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

**Fecha de informe:** Septiembre 17 de 2018

**Nombre del proceso o dirección territorial auditada:**  Gestión Interinstitucional

**Dependencia líder del proceso:** Dirección de Gestión Interinstitucional

**Servidor responsable del proceso:** Ana Maria Almario Dreszer

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

**Fecha de auditoría**: 21 – 22 de agosto de 2018

**Equipo Auditor:** Liliana Delgadillo Pardo, Erick González González yMaria Liliana Gutiérrez Mejía

1. **OBJETIVO DE LA AUDITORIA**

Verificar el cumplimiento de los requisitos de la 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

1. **GESTIÓN DEL RIESGO AUDITOR**

• Dificultad para acceder a las fuentes de información.

• 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 la misma.

1. **CRITERIOS DE AUDITORÍA**

Proceso, procedimientos y demás instrumentos de gestión - el corte de la documentación a auditar es del 01 de enero de 2018 al 30 de junio de 2018.

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

La Dirección de Gestión Interinstitucional evidencia conocimiento del contexto de la organización, conoce el conjunto de circunstancias que rodean la situación de las víctimas en relación con las entidades del Estado que conforman el SNARIV, circunstancias sin las cuales no se puede comprender y aplicar la misionalidad del proceso; además acreditan comprensión de la organización al interior. Dentro de su rol de coordinadora y articuladora de las entidades del orden nacional y territorial que conforman SNARIV ha desarrollado herramientas que permiten registrar y actualizar la información de las partes interesadas, (Rusicst y el tablero Pat, eSigna), herramientas que recogen la identificación de las entidades del SNARIV y de otras entidades públicas y privadas, la oferta de cada una para con las víctimas, y la información documental, por lo tanto tienen claro cuáles son sus partes interesadas y conocen sus requisitos, son los que caracterizan la Oferta Institucional y desarrollan la Gestión de Oferta, tal y como fue evidenciado.

Demuestran, además de apropiación frente a su misionalidad, entender y conocer sus procesos y la gestión de sus procedimientos en la práctica. Al ser consultados sobre los documentos del SIG para el proceso fácilmente los ubican y/o los presentan. Conocen la política de calidad, así como sus objetivos, conocen y ubicación los repositorios de información como Totoro y la página WEB y adicionalmente, demuestran tener clara sus responsabilidades y sus roles.

No obstante, la gestión real de sus procedimientos no se ajusta a los procedimientos documentados publicados oficialmente en la Página WEB y dicha situación ha perdurado durante un gran periodo de tiempo, con el pretexto de que se encuentran en “revisión”, pues a pesar de que presentan los documentos con información actualizada de cómo debe procederse, dicha documentación en distinta a la que se encuentra oficializada ni publicada en la Web, pues exceptuando la “Caracterización” del proceso, no tienen actualizados los procedimientos ni en aspectos de forma ni en aspectos de fondo.

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

Se evidencia un fuerte liderazgo por parte de la Directora del Proceso de Gestión Interinstitucional, así mismo de los coordinadores de los procesos a su cargo como son la Subdirección Coordinación SNARIV y de la Subdirección Coordinación Nación Territorio. Igualmente, liderazgo en el Grupo de Gestión de Oferta y en el Grupo Corte Constitucional, así como el Direccionamiento del Banco de Proyectos, (el equipo auditor no se pronuncia frente a la Subdirección de Participación, porque hace parte de un proceso auditor distinto). Se evidencia conciencia y entendimiento frente a los temas de implementación, mantenimiento y entendimiento del sistema y su socialización y la importancia del enfoque al cliente.

Cuentan con metodologías de medición y satisfacción del cliente y con encuestas e informes asociados que cubren información sobre las partes interesadas del proceso por línea de acción.

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

Se evidencia conocimiento de los riesgos de su proceso, identifican claramente el “Mapa de Riesgos Institucional” publicado en la página Wb e intranet de la Unidad. La Dirección de Gestión Interinstitucional revisó y actualizó con su equipo, los riesgos de corrupción y gestión que podrían afectar negativa o positivamente los procesos.

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

En la Dirección de Gestión Interinstitucional se evidencia que se cuenta con personal competente, con conocimiento del SIG, conocimiento de la entidad y conocimiento del entorno, especialmente tienen claro su proceso y sus procedimientos en la práctica, además se evidencia que brindan capacitaciones y retroalimentan a las partes interesadas (entidades territoriales), ejemplo de ello son las herramientas de información para gestión de oferta. Adicionalmente presentan evidencia sobre capacitaciones realizadas a todo el equipo sobre el SIG, “Presentación de Conceptos” e “Instrumentos de calidad”, además de recomendaciones y tips para recibir la auditoria de calidad.

A pesar de lo anterior, también se evidencia debilidad respecto a que no se les brinda en forma periódica y oportuna inducción, reinducción y entrenamiento en el puesto de trabajo, por parte del Proceso de Gestión del Talento Humano.

Sobre la infraestructura necesaria para su operación, considerando que la auditoria se desarrolla en un periodo cercano a recientes cambios de ubicación del proceso, (en el mes de mayo se mudaron al piso 3 del Edificio Santander) no se evidencian aspectos negativos; sin embargo, obstante se evidencia algún inconformismo por cableado todavía no ubicado adecuadamente y existencia de material de archivo del proceso que ocupaba las instalaciones con anterioridad, aun cuando hay reportes de gestión del proceso de Gestión Interinstitucional, para efectos de superar lo más pronto posible dicha situación, pero en general tiene instalaciones agradables con un buen ambiente de operación.

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

La Dirección de Gestión Interinstitucional tiene determinados los requisitos de los productos y servicios que presta y además claros los procesos y procedimientos que aplican, así como los controles al plan de acción, a los riesgos y a los puntos de control de sus operaciones, y se verifica conocimiento y competencia frente a temas relacionados con la estrategia integral de caracterización, corresponsabilidad, oferta, plataforma SIGO, comités de justicia transicional, desarrollo y cambios en las herramientas a su cargo como Rusicst y el tablero Pat, entre otros.

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

La Dirección de Gestión Interinstitucional realiza seguimientos a la percepción de sus clientes, a través de diferentes herramientas y metodologías y desarrolla informes de resultado sobre su gestión que son consecuencia de la evaluación de su desempeño lo que les permite determinar si el SIG se mantiene y establecer los cambios necesarios para cumplir con los requisitos del cliente y los requisitos legales.

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

Se evidencia que la Dirección de Gestión Interinstitucional en desarrollo de su proceso plantea acciones para identificar situaciones que ameritan mejora utilizando herramientas y metodologías para analizar y diagnosticar las causas de sus debilidades, para la mejora continua.

1. **OBSERVACIONES**

**Numeral 4.4.1** Sistema de Gestión de Calidad y sus procesos. El Proceso de Gestión Interinstitucional, tiene identificados los procesos y procedimientos de cada una de las rutas operativos que reflejan el quehacer de la Dirección de Gestión Interinstitucional que son necesarios para la gestión del proceso. Los miembros los conocen y los aplican. Tienen claridad frente a los procedimientos que utilizan que se encuentran documentados. Como evidencia de lo manifestado presentaron documentos físicos con datos de actualización registrados en Totoro, no obstante, al cotejar los documentos registrados en Totoro frente a los de la Página WEB, los

últimos son distintos y no están actualizados.

**Proceso asociado a la observación**: Dirección de Gestión Interinstitucional.

**Numeral 4.4.1. (c.)** La Dirección de Gestión Interinstitucional tiene establecidos los criterios para la gestión del proceso además claridad en los procedimientos que desarrolla, que le permiten la efectiva operación y control de los mismos. No obstante, hay debilidad frente al registro y publicación de los procedimientos oficiales.

**Numeral 7.1.3. Infraestructura**. Se traslado el equipo del DGI en el mes de mayo para el piso 3 del Edificio Santander y se observó evidencia de planificación del cambio, lo que permite que contar con la infraestructura adecuada para su operación. Además, evidenciaron identificación de requerimientos necesarios para el mejoramiento de las instalaciones, de los servicios generales y administrativos a la Secretaria General. No obstante, al momento del proceso auditor la computadora de la responsable del proceso no funcionó y todavía hay aspectos de archivos documentales ajenos a su proceso ubicados en sus instalaciones.

**Numeral 7.1.4. Ambiente para la Operación del Proceso.** El equipo en general reporta, a pesar de llevar dos meses, que no se les ha solucionado el tema del cableado en desorden y esto afecta diariamente la seguridad y la estética del lugar de trabajo.

**Numeral 7.2. Competencia:** El proceso demuestra conocimiento, empoderamiento y actualización en los temas a su cargo, los miembros entrevistados demuestran competencia para desarrollar su labor, pero al ser consultados evidencian debilidad frente a temas de inducción y reinducción por parte del Proceso de Gestión del Talento Humano.

.

1. **NO-CONFORMIDADES**

**Numeral 4.4.2 Sistema de Gestión de la Calidad y sus procesos - Información Documentada.**

A pesar de que el Proceso de Gestión Interinstitucional cuenta con la claridad en la aplicación de sus procedimientos para la consecución de sus fines y metas, se evidenció que no se mantiene la información documentada actualizada pues los procedimientos aplicados para la gestión de su proceso son distintos a los documentados y registrados en la WEB. Adicionalmente todos los procedimientos registrados en la WEB en los documentos del SIG, incluyen el antiguo formato y los diagramas de flujos que fueron abolidos por la entidad, con imprecisiones en los alcances. Al hacer un barrido o prueba de recorrido por los documentos publicados en la página WEB de la entidad sobre el proceso, se observó que fueron diseñados, aprobados y versionados en los años 2014, 2015, y 2016, pero todos fueron publicados solamente en el 2017 y se encuentran publicados con un formato que no está vigente, sin cumplir con los requisitos de gestión documental. Manifiestan que se encuentran en revisión. El único documento que se encuentra en el formato vigente y actualizado es la "Caracterización" del proceso que fue actualizada en junio 14 de 2018, aprobada el 31 de mayo de 2018.

**Proceso asociado a la No conformidad:** Dirección de Gestión Interinstitucional.

**RESUMEN ESTADÍSTICO DE AUDITORÍA**

Porcentaje de cumplimiento de la norma NTC ISO 9001:2015



Porcentaje de cumplimiento por numeral evaluado

|  |  |
| --- | --- |
| **ITEM DE NORMA** | **VALOR PORCENTUAL** |
| **4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN** | **88%** |
| **5. LIDERAZGO** | **100%** |
| **6. PLANIFICACION** | **100%** |
| **7. APOYO** | **93%** |
| **8. OPERACIÓN** | **100%** |
| **9. EVALUACION DEL DESEMPEÑO** | **100%** |
| **10. MEJORA** | **100%** |

**Cordialmente,**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MARIA LILIANA GUTIERREZ MEJIA** | |  | | **CARLOS ARTURO ORDOÑEZ CASTRO** | |
| **Auditor líder** | |  | | **Jefe Oficina de Control Interno** | |
|  | |  | |  | |
| **Versión** | **Fecha del cambio** | | **Descripción de la modificación** | |
| 1 | **30**/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 restructura 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. | |