

**INFORME DE AUDITORÍA AL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN**

**Fecha de informe:** 08/06/2020

**Nombre del proceso o dirección territorial auditada:** Dirección Territorial Norte de Santander

**Dependencia líder del proceso:** Dirección General

**Servidor responsable del proceso:** Alicia Maria Rojas Perez

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

**Fecha de auditoría:** 01 y 02 de junio del 2020

**Equipo Auditor:** Diana Tacuma (Auditor Acompañante), Sirley Andrea Barbosa (Auditor Líder)

**0. OBJETIVO DE LA AUDITORIA**

Verificar a través del “Procedimiento Auditorías al Sistema Integrado de Gestión V6” del proceso “Evaluación Independiente” el nivel de madurez del Subsistema de Gestión de la Calidad, de acuerdo con el cumplimiento de los requisitos de calidad 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 Norte de Santander
- Imposibilidad de cumplir con el cronograma de auditoría 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.

**3. CRITERIOS DE AUDITORÍA**

Procesos, procedimientos y demás instrumentos asociados al Sistema de Gestión con corte al 31 de mayo del 2020.



#### 4. CONCEPTO DE AUDITORÍA NUMERAL 4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN

Se evidencia debilidades en el cumplimiento de la Dirección Territorial Norte de Santander de los requisitos del capítulo 4 Contexto de la Organización. Con respecto a la comprensión de la organización, realizaron el ejercicio de acuerdo con la Guía para la construcción contexto estratégico V2 del 2019, en sus de identificación y priorización de actividades, Análisis DOFA e identificación de estrategias. Se realizaron preguntas por medio de muestreo a algunos funcionarios y contratistas de la DT y se evidencio desconocimiento de algunos de ellos, frente a la metodología usada para el desarrollo del ejercicio o algunos manifestaron no haber participado. Sobre este ejercicio se evidencia un informe consolidado de contexto estratégico de noviembre del 2019, donde aparece la Dirección Territorial Norte de Santander Arauca en el apartado 8.14. Se evidencia en las entrevistas realizadas en la jornada del 01062020, la identificación las partes interesadas relacionadas con las actividades realizadas, el conocimiento sobre entre ellas comunidades étnicas, cooperantes y entidades territoriales; también conocen el formato de Identificación partes interesadas de diciembre del 2018 y lo ubican en la página web. Finalmente, por medio de entrevistas a los enlaces de participación, reparación colectiva y servicio al ciudadano de la DT, se evidencio que identifican las caracterizaciones, manuales, planes y programas, procesos, procedimientos, guías y demás información documentada del Sistema de Gestión y que es necesaria para realizar la gestión de la Dirección Territorial, esta información documentada se encuentra publicada en la página web de la Unidad.

Sin embargo, se observa la falta de evidencia sobre la construcción del contexto de la DT, así como el desconocimiento de algunos funcionarios sobre el instrumento y la metodología usada para su elaboración. Adicionalmente se evidencia que algunos funcionarios de la DT no conocen y apropia el alcance del Subsistema de Gestión de la Calidad de la Unidad, razón por la cual se generan 2 observaciones al respecto.

#### 5. CONCEPTO DE AUDITORÍA NUMERAL 5. LIDERAZGO

De acuerdo con la entrevista realizada a la Directora Territorial se evidencia compromiso respecto al Sistema Integrado de Gestión y los beneficios que trae la implementación, se evidencio su participación en la revisión por la Dirección y sus aportes en el desarrollo de la misma por medio del acta de la Revisión por la Dirección de septiembre del 2019. Se identifican y comprenden los requisitos legales de las partes interesadas, ya que se evidencia la actualización del Normograma v15-8. Asimismo, el enlace de planeación en la territorial verifica y registra los avances y/o actividades ejecutadas y compromisos establecidos en el SIG, por medio del registro del cumplimiento al Plan de implementación de SIG en la herramienta SISGESTION. Conocen el Procedimiento Medición de la Satisfacción Partes Interesadas V2 y cuentan con datos de la percepción - canal escrito II semestre del 2019 y canal presencial de febrero del 2020; frente a este ultimo de acuerdo con sus resultados se puede establecer que el 85.79% califica el Servicio como bueno y a pregunta con mayor afectación corresponde a la organización de las filas y la entrega de fichas antes de ingresar al Punto de Atención y/o Centro Regional, se evidencia también que la DT frente a esta problemática implementó a partir del mes de marzo una estrategias de turnos y agendamiento para evitar esa problemática. Se cuentan con espacios con los colaboradores en donde se hace seguimiento al cumplimiento de las actividades. Se identifica el mapa de riesgos como herramienta estratégica para la toma de decisiones, se cuenta controles y planes de respuesta

para mitigar y evitar el riesgo. A través de las entrevistas, manual de funciones, acuerdos de servicio y resoluciones, se evidencia la claridad y especificidad en las responsabilidades y autoridades asignadas a cada uno y los roles en los cuales participan. De igual forma se han definido de manera adecuada las responsabilidades y las autoridades del proceso permitiendo que los roles sean asignados, se comuniquen y se entiendan en la DT.

Sin embargo, se evidencia a través de preguntas de manera aleatoria desconocimiento y debilidad en la apropiación y entendimiento de la Política, objetivos del SIG y las generalidades del Sistema de Gestión, adicionalmente no se evidenciaron espacios de socialización sobre el SIG, ni evidencia de la realización de los mismos; razón por la cual se genera una No conformidad está relacionada en el numeral.

## **6. CONCEPTO DE AUDITORÍA NUMERAL 6. PLANIFICACION**

Se realiza la identificación de riesgos con el objetivo de tomar acciones y evitar los incumplimientos de los resultados esperados, se evidencian a través de correos, mapa de riesgos y acta de aprobación de este. Adicionalmente la DT cuenta con Actas de comités técnicos y mesas de seguimientos. De igual forma se planifican las acciones y controles para abordar los riesgos y oportunidades, así como la evaluación de la eficacia de dichas acciones. La Dirección Territorial define qué se va a hacer, quien es el responsable, los mecanismos de medición, y los recursos a utilizar evidenciando una planificación para el logro de los objetivos. Se evidencia cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015 por parte de la dirección territorial en cuanto a los temas de planificación de riesgos y otras oportunidades, así como los objetivos de calidad.

Sin embargo, se observa la falta de evidencia sobre la construcción del mapa de riesgos de la DT, así como el desconocimiento de algunos funcionarios sobre el instrumento y la metodología usada para su elaboración, razón por la cual se genera una observación al respecto.

## **7. CONCEPTO DE AUDITORÍA NUMERAL 7. APOYO**

Al evaluar los requisitos relacionados con el capítulo 7 Apoyo, se observa que la Dirección Territorial Norte de Santander gestiona con el Nivel Nacional los recursos necesarios para la ejecución de sus actividades. Con respecto a la Infraestructura se evidencian correos gestionando mantenimientos para la sede Arauca, mantenimientos de aires del ultimo trimestre del 2019. Frente al ambiente de trabajo se evidencias diversas actividades por medio de registros fotográficos de actividades de integración al interior de la DT, adicionalmente la Directora manifiesta que no se han presentado ningún tipo de inconvenientes entre sus colaboradores y que el ambiente de trabajo es muy bueno. En lo que respecta a los recursos de seguimiento y medición se evidencian comités técnicos y mesas de seguimientos internas con el objetivo de hacer seguimiento y análisis sobre el cumplimiento de las metas. Adicionalmente se verifica por medio de correos y de evidencia mecanismos de reporte del avance del plan de acción de la DT.

Sin embargo, se evidencia que, a pesar de contar con un equipo de trabajo competente y suficiente, no se ha realizado inducción a las dos ultimas personas que ingresaron a la DT, de acuerdo con las evidencias suministradas ingresaron en octubre del 2019 y abril del 2020, razón por la cual se determina una No Conformidad para el Proceso de Talento Humano.



Adicionalmente frente al numeral de Toma de Conciencia no se evidencia que la Dirección Territorial Norte de Santander implemente, socialice y se asegure que las personas tomen conciencia del Sistema Integrado de Gestión "SIG", mediante la realización de actividades coordinadas por el enlace SIG y el Director Territorial. Ya que al preguntar de manera aleatoria sobre las generalidades de SIG no se evidencio claridad ni apropiación de los conceptos y al solicitar evidencia de socializaciones frente a estos temas manifestaron que no tenían evidencia de la realización de este tipo de espacios, razón por la cual se establece una No Conformidad para la DT relacionada a este numeral.

En el desarrollo de la Auditoria se evidencio la dificultad de acceder a la información correspondiente a la ejecución de los procedimientos y actividades requeridas por el SIG, ya que no se encontraba disponible, no era idónea o era de difícil consulta en el momento de la auditoria, no se evidencio que la DT tuviera un respaldo de información, la mayoría de información se encontraba en el correo electrónico de los colaboradores y no se encontraba organizada, adicionalmente algunos de ellos manifestaron que no tenían la información disponible porque se encontraban en sus equipo de la DT y en este momento no tenían acceso a ellos; razón por la cual se establece una No Conformidad para la DT relacionada con el numeral 7.5.3. Control de la información documentada.

## 8. CONCEPTO DE AUDITORÍA NUMERAL 8. OPERACION

Al realizar la auditoria a los enlaces del proceso de Reparación Colectiva y Servicio al Ciudadano de la DT se evidencia el cumplimiento de requisitos del capítulo 8 en cuanto a la planificación, el control operacional, para los servicios, la revisión de requisitos, el control de servicios suministrados externamente (Operadores), provisión del servicio y control de salidas no conformes. Este cumplimiento se evidencia a través de los siguientes aspectos:

Se tiene determinado los requisitos de los productos y servicios que presta la Dirección Territorial en los procesos, en donde se tiene definidos los criterios y niveles de aceptación a través de procedimientos y documentos del SIG, adicionalmente al interior de estos procedimientos se encuentra definidos controles frente a la prestación del servicio.

Se evidencia cumplimiento, por parte del operador (proveedor de servicios externo) del canal virtual y telefónico frente a las actividades en las cuales se ven involucrados. Se evidencian herramientas de control y seguimientos frente al desempeño de los orientadores y documentadores, como Informes de seguimiento, informes gestión, controles de logeo. Adicionalmente se evidencian capacitaciones permanentes para mejorar la prestación del servicio a través de medios virtuales (viernes 15 de mayo), Guiones y Herramientas virtuales de capacitación del operador.

Se evidencio toma de acciones de contingencia por parte del Grupo de Servicio al Ciudadano de la mano con el operador de canal virtual y telefónico, frente a las medidas de distanciamiento, estrategias de teletrabajo, reasignación de funciones, apoyo al canal virtual; esto se evidencia a través de entrevista, correos, actas, . Por parte del proceso de Reparación Colectiva se evidenciaron estrategias para avanzar con la actividad por medio de reuniones virtuales con los SRC y entidades para la articulación de las medidas (Arquidiócesis 19 de mayo, Sena 01 de mayo, Gabarra 06 de mayo y 8 de mayo).

Se hace seguimiento a los servicios no conformes y a la fecha no se han presentado para los procesos de Reparación Colectiva y Servicio al Ciudadano.



No obstante, se observa debilidad en cuanto a la trazabilidad de su ejecución y operación con la finalidad realizar el seguimiento y asegurar la conformidad del servicio.

Se evidencia un incumplimiento de los requisitos 8.5.2. y 8.5.6. de la Norma ISO 9001:2015 correspondientes a la prestación del servicio y la identificación de la información documentada y su control de cambios, ya que al revisarse la ejecución del Procedimiento para Gestión de la Implementación y Seguimiento de los PIRC V2 con fecha del 05 de diciembre del 2017, que las actividades realizadas por la DT no corresponden a las establecidas por el procedimiento y que el proceso ha dado directrices a través de correo electrónico sobre la ejecución de actividades de manera diferente a como se encuentran en el procedimiento, lo cual se evidencia a partir de la actividad 8 del procedimiento y lo manifiesta los enlaces de reparación colectiva en la entrevista realizada; por lo cual se establece una NC al proceso de Reparación Integral relacionada a este numeral.

Adicionalmente en el proceso de Reparación Colectiva se evidenció que las actividades no se realizan de acuerdo a lo establecido en los procedimientos (criterios) y que adicionalmente se hace uso de formatos diferentes a los establecidos por el proceso o que se encuentran obsoletos, esto se evidencio tanto en la revisión de la evidencia y en las entrevistas, lo cual incumple el numeral 8.1 Planificación y control operacional literal d) la implementación del control de los procesos de acuerdo con los criterios; por lo cual se establece una No Conformidad para la DT relacionada a este numeral.

## **9. CONCEPTO DE AUDITORÍA NUMERAL 9 EVALUACION DEL DESEMPEÑO**

Se evidencia el cumplimiento del numeral mediante correos y actas de seguimiento, actas de cambio mediante las cuales se realiza análisis y evaluación del Plan de Acción - SIGGESTION, Adicionalmente la DT cuenta con Comités territoriales y mesas de articulación en las cuales se realiza el seguimiento a las actividades.

Se evidencian acciones frente a la medición de la satisfacción del cliente, se cuentan con los informes de canal escrito II semestre del 2019 y canal presencial de febrero del 2020; frente a este ultimo de acuerdo con sus resultados se puede establecer que el 85.79% califica el Servicio como bueno y a pregunta con mayor afectación corresponde a la organización de las filas y la entrega de fichas antes de ingresar al Punto de Atención y/o Centro Regional, se evidencia también que la DT frente a esta problemática implementó a partir del mes de marzo una estrategias de turnos y agendamiento para mejorar la atención de las víctimas.

De igual forma se realiza seguimiento a las No Conformidades y los compromisos establecidos por la alta dirección en las salidas de las revisiones por la dirección que se llevan a cabo anualmente.

## **10. CONCEPTO DE AUDITORÍA NUMERAL 10 MEJORA**

Se evidencia toma de decisiones para determinar acciones frente a las medidas de distanciamiento social y trabajo en casa en los procesos de Reparación Colectiva y Servicio al Ciudadano.



Se evidencia cumplimiento del numeral 10. Mejora, en el tratamiento de la no conformidad y acción correctiva se evidencia que la DT ha generado y establecido planes de mejoramiento para el cierre de no conformidades generadas por materialización de riesgos registradas en el aplicativo SISGESTION.

Se evidencia cumplimiento de las actividades del Plan de Acción a través de las decisiones tomadas en las reuniones de articulación y comités para aportar a la eficacia del Sistema Integrado de Gestión de la Dirección Territorial.

La DT ha implementado prácticas de mejora encaminadas a buscar la satisfacción víctimas, y la mejora en el desempeño, se evidencia que la DT implementó a partir del mes de marzo una estrategia de turnos y agendamiento para mejorar la atención de las víctimas en los Puntos de atención y CRAV.

Se evidencian acciones por partes de la Directora territorial con el objetivo de mejorar la atención a las víctimas y el avance de las actividades (Alianzas con cooperantes, Sena, entidades territoriales entre otros.

## 11. OBSERVACIONES

### OBSERVACION 1

Se observa que la DT no cuenta con evidencia sobre la construcción del contexto de la DT, así como el desconocimiento de algunos funcionarios sobre el instrumento y la guía usada para su elaboración. Esto sucede en la DT Norte de Santander asociado a la Guía para la construcción contexto estratégico V2 del 16 de abril del 2019. Lo anterior se evidencia a través de correo enviado por el enlace informando que no contaban con dicha evidencia porque no se habían realizado las mesas de trabajo y de los videos de las entrevistas realizadas los días 01 de junio como parte de la jornada de auditoria interna. Por lo anterior se deben realizar prácticas de mejora continua para asegurar el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015: Capitulo 4 Contexto de la Organización numeral 4.1 Comprensión de la Organización y de su Contexto.

### OBSERVACION 2

Se observa que algunos funcionarios de la DT no conocen y ni apropian el alcance del Subsistema de Gestión de la Calidad de la Unidad. Esto sucede en la DT Norte de Santander asociado al Manual Sistema Integrado de Gestión(SIG) v8 del 14 de agosto del 2019. Lo anterior se evidencia a través de los videos de las entrevistas realizadas los días 01 de junio como parte de la jornada de auditoría interna. Por lo anterior se deben realizar prácticas de mejora continua para asegurar el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015: Capitulo 4 Contexto de la Organización numeral 4.3 Determinación del alcance del Sistema de Gestión de Calidad

**OBSERVACION 3**

Se observa que no se realizaron mesas de trabajo para la construcción del mapa de riesgos de la DT, así como el desconocimiento de algunos funcionarios sobre el instrumento y la metodología usada para su elaboración. Esto sucede en la DT Norte de Santander asociado a la Metodología administración de riesgos Ultimo V7. Lo anterior se evidencia a través de correo enviado por el enlace informando que no contaban con dicha evidencia, porque no se habían realizado las mesas de trabajo y de los videos de las entrevistas realizadas los días 01 de junio como parte de la jornada de auditoría interna. Por lo anterior se deben realizar prácticas de mejora continua para asegurar el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015: Capitulo 6. Planificación numeral 6.1 Acciones para abordar los riesgos y las oportunidades 6.1.2 La organización debe planificar las acciones para abordar los riesgos.

**OBSERVACION 4**

Se observa falta de apropiación y entendimiento de algunos funcionarios y contratistas frente a la Política, objetivos del SIG y las generalidades del Sistema de Gestión. Esto sucede en la DT Norte de Santander asociado al Manual Sistema Integrado de Gestión(SIG) v8 del 14 de agosto del 2019. Lo anterior se evidencia a través de los videos de las entrevistas realizadas los días 01 de junio como parte de la jornada de auditoría interna. Por lo anterior se deben realizar prácticas de mejora continua para asegurar el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015 capitulo 5 Liderazgo 5.2.1 Establecimiento de la política

**12. NO-CONFORMIDADES****DT NORTE DE SANTANDER**

No se evidencia, que la Dirección Territorial Norte de Santander implemente, socialice y se asegure que las personas tomen conciencia del Sistema Integrado de Gestión "SIG", mediante la realización de actividades coordinadas por el enlace SIG y el Director Territorial. Esto sucede en la DT Norte de Santander asociado al Guía para La Conformación y Organización Física y Electrónica del Historial de Víctimas V2 Manual Sistema Integrado de Gestión(SIG) v8 del 14 de agosto del 2019. Lo anterior se evidencia a través de los videos de las entrevistas realizadas los días 01 de junio como parte de la jornada de auditoría interna al preguntar de manera aleatoria sobre las generalidades de SIG y no se evidencio claridad ni apropiación de los conceptos y al solicitar evidencia de socializaciones frente a estos temas manifestaron que no tenían evidencia de la realización de este tipo de espacios. Esta situación conduce al incumpliendo con los requisitos de la norma ISO 9001:2015: Capitulo 7 Apoyo numeral 7.3 Toma de conciencia.

No se evidencio, la disposición, ni disponibilidad de la información, por la dificultad para acceder a la información correspondiente a la ejecución de los procedimientos y actividades requeridas por el SIG. Lo anterior se evidencia ya que al solicitarla no se encontraba disponible, no era idónea o era de difícil consulta en el momento de la auditoria, no se evidencio que la DT tuviera un respaldo de información, la mayoría de información se encontraba en el correo electrónico de los colaboradores y no se encontraba organizada, adicionalmente algunos de ellos manifestaron que no tenían la información disponible porque



se encontraban en sus equipo de la DT y en este momento no tenían acceso a ellos. Esta situación conduce al incumpliendo con los requisitos de la norma ISO 9001:2015: Capitulo 7 Apoyo numeral 7.5 Información documentada numeral 7.5.3.1 La información requerida por el SGC y por esta NI se debe controlar para asegurarse que: a) este disponible y sea idónea para su uso donde y cuando se necesite.

No se evidencio que las actividades se realicen de acuerdo a lo establecido en los procedimientos (criterios) y que adicionalmente se hace uso de formatos diferentes a los establecidos por el proceso o que se encuentran obsoletos. Esto sucede en la DT Norte de Santander asociado al Procedimiento para Gestión de la Implementación y Seguimiento de los PIRC V2. Lo anterior se evidencia en la revisión de la evidencia del cumplimiento de las actividades y en las entrevistas. Esta situación conduce al incumpliendo de los requisitos de la norma ISO 9001:2015: 8. Operación numeral 8.1 Planificación y control operacional literal d) la implementación del control de los procesos de acuerdo con los criterios.

### REPARACIÓN COLECTIVA

No se evidencia que las criterios y actividades establecidos por el proceso se encuentren actualizados, ya que no se encuentran acorde a las actividades realizadas por la DT, adicionalmente se evidencio que por parte del proceso se emiten lineamientos por correo electrónico diferentes a lo establecido en los procedimientos. Esto sucede en la DT Norte de Santander asociado al Proceso de Reparación Integral, Procedimiento para Gestión de la Implementación y Seguimiento de los PIRC V2 con fecha del 05 de diciembre del 2017. Lo anterior se evidencio al confrontar la evidencia con las actividades establecidas en el procedimiento a partir de la actividad 8 , adicionalmente los enlaces de la DT manifiestan que las actividades son diferentes a lo establecido en el procedimiento y que a pesar de que el procedimiento no se actualiza desde el año 2017, los lineamientos frente al desarrollo de las actividades por parte de reparación colectiva cambian de manera permanente. Esta situación conduce al incumpliendo de los requisitos de la norma ISO 9001:2015: 8. Operación 8.5 Producción y provisión del servicio 8.5.6. Control de los cambios.

### TALENTO HUMANO

No se evidencia, que el proceso de Talento humano haya realizado la Inducción a las Ultimas dos personas que ingresaron a la DT, las cuales ingresaron en octubre del 2019 y abril del 2020. Esto sucede en la DT Norte de Santander asociado al proceso de Talento Humano, procedimiento Gestión del Talento Humano v6 de noviembre del 2019. Lo anterior se evidencio al entrevistar a la Directora Territorial durante la jornada del 01 de junio. Esta situación conduce al incumpliendo de los requisitos de la norma ISO 9001:2015: 7. Apoyo 7.1 Recursos 7.1.6 Conocimiento de la Organización

### 13. RESUMEN ESTADÍSTICO DE AUDITORÍA

A continuación, se presentan 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 Norte de Santander:

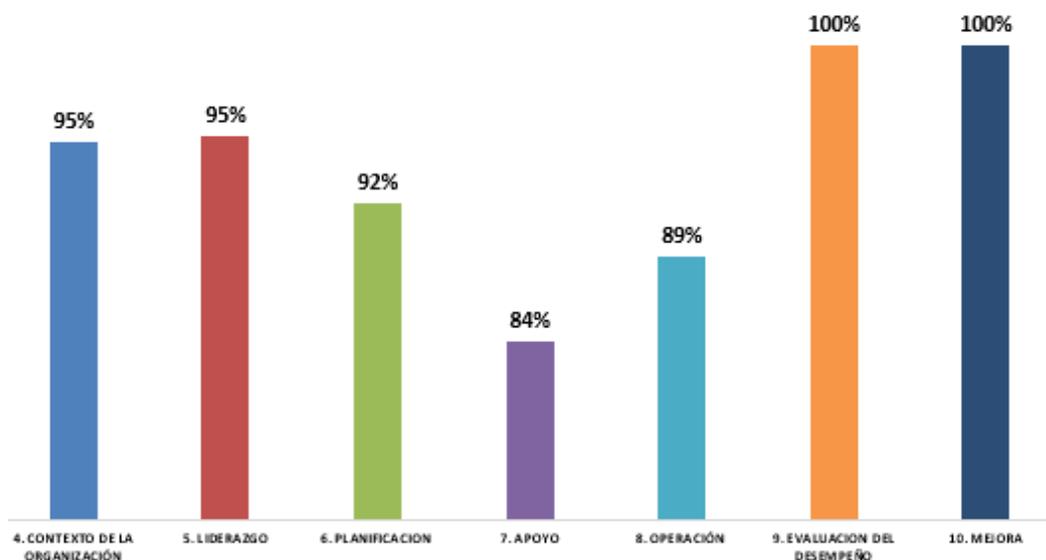


**a) Cumplimiento de la norma**

**Porcentaje por numeral de la Norma ISO 9001:2015**

ITEM DE NORMA	VALOR PORCENTUAL
4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN	95%
5. LIDERAZGO	95%
6. PLANIFICACION	92%
7. APOYO	84%
8. OPERACIÓN	89%
9. EVALUACION DEL DESEMPEÑO	100%
10. MEJORA	100%
<b>TOTAL DE NO CONFORMIDADES</b>	<b>94%</b>
	<b>MANTENER</b>

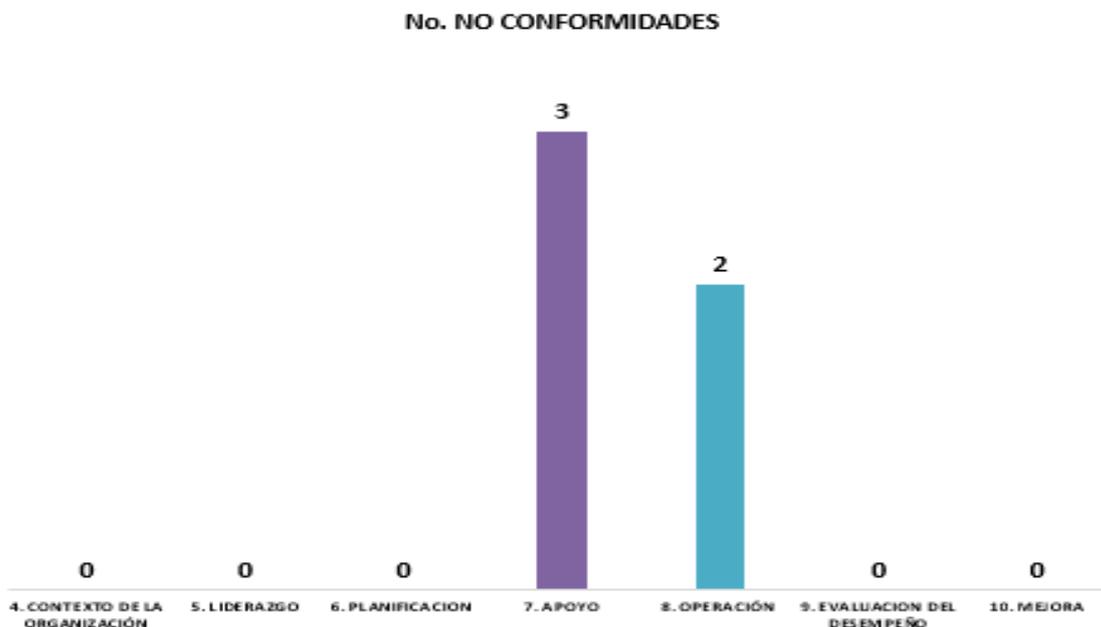
VALOR PORCENTUAL



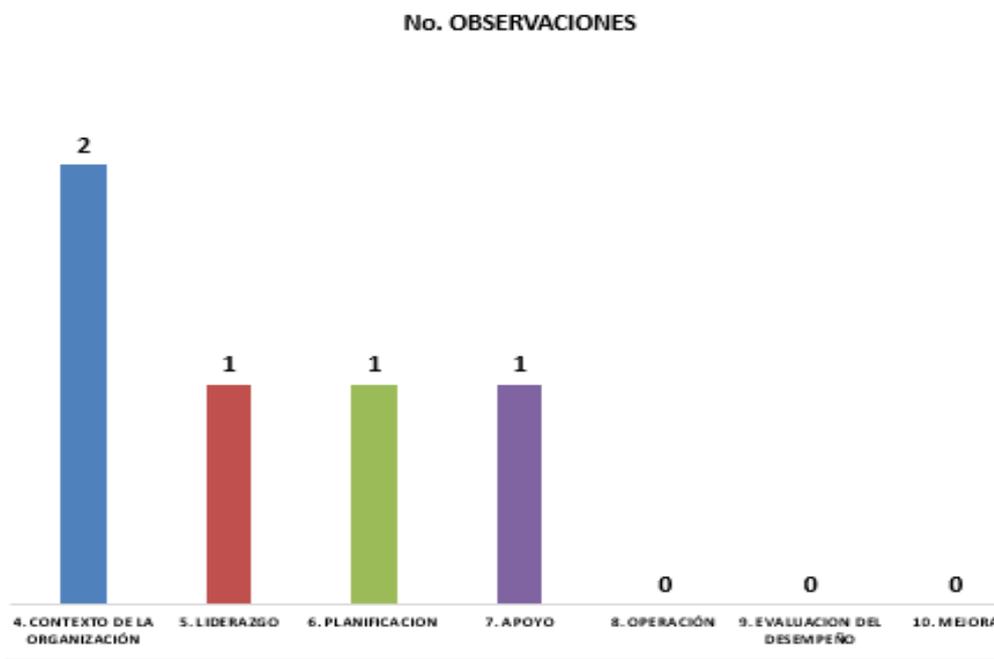
En promedio la DT Norte de Santander obtuvo un porcentaje del (94%) de cumplimiento del nivel de madurez asociado a los requisitos del Subsistema de Gestión de la Calidad NTC ISO 9001:2015.



**b) Número de No Conformidades y Observaciones**



Se identificaron cinco (5) NC, de las cuales 3 corresponden al capítulo 7. Apoyo y 2 corresponden al capítulo 8. Operación, respecto a la aplicación de la herramienta papel de trabajo de auditoría interna en la evaluación de cumplimiento del nivel de madurez asociado a los requisitos del Subsistema de Gestión de la Calidad NTC ISO 9001:2015.





Se identificaron cinco (5) Observaciones, de las cuales 2 corresponden al capítulo 4. Contexto de la Organización y 1 corresponden al capítulo 5. Liderazgo, 1 corresponden al capítulo 6. Planificación y 1 corresponden al capítulo 7. Apoyo, respecto a la aplicación de la herramienta papel de trabajo de auditoría interna en la evaluación de cumplimiento del nivel de madurez asociado a los requisitos del Subsistema de Gestión de la Calidad NTC ISO 9001:2015.

En conclusión, un porcentaje del (94%) de cumplimiento del nivel de madurez asociado a los requisitos del Subsistema de Gestión de la Calidad NTC ISO 9001:2015, frente a los cuales los requisitos frente a los capítulos 9. Evaluación del Desempeño y 10. Mejora, son los que representan mayor fortaleza para DT. Frente a esto se resalta las herramientas de seguimiento existentes al interior de la DT y el trabajo comprometido de la Directora y su equipo frente a la mejora continua y la satisfacción de la Víctimas.

**Cordialmente;**

**Sirley Andrea Barbosa**  
Auditor líder

**Carlos Arturo Ordoñez Castro**  
Jefe Oficina de Control Interno

**Diana Tacuma**  
Equipo Auditor.



<b>Versión</b>	<b>Fecha del cambio</b>	<b>Descripción de la modificación</b>
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.