 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION</b>	Código: 150.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 06
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 05/02/2021 Página 1 de 25

## INFORME DE AUDITORÍA INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN

**Fecha de informe:** 13/05/2021.

**Nombre del proceso o dirección territorial auditada:** Proceso de Gestion Interinstitucional

**Dependencia líder del proceso:** Dirección de Gestion Interinstitucional.

**Servidor responsable del proceso:** Aura Helena Acevedo Vargas

**Tipo de auditoría realizada:** De primera parte, Sistema de Gestión de Calidad

**Fecha de auditoría:** 3,4,5,6 de mayo de 2021.

**Equipo Auditor:** Diana Marcela Cervantes Santacruz. Auditora Líder.

### 0. OBJETIVO DE LA AUDITORIA

Verificar a través del proceso de Evaluación Independiente el nivel de madurez de los sistemas de gestión de la calidad y seguridad y salud en el trabajo, 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 la auditoría y concluye con el seguimiento a los planes de mejoramiento por parte del auditor.

### 2. GESTIÓN DEL RIESGO AUDITOR

Riesgos de la auditoria (ISO 19011:2018/5.3):

- Recursos (insuficiente tiempo y equipos para desarrollar el programa de auditoría o para realizar una auditoría).
- Canales de comunicación ineficientes por la modalidad remota.
- Falta de control de la información documentada (evidencias y registros).

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION</b>	Código: 150.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 06
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 05/02/2021 Página 2 de 25

- Disponibilidad y la cooperación del auditado y la disponibilidad de evidencias a muestrear.


### 3. CRITERIOS DE AUDITORÍA

- Los criterios de auditoria están enfocados al proceso, procedimientos y demás instrumentos asociados a los sistemas de gestión de la Unidad: Sistema de gestión de la calidad - ISO 9001:2015 (caracterización del proceso, selecciona la actividad más representativa y evalúa todo el ciclo PHVA).
- El corte de la auditoria relacionado con la información documentada a auditar es del (01 julio 2020 a 06 de mayo de 2021).

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

Se evidencia cumplimiento en cuanto a los requisitos del capítulo 4 relacionado con el Contexto Estratégico en el proceso de gestión interinstitucional en los siguientes aspectos: El contexto estratégico se encuentra actualizado con fecha de diciembre 2020, con la aplicación de la guía para la realización del análisis del contexto, Código: 100,01,04-1 DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Versión: 02, Fecha: 16/04/2019, también se observa la apropiación y conocimiento del tema, se evidencia en actas de reunión, herramienta del contexto estratégico, correos de aprobación por parte de la OAP; sin embargo se realiza una Observación No. 1 relacionada en el capítulo 11 de este informe, referente a las cuestiones internas y externas identificadas y relacionadas con las debilidades del proceso sobre la comunicación entre nivel central y territorial y el desconocimiento de las herramientas tecnológicas, a las cuales no se le generaron estrategias a las debilidades y amenazas DA, igualmente las actividades claves identificadas en el contexto se encuentran desactualizadas en comparación con la caracterización del proceso.

Se puede observar y evidenciar que el equipo tiene claro el concepto de partes interesadas, con la matriz y la ubicación de las mismas en el manual del SIG versión 9, el proceso anexa correo electrónico del 12/11/2020, donde se envía a la OAP, aportando a la identificación y actualización de las partes interesadas, como acción correctiva de la auditoría interna 2020, sin embargo el FORMATO IDENTIFICACIÓN DE LAS PARTES INTERESADAS Código: 100,01,15-48 versión 2 con fecha 28/02/2020 fue cargado en la página web de la entidad el 01/05/2021, no estaba actualizado durante el año 2020, el documento que estaba disponible durante el año 2020 es el formato de identificación de las partes interesadas Código: 100,01,15-48 Fecha: 26/04/2018 versión 1, del cual el proceso de gestión

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION</b>	Código: 150.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 06
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 05/02/2021 Página 3 de 25

interinstitucional tenía conocimiento en el desarrollo de la auditoria. Observación No. 2 para el proceso de direccionamiento estratégico relacionada en el capítulo 11 de este informe.


Igualmente se observa que el proceso tiene conocimiento sobre el alcance del SGC y la comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas, ubicación del proceso en el mapa de procesos en la página web, pero se puede evidenciar que el proceso no tiene conocimiento sobre el concepto de exclusiones que no son aplicables al sistema de gestión de la calidad de la Unidad de Víctimas, esta información se encontraba en el MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN Código: 120,01,06-1, DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Versión: 08, con fecha: 14/08/2019, página 8, numeral 3.2. Justificación de Exclusiones. El Sistema Integrado de Gestión de la Unidad, estructurado bajo los parámetros de las normas ISO 9001:2015, no tiene exclusiones y aplican la totalidad de numerales, se genera Observación No. 3 para el proceso de Direccionamiento Estratégico, relacionada en el capítulo 11 de este informe.

Frente a la caracterización del proceso se identifica una actividad duplicada en el planear y en el hacer, que puede ser consolidada en el planear dentro del ciclo PHVA por ser una actividad de riesgos, el proceso aporta un correo electrónico sobre este tema donde la OAP aprueba esta versión, igualmente se encuentra en el hacer el servicio o producto dentro de la caracterización relacionado con el manual de gestión de oferta, para corregir y reevaluar, se genera Observación No. 4 para el proceso de Gestión Interinstitucional, relacionada en el capítulo 11 de este informe.

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

Se evidencia cumplimiento de los requisitos del capítulo 5 relacionado con el Liderazgo en el proceso de gestión interinstitucional en los siguientes aspectos: la directora y subdirectora del proceso demuestran liderazgo y compromiso frente al sistema de gestión de calidad, se evidencia a través de actas de reuniones donde se ha socializado los diferentes temas del SGC, demuestran comunicación y capacitación continua, a través de una estrategia de info-capsulas, se realizan reuniones de seguimiento mensual a la gestión, jornadas de planeación, desde la dirección se gestionó un curso con la Universidad Católica.

Frente al enfoque al cliente, el proceso tiene conocimiento sobre el FORMATO DE IDENTIFICACION DE LAS PARTES INTERESADAS en la página web, por otra parte, el documento MATRIZ DE REQUISITOS VERSUS PROCESOS 31/08/2017, se encuentra desactualizado se genera Observación No. 5 para el proceso de Direccionamiento Estratégico, relacionada en el capítulo 11 de este informe.

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION</b>	Código: 150.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 06
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 05/02/2021 Página 4 de 25


En el proceso se determinan y consideran los riesgos de gestión y corrupción, también se identificaron las oportunidades que pueden afectar la conformidad de los productos y servicios dentro del contexto estratégico, sin embargo, no existe una metodología que permita hacer un seguimiento a las oportunidades, por tal motivo se genera la observación No. 6 para el proceso de Direccionamiento Estratégico, relacionada en el capítulo 11 de este informe, ya que la única metodología que existe para la identificación de oportunidades, es la guía para la realización del análisis del contexto, Código: 100,01,04-1 DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Versión: 02, Fecha: 16/04/2019, sin embargo esta metodología no hace referencia a las oportunidades de mejora que se cargan en el aplicativo SISGESTION y que aparecen reflejadas en el documento de revisión por la dirección (obtenidas del análisis de contexto, las auditorías internas y la mejora continua de los procesos y DTS). Así mismo se identifica por parte del proceso de Gestión Interinstitucional, dos (2) oportunidades de mejora en el documento de revisión por la Dirección de noviembre de 2020, las cuales fueron cargadas en la plataforma SISGESTION y se les dio el tratamiento correspondiente, evidencia actas de construcción del mapa de riesgos, socialización mapa de riesgos y contexto estratégico.

La directora informa sobre las estrategias de comunicación electrónica implementadas para mantener la prestación de sus servicios con sus partes interesadas y dando cumplimiento a la normatividad y fortaleciendo el enfoque al cliente, se evidencia mediante la circular 00023 del 13/08/2020, Lineamientos para asistencia transitoria a las Mesas Departamentales en el marco de la Emergencia Económica, Social y Ecológica declarada por el Gobierno Nacional ocasionada por el COVID-19 y actas con las diferentes partes interesadas, igualmente se demuestra el conocimiento de la política y objetivos de calidad, se observa un buen nivel de apropiación y aplicación en sus labores diarias relacionándola también con el objetivo de calidad “Coordinar de manera eficaz y eficiente a las entidades que conforman el SNARIV en lo concerniente a la atención, asistencia y reparación integral a las víctimas”, se evidencia mediante correos electrónicos.

De acuerdo con los roles y responsabilidades con el sistema, la directora evidencia que los roles se cumplen, se evidencia la realización de reuniones continuas de socializaciones, con el SG SGC y SG SST.

## **6. CONCEPTO DE AUDITORÍA NUMERAL 6 DE LA ISO 9001:2015 - PLANIFICACIÓN**

Se evidencia cumplimiento en cuanto a los requisitos del capítulo 6 relacionado con la Planificación en el proceso de gestión interinstitucional, se evidencia la construcción y actualización del mapa de riesgos, de acuerdo a la auditoría interna del año 2020, adicionando dos riesgos, para un total de cinco (5) riesgos, 1 de corrupción, 1 de SST y 3 operativos, se evidencia a través del acta de aprobación y socialización del mapa de

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION</b>	Código: 150.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 06
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 05/02/2021 Página 5 de 25


riesgos, también se realiza continuamente los monitoreos, se evidencia mediante correo electrónico, seguimiento al mapa de riesgos de corrupción primer cuatrimestre de 2021, evidencias de monitoreo de 2020, el proceso demuestra conocimiento y apropiación, igualmente se adiciona evidencia de los controles realizados.

Se observa la asociación que existe entre el plan de acción y el aporte a los objetivos de calidad, los cuales se ven reflejados en las hojas de vida de los indicadores, el plan de acción permite orientar los recursos necesarios para su cumplimiento, igualmente se programan mesas de planificación de recursos y necesidades, dentro del plan anual de adquisiciones.

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

Al evaluar los requisitos del capítulo 7 relacionado con el apoyo, recursos, personas e infraestructura, se observa que el proceso de gestión interinstitucional, ha gestionado los recursos suficientes, a través de la planeación de acciones y recursos a través del plan anual de adquisiciones, donde se plantean las necesidades para el cumplimiento de los objetivos, el proceso tiene asignado el operador URT VISION UARIV 2020, para la logística necesaria del proceso, el objetivo del operador es la prestación de bienes y servicios de carácter técnicos, operativos y logísticos para el fortalecimiento del SNARIV, además de la aplicación de la estrategia de corresponsabilidad, participación efectiva de las víctimas y la articulación de acciones y oferta entre entidades nacionales y territoriales, sobre este operador se realiza directamente la supervisión se evidencia a través de informes, actas de reunión.

En el numeral 7.1.2. Personas, el proceso evidencia la existencia de un equipo de 109 personas, que apoyan la operatividad, a través del listado de personal del proceso, personal que es capacitado continuamente, además de la participación en los diferentes programas del plan nacional de capacitación, programas de bienestar y otros cursos gestionados por el proceso, el proceso también implementa iniciativas propias de bienestar como celebración de cumpleaños para fortalecer el ambiente laboral y mantenerse unidos en tiempos de pandemia, se realiza acompañamiento por fallecimientos, tienen brigada de apoyo psicológico, se hace control de las personas y se demuestra en evidencias con los estudios previos para contratistas, revisión de competencias y para profesionales de planta revisión a través del manual de funciones, se evidencia a través de convocatoria a los participantes en el curso de inducción y reinducción, seguimiento, socialización y reiteración del programa bienestar a la carta, registro fotográfico de obsequios por cumpleaños, listado de personal del proceso.

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION</b>	Código: 150.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 06
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 05/02/2021 Página 6 de 25

En el numeral 7.13 Infraestructura, se evidencia mediante registro fotográfico que las instalaciones son adecuadas, existen turnos de entrada a las instalaciones de acuerdo con el protocolo de bioseguridad, la mayoría del personal trabaja desde casa.


Uno de los aplicativos que soportan la operación del proceso de Gestión Interinstitucional es el Sistema de Información de Gestión de Oferta, Plataforma E-Sigma (Política Pública), sin embargo, este último, todavía no está funcionando. El año pasado se generó una no conformidad en la auditoría interna por esta situación dentro del capítulo 7. Apoyo, numeral 7.1.3. infraestructura literal b) equipos, incluyendo hardware y software, la cual fue direccionada al Proceso de Gestión Información y por no encontrar gestión de la misma se genera nuevamente la no conformidad relacionada con este tema. No conformidad No. 1. para el proceso de Gestión de la Información del capítulo 7. Apoyo, numeral 7.1.3, Infraestructura literal b) equipos, incluyendo hardware y software, relacionada en el capítulo 12 de este informe

El proceso no tiene un inventario general o individual de elementos asignados al personal, solo lo maneja el proceso de Gestión Administrativa, se realiza mantenimiento adecuado de las infraestructuras, en software y hardware.

En el numeral 7.1.5 Recursos de Seguimiento y Medición, el proceso realiza seguimiento al plan de acción a través de reuniones, el plan de acción 2020 contenía 15 indicadores, el plan de acción 2021 40 indicadores, se incrementaron e incluyeron los de las direcciones territoriales, se incorporaron los indicadores del CONPES, también se realizan reuniones trimestrales, reuniones mensuales, a través del plan de acción y plan operativo, se diseñó una ruta integrando a las direcciones territoriales, se evidencia a través de actas y listados de asistencia de reuniones de seguimiento al plan de acción.

En el numeral 7.1.6 Conocimientos de la Organización, se evidencia un buen nivel de apropiación sobre el manejo de la página web, donde se encuentran los procedimientos para el desarrollo de los productos y servicios, utilización y transmisión de la estrategia SUMA se reitera por correo electrónico, conocimiento de la matriz de comunicaciones.

En el numeral 7.5 Información documentada, el proceso tiene el procedimiento de Comités Territoriales de Justicia Transicional V3, código 220.07.08-8 versión 03 fecha 03/05/2016, el cual se encuentra desactualizado, se genera la observación No. 7 al proceso de Gestión Interinstitucional, con el fin de asegurar el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015, Capítulo 7 Apoyo, numeral 7.5 Información documentada, 7.5.1 Generalidades, 7.5.2 Creación y actualización. 7.5.3 Control de la información documentada, 7.5.3.1 La información documentada requerida por el sistema de gestión de la calidad y por esta Norma Internacional se debe controlar para asegurarse de que: a) esté disponible y sea


 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION</b>	Código: 150.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 06
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 05/02/2021 Página 7 de 25

idónea para su uso, donde y cuando se necesite, esta observación está relacionada en el capítulo 11 de este informe.

En el numeral 7.5.3 Control de la Información documentada, el proceso tiene metodologías, formatos, instructivos, lineamientos sin codificación, no están publicados en la página web y algunos procedimientos y manuales que están publicados se encuentran desactualizados, tampoco aparecen relacionados en el listado maestro de documentos, la metodología para medir la contribución de las entidades territoriales al goce efectivo de los derechos de las víctimas (se evidencia que la metodología ha sido enviada y comunicada a las entidades territoriales aunque no está codificada) el proceso tenía contempladas oportunidades de mejora desde noviembre 2020 en el informe de revisión por la dirección. El proceso realizó un plan de trabajo y acciones de mejora para la actualización de estos documentos, pero aún no aparecen documentados en la página web. A la fecha, se encuentran en trámite; en otros la gestión se ha realizado, pero no existe respuesta de la OAP.

Esta no conformidad se evidencia a través de documentos como formato de diagnóstico de las necesidades de atención en los centros regionales, documento modelo para la recopilación de información de las sesiones de los CTJT, documento para diligenciar en Excel con diagnóstico de necesidades de los CRAV, instructivo de diagnóstico de necesidades de atención en los CRAV, guía de construcción del protocolo de atención en los CRAV, anexo técnico acuerdo de participación en los CRAV, metodología para medir la contribución de las entidades territoriales al goce efectivo de los derechos de las víctimas (se evidencia que la metodología ha sido enviada y comunicada a las entidades territoriales aunque no está codificada), metodología para la certificación a las entidades que conforman el sistema nacional de atención y reparación integral a las víctimas a nivel nacional, Metodología Regionalización Indicativa de la Inversión Nacional Orientada a Víctimas V2.

Por esta razón se especifica la no conformidad No. 2 para los procesos de Gestión Interinstitucional y Direccionamiento Estratégico, relacionada en el numeral 12 de este informe, debido a que esta situación conduce al incumplimiento con los requisitos de la norma ISO 9001:2015, Capítulo 7 Apoyo, numeral 7.5 Información documentada, 7.5.2 Creación y actualización. 7.5.3 Control de la información documentada, 7.5.3.1 La información documentada requerida por el sistema de gestión de la calidad y por esta Norma Internacional se debe controlar para asegurarse de que: a) esté disponible y sea idónea para su uso, donde y cuando se necesite. Capítulo 8 Operación, numeral 8.5 Producción y provisión del servicio 8.5.1 Control de la producción y de la provisión del servicio. Las condiciones controladas deben incluir, cuando sea aplicable: a) la disponibilidad de información documentada que defina: 1) las características de los productos a producir, los servicios a prestar, o las actividades a desempeñar.

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION</b>	Código: 150.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 06
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 05/02/2021 Página 8 de 25

En el numeral 7.5.2 Creación y actualización, se observa que la matriz de comunicaciones publicada en la página web no se encuentra codificada, esta situación conduce al incumplimiento con los requisitos de la ISO 9001:2015, Capítulo 7 Apoyo, numeral 7.5 Información documentada, 7.5.2 Creación y actualización al crear y actualizar la información documentada, la organización debe asegurarse de que lo siguiente sea apropiado: a) la identificación y descripción (por ejemplo, título, fecha, autor o número de referencia); b) el formato (por ejemplo, idioma, versión del software, gráficos) y los medios de soporte (por ejemplo, papel, electrónico); c) la revisión y aprobación con respecto a la conveniencia y adecuación, para lo cual se genera la no conformidad No. 3 relacionada con el proceso de Direccionamiento Estratégico y se consigna en el numeral 12 de este informe.


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

Al evaluar los requisitos del capítulo 8 de Operación al proceso de gestión interinstitucional frente al control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente, producción y provisión del servicio, liberación de los productos y servicios, control de las salidas no conformes, se evidencia que:

Respecto al numeral 8.4, control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente, se observa que el proceso tiene asignada la supervisión contractual del operador URT VISION UARIV 2020, se evidencia la realización de reuniones mensuales, para verificar el avance del operador, recursos, obligaciones contractuales, asisten subdirectores, coordinador de proyectos, estos comités se adaptaron virtualmente, para el contrato 1370 con el operador URT VISION UARIV 2020, para ejercer el control y solucionar inconvenientes, según la información proporcionada por la directora no existen contratos o convenios en liquidación. Se evidencia a través de los formatos de designación de supervisión contractual, a la directora del proceso de gestión interinstitucional, actas de reuniones y comités con el operador URT VISION UARIV 2020, pliego de condiciones, estudios previos, contrato 1370, el cual se firma en octubre de 2020 y el plazo de ejecución es hasta 23/12/2020, con prórroga hasta el 31/05/2021, se anexa aval de gestión en seguridad laboral.

Para el numeral 8.5 producción y provisión del servicio, el nivel de apropiación es adecuado sobre la ubicación del mapa de procesos y riesgos, además de los procedimientos del proceso con sus respectivos formatos y metodologías, de los cuales varios se están actualizando de acuerdo al plan de trabajo del proceso, se observa buen nivel de conocimiento de los riesgos y procedimientos y de los resultados a alcanzar definido en los indicadores del plan de acción, se evidencia a través del mapa de riesgos, procedimientos, formatos a actualizar, plan de trabajo, plan de acción, evidencias de reuniones de



 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION</b>	Código: 150.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 06
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 05/02/2021 Página 9 de 25


seguimiento, evidencias de seguimiento al plan de implementación, estudios previos contratistas, contratos.

En el numeral 8.5.2 Identificación y trazabilidad, el proceso participa en la identificación de los programas y proyectos para la vigencia, en la ejecución del presupuesto de gastos mediante el plan anual de adquisiciones, en la supervisión del operador URT VISION UARIV 2020. También realiza control de las salidas no conformes, durante el año 2020 y 2021; se evidencia que no han presentado servicios no conformes de acuerdo con el monitoreo del proceso, el proceso se encuentra ajustando la caracterización, los servicios y actualizando procedimientos y formatos. Evidencias: correos electrónicos monitoreo a los servicios no conformes.

En el numeral 8.5.3. Propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos, los documentos que produce el proceso están codificados y se encuentran en las TRD asociados a los procedimientos. Los funcionarios indican la ruta para encontrar las TRD, manifiestan no tener propiedad perteneciente a proveedores externos como materiales, herramientas, equipos para la utilización dentro de los productos o servicios que presta el proceso; frente a los equipos tecnológicos que tiene el proceso son administrados por la OTI e informan que no tienen archivo físico desde el año pasado los cuales fueron entregados al proceso de Gestión Documental. Evidencias: TRD del proceso y documentos del operador URT VISION UARIV 2020

En el numeral 8.5.4 Preservación, se revisa el procedimiento ASISTENCIA TÉCNICA EN LA FORMULACIÓN DE PROYECTOS POR DEMANDA y sus puntos de control. Hay un buen nivel de apropiación en el conocimiento y ubicación de los puntos de control. Evidencias relacionadas con puntos de control de enero a abril de 2021.


En el numeral 8.5.5 Actividades posteriores a la entrega, se realiza retroalimentación de las partes interesadas dentro del procedimiento de certificación territorial, del grupo de trabajo de Nación Territorio, con los procesos de réplica, sin embargo dentro de la mejora continua, el proceso está construyendo un formato de encuesta, para dar cumplimiento al PROCEDIMIENTO: MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LAS PARTES INTERESADAS, donde se especifica en los criterios de operación que debe hacerse la medición a las Entidades que conforman el SNARIV: 1 vez al año, sin embargo se está incumpliendo con el procedimiento, porque no se aplican encuestas, por esta razón no se puede obtener la percepción de las partes interesadas respecto a los productos y servicios que presta el proceso. Se genera una no conformidad relacionada con el Capítulo 8 numeral 8.5.5 Actividades posteriores a la entrega la organización debe cumplir los requisitos para las actividades posteriores a la entrega asociadas con los productos y servicios, pero fue relacionada y priorizada en el Capítulo 9 numeral 9.1.2 Satisfacción del cliente, la

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION</b>	Código: 150.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 06
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 05/02/2021 Página 10 de 25

organización debe realizar el seguimiento de las percepciones de los clientes del grado en que se cumplen sus necesidades y expectativas. La organización debe determinar los métodos para obtener, realizar el seguimiento y revisar esta información, al respecto para agilizar la aplicación del procedimiento, se relaciona la no conformidad No. 5 en el capítulo 12 de este informe. Evidencias: correo electrónico y acta donde el proceso se ha reunido para definir las encuestas de satisfacción, correo electrónico de convocatoria para la reunión del diseño de preguntas en la encuesta, evaluar el producto, el servicio y determinar la población objetivo.

En el numeral 8.5.6. relacionado con la gestión del cambio, el “*PROCEDIMIENTO GESTIÓN DEL CAMBIO Código: 100.01.08-9, PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Versión: 04, Fecha: 07/03/2019*”, se evidencia desconocimiento, hacen referencia a los cambios que han realizado en la documentación relacionada con los procedimientos, formatos, metodologías, relacionadas con el “*PROCEDIMIENTO CONTROL DE LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA DEL SIG y con el PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE REGISTROS*”, se aclara que los cambios que se van a realizar en los procesos y procedimientos, deben ser controlados para no afectar la calidad de los procesos, el cambio debe ser validado, para no afectar la entrega del servicio y con el fin de mitigar los efectos generados, para lo cual se hace referencia a dicho procedimiento. Se genera la no conformidad No. 4, relacionada con el proceso de Gestión Interinstitucional, esta situación conduce al incumplimiento con los requisitos de la ISO 9001:2015, Capítulo 8 Operación, numeral 8.5.6 Control de los cambios. La organización debe revisar y controlar los cambios para la producción o la prestación del servicio, en la extensión necesaria para asegurarse de la continuidad en la conformidad con los requisitos. La organización debe conservar información documentada que describa los resultados de la revisión de los cambios, las personas que autorizan el cambio y de cualquier acción necesaria que surja de la revisión. Esta no conformidad es consignada en el numeral 12 de este informe. Evidencias: Correo citación para actualizar caracterización, correo de seguimiento a la actualización de los documentos relacionados con los procedimientos a actualizar, procedimiento de gestión del cambio, plan de trabajo con proyección de actualización de documentos.

En el numeral 8.6 Liberación de los productos y servicios, se evidencia la existencia del producto manual de oferta dentro de la caracterización, el proceso informa que este servicio en realidad no existe y que se solicitó a la OAP se elimine, el procedimiento se está actualizando de acuerdo con las necesidades del proceso y a la articulación de herramientas necesarias para el seguimiento a la oferta. El proceso realiza seguimiento y tratamiento de los servicios no conformes de forma mensual, sin embargo, el **FORMATO DE IDENTIFICACIÓN DE SALIDAS NO CONFORMES** Código: 100.01.15-34 Versión: 01 Fecha: 22/09/2017, se encuentra desactualizado y no coincide con los servicios que se

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION</b>	Código: 150.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 06
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 05/02/2021 Página 11 de 25


encuentran en la caracterización. Por lo tanto, se genera la observación No. 8 relacionada con el proceso de gestión interinstitucional y consignada en el numeral 11 de este informe, por lo tanto se deben realizar acciones de mejora para el cumplimiento de la norma ISO 9001:2015 Capítulo 7 Apoyo, numeral 7.5 Información documentada, 7.5.2 Creación y actualización 7.5.3 Control de la información documentada, 7.5.3.1 La información documentada requerida por el sistema de gestión de la calidad y por esta Norma Internacional se debe controlar para asegurarse de que: a) esté disponible y sea idónea para su uso, donde y cuando se necesite. Capítulo 8 Operación, numeral 8.7 Control de las salidas no conformes, 8.7.1 La organización debe asegurarse de que las salidas que no sean conformes con sus requisitos se identifican y se controlan para prevenir su uso o entrega no intencionada. 8.7.2 La organización debe conservar la información documentada que: a) describa la no conformidad; b) describa las acciones tomadas; c) describa todas las concesiones obtenidas; d) identifique la autoridad que decide la acción con respecto a la no conformidad. Evidencia: FORMATO DE IDENTIFICACIÓN DE SALIDAS NO CONFORMES Código: 100.01.15-34 Versión: 01 Fecha: 22/09/2017, correos al monitoreo de los servicios no conformes en el año 2020 y 2021, correos electrónicos de seguimiento a las no conformidades generadas en auditoría pasada.

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

Al evaluar los requisitos del capítulo 9 de Evaluación del Desempeño del proceso de gestión interinstitucional, se puede evidenciar:

En el numeral 9.1 Seguimiento, Medición, Análisis y Evaluación, el proceso realiza seguimiento a través de comités mensuales, para el plan de acción, plan operativo, plan de implementación del SIG, este se hace mediante correos electrónicos, se realiza seguimiento y supervisión al operador URT VISION UARIV 2020, además de los contratistas del proceso. Evidencia: correos y actas de comités mensuales de seguimiento al plan de acción, metodología de certificación SNARIV sin aprobación y codificación, documentos de supervisión operador URT VISION UARIV 2020, correos electrónicos de seguimiento al plan de implementación, documentos de contratistas.

En el numeral 9.1.2 Satisfacción del Cliente, el proceso tiene un plan de trabajo interno, para diseñar el formato de encuesta y poder aplicar a las entidades del SNARIV, sin embargo, se está incumpliendo con el PROCEDIMIENTO: MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LAS PARTES INTERESADAS, Código: 100.01.08-13 Versión: 02 Fecha: 25/04/2018, por esta razón se genera la no conformidad No. 5 en el proceso de gestión interinstitucional relacionada en el numeral 12 de este informe, esta situación conduce al incumplimiento con los requisitos de la norma ISO 9001:2015, Capítulo 9

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION</b>	Código: 150.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 06
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 05/02/2021 Página 12 de 25


Evaluación de desempeño, numeral 9.1.2 Satisfacción del cliente, la organización debe realizar el seguimiento de las percepciones de los clientes del grado en que se cumplen sus necesidades y expectativas. La organización debe determinar los métodos para obtener, realizar el seguimiento y revisar esta información. Evidencias: correo electrónico de reunión para definir encuesta, plan de trabajo proyectando la creación de estas herramientas, anexo 1 respuesta a las inquietudes de la ciudadanía audiencia pública de rendición de cuentas vigencia 2019 y logros 2020.

En el numeral 9.1.3 Análisis y evaluación, el proceso realiza los comités mensuales, para hacer el seguimiento al plan de acción y plan operativo, plan de implementación y generar acciones de mejora; se realiza seguimiento al mapa de riesgos y a los controles de los riesgos, se analiza la información sobre la gestión, seguimiento y supervisión del operador URT VISION UARIV 2020, supervisión a los contratistas del proceso y al personal de planta. Evidencias: correos y actas de comités mensuales de seguimiento al plan de acción, metodología de certificación SNARIV sin aprobación y codificación, documentos de supervisión operador URT VISION UARIV 2020, correos electrónicos de seguimiento al plan de implementación, documentos de contratistas, mapa de riesgos, evidencias de los controles, plan de trabajo con acciones de mejora, informe rendición de cuentas y el plan de mejoramiento de auditoría interna.

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

Al evaluar los requisitos del capítulo 10 Mejora del proceso de gestión interinstitucional, se puede evidenciar:

En el numeral 10.2. No conformidad y acción correctiva, el proceso tiene un buen nivel de apropiación, no se evidencia no conformidades pendientes de seguimiento en la plataforma Sisgestión, se anexan pantallazos. También se observa que el proceso tiene un plan de mejoramiento realizado en la auditoria anterior del año 2020, solo se observa las acciones planteadas para la no conformidad 2149 - "No se evidencia operatividad desarrollo tecnológico sobre la plataforma e-Sigma, relacionado con el cargue del plan de acción de las entidades del SNARIV y su correspondiente Seguimiento. Esto sucede al solicitar información sobre los instrumentos de seguimiento de los planes de acción de las entidades del SNARIV. Lo anterior se evidencia en las comunicaciones e informe general donde se consignan las solicitudes realizadas a la Oficina de Tecnologías de la Información. Esta situación conduce al incumpliendo con los requisitos de la Norma ISO 9001:2015. Capítulo 7 numeral 7.1.3 infraestructura literal b) equipos, incluyendo hardware y software. No Conformidad relacionada con el Proceso de Gestión Información, sin embargo, las acciones planteadas en el plan de mejoramiento no fueron efectivas, por esta razón esta no conformidad también persiste en esta auditoría, se relaciona la no conformidad No. 1 en el

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION</b>	Código: 150.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 06
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 05/02/2021 Página 13 de 25


capítulo 12 de este informe ya que esta situación conduce al incumplimiento con los requisitos de la Norma ISO 9001:2015. Capítulo 7 Apoyo, numeral 7.1.3. infraestructura literal b equipos, incluyendo hardware y software, el proceso de Gestión Interinstitucional, propuso una acción de mejora al respecto, la cual no fue posible cargarla en la plataforma SIGGESTION, se anexa correo como evidencia, igualmente se realizó observación al cierre de las oportunidades de mejora, se anexan pantallazos. Evidencias: matriz plan de mejoramiento auditoria 2020, pantallazos no conformidades y oportunidades de mejora terminadas en SIGGESTION, informe revisión por la dirección.

Referente la numeral 10.3. Mejora continua, el proceso demuestra el correcto seguimiento a su plan de mejoramiento, terminación de sus no conformidades en la plataforma SIGGESTION, demuestra mediante actas las reuniones realizadas para mejorar en la actualización de sus procedimientos y el cierre de sus no conformidades, el proceso conoce y ubica el informe de revisión por la dirección, donde existen dos acciones de mejora, las cuales están cerradas en la plataforma, se aportan evidencias. Evidencias: Matriz plan de mejoramiento auditoria 2020, pantallazos no conformidades y oportunidades de mejora terminadas en SIGGESTION, informe revisión por la dirección, correos electrónicos seguimiento oportunidades de mejora, actas de seguimiento al plan de mejora, plan de mejora en actualización de procedimientos, evidencias de cumplimiento de las oportunidades de mejora planteadas en el informe de revisión por la dirección, correos delegando al enlace de SG SST.

## 11. OBSERVACIONES

### Proceso de Gestión Interinstitucional

1. Se observa en la aplicación de la guía para la realización del análisis del contexto, Código: 100,01,04-1 DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Versión: 02, Fecha: 16/04/2019, referente a las Estrategias DA: las cuales resultan del cruce de las debilidades y las amenazas; y tienen como objetivo formular acciones de contingencia en el caso que se materialice el riesgo. Esto sucede al revisar la matriz de contexto estratégico del Proceso de Gestión Interinstitucional. Lo anterior se evidencia a través de las debilidades identificadas como factor interno, tipo comunicación interna y factor comunicación entre nivel central y territorial, a las cuales no se le generaron estrategias DA en el contexto, igualmente para la debilidad, desconocimiento de las herramientas tecnológicas con las que cuenta la entidad, la cual es identificada adicionalmente en la entrevista realizada por vía teams, durante el desarrollo de la auditoria, igualmente las actividades claves identificadas en el contexto se encuentran desactualizadas en comparación con la caracterización del proceso. Por lo anterior se deben realizar prácticas de mejora continua para las debilidades, como actualizar el contexto estratégico, para asegurar

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION</b>	Código: 150.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 06
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 05/02/2021 Página 14 de 25


el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015, relacionada con el capítulo 4. Contexto de la organización, numeral 4.1 Comprensión de la organización y su contexto.

### Direccionamiento Estratégico

- Se observa que el FORMATO IDENTIFICACIÓN DE LAS PARTES INTERESADAS Código: 100,01,15-48 versión 2 con fecha 28/02/2020 fue cargado en la página web de la entidad el 01/05/2021. Esto sucede en el Proceso de Gestión Interinstitucional asociado al Proceso de Direccionamiento Estratégico. Lo anterior se evidencia en la página web, este formato no estaba actualizado durante el año 2020, el documento que estaba disponible durante el año 2020 era el formato de identificación de las partes interesadas Código: 100,01,15-48 Fecha: 26/04/2018 versión 1. Por lo anterior se deben realizar prácticas de mejora continua para asegurar el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015, Capítulo 4 Contexto de la Organización, numeral 4.2 Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas. Capítulo 7 Apoyo, numeral 7.5 Información documentada, 7.5.3 Control de la información documentada 7.5.3.1 a) esté disponible y sea idónea para su uso, donde y cuando se necesite.

### Direccionamiento Estratégico

- Se observa que el Manual del Sistema Integrado de Gestión V9, publicado en la página web, no contiene información sobre la justificación de Exclusiones, relacionada con el Sistema Integrado de Gestión, estructurado bajo los parámetros de las normas ISO 9001:2015. Esto sucede en el Proceso de Gestión Interinstitucional asociado al Proceso de Direccionamiento Estratégico. Lo anterior se evidencia en el MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN Código: 120,01,06-1, DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Versión: 08, con fecha: 14/08/2019, página 8, numeral 3.2. Justificación de exclusiones, por lo tanto, los procesos ya no pueden acceder a esta versión y conocer la información porque ya no está disponible en la página “El Sistema Integrado de Gestión de la Unidad, estructurado bajo los parámetros de las normas ISO 9001:2015, no tiene exclusiones y aplican la totalidad de numerales”. Por lo anterior se debe realizar prácticas de mejora continua para asegurar el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015, Capítulo 4 Contexto de la Organización, numeral 4.3 Determinación del alcance del sistema de gestión de la calidad. Capítulo 7 Apoyo, numeral 7.5 Información documentada, 7.5.3 Control de la información documentada 7.5.3.1 a) esté disponible y sea idónea para su uso, donde y cuando se necesite.


 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION</b>	Código: 150.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 06
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 05/02/2021 Página 15 de 25

## Proceso de Gestión Interinstitucional

- Se observa deficiencias en la construcción de la caracterización del proceso, esta se actualizó el 10/12/2020. Esto sucede en el Proceso de Gestión Interinstitucional. Lo anterior se evidencia a través de la caracterización, dentro del ciclo PHVA, específicamente en el HACER se encuentra la actividad "Analizar, riesgos y controles definidos en los programas y actividades de los sistemas de gestión de la calidad, gestión ambiental, seguridad de la información y del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo" y en el PLANEAR se encuentra la actividad: "Identificar y actualizar los aspectos e impactos ambientales, los peligros que afecten la seguridad y la salud en el trabajo y los riesgos operativos y de corrupción y activos de seguridad de la información", duplicando una actividad que se puede consolidar en una sola, se realiza la observación para integrar esta actividad en el PLANEAR, el cual se describe como "Identificar y abordar los riesgos y las oportunidades". Por otra parte, el documento de caracterización también contiene un servicio o producto que es el manual Gestión de Oferta, resultado de la actividad "Gestionar y articular la Oferta Institucional provista por las Entidades del SNARIV, en el HACER, que no corresponde actualmente al proceso, esta situación impide la correcta interpretación del ciclo PHVA y de los servicios del proceso. Por lo anterior se deben realizar prácticas de mejora continua para asegurar el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001: 2015 Capítulo 4. Contexto de la organización, numeral 4.4. Sistema de gestión de la calidad y sus procesos, 4.4.1 La organización debe determinar los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad y su aplicación a través de la organización, y debe: a) determinar las entradas requeridas y las salidas esperadas de estos procesos; f) abordar los riesgos y oportunidades determinados de acuerdo con los requisitos del apartado 6.1; Capítulo 7 Apoyo, Numeral 7.5 información documentada 7.5.1 Generalidades. Capítulo 8 Operación, numeral 8.5 Producción y provisión del servicio 8.5.1 Control de la producción y de la provisión del servicio.

## Proceso de Direccionamiento Estratégico

- Se observa que el DOCUMENTO MATRIZ DE REQUISITOS VERSUS PROCESOS con fecha 31/08/2017 se encuentra desactualizado. Esto sucede en el Proceso de Gestión Interinstitucional asociado al Proceso de Direccionamiento Estratégico. Lo anterior se evidencia a través de la página web de la unidad de víctimas <https://www.unidadvictimas.gov.co/es/matriz-requisitos-vs-procesos-v1/39385>, afectando la comprensión y conocimiento de los requisitos normativos, de servicios/o productos y los requisitos de los clientes internos y externos de todos los procesos misionales de la Unidad. Por lo anterior se deben realizar prácticas de mejora continua para asegurar el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015, Capítulo 5 Liderazgo, numeral 5.1.2 Enfoque al Cliente. a) y Capítulo 7 Apoyo, numeral 7.5 Información documentada, 7.5.2 Creación y actualización. A) la

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION</b>	Código: 150.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 06
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 05/02/2021 Página 16 de 25

identificación y descripción (por ejemplo, título, fecha, autor o número de referencia), c) la revisión y aprobación con respecto a la conveniencia y adecuación. 7.5.3.2 para el control de la información documentada, la organización debe abordar las siguientes actividades, según corresponda: c) control de cambios (por ejemplo, control de versión).


### Proceso de Direccionamiento Estratégico

6. Se observa en la página web de la unidad de víctimas <https://www.unidadvictimas.gov.co>, que la única metodología que existe para la identificación de oportunidades, es la guía para la realización del análisis del contexto, Código: 100,01,04-1 DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Versión: 02, Fecha: 16/04/2019, sin embargo no hace referencia a las oportunidades de mejora que se cargan en el aplicativo SISGESTION y que aparecen reflejadas en el documento de revisión por la dirección (obtenidas del análisis de contexto, las auditorías internas y la mejora continua de los procesos y DTS). Esto sucede en el Proceso de Gestión Interinstitucional asociado al Proceso de Direccionamiento Estratégico. Lo anterior se evidencia a través de que no existe una metodología o procedimiento que consolide el paso a paso para el tratamiento y seguimiento a las oportunidades de mejora dentro del sistema de gestión de calidad. Por lo anterior se deben realizar prácticas de mejora continua para asegurar el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015 Capítulo 5 Liderazgo, numeral 5.1.2 Enfoque al Cliente. b) y Capítulo 6 Planificación, numeral 6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades. 6.1.2 La organización debe planificar: a) las acciones para abordar estos riesgos y oportunidades; b) la manera de: 1) integrar e implementar las acciones en sus procesos del sistema de gestión de la calidad (véase 4.4.); 2) evaluar la eficacia de estas acciones.

### Proceso de Gestión Interinstitucional

7. Se observa que la documentación que se encuentra publicada en la página web, procedimiento de Comités Territoriales de Justicia Transicional V3, código 220.07.08-8 versión 03 fecha 03/05/2016, se encuentra desactualizado. Esto sucede en el Proceso de Gestión Interinstitucional. Lo anterior se evidencia a través de que el proceso había identificado las oportunidades de mejora, para este asunto, desde el mes de noviembre de 2020 información que se encuentra consignada en el documento de revisión por la dirección y en la plataforma SISGESTION, adicionalmente el proceso realizó un plan de trabajo, con acciones de mejora el cual se encuentra en trámite, para la actualización de estos documentos, pero aún no aparecen actualizados en la página web a la fecha, generando desconocimiento a las partes interesadas de los nuevos lineamientos que se manejan en el proceso. Por lo anterior se deben realizar prácticas de mejora continua para asegurar el cumplimiento al procedimiento del PROCESO GESTION DOCUMENTAL CONTROL



 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION</b>	Código: 150.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 06
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 05/02/2021 Página 17 de 25

DE LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA DEL SIG Versión: 10 Código: 710,14,08-2, Fecha: 06/07/2020 y a su vez para asegurar el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015, Capítulo 7 Apoyo, numeral 7.5 Información documentada, 7.5.1 Generalidades, 7.5.2 Creación y actualización. 7.5.3 Control de la información documentada, 7.5.3.1 La información documentada requerida por el sistema de gestión de la calidad y por esta Norma Internacional se debe controlar para asegurarse de que: a) esté disponible y sea idónea para su uso, donde y cuando se necesite.


### Proceso de Gestión Interinstitucional

8. Se observa desactualización del FORMATO DE IDENTIFICACIÓN DE SALIDAS NO CONFORMES Código: 100.01.15-34 Versión: 01 Fecha: 22/09/2017. Esto sucede en el Proceso de Gestión Interinstitucional. Lo anterior se evidencia a través del desconocimiento de los requisitos de los productos y servicios del proceso, para su correcta identificación, control y tratamiento a las salidas (servicios y productos) no conformes; el proceso dentro de su plan de trabajo y acciones de mejora tiene planificado actualizar dicha información. Por lo anterior se deben realizar prácticas de mejora continua para asegurar el cumplimiento de los requisitos de la ISO 9001:2015 Capítulo 7 Apoyo, numeral 7.5 Información documentada, 7.5.2 Creación y actualización 7.5.3 Control de la información documentada, 7.5.3.1 La información documentada requerida por el sistema de gestión de la calidad y por esta Norma Internacional se debe controlar para asegurarse de que: a) esté disponible y sea idónea para su uso, donde y cuando se necesite. Capítulo 8 Operación, numeral 8.7 Control de las salidas no conformes, 8.7.1 La organización debe asegurarse de que las salidas que no sean conformes con sus requisitos se identifican y se controlan para prevenir su uso o entrega no intencionada. 8.7.2 La organización debe conservar la información documentada que: a) describa la no conformidad; b) describa las acciones tomadas; c) describa todas las concesiones obtenidas; d) identifique la autoridad que decide la acción con respecto a la no conformidad.

## 12.NO-CONFORMIDADES

### Proceso de Gestión de la Información


1. No se evidencia el desarrollo tecnológico de la plataforma ESIGMA (Política Pública), para el cargue de planes de acción del SNARIV y su posterior seguimiento. Esto sucede en el Proceso de Gestión Interinstitucional asociado al Proceso de Gestión de la Información. Lo anterior se evidencia a través de las comunicaciones e informes con la Oficina de Tecnología de la Información así; 12/04/2021 donde se había solicitado desde la SCT SNARIV agenda para el 14/04/20121, sobre la cual el proveedor indica no puede atender la agenda. Se genera una segunda solicitud de acompañamiento a las pruebas, pero el proveedor no responde a la solicitud. Pese

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION</b>	Código: 150.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 06
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 05/02/2021 Página 18 de 25

a la falta de acompañamiento del proveedor, desde la SCT SNARIV se procede a realizar las pruebas, las cuales finalmente no tuvieron un resultado de aprobación, las observaciones de las pruebas se envían el 26/04/2021, por medio de la herramienta JIRA y se envía correo a la OTI para solicitar pronta respuesta, este contexto impide la agilización del seguimiento de los planes de acción del SNARIV. Esta situación conduce al incumplimiento con los requisitos de la Norma ISO 9001:2015. Capítulo 7 Apoyo, numeral 7.1.3 infraestructura literal b equipos, incluyendo hardware y software.

## Proceso de Gestión Interinstitucional y Direccionamiento Estratégico

2. No se evidencia que el formato de diagnóstico de las necesidades de atención en los centros regionales, documento modelo para la recopilación de información de las sesiones de los CTJT, documento para diligenciar en Excel con diagnóstico de necesidades de los CRAV, instructivo de diagnóstico de necesidades de atención en los CRAV, guía de construcción del protocolo de atención en los CRAV, anexo técnico acuerdo de participación en los CRAV, metodología para medir la contribución de las entidades territoriales al goce efectivo de los derechos de las víctimas (se evidencia que la metodología ha sido enviada y comunicada a las entidades territoriales aunque no está codificada), metodología para la certificación a las entidades que conforman el sistema nacional de atención y reparación integral a las víctimas a nivel nacional, metodología regionalización indicativa de la inversión nacional orientada a víctimas V2, se encuentren codificados, revisados y aprobados. Esto sucede en el Proceso de Gestión Interinstitucional asociado al Proceso de Direccionamiento Estratégico. Lo anterior se evidencia a través las oportunidades de mejora, identificadas por el proceso, desde el mes de noviembre del año 2020, información que se encuentra consignada en el documento de revisión por la dirección y también en la plataforma SISGESTION, adicionalmente se evidencia que el proceso realizó un plan de trabajo con acciones de mejora, para la actualización de estos documentos, los cuales se encuentran en trámite a la espera de respuesta de la OAP, estos documentos no aparecen documentados en la página web a la fecha, esto conduce al incumplimiento del procedimiento del PROCESO GESTION DOCUMENTAL CONTROL DE LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA DEL SIG, Versión: 10 Código: 710,14,08-2, Fecha: 06/07/2020. Esta situación conduce al incumplimiento con los requisitos de la norma ISO 9001:2015, Capítulo 7 Apoyo, numeral 7.5 Información documentada, 7.5.2 Creación y actualización. 7.5.3 Control de la información documentada, 7.5.3.1 La información documentada requerida por el sistema de gestión de la calidad y por esta Norma Internacional se debe controlar para asegurarse de que: a) esté disponible y sea idónea para su uso, donde y cuando se necesite. Capítulo 8 Operación, numeral 8.5 Producción y provisión del servicio 8.5.1 Control de la producción y de la provisión del servicio. Las condiciones controladas deben incluir, cuando sea aplicable: a) la disponibilidad de información

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION</b>	Código: 150.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 06
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 05/02/2021 Página 19 de 25


documentada que defina: 1) las características de los productos a producir, los servicios a prestar, o las actividades a desempeñar.

### Proceso de Direccionamiento Estratégico

3. No se evidencia que la matriz de comunicaciones publicada en la página web de la Unidad, se encuentre codificada, de acuerdo con el procedimiento del PROCESO GESTION DOCUMENTAL Versión: 10 PROCEDIMIENTO CONTROL DE LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA DEL SIG Código: 710,14,08-2, Fecha: 06/07/2020. Esto sucede en el Proceso de Gestión Interinstitucional asociado al Proceso de Direccionamiento Estratégico. Lo anterior se evidencia a través de la página web, razón por la cual se solicita realizar el ajuste correspondiente. Esta situación conduce al incumplimiento con los requisitos de la ISO 9001:2015, Capítulo 7 Apoyo, numeral 7.5 Información documentada, 7.5.2 Creación y actualización al crear y actualizar la información documentada, la organización debe asegurarse de que lo siguiente sea apropiado: a) la identificación y descripción (por ejemplo, título, fecha, autor o número de referencia); b) el formato (por ejemplo, idioma, versión del software, gráficos) y los medios de soporte (por ejemplo, papel, electrónico); c) la revisión y aprobación con respecto a la conveniencia y adecuación.

### Proceso de Gestión Interinstitucional

4. No se evidencia conocimiento e implementación del PROCEDIMIENTO GESTIÓN DEL CAMBIO Código: 100.01.08-9, PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Versión: 04, Fecha: 07/03/2019, ni del formato de gestión del cambio Código: 100.01.15-16 Versión: 03 Fecha: 07/03/2019, durante la actualización de productos y servicios, con sus diferentes etapas de registro del cambio, su clasificación, objetivo, justificación, alcance, análisis de riesgos, lo que puede generar un impacto en el sistema de gestión de calidad. Esto sucede en el Proceso de Gestión Interinstitucional. Lo anterior se evidencia a través de las entrevistas realizadas en la auditoría y en la inexistencia de la utilización del formato de gestión del cambio Código: 100.01.15-16 Versión: 03 Fecha: 07/03/2019. Esta situación conduce al incumplimiento con los requisitos de la ISO 9001:2015, Capítulo 8 Operación, numeral 8.5.6 Control de los cambios. La organización debe revisar y controlar los cambios para la producción o la prestación del servicio, en la extensión necesaria para asegurarse de la continuidad en la conformidad con los requisitos. La organización debe conservar información documentada que describa los resultados de la revisión de los cambios, las personas que autorizan el cambio y de cualquier acción necesaria que surja de la revisión.

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION</b>	Código: 150.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 06
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 05/02/2021 Página 20 de 25


## Proceso de Gestión Interinstitucional

5. No se evidencia mecanismos para medir la satisfacción de las partes interesadas para obtener su percepción respecto a los productos y servicios que presta el proceso, con el fin de identificar posibles aspectos de mejora, esto de acuerdo con el PROCEDIMIENTO: MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LAS PARTES INTERESADAS, Código: 100.01.08-13 Versión. Esto sucede en el Proceso de Gestión Interinstitucional. Lo anterior se evidencia a través del formato que se encuentra diseñando el proceso, para aplicar y analizar encuestas de satisfacción de las partes interesadas. Esta situación conduce al incumplimiento con los requisitos de la norma ISO 9001:2015, Capítulo 8 Operación, numeral 8.5.5 Actividades posteriores a la entrega la organización debe cumplir los requisitos para las actividades posteriores a la entrega asociadas con los productos y servicios. Capítulo 9 Evaluación de desempeño, numeral 9.1.2 Satisfacción del cliente, la organización debe realizar el seguimiento de las percepciones de los clientes del grado en que se cumplen sus necesidades y expectativas. La organización debe determinar los métodos para obtener, realizar el seguimiento y revisar esta información.

## 13. FORTALEZAS Y DEBILIDADES

### 13.1 FORTALEZAS

- Compromiso del líder y subdirectorías del proceso con respecto al sistema de gestión de calidad.
- Trabajo y colaboración del Enlace del SIG en cuanto a la documentación y los temas tratados.
- Disponibilidad para acceder virtualmente a la auditoría a pesar de los problemas digitales.
- Responsabilidad del grupo de colaboradores en la ejecución de las actividades diarias a desarrollar en el proceso.
- Iniciativas de construcción e implementación de instrumentos y herramientas internas para el seguimiento y control de las actividades a gestionar.
- Se cuenta con obligaciones contractuales y especificaciones técnicas enfocadas hacia la calidad en la adquisición de servicios.

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION</b>	Código: 150.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 06
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 05/02/2021 Página 21 de 25

- Disposición por el líder del proceso, funcionarios y contratistas en la ejecución de la auditoria, remitiendo a tiempo toda la información solicitada y contando con una buena actitud frente al desarrollo de esta.
- Organización en la recopilación de evidencia.

### 13.2 DEBILIDADES:

- El proceso identificó dentro de su contexto estratégico algunas debilidades internas, pero no generó estrategias de mejoramiento.
- El proceso generó un plan de trabajo para actualización y codificación de documentos, pero a la fecha no se ha logrado el objetivo, no aparecen publicados en la página web.
- Se evidenció envío de documentación no codificada a las entidades territoriales.


### 14. RESUMEN ESTADÍSTICO DE AUDITORÍA

A continuación, se identifican los resultados de los datos estadísticos generados en la herramienta de evaluación de la auditoría interna de calidad ISO 9001:2015 aplicada al Proceso de Gestión Interinstitucional:

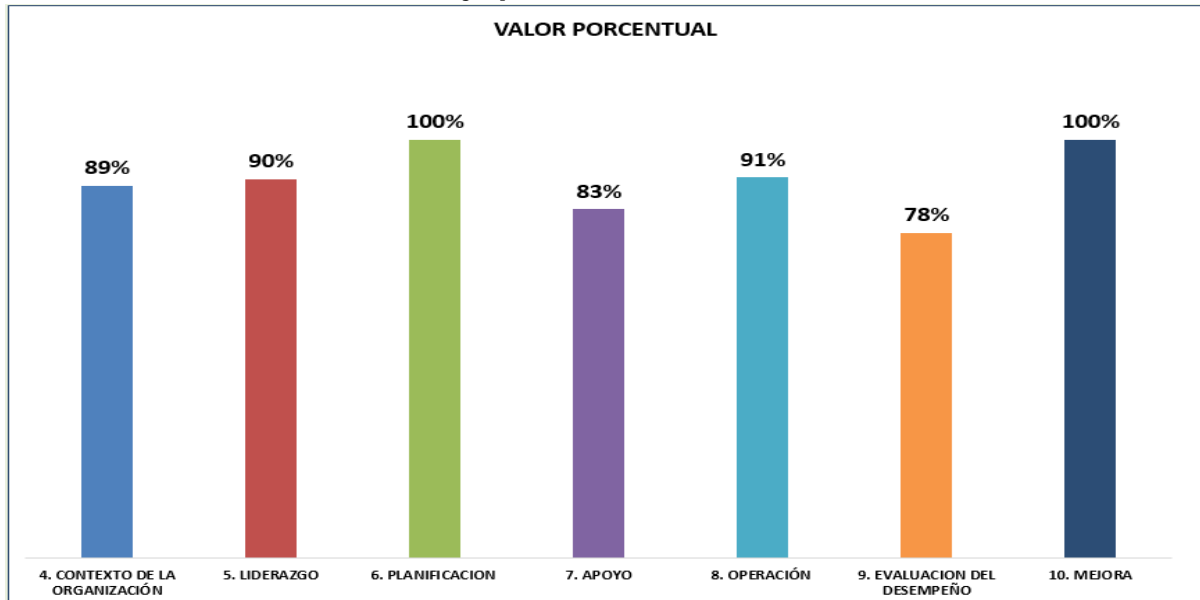
**Tabla No. 1 Porcentaje por numeral de la Norma ISO 9001:2015**

ITEM DE NORMA	VALOR PORCENTUAL
4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN	89%
5. LIDERAZGO	90%
6. PLANIFICACION	100%
7. APOYO	83%
8. OPERACIÓN	91%
9. EVALUACION DEL DESEMPEÑO	78%
10. MEJORA	100%

Fuente: Herramienta de evaluación de la auditoría interna de calidad ISO 9001:2015

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION</b>	Código: 150.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 06
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 05/02/2021 Página 22 de 25

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




Fuente: Herramienta de evaluación de la auditoría interna de calidad ISO 9001:2015

El porcentaje promedio de cumplimiento del nivel de madurez asociado a los requisitos del sistema de gestión de calidad de la ISO 9001:2015 es del 90%.

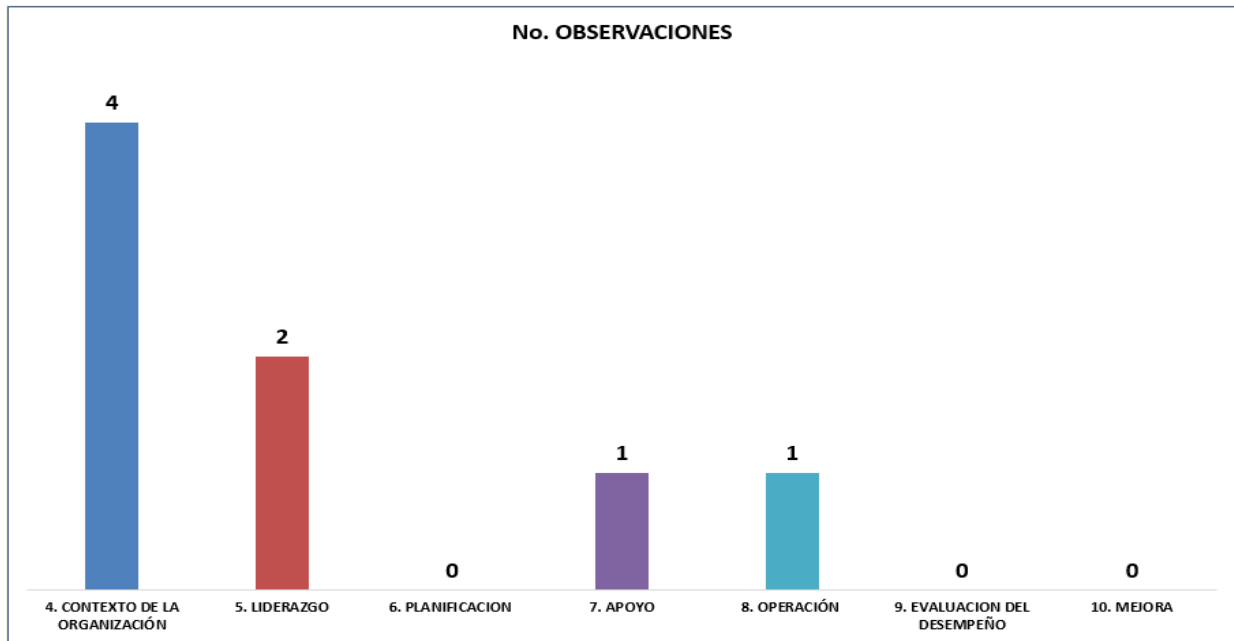
**Tabla No. 2 Observaciones**

ITEM DE NORMA	No. OBSERVACIONES
4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN	4
5. LIDERAZGO	2
6. PLANIFICACION	0
7. APOYO	1
8. OPERACIÓN	1
9. EVALUACION DEL DESEMPEÑO	0
10. MEJORA	0
TOTAL	8
PORCENTAJE	15%

Fuente: Herramienta de evaluación de la auditoría interna de calidad ISO 9001:2015

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION</b>	Código: 150.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 06
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 05/02/2021 Página 23 de 25

### Grafica No. 2. Observaciones




Fuente: Herramienta de evaluación de la auditoría interna de calidad ISO 9001:2015

Se identificó (4) cuatro observaciones en el Capítulo 4 Contexto Estratégico, dos (2) observaciones en el Capítulo 5 Liderazgo, una (1) en el Capítulo 7 Apoyo, una (1) en el Capítulo 8 Operación, capítulo al cual se le dio prioridad por su importancia, porque esta observación también incumple requisitos en el capítulo 7 Apoyo, respecto a la aplicación de la herramienta de evaluación de cumplimiento del nivel de madurez asociado a los requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad NTC ISO 9001:2015.

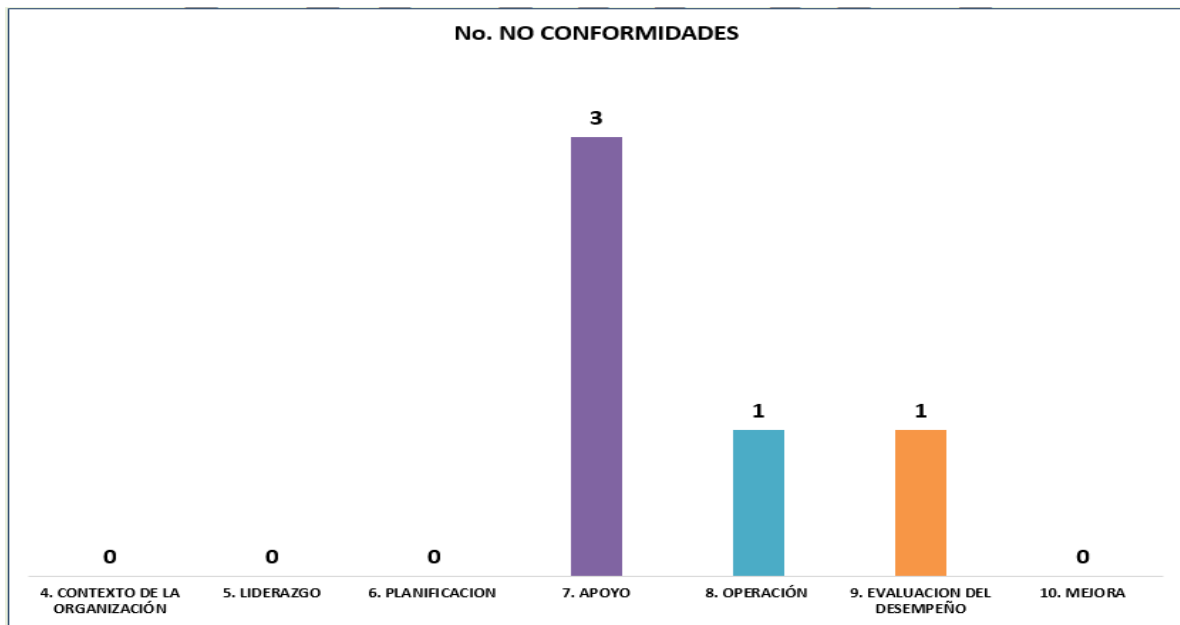
### Tabla No. 3 No Conformidades

ITEM DE NORMA	No. NO CONFORMIDADES
4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN	0
5. LIDERAZGO	0
6. PLANIFICACION	0
7. APOYO	3
8. OPERACIÓN	1
9. EVALUACION DEL DESEMPEÑO	1
10. MEJORA	0
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>
<b>PORCENTAJE</b>	<b>9,26%</b>

Fuente: Herramienta de evaluación de la auditoría interna de calidad ISO 9001:2015

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION</b>	Código: 150.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 06
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 05/02/2021 Página 24 de 25

### Grafica No. 3 No Conformidades



Fuente: Herramienta de evaluación de la auditoría interna de calidad ISO 9001:2015

Se identificó (3) tres No conformidades en el Capítulo 7 Apoyo, una (1) no conformidad en el Capítulo 8 Operación, una (1) no conformidad en el Capítulo 9 Evaluación del Desempeño, para esta no conformidad se le dio prioridad al Capítulo 9 por su importancia, aunque también incumplió requisitos en el capítulo 8, respecto a la aplicación de la herramienta de evaluación de cumplimiento del nivel de madurez asociado a los requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad NTC ISO 9001:2015.


En conclusión, los requisitos implementados por el Proceso de Gestión Interinstitucional y el nivel de cumplimiento de la norma ISO 9001:2015 del Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015, se establecen un porcentaje de madurez del (90%) de los requisitos de calidad a mantener y mejorar continuamente.

**Cordialmente;**

**DIANA MARCELA CERVANTES SANTACRUZ**  
Auditor líder

**CARLOS ARTURO ORDOÑEZ CASTRO**  
Jefe Oficina de Control Interno



 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION</b>	Código: 150.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 06
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 05/02/2021 Página 25 de 25

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.
6	05/02/2021	Se modifica el formato en el encabezado, se elimina el texto 9001:2015 de los numerales del 4 al 10 y se deja el texto (Describir la Norma auditada) para que sea diligenciado y se anexa el numeral 13 relacionado con las fortalezas y debilidades de la auditoria.