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

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN

Fecha de informe: mayo 17 de 2022

Nombre del proceso o dirección territorial auditada: DT. Bolívar y San Andrés

Dependencia líder del proceso: Dirección Territorial Bolívar y San Andrés

Servidor responsable del proceso: Miledy Marcela Galeano Paz

Tipo de auditoría realizada: De primera parte, sistema de Gestión de Calidad

Fecha de auditoría: mayo 9 de 2022.

Equipo Auditor: José David Murcia Rodríguez

0. OBJETIVO DE LA AUDITORIA

Verificar a través del proceso de Evaluación Independiente el nivel de madurez del sistema de Gestión de la Calidad de acuerdo con el cumplimiento de los requisitos establecidos en la norma NTC ISO 9001:2015.

1. ALCANCE DE LA AUDITORÍA


Inicia con la reunión de apertura, la ejecución de la auditoria de acuerdo con los criterios definidos y concluye con la reunión de cierre y el seguimiento a los planes de mejoramiento por parte del auditor.

2. GESTIÓN DEL RIESGO AUDITOR

- a) Recursos (insuficiente tiempo y equipos para desarrollar el programa de la auditoría).
- b) Canales de comunicación ineficientes por la modalidad remota.
- c) Falta de control de la información documentada (evidencias y registros).
- d) Disponibilidad en la cooperación del auditado
- e) Disponibilidad de evidencias a muestrear.

3. CRITERIOS DE AUDITORÍA

Documentos (procedimientos, guías, instructivos, formatos) y demás instrumentos asociados al sistema de gestión de calidad norma ISO 9001:2015: caracterización del proceso ciclo PHVA y actividad representativa.

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION	Código: 150.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 06
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 05/02/2021 Página 2 de 13

El corte de la auditoria relacionada con la información documentada a auditar es del 01 de julio 2021 a la fecha de ejecución de la auditoria.


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

La Dirección Territorial Bolívar y San Andrés cuenta con su contexto estratégico de acuerdo con los lineamientos de la metodología estandarizada del proceso de Direccionamiento Estratégico, pero este no fue de mucha utilidad ya que la entidad tiene una mala práctica de priorizar actividades y luego aplicar la metodología DOFA analizando sus factores internos (debilidades y fortalezas), tales como; *“financieros, procesos y procedimientos, talento humano, estratégico, tecnológico y comunicación interna”* y los factores externos (amenazas y oportunidades), como; *“seguridad, medios de comunicación y divulgación, social y cultural, económico y financiero, política o de relacionamiento, ambiental, tecnológico, legal y normativo”*.

Producto de este análisis, no se cuenta con todo el panorama de su entorno, de acuerdo con la identificación de sus factores, se desglosan sus estrategias con el fin de generar controles, planes de tratamiento y acciones a tomar en caso de materializarse el riesgo, las cuales a su vez se llevaron a la matriz de riesgos.

Cabe destacar que, en el mes de diciembre de 2021 a través del documento denominado informe de Seguimiento diciembre 2021 de la Oficina Asesora de Planeación compartido por el enlace SIG en One Drive, se observa como se presentaron desviaciones para el logro de los indicadores definidos para la DT, en el cual 8 no se cumplieron, por ende, se materializaron los riesgos al no actualizar la matriz de riesgos y su contexto de acuerdo con los factores que inciden en su entorno dinámico.

Referente a las necesidades y expectativas de las partes interesadas, la Dirección Territorial identifica las necesidades y expectativas de las partes interesadas y ubican en la página Web de la Entidad dicho documento que describe los subgrupos, necesidades, expectativas, productos, acciones y requisitos a tener en cuenta para el seguimiento y la operación en el territorio; soporte documento *“matriz partes interesadas, código: 100,01,15-48, versión: 03, fecha del 04/08/2021”*, de igual manera se cuenta con un directorio internos de los funcionarios y contratistas. Con respecto al sistema de gestión de calidad y sus procesos, expresan que se cuenta con la documentación necesaria para la debida operación (planes, programas, proyectos, caracterización, manuales, procedimientos, guías, documentos internos y otros), la cual está disponible en la página web de la Unidad.

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION	Código: 150.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 06
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 05/02/2021 Página 3 de 13

Respecto al alcance del sistema de gestión de calidad, mencionan que este hace referencia con el registro, atención, asistencia y reparación de las víctimas del conflicto armado y coordinación del SNARIV en los procesos de la sede del nivel central y las direcciones territoriales definidas por la entidad, el cual está documentado en el “manual del sistema integrado de gestión, pág. 5”, publicado el 23/09/2021.

De acuerdo con lo anterior, se genera dos (2) hallazgos del capítulo 4. Contexto de la organización de la norma ISO 9001:2015.


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

Se identifica el liderazgo y compromiso de la Directora Territorial y de todo el grupo de trabajo con la implementación y mejora del sistema de gestión de calidad, se evidencia la responsabilidad de cumplir oportunamente los requisitos de las partes interesadas, pero en cuanto a tratar los riesgos y oportunidades tomando en cuenta el pensamiento basado en riesgos se presenta una debilidad y no actúa a tiempo a la situación presente que se está viviendo en el territorio; todo esto se da a través de la ejecución del plan de acción.

Referente al tema de enfoque al cliente del sistema de gestión de la Unidad, se evidencia que se encuentra documentado en la web institucional la identificación, comprensión y análisis de dichos requisitos implementado en la “matriz de requisitos vs procesos, código: 120.01.15-1, versión 01”, en cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015.

Al evaluar los roles y responsabilidades, los auditados describen muy general dicho requisito, se evidencia al consultar por la Resolución 569 del 2017 “Por el cual se deroga la resolución 0893 del 02 de septiembre de 2013 y se adopta el sistema integrado de gestión de la Unidad para la Atención y Reparación Integral de las víctimas”, el cual describe claramente las funciones del representante de la dirección para el sistema, las responsabilidades que tiene en los diferentes niveles de la Unidad para la implementación, las funciones del comité institucional de gestión y desempeño, las funciones del equipo operativo y las funciones del equipo evaluador; para asegurar el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015.

De acuerdo con lo anterior, se genera una observación en el capítulo 5. Liderazgo, pero se aclara que en el capítulo 6. Planificación, numeral 6.1. Acciones para abordar Riesgos y Oportunidades quedará dos hallazgos con respecto a fortalecer los aspectos generales del sistema de gestión de calidad, sobre la actualización de la matriz de riesgos vs el entorno dinámico de este capítulo.

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION	Código: 150.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 06
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 05/02/2021 Página 4 de 13

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

La Entidad cuenta una nueva metodología de riesgos aplicada en el formato para el levantamiento del mapa de riesgos de Direccionamiento Estratégico código: 100,01,15-2, versión: 09, fecha del 23/11/2021, en *consonancia con la nueva guía de administración de riesgos, versión 05 del Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP.*


Teniendo en cuenta lo enunciado en el concepto de auditoría del numeral 4 del presente informe, la Dirección Territorial Bolívar y San Andrés, presenta una debilidad en la formulación controles que coadyuven en la materialización de los riesgos al presentar desviaciones para el cumplimiento de los indicadores de la vigencia 2021, debido a que el instrumento no se actualiza de acuerdo a los factores que inciden en el cumplimiento de los objetivos, logros, metas, proyectos, etc., definidos para la vigencia de la DT.

De acuerdo con lo anterior se genera dos (2) no conformidades del capítulo 6. Planificación, numeral 6.1. Acciones para abordar riesgos y oportunidades referente a la administración de riesgos de la norma ISO 9001:2015.

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

La Dirección Territorial Bolívar y San Andrés referente al componente presupuestal determina, analiza y prioriza los recursos asignados con la finalidad de cumplir las actividades planificadas desde el nivel nacional, así mismo, prevé a través de solicitud a nivel nacional y demás entes que intervienen en el proceso. Mensualmente a través de los comités territoriales cada líder de los procesos informa la gestión realizada donde se expone las novedades y definen las tácticas para suplir las necesidades e inconvenientes presentados.

Con relación a la infraestructura y el ambiente para la operación de los procesos, la Dirección Territorial cuenta con una sede para el desarrollo de su gestión, así mismo dispone de los equipos tecnológicos, servicios y recursos presupuestales acorde a las necesidades primarias. Con respecto al servicio de internet la dirección ha presentado inconvenientes por la velocidad del “*Ancho de Banda*”, debido a la baja capacidad para el desarrollo diario de las actividades. En relación con la información documentada y control de la información, se evidencia que en la Dirección Territorial conserva la trazabilidad de la información en los medios tecnológicos disponibles por la Unidad. Pero, la isla de San Andrés y Providencia no cuenta con punto de atención, ni jornadas de atención en la isla. La DT solicita a la Secretaría General la instalación del desde octubre del año pasado, hasta el momento no tiene respuesta.

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION	Código: 150.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 06
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 05/02/2021 Página 5 de 13

Referente a la toma de conciencia donde la Dirección Territorial se asegura de que las personas internas y externas comprenden y contribuyen a la eficacia y eficiencia de los requisitos del sistema de gestión de calidad, se observa la claridad, conceptualización y comprensión de aspectos generales a tener en cuenta en la implementación del sistema, (*manual del sistema integrado de gestión versión 09, matriz de requisitos vs procesos, roles y responsabilidades de la Resolución 569 de 2017, entre otros*).

A pesar de que la Unidad cuenta con una herramienta que se llama Siggestión para la formulación, reporte y seguimiento del plan de acción, el cual permite a la Dirección Territorial medir la eficiencia y la eficacia de la gestión en relación de los procedimientos evaluados, para la toma de decisiones, la DT presenta pantallazos en un archivo en Word de la herramienta y su Plan de Acción.

Se determina y proporciona los recursos necesarios para garantizar la validez y la fiabilidad de los resultados, a través de instrumentos de seguimiento y medición de la satisfacción de los productos y servicios prestados en la DT.


Se observó durante la auditoria un ambiente operativo tranquilo, libre de conflictos y a través del liderazgo de la directora territorial, aportando cuidado con las emociones de su equipo de trabajo.

De acuerdo con lo anterior, no se genera observación alguna relacionada con el capítulo 7, de la norma ISO 9001:2015.

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

Al verificar el proceso de Servicio al Ciudadano e indagar sobre el buzón de sugerencia, manifiestan que se cuenta con un instructivo de apertura de buzón de sugerencias de los centros regionales v2 300 22 05 - 4, en el procedimiento canal presencial, este documento presenta una debilidad al no vincular la apertura del buzón de sugerencias para los puntos de atención, solo se aplica para los CRAV. Así mismo, la isla no cuenta con punto de atención, ni jornadas de atención en la isla y desde octubre del año pasado se solicitó, pero a la fecha no se tiene respuesta.

Se tienen determinados los requisitos de los productos y servicios que presta la Dirección Territorial en donde se definen los criterios a través de procedimientos y la aceptación de productos y servicios, se determinaron los recursos que aseguran la conformidad de estos y se cuenta con la documentación que demuestra la confianza en los procesos, asimismo, se definieron controles de la prestación del servicio, como también se observa fortaleza en cuanto a la trazabilidad de su ejecución y operación con la finalidad de realizar el seguimiento y asegurar la conformidad del servicio, lo anterior se evidencia en la matriz denominada “Matriz Requisitos vs Procesos V1”, en los procedimientos auditados (Procedimiento Canal Presencial V11) .

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION	Código: 150.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 06
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 05/02/2021 Página 6 de 13

En cuanto al control de la salida no conforme, la entidad identifica, controla y establecer el tratamiento a las salidas (servicios y productos) no conformes, de acuerdo con los requisitos definidos por la Unidad para las Víctimas, así como los responsables para su liberación con el fin de prevenir la entrega no intencional a las partes interesadas. Las salidas de los servicios y/o productos no conformes que se detecta en la Dirección Territorial se reporta a través del Formato de Registro y Control de Salidas No Conformes por el enlace Territorial y remitirlo mediante correo electrónico al enlace SIG y líder del proceso correspondiente en el nivel Nacional para su respectiva verificación. Una vez verificada la salida no conforme se da respuesta mediante correo electrónico a la Dirección Territorial.


En la web institucional se publica la Identificación salidas no conformes de los procesos misionales y se toma como muestra el formato de identificación de salidas no conformes Código: 100.01.15-34, Versión: 2, Fecha: 25/08/2020, del proceso misional de Servicio al Ciudadano actualizado el 4/10/2021, en el cual se formularon 10 productos y servicios no conformes con su debido tratamiento y con registro de liberación en los aplicativos Lex, SGV, SIRAV-SGV y correos electrónicos.

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

La evaluación del desempeño es un registro crítico para determinar si el Sistema de Gestión de la Calidad se encuentra funcionando correctamente o si los cambios son necesarios para cumplir con dichos requisitos. Es muy importante reunir toda la información necesaria para tomar decisiones acertadas, basadas en hechos reales de su entorno.

En la DT se tienen determinados varios instrumentos para medir el desempeño de los procesos y su eficacia, producto de su aplicación, se obtiene información relevante para la toma de decisiones y formular acciones cuando se generan las alertas, así mismo, la DT por medio de correos electrónicos las comunica a sus partes interesadas. Lo anterior se evidencia en los instrumentos anteriormente mencionados (Plan de Acción, contexto de la organización, Plan de implementación del SIG, Control de Salidas No Conformes, encuestas de satisfacción).

Como se hace referencia en el concepto de auditoría del numeral 8, el procedimiento canal presencial v9 cuenta con un instructivo de apertura buzón de sugerencias centros regionales v2 300 22 05 - 4, el cual no vincula la apertura de buzón de sugerencias para los puntos de atención, solo se aplica para los CRAV, por ende, se registra una observación para el capítulo 9. Evaluación Desempeño en el numeral 9.1.2. de la norma ISO 9001:2015.

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION	Código: 150.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 06
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 05/02/2021 Página 7 de 13

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


Se utilizan y aplican herramientas y metodologías necesarias para identificar, investigar y tratar las causas que inciden el bajo rendimiento de los procesos, Así mismo, permite formular acciones para mejorar el Sistema de Gestión de la Calidad.

En lo referente al informe de calidad de la vigencia 2021, se observa que se presentaron tres (3) no conformidades, pero este se encuentra cerradas en SISGESTON, las demás no conformidades producto de la gestión por incumplimiento de indicadores del plan de acción, la Dirección Territorial de Bolívar y San Andrés se encuentran a la espera de que la Oficina Asesora de Planeación se las formule para toma de medidas correctivas, observando una buena gestión en busca de la mejora. Lo anterior se evidencia a través de pantallazos en un archivo en Word de la herramienta utilizada (Sisgestión).

11. OBSERVACIONES


11.1. Se observa, que se determinan y se tratan los riesgos y oportunidades, pero estos no contemplan todo el escenario o entorno ya que se presentaron desviaciones para el logro de los objetivos definidos para la Dirección territorial para la vigencia 2021. Esto sucede en la Dirección Territorial de Bolívar y San Andrés. Lo anterior, se evidencia a través de los registros documentados Mapa de Riesgos Institucional (corrupción y gestión) publicado en la web institucional el 14 de enero 2022 <https://www.unidadvictimas.gov.co/es/mapa-de-riesgos-institucional-corrupcion-y-gestion/60377> y el informe de Seguimiento diciembre 2021 de la Oficina Asesora de Planeación compartido por el enlace SIG en One Drive. 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.

11.2. Se observa, que la entidad tiene formulado un instructivo para la apertura y seguimiento del buzón de sugerencias centros regionales de atención a víctimas por el cual debe fortalecer los mecanismos de percepción de las partes interesadas en los puntos de atención con la finalidad de obtener una buena información producto del seguimiento y monitoreo para lograr mejorar las expectativas y requisitos de ellos. Esto sucede en la Dirección Territorial de Bolívar y San Andrés. Lo anterior se evidencia a través de los registros documentados en el instructivo apertura y seguimiento del buzón de sugerencias centros regionales de atención a víctimas código 300,22,05-4 versión 3. Por lo anterior se deben realizar prácticas de mejora continua para asegurar el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015: capítulo 9 Evaluación del Desempeño, numeral 9.1 seguimiento, medición, análisis y evaluación; 9.1.2 satisfacción del cliente.

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION	Código: 150.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 06
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 05/02/2021 Página 8 de 13

12. NO-CONFORMIDADES

- 12.1 No se evidencia, que se determine los factores internos y externos que son pertinentes para el propósito y su dirección estratégica. Esto sucede en la Dirección Territorial de Bolívar y San Andrés. Lo anterior se evidencia a través de los registros documentados del Informe de Seguimiento diciembre 2021 de la Oficina Asesora de Planeación compartido por el enlace SIG en One Drive, frente al incumplimiento de ocho (8) indicadores del plan de acción de la vigencia 2021. Esta situación conduce al incumpliendo con los requisitos de la norma ISO 9001:2015 capítulo 4 Contexto de la Organización, numeral 4.1 Compresión de la organización y de su contexto.
- 12.2 No se evidencia, que se realice el seguimiento y la revisión de la información sobre las cuestiones externas e internas. Esto sucede en la Dirección Territorial de Bolívar y San Andrés. Lo anterior se evidencia a través de los registros documentado de Informe de Seguimiento diciembre 2021 de la Oficina Asesora de Planeación compartido por el enlace SIG en One Drive frente al incumplimiento de ocho (8) indicadores del plan de acción de la vigencia 2021. Esta situación conduce al incumpliendo con los requisitos de la norma ISO 9001:2015 capítulo 4 Contexto de la Organización, numeral 4.1 Compresión de la organización y de su contexto.
- 12.3 No se evidencia, que el responsable del proceso no determina todos los riesgos y oportunidades relacionados con el análisis del contexto. Esto sucede en la Dirección Territorial de Bolívar y San Andrés. Lo anterior se evidencia a través de los registros documentados del Informe de Seguimiento diciembre 2021 de la Oficina Asesora de Planeación compartido por el enlace SIG en One Drive frente al incumplimiento de ocho (8) indicadores del plan de acción de la vigencia 2021. Esta situación conduce al incumpliendo con los requisitos de la norma ISO 9001:2015 capítulo 6 Planificación, numeral 6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades.
- 12.4 No se evidencia, que el responsable del proceso planifique las acciones para abordar todos los riesgos y oportunidades relacionados con el análisis del contexto, así mismo, determinar acciones proporcionales al impacto potencial. Esto sucede en la Dirección Territorial de Bolívar y San Andrés. Lo anterior se evidencia a través de los registros documentados del Informe de Seguimiento diciembre 2021 de la Oficina Asesora de Planeación compartido por el enlace SIG en One Drive frente al incumplimiento de ocho (8) indicadores del plan de acción de la vigencia 2021. Esta situación conduce al incumpliendo con los requisitos de la norma ISO 9001:2015 capítulo 6 Planificación, numeral 6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades.

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION	Código: 150.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 06
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 05/02/2021 Página 9 de 13


13 FORTALEZAS Y DEBILIDADES

Fortalezas:

- Alta disposición por el Líder de la DT, 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.
- Disposición y acotación de instrucciones frente a las recomendaciones realizadas por parte del Auditor e igualmente disponibilidad de todo el personal para atender la auditoria.
- Compromiso oportuno por parte del personal y enlace SIG, respecto al control y trazabilidad de la información documentada y las evidencias presentadas en el desarrollo de la auditoria.
- Conocimiento amplio en la página de ruta de la unidad, en lo que respecta al Subsistema de Gestión de calidad.
- Alto compromiso del Líder de la DT respecto al proceso de ejecución de la auditoría interna del sistema de Gestión Calidad ISO 9001 asociado al cumplimiento de requisitos legales.
- Alto compromiso del Líder de la DT respecto a la definición de roles y responsabilidades asociados a sus equipos y frentes de trabajo definidos para la operación de la DT.

Debilidades:

- Articular con la Oficina Asesora de Planeación para definir los lineamientos de apropiación de requisitos al interior del proceso y estos a su vez que contribuyan a la madurez del sistema de gestión como en la identificación de los factores que inciden en la desviación de logros, objetivos, proyectos definidos para la DT.
- Articular con la Oficina Asesora de Planeación para definir los lineamientos de apropiación de requisitos al interior del proceso y estos a su vez que contribuyan a la madurez del sistema de gestión como en la actualización constante de acuerdo con los cambios del entorno plasmados en aquellas herramientas definidas por la entidad con la finalidad de formular controles y mitigar los factores que inciden en la desviación de logros, objetivos, proyectos definidos para la DT.
- Se requiere fortalecer los mecanismos de percepción de las partes interesadas en los puntos de atención con la finalidad de obtener una buena información producto

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION	Código: 150.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 06
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 05/02/2021 Página 10 de 13

del seguimiento y monitoreo para lograr mejorar las expectativas y requisitos de ellos.

14 RESUMEN ESTADÍSTICO DE AUDITORÍA

DIRECCIÓN TERRITORIAL BOLÍVAR Y SAN ANDRÉS

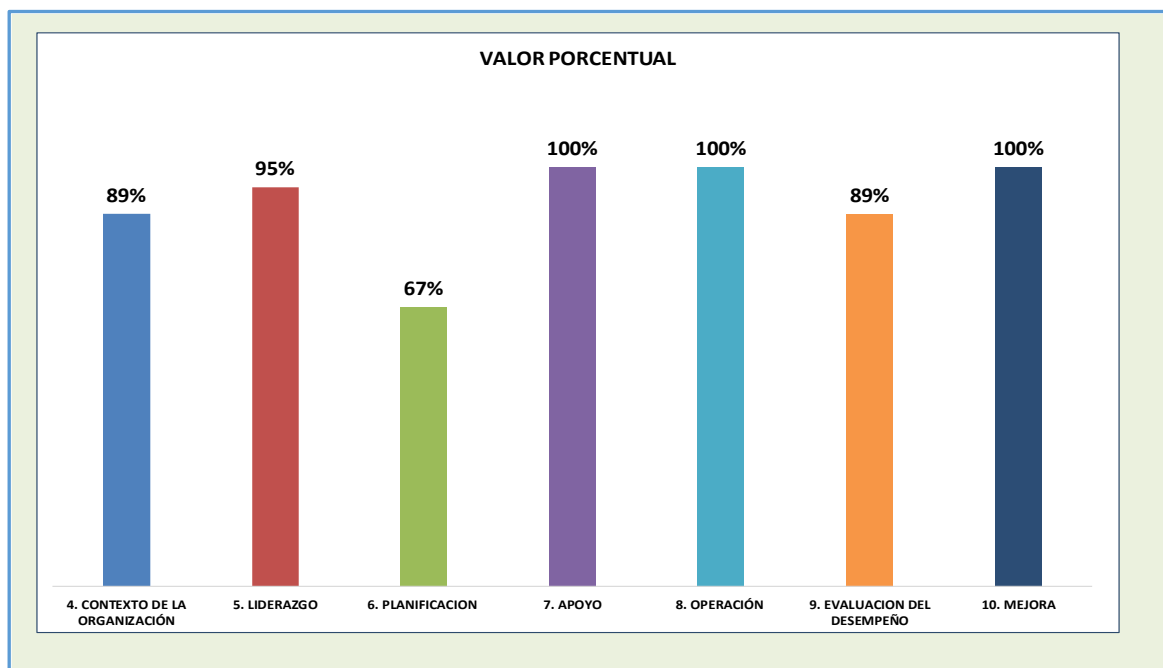
A continuación, se identifican los resultados de los datos estadísticos generados en la herramienta papel de trabajo de la auditoría interna de calidad de la norma ISO 9001:2015 aplicada a la Dirección Territorial Bolívar y San Andrés.

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	95%
6. PLANIFICACION	67%
7. APOYO	100%
8. OPERACIÓN	100%
9. EVALUACION DEL DESEMPEÑO	89%
10. MEJORA	100%

Fuente: Herramienta de evaluación auditoría interna de calidad.

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



Fuente: Herramienta de evaluación auditoría interna de calidad.

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION	Código: 150.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 06
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 05/02/2021 Página 11 de 13

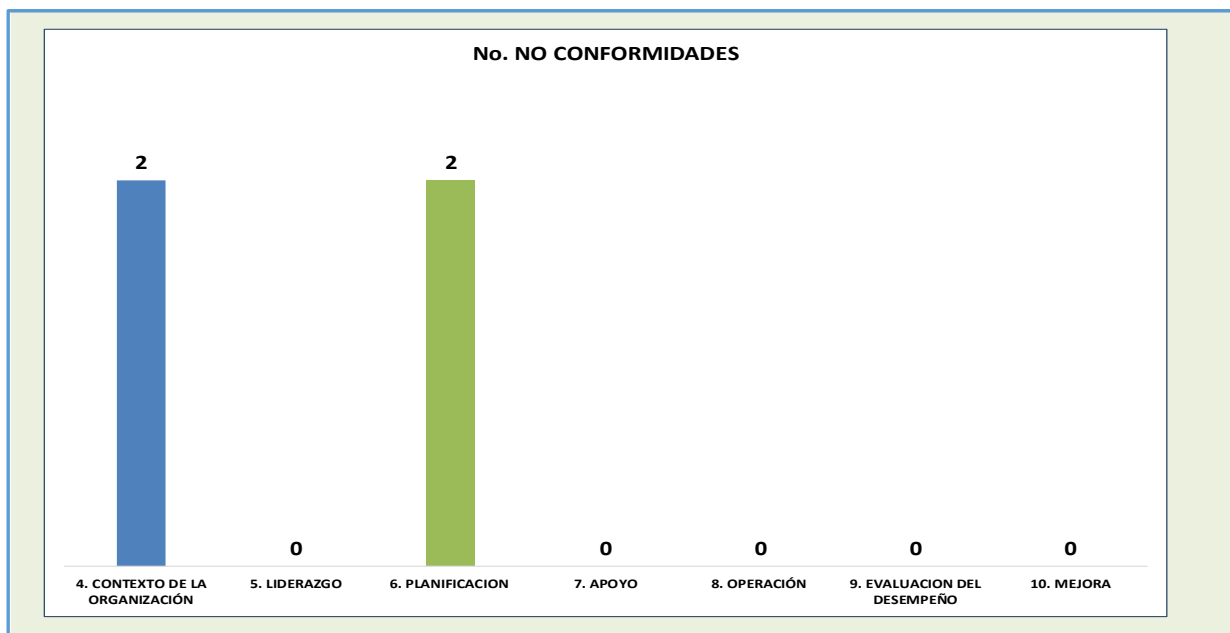
El porcentaje promedio de cumplimiento del nivel de madurez asociado a los requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad NTC ISO 9001:2015, es del 91%.

Tabla No. 2. Número de no conformidades y observaciones de la Norma ISO 9001:2015


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

Fuente: Herramienta de evaluación auditoría interna de calidad.

Grafica No. 2. Número de No Conformidades

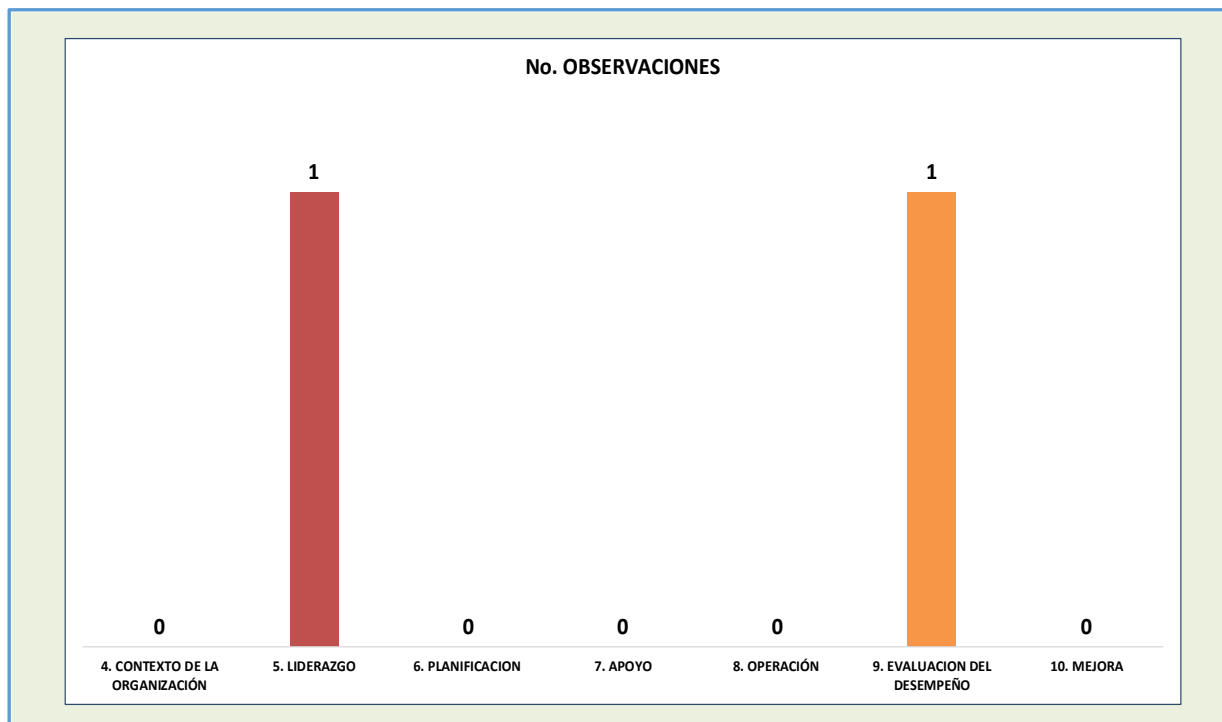


Fuente: Herramienta de evaluación auditoría interna de calidad.

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION	Código: 150.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 06
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 05/02/2021 Página 12 de 13


Se identificaron cuatro (4) no conformidades, las dos (2) primeras en el capítulo 4. Contexto Organización, numeral 4.1. Compresión de la organización y de su contexto y las dos (2) segunda se formularon en el capítulo 6. Planificación, numeral 6.1. Acciones para abordar riesgos y oportunidades; respecto al cumplimiento del nivel de madurez asociado a los requisitos del sistema de gestión de la calidad NTC ISO 9001:2015.

Grafica No. 3. Número de Observaciones



Fuente: Herramienta de evaluación auditoría interna de calidad.

Se identifica dos (2) observaciones, la primera en el capítulo 5. Liderazgo, numeral 5.1.2 Enfoque al Cliente y la segunda en el capítulo 9. Evaluación Desempeño, numeral 9.1.2. Satisfacción al Cliente; 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.

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

En conclusión, el nivel de cumplimiento de los requisitos de la Norma ISO 9001:2015 del Sistema de Gestión de Calidad de la Dirección Territorial Bolívar y San Andrés, es del 91%, de 54 ítems evaluados.

Cordialmente;

JOSÉ DAVID MURCIA RODRÍGUEZ
Auditor líder

CARLOS ARTURO ORDOÑEZ CASTRO
Jefe Oficina de Control Interno

Versión	Fecha del cambio	Descripción de la modificación
1	30/05/2014	Creación del formato
2	24/02/2015	Se adicionó el número de auditoría, 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.