actividades priorizadas del contexto estratégico (2019 y 2020) no se evidencian en su totalidad en la matriz de riesgos actual. Por lo anterior se deben realizar prácticas de mejora continua para asegurar el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015, específicamente con la construcción e integración del contexto y los riesgos identificados.

Se revisó las evidencias del Control dos (2) *"el profesional de reparación colectiva se apoya y se reunirá mensualmente con el profesional de comunicaciones para realizar estrategias de comunicación como divulgación del protocolo (centro regionales, puntos de atención, enlaces municipales) para que las víctimas accedan a la medida de reparación administrativa. De no realizarse la reunión el profesional de reparación enviará los nuevos lineamientos (si es el caso) al centro regional y a los puntos de atención, como también a los entes territoriales (enlaces) evidencia es la divulgación del protocolo para acceder a la medida de reparación administrativa. Evidencia, acta de reunión"*, del riesgos dos (2) *"Incumplimiento de no poder entregar el 100 % de las cartas a las víctimas contactadas"*, donde se cuenta con los soportes adecuados y acorde al control establecido. (Evidencias resumen proceso notificación de febrero y marzo, *bases de datos*, novedades -base op8-032020 pagos a mayores de edad con encargo fiduciario y otros).

De acuerdo con lo anterior se genera una (1) observación del Capítulo 6. Planificación. Numeral 6.1. Acciones para abordar riesgos y oportunidades, con respecto a la norma ISO 9001:2015.



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

Desde la Dirección Territorial se prevé a través de solicitudes a Nivel Nacional alertas sobre sus recursos insuficientes y necesidades requeridas teniendo en cuenta las limitaciones internas y externas, se verifica correo del 10/02/2020 relacionado con la solicitud de información de los recursos proyectados. Cuenta con personal idóneo para la gestión de la operación basada en educación, formación y experiencia, realiza seguimiento a las obligaciones contractuales, evalúa el desempeño laboral del personal de planta (correo evaluación del desempeño del 14/02/2020 de la funcionaria Yomara Gómez Sánchez), dispone de estrategias internas y garantiza la trazabilidad de la medición conservando soportes como acta No.01 del 26-27/03/2020, acta No. 02 del 14-15/04/2020 y acta No. 03 del 06-07/05/2020, donde se identifica el análisis realizado al avance de sus operaciones por medio de comités virtuales con los líderes de sus procesos. De igual manera se evidencia la divulgación del conocimiento a través de reuniones y comités internos, fortaleciendo a sus colaboradores en el desarrollo diario de sus actividades con el fin de abordar necesidades y tendencias en la gestión de su territorio.

Con relacion a la infraestructura y el ambiente para la operación de los procesos, se indica en entrevista virtual que las instalaciones son las apropiadas y se cumple el programa de mantenimiento por parte del contratista. Se verifica acta de mantenimiento del 19/11/2019 relacionado con los centros de cableados, cofre eléctrico, baterías de UPS, superficies inmobiliarias, mesas de sala de juntas entre otros servicios. Actualmente cuenta con un Centro Regional en Santa Marta y cuatro (4) puntos de atención (Ciénaga, Plato Magdalena, Aracataca y Santa Ana); manifestando que estos centros y puntos de atención cuentan con un ambiente propicio para la adecuada atención a las víctimas.

Al preguntar sobre la comunicación interna y externa, los profesionales identifican los lineamientos impartidos desde el proceso de comunicaciones describiendo claramente quien debe, cuando, a quien y como comunicar la información a los diferentes procesos. Se evidencia actividades desarrolladas según correos del 11-15/05/2020 y del 18-22/05/2020, donde se destaca los comunicados de radio informando a las partes interesadas las nuevas líneas telefónicas habilitadas para la atención, notas sobre la gestión del Director Territorial en la participación de comités y eventos, socialización de proyectos a los 4 municipios PDET, historia de vida para la conmemoración por la dignidad de las mujeres víctimas de violencia sexual, comunicaciones digitales y diseño de tarjetas virtuales motivando a los funcionarios a participar en la campaña de tarde de café.

Con respecto a la toma de conciencia se identifica falta de claridad, conceptualización y comprensión de aspectos generales que hacen parte del Subsistema de Gestión de Calidad en algunos funcionarios y contratistas entrevistados (Contexto Estratégico, Plan Estratégico, Políticas y Roles, responsabilidad y autoridad, entre otros), por lo referente se deben realizar prácticas de mejora, para asegurar el cumplimiento de los requisitos del sistema.



De acuerdo con lo anterior se genera una (1) observación relacionado al Capítulo 7. Apoyo. Numeral 7.3.Toma de Conciencia, con respecto a la norma ISO 9001:2015.

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

Al entrevistar a los profesionales líderes del proceso de Reparación Colectiva manifiestan que la Dirección Territorial viene acompañando a los SRC desde el año 2014, iniciando con la modalidad de oferta la cual consistía en que la Unidad se presentaba al territorio y ofrecía las medidas de reparación. Actualmente se cumple con todos los requerimientos y procesos definidos por la Unidad en el Sistema Integrado de Gestión para el desarrollo y cumplimiento de cada una de las fases o etapas de la ruta de reparación con los sujetos identificados. Se indaga sobre las etapas de diagnóstico y/o caracterización, formulación y aprobación del Plan Integral de Reparación Colectiva – PIRC y las medidas de satisfacción, donde se evidencia la trazabilidad de la información a través de la verificación y análisis de soportes subidos en el aplicativo teams por parte del auditado, tales como:

- a) documento *“diagnóstico del daño colectivo del SRC de Guáimaro del 19/11/2018”*, donde se identifica al Sujeto de Reparación Colectiva y posterior a ello se inicia el proceso de intervención tendiente a implementar la ruta de reparación colectiva, por medio de la cual se busca validar el cumplimiento de las condiciones del colectivo para ser inscrito como víctima en el RUV y realizar el recorrido por las diferentes etapas del proceso.
- b) Documento *“informe de cierre fase de diagnóstico de daño colectivo de la comunidad Guáimaro”*.
- c) Documento borrador *“Plan Integrado de Reparación Colectiva comunidad Guáimaro”*, donde el problema central identificado radica en la persistencia de daños colectivos en el Sujeto Colectivo de Guáimaro ocasionados en el marco del conflicto armado y se encuentran definidas las demás etapas del plan.

Así mismo se identifica evidencias de correo de cancelación de comisiones, documentos de otros diagnósticos de SRC, resoluciones de entrega de usos de bienes colectivos, actas de concertación etc., constatando el control y seguimiento a la documentación de las etapas del proceso.

En cuanto al control de las salidas no conforme, la Dirección Territorial manifiesta que a la fecha año 2020 y 2019 no ha presentado ninguna no conformidad del producto o servicio ofrecido. Durante la auditoria y aplicando el método de entrevista y revisión de los soportes subidos en el aplicativo Teams, se evidencia requisitos de salidas no conforme de acuerdo al documento estándar implementado en el SIG para los procesos misionales (Reparación Colectiva) *“formato de identificación de salidas no conformes”*. Al indagar sobre el análisis de la identificación y control de salidas del producto y servicio no conforme, no se identifica una evaluación concreta respecto a este requisito, con el fin de prevenir el uso o entrega no intencional a las partes interesadas.



Con respecto al Proceso de Servicio al Ciudadano, se evidencia la gestión y la toma de medidas oportunas con relación a la coyuntura sanitaria que se vive en el País, donde a través de los nuevos lineamientos y estrategias decretados desde el Nivel Nacional brinda un servicio eficaz en la atención a la víctimas desde los diferentes canales (página web, chat web, video llamada, auto consulta telefónica, chatbot, SMS y otros), todo coordinado y armonizado con los líderes del proceso. Para la implementación de las estrategias definidas tanto internas y externas se trabajó en conjunto con el equipo de OUTSOURCING, Director Territorial, enlaces de la alcaldía y profesionales de la Dirección, donde analizaron los protocolos y tomaron decisiones acorde a la situación antes del distanciamiento sanitaria. Después del aislamiento obligatorio Decretado a Nivel Nacional se coordina con los operadores la prestación del servicio de trabajo en casa y a través de revisiones y ajustes a la conectividad de cada uno de los funcionarios, instalan dispositivos de cobertura los cuales registran la trazabilidad de la operación. Se verifica soporte acta No. 012 del 16/03/2020, donde se identifica la articulación con la Alcaldía y Unidad para las Víctimas del análisis del plan de contingencia CRAV - Santa Marta - prevención COVID-19. De acuerdo a ese nuevo proceso manejado desde el servicio al ciudadano se cuenta actualmente con una estrategia consolidada y el documento *“protocolo de procesos estratégicos para la atención a las víctimas frente al COVID-19”*.

Al verificar la operación del control y seguimiento de la información del proceso por parte de la Dirección Territorial se evidencia la trazabilidad y protección de la documentación. Se revisa los siguientes soportes: documento jornadas de ferias (8959 - Palmor de la DT Magdalena, 11/03/2020), legalización de anticipos, correos de capacitación del proceso de notificación, informes de productividad, programas de jornadas de atención, cronograma de capacitaciones mensuales (capacitación del 22/05/2020), etc.

Se acentúa el compromiso de los profesionales del servicio al ciudadano por su entrega, compañerismo y conocimiento en el desarrollo de cada una de las etapas del proceso, reiterando los reconocimientos de excelencia otorgado a la Dirección Territorial por la labor en la atención y servicio al ciudadano. (Evidencias Certificados de excelencia del primero y parte del segundo trimestres del año 2020).

De acuerdo con lo anterior se genera una (1) no conformidad relacionado al Capítulo 8. Operación, numeral 8.7 control de las salidas no conforme, con respecto a la norma ISO 9001:2015.

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

Se evidencia seguimiento al plan de acción a través de comités y reuniones mensuales al interior de la Dirección Territorial (soportes acta No.01 del 26-27/03/ 2020, acta No. 02 del 14-15/04/2020 y acta No. 03 del 06-07/05/2020), donde analizan el avance de sus operaciones por medio de comités virtuales con los líderes de sus procesos, capturan la información y la reportan trimestralmente al aplicativo de SISGESTION. Se verifica el indicador No. 86899 *“implementar acciones por la dirección territorial para la notificación efectiva de las cartas de indemnización administrativa”*, indicador No. 86903 *“Brindar Asistencia Técnica a las entidades territoriales para la adecuada y oportuna ejecución de*



la Política Pública de Atención a Víctimas” y el indicador No 86917 “Implementar acciones del plan de fortalecimiento del modelo de operación de enfoque diferencial y de género”, evidenciando el cumplimiento en cada una de sus soportes. Así mismo se analiza el plan de implementación del SIG verificando la actividad No. 5383 “Realizar la cuantificación mensual de los residuos peligrosos generados en la dirección territorial” y la actividad No. 5416 “Verificar la realización de las reuniones mensuales del COPASST a nivel territorial y central”, cumplimiento con las evidencias requeridas relacionadas con el formato RESPEL y las actas de los comité COPASST de enero, febrero y marzo de 2020.

Al inquirir sobre la medición y satisfacción del cliente a los profesionales del proceso de Reparación Colectiva, se evidencia desconocimiento del documento enviado desde el Nivel Nacional “informe de resultados de la encuesta de satisfacción realizada en las jornadas y/o eventos del proceso de reparación integral - vigencia 2019” y al preguntar sobre el análisis y evaluación de los datos obtenidos con relación a las observaciones y recomendaciones plasmada en el documento, no se evidencia dicho ejercicio de mejora continua.

De acuerdo con lo anterior se genera una (1) no conformidad del Capítulo 9. Evaluación del desempeño. Numeral 9.1.3. Análisis y evaluación, con respecto a la norma ISO 9001:2015.

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

La Dirección Territorial cuenta con las herramientas e instrumentos requeridos por el Subsistema de gestión de calidad para el seguimiento y control de sus procesos. Se evidencia la gestión del Director Territorial con las diferentes entidades del orden nacional, departamental y municipal en la búsqueda de alianzas y estrategias, con el fin de mejorar continuamente el cumpliendo de las necesidades y expectativas de las partes interesadas.

Con respecto al estado de las no conformidades de la auditoria interna de calidad realizada en el año 2019, se evalúa dos (2) no conformidad:

1. No conformidad código No. 1771, la cual presenta dos (2) actividades. La primera identificada con el código No. 12711 y la segunda código No. 12712, estas cuentan con los soportes respectivos para el cierre en el aplicativo SISGESTION.
2. No conformidad código No 1772, la cual presenta una (1) actividad identificada con el código No. 12771, donde se evidencia su respectivo soporte para el cierre en el aplicativo de SISGESTION.

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

11. OBSERVACIONES DT.

1. Se observa, al verificar la matriz de riesgos, que esta no cuenta con todas las actividades priorizados del contexto estratégico y esta desactualizada. Esto sucede en la Dirección Territorial Magdalena, 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 de la matriz de riesgos institucional de corrupción y gestión, Código 100.01.15.2, versión 07 del 30/05/2019, publicada el 29 de enero del 2020. 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.
2. Se observa, falta de apropiación de los aspectos generales del Sistema Integrado de Gestión en la unificación de conceptos de algunos colaboradores de la dirección. Esto sucede en Dirección Territorial de Magdalena asociado al proceso de Direccionamiento Estratégico - documento manual del sistema integrado de gestión (Código: 120,01,06-1, versión 08 del 14/08/2019). Lo anterior se evidencia a través de entrevistas virtuales aleatorias realizadas al personal sobre los elementos que integran el Subsistema de Gestión de Calidad (contexto estratégico, plan estratégico, políticas y roles, responsabilidad y autoridad). Por lo anterior se deben realizar prácticas de mejora continua para asegurar el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015: Capítulo 7 apoyo. Numeral 7.3 toma de conciencia.

12. NO CONFORMIDADES DT.

1. No se evidencia, la implementación de las salidas del producto y servicio no conforme frente a la identificación, análisis y control, con el fin de prevenir el uso o entrega no intencional a las partes interesadas. Esto sucede en la Dirección Territorial de Magdalena asociado al proceso de Direccionamiento Estratégico - identificación y control de salidas no conforme. Lo anterior se evidencia a través de entrevistas virtuales realizada al proceso de Reparación Colectiva (Reparación Integral) Código: 400.08.09-1, versión 08 del 14/08/2019. Esta situación conduce al incumpliendo con los requisitos de la norma ISO 9001:2015: Capítulo 8. Control de los procesos, productos y servicios. Numeral 8.7 control de las salidas no conformes.
2. No se evidencia, el análisis y evaluación de los datos de la información obtenida de la percepción de los clientes, relacionado con el seguimiento y medición del grado de satisfacción enviado desde el Nivel Nacional. Esto sucede en la Dirección Territorial de Magdalena, asociado al proceso de Reparación Colectiva (Reparación Integral) Código: 400.08.09-1, versión 08 del 14/08/2019. Lo anterior se evidencia a través del informe de resultado de la encuesta de satisfacción del proceso de Reparación Integral- vigencia 2019. Esta situación conduce al incumpliendo con los requisitos de la norma ISO 9001:2015 Capítulo 9. Evaluación del desempeño. Numeral 9.1.3. Análisis y Evaluación.

13. RESUMEN ESTADÍSTICO DE AUDITORÍA

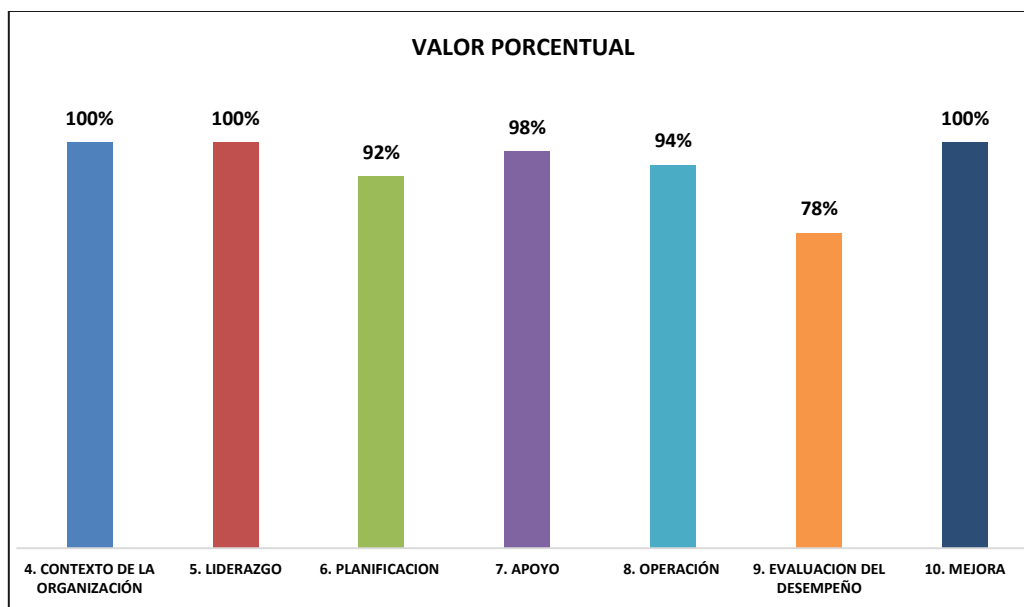
DIRECCION TERRITORIAL DE MAGDALENA

A continuación se identifican los resultados de los datos estadísticos generados en la herramienta papel de trabajo de la auditoría interna de calidad ISO 9001.2015 aplicada a la Dirección Territorial de Magdalena.

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

ITEM DE NORMA	VALOR PORCENTUAL
4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN	100%
5. LIDERAZGO	100%
6. PLANIFICACION	92%
7. APOYO	98%
8. OPERACIÓN	94%
9. EVALUACION DEL DESEMPEÑO	78%
10. MEJORA	100%

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



Fuente: Herramienta de evaluación auditoría interna de calidad.

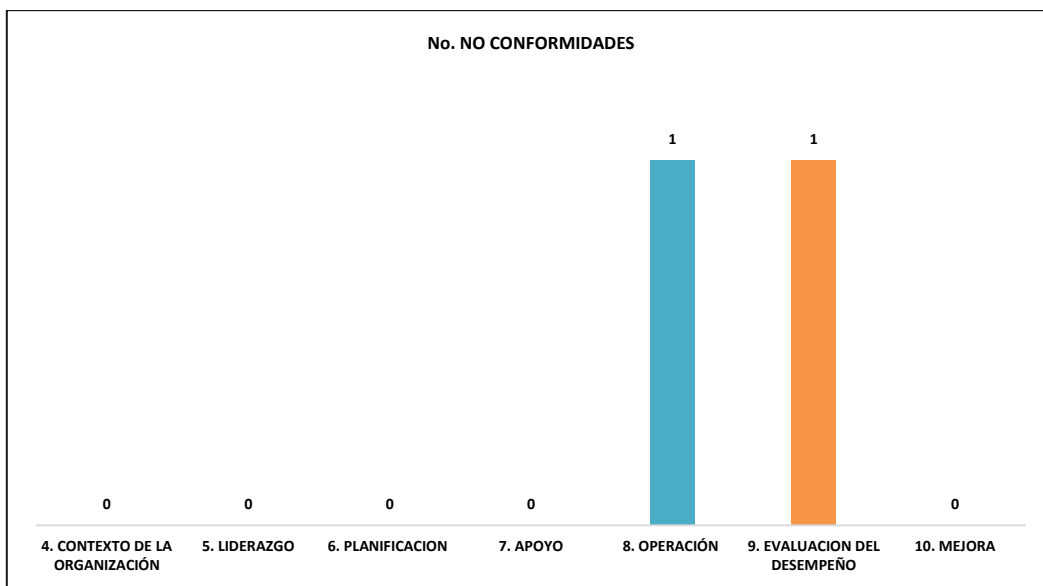
El porcentaje promedio de cumplimiento del nivel de madurez asociado a los requisitos del Subsistema de Gestión de la Calidad NTC ISO 9001:2015, es del 95%.



Tabla No. 2. Número de No Conformidades y Observaciones

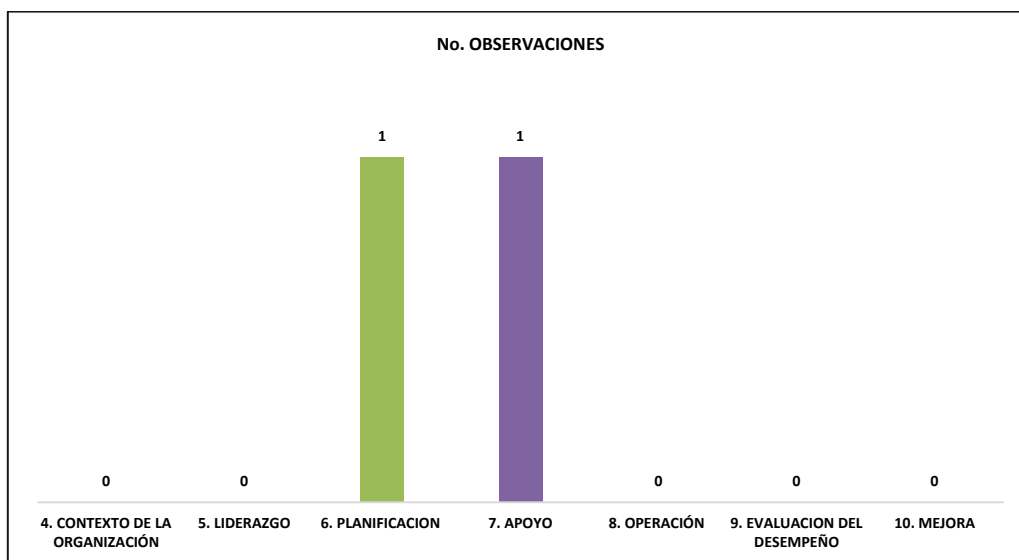
ITEM DE NORMA	No. NO CONFORMIDADES	No. OBSERVACIONES
4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN	0	0
5. LIDERAZGO	0	0
6. PLANIFICACION	0	1
7. APOYO	0	1
8. OPERACIÓN	1	0
9. EVALUACION DEL DESEMPEÑO	1	0
10. MEJORA	0	0

Grafica No. 2. Número de No Conformidades



Fuente: Herramienta de evaluación auditoría interna de calidad.

Se identifica dos (2) No Conformidad, una en el Capítulo 8. Control de los procesos, productos y servicios. Numeral 8.7. Control de las salidas no conformes y la segunda en el Capítulo 9. Evaluación del desempeño. Numeral 9.1.3. Análisis y Evaluación; respecto a la aplicación de la herramienta de evaluación de cumplimiento del nivel de madurez asociado a los requisitos del Subsistema de Gestión de la Calidad NTC ISO 9001:2015.

Grafica No. 3. Número de Observaciones


Fuente: Herramienta de evaluación auditoría interna de calidad.

Se identificaron dos (2) Observaciones, una en el Capítulo 6. Planificación. Numeral 6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades y la segunda en el Capítulo 7. Apoyo. Numeral 7.3. Toma de conciencia; respecto a la aplicación de la herramienta de evaluación de cumplimiento del nivel de madurez asociado a los requisitos del Subsistema 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 Subsistema de Gestión de Calidad de la Dirección Territorial de Magdalena, es del 95%.

Cordialmente;

JOHN DAIRO BERMEO CUELLAR
 Auditor líder

CARLOS ARTURO ORDOÑEZ 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 con nuevos lineamientos del jefe de la Oficina de Control Interno, se eliminan cuadros en Excel.