

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023 Página 1 de 109

INFORME DE DIAGNÓSTICO DEL CUMPLIMIENTO DE LOS DEBES (REQUISITOS) DE LA NORMA NTC ISO 9001:2015.

De conformidad con el artículo 21 de la Resolución 02728 de 2021, la Oficina Asesora de Planeación lidera el Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) de la entidad. En ejercicio de esta función, le corresponde orientar su planificación, implementación, seguimiento y mejora; establecer lineamientos y metodologías; brindar asistencia técnica a las dependencias; y articular la gestión de la calidad con el direccionamiento estratégico, los objetivos institucionales y el modelo de operación por procesos.

Aunque la entidad no cuenta actualmente con certificación bajo la NTC-ISO 9001:2015, esta circunstancia no limita la responsabilidad de implementar, mantener y mejorar sus mecanismos de gestión institucional. En el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), versión 7, la gestión de la calidad debe integrarse a la operación de la entidad, al cumplimiento de sus objetivos, a la generación de resultados con valor público y a la atención de las necesidades y expectativas de los grupos de valor y demás partes interesadas.

En este contexto, y en cumplimiento de sus funciones, la Oficina de Control Interno presenta a la Oficina Asesora de Planeación los resultados del diagnóstico realizado al Sistema de Gestión de la Calidad (SGC). Para este ejercicio, se utilizaron como referentes técnicos los requisitos de la NTC-ISO 9001:2015 y su Enmienda 1:2024, con el fin de evaluar la estructura, operación, eficacia y nivel de madurez del sistema. Esta valoración proporciona un diagnóstico objetivo, documentado y sustentado en evidencias que permite identificar fortalezas, brechas, riesgos y oportunidades de mejora.

Es importante precisar que este diagnóstico no constituye una auditoría de certificación ni genera la obligación inmediata de obtenerla. Por el contrario, se trata de un ejercicio de evaluación independiente orientado a determinar el nivel de alineación del SGC con las buenas prácticas de gestión de la calidad y con los lineamientos institucionales promovidos por el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

Los resultados obtenidos constituyen un insumo técnico para orientar la adecuación y el fortalecimiento del sistema, mejorar el desempeño de los procesos y asegurar su articulación con las dimensiones y políticas de gestión y desempeño institucional de MIPG. De igual manera, permiten establecer acciones para fortalecer la capacidad institucional, la toma de decisiones basada en evidencias, la satisfacción de los grupos de valor y la mejora continua de los productos y servicios.

En su calidad de líder del SGC, la Oficina Asesora de Planeación deberá coordinar la formulación del plan de acción derivado del diagnóstico y realizar el seguimiento a su implementación, en articulación con la Alta Dirección, los líderes de proceso y las demás dependencias responsables.

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023 Página 2 de 109

Esta labor deberá desarrollarse bajo los principios de integralidad, coordinación, enfoque por procesos, gestión de riesgos y mejora continua establecidos en MIPG.

El plan de acción deberá priorizar las brechas identificadas de acuerdo con su impacto, criticidad y nivel de riesgo. Para cada una se deberán definir las acciones correspondientes, los responsables, los recursos requeridos, los productos esperados, los plazos de ejecución, los indicadores y las evidencias necesarias para verificar su cumplimiento y eficacia. Asimismo, deberá incorporar mecanismos periódicos de seguimiento, evaluación y reporte que permitan identificar desviaciones y adoptar oportunamente las medidas de ajuste.

La ejecución de las acciones será responsabilidad de los líderes de proceso y de las dependencias competentes, bajo la orientación y coordinación de la Oficina Asesora de Planeación. Por su parte, la Oficina de Control Interno efectuará la evaluación independiente que corresponda, preservando su autonomía y evitando asumir responsabilidades propias de la gestión.

Esta actuación articulada permitirá avanzar progresivamente en el cierre de las brechas, fortalecer la implementación y sostenibilidad del SGC y mejorar el desempeño institucional conforme a MIPG. Asimismo, contribuirá a generar las condiciones técnicas y organizacionales necesarias para que la entidad, si así lo determina la Alta Dirección, pueda considerar posteriormente un proceso de certificación bajo la NTC-ISO 9001:2015.

INFORMACIÓN GENERAL

Datos de la Verificación	Información
Nombre	Verificación de cumplimiento de los requisitos («deb de la NTC ISO 9001:2015
Dependencia líder de la implementación	Oficina Asesora de Planeación
Responsable del proceso	Rubith Ofir Tuberquía Avendaño
Fecha de realización	Del 1 al 8 de julio de 2026

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023
		Página 3 de 109

Equipo evaluador:

William Mahecha Hernández - Auditor Líder
Liliana Marcela Criales Rincón - Auditora
Isaías Lozano Vera – Auditor
William Arturo Marquez Montero – Auditor
José de Jesús Gutiérrez Villalba – Auditor
John Dairo Bermeo Cuellar – Auditor
Nohemilce Quintero Cetina – Auditora
María Cosntanza Barco Pérez – Auditora
Deisy Carolina Díaz Vargas – Auditora
Ana Sofía Iregui Carrillo – Auditora
Wilton Antonio Nerys Novoa - Auditor

0. OBJETIVO DE LA VERIFICACIÓN

Evaluar el grado de cumplimiento de los requisitos establecidos en la Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 9001:2015, así como la verificación de la incorporación de las consideraciones relacionadas con el cambio climático (Enmienda 1:2024) en el Sistema de Gestión de la Calidad.

Esta evaluación tiene como finalidad determinar el nivel de conformidad del sistema, identificar brechas y oportunidades de mejora, y establecer los aspectos que requieren fortalecimiento, con el propósito de contribuir al mejoramiento continuo de la gestión institucional y avanzar en la preparación de la entidad para el proceso de certificación.

1. ALCANCE

El proceso de evaluación comprende la planeación del ejercicio, la recopilación, revisión, validación y análisis de la información y de las evidencias obtenidas por el equipo evaluador de la Oficina de Control Interno, así como la consolidación de los resultados y la elaboración del informe final.

Este documento incorpora las conclusiones derivadas del diagnóstico y las recomendaciones orientadas al cierre de brechas y al fortalecimiento del Sistema de Gestión de la Calidad.

El alcance temporal comprende las actuaciones institucionales desarrolladas entre el 1.º de enero y el 31 de diciembre de 2025, complementadas con la información disponible con corte al 30 de junio de 2026.

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023 Página 4 de 109

La evaluación se orienta a verificar el grado de cumplimiento de los requisitos aplicables de la NTC-ISO 9001:2015, así como lo relacionado con la incorporación de consideraciones sobre el cambio climático (Enmienda 1:2024), en el contexto de la organización y en las necesidades y expectativas de las partes interesadas.

2. GESTIÓN DEL RIESGO AUDITOR

Durante la ejecución del proceso no se materializaron los riesgos asociados a la actividad de verificación, previamente identificados en el Programa de Auditoría correspondiente a la vigencia 2026. En particular, el acceso a las fuentes de información y a la documentación requerida se realizó de manera oportuna, completa y articulada por parte de la dependencia evaluada, sin que se presentaran restricciones, demoras o situaciones que afectaran el alcance, la objetividad o el normal desarrollo de las actividades programadas.

Asimismo, la coordinación permanente entre el equipo evaluador de la Oficina de Control Interno y la Oficina Asesora de Planeación, sumada a la adecuada definición de responsabilidades y a la ejecución ordenada de las actividades, permitió desarrollar el proceso de conformidad con el alcance, los plazos y el cronograma establecidos.

Finalmente, se destaca la disposición y colaboración de los servidores públicos de la dependencia evaluada, quienes atendieron los requerimientos de información con oportunidad, suficiencia y transparencia.

Estas condiciones facilitaron la obtención y validación de las evidencias, favorecieron el desarrollo efectivo de las actividades de verificación y contribuyeron a consolidar un ambiente de confianza, respeto, objetividad y cooperación, en concordancia con los principios que orientan el ejercicio profesional de la auditoría interna.

3. CRITERIOS DE VERIFICACIÓN

Para verificar el cumplimiento de los requisitos obligatorios de la norma NTC-ISO 9001:2015 y su enmienda Amd 1:2024, se establecieron los siguientes criterios:

- **Requisitos normativos:** Los lineamientos estándar de la NTC-ISO 9001:2015 y su enmienda Amd 1:2024.
- **Direccionamiento estratégico:** La Política y los Objetivos de Calidad adoptados por la entidad.

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023 Página 5 de 109

- **Documentación del SGC:** El mapa de procesos, caracterizaciones, procedimientos, manuales, guías, matrices y demás instrumentos que soportan la operación, seguimiento y mejora del Sistema de Gestión de la Calidad.
- **Regulación interna:** Las disposiciones institucionales aplicables que rigen la implementación, mantenimiento y mejora del Sistema Integrado de Gestión (SIG).

4. METODOLOGÍA UTILIZADA

La Oficina de Control Interno desarrolló la evaluación bajo los siguientes referentes metodológicos:

- **NTC-ISO 19011:2018:** Como guía principal para la planeación, ejecución y presentación de resultados del proceso auditor.
- **NTC-ISO 31000 — Gestión del riesgo:** como referente para identificar, analizar, evaluar y tratar los riesgos que pueden afectar el cumplimiento de los objetivos y la eficacia del SGC.
- **Marco Internacional para la Práctica Profesional (MIPP-IIA):** Como base de recomendaciones y buenas prácticas aplicables.
- **Normas Internacionales de Auditoría (NIA):** Como criterio de referencia para los aspectos de carácter financiero.
- **Lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública -DAFP-:** Como directriz institucional para el Sistema de Control Interno, el MIPG y el Sistema Integrado de Gestión (SIG).

Se debe tener en cuenta la siguiente tabla de valoración para evaluar el estado y el nivel de cumplimiento por numeral, con base en el porcentaje de cumplimiento de los requisitos aplicables. Esta metodología permitirá realizar una evaluación objetiva y consistente de cada numeral, facilitando la identificación de las brechas y la priorización de las acciones de mejora correspondientes.

Cumplimiento por "Debes	Nivel de cumplimiento
80% – 100%	Alto
50% – 79%	Medio
0% – 49%	Bajo

Fuente: Herramienta de Evaluación y Cumplimiento de Debes (ISO 9001:2015) -OCI

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023 Página 6 de 109

5. RESULTADOS DE LA VERIFICACIÓN INTERNA DE CUMPLIMIENTO A “DEBES” DE LA NTC - ISO 9001:2015

Los resultados de la evaluación de cumplimiento de los requisitos establecidos en la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015 y su Enmienda Amd 1:2024 se presentan desde dos perspectivas de análisis:

- 1. Resultado consolidado:** corresponde al análisis global del cumplimiento de la totalidad de los requisitos evaluados, expresado en valores absolutos y porcentuales, acompañado de un histograma de frecuencias que facilita la visualización del nivel de cumplimiento alcanzado.
- 2. Resultado por numerales de la estructura de alto nivel (HLS):** presenta el análisis del cumplimiento de los requisitos agrupados conforme a los numerales de la estructura de alto nivel de la NTC ISO 9001:2015. Para cada numeral se muestran el total de requisitos evaluados, los requisitos cumplidos, los requisitos pendientes de evidencia de cumplimiento, su representación porcentual y el correspondiente histograma de frecuencias.

Para la interpretación de los resultados consolidados, deberá prestarse especial atención a aquellos requisitos respecto de los cuales no se identificó evidencia objetiva suficiente que permitiera demostrar su cumplimiento. En estos casos, la Oficina de Control Interno recomienda que el líder del Sistema de Gestión de la Calidad y los líderes de proceso o dependencias con responsabilidad en su implementación analicen las causas que dieron origen a la situación y definan las acciones de mejora que correspondan.

La interpretación de los resultados por numerales de la estructura de alto nivel sigue el mismo criterio metodológico, circunscrito a los requisitos específicos evaluados en cada uno de ellos, lo que permite identificar fortalezas, oportunidades de mejora y aspectos que requieren fortalecimiento dentro de cada componente del Sistema de Gestión de la Calidad.

Los requisitos identificados sin evidencia suficiente de cumplimiento deberán ser objeto de un plan de mejoramiento, el cual será formulado por las dependencias responsables y remitido a la Oficina de Control Interno para su revisión y seguimiento, de conformidad con los procedimientos institucionales aplicables.

Lo anterior, con el propósito de fortalecer el Sistema de Gestión de la Calidad, cerrar las brechas identificadas durante la auditoría y generar las condiciones necesarias para que la Alta Dirección cuente con elementos objetivos que apoyen una eventual decisión de avanzar hacia un proceso de

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023 Página 7 de 109

certificación bajo la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015 y un posterior plan de transición para la nueva versión ISO 9001:2026.

5.1 CUMPLIMIENTO DE “DEBES” DE LA NTC - ISO 9001:2015 A NIVEL GENERAL

5.1.1 RESULTADO CONSOLIDADO

Análisis de Conformidad y Brechas

De los 132 requisitos evaluados de la NTC-ISO 9001:2015, se evidenció el cumplimiento de 39, equivalentes al 29,55%, mientras que los 93 restantes, correspondientes al 70,45%, fueron clasificados como no conformes. Este resultado evidencia una brecha significativa en la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), considerando que más de la mitad de los requisitos evaluados no cuentan con evidencia objetiva suficiente, pertinente y verificable que permita demostrar su cumplimiento.

El diagnóstico se efectuó mediante la revisión, valoración y validación de la información y de las evidencias aportadas durante el proceso de evaluación. Para cada requisito se verificó tanto la existencia de disposiciones, controles, metodologías y documentos formalmente establecidos como su aplicación, apropiación, seguimiento y eficacia. En consecuencia, la evaluación no se limitó a constatar la disponibilidad de documentos, sino que también consideró el grado de implementación de las prácticas institucionales y su capacidad para generar los resultados previstos.

Los resultados consolidados constituyen la línea base institucional para determinar el nivel actual de madurez del SGC, reconocer sus fortalezas e identificar los aspectos críticos que requieren intervención prioritaria. El cumplimiento general del 29,55% ubica al sistema en un nivel de madurez bajo, debido a la persistencia de brechas relevantes en la implementación, sostenibilidad y demostración de la eficacia de los requisitos del estándar.

Esta condición evidencia la necesidad de fortalecer la gestión sistemática, especialmente en los componentes de contexto de la organización, liderazgo, planificación, gestión de riesgos y oportunidades, apoyo, información documentada, operación, evaluación del desempeño y mejora continua.

En este contexto, los resultados del diagnóstico deberán constituirse en el insumo principal para la formulación de un plan de acción institucional orientado al cierre progresivo de las brechas identificadas. Este instrumento deberá convertir cada incumplimiento en acciones concretas, medibles y verificables, articuladas con los procesos, objetivos institucionales y recursos disponibles.

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023 Página 8 de 109

La estructuración del plan de acción deberá contemplar, como mínimo, los siguientes elementos:

1. **Priorización de las brechas:** clasificar los requisitos no conformes de acuerdo con su nivel de impacto, criticidad, riesgo, interdependencia y efecto sobre el desempeño del SGC. Se deberán atender inicialmente aquellas brechas que afecten el direccionamiento estratégico, el cumplimiento legal, la prestación de los servicios, la satisfacción de las partes interesadas y la eficacia de los procesos.
2. **Análisis de causas:** determinar las causas que originaron cada incumplimiento, evitando limitar las acciones a la corrección inmediata de sus efectos. Este análisis permitirá formular medidas que reduzcan la probabilidad de recurrencia y generen mejoras sostenibles.
3. **Definición de acciones:** establecer actividades específicas, coherentes y suficientes para eliminar o mitigar las causas identificadas. Las acciones podrán incluir la actualización de procedimientos y documentos, el diseño o fortalecimiento de controles, la asignación de responsabilidades, la capacitación de los servidores, la implementación de mecanismos de seguimiento y la generación de evidencias que demuestren la aplicación efectiva de los requisitos.
4. **Asignación de responsables y recursos:** identificar las dependencias y los responsables encargados de liderar, ejecutar y verificar cada acción, así como definir los recursos humanos, técnicos, tecnológicos, financieros y documentales requeridos para su desarrollo.
5. **Definición de productos, metas y plazos:** precisar los entregables y resultados esperados, acompañados de metas cuantificables, fechas de inicio y terminación, hitos de control y criterios objetivos para determinar su cumplimiento.
6. **Formulación de indicadores:** establecer indicadores de gestión y resultado que permitan medir el avance de las actividades, el porcentaje de cierre de brechas y la eficacia de las acciones implementadas. El seguimiento no deberá limitarse al cumplimiento de tareas, sino que deberá verificar si las medidas adoptadas mejoran efectivamente el desempeño del sistema.
7. **Determinación de evidencias:** definir previamente los soportes que demostrarán la ejecución y eficacia de cada acción, garantizando su suficiencia, pertinencia, trazabilidad, integridad y disponibilidad para posteriores ejercicios de seguimiento o auditoría.
8. **Seguimiento y evaluación:** establecer una periodicidad para el monitoreo del plan, con reportes de avance, análisis de desviaciones, alertas por incumplimiento y definición de medidas correctivas cuando se presenten retrasos o resultados insuficientes. Asimismo, deberán determinarse instancias responsables de revisar y validar el cierre efectivo de las brechas.

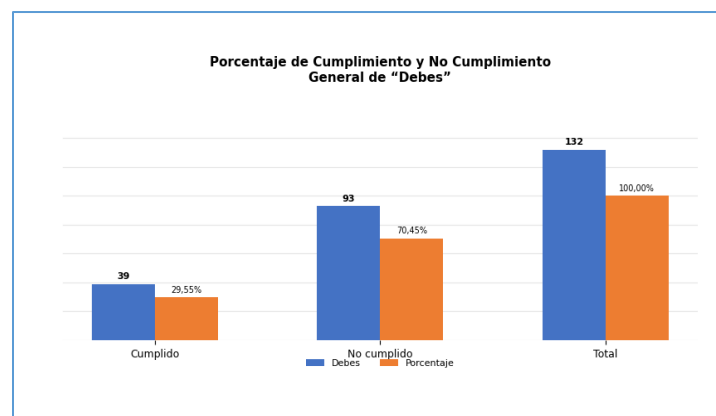
La implementación del plan de acción deberá realizarse de manera gradual y articulada, privilegiando inicialmente las acciones estructurales que inciden sobre varios requisitos del estándar. Su seguimiento periódico permitirá evaluar la evolución del nivel de madurez del SGC, fortalecer la toma de decisiones basada en evidencia y asegurar que las mejoras implementadas sean sostenibles en el tiempo.

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023 Página 9 de 109

En consecuencia, el plan de acción no deberá entenderse únicamente como un mecanismo para subsanar incumplimientos documentales, sino como una herramienta estratégica para fortalecer la gestión por procesos, incrementar la eficacia institucional, consolidar una cultura de calidad y preparar progresivamente a la entidad para un eventual proceso de certificación.

La Tabla 1 y el Gráfico 1 presentan los resultados consolidados del nivel de conformidad del Sistema de Gestión de la Calidad de la Unidad para las Víctimas frente a los requisitos de la NTC-ISO 9001:2015. Esta información permite visualizar el grado de implementación del estándar y constituye el punto de referencia para medir posteriormente el avance institucional en el cierre de brechas, la mejora del desempeño de los procesos y el fortalecimiento continuo del sistema.

**Gráfica 1. Consolidado del Porcentaje de Cumplimiento y No Cumplimiento General de “Debes”
Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015**



Fuente: Herramienta de Evaluación y Cumplimiento de Debes (ISO 9001:2015) -OCI

**Tabla 1. Consolidado del Nivel de Cumplimiento y No Cumplimiento General de “Debes”
Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015**

Numeral	Requisitos aplicables	Cumplido	No Cumplido	Cumplimiento por requisito	Nivel de cumplimiento
4.1	3	0	3	0,00%	Bajo
4.2	3	0	3	0,00%	Bajo
4.3	5	2	3	40,00%	Bajo
4.4	4	2	2	50,00%	Medio
5.1.1	1	0	1	0,00%	Bajo
5.1.2	1	0	1	0,00%	Bajo
5.2.1	1	0	1	0,00%	Bajo
5.2.2	1	0	1	100%	Alto
5.3	2	1	1	50,00%	Medio
6.1.1	1	0	1	0,00%	Bajo
6.1.2	2	0	2	0,00%	Bajo

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN				Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN				Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE				Fecha: 28/07/2023 Página 10 de 109

6.2.1	3	0	3	0,00%	Bajo
6.2.2	1	0	1	0,00%	Bajo
6.3	2	1	1	50,00%	Medio
7.1.1	2	1	1	50,00%	Media
7.1.2	1	1	0	100%	Alto
7.1.3	1	1	0	100%	Alto
7.1.4	1	1	0	100%	Alto
7.1.5.1	3	3	0	100%	Alto
7.1.5.2	3	0	3	0,00%	Bajo
7.1.6	3	1	2	33,33%	Bajo
7.2	1	1	0	100%	Alto
7.3	1	1	0	100%	Alto
7.4	1	0	1	0,00%	Bajo
7.5.1	1	1	0	100%	Alto
7.5.2	1	1	0	100%	Alto
7.5.3.1	1	1	0	100%	Alto
7.5.3.2	3	3	0	100%	Alto
8.1	4	1	3	25,00%	Bajo
8.2	9	1	8	11,11%	Bajo
8.2.1	2	1	1	50,00%	Medio
8.2.2	1	0	1	0,00%	Bajo
8.2.3.1	4	0	4	0,00%	Bajo
8.2.3.2	1	0	1	0,00%	Bajo
8.2.4	1	0	1	0,00%	Bajo
8.3	12	7	5	58,33%	Medio
8.3.1	1	0	1	0,00%	Medio
8.3.2	1	0	1	0,00%	Bajo
8.3.3	5	4	1	80,00%	Alto
8.3.4	1	1	0	80,00%	Alto
8.3.5	2	1	1	50,00%	Medio
8.3.6	2	1	1	50,00%	Medio
8.4	8	3	5	25,00%	Bajo
8.4.1	4	1	3	25,00%	Bajo
8.4.2	2	0	2	0,00%	Bajo
8.4.3	2	1	1	50,00%	Medio
8.5	14	0	14	0,00%	Bajo
8.5.1	2	0	2	0,00 %	Bajo
8.5.2	4	0	4	0,00 %	Bajo
8.5.3	3	0	3	0,00 %	Bajo
8.5.4	1	0	1	0,00 %	Bajo
8.5.5	2	0	2	0,00 %	Bajo
8.5.6	2	0	2	0,00 %	Bajo
8.6	4	0	4	0,00 %	Bajo
8.7	6	0	6	0,00 %	Bajo
9.1.1	3	2	1	66.67%	Medio
9.1.2	2	0	2	0.00%	Bajo
9.1.3	2	0	2	0.00%	Bajo
9.2.1	1	1	0	100.00%	Alta

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023 Página 11 de 109

9.2.2	1	1	0	100.00%	Alta
9.3.1	1	0	1	0.00%	Bajo
9.3.2	1	0	1	0.00%	Bajo
9.3.3	2	1	1	50.00%	Medio
10.1	3	0	3	0.00%	Bajo
10.2	4	0	4	0.00%	Bajo
10.3	2	1	1	50,00%	Medio
TOTAL	132	39	93	29,55%	Bajo

Fuente: Herramienta de Evaluación y Cumplimiento de Debes (ISO 9001:2015) -OCI

5.1.2 RESULTADO POR NUMERALES DE LA ESTRUCTURA DE ALTO NIVEL (HLS):

CAPÍTULO 4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN - NTC - ISO 9001:2015

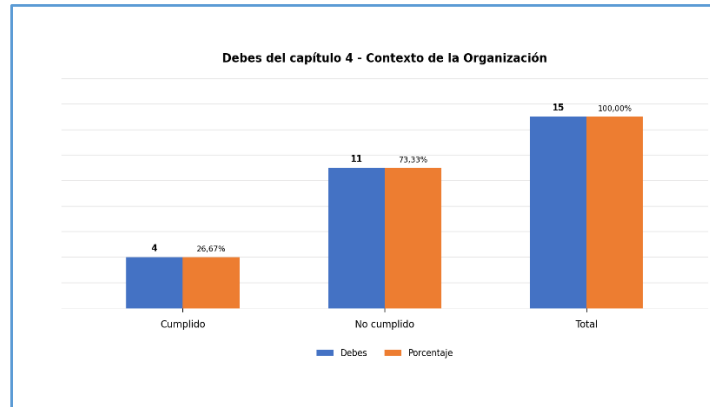
La evaluación del capítulo 4, correspondiente al contexto de la organización, evidencia un nivel de cumplimiento del 26,67% y un incumplimiento del 73,33%. Este resultado ubica a la entidad en un nivel de madurez bajo y refleja una implementación incipiente de los requisitos establecidos en la NTC-ISO 9001:2015 y su Enmienda 1:2024 relacionada con el análisis del entorno institucional y la incorporación de consideraciones sobre el cambio climático.

La Gráfica 2 presenta el análisis general del Capítulo 4 (Contexto de la organización) de la Norma ISO 9001:2015. Este capítulo comprende los siguientes apartados:

- **4.1 Comprensión de la organización y de su contexto.** incluye la Enmienda 1 (Amd 1:2024) sobre acciones relativas al cambio climático.
- **4.2 Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas.** incluye la Enmienda 1 (Amd 1:2024) sobre acciones relativas al cambio climático.
- **4.3 Determinación del alcance del Sistema de Gestión de la Calidad**
- **4.4 Sistema de Gestión de la Calidad y sus procesos**
 - **4.4.1 Gestión de los procesos del SGC**
 - **4.4.2 Información documentada de los procesos**

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023 Página 12 de 109

Gráfica 2. Debes del capítulo 4 – Contexto de la Organización



Fuente: Herramienta Papel de Trabajo -Evaluación Sistema de Gestión Calidad ISO 9001:2015

Las brechas identificadas afectan la capacidad del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) para reconocer y evaluar los factores internos y externos que pueden incidir en el cumplimiento de sus objetivos. Asimismo, limitan la identificación y actualización de las necesidades y expectativas de las partes interesadas, lo cual puede dificultar la definición de respuestas institucionales oportunas frente a cambios normativos, sociales, ambientales, tecnológicos y operativos.

En relación con la Enmienda 1:2024, se requiere fortalecer el análisis dirigido a determinar si el cambio climático constituye una cuestión relevante para el propósito y la orientación estratégica de la entidad. De igual manera, es necesario establecer si las partes interesadas pertinentes tienen requisitos relacionados con esta materia y definir la forma en que dichos requerimientos serán incorporados en la planificación, la gestión de riesgos y oportunidades y el seguimiento del desempeño institucional.

También se evidencian aspectos por fortalecer en la determinación y actualización del alcance del SGC, así como en la caracterización, secuencia, interacción, seguimiento y control de los procesos. Estas condiciones reducen la capacidad de la entidad para demostrar que el sistema se encuentra estructurado de manera coherente, opera bajo criterios definidos y dispone de mecanismos suficientes para evaluar su eficacia.

En consecuencia, se requiere formular un plan de mejoramiento integral que priorice las brechas de mayor impacto y nivel de riesgo. Este instrumento deberá incluir acciones específicas, responsables, recursos, productos esperados, plazos, indicadores y evidencias que permitan verificar tanto la ejecución como la eficacia de las medidas adoptadas. Entre las acciones prioritarias deberán contemplarse la actualización del análisis del contexto institucional, la revisión de las partes interesadas y sus requisitos, la validación del alcance del SGC y el fortalecimiento de la gestión e interacción de los procesos.

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023 Página 13 de 109

La estrategia de intervención deberá concentrarse en los requisitos con niveles de cumplimiento bajo y medio, sin descuidar aquellos que presentan avances del 50% y 60%. Para estos últimos deberán establecerse controles que permitan completar su implementación, mantener los resultados alcanzados, prevenir retrocesos y trasladar las prácticas efectivas a otros componentes del sistema.

El cierre progresivo de estas brechas permitirá incrementar el grado de conformidad normativa, fortalecer la capacidad de adaptación del SGC y mejorar la toma de decisiones basada en evidencia. También contribuirá a integrar las consideraciones sobre cambio climático en la gestión institucional y a consolidar una cultura de calidad y mejora continua, alineada con la misión, los objetivos estratégicos y las necesidades de las partes interesadas.

Análisis del cumplimiento por numeral

A continuación, en la tabla 2 se muestra el estado de cumplimiento y nivel de brecha del capítulo 4 “Contexto de la Organización”.

Tabla 2 Estado de cumplimiento y nivel de brecha por numeral
Capítulo 4 Contexto de la Organización/ Acciones relativas al cambio climático –
Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015

Numeral	Requisito evaluado	Cumplido	No cumplido	Cumplimiento	Brecha	Nivel
4.1	3	0	3	0,00%	100,00 %	Bajo
4.2	3	0	3	0,00 %	100,00 %	Bajo
4.3	5	2	3	40,00 %	60,00 %	Bajo
4.4	4	2	2	50.00%	50,00 %	Medio
TOTAL	15	4	11	26.67%	73,33 %	Bajo

Fuente: Herramienta de Evaluación y Cumplimiento de Debes (ISO 9001:2015) -OCI

4.1 Conocimiento de la Organización y su Contexto/Amd 1:2024/Acciones relativas al cambio climático

La evaluación de los tres (3) requisitos aplicables del numeral 4.1 de la NTC-ISO 9001:2015, incluida la determinación de la pertinencia del cambio climático incorporada mediante la Enmienda 1:2024, arrojó un nivel de cumplimiento del 0%. Durante el ejercicio de evaluación no se aportó evidencia objetiva, suficiente y verificable que permitiera demostrar que la entidad determina, realiza seguimiento y revisa sistemáticamente las cuestiones internas y externas relevantes para

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023 Página 14 de 109

su propósito, orientación estratégica y capacidad del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) para alcanzar los resultados previstos.

El diagnóstico evidenció debilidades en la metodología utilizada para analizar el contexto institucional. No se identificó un procedimiento formalizado que defina las actividades, los responsables, la periodicidad, las fuentes de información y los criterios técnicos para efectuar su elaboración, actualización y revisión. Tampoco se evidenció una herramienta consolidada que permita relacionar los factores internos y externos identificados con los procesos, los riesgos y oportunidades, los objetivos estratégicos y los resultados esperados del SGC.

Asimismo, no se demostró de manera suficiente cómo las necesidades y expectativas de las partes interesadas, evaluadas en el numeral 4.2, son consideradas en la actualización del contexto institucional. La evidencia disponible sobre la utilización de este análisis como insumo para la gestión de riesgos y oportunidades, la planificación institucional y la toma de decisiones por parte de la Alta Dirección resultó limitada. De igual manera, no se identificaron mecanismos de seguimiento que permitan evaluar los cambios en los factores del entorno, determinar su evolución y establecer sus posibles efectos sobre los procesos y el desempeño institucional.

En relación con la Enmienda 1:2024, no se evidenció que la metodología adoptada por la entidad contemple una evaluación documentada para determinar si el cambio climático constituye una cuestión pertinente para el SGC. Este análisis deberá considerar, entre otros elementos, la naturaleza de los servicios institucionales, el ámbito territorial de operación, las condiciones ambientales, las necesidades de las partes interesadas y los posibles efectos sobre la continuidad y el desempeño de los procesos.

En ausencia de esta evaluación, no fue posible verificar si los potenciales efectos del cambio climático deben ser incorporados en la planificación institucional, la gestión de riesgos y oportunidades, la definición de controles o el seguimiento del desempeño. Esta situación no implica necesariamente que el cambio climático sea relevante para todos los procesos; sin embargo, la entidad debe efectuar, sustentar y conservar la determinación correspondiente, así como revisar su vigencia cuando se presenten cambios significativos en el contexto.

Las debilidades identificadas limitan la capacidad de la entidad para anticipar y responder oportunamente a cambios normativos, sociales, económicos, tecnológicos, ambientales y operativos que puedan afectar el SGC. Asimismo, reducen la trazabilidad entre el análisis del contexto, la planificación estratégica, la gestión de riesgos, la toma de decisiones y las acciones de mejora.

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023 Página 15 de 109

En consecuencia, se recomienda formalizar y actualizar la metodología para la comprensión de la organización y de su contexto, definiendo responsables, fuentes de información, criterios de análisis, periodicidad de revisión y mecanismos de seguimiento. Esta metodología deberá establecer la relación entre las cuestiones internas y externas, las necesidades de las partes interesadas, los riesgos y oportunidades, los procesos y los objetivos institucionales, y generar evidencia documentada sobre la utilización de sus resultados.

Adicionalmente, deberá documentarse la evaluación de la pertinencia del cambio climático y la justificación de la conclusión adoptada. Si se determina que constituye una cuestión relevante para el SGC, la entidad deberá identificar sus efectos y planificar las acciones necesarias, asignando responsables, recursos, plazos, productos, indicadores y mecanismos de seguimiento que permitan verificar su implementación y eficacia. Los resultados de esta evaluación deberán revisarse periódicamente y cuando se presenten cambios significativos en el entorno institucional.

4.2 Comprensión de las Necesidades y Expectativas de las Partes Interesadas//Amd 1:2024/Acciones relativas al cambio climático

La evaluación de los tres (3) requisitos considerados para el numeral 4.2 de la NTC-ISO 9001:2015 arrojó un nivel de cumplimiento del 0%. Aunque la “Matriz de partes interesadas 2023” identifica de manera general los grupos de interés y sus necesidades, la evidencia aportada no permite demostrar que esta información se encuentre actualizada, sea objeto de revisión periódica o se utilice sistemáticamente en la planificación y operación del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC).

La matriz no registra una fecha de actualización que permita establecer su vigencia, ni se evidenció una metodología documentada para identificar y priorizar las partes interesadas de acuerdo con su influencia, impacto o nivel de riesgo. Tampoco se identificaron mecanismos para revisar la evolución de sus necesidades y expectativas, determinar cuáles requisitos resultan pertinentes para el SGC o evaluar la percepción y satisfacción de los grupos de valor. Estas debilidades afectan la trazabilidad de esta información y su articulación con el alcance del sistema, la planificación de los procesos y la gestión de riesgos y oportunidades.

En relación con la Enmienda 1:2024, no se aportó evidencia documentada que permita establecer si las partes interesadas pertinentes —entre ellas los usuarios, las entidades con las que se articula la Unidad, los proveedores y los operadores contratados— tienen requisitos relacionados con el cambio climático que puedan incidir en la prestación, calidad o continuidad de los servicios. Esta evaluación deberá considerar las condiciones reales de operación y diferenciar los requisitos aplicables de aquellas expectativas que no resulten relevantes para el SGC.

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023 Página 16 de 109

En consecuencia, se recomienda actualizar y fechar la matriz de partes interesadas; establecer criterios para su identificación, priorización y revisión periódica; y definir responsables, fuentes de información y mecanismos de seguimiento. Asimismo, deberá documentarse la evaluación de los requisitos relacionados con el cambio climático y vincular aquellos que resulten pertinentes con la planificación, los procesos y la gestión de riesgos y oportunidades.

Como evidencia de la implementación podrán considerarse, según corresponda, la matriz actualizada de partes interesadas, los requisitos legales aplicables, los contratos o acuerdos con obligaciones de sostenibilidad y continuidad del servicio, las evaluaciones de proveedores y operadores, y los registros de seguimiento a las necesidades identificadas. La conformidad deberá sustentarse no solo en la existencia de estos documentos, sino en la demostración de que los requisitos pertinentes fueron analizados, incorporados al SGC, objeto de seguimiento y revisados de acuerdo con los resultados obtenidos.

4.3 Determinación del Alcance del Sistema de Gestión de La Calidad

La evaluación de los cinco (5) requisitos considerados para el numeral 4.3 de la NTC-ISO 9001:2015 determinó que dos (2) son conformes y tres (3) no conformes, lo que representa un nivel de cumplimiento del 40%. Si bien la entidad dispone de información sobre su oferta institucional, la evidencia examinada no permite demostrar que el alcance del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) haya sido determinado de manera integral, formalizado y mantenido como información documentada.

El Portafolio de Servicios describe de manera estructurada los bienes y servicios ofrecidos por la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, incluidos sus requisitos de acceso, responsables, canales de atención, lugares de prestación y tiempos de respuesta. Por tanto, constituye un insumo relevante para establecer los servicios que pueden quedar comprendidos en el SGC. No obstante, este documento no sustituye la definición formal del alcance, dado que no precisa los límites ni la aplicabilidad del sistema, ni evidencia la consideración de las cuestiones internas y externas previstas en el numeral 4.1 y de los requisitos pertinentes de las partes interesadas señalados en el numeral 4.2.

Durante la evaluación no se aportó un documento formalmente aprobado que identificara con claridad los procesos, servicios, sedes, dependencias y demás límites organizacionales comprendidos en el SGC. Tampoco se evidenció una justificación documentada de los requisitos de la norma determinados como no aplicables, en caso de existir, ni soportes suficientes que demostraran la divulgación y comprensión del alcance por parte de los servidores públicos y contratistas involucrados.

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023
		Página 17 de 109

Estas brechas pueden generar interpretaciones diferentes sobre la cobertura del SGC, afectar la delimitación de responsabilidades y dificultar la aplicación uniforme de sus lineamientos y controles. Asimismo, limitan la capacidad institucional para demostrar que todos los procesos y servicios incluidos en el sistema cumplen los requisitos aplicables y alcanzan los resultados previstos.

En consecuencia, se recomienda definir, aprobar, divulgar y mantener como información documentada el alcance del SGC, tomando como insumos el Portafolio de Servicios, el análisis del contexto institucional y los requisitos de las partes interesadas pertinentes. El documento deberá precisar los límites y la aplicabilidad del sistema, así como los procesos, servicios, sedes y dependencias incluidos. Cuando se determine que algún requisito de la norma no es aplicable, esta decisión deberá justificarse técnicamente y no podrá afectar la capacidad o responsabilidad de la entidad para asegurar la conformidad de sus servicios.

Una vez formalizado, el alcance deberá comunicarse a los servidores públicos y contratistas vinculados con su implementación y someterse a revisión periódica o cuando se presenten cambios institucionales, normativos, territoriales, operativos o en la oferta de servicios que puedan afectar su vigencia y pertinencia.

4.4 Sistema de Gestión de la Calidad y sus Procesos

La evaluación de los cuatro (4) requisitos considerados para el numeral 4.4 de la NTC-ISO 9001:2015 determinó que dos (2) son conformes y dos (2) no conformes; estos últimos corresponden al numeral 4.4.1. El resultado representa un nivel de cumplimiento del 50% y evidencia avances en la documentación de algunos procesos, junto con brechas en su integración, interacción y operación dentro del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC).

La Caracterización del Proceso de Direccionamiento Estratégico identifica sus entradas, salidas, responsables, recursos, riesgos, relaciones con otros procesos y actividades de seguimiento y mejora, en concordancia con el enfoque basado en procesos y el ciclo PHVA. Por su parte, el Plan Indicativo Estratégico 2023–2026 contiene elementos relacionados con la planificación y orientación institucional. Estos documentos constituyen insumos relevantes para el SGC; sin embargo, requieren complementarse con indicadores, registros de ejecución, resultados de seguimiento y evidencias de mejora que permitan demostrar la operación y eficacia de los procesos.

Durante la evaluación se evidenció que la Caracterización del Proceso Gestión del Conocimiento e Innovación V1 no se encuentra incorporada en el mapa de procesos del SGC. Asimismo, no se identificaron con suficiente claridad los productos o servicios generados por este proceso, sus

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023 Página 18 de 109

entradas y salidas ni su interacción con los demás procesos de la entidad. Esta situación dificulta establecer sus criterios de operación y control, así como evaluar su contribución a los objetivos y resultados previstos del sistema.

De manera general, la evidencia aportada no permitió verificar que la secuencia e interacción de todos los procesos del SGC se encuentre definida, actualizada y documentada. Esta brecha afecta la trazabilidad de las actividades que requieren la participación de varias dependencias, dificulta la delimitación de responsabilidades y limita la capacidad institucional para demostrar cómo se controlan, evalúan y mejoran los resultados de los procesos.

En consecuencia, se recomienda actualizar el mapa de procesos y las caracterizaciones correspondientes, incorporando y delimitando el proceso de Gestión del Conocimiento e Innovación dentro del Sistema de Gestión de la Calidad. Para este proceso deberán definirse sus productos o servicios, entradas, salidas, responsables, recursos, riesgos y oportunidades, criterios de operación y control, indicadores y relaciones con los demás procesos.

La actualización deberá incluir la documentación clara de la secuencia e interacción de todos los procesos que integran el SGC, identificando los puntos de enlace, los flujos de información y la forma en que las salidas de un proceso se constituyen en entradas para otros. Esto permitirá establecer la contribución individual y conjunta de los procesos al cumplimiento de los objetivos institucionales y a los resultados previstos del sistema.

Asimismo, las caracterizaciones deberán complementarse con procedimientos, registros de ejecución, indicadores, resultados de seguimiento, análisis de riesgos y acciones de mejora. Estas evidencias permitirán verificar la aplicación de los controles, evaluar el desempeño de los procesos y demostrar la operación efectiva y la eficacia del enfoque basado en procesos.

Ruta estratégica para el cierre de brechas y fortalecimiento del Sistema de Gestión de la Calidad.

En conclusión, el cierre de las brechas identificadas requiere la formulación e implementación de un plan de acción gradual, articulado y coherente con las condiciones reales de la entidad. La primera fase deberá orientarse al fortalecimiento del análisis del contexto institucional y de las partes interesadas, con el fin de identificar los factores internos y externos, los riesgos, las oportunidades y los requisitos que pueden incidir en el desempeño del Sistema de Gestión de la Calidad.

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023 Página 19 de 109

A partir de estos resultados, la segunda fase deberá concentrarse en definir, aprobar y formalizar el alcance del SGC, precisando sus límites, aplicabilidad, procesos, servicios, sedes y dependencias involucradas. Posteriormente, será necesario actualizar y consolidar el mapa de procesos, sus caracterizaciones y la secuencia e interacción entre ellos, de manera que se encuentren claramente establecidos sus responsables, entradas, salidas, controles, indicadores y mecanismos de seguimiento.

Esta secuencia permitirá atender inicialmente las causas estructurales de las brechas, evitar acciones aisladas o desarticuladas y optimizar los recursos institucionales. Asimismo, contribuirá a que los procedimientos y demás documentos del SGC reflejen la operación real de la entidad y se constituyan en herramientas efectivas para orientar la gestión, evaluar el desempeño y promover la mejora continua.

CAPÍTULO 5. LIDERAZGO NTC – ISO 9001:2015

De los seis (6) requisitos evaluados, los numerales 5.1.1, 5.1.2, 5.2.1 y 5.2.2 presentan incumplimiento total, con un nivel de cumplimiento del 0,00% y una brecha del 100%.

Por su parte, el numeral 5.3, que comprende dos (2) requisitos, registra el mayor nivel de cumplimiento: uno (1) cumplido y uno (1) no cumplido, lo que equivale a un cumplimiento del 50,00% y una brecha del 50,00%.

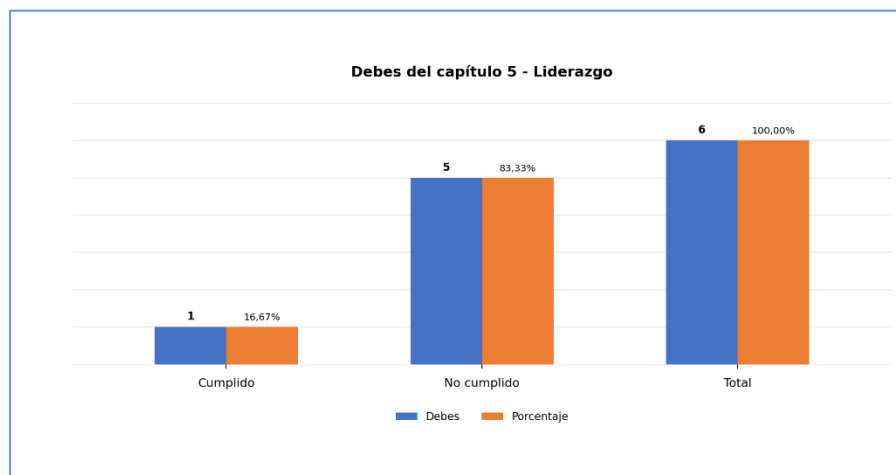
En términos consolidados, los resultados evidencian un nivel bajo de cumplimiento, dado que solamente se cumple uno (1) de los seis (6) requisitos evaluados, equivalente al 16,67%, mientras que cinco (5) requisitos permanecen sin cumplir, lo que representa una brecha del 83,33%.

Este resultado evidencia la necesidad de formular e implementar acciones de mejora prioritarias, especialmente frente a los numerales que presentan incumplimiento total, con el propósito de fortalecer el liderazgo, el compromiso, el enfoque al cliente, la política de calidad y la asignación de roles, responsabilidades y autoridades dentro del Sistema de Gestión de la Calidad.

Los resultados consolidados de la evaluación se presentan en la Gráfica 3.

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023 Página 20 de 109

Gráfica 3. Debes del capítulo 5 - Liderazgo



Fuente: Herramienta Papel de Trabajo -Evaluación Sistema de Gestión Calidad ISO 9001:2015

Las principales oportunidades de fortalecimiento se relacionan con la consolidación del liderazgo y el compromiso de la alta dirección; la actualización, comunicación y apropiación de la política de calidad; el fortalecimiento del enfoque al cliente; y la definición clara de los roles, responsabilidades y autoridades vinculados con la operación y el desempeño del SGC.

La atención de estos aspectos es fundamental para mejorar la gobernanza, asegurar la rendición de cuentas y fortalecer la capacidad institucional para orientar el sistema hacia el logro de los resultados previstos.

En consecuencia, se requiere que al formular e implementar el plan de acción institucional, se priorice los requisitos que presentan niveles de cumplimiento bajo y medio. Este plan deberá establecer acciones correctivas y de mejora, responsables, recursos, plazos, indicadores de seguimiento y evidencias de cumplimiento, con el propósito de cerrar las brechas identificadas y alcanzar un nivel de desempeño alto.

De manera complementaria, deberán establecerse controles que garanticen la sostenibilidad de los requisitos que actualmente registran un cumplimiento del 100%, así como mecanismos para documentar y replicar estas fortalezas como buenas prácticas en los diferentes procesos de la organización.

La superación de las brechas identificadas constituye un factor crítico para incrementar la conformidad con la Norma ISO 9001:2015, fortalecer la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad y generar información íntegra, pertinente y confiable que facilite la toma de decisiones basada en evidencia y promueva el mejoramiento continuo institucional.

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023 Página 21 de 109

Análisis del cumplimiento por numeral

A continuación, en la tabla 3 se muestra el estado de cumplimiento y nivel de brecha del capítulo 5 “Liderazgo”.

- **5.1 Liderazgo y compromiso**
- **Generalidades**
- **Enfoque al cliente**
- **Política**
- **Establecimiento de la política de la calidad**
- **Comunicación de la política de la calidad**
- **Roles, responsabilidades y autoridades en la organización**

Tabla 3 Estado de cumplimiento y nivel de brecha por numeral
Capítulo 5 Liderazgo – Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015

Numeri	Requisito evaluado	Cumplido	No cumplido	Cumplimiento	Brecha	Nivel
5.1.1	1	0	1	0 %	100 %	Bajo
5.1.2	1	0	1	33.33 %	66.67 %	Bajo
5.2.1	1	0	1	0 %	100 %	Bajo
5.2.2	1	0	1	33.33 %	66.67 %	Bajo
5.3	2	1	1	50 %	50 %	Medio
TOTAL	6	1	5	16,67%	83,33 %	Bajo

Fuente: Herramienta de Evaluación y Cumplimiento de Debes (ISO 9001:2015) -OCI

5.1 Liderazgo y Compromiso

5.1.1 Generalidades.

La evaluación del numeral evidencia un incumplimiento total del requisito obligatorio, integrado por diez literales normativos. El resultado obtenido corresponde a un 0% de cumplimiento y una brecha del 100% frente a la Norma ISO 9001:2015. Esta situación representa una debilidad crítica en la implementación y sostenibilidad del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), asociada principalmente con la insuficiente participación de la alta dirección en su liderazgo, seguimiento, evaluación y mejora continua.

Como evidencia relevante se determinó que, desde 2023, la entidad no ha realizado la Revisión por la Dirección, mecanismo establecido en el numeral 9.3 de la Norma ISO 9001:2015 para evaluar la

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023
		Página 22 de 109

conveniencia, adecuación, eficacia y alineación del SGC con la dirección estratégica de la organización. Aunque esta actividad corresponde específicamente a otro requisito normativo, su ausencia constituye un elemento transversal que evidencia debilidades en el liderazgo y compromiso de la alta dirección con el sistema.

La falta de realización de la Revisión por la Dirección ha limitado el análisis integral del desempeño del SGC, particularmente en relación con el cumplimiento de los objetivos de calidad, los resultados de las auditorías, la satisfacción de los clientes y demás partes interesadas pertinentes, el desempeño de los procesos, la conformidad de los productos y servicios, la eficacia de las acciones implementadas para abordar riesgos y oportunidades, y las necesidades de recursos y mejora.

En consecuencia, la alta dirección no dispone de un mecanismo formal, periódico y documentado que le permita evaluar el desempeño global del sistema y adoptar decisiones oportunas basadas en evidencia. Esta condición incrementa el riesgo de que las desviaciones no sean identificadas ni tratadas oportunamente, que los recursos no se asignen de acuerdo con las necesidades del SGC y que las oportunidades de mejora no se incorporen de manera efectiva en la gestión institucional.

Adicionalmente, la alta rotación de personal y el ingreso permanente de nuevos colaboradores dificultan la apropiación de los lineamientos, procedimientos, responsabilidades y controles asociados al SGC. Esta situación genera riesgos para la continuidad del conocimiento institucional, el mantenimiento de los controles y el ejercicio efectivo del liderazgo en los diferentes niveles de la organización.

Por lo anterior, se requiere fortalecer el compromiso de la alta dirección mediante la reactivación y realización periódica de la Revisión por la Dirección, la asignación clara de responsabilidades y recursos, y el establecimiento de mecanismos de seguimiento a las decisiones adoptadas. Asimismo, es necesario robustecer los procesos de inducción, reinducción, formación, gestión del conocimiento, comunicación interna y evaluación del desempeño, con el fin de asegurar la apropiación, continuidad y sostenibilidad del Sistema de Gestión de la Calidad conforme con los requisitos de la Norma ISO 9001:2015.

5.1.2 Enfoque al Cliente.

El numeral 5.1.2 de la NTC-ISO 9001:2015 comprende un (1) requisito obligatorio, desarrollado mediante tres (3) literales orientados a asegurar que la alta dirección mantenga el enfoque en el cliente. Estos criterios exigen determinar, comprender y cumplir regularmente los requisitos de los usuarios y los requisitos legales y reglamentarios aplicables; identificar y abordar los riesgos y

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023 Página 23 de 109

oportunidades que puedan afectar la conformidad de los servicios y la satisfacción del cliente; y mantener la orientación institucional hacia el aumento de dicha satisfacción.

La evaluación permitió identificar como fortaleza la existencia de mecanismos institucionales para reconocer y atender las necesidades y los requisitos aplicables a la población víctima, en concordancia con los componentes legales, reglamentarios, técnicos e institucionales que regulan la política pública de atención, asistencia y reparación integral. Asimismo, se evidenció que parte de estos requisitos se encuentra incorporada en las caracterizaciones de los servicios y procesos misionales, lo cual contribuye a orientar la planificación y prestación de los servicios hacia las necesidades de la población objeto de atención.

No obstante, al contrastar este resultado con la evaluación del numeral 4.2, se identifican limitaciones que afectan la demostración integral del enfoque al cliente. La evidencia disponible no permite demostrar de manera suficiente que la entidad identifique, valore, trate y monitoree sistemáticamente los riesgos y oportunidades que puedan afectar la conformidad, continuidad, calidad y oportunidad de los servicios prestados. De igual forma, no se evidencian mecanismos periódicos e integrales para medir la percepción y satisfacción de los usuarios, analizar los resultados obtenidos e implementar acciones de mejora derivadas de dicha información.

Por lo anterior, La valoración técnica del numeral corresponde a un 33,33% de cumplimiento y una brecha del 66,67%, resultados que lo ubican en un nivel de cumplimiento bajo y evidencian la necesidad de implementar acciones de mejora orientadas a atender los requisitos pendientes.

Tabla 4 Estado de cumplimiento y nivel de brecha numeral 5.1.2
Capítulo 5 Liderazgo – Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015

Literal del numeral 5.1.2	Valoración
Identificación y cumplimiento de requisitos del cliente y requisitos legales aplicables	Cumple
Determinación y tratamiento de riesgos y oportunidades que afectan la conformidad del servicio y la satisfacción	No cumple
Mantenimiento del enfoque hacia el aumento de la satisfacción del cliente	No cumple
Resultado	1 de 3 literales: 33,33 %

Fuente: Herramienta de Evaluación y Cumplimiento de Debes (ISO 9001:2015) -OCI

Esta situación limita la trazabilidad entre las necesidades de la población víctima, los riesgos asociados a la prestación de los servicios y las decisiones adoptadas por la alta dirección. En

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023
		Página 24 de 109

consecuencia, se requiere fortalecer los mecanismos de seguimiento, medición y análisis, de manera que la entidad pueda demostrar objetivamente el mantenimiento del enfoque al cliente y la adopción de acciones orientadas al aumento de su satisfacción, conforme con los requisitos del numeral 5.1.2 de la Norma ISO 9001:2015.

5.2 Política de la calidad

5.2.1 Establecimiento de la política de la calidad

El numeral 5.2.1 comprende un (1) requisito obligatorio —“debe”—, desarrollado en cuatro (4) literales. La evaluación determinó un 0% de cumplimiento y una brecha del 100 %, debido a que la evidencia disponible no permitió demostrar que la política de calidad cumple integralmente las condiciones establecidas por la Norma ISO 9001:2015.

La verificación no evidenció que la política de calidad sea apropiada al propósito y contexto de la entidad ni que respalde su direccionamiento estratégico. Tampoco se demostró que proporcione un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de calidad, ni que incorpore compromisos explícitos con el cumplimiento de los requisitos aplicables y la mejora continua del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC).

Asimismo, no se identificaron mecanismos documentados que permitan revisar periódicamente la pertinencia, vigencia y alineación de la política con las necesidades de las partes interesadas, los resultados del desempeño institucional y los cambios que puedan afectar el SGC. Esta situación limita su función como instrumento orientador de la planificación, la toma de decisiones y la mejora del desempeño institucional.

En consecuencia, la política de calidad no se encuentra suficientemente integrada a la gestión estratégica y operativa de la entidad, lo que genera riesgos de desarticulación entre el direccionamiento institucional, los objetivos de calidad, el desempeño de los procesos y las acciones de mejora.

Se recomienda revisar y actualizar la política de calidad, asegurando que sea coherente con el propósito, el contexto y la dirección estratégica de la entidad; proporcione un marco para establecer los objetivos de calidad; e incluya compromisos expresos con el cumplimiento de los requisitos aplicables y la mejora continua del SGC. Asimismo, deberán definirse responsables, criterios y periodicidad para evaluar su adecuación y mantener evidencia documentada de su aprobación y revisión.

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023
		Página 25 de 109

5.2.2 Comunicación de la política de la calidad

El numeral 5.2.2 comprende un (1) requisito obligatorio, desarrollado en tres (3) literales relacionados con la disponibilidad, comunicación, comprensión, aplicación y accesibilidad de la política de calidad. La valoración del numeral 5.2.2 corresponde a un 33,33% de cumplimiento y una brecha del 66,67%, resultado que lo ubica en un nivel de cumplimiento bajo.

La evaluación evidenció que la entidad mantiene la política de calidad como información documentada y la pone a disposición de las partes interesadas pertinentes. Estos elementos demuestran el cumplimiento de los criterios asociados con su conservación documental y accesibilidad.

No obstante, la evidencia aportada no permite demostrar que la política haya sido comunicada de manera eficaz ni que los servidores públicos y contratistas conozcan su contenido, comprendan su alcance y la apliquen en el desarrollo de sus responsabilidades. Tampoco se identificaron mecanismos sistemáticos para evaluar su apropiación en los diferentes niveles, procesos y dependencias de la entidad.

Tabla 5 Estado de cumplimiento y nivel de brecha numeral 5.2.2
Capítulo 5 Liderazgo – Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015

Literal del numeral 5.2.2	Valoración
Política disponible y mantenida como información documentada vigente	No cumple
Política comunicada, comprendida y aplicada dentro de la entidad	No cumple
Política disponible para las partes interesadas pertinentes	Cumple parcialmente*
Resultado estimado	1 de 3 literales: 33,33 %

Fuente: Herramienta de Evaluación y Cumplimiento de Debes (ISO 9001:2015) -OCI

Esta situación evidencia un cumplimiento parcial del numeral 5.2.2 y limita la capacidad de la política de calidad para orientar el comportamiento institucional, articular la operación con los objetivos del SGC y promover el compromiso del personal con el cumplimiento de los requisitos y la mejora continua.

En consecuencia, se recomienda diseñar e implementar una estrategia institucional de comunicación y apropiación de la política de calidad, que incluya actividades de inducción, reinducción, formación y divulgación. Asimismo, deberán establecerse instrumentos periódicos para verificar su conocimiento, comprensión y aplicación, definir responsables e indicadores de

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023 Página 26 de 109

seguimiento, y conservar evidencia documentada de las actividades realizadas y de los resultados obtenidos.

5.3 Roles, responsabilidades y autoridades en la organización

El numeral 5.3 comprende dos (2) requisitos obligatorios, uno de los cuales se encuentra cumplido, mientras que el segundo, desarrollado mediante cinco (5) literales, no presenta evidencia suficiente de cumplimiento. En consecuencia, la valoración corresponde a un 50% de cumplimiento y una brecha del 50%, resultado que evidencia una conformidad parcial y la necesidad de fortalecer la estructura de gobierno del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC).

La Resolución 02728 de 2021 adopta el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), establece disposiciones para el funcionamiento del Sistema Integrado de Gestión (SIG) y asigna funciones a sus enlaces. Este instrumento constituye un avance en la formalización de responsabilidades institucionales; sin embargo, no define expresamente los roles, responsabilidades y niveles de autoridad de los líderes de cada sistema de gestión, particularmente los correspondientes al SGC.

Esta insuficiencia normativa genera ambigüedad respecto de la responsabilidad y autoridad para asegurar la conformidad del SGC con los requisitos de la Norma ISO 9001:2015; verificar que los procesos generen los resultados previstos; informar a la alta dirección sobre el desempeño del sistema y sus oportunidades de mejora; promover el enfoque al cliente; y preservar la integridad del SGC cuando se planifiquen e implementen cambios.

Adicionalmente, no se aportó evidencia objetiva y verificable que demuestre la participación efectiva del líder del SGC en la planificación, implementación, seguimiento, evaluación del desempeño y mejora continua del sistema. Tampoco se acreditó su intervención en la promoción del enfoque por procesos, el pensamiento basado en riesgos y la articulación de las decisiones del SGC con la gestión institucional.

La ausencia de esta evidencia limita la rendición de cuentas, dificulta el seguimiento de las decisiones y debilita la capacidad institucional para asegurar la implementación, mantenimiento y mejora del SGC. Asimismo, incrementa el riesgo de duplicidad, omisión o dispersión de responsabilidades entre dependencias, líderes de proceso, líderes de los sistemas de gestión y enlaces institucionales.

En consecuencia, se recomienda actualizar la Resolución 02728 de 2021 y los demás instrumentos internos relacionados, incorporando los lineamientos, criterios y herramientas definidos en el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, versión 7, expedido por el

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023 Página 27 de 109

Departamento Administrativo de la Función Pública. La actualización deberá asegurar la articulación del SGC con la estructura de operación de MIPG, sus dimensiones, políticas de gestión y desempeño, instancias de coordinación y mecanismos de seguimiento y evaluación.

El acto administrativo actualizado deberá definir formalmente los roles, responsabilidades, autoridades y líneas de reporte de la alta dirección, el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, los líderes de política, los líderes de proceso, los responsables de los sistemas de gestión y sus enlaces. Asimismo, deberá precisar los mecanismos de coordinación, rendición de cuentas, seguimiento a compromisos y evaluación de resultados, evitando duplicidades o vacíos en la asignación de funciones.

También se recomienda establecer una matriz de roles y responsabilidades que permita identificar, para cada requisito y actividad del SGC, quién aprueba, ejecuta, coordina, verifica e informa. El ejercicio efectivo de estas funciones deberá acreditarse mediante actas, informes de gestión y desempeño, registros de seguimiento, decisiones documentadas y evidencias de las acciones de mejora implementadas.

Estas medidas permitirán armonizar el marco institucional con MIPG versión 7, fortalecer la gobernanza del Sistema Integrado de Gestión y demostrar el cumplimiento del numeral 5.3 de la Norma ISO 9001:2015.

Ruta estratégica para el cierre de brechas y fortalecimiento del Sistema de Gestión de la Calidad.

La intervención estratégica deberá iniciar con los numerales 5.1.1 y 5.2.1, los cuales presentan un cumplimiento del 0% y una brecha del 100%. Su cierre constituye una condición habilitante para el fortalecimiento del SGC, por lo que la alta dirección deberá asumir su liderazgo, reactivar la Revisión por la Dirección y actualizar la política de calidad, asegurando su articulación con el direccionamiento estratégico, los objetivos institucionales y la mejora continua.

En un segundo nivel de intervención se encuentran los numerales 5.1.2 y 5.2.2, con un cumplimiento del 33,33% y una brecha del 66,67%. Las acciones deberán enfocarse en consolidar una gestión orientada al usuario, fortalecer la identificación y tratamiento de riesgos y oportunidades, medir la satisfacción de la población víctima y garantizar que la política de calidad sea comunicada, comprendida y aplicada en todos los niveles de la entidad.

El numeral 5.3, con un cumplimiento del 50%, requiere una intervención orientada a fortalecer la gobernanza y la capacidad de ejecución del sistema. Para ello, se deberá actualizar la Resolución

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023 Página 28 de 109

02728 de 2021 conforme con MIPG versión 7, definiendo claramente responsabilidades, niveles de autoridad, líneas de reporte y mecanismos de coordinación, seguimiento y rendición de cuentas.

La ruta deberá implementarse mediante un plan de mejoramiento priorizado, con responsables, recursos, plazos, metas e indicadores de resultado. Su eficacia deberá evaluarse a partir de cambios verificables en el liderazgo, la apropiación institucional y el desempeño de los procesos, garantizando que el cierre de brechas trascienda la actualización documental y produzca mejoras sostenibles en el SGC.

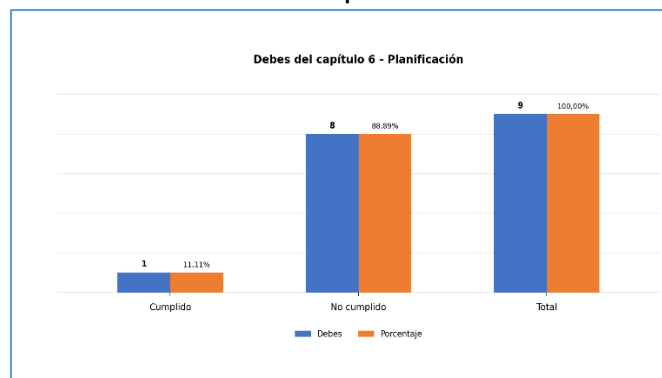
CAPÍTULO 6. PLANIFICACIÓN NTC - ISO 9001:2015

De los nueve (9) requisitos evaluados, uno (1) presenta cumplimiento, equivalente al 11,11 %, mientras que ocho (8) registran incumplimiento, correspondientes al 88,89%. De acuerdo con la escala de valoración definida para el diagnóstico, este resultado ubica al capítulo 6 en un nivel de cumplimiento bajo, al encontrarse por debajo del umbral del 50%.

La Gráfica 4 presenta el resultado consolidado de la evaluación del capítulo 6 de la norma ISO 9001:2015, correspondiente a Planificación. Este capítulo comprende los numerales:

- 6.1, Acciones para abordar riesgos y oportunidades;
- 6.2, Objetivos de la calidad y planificación para lograrlos; y
- 6.3, Planificación de los cambios.

Gráfica 4. Debes del capítulo 6 - Planificación



Fuente: Herramienta Papel de Trabajo -Evaluación Sistema de Gestión Calidad ISO 9001:2015

Las brechas identificadas reflejan debilidades relevantes en la planificación del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC). Se observa una limitada identificación y valoración de los riesgos y las oportunidades, así como insuficiencias en la definición de controles y acciones para su tratamiento,

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023 Página 29 de 109

seguimiento y evaluación. Asimismo, los objetivos de calidad no se encuentran plenamente formulados con criterios de medición, responsables, recursos, plazos e indicadores que permitan evaluar objetivamente su cumplimiento.

También se evidencian dificultades para articular estos objetivos con la política de calidad y la orientación estratégica de la entidad. Finalmente, no se dispone de mecanismos suficientemente estructurados para planificar, aprobar y controlar los cambios, considerando sus propósitos, consecuencias, disponibilidad de recursos y asignación de responsabilidades. Estas situaciones pueden afectar la integridad, eficacia y mejora continua del SGC.

El bajo nivel de cumplimiento evidencia que la planificación del SGC aún no opera como un proceso sistemático, preventivo y articulado con la gestión institucional. La ausencia de criterios uniformes para identificar riesgos, definir objetivos y controlar los cambios puede ocasionar decisiones fragmentadas, duplicidad de esfuerzos y una asignación inadecuada de recursos. Igualmente, limita la capacidad de la entidad para anticiparse a situaciones que puedan afectar la conformidad de los servicios y la satisfacción de las partes interesadas. Esta condición incrementa la posibilidad de que las acciones se adopten de manera reactiva, una vez materializadas las desviaciones. Por lo tanto, se requiere fortalecer la planificación como herramienta para orientar la gestión y asegurar el logro de los resultados previstos.

Desde el enfoque basado en riesgos promovido por la Norma ISO 9001:2015, la entidad deberá integrar los riesgos y oportunidades del SGC con los instrumentos institucionales de planeación y gestión. Esta articulación debe permitir que los riesgos identificados se relacionen con los objetivos de calidad, los controles establecidos, las actividades programadas y los indicadores de desempeño. Asimismo, la planificación de los cambios deberá sustentarse en análisis previos que determinen sus posibles efectos sobre los procesos, los recursos y la continuidad de la operación. Las decisiones adoptadas deberán quedar documentadas y ser comunicadas oportunamente a los responsables de su implementación. De esta manera, será posible fortalecer la trazabilidad, la coordinación institucional y la capacidad de respuesta frente a cambios internos y externos.

En consecuencia, el plan de acción deberá priorizar la formulación e implementación de acciones correctivas y de mejora dirigidas al cierre efectivo de los requisitos incumplidos. Para ello, se recomienda identificar y analizar las causas de cada brecha, definir actividades específicas y verificables, establecer prioridades de acuerdo con su nivel de riesgo e impacto sobre el Sistema de Gestión de la Calidad y fijar plazos realistas para su ejecución.

Cada acción deberá contar con un responsable claramente designado, los recursos humanos, técnicos y financieros requeridos, una fecha de inicio y terminación, metas cuantificables e

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023 Página 30 de 109

indicadores que permitan medir su avance y efectividad. También deberán establecerse controles periódicos para detectar desviaciones y adoptar oportunamente los ajustes necesarios.

El seguimiento deberá sustentarse en evidencias objetivas, tales como matrices de riesgos actualizadas, objetivos de calidad aprobados, planes de trabajo, actas, informes de avance, registros de control e indicadores de gestión. Finalmente, se recomienda evaluar la eficacia de las acciones una vez implementadas, verificando que las causas hayan sido tratadas, que las brechas no se repitan y que los resultados alcanzados contribuyan al mejoramiento continuo y al fortalecimiento del desempeño del SGC.

Análisis del cumplimiento por numeral

A continuación, en la tabla 6 se muestra el estado de cumplimiento y nivel de brecha del capítulo 6 “Planificación”.

- **6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades**
- **6.1.1 Generalidades**
- **6.1.2 Planificación de acciones**
- **6.2 Objetivos de la calidad y planificación para lograrlos**
- **6.2.1 Objetivos de la calidad**
- **6.2.2 Planificación para el logro de los objetivos de la calidad**
- **6.3 Planificación de los cambios**

Tabla 6. Estado y nivel de cumplimiento por numeral
Capítulo 6 Planificación – Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015

Numeral	Requisito evaluado	Cumplido	No cumplido	Cumplimiento	Brecha	Nivel
6.1.1	1	0	1	0.00%	100%	Bajo
6.1.2	2	0	2	0.00%	100%	Bajo
6.2.1	3	0	3	0.00%	100%	Bajo
6.2.2	1	0	1	0.00%	100%	Bajo
6.3	2	1	1	50.00%	50%	Medio
TOTAL	9	1	8	11,11%	88.89 %	Bajo

Fuente: Herramienta de Evaluación y Cumplimiento de Debes (ISO 9001:2015) - OCI

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023 Página 31 de 109

6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades

Numeral 6.1.1.

El numeral 6.1.1 contiene un (1) requisito obligatorio, cuyo nivel de cumplimiento fue calificado en 0%. Este requisito establece que, al planificar el Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), la organización debe considerar las cuestiones internas y externas determinadas conforme al numeral 4.1 (Comprensión de la organización y de su contexto), así como los requisitos y expectativas pertinentes de las partes interesadas identificados según el numeral 4.2. Lo anterior, con el propósito de establecer los riesgos y las oportunidades que deben abordarse para asegurar el logro de los resultados previstos, potenciar los efectos deseables, prevenir o reducir los efectos no deseados y promover la mejora continua.

Durante la evaluación se evidenció que la entidad dispone de mecanismos para identificar y analizar las cuestiones internas y externas que pueden afectar el logro de los resultados previstos del Sistema Integrado de Gestión (SIG).

Como evidencia, la Oficina Asesora de Planeación presentó el documento denominado “Análisis del contexto estratégico 2025”, elaborado con periodicidad anual y utilizado como insumo para la planificación de los riesgos asociados a los procesos y a las direcciones territoriales. No obstante, la evidencia aportada no permitió demostrar que dicho análisis incorpore de manera expresa, completa y trazable los requisitos y las expectativas pertinentes de las partes interesadas, de conformidad con lo establecido en el numeral 4.2. Tampoco se evidenció que esta información sea utilizada sistemáticamente como insumo para la identificación y determinación de los riesgos y las oportunidades del SGC.

Adicionalmente, no se identificaron metodologías, criterios documentados ni registros que permitan reconocer, analizar, evaluar, priorizar, gestionar y efectuar seguimiento a las oportunidades de manera sistemática e integrada con la planificación del sistema. Si bien la entidad desarrolla actividades relacionadas con la gestión de riesgos, no se demostró la planificación, implementación y evaluación de acciones orientadas al aprovechamiento de oportunidades que contribuyan al mejoramiento del desempeño, la eficacia del SGC y el logro de sus resultados previstos.

En consecuencia, las evidencias examinadas no permiten acreditar el cumplimiento integral del requisito establecido en el numeral 6.1.1, debido principalmente a la falta de articulación entre el análisis del contexto, los requisitos de las partes interesadas y la determinación de los riesgos y las oportunidades, así como a la ausencia de un mecanismo sistemático para gestionar estas últimas. Por ello, no se acredita el cumplimiento integral de este numeral.

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023
		Página 32 de 109

Numeral 6.1.2.

El numeral 6.1.2 comprende dos (2) requisitos obligatorios, los cuales fueron evaluados como incumplidos, obteniéndose un nivel de cumplimiento del 0%.

Este numeral establece que la organización debe planificar las acciones necesarias para abordar los riesgos y las oportunidades previamente determinados; integrar e implementar dichas acciones en los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC); y evaluar posteriormente su eficacia. Asimismo, las medidas adoptadas deben ser proporcionales al impacto potencial que los riesgos y las oportunidades puedan generar sobre la conformidad de los productos y servicios, el desempeño de los procesos y el logro de los resultados previstos.

Durante la evaluación se revisaron el acta de aprobación de riesgos 2026 correspondiente al proceso de Direccionamiento Estratégico y el reporte de riesgos materializados del primer trimestre de 2026. Estos documentos evidencian que la entidad cuenta con mecanismos para planificar, monitorear y tratar los riesgos identificados. Sin embargo, la información examinada se concentra exclusivamente en la gestión del riesgo y no demuestra un tratamiento integral de las oportunidades, tal como lo exige el numeral evaluado.

No se aportó evidencia objetiva, suficiente y verificable que permita establecer que la entidad identifica, analiza, prioriza, planifica, implementa y realiza seguimiento sistemático a las oportunidades. Tampoco se demostró que estas se encuentren incorporadas en la planificación del SGC ni integradas en sus procesos mediante criterios, responsables, recursos, plazos, indicadores o mecanismos de seguimiento equivalentes a los definidos para la administración de los riesgos.

De igual manera, no se evidenció una valoración del impacto potencial de las oportunidades sobre el desempeño de los procesos, la conformidad de los productos y servicios, la satisfacción de las partes interesadas o el cumplimiento de los objetivos y resultados previstos del SGC. Esta situación limita la capacidad de la entidad para aprovechar circunstancias favorables, adoptar nuevas prácticas, mejorar sus servicios, prevenir efectos no deseados y fortalecer la eficacia del sistema.

Adicionalmente, aunque se evidenció la existencia de acciones orientadas al tratamiento de los riesgos, no se presentaron resultados, indicadores, registros de seguimiento u otros mecanismos que permitieran verificar la evaluación de su eficacia. Por consiguiente, no fue posible determinar si las acciones implementadas han reducido la probabilidad o el impacto de los riesgos, ni si han contribuido efectivamente al logro de los resultados planificados.

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023 Página 33 de 109

6.2 Objetivos de la calidad y planificación para lograrlos

Numeral 6.2.1.

El numeral 6.2.1 comprende tres (3) requisitos obligatorios, los cuales fueron evaluados como incumplidos, para un nivel de cumplimiento del 0%. No se acredita el cumplimiento del numeral debido a que los objetivos publicados no se identifican específicamente como objetivos de calidad ni se demostró su medición, pertinencia, comunicación, seguimiento, actualización y respaldo documental.

Este numeral establece que la organización debe definir objetivos de la calidad en las funciones, niveles y procesos pertinentes del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC). Dichos objetivos deben ser coherentes con la política de la calidad; medibles; considerar los requisitos aplicables; ser pertinentes para la conformidad de los productos y servicios y para el aumento de la satisfacción del cliente; ser objeto de seguimiento; comunicarse a los responsables y demás partes pertinentes; y actualizarse cuando resulte necesario. Asimismo, la organización debe conservar información documentada que permita demostrar su formulación, implementación, seguimiento y cumplimiento.

Durante la evaluación se evidenció que la entidad en su página web publica los objetivos del Sistema Integrado de Gestión (SIG). No obstante, la información examinada no permitió establecer que estos correspondan específicamente a objetivos de la calidad ni que su formulación cumpla integralmente los criterios señalados en el numeral.

En particular, no se demostró que los objetivos se encuentren formulados en términos medibles ni que cuenten con indicadores, metas, líneas base, fuentes de información, frecuencias de medición y responsables claramente definidos. Esta ausencia dificulta determinar objetivamente su nivel de avance, cumplimiento y contribución a la eficacia del SGC.

Tampoco se evidenció que, para su formulación, se hubieran considerado de manera expresa y trazable los requisitos legales, reglamentarios, institucionales y contractuales aplicables, así como las necesidades y expectativas pertinentes de los clientes y demás partes interesadas. De igual forma, no fue posible verificar la relación de los objetivos publicados con la conformidad de los productos y servicios, el aumento de la satisfacción del cliente o los resultados previstos del sistema.

Adicionalmente, no se aportaron registros, informes de gestión, fichas técnicas de indicadores, tableros de control, actas de revisión u otros soportes que evidenciaran el seguimiento, la medición, el análisis y la evaluación periódica de los objetivos de la calidad. En consecuencia, no fue posible determinar su nivel de cumplimiento, la eficacia de las acciones implementadas, la necesidad de actualizarlos ni su contribución efectiva al mejoramiento continuo del SGC.

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023
		Página 34 de 109

Asimismo, la evidencia suministrada no permitió comprobar que los objetivos hubieran sido comunicados de manera efectiva a las funciones, niveles y procesos responsables de su cumplimiento. La publicación en la página web constituye un mecanismo de divulgación, pero, por sí sola, no demuestra su apropiación, despliegue e implementación en los procesos pertinentes de la entidad.

Numeral 6.2.2.

El numeral 6.2.2 comprende un (1) requisito obligatorio, evaluado con un nivel de cumplimiento del 0%. La entidad no demostró una planificación formal, completa y documentada para el logro de los objetivos de la calidad.

Este numeral establece que, al planificar el logro de los objetivos de la calidad, la organización debe determinar las actividades que ejecutará, los recursos necesarios, los responsables de su implementación, los plazos de finalización y los mecanismos mediante los cuales se evaluarán los resultados alcanzados. Estos elementos deben integrarse de manera coherente con la planificación y operación del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC).

Durante la evaluación se evidenció que la entidad ha definido y publicado objetivos asociados al Sistema Integrado de Gestión (SIG). Sin embargo, no se aportó evidencia objetiva y suficiente que demostrara la existencia de una planificación formal y documentada para alcanzar específicamente los objetivos de la calidad.

En particular, no se identificaron planes de acción, cronogramas, matrices de planificación u otros instrumentos que definieran las actividades requeridas, los recursos humanos, técnicos, financieros y tecnológicos necesarios, los responsables de su ejecución y los plazos establecidos para su cumplimiento. Tampoco se evidenciaron indicadores, metas, criterios de evaluación o mecanismos de seguimiento que permitieran medir los resultados y determinar la eficacia de las acciones implementadas.

Esta situación dificulta la asignación de responsabilidades y recursos, el seguimiento oportuno de las actividades y la identificación de desviaciones que requieran acciones correctivas o ajustes en la planificación. Asimismo, limita la capacidad de la entidad para establecer la contribución de los objetivos al desempeño, la eficacia y la mejora continua del SGC.

6.3 Planificación de los cambios

El numeral 6.3 comprende dos (2) requisitos obligatorios, de los cuales uno (1) se evaluó como cumplido y uno (1) como incumplido, para un nivel de cumplimiento del 50%. La brecha identificada se relaciona con la planificación, implementación y control de los cambios que puedan afectar el Sistema de Gestión de la Calidad (SGC).

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023 Página 35 de 109

Si bien el SGC de la entidad no se encuentra certificado bajo la Norma ISO 9001:2015, esto no exime a la organización de aplicar los lineamientos institucionales relacionados con la gestión y planificación de los cambios. En el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), versión 7, la entidad debe promover la articulación de sus sistemas de gestión, asegurar el cumplimiento de los requisitos legales aplicables y mantener actualizados sus instrumentos y procedimientos internos.

Durante la evaluación se revisó el procedimiento «Gestión del Cambio V5», vigente desde el 5 de agosto de 2022. Este documento se orienta principalmente a los cambios relacionados con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y el Sistema de Gestión Ambiental, e incluye la identificación de peligros, riesgos, aspectos ambientales y posibles consecuencias derivadas de dichos cambios.

Aunque estos sistemas son de obligatorio cumplimiento por disposición legal, no se evidenció la actualización oportuna del procedimiento ni su aplicación integral. El documento tampoco incorpora lineamientos suficientes para planificar y controlar los cambios que puedan afectar el SGC o el Sistema Integrado de Gestión.

En particular, no define criterios para identificar, analizar, evaluar, aprobar, implementar, comunicar y hacer seguimiento a los cambios, ni contempla de manera expresa la preservación de la integridad del sistema, la disponibilidad de recursos y la asignación o reasignación de responsabilidades y autoridades.

En consecuencia, La ausencia de actualización y de evidencias sobre su cumplimiento limita la capacidad institucional para gestionar los cambios de manera controlada, prevenir efectos no deseados y garantizar la continuidad y eficacia de los sistemas de gestión.

Ruta estratégica para el cierre de brechas y fortalecimiento del Sistema de Gestión de la Calidad.

Se recomienda que la Oficina Asesora de Planeación coordine un plan de intervención, priorizando los numerales 6.1.1 y 6.1.2 dado que son los que demandan una intervención crítica e inmediata, debido a que constituyen la base para la planificación del SGC. La entidad debe articular el análisis del contexto y los requisitos de las partes interesadas con la identificación de riesgos y oportunidades, planificar acciones para abordarlos, integrarlas en los procesos y evaluar su eficacia.

Los numerales 6.2.1 y 6.2.2 requieren una intervención alta y de corto plazo. Se deben establecer objetivos específicos de calidad que sean medibles, pertinentes, comunicados y objeto de seguimiento. Asimismo, es necesario formular planes para alcanzarlos, definiendo actividades, responsables, recursos, plazos, indicadores y mecanismos de evaluación.

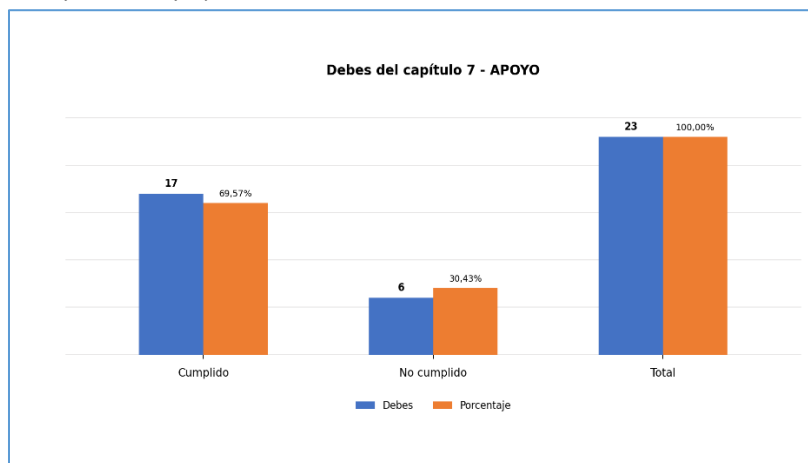
 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023 Página 36 de 109

El numeral 6.3 requiere una intervención media, orientada a actualizar y aplicar el procedimiento de gestión del cambio. Este deberá incluir los cambios que puedan afectar el SGC y asegurar su articulación con los sistemas de Seguridad y Salud en el Trabajo y Gestión Ambiental, de acuerdo con los requisitos legales y los lineamientos de MIPG.

CAPÍTULO 7. APOYO NTC - ISO 9001:2015

El capítulo 7 obtuvo un nivel de cumplimiento del 69,57%, correspondiente a diecisiete (17) requisitos cumplidos y seis (6) incumplidos, de un total de veintitrés (23) requisitos evaluados. Este resultado representa una brecha del 30,43% y ubica el capítulo en un nivel de cumplimiento medio, de acuerdo con la escala definida para el diagnóstico.

**Gráfica 5. Porcentaje de Cumplimiento y No Cumplimiento de “Debes”
Capítulo 7 Apoyo - Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015**



Fuente: Herramienta de Evaluación y Cumplimiento de Debes (ISO 9001:2015) - OCI

La evaluación evidencia fortalezas en la gestión de los recursos necesarios para la operación del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), particularmente en la asignación de personal, la disponibilidad de infraestructura, el ambiente para la operación de los procesos y el control de la información documentada. Estos elementos proporcionan una base operativa favorable para el funcionamiento y la sostenibilidad del sistema.

No obstante, se identificaron seis (6) requisitos obligatorios pendientes de cumplimiento. Aunque la brecha cuantitativa es moderada, su nivel de intervención es alto debido a los posibles efectos sobre la confiabilidad de los resultados de seguimiento y medición, la conservación del conocimiento institucional y la eficacia de las comunicaciones internas y externas del SGC.

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023
		Página 37 de 109

En particular, para el numeral 7.1.5.2, relacionado con la trazabilidad de las mediciones, se evidenció la aplicación parcial de algunos controles de calibración. Sin embargo, la información aportada no fue suficiente para acreditar integralmente el cumplimiento de ninguno de los tres (3) requisitos evaluados.

Esta situación requiere fortalecer y estandarizar los mecanismos de calibración, verificación, identificación, protección y conservación de los equipos y de sus respectivos registros, cuando la trazabilidad de las mediciones constituya un requisito aplicable.

En consecuencia, las acciones de mejora deberán orientarse a institucionalizar los controles, asegurar su aplicación uniforme en todos los procesos pertinentes y conservar información documentada suficiente, pertinente y verificable sobre su implementación y eficacia. El cierre de los incumplimientos deberá ser priorizado antes de considerar la presentación de la entidad a una auditoría externa de certificación.

Análisis del cumplimiento por numeral

La Gráfica 7 presenta el resultado general del capítulo 7” Apoyo”, que comprende los numerales:

- 7.1 Recursos;
- 7.2 Competencia;
- 7.3 Toma de conciencia;
- 7.4 Comunicación; y
- 7.5 Información documentada.

Tabla 7. Estado y nivel de cumplimiento por numeral
Capítulo 7 Apoyo – Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015

Numeral	Requisito evaluado	Cumplido	No cumplido	Cumplimiento	Brecha	Nivel de cumplimiento
7.1.1	2	1	1	50%	50%	Medio
7.1.2	1	1	0	100%	0,00%	Alto
7.1.3	1	1	0	100%	0,00%	Alto
7.1.4	1	1	0	100%	0,00%	Alto
7.1.5.1	3	3	0	100%	0,00%	Alto
7.1.5.2	3	0	3	0,00%	100%	Bajo
7.1.6	3	1	2	33,33%	66,67%	Bajo
7.2	1	1	0	100%	0,00%	Alto

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023 Página 38 de 109

Numeral	Requisito evaluado	Cumplido	No cumplido	Cumplimiento	Brecha	Nivel de cumplimiento
7.3	1	1	0	100%	0,00%	Alto
7.4	1	0	1	0,00%	100%	Bajo
7.5.1	1	1	0	100%	0,00%	Alto
7.5.2	1	1	0	100%	0,00%	Alto
7.5.3.1	1	1	0	100%	0,00%	Alto
7.5.3.2	3	3	0	100%	0,00%	Alto
TOTAL	23	17	6	69,57%	30,43%	Media

Fuente: Herramienta de Evaluación y Cumplimiento de "Debes" (ISO 9001:2015) – OCI

7.1 Recursos

El numeral 7.1 comprende catorce (14) requisitos obligatorios, de los cuales ocho (8) fueron evaluados como cumplidos y seis (6) como incumplidos. En consecuencia, presenta un nivel de cumplimiento del 57,14% y una brecha del 42,86%, lo que evidencia un grado de implementación medio.

Los resultados muestran que la entidad dispone de una base institucional favorable para determinar y proporcionar los recursos necesarios para establecer, implementar, mantener y mejorar el Sistema de Gestión de la Calidad (SGC). Se evidenciaron mecanismos de planeación y asignación presupuestal, disponibilidad de personal, mantenimiento de la infraestructura física y tecnológica, gestión del ambiente requerido para la operación de los procesos y utilización de instrumentos para el seguimiento y la medición.

No obstante, las principales brechas se concentran en los numerales 7.1.5.2, Trazabilidad de las mediciones, y 7.1.6, Conocimientos de la organización.

En materia de trazabilidad metrológica, no se aportó evidencia suficiente para demostrar que todos los equipos e instrumentos de medición sujetos a este requisito se encuentren identificados, calibrados o verificados, protegidos y controlados durante su ciclo de uso. Tampoco se acreditó integralmente la conservación de registros que permitan verificar la validez de los resultados obtenidos y la trazabilidad de las calibraciones frente a patrones de medición reconocidos.

Respecto del conocimiento organizacional, se evidenciaron mecanismos parciales para gestionar la información y el conocimiento institucional. Sin embargo, no se demostró la existencia de una metodología integral y sistemática que permita identificar el conocimiento crítico requerido para la operación de los procesos, conservarlo, protegerlo, transferirlo, ponerlo a disposición de los responsables y actualizarlo frente a cambios internos, externos o tecnológicos.

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023 Página 39 de 109

Estas brechas pueden afectar la confiabilidad de las mediciones, la continuidad operativa, la transferencia de conocimiento y la capacidad institucional para asegurar la conformidad de sus servicios. Por tanto, se requiere fortalecer e institucionalizar los controles, definir responsables y frecuencias de seguimiento, y conservar información documentada suficiente sobre su aplicación y eficacia.

7.1.1 Generalidades

El numeral 7.1.1 comprende dos (2) requisitos obligatorios, de los cuales uno (1) se encuentra cumplido y uno (1) incumplido. En consecuencia, presenta un nivel de cumplimiento del 50%, una brecha del 50% y se ubica en un nivel de cumplimiento medio.

La entidad dispone de mecanismos institucionales para identificar, priorizar, programar y proporcionar los recursos necesarios para el desarrollo de sus funciones, la operación de sus procesos y el cumplimiento de los objetivos institucionales. Estos mecanismos se gestionan en el marco del Sistema Integrado de Gestión, estructurado con base en los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), que incorpora criterios relacionados con el enfoque por procesos, la orientación a resultados, la atención de las necesidades de los grupos de valor y la mejora del desempeño institucional.

La evidencia examinada incluyó la formulación del anteproyecto de presupuesto de inversión para la vigencia 2026, la justificación técnica de las necesidades presupuestales, la distribución de cuotas y el Plan Anual de Adquisiciones. Estos instrumentos permiten organizar y articular las necesidades de recursos humanos, físicos, tecnológicos y financieros con la planeación presupuestal y contractual de la entidad.

Asimismo, el Plan Anual de Adquisiciones facilita la identificación de los bienes y servicios que deben obtenerse mediante proveedores externos, las modalidades de selección, los plazos estimados de contratación, los recursos asignados y las dependencias responsables. En conjunto, estas herramientas demuestran que la entidad dispone de una base institucional para proporcionar recursos destinados a la operación, el control y la mejora de sus procesos bajo el marco de MIPG.

Aunque la entidad no cuenta con un SGC certificado bajo la NTC-ISO 9001:2015, los recursos asignados a la implementación de MIPG y al funcionamiento del Sistema Integrado de Gestión contribuyen al desarrollo de prácticas asociadas con la gestión de la calidad. Por tanto, se reconoce como cumplido el requisito relacionado con la determinación y provisión general de recursos necesarios para la operación de los procesos y el fortalecimiento de la gestión institucional.

No obstante, no se evidenció un análisis documentado que permita establecer de manera específica las capacidades y limitaciones de los recursos internos frente a las necesidades del componente de calidad. Tampoco se demostró integralmente que la determinación de los recursos proporcionados

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023
		Página 40 de 109

por proveedores externos se haya realizado a partir de las necesidades particulares para establecer, implementar, mantener y mejorar el SGC. En consecuencia, este requisito no puede considerarse plenamente acreditado.

Por lo anterior, la gestión de recursos bajo MIPG se reconoce como una fortaleza institucional y una condición habilitante para el componente de calidad; sin embargo, persiste una brecha relacionada con la falta de trazabilidad específica entre las necesidades del SGC, las capacidades internas, los recursos externos y la asignación presupuestal. 7.1.1.

Se recomienda documentar el análisis de las capacidades y limitaciones de los recursos internos y determinar cuáles necesidades deben atenderse mediante proveedores externos, articulando esta información con la planeación, el presupuesto y la contratación. Esto permitirá demostrar el cumplimiento integral del numeral, aun cuando la entidad no se encuentre certificada.

Para cerrar la brecha, la entidad deberá definir las necesidades de recursos del SGC y establecer su trazabilidad con la planeación institucional, el presupuesto, la contratación y la asignación efectiva de recursos.

7.1.2 Personas

El numeral 7.1.2 comprende un (1) requisito obligatorio, evaluado como cumplido. En consecuencia, presenta un porcentaje de cumplimiento del 100%, una brecha del 0% y un nivel de cumplimiento alto.

Si bien la entidad no cuenta actualmente con un Sistema de Gestión de la Calidad certificado bajo la NTC-ISO 9001:2015, dispone de un Sistema Integrado de Gestión (SIG) estructurado con base en los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG). En este marco, cuenta con personal asignado para apoyar la operación, el control y el seguimiento de los procesos institucionales, lo cual constituye una base favorable para la implementación y el fortalecimiento del componente de calidad.

En este marco, cuenta con una organización de personal que apoya la operación de los procesos, la implementación de las políticas de gestión y desempeño institucional y el cumplimiento de los objetivos de la entidad.

Mediante la revisión de la muestra se evidenció que la entidad ha determinado y asignado personal para ejecutar, operar, controlar y efectuar seguimiento a sus procesos institucionales. Entre los soportes examinados se identificaron la designación de servidores responsables, los enlaces del SIG en las diferentes dependencias, los estudios previos para la contratación, los perfiles de los cargos, los manuales de funciones y competencias laborales y los registros de formación relacionados con las actividades desarrolladas.

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023
		Página 41 de 109

Los enlaces del SIG desempeñan una función relevante en la articulación entre la Oficina Asesora de Planeación y los procesos institucionales. Su participación facilita la implementación de los lineamientos de MIPG, la recopilación y el reporte de información, el seguimiento de los instrumentos de gestión y la promoción de acciones de mejora. Esta estructura constituye una base institucional favorable para la implementación y el fortalecimiento progresivo del componente de calidad, aun cuando el SGC no se encuentre certificado.

No obstante, para mantener este resultado, la entidad debe verificar periódicamente que la cantidad, disponibilidad e idoneidad del personal respondan a las necesidades y cargas reales de los procesos. Este análisis resulta especialmente relevante ante cambios organizacionales, rotación de servidores, vacancias, redistribución de funciones o dependencia significativa de personal contratista.

Con base en la evidencia examinada, no se identificaron brechas materiales en el requisito evaluado. Sin embargo, se recomienda conservar información documentada y actualizada sobre la suficiencia del personal, la continuidad de los enlaces del SIG, la distribución de responsabilidades, la transferencia del conocimiento y la contribución del talento humano al desempeño institucional y a la eficacia del sistema establecido bajo los lineamientos de MIPG.

7.1.3 Infraestructura

El numeral 7.1.3 comprende un (1) requisito obligatorio, evaluado como cumplido. En consecuencia, presenta un porcentaje de cumplimiento del 100%, una brecha del 0% y un nivel de cumplimiento alto.

La verificación realizada permitió establecer que la entidad determina, proporciona y mantiene la infraestructura física y tecnológica necesaria para la operación de sus procesos y la prestación de sus servicios.

En relación con la infraestructura física, la muestra analizada incluyó informes y registros de mantenimiento preventivo y correctivo de instalaciones y bodegas, adecuaciones locativas, mantenimiento de estanterías y mobiliario, así como la instalación y adecuación de puntos eléctricos. Estas actuaciones evidencian la ejecución de medidas orientadas a preservar la funcionalidad y seguridad de los espacios de trabajo, mantener condiciones adecuadas para la conservación documental y asegurar la continuidad de las actividades institucionales.

En cuanto a la infraestructura tecnológica, se revisaron registros de la mesa de servicios, soportes de atención de incidentes y requerimientos, informes de satisfacción de los usuarios frente al soporte tecnológico, reportes sobre el uso de OneDrive y documentos relacionados con la continuidad y recuperación de los servicios tecnológicos. Estos mecanismos permiten registrar y

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023 Página 42 de 109

hacer seguimiento a las solicitudes de los usuarios, controlar la atención de incidentes y verificar la disponibilidad de las herramientas necesarias para la operación de los procesos.

La evidencia examinada demuestra que la entidad cuenta con mecanismos para mantener y soportar su infraestructura física y tecnológica. Si bien el Sistema de Gestión de la Calidad no se encuentra certificado, estas prácticas se desarrollan en el marco del Sistema Integrado de Gestión basado en MIPG y constituyen una condición favorable para la implementación y sostenibilidad del componente de calidad.

Con base en la muestra revisada, no se identificaron incumplimientos en el requisito evaluado. No obstante, se recomienda fortalecer la trazabilidad entre el diagnóstico de necesidades de infraestructura, la planificación de los mantenimientos, la gestión de incidentes, los riesgos de continuidad, las acciones ejecutadas y la evaluación de su eficacia. Asimismo, resulta conveniente establecer indicadores que permitan medir la disponibilidad, oportunidad, confiabilidad y desempeño de la infraestructura institucional.

7.1.4 Ambiente para la operación de los procesos

El requisito evaluado presenta un nivel de cumplimiento alto, con un porcentaje estimado del 100%, dado que la Unidad determina y gestiona las condiciones físicas, ambientales, sociales y psicológicas necesarias para la adecuada operación de sus procesos. Como evidencia, se identificaron instrumentos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, inspecciones de las condiciones ambientales y locativas, mediciones de iluminación y confort térmico, así como acciones de intervención orientadas a prevenir afectaciones al bienestar, la salud y el desempeño de las personas.

Las actividades implementadas permiten identificar oportunamente los factores que pueden incidir en el ambiente laboral y establecer medidas para su tratamiento.

Se recomienda fortalecer la trazabilidad y sostenibilidad de las acciones derivadas de las inspecciones y mediciones. Para ello, se requiere evidenciar de manera sistemática la definición de acciones concretas, responsables, recursos asignados, fechas de ejecución, mecanismos de seguimiento y soportes de cierre. Asimismo, se recomienda ampliar la cobertura de las evaluaciones a todas las sedes y condiciones de trabajo pertinentes, así como verificar y documentar la eficacia de las medidas implementadas.

En conclusión, aunque la Unidad dispone de instrumentos y prácticas que evidencian un cumplimiento favorable del requisito evaluado, debe fortalecer la documentación, cobertura, seguimiento y evaluación de la eficacia de las acciones para cerrar la brecha identificada.

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023 Página 43 de 109

7.1.5 Recursos de seguimiento y medición

La evaluación de esta numeral evidencia que la Unidad dispone de instrumentos y herramientas para realizar el seguimiento al desempeño de los procesos y verificar la conformidad de sus resultados, los cuales presentan un nivel favorable de implementación en la gestión institucional. Sin embargo, se identifican debilidades significativas en el control de los equipos físicos sujetos a trazabilidad metrológica.

En consecuencia, se requiere fortalecer la gestión metrológica mediante la identificación y control de los equipos, la definición de criterios y frecuencias de calibración o verificación, el mantenimiento de registros y la conservación de la trazabilidad de las mediciones, con el propósito de garantizar resultados válidos, confiables y técnicamente sustentados cuando la medición constituya un requisito esencial para demostrar la conformidad.

7.1.5.1 Generalidades

La evaluación realizada permitió constatar el cumplimiento de los tres requisitos aplicables, lo que representa un porcentaje de cumplimiento del 100%, una brecha del 0% y un nivel de cumplimiento Alto.

La Unidad dispone de un conjunto diferenciado de recursos de seguimiento y medición, entre los que se encuentran indicadores, fichas técnicas, encuestas, listas de chequeo, informes de supervisión, bases de datos y soluciones tecnológicas. Estos instrumentos permiten capturar, procesar, analizar y reportar información relacionada con la gestión operativa, la prestación de los servicios y el cumplimiento de las metas institucionales, proporcionando resultados adecuados para verificar la conformidad y apoyar la toma de decisiones.

Asimismo, se evidenciaron mecanismos para la actualización y el control de las fórmulas, variables, fuentes de información, responsables y versiones de los instrumentos, junto con registros que respaldan los resultados obtenidos y demuestran su idoneidad para el propósito previsto.

En consecuencia, no se identificaron brechas frente a los requisitos evaluados. No obstante, como medida orientada a mantener el cumplimiento alcanzado y promover la mejora continua, se recomienda verificar periódicamente la consistencia de las fórmulas, la confiabilidad de las fuentes de información, la aplicación de los criterios de aceptación, la validación de los cambios y la conservación de la información documentada que demuestre que los recursos de seguimiento y medición continúan siendo apropiados y eficaces.

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023 Página 44 de 109

7.1.5.2 Trazabilidad de las mediciones

La evaluación del numeral, conformado por tres requisitos obligatorios, determinó un estado de no cumplimiento, equivalente a un 0% y una brecha del 100% y un nivel de cumplimiento bajo. Si bien se identificaron actividades puntuales de calibración y verificación, estas no permiten acreditar integralmente ninguno de los requisitos evaluados, debido a la ausencia de un sistema institucional que garantice el control, la confiabilidad y la trazabilidad de los equipos de medición.

La muestra examinada comprendió certificados correspondientes a tres básculas utilizadas para el pesaje de residuos, dos luxómetros empleados en mediciones de iluminación y los sensores de un monitor de estrés térmico. Los certificados contienen información sobre resultados, errores, incertidumbres y referencias de trazabilidad metrológica. Asimismo, para algunos luxómetros se observaron registros de verificaciones efectuadas antes y después de su utilización. No obstante, estas evidencias corresponden a controles aislados y no demuestran la implementación sistemática de los requisitos establecidos por la Norma ISO 9001:2015.

En particular, no se evidenció un programa metrológico institucional que consolide la identificación de los equipos sujetos a calibración o verificación; establezca y justifique los intervalos de control; determine los criterios de aceptación aplicables a errores e incertidumbres; y defina responsables, actividades de seguimiento y controles sobre el estado de los equipos. Adicionalmente, se identificaron instrumentos sin información completa, registros fotográficos que no permiten establecer una asociación inequívoca entre algunos equipos y sus respectivos certificados, así como ausencia de etiquetas o registros visibles que indiquen su condición metrológica: apto, restringido, fuera de servicio o pendiente de calibración o verificación.

Tampoco se aportaron evidencias suficientes sobre la implementación de controles para proteger los equipos frente a ajustes no autorizados, golpes, daños, deterioro o condiciones inadecuadas de almacenamiento y transporte. De igual manera, no se evidenció un procedimiento para evaluar la validez de los resultados obtenidos previamente cuando un equipo sea declarado no apto, ni mecanismos para identificar las mediciones afectadas, repetirlas cuando corresponda, corregir informes, comunicar la situación a las partes interesadas y adoptar las acciones correctivas pertinentes.

Se requiere diseñar, documentar e implementar un programa de gestión metrológica que asegure la identificación, calibración o verificación, protección, trazabilidad y control de los equipos, así como el tratamiento de los resultados potencialmente afectados por equipos que no cumplan las condiciones de aptitud requeridas.

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023 Página 45 de 109

7.1.6 Conocimientos de la organización

La evaluación determinó que, de los tres requisitos obligatorios aplicables, uno se encuentra cumplido y dos no presentan cumplimiento integral. Este resultado corresponde a un 33,33% de cumplimiento, una brecha del 66,67% y un nivel de cumplimiento bajo.

La Unidad dispone de instrumentos para generar, conservar, transferir y compartir el conocimiento institucional, entre los cuales se encuentran el Manual del Sistema Integrado de Gestión, la Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación, el Plan Institucional de Capacitación, los programas de inducción y reinducción, la plataforma Moodle, los repositorios institucionales y los mecanismos para documentar buenas prácticas y lecciones aprendidas.

Asimismo, se evidenció la conformación y operación de la Mesa Técnica de Gestión del Conocimiento y la Innovación, la aprobación de su plan de acción y la documentación de experiencias institucionales.

Estos elementos constituyen una base favorable para gestionar el conocimiento tácito y explícito necesario para la operación de la entidad, preservar la memoria institucional y favorecer la continuidad de los procesos. No obstante, no se demostró de manera integral y sistemática que todos los procesos hayan identificado sus conocimientos críticos, las personas que los poseen, los riesgos asociados con su pérdida ni los mecanismos requeridos para garantizar su protección, transferencia, actualización y disponibilidad.

Tampoco se evidenció una metodología institucional para determinar y adquirir conocimientos adicionales frente a cambios normativos, tecnológicos o institucionales, o ante modificaciones en las necesidades y expectativas de las partes interesadas, ni la forma en que estos conocimientos se incorporan en los procedimientos, controles, metodologías y servicios de la Unidad.

Se requiere la formulación e implementación de una metodología institucional para la gestión del conocimiento; la consolidación de un inventario de conocimientos críticos por proceso; la identificación de sus responsables, custodios y riesgos de pérdida; y el establecimiento de controles verificables para su adquisición, documentación, transferencia, actualización, protección y disponibilidad.

7.2 Competencia

La evaluación determinó el cumplimiento integral del requisito obligatorio, el cual comprende la determinación de las competencias necesarias, la verificación de la educación, formación y experiencia del personal, la implementación de acciones para adquirir o fortalecer dichas competencias y la conservación de información documentada que las soporte. En consecuencia, se establece un porcentaje de cumplimiento del 100%, una brecha del 0% y un nivel de cumplimiento Alto.

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023
		Página 46 de 109

La Unidad define los requisitos de competencia mediante los manuales de funciones, los perfiles de los cargos, las matrices de roles y responsabilidades y los demás instrumentos relacionados con la vinculación del personal y la asignación de funciones. Estos documentos permiten establecer las condiciones de educación, formación, experiencia y habilidades requeridas para el desempeño adecuado de las actividades que inciden en la gestión de la entidad.

Como evidencia, se revisó una muestra conformada por hojas de vida, diplomas, actas de grado, certificaciones académicas, soportes de experiencia y expedientes laborales. Asimismo, se verificó la ejecución del Plan Institucional de Capacitación como mecanismo para desarrollar y fortalecer las competencias del personal de acuerdo con las necesidades institucionales.

No se identificaron brechas frente al requisito evaluado. No obstante, como oportunidad de mejora orientada a mantener el cumplimiento y fortalecer la eficacia de la gestión de competencias, se recomienda asegurar una relación verificable entre las necesidades de los procesos, las brechas de competencia identificadas, las actividades de formación ejecutadas, la evaluación de su eficacia y los cambios observados en el desempeño del personal.

7.3 Toma de conciencia

La evaluación determinó el cumplimiento del requisito obligatorio relacionado con la toma de conciencia de las personas que realizan actividades bajo el control de la organización. En consecuencia, se establece un porcentaje de cumplimiento del 100%, una brecha del 0% y un nivel de cumplimiento Alto.

La Unidad dispone de mecanismos de inducción, reinducción, capacitación y sensibilización mediante los cuales comunica la política y los objetivos del Sistema Integrado de Gestión, el mapa de procesos, la contribución del personal a la eficacia y mejora del sistema y las consecuencias asociadas con el incumplimiento de los requisitos aplicables. Estos mecanismos favorecen la comprensión de las responsabilidades individuales y su relación con el desempeño institucional.

La evidencia revisada comprendió los programas de inducción y reinducción correspondientes a las vigencias 2025 y 2026, el Plan Institucional de Capacitación, los listados de asistencia, los certificados de participación y los soportes de formación en auditoría interna de sistemas de gestión. En conjunto, estos documentos evidencian la ejecución de actividades orientadas a fortalecer el conocimiento y la comprensión de los elementos del sistema por parte del personal.

No se identificaron brechas frente al requisito evaluado. Sin embargo, como oportunidad de mejora para mantener el cumplimiento y evaluar la eficacia de las actividades de sensibilización, se recomienda complementar los registros de asistencia y participación con mecanismos que permitan medir la comprensión, apropiación y aplicación efectiva de los contenidos por parte de los

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023 Página 47 de 109

servidores públicos, contratistas y demás personas que desarrollan actividades bajo el control de la organización.

7.4 Comunicación

La evaluación determinó el no cumplimiento del requisito obligatorio relacionado con la planificación y gestión de las comunicaciones internas y externas pertinentes al Sistema de Gestión de la Calidad. En consecuencia, se establece un porcentaje de cumplimiento del 0%, una brecha del 100% y un nivel de cumplimiento bajo.

Aunque la Unidad dispone de un procedimiento asociado con la gestión de las comunicaciones, se evidenció que la última versión registrada de la Matriz de Comunicaciones del Sistema de Gestión de la Calidad corresponde al 29 de julio de 2022. Por lo tanto, la documentación examinada no permite demostrar que se encuentren actualizados y definidos integralmente los elementos exigidos por la Norma ISO 9001:2015 respecto de qué comunicar, cuándo comunicar, a quién comunicar, cómo comunicar y quién es responsable de realizar la comunicación.

Con corte a la vigencia 2025 y al primer semestre de 2026, no se evidenció una revisión o actualización de la matriz que incorporara los cambios institucionales, operativos y estratégicos; las necesidades y expectativas actuales de las partes interesadas; los nuevos medios y canales de divulgación; y las responsabilidades vigentes. Esta desactualización limita la articulación de las comunicaciones internas y externas con los objetivos del Sistema de Gestión de la Calidad y genera riesgos relacionados con la oportunidad, coherencia, confiabilidad y eficacia de la información institucional.

En consecuencia, se requiere la actualización, revisión, aprobación y socialización de la Matriz de Comunicaciones. Este instrumento deberá definir con precisión los contenidos que se deben comunicar, sus destinatarios, periodicidades, canales y responsables, así como incorporar un mecanismo formal de revisión y actualización periódica. Adicionalmente, la Unidad deberá conservar información documentada que evidencie la aplicación de la matriz en los procesos y establecer mecanismos para evaluar la eficacia de las comunicaciones realizadas.

7.5 Información documentada

La evaluación del numeral 7.5, correspondiente a la gestión de la información documentada, determinó el cumplimiento integral de los seis requisitos obligatorios. En consecuencia, se establece un porcentaje de cumplimiento del 100%, una brecha del 0% y un nivel de cumplimiento total.

La Unidad dispone de lineamientos, modelos documentales, listados maestros, instrumentos archivísticos, repositorios institucionales y mecanismos para la elaboración, revisión, aprobación,

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023
		Página 48 de 109

identificación, codificación, actualización y publicación de la información documentada requerida por la Norma ISO 9001:2015, así como de aquella que la entidad determina necesaria para respaldar la operación de sus procesos y la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad.

La evidencia examinada demuestra la existencia de una estructura institucional para controlar el ciclo de vida de la información documentada, desde su creación o actualización hasta su distribución, acceso, almacenamiento, conservación, recuperación y disposición final.

No se identificaron brechas frente a los requisitos evaluados. No obstante, como oportunidades de mejora orientadas a mantener el cumplimiento y fortalecer la eficacia del control documental, se recomienda asegurar la consistencia entre las versiones disponibles; gestionar oportunamente los documentos pendientes de trámite o vinculación a los expedientes; fortalecer el control de la información documentada de origen externo; y garantizar la trazabilidad de los permisos de acceso, respaldos, mecanismos de recuperación y demás controles aplicables a la integridad, disponibilidad y protección de la información.

7.5.1 Generalidades

La evaluación documental permitió establecer que la Unidad dispone de la información requerida para respaldar la planificación, operación, control y eficacia de sus procesos, en concordancia con los criterios establecidos en el numeral 7.5.1 de la Norma ISO 9001:2015. En consecuencia, para efectos del presente diagnóstico se determina un porcentaje de cumplimiento del 100%, una brecha del 0 % y un nivel de cumplimiento Alto.

Aunque la Unidad no cuenta actualmente con un Sistema de Gestión de la Calidad certificado bajo la Norma ISO 9001:2015, se evidenció que su Sistema Integrado de Gestión incorpora tanto la información documentada exigida por la norma como aquella que la entidad ha determinado necesaria para el funcionamiento y la eficacia de sus procesos. La evidencia examinada comprende el Manual del Sistema Integrado de Gestión, las caracterizaciones de procesos, los procedimientos, las metodologías, los lineamientos, las guías, los instructivos, los protocolos, los formatos, los planes, las matrices, las bases de datos, los reportes, las actas, los expedientes y los registros institucionales.

Asimismo, el Listado Maestro de Documentos Internos, los modelos institucionales y las actas de actualización de las Tablas de Retención Documental evidencian la identificación, organización y disponibilidad de la información necesaria para la operación. También se verificaron documentos y registros relacionados con la gestión de competencias, el seguimiento y la medición, la evaluación de proveedores, las auditorías internas, la revisión por la dirección, el control de las salidas no conformes y las acciones correctivas.

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023
		Página 49 de 109

Como medida preventiva y de mejora continua, se recomienda verificar periódicamente la correspondencia entre los documentos vigentes, los listados maestros, los repositorios institucionales y la información publicada, con el fin de prevenir inconsistencias, duplicidades, obsolescencia documental o uso no intencionado de versiones desactualizadas.

7.5.2 Creación y actualización

La evaluación documental determinó el cumplimiento integral del requisito obligatorio relacionado con la creación y actualización de la información documentada. En consecuencia, se establece un porcentaje de cumplimiento del 100%, una brecha del 0% y un nivel de cumplimiento Alto.

La Unidad dispone de modelos institucionales que establecen criterios para la identificación y descripción de los documentos, mediante elementos como el título, código, fecha de emisión, versión, proceso responsable y control de cambios. Asimismo, se encuentran definidos los formatos, medios de soporte, criterios metodológicos y responsabilidades aplicables a la elaboración y actualización de procedimientos, caracterizaciones, manuales, guías, instructivos, protocolos y formatos institucionales.

La muestra examinada actualizada en el año 2026 permitió verificar la trazabilidad del trámite documental, incluida la solicitud de actualización, la revisión técnica y formulación de observaciones por parte de la Oficina Asesora de Planeación, la realización de ajustes por el proceso responsable, la emisión del visto bueno, la codificación por Gestión Documental y la posterior publicación del documento.

Como medida preventiva y de mejora continua, se recomienda conservar para cada trámite la evidencia completa y organizada de la solicitud, revisión técnica, atención de observaciones, aprobación metodológica, codificación, publicación y comunicación de la nueva versión. Esto permitirá fortalecer la trazabilidad, demostrar la aplicación consistente de los controles y prevenir la publicación o utilización de documentos que no hayan sido debidamente revisados y aprobados.

7.5.3.1 Disponibilidad y protección

La evaluación documental determinó el cumplimiento integral del requisito obligatorio relacionado con el control, disponibilidad y protección de la información documentada. En consecuencia, se establece un porcentaje de cumplimiento del 100%, una brecha del 0% y un nivel de cumplimiento Alto.

La Unidad dispone del Procedimiento para el Control de la Información Documentada del Sistema Integrado de Gestión, listados maestros, instrumentos archivísticos, repositorios electrónicos, mecanismos de publicación y criterios de clasificación, consulta y acceso. Estos elementos están orientados a garantizar que la información documentada se encuentre disponible, sea adecuada e

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023 Página 50 de 109

idónea para su utilización en el lugar y momento en que sea requerida por los procesos y usuarios autorizados.

Asimismo, los lineamientos institucionales establecen controles para proteger la información frente a la pérdida de confidencialidad, el acceso o uso inadecuado, la alteración no autorizada y la afectación de su integridad. La muestra examinada evidenció la publicación de documentos vigentes y la aplicación de mecanismos de seguimiento a las comunicaciones oficiales y los radicados administrados mediante el Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo (SGDEA).

No se identificaron brechas frente al requisito evaluado. No obstante, como medida preventiva y oportunidad de mejora, se recomienda fortalecer y conservar evidencia verificable sobre la asignación, autorización y revisión periódica de los permisos de consulta y modificación; la programación y ejecución de copias de respaldo; la realización de pruebas de recuperación; y la implementación de controles para proteger los registros frente a modificaciones, eliminaciones o alteraciones no intencionadas.

7.5.3.2 Distribución, preservación, cambios, conservación y disposición

La evaluación documental determinó el cumplimiento integral de los tres requisitos obligatorios asociados con el control de la información documentada. En consecuencia, se establece un porcentaje de cumplimiento del 100%, una brecha del 0% y un nivel de cumplimiento Alto.

La Unidad dispone de mecanismos para controlar la distribución, el acceso, la consulta, la recuperación y el uso de la información documentada. Asimismo, cuenta con controles para su almacenamiento y conservación, la preservación de su legibilidad e integridad, la gestión de cambios y versiones, y la aplicación de los tiempos de retención y disposición final establecidos en los instrumentos archivísticos.

La aplicación de estos controles se encuentra respaldada por el Procedimiento para el Control de la Información Documentada, los listados maestros, las Tablas de Retención Documental, las actas de actualización de dichas tablas, la gestión de comunicaciones y expedientes mediante el Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo (SGDEA), y los mecanismos de revisión, formalización y publicación documental. También se identificaron instrumentos para determinar, incorporar, actualizar y controlar la información documentada de origen externo que la Unidad considera necesaria para la planificación y operación de sus procesos.

No se identificaron brechas frente a los requisitos evaluados. No obstante, como medidas preventivas y oportunidades de mejora para mantener el nivel de cumplimiento alcanzado, se

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023 Página 51 de 109

recomienda verificar periódicamente la vigencia de los documentos externos; asegurar la consistencia entre los listados maestros, los repositorios y las versiones publicadas; y gestionar oportunamente el cierre de las comunicaciones, los radicados y los documentos pendientes de vinculación a los expedientes correspondientes. De igual manera, debe conservarse evidencia verificable de que los registros mantenidos como prueba de conformidad se encuentran protegidos contra pérdida, deterioro, eliminación o modificación no intencionada.

Ruta estratégica para el cierre de brechas y fortalecimiento del Sistema de Gestión de la Calidad.

La intervención deberá concentrarse, con prioridad crítica, en los numerales 7.1.5.2 Implementando un programa institucional de gestión metrológica que asegure la identificación, calibración o verificación, protección y trazabilidad de los equipos, así como el control de sus registros y la evaluación de los resultados cuando se detecten instrumentos no aptos. Y el numeral 7.4, Actualizar, aprobar y socializar la Matriz de Comunicaciones, definiendo contenidos, destinatarios, periodicidades, canales y responsables, así como mecanismos para revisar su vigencia y evaluar la eficacia de las comunicaciones internas y externas.

Con prioridad alta, se deberán atender los numerales 7.1.1 y 7.1.6, fortaleciendo la trazabilidad entre las necesidades del Sistema de Gestión de la Calidad y la asignación de recursos, así como la identificación, protección, transferencia y actualización del conocimiento crítico.

Los numerales que presentan cumplimiento deberán gestionarse mediante acciones de sostenimiento y mejora continua, orientadas a verificar la suficiencia del personal, la disponibilidad de la infraestructura, las condiciones del ambiente laboral, la eficacia de la capacitación y sensibilización, y el control de la información documentada.

Las acciones deberán incorporarse en un plan con responsables, recursos, plazos, productos e indicadores, y su eficacia deberá verificarse antes de considerar una auditoría externa de certificación.

CAPÍTULO 8. OPERACIÓN NTC - ISO 9001:2015

En términos generales, los resultados del Capítulo 8 evidencian un nivel bajo de implementación del componente operacional del Sistema de Gestión de la Calidad, con un cumplimiento global del 19,30% y una brecha del 80,70%. El numeral 8.3 —Diseño y desarrollo de los productos y servicios— presenta el resultado más favorable, con un cumplimiento del 58,33%; sin embargo,

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023
		Página 52 de 109

este porcentaje corresponde a un nivel medio y requiere acciones adicionales para alcanzar su conformidad integral.

Las principales brechas se concentran en los numerales 8.1 —Planificación y control operacional—, con un cumplimiento del 25%; 8.4 —Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente—, con el 37,50%; y 8.5 —Producción y provisión del servicio—, con el 7,14%. Asimismo, los numerales 8.6 —Liberación de los productos y servicios— y 8.7 —Control de las salidas no conformes— presentan un cumplimiento del 0%, lo que evidencia debilidades críticas para asegurar la prestación controlada, la aceptación y la conformidad de los servicios institucionales.

Se verificaron 57 requisitos correspondientes al Capítulo 8, de los cuales 16 fueron valorados como cumplidos y 41 como no cumplidos. Estos resultados evidencian la necesidad de fortalecer la implementación y aplicación de los controles operacionales, así como la generación y conservación de evidencia objetiva que permita demostrar la conformidad y eficacia de los controles establecidos.

La Gráfica 6 presenta los resultados consolidados del nivel de cumplimiento de los requisitos establecidos en el Capítulo 8 – Operación de la NTC-ISO 9001:2015, el cual contempla los requisitos relacionados con la planificación y control operacional, la determinación y revisión de los requisitos para los productos y servicios, el diseño y desarrollo, el control de los procesos suministrados externamente, la producción y prestación del servicio, la liberación de los productos y servicios y el control de las salidas no conformes.

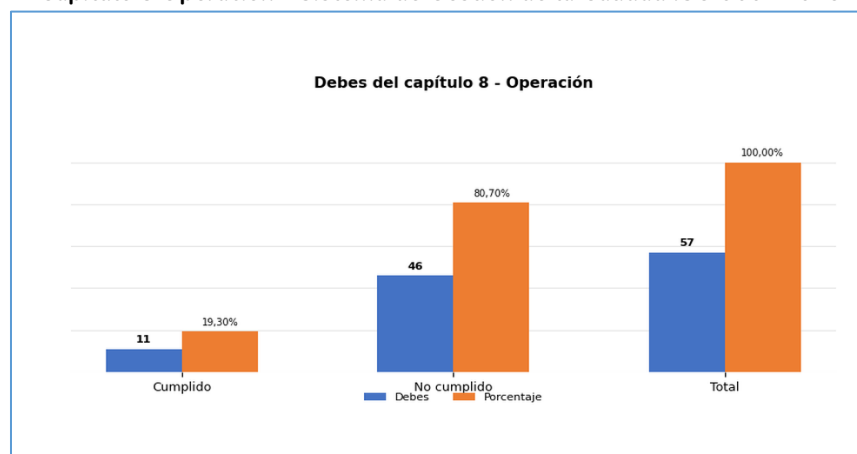
Los resultados obtenidos para los diferentes numerales que conforman este capítulo son los siguientes:

- **8.1 Planificación y control operacional**
- **8.2 Requisitos para los productos y servicios**
- **8.2.1 Comunicación con el cliente**
- **8.2.2 Determinación de los requisitos para los productos y servicios**
- **8.2.3 Revisión de los requisitos para los productos y servicios**
- **8.2.4 Cambios en los requisitos para los productos y servicios**
- **8.3 Diseño y desarrollo de los productos y servicios**
- **8.3.1 Generalidades**
- **8.3.2 Planificación del diseño y desarrollo**
- **8.3.3 Entradas para el diseño y desarrollo**
- **8.3.4 Controles del diseño y desarrollo**
- **8.3.5 Salidas del diseño y desarrollo**
- **8.3.6 Cambios del diseño y desarrollo**
- **8.4 Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente**
- **8.4.1 Generalidades**

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023 Página 53 de 109

- 8.4.2 Tipo y alcance del control
- 8.4.3 Información para los proveedores externos
- 8.5 Producción y provisión del servicio
- 8.5.1 Control de la producción y de la provisión del servicio
- 8.5.2 Identificación y trazabilidad
- 8.5.3 Propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos
- 8.5.4 Preservación
- 8.5.5 Actividades posteriores a la entrega
- 8.5.6 Control de los cambios
- 8.6 Liberación de los productos y servicios
- 8.7 Control de las salidas no conformesno conformes

**Gráfica 6. Porcentaje de Cumplimiento y No Cumplimiento de “Debes”
Capítulo 8 Operación - Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015**



Fuente: Herramienta de Evaluación y Cumplimiento de Debes (ISO 9001:2015) - OCI

En consecuencia, se recomienda priorizar dentro del plan de mejoramiento las brechas asociadas con la producción y prestación del servicio, liberación de los productos y servicios y control de las salidas no conformes, estableciendo acciones correctivas y de mejora que permitan fortalecer los criterios de operación, seguimiento, verificación y control. Asimismo, deberán definirse responsables, plazos, recursos, productos esperados e indicadores que permitan realizar seguimiento sistemático al cierre de las brechas identificadas y verificar la eficacia de las acciones implementadas.

Análisis del cumplimiento por numeral

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023
		Página 54 de 109

Tabla 8. Estado y nivel de cumplimiento por numeral
Capítulo 8 Operación – Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015

Numeral	Requisito aplicable	Cumplidos	No cumplidos	Cumplimiento	Brecha	Nivel cumplimiento
8.1	4	1	3	25,00%	75,00%	Bajo
8.2	9	1	8	11,11%	88,89%	Bajo
8.2.1	2	1	1	50,00%	50,00%	Medio
8.2.2	1	0	1	0,00%	100%	Bajo
8.2.3.1	4	0	4	0,00%	100%	Bajo
8.2.3.2	1	0	1	0,00%	100%	Bajo
8.2.4	1	0	1	0,00%	100%	Bajo
8.3	12	7	5	58,33%	41,67%	Medio
8.3.1	1	0	1	0,00 %	100,00 %	Bajo
8.3.2	1	0	1	0,00 %	100,00 %	Bajo
8.3.3	5	4	1	80,00 %	20,00 %	Alto
8.3.4	1	1	0	80,00 %	20,00 %	Alto
8.3.5	2	1	1	50,00 %	50,00 %	Medio
8.3.6	2	1	1	50,00 %	50,00 %	Medio
8.4	8	2	6	25,00%	75,00%	Bajo
8.4.1	4	1	3	25,00%	62,50%	Bajo
8.4.2	2	0	2	0,00%	100,00%	Bajo
8.4.3	2	1	1	50,00%	50,00%	Medio
8.5	14	0	14	0,00 %	100,00 %	Bajo
8.5.1	2	0	2	0,00 %	100,00 %	Bajo
8.5.2	4	0	4	0,00 %	100,00 %	Bajo
8.5.3	3	0	3	0,00 %	100,00 %	Bajo
8.5.4	1	0	1	0,00 %	100,00 %	Bajo
8.5.5	2	0	2	0,00 %	100,00 %	Bajo
8.5.6	2	0	2	0,00 %	100,00 %	Bajo
8.6	4	0	4	0,00 %	100,00 %	Bajo
8.7	6	0	6	0,00 %	100,00 %	Bajo
TOTAL	57	11	46	19,30%	80,70%	Bajo

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023 Página 55 de 109

Fuente: Herramienta de Evaluación y Cumplimiento de “Debes” (ISO 9001:2015) - OCI.

8.1 Planificación y control operacional

El numeral 8.1 – Planificación y control operacional comprende cuatro (4) requisitos aplicables, frente a los cuales se obtuvo un nivel de cumplimiento del 25%, evidenciando un bajo grado de conformidad con los requisitos establecidos en la Norma ISO 9001:2015.

La evaluación se realiza sobre una muestra correspondiente al proceso de Reparación Integral, aplicando la metodología institucional de diagnóstico de cumplimiento de requisitos al programa de Esquemas Especiales de Acompañamiento Familiar. En este ejercicio se evidencia que la planificación de la prestación del servicio cumple y se encuentra soportada en la Resolución 1785 de 2021, el Convenio Interadministrativo No. 2544-2025 y el procedimiento institucional aplicable. Estos instrumentos establecen los requisitos, criterios de operación, recursos, responsabilidades y controles requeridos para orientar la adecuada prestación del servicio.

No obstante, para el proceso de Reparación Integral se identifican debilidades en la implementación y evidencia de los controles asociados a la planificación y al control operacional. En particular, en el marco de la auditoría de cumplimiento realizada por la Contraloría General de la República a la Dirección de Reparación, como líder del proceso de Reparación Integral, y al Grupo de Retornos y Reubicaciones, el cual se encuentran abiertos hallazgos correspondientes a las vigencias 2022–2024, con presuntas incidencias disciplinarias, penales y fiscales, asociados al servicio de Esquemas Especiales de Acompañamiento Comunitario. Estos hallazgos se relacionan con debilidades en la preparación y control operacional, la determinación y cumplimiento de los requisitos del servicio y el control y tratamiento del servicio no conforme; los cuales son requisitos para la operación del Sistema de Gestión de la Calidad.

Asimismo, se evidencia la materialización de riesgos que afectan la eficacia del sistema de control interno y su articulación con los requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad con la interacción de otros procesos misionales como (Gestión para la Asistencia, Registro y Valoración), situación que puede generar afectaciones en la capacidad institucional para asegurar de manera sistemática la conformidad de los productos y servicios.

En consecuencia, los resultados obtenidos reflejan un bajo nivel de implementación de los requisitos de planificación y control operacional para los procesos misionales, particularmente frente a la capacidad para demostrar, mediante información documentada y registros verificables, la ejecución, seguimiento y efectividad de los controles establecidos.

Como oportunidad de mejora, se recomienda consolidar un portafolio institucional de productos y servicios, articulado con los procesos misionales y de apoyo, que permita identificar de manera integral los requisitos aplicables, responsables, criterios de aceptación, recursos y controles asociados a cada producto o servicio. De igual manera, se recomienda centralizar y organizar la evidencia de los controles operacionales ejecutados, garantizando su disponibilidad, trazabilidad,

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023 Página 56 de 109

consulta y seguimiento, con el propósito de fortalecer la evaluación de su eficacia y contribuir al mejoramiento continuo del Sistema de Gestión de la Calidad.

8.2 Requisitos para los productos y servicios

El numeral 8.2 – Requisitos para los productos y servicios comprende nueve (9) requisitos aplicables, frente a los cuales se obtuvo un nivel de cumplimiento del 33,33%, evidenciando un bajo nivel de conformidad frente a los requisitos establecidos en la Norma ISO 9001:2015.

La evaluación realizada evidencia que el Sistema de Gestión de la Calidad cuenta con elementos establecidos para la gestión de los requisitos asociados a los productos y servicios los cuales debe ser actualizado periódicamente (matriz de portafolio de servicios del año 2024); sin embargo, se identifican oportunidades de fortalecimiento en los mecanismos de comunicación con las víctimas y demás partes interesadas, así como en la identificación, determinación, revisión y actualización de los requisitos legales, reglamentarios e institucionales aplicables a la prestación de los servicios.

De igual manera, se requiere fortalecer la evidencia relacionada con la revisión de la capacidad institucional para cumplir los requisitos definidos antes de asumir compromisos con las partes interesadas, así como la conservación de la información documentada derivada de dichas revisiones y la gestión controlada de los cambios que puedan presentarse en los requisitos durante la prestación de los servicios.

Los resultados obtenidos reflejan un nivel bajo de implementación de los requisitos del numeral 8.2, particularmente frente a la capacidad institucional para demostrar, mediante información documentada y registros verificables, que los requisitos aplicables son identificados, revisados, comunicados y actualizados de manera sistemática durante las diferentes etapas de la prestación del servicio.

Como oportunidad de mejora, se recomienda fortalecer la trazabilidad entre los requisitos legales, reglamentarios, institucionales y los requisitos determinados para los productos y servicios, asegurando su incorporación y actualización en los procedimientos, protocolos, convenios, formatos y demás documentos que hacen parte del Sistema de Gestión de la Calidad. Asimismo, se recomienda garantizar su comunicación oportuna a los responsables de la ejecución, documentar las revisiones realizadas antes de asumir compromisos con las partes interesadas y establecer mecanismos que permitan evidenciar y controlar los cambios que puedan afectar los requisitos del servicio.

Estas acciones contribuirían a mejorar la capacidad de la entidad para asegurar la conformidad de los productos y servicios, reducir riesgos asociados al incumplimiento de requisitos y fortalecer la eficacia y trazabilidad del Sistema de Gestión de la Calidad.

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023 Página 57 de 109

8.2.1 Comunicación con el cliente

El numeral 8.2.1 – Comunicación con el cliente comprende dos (2) requisitos, de los cuales uno (1) presenta cumplimiento y uno (1) evidencia cumplimiento insuficiente. En consecuencia, se establece un nivel de cumplimiento del 50% y una brecha del 50 %, correspondiente a un nivel medio de implementación frente a los requisitos de la Norma ISO 9001:2015 y las directrices aplicables del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

La evaluación evidencia que la Unidad dispone de canales institucionales y de lineamientos contenidos en el Manual de Servicio al Ciudadano para suministrar información sobre sus servicios y atender consultas, solicitudes, peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias de las víctimas y demás grupos de valor. La existencia de estos mecanismos se articula favorablemente con los numerales 7.5 y 8.2.2, relacionados con la gestión de la información documentada y la determinación de los requisitos aplicables a los productos y servicios.

No obstante, la disponibilidad de canales no permite demostrar por sí sola la eficacia integral de la comunicación con el cliente. Las brechas identificadas en los numerales 7.4, 8.2.3, 8.5.3, 8.5.5, 8.7, 9.1.2, 9.1.3 y 10.2 evidencian limitaciones en la planificación de las comunicaciones, la trazabilidad de los compromisos, el control de la propiedad del cliente, el seguimiento posterior al servicio, el tratamiento de las desviaciones y el análisis de la retroalimentación recibida.

En particular, no se evidenció información consolidada, suficiente y periódica que permita demostrar el análisis de los tiempos de respuesta, la percepción y satisfacción de los usuarios, las tendencias de las PQRS, las acciones adoptadas y la evaluación de su eficacia. Tampoco se cuenta con evidencia suficiente para concluir que los resultados de la comunicación sean utilizados sistemáticamente como insumo para la toma de decisiones, la gestión de riesgos y la mejora continua.

En consecuencia, se recomienda actualizar y articular la matriz de comunicaciones con los canales de atención; definir responsables, destinatarios, contenidos, periodicidades y mecanismos de seguimiento; consolidar la información sobre tiempos de respuesta y retroalimentación; y establecer trazabilidad entre las solicitudes recibidas, las desviaciones identificadas, las acciones correctivas implementadas y la verificación de su eficacia.

8.2.2 Determinación de los requisitos para los productos y servicios

El numeral 8.2.2 de la NTC-ISO 9001:2015 comprende un (1) requisito obligatorio, desarrollado mediante dos condiciones verificables: a) determinar los requisitos de los productos y servicios, incluidos los requisitos legales y reglamentarios aplicables y aquellos que la organización

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023
		Página 58 de 109

considere necesarios; y b) asegurar que la organización tiene la capacidad para cumplir las declaraciones y los compromisos relacionados con los productos y servicios ofrecidos.

La evaluación realizada sobre la muestra correspondiente al programa de Esquemas Especiales de Acompañamiento Familiar evidenció que los requisitos aplicables a la prestación del servicio se encuentran definidos en la normativa vigente, particularmente en la Resolución 1785 de 2021, y desarrollados mediante instrumentos operativos, procedimientos y documentos contractuales que orientan su ejecución. Esta estructura permite identificar y considerar los requisitos legales, reglamentarios, técnicos e institucionales aplicables durante la planificación y prestación del servicio.

De igual manera, se evidenció que los requisitos asociados a los productos y servicios institucionales se encuentran identificados y consolidados en la matriz del portafolio de servicios de 2024, en la cual se relacionan los servicios correspondientes a las diferentes dependencias y procesos de la entidad: Reparación Integral, con 31 servicios; Dirección de Asuntos Étnicos, con 2 servicios; Prevención de Hechos Victimizantes, con 6 servicios; Gestión para la Asistencia, con 2 servicios; Participación y Visibilización, con 2 servicios; Servicio al Ciudadano, con 5 servicios; y Dirección de Gestión Interinstitucional, con 14 servicios. Estos servicios se encuentran asociados con requisitos derivados del marco legal aplicable y de las políticas públicas dirigidas a la atención, asistencia y reparación integral de las víctimas.

Lo anterior permite acreditar la primera condición del numeral 8.2.2, relacionada con la determinación de los requisitos legales, reglamentarios e institucionales aplicables a los productos y servicios. No obstante, la evidencia examinada no permite demostrar integralmente la segunda condición del requisito, debido a que no se aportaron registros suficientes, sistemáticos y trazables que acrediten que la Unidad evalúa su capacidad técnica, operativa, jurídica, contractual, financiera y administrativa para cumplir las declaraciones y los compromisos relacionados con todos los servicios ofrecidos antes de asumirlos.

Esta situación se confirma al articular el resultado con el numeral 8.2.3.1, que presenta un cumplimiento del 0%, debido a la insuficiencia de evidencia sobre la revisión previa de los requisitos y de la capacidad institucional para cumplirlos, así como con el numeral 8.2.3.2, igualmente calificado con 0%, por no conservarse información documentada completa y trazable sobre los resultados de estas revisiones y sobre los requisitos nuevos o modificados.

La valoración también debe analizarse en relación con los numerales 4.2, sobre necesidades y expectativas de las partes interesadas; 5.1.2, sobre enfoque al cliente; 6.1, sobre riesgos y oportunidades; 7.4, sobre comunicación; y 8.1, sobre planificación y control operacional. Las brechas identificadas en estos numerales limitan la capacidad de demostrar que los requisitos de los servicios son determinados, actualizados, comunicados e incorporados sistemáticamente en la gestión institucional.

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023
		Página 59 de 109

De manera particular, el numeral 4.2 presenta una brecha del 100%, debido a que no se demuestra la actualización y revisión periódica de las necesidades y requisitos de las partes interesadas. El numeral 5.1.2 registra un cumplimiento del 33,33% y una brecha del 66,67%, dado que, aunque se identifican requisitos legales y de los usuarios, no se evidencia integralmente la gestión de los riesgos y oportunidades que pueden afectar la conformidad de los servicios ni el mantenimiento del enfoque hacia el aumento de la satisfacción. Asimismo, el numeral 6.1 presenta debilidades en la articulación entre los requisitos de las partes interesadas y la determinación y tratamiento de los riesgos y oportunidades.

En cuanto a la comunicación y operación, el numeral 7.4 presenta un cumplimiento del 0%, debido, entre otros aspectos, a que la matriz de comunicaciones no se encuentra actualizada, mientras que el numeral 8.1 alcanza un cumplimiento del 25%, al evidenciarse insuficiencias en la implementación, seguimiento y demostración de los controles operacionales. Estas condiciones pueden afectar la comunicación oportuna de los requisitos y la capacidad institucional para asegurar su cumplimiento durante la prestación de los servicios.

Adicionalmente, los resultados de los numerales 9.1.2 y 9.1.3, relacionados con la satisfacción del cliente y el análisis y evaluación de la información, presentan un cumplimiento del 0%. Por consiguiente, no se demuestra que la percepción de las víctimas y demás grupos de valor, las PQRS, las encuestas de satisfacción y los resultados de los procesos sean consolidados y utilizados sistemáticamente para revisar y actualizar los requisitos de los productos y servicios.

Aunque la matriz del portafolio constituye una base institucional relevante, su fecha de elaboración corresponde a 2024 y la evidencia aportada se concentra principalmente en una muestra del programa de Esquemas Especiales de Acompañamiento Familiar. Por esta razón, no es posible extrapolar la conformidad integral a la totalidad de los servicios institucionales sin verificar la actualización del portafolio y la aplicación uniforme de los mecanismos de determinación y revisión de requisitos en los diferentes procesos y dependencias.

En consecuencia, se determina un cumplimiento parcial del numeral 8.2.2, correspondiente al 50%, una brecha del 50% y un nivel medio de implementación. La primera condición del requisito se considera cumplida, debido a la existencia de normativa, instrumentos operativos, documentos contractuales y una matriz de servicios; sin embargo, la segunda condición no se encuentra demostrada, al no disponerse de evidencia suficiente sobre la evaluación de la capacidad institucional para cumplir las declaraciones y los compromisos asociados con los servicios ofrecidos.

Para cerrar la brecha identificada, se recomienda actualizar y aprobar periódicamente el portafolio institucional de productos y servicios; establecer una matriz integral de requisitos por servicio que incluya los requisitos legales, reglamentarios, técnicos, contractuales, institucionales y de las partes interesadas; e identificar responsables, recursos, criterios de aceptación, riesgos y controles asociados. Asimismo, deberá implementarse un mecanismo estandarizado para revisar y

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023
		Página 60 de 109

documentar la capacidad técnica, operativa, jurídica, contractual, financiera y administrativa de la Unidad antes de asumir o modificar compromisos.

También se deberá conservar información documentada sobre las revisiones realizadas, las decisiones adoptadas, las diferencias identificadas, los requisitos nuevos o modificados y las acciones implementadas. Esta información deberá articularse con la gestión de riesgos y oportunidades, la planificación y el control operacional, la comunicación institucional, el seguimiento a la satisfacción de los usuarios y los procesos de análisis y mejora continua.

La implementación de estas acciones permitirá fortalecer la trazabilidad de los requisitos, prevenir compromisos que excedan la capacidad institucional, reducir el riesgo de desviaciones durante la prestación de los servicios y demostrar de manera objetiva la conformidad integral con el numeral 8.2.2 de la NTC-ISO 9001:2015.

8.2.3.1 Revisión de los requisitos para los productos y servicios

El numeral 8.2.3.1 – Revisión de los requisitos para los productos y servicios comprende cuatro (4) requisitos aplicables, frente a los cuales se obtuvo un nivel de cumplimiento del 0%, evidenciando un incumplimiento frente a los requisitos establecidos en la Norma ISO 9001:2015.

La evaluación realizada evidenció la existencia de actividades y mecanismos asociados a la revisión previa de los requisitos para la prestación de los servicios; sin embargo, no se encontró evidencia suficiente, sistemática y trazable que permita demostrar el cumplimiento de los requisitos establecidos en el numeral 8.2.3.1. En particular, no se logra evidenciar de manera consistente la documentación de la revisión de la capacidad institucional para cumplir los requisitos definidos, la verificación de los requisitos establecidos por las víctimas y demás partes interesadas, la resolución de las diferencias identificadas antes de asumir compromisos, ni la confirmación documentada de los requisitos cuando estos no son formalmente establecidos por el usuario.

Esta situación se presenta en relación con los servicios asociados a los procesos misionales, correspondientes a Reparación Integral (31 servicios); Dirección de Asuntos Étnicos (2 servicios); Prevención de Hechos Victimizantes (6 servicios); Gestión para la Asistencia (2 servicios); Participación y Visibilización (2 servicios); Servicio al Ciudadano (5 servicios); y Dirección de Gestión Interinstitucional (14 servicios). Estos servicios se encuentran asociados a requisitos derivados del marco legal aplicable y de las políticas públicas dirigidas a la atención y reparación integral de las víctimas.

La ausencia o insuficiencia de evidencia documentada de estas revisiones limita la capacidad de la entidad para demostrar que, antes de asumir compromisos relacionados con la prestación de los servicios, se han determinado y verificado integralmente los requisitos aplicables y la capacidad

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023
		Página 61 de 109

para cumplirlos. En consecuencia, esta debilidad puede incrementar los riesgos asociados al incumplimiento de requisitos, la generación de compromisos que no puedan ser atendidos oportunamente y la afectación de la trazabilidad de las decisiones adoptadas durante la prestación del servicio.

Los resultados obtenidos reflejan un bajo nivel de preparación, implementación y control en la revisión de los requisitos para los productos y servicios, por lo que se requiere fortalecer los mecanismos mediante los cuales la entidad demuestra el cumplimiento de las disposiciones establecidas en el numeral 8.2.3.1.

Como oportunidad de mejora, se recomienda establecer y fortalecer registros estandarizados de revisión de requisitos, de manera que permitan identificar claramente los criterios evaluados, los requisitos legales, reglamentarios e institucionales aplicables, las diferencias o modificaciones detectadas, las acciones adoptadas para su resolución, la aceptación de los requisitos por las partes correspondientes y, cuando aplique, la autorización para continuar con la prestación del servicio. Asimismo, se recomienda asegurar la conservación y disponibilidad de dicha información documentada, fortaleciendo la trazabilidad, confiabilidad y capacidad de verificación del Sistema de Gestión de la Calidad.

8.2.3.2 Información documentada de la revisión

El numeral 8.2.3.2 – Información documentada de la revisión comprende un (1) requisito aplicable, frente al cual se obtuvo un nivel de cumplimiento del 0%, evidenciando un incumplimiento frente a los requisitos establecidos en la Norma ISO 9001:2015.

La evaluación realizada evidencia la existencia de información y registros relacionados con la prestación de los servicios; sin embargo, no se encuentra evidencia suficiente, completa y trazable que permita demostrar el cumplimiento del requisito de conservar información documentada sobre los resultados de la revisión de los requisitos para los productos y servicios. De igual manera, no se logra evidenciar de manera sistemática la conservación de la información asociada a los requisitos nuevos o modificados que puedan surgir durante la prestación de los servicios.

Esta situación limita la capacidad de la Unidad para demostrar que las revisiones efectuadas sobre los requisitos han sido realizadas de manera sistemática y que sus resultados se encuentran debidamente documentados y disponibles para consulta y verificación. Asimismo, puede afectar la trazabilidad de las decisiones adoptadas frente a cambios en los requisitos y dificultar la identificación de las responsabilidades y acciones derivadas de dichas revisiones.

Los resultados obtenidos reflejan un bajo nivel de implementación y control de la información documentada asociada a la revisión de los requisitos, lo que evidencia la necesidad de fortalecer

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023 Página 62 de 109

los mecanismos establecidos para asegurar la generación, conservación, actualización y disponibilidad de los registros que soportan el cumplimiento de este requisito.

Como oportunidad de mejora, se recomienda establecer criterios y mecanismos estandarizados para la generación y conservación de la información documentada derivada de la revisión de los requisitos, incluyendo los resultados de las revisiones, los requisitos nuevos o modificados, las decisiones adoptadas, los responsables y las acciones implementadas. Asimismo, se recomienda garantizar que estos registros sean completos, legibles, identificables, recuperables y se encuentren disponibles como evidencia objetiva para el seguimiento, control y evaluación del Sistema de Gestión de la Calidad.

8.2.4 Cambios en los requisitos para los productos y servicios

El numeral 8.2.4 de la NTC-ISO 9001:2015 comprende un (1) requisito obligatorio, desarrollado mediante dos condiciones verificables: a) asegurar que la información documentada pertinente sea modificada cuando cambien los requisitos de los productos y servicios; y b) garantizar que las personas responsables de su prestación conozcan y comprendan los requisitos modificados.

La evaluación realizada evidenció que la Unidad dispone de mecanismos institucionales para gestionar los cambios normativos, legales, técnicos y operativos que pueden modificar los requisitos aplicables a los productos y servicios. Estos mecanismos permiten actualizar procedimientos, protocolos, formatos, convenios, instrumentos operativos y demás documentos que orientan la prestación de los servicios institucionales.

Esta capacidad se articula favorablemente con el numeral 7.5, correspondiente a la información documentada, el cual presenta un cumplimiento del 100%. La Unidad dispone de lineamientos, listados maestros, repositorios institucionales y mecanismos para la elaboración, revisión, aprobación, identificación, codificación, actualización y publicación de los documentos requeridos para respaldar la operación de sus procesos.

No obstante, la existencia de mecanismos generales de control documental no demuestra por sí sola el cumplimiento integral del numeral 8.2.4. La evidencia examinada no permite establecer de manera suficiente, sistemática y trazable la relación entre el origen del cambio, la identificación de los requisitos modificados, la actualización de todos los documentos afectados, su aprobación, la comunicación a las personas responsables, la fecha efectiva de implementación y la verificación posterior de su aplicación.

Esta situación debe analizarse de manera articulada con el numeral 6.3, Planificación de los cambios, que presenta un cumplimiento del 50% y una brecha del 50%. El procedimiento Gestión del Cambio V5 se encuentra orientado principalmente a los sistemas de Seguridad y

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023 Página 63 de 109

Salud en el Trabajo y Gestión Ambiental, sin incorporar lineamientos suficientes para identificar, analizar, evaluar, aprobar, implementar, comunicar y hacer seguimiento a los cambios que puedan afectar el Sistema de Gestión de la Calidad.

Asimismo, el numeral 7.4, Comunicación, registra un cumplimiento del 0% y una brecha del 100%, debido a que la Matriz de Comunicaciones del Sistema de Gestión de la Calidad corresponde al año 2022 y no demuestra la actualización integral de los contenidos que deben comunicarse, sus destinatarios, periodicidades, canales y responsables. Esta debilidad impide concluir que las personas pertinentes sean informadas oportunamente y comprendan los cambios introducidos en los requisitos de los servicios.

La valoración también se relaciona con el numeral 8.1, Planificación y control operacional, que presenta un cumplimiento del 25%. Las debilidades identificadas en la implementación, seguimiento y evidencia de los controles operacionales limitan la capacidad de demostrar que los cambios en los requisitos son incorporados efectivamente en las condiciones de prestación de los servicios y en los controles establecidos para asegurar su conformidad.

De igual manera, el numeral 8.2.3.2 presenta un cumplimiento del 0%, debido a que no se conserva información documentada suficiente, completa y trazable sobre los resultados de la revisión de los requisitos ni sobre los requisitos nuevos o modificados que puedan surgir durante la prestación de los servicios. Esta condición afecta directamente la trazabilidad exigida para demostrar la gestión controlada de los cambios.

Por otra parte, el numeral 8.3.6, Cambios del diseño y desarrollo, alcanza un cumplimiento del 50% y una brecha del 50%. Aunque existen mecanismos para registrar modificaciones normativas, técnicas, operativas o institucionales, no se demuestra sistemáticamente que todos los cambios sean evaluados previamente respecto de sus efectos sobre la conformidad y continuidad de los servicios, ni que se incorporen el análisis de riesgos, las posibles consecuencias de fallas, las lecciones aprendidas y los resultados de auditorías anteriores.

En cuanto al portafolio institucional de servicios, se evidenció la existencia de una matriz correspondiente a 2024. Sin embargo, no se aportó evidencia suficiente que permita demostrar que este instrumento ha sido revisado y actualizado frente a la totalidad de los cambios normativos, institucionales y operativos presentados posteriormente. Tampoco se evidenció una trazabilidad completa entre cada cambio y la modificación, adición o eliminación de requisitos y características de los servicios registrados en el portafolio.

En consecuencia, aunque la Unidad dispone de mecanismos generales para actualizar la información documentada, no se demuestra integralmente que todas las personas responsables de la prestación de los servicios sean informadas oportunamente sobre los

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023 Página 64 de 109

requisitos modificados ni que exista trazabilidad suficiente sobre su comprensión, aplicación y fecha efectiva de implementación.

Por lo anterior, se determina un cumplimiento bajo del numeral 8.2.4, correspondiente al 0%, una brecha del 100%. Se considera cumplida la condición relacionada con la existencia de mecanismos para modificar la información documentada; sin embargo, no se encuentra plenamente demostrada la comunicación, apropiación y aplicación de los requisitos modificados por parte de las personas pertinentes.

Para cerrar la brecha identificada, se recomienda establecer un mecanismo institucional integrado para la gestión de los cambios en los requisitos de los productos y servicios. Este mecanismo deberá permitir identificar:

- El origen, justificación y naturaleza del cambio.
- Los requisitos legales, reglamentarios, técnicos, contractuales o institucionales afectados.
- Los productos, servicios, procesos y dependencias impactados.
- Los riesgos y posibles consecuencias derivados del cambio.
- Los procedimientos, protocolos, formatos, convenios y demás documentos que deben actualizarse.
- Los responsables de revisar, aprobar, implementar y verificar el cambio.
- Los recursos requeridos y la fecha efectiva de implementación.
- Las personas a quienes debe comunicarse la modificación.
- Los registros que demuestren la comunicación, comprensión y aplicación del cambio.
- Los mecanismos para verificar posteriormente su eficacia.

De igual manera, se recomienda actualizar periódicamente el portafolio institucional de productos y servicios e incorporar mecanismos de alerta frente a cambios normativos, legales, técnicos y operativos. La actualización deberá garantizar la coherencia entre el portafolio, la matriz de requisitos aplicables, los instrumentos operativos, los controles de los procesos y las condiciones reales bajo las cuales se prestan los servicios.

La implementación de estas acciones permitirá fortalecer la trazabilidad de los cambios, evitar la utilización de requisitos o documentos desactualizados, reducir el riesgo de errores en la prestación de los servicios y demostrar objetivamente la conformidad integral con el numeral 8.2.4 de la NTC-ISO 9001:2015.

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023
		Página 65 de 109

8.3 Diseño y desarrollo de los productos y servicios

El numeral 8.3, comprende doce (12) requisitos evaluados, cuyo resultado representa un nivel de cumplimiento del 58,33% y una brecha del 41,67%, ubicando el numeral en un nivel medio de implementación.

La evaluación evidencia que la entidad dispone de lineamientos e instrumentos para planificar, controlar y documentar el diseño y desarrollo de sus productos y servicios. Se identificaron avances en la determinación de las entradas, la aplicación de controles, la generación de salidas y la gestión de los cambios.

Se requiere fortalecer la trazabilidad entre las necesidades de las partes interesadas, los requisitos de entrada, los riesgos, las salidas, los criterios de aceptación, las revisiones, las autorizaciones y los cambios implementados. Asimismo, deben incorporarse sistemáticamente los resultados de auditorías, las desviaciones y las lecciones aprendidas como insumos para prevenir fallas y mejorar los servicios.

En consecuencia, se recomienda fortalecer la planificación y documentación del diseño y desarrollo, definir claramente las responsabilidades y conservar evidencia de las revisiones, verificaciones, validaciones, cambios y evaluaciones de eficacia realizadas. Estas acciones permitirán asegurar que los productos y servicios respondan a los requisitos aplicables y a las necesidades de los grupos de valor.

8.3.1 Generalidades

El numeral 8.3.1 de la NTC-ISO 9001:2015 comprende un (1) requisito, mediante el cual la organización debe establecer, implementar y mantener un proceso de diseño y desarrollo apropiado que asegure la posterior provisión de sus productos y servicios.

La evaluación evidenció que la Unidad dispone de un proceso documentado para orientar el diseño y desarrollo de productos y servicios. Este instrumento constituye un avance para organizar las actividades relacionadas con la creación o modificación de los servicios institucionales y proporciona una base para su planificación y posterior prestación.

No obstante, la evidencia examinada no permite demostrar que el proceso se encuentre implementado integralmente ni que su alcance esté claramente definido. En particular, no se identifican de manera explícita todos los productos y servicios sujetos al diseño y desarrollo, los criterios para determinar cuándo debe aplicarse ni la articulación suficiente con la planeación estratégica, los objetivos institucionales y las necesidades de las partes interesadas.

Esta situación se relaciona con el numeral 4.4, debido a que el proceso de diseño y desarrollo debe integrarse al Sistema de Gestión de la Calidad y articularse con los demás procesos institucionales. También se vincula con los numerales 5.1.1 y 6.2, relacionados con el liderazgo, el direccionamiento

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023
		Página 66 de 109

estratégico y los objetivos de calidad; con el numeral 6.1, referente a la gestión de riesgos y oportunidades; y con el numeral 8.1, correspondiente a la planificación y el control operacional.

Asimismo, las brechas identificadas en el numeral 8.3.2, sobre planificación del diseño y desarrollo, y en los numerales 8.3.3 a 8.3.6, relacionados con las entradas, controles, salidas y cambios, limitan la posibilidad de concluir que el proceso establecido sea plenamente apropiado, se aplique de manera sistemática y asegure la posterior provisión conforme de los productos y servicios.

En consecuencia, se determina el incumplimiento del requisito establecido en el numeral 8.3.1, equivalente a un 0% de cumplimiento y una brecha del 100%. Aunque la existencia de un proceso documentado constituye un avance, la evidencia examinada no demuestra su implementación integral, aplicación sistemática, mantenimiento y eficacia, ni permite establecer que sea apropiado para asegurar la posterior provisión conforme de los productos y servicios.

Para cerrar la brecha, se recomienda precisar el alcance del proceso de diseño y desarrollo, definir los criterios para su aplicación e identificar los productos y servicios sujetos a este. Asimismo, deberá fortalecerse su articulación con el direccionamiento estratégico, las necesidades de las partes interesadas, los riesgos y oportunidades, los objetivos de calidad y la planificación operacional, conservando evidencia objetiva de su implementación, seguimiento y eficacia.

8.3.2 Planificación del diseño y desarrollo

El numeral 8.3.2 – Planificación del diseño y desarrollo comprende un (1) requisito, el cual presenta no presenta cumplimiento (0%) con un nivel de cumplimiento bajo, debido a que no se demostró el cumplimiento integral de los requisitos establecidos en la Norma ISO 9001:2015.

La evaluación realizada permite evidenciar que la Unidad dispone del Procedimiento Diseño y Desarrollo, versión 4, en el cual se contemplan algunos elementos relacionados con la naturaleza, duración y complejidad de las actividades de diseño y desarrollo, las etapas del proceso, las revisiones, la verificación y validación, las responsabilidades, los recursos, las interfaces entre las partes involucradas y la participación de los usuarios. Sin embargo, la evidencia objetiva recopilada durante la auditoría no permitió demostrar que el procedimiento incorpore de manera suficiente y sistemática todos los criterios exigidos por el numeral 8.3.2 de la Norma ISO 9001:2015.

En particular, no se evidencia la definición de los requisitos necesarios para asegurar la provisión posterior de los servicios derivados del proceso de diseño y desarrollo, el nivel de control esperado por las víctimas y demás partes interesadas, ni la información documentada requerida para demostrar que las actividades de planificación del diseño y desarrollo se ejecutan conforme a los requisitos establecidos.

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023 Página 67 de 109

De igual manera, el Procedimiento Diseño y Desarrollo, versión 4, no presenta con la claridad requerida el flujo general de planificación del diseño y desarrollo de los servicios asociados a los procesos misionales del Sistema de Gestión de la Calidad, ni establece de forma explícita la secuencia de actividades que deben ejecutarse desde el inicio del diseño hasta su implementación. Asimismo, no se evidencian criterios documentados que permitan determinar:

- En particular, no se evidencia la definición de los requisitos necesarios para asegurar la provisión posterior de los servicios derivados del proceso de diseño y desarrollo, el nivel de control esperado por las víctimas y demás partes interesadas, ni la información documentada requerida para demostrar que las actividades de planificación del diseño y desarrollo se ejecutan conforme a los requisitos establecidos.
- De igual manera, el Procedimiento Diseño y Desarrollo, versión 4, no presenta con la claridad requerida el flujo general de planificación del diseño y desarrollo de los servicios asociados a los procesos misionales del Sistema de Gestión de la Calidad, ni establece de forma explícita la secuencia de actividades que deben ejecutarse desde el inicio del diseño hasta su implementación. Asimismo, no se evidencian criterios documentados que permitan determinar: Las situaciones descritas limitan la capacidad de la organización para asegurar que las actividades de diseño y desarrollo sean planificadas, ejecutadas y controladas de manera consistente, trazable y conforme con los requisitos de la Norma ISO 9001:2015, incrementando el riesgo de inconsistencias en el diseño de nuevos servicios o en la modificación de los existentes.

En consecuencia, la evaluación determina una brecha alta de cumplimiento, por lo que se requiere actualizar el Procedimiento Diseño y Desarrollo, versión 4, incorporando de manera integral los requisitos establecidos en el numeral 8.3.2 de la Norma ISO 9001:2015; definir claramente el flujo metodológico para la planificación del diseño y desarrollo, las responsabilidades, autoridades, recursos, competencias, controles e información documentada requerida; aplicar el procedimiento actualizado sobre una muestra representativa de diseños y desarrollos vigentes; y conservar evidencia objetiva que demuestre su implementación, seguimiento y eficacia, como soporte para un futuro proceso de certificación del Sistema de Gestión de la Calidad.

8.3.3 Entradas para el diseño y desarrollo

El numeral 8.3.3 – Entradas para el diseño y desarrollo comprende cinco (5) requisitos, de los cuales se evidenció el cumplimiento de cuatro (4), equivalente a un nivel de cumplimiento del 80% y una brecha del 20%.

La evaluación permitió establecer que la Unidad determina y documenta las entradas necesarias para el diseño y desarrollo de los servicios. No obstante, se identificó que las situaciones evidenciadas en la auditoría de cumplimiento generada por la Contraloría General de la República

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023 Página 68 de 109

sobre Retornos y Reubicaciones vigencia 2022-2023, relacionadas con deficiencias en la entrega, verificación, utilización y seguimiento de bienes y equipos destinados a las víctimas, no se encuentran incorporadas de manera explícita, sistemática y verificable como información de entrada para el diseño y desarrollo.

Aunque la Unidad cuenta con normativa, instrumentos operativos, procedimientos y documentos contractuales que orientan la prestación del servicio, se requiere fortalecer la consideración de las posibles consecuencias de las fallas, los riesgos identificados, las lecciones aprendidas y los resultados de auditorías anteriores. Estos elementos deben incorporarse en la definición de los requisitos funcionales, de desempeño, seguimiento, trazabilidad y control del servicio.

En consecuencia, el numeral presenta un nivel de cumplimiento alto del 80%. La brecha identificada no se relaciona con la ausencia general de entradas para el diseño y desarrollo, sino con la insuficiente evidencia de que los riesgos y las fallas detectadas hayan sido analizados e incorporados de manera efectiva en el diseño y mejora de los servicios institucionales.

8.3.4 Controles del diseño y desarrollo

El numeral 8.3.4 – Controles del diseño y desarrollo comprende un (1) requisito, evaluado mediante cinco (5) elementos de control. De estos, se evidenció el cumplimiento de cuatro (4), equivalente a un nivel de cumplimiento del 80% y una brecha del 20%.

La evaluación realizada evidencia que la Unidad ha establecido controles para el proceso de diseño y desarrollo, orientados a asegurar que los resultados obtenidos cumplan con los requisitos definidos antes de su implementación. Para la muestra correspondiente al programa de Esquemas Especiales de Acompañamiento Familiar, se verificó que los requisitos aplicables a la prestación del servicio se encuentran definidos en la normativa vigente, particularmente en la Resolución 1785 de 2021, y se desarrollan mediante los instrumentos operativos, procedimientos y documentos institucionales correspondientes.

Asimismo, se evidenció la definición de los resultados esperados del diseño y desarrollo, la ejecución de revisiones en las etapas pertinentes y la realización de actividades de verificación y validación. No obstante, los riesgos identificados en la auditoría de cumplimiento generada por la Contraloría General de la República sobre Retornos y Reubicaciones vigencia 2022-2023, relacionados con deficiencias en la entrega, verificación, utilización y seguimiento de bienes y equipos destinados a las víctimas, evidencian la necesidad de fortalecer los controles posteriores a la implementación del servicio y demostrar que las observaciones, desviaciones y fallas detectadas son analizadas y tratadas oportunamente.

Si bien estas situaciones corresponden a otro proceso o muestra de evaluación, constituyen información relevante para evaluar la suficiencia y eficacia de los controles aplicados al diseño y desarrollo. En particular, deben considerarse para prevenir la materialización de riesgos similares en los Esquemas Especiales de Acompañamiento Familiar y para fortalecer los controles

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023
		Página 69 de 109

relacionados con la entrega efectiva de los bienes, la verificación de su funcionamiento, el cumplimiento de las obligaciones por parte de los actores involucrados, el seguimiento posterior y la conservación de evidencias.

Los resultados obtenidos reflejan un nivel de cumplimiento alto del 80% en la aplicación de los controles del diseño y desarrollo. La brecha del 20% se relaciona con la insuficiente evidencia sobre la incorporación de los riesgos y las lecciones aprendidas, así como con la trazabilidad del seguimiento y del tratamiento de las desviaciones identificadas durante la prestación del servicio.

Como oportunidad de mejora, se recomienda fortalecer la conservación de la información documentada, asegurando que cada proceso de diseño y desarrollo cuente con evidencia suficiente y trazable de:

- Las revisiones efectuadas.
- Las verificaciones y validaciones realizadas.
- Los responsables que participaron.
- Los resultados obtenidos.
- Los riesgos y desviaciones identificados.
- Las decisiones y acciones adoptadas.
- El seguimiento a la eficacia de las medidas implementadas.

Lo anterior permitirá demostrar la eficacia de los controles, prevenir la reiteración de las situaciones identificadas y facilitar la verificación del cumplimiento durante las auditorías internas y externas.

8.3.5 Salidas del diseño y desarrollo

El numeral 8.3.5 – Salidas del diseño y desarrollo comprende dos (2) requisitos, de los cuales se evidenció el cumplimiento de uno (1), equivalente a un nivel de cumplimiento del 50% y una brecha del 50% frente a los requisitos establecidos en la Norma ISO 9001:2015.

La evaluación realizada evidencia que la Unidad genera y conserva información documentada relacionada con las salidas del proceso de diseño y desarrollo. Para la muestra correspondiente al programa de Esquemas Especiales de Acompañamiento Familiar, se verificó la existencia de instrumentos operativos, procedimientos y documentos que orientan la prestación del servicio y proporcionan información para las etapas posteriores de su ejecución.

No obstante, no se evidenció de manera suficiente, explícita y verificable que todas las salidas del diseño y desarrollo respondan integralmente a los requisitos definidos en las entradas. En particular, se requiere fortalecer la incorporación de criterios funcionales y de desempeño relacionados con la entrega efectiva de bienes y servicios, la verificación de su funcionamiento y

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023 Página 70 de 109

utilización, el seguimiento posterior, la definición de responsabilidades, el tratamiento de las desviaciones y la evaluación de los resultados obtenidos.

Aunque los hallazgos identificados en la auditoría de Retornos y Reubicaciones corresponden a otro proceso o muestra, las deficiencias relacionadas con la entrega, verificación, utilización y seguimiento de bienes y equipos destinados a las víctimas constituyen información relevante sobre las posibles consecuencias de fallas en la prestación del servicio. Por tanto, deben considerarse como insumo para revisar y fortalecer las salidas del diseño y desarrollo de los Esquemas Especiales de Acompañamiento Familiar, con el propósito de prevenir la materialización de situaciones similares.

Los resultados obtenidos reflejan un nivel de cumplimiento medio del 50%. La brecha identificada se relaciona principalmente con la insuficiente trazabilidad entre los requisitos de entrada, los riesgos considerados, las salidas generadas, los criterios de aceptación y las evidencias de revisión y aprobación anteriores a su implementación. En consecuencia, aunque existen productos documentales que soportan la ejecución del servicio, estos deben fortalecerse para demostrar que responden integralmente a las necesidades de las víctimas y demás grupos de valor y que incorporan controles frente a los riesgos y las posibles fallas identificadas.

Como acción de mejora, se recomienda implementar una matriz de trazabilidad que permita relacionar, como mínimo:

- Cada requisito de entrada identificado.
- Los riesgos y las posibles consecuencias de fallas.
- La salida generada para atender cada requisito.
- Las características funcionales y de desempeño esperadas.
- Los criterios de seguimiento, verificación y aceptación.
- Los responsables de la revisión y aprobación.
- La evidencia de autorización anterior a la implementación.
- Los cambios y acciones adoptados frente a desviaciones.

Este fortalecimiento permitirá demostrar la correspondencia entre las entradas y las salidas del diseño y desarrollo, mejorar la gestión del conocimiento institucional y disponer de evidencia objetiva para los procesos de seguimiento, auditoría y certificación del Sistema de Gestión de la Calidad.

8.3.6 Cambios del diseño y desarrollo

El numeral 8.3.6 – Cambios del diseño y desarrollo comprende dos (2) requisitos, de los cuales se evidenció el cumplimiento de uno (1), equivalente a un nivel de cumplimiento del 50% y una brecha del 50% frente a los requisitos establecidos en la Norma ISO 9001:2015.

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023
		Página 71 de 109

La evaluación realizada evidencia que la Unidad dispone de mecanismos para gestionar los cambios que se presentan durante y después del proceso de diseño y desarrollo de los Esquemas Especiales de Acompañamiento Familiar. Asimismo, se verificó la existencia de instrumentos y documentos institucionales mediante los cuales se registran las modificaciones de carácter normativo, técnico, operativo o institucional, junto con algunas de las decisiones y autorizaciones correspondientes.

No obstante, no se evidenció de manera suficiente, sistemática y verificable que todos los cambios sean revisados y evaluados previamente respecto de sus posibles efectos sobre la conformidad y continuidad de los servicios. Tampoco se demostró plenamente que el proceso de gestión de cambios incorpore el análisis de los riesgos, las posibles consecuencias de fallas, los resultados de auditorías anteriores y las lecciones aprendidas derivadas de la operación institucional.

Aunque los hallazgos identificados en la auditoría de Retornos y Reubicaciones corresponden a otro proceso o muestra, las deficiencias relacionadas con la entrega, verificación, utilización y seguimiento de bienes y equipos destinados a las víctimas constituyen información relevante para determinar la necesidad de introducir cambios preventivos en el diseño y desarrollo de los Esquemas Especiales de Acompañamiento Familiar. Su análisis permitiría establecer si se requieren ajustes en los instrumentos operativos, los criterios de entrega y aceptación, la asignación de responsabilidades, los mecanismos de seguimiento y la conservación de las evidencias.

Los resultados obtenidos reflejan un nivel de cumplimiento medio del 50 %. La brecha identificada se relaciona principalmente con la insuficiente trazabilidad entre los riesgos y situaciones detectadas, la necesidad de modificar el diseño del servicio, la evaluación del impacto de los cambios, las autorizaciones otorgadas, su implementación y la verificación posterior de su eficacia. En consecuencia, se recomienda fortalecer la gestión de los cambios durante y después del diseño y desarrollo, asegurando que la información documentada permita identificar:

- El origen y la justificación de cada modificación.
- Los hallazgos, riesgos o cambios normativos que la motivaron.
- El análisis de sus posibles efectos sobre las víctimas y demás grupos de valor.
- La evaluación de su impacto sobre la conformidad y continuidad del servicio.
- Las decisiones adoptadas y las autorizaciones correspondientes.
- Los responsables y plazos de implementación.
- Las acciones necesarias para prevenir efectos adversos.
- Los resultados del seguimiento y la verificación de la eficacia del cambio.

Este fortalecimiento permitirá demostrar que las modificaciones introducidas en los Esquemas Especiales de Acompañamiento Familiar son gestionadas de manera controlada, que responden a los riesgos y lecciones aprendidas y que contribuyen a preservar la conformidad, integridad y eficacia de los servicios institucionales.

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023 Página 72 de 109

8.4 Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente

El numeral 8.4 – Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente comprende ocho (8) requisitos, de los cuales tres (3) presentan cumplimiento y cinco (5) evidencian incumplimiento. En consecuencia, se obtiene un nivel de cumplimiento del 37,5% y una brecha del 62,5%, resultado que refleja un nivel de madurez bajo frente a los requisitos establecidos en la Norma ISO 9001:2015.

La evaluación se realizó sobre una muestra del proceso de Reparación Integral, específicamente en el marco del programa de Esquemas Especiales de Acompañamiento Familiar, aplicando la metodología institucional definida para diagnosticar el nivel de cumplimiento de los requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad.

Se evidenció que la planificación de la prestación del servicio se encuentra soportada, entre otros instrumentos, en la Resolución 1785 de 2021, el Convenio Interadministrativo No. 2544-2025 y el procedimiento institucional aplicable. Asimismo, se identificó la participación de diferentes procesos misionales en la generación y articulación de la oferta institucional: Reparación Integral, con 31 servicios; Dirección de Asuntos Étnicos, con 2; Prevención de Hechos Victimizantes, con 6; Gestión para la Asistencia, con 2; Participación y Visibilización, con 2; Servicio al Ciudadano, con 5; y Dirección de Gestión Interinstitucional, con 14 servicios.

No obstante, la participación de estos procesos en la oferta institucional no significa, por sí misma, que sus productos o servicios sean suministrados externamente. Para la aplicación del numeral 8.4 se requiere identificar expresamente cuáles procesos, productos o servicios son proporcionados por operadores, contratistas, proveedores, entidades territoriales u otras organizaciones externas y determinar los controles aplicables según su naturaleza, importancia y nivel de riesgo.

Los resultados obtenidos evidencian debilidades en la identificación, selección, evaluación, seguimiento y reevaluación de los proveedores externos, así como en la determinación y aplicación de controles que permitan verificar el cumplimiento de los requisitos técnicos, legales, contractuales, operativos y de calidad. Igualmente, se observaron limitaciones en la conservación de información documentada sobre el desempeño de los proveedores y sobre las acciones adoptadas ante incumplimientos o desviaciones.

Los riesgos identificados en la auditoría de Retornos y Reubicaciones, relacionados con deficiencias en la entrega, verificación, utilización y seguimiento de bienes y equipos destinados a las víctimas, constituyen información relevante para evaluar la eficacia de los controles aplicados a los proveedores externos. Aunque estos hallazgos corresponden a otro proceso o muestra, evidencian posibles consecuencias derivadas de controles insuficientes sobre terceros y deben considerarse como insumo para prevenir situaciones similares en los Esquemas Especiales de Acompañamiento Familiar.

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023 Página 73 de 109

En particular, la materialización de estos riesgos puede afectar la capacidad institucional para asegurar que:

- Los bienes y servicios sean entregados de acuerdo con las especificaciones establecidas.
- Las entregas se realicen a los beneficiarios definidos y dentro de los plazos previstos.
- Exista evidencia suficiente sobre la recepción, ubicación, utilización y funcionamiento de los bienes.
- Los operadores, contratistas y demás proveedores cumplan sus obligaciones.
- Las entidades territoriales realicen el seguimiento y reporte correspondiente.
- Las desviaciones sean identificadas, corregidas y verificadas oportunamente.
- Los productos y servicios externos contribuyan al logro de los resultados previstos.

La interacción entre los procesos de Gestión para la Asistencia, Reparación Integral, Relación con el Ciudadano y Registro y Valoración incrementa la necesidad de definir responsabilidades, puntos de control, mecanismos de intercambio de información y criterios comunes para el seguimiento a los proveedores. La ausencia de una articulación efectiva puede generar duplicidad de actuaciones, vacíos de responsabilidad, pérdida de trazabilidad y dificultades para detectar oportunamente incumplimientos.

En consecuencia, se recomienda fortalecer la articulación entre el Sistema de Gestión de la Calidad, el Sistema de Control Interno y las directrices aplicables del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), mediante:

- La identificación y clasificación de los proveedores externos según su impacto y nivel de riesgo.
- La definición de criterios para su selección, evaluación, seguimiento y reevaluación.
- La comunicación clara de los requisitos técnicos, legales, contractuales y de calidad.
- La asignación de responsabilidades entre los procesos que intervienen en la prestación del servicio.
- La implementación de controles sobre la entrega, recepción, utilización y seguimiento de bienes y servicios.
- La conservación de evidencia documentada sobre los controles ejecutados y sus resultados.
- El establecimiento de indicadores, alertas tempranas y acciones frente a incumplimientos.
- La evaluación periódica de la eficacia de los controles y de las acciones de mejora implementadas.

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023
		Página 74 de 109

8.4.1 Generalidades

El numeral 8.4.1 – Generalidades comprende cuatro (4) requisitos, de los cuales uno (1) presenta cumplimiento y tres (3) evidencian incumplimiento, obteniéndose un nivel de cumplimiento del 25% y una brecha de 62,5%. Este resultado evidencia un nivel de madurez bajo frente a los requisitos establecidos en la Norma ISO 9001:2015, y refleja brechas significativas en la gestión y control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente.

La evaluación permite identificar que la Unidad ha establecido algunos mecanismos y lineamientos orientados al control de la provisión externa, mediante los cuales se busca asegurar que los procesos, productos y servicios suministrados por terceros cumplan los requisitos definidos por la organización. Asimismo, se evidenció la existencia de criterios relacionados con la evaluación, selección, seguimiento del desempeño y reevaluación de los proveedores externos, así como mecanismos para conservar información documentada asociada a estas actividades.

No obstante, la evidencia evaluada no permite concluir que dichos mecanismos se encuentren implementados y sean eficaces de manera integral y sistemática, de acuerdo con los requisitos establecidos en el numeral 8.4.1. Las principales brechas se relacionan con la capacidad institucional para demostrar, mediante evidencia objetiva, la aplicación consistente de los controles definidos sobre los proveedores externos y la utilización de los resultados de su evaluación y seguimiento como insumo para la toma de decisiones y la gestión de los riesgos asociados a la provisión externa.

En este sentido, se identifica una debilidad en la trazabilidad entre la evaluación y reevaluación de los proveedores, los resultados obtenidos durante su desempeño, los riesgos materializados o potenciales y las decisiones adoptadas frente a su continuidad, ajuste, suspensión o terminación. Esta situación limita la capacidad de la organización para demostrar que los controles establecidos sobre la provisión externa son proporcionales a los riesgos e impactos que pueden generar los procesos, productos y servicios suministrados por terceros.

De igual manera, resulta necesario fortalecer la articulación entre los controles del Sistema de Gestión de la Calidad y los mecanismos del Sistema de Control Interno, particularmente frente a la identificación, valoración y tratamiento de los riesgos asociados a los proveedores y a los servicios contratados o suministrados externamente. Lo anterior permitirá mejorar la capacidad institucional para prevenir la materialización de riesgos y asegurar la conformidad de los productos y servicios que intervienen en la prestación de los servicios institucionales.

En consecuencia, el resultado del 25% de cumplimiento constituye una brecha significativa frente al numeral 8.4.1 de la ISO 9001:2015, por lo que se requiere implementar acciones de mejora orientadas a fortalecer la aplicación efectiva de los criterios de control de proveedores externos, garantizar la generación y conservación de evidencia objetiva, establecer mecanismos de seguimiento y reevaluación basados en resultados y riesgos, y asegurar que las decisiones

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023
		Página 75 de 109

derivadas del desempeño de los proveedores sean oportunas, documentadas y articuladas con la mejora continua del Sistema de Gestión de la Calidad.

8.4.2 Tipo y alcance del control

El numeral 8.4.2 – Tipo y alcance del control comprende dos (2) requisitos, los cuales presentan un nivel de incumplimiento del 0% evidenciando la no conformidad con los requisitos establecidos en la Norma ISO 9001:2015.

No obstante, la evaluación realizada evidencia la necesidad de fortalecer la articulación entre el tipo y alcance de los controles aplicables a los procesos, productos y servicios suministrados externamente y los controles establecidos para la gestión de los riesgos que pueden afectar el Sistema de Gestión de la Calidad y el Sistema de Control Interno. Esta articulación resulta necesaria para asegurar que los controles definidos sean proporcionales a la naturaleza, criticidad y nivel de riesgo asociado a la provisión externa y que, además, permitan demostrar su eficacia mediante evidencia objetiva.

En este contexto, el Informe de Materialización de Riesgos correspondiente al primer semestre de 2026, elaborado por la Oficina de Control Interno, constituye un referente para analizar el comportamiento y efectividad de los controles institucionales. De acuerdo con los resultados reportados, en los procesos misionales y de apoyo se identificaron 27 controles asociados a riesgos materializados, equivalentes al 5,50% del total de 491 controles adoptados por la entidad.

La distribución de los controles asociados a riesgos materializados evidencia una mayor concentración en los siguientes procesos: Registro y Valoración, con ocho (8) controles, equivalentes al 1,63 % del total de controles institucionales; Relación con el Ciudadano, con seis (6) controles (1,22 %); Gestión para la Asistencia, con cuatro (4) controles (0,81 %); y Dirección Territorial Antioquia, con tres (3) controles (0,61 %). Por su parte, los procesos de Gestión Administrativa, Gestión Documental y Reparación Integral registran dos (2) controles cada uno, equivalentes al 0,41 % del total de controles adoptados por la entidad.

Los resultados anteriores permiten advertir que, si bien existe una estructura institucional de controles, la materialización de riesgos constituye un elemento que debe ser considerado para determinar la pertinencia, suficiencia y eficacia de los controles aplicables a la provisión externa. En consecuencia, resulta necesario asegurar que los controles establecidos respondan de manera efectiva a los riesgos identificados y que su diseño, ejecución, seguimiento y evaluación se encuentren articulados con los requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad.

Particularmente, para los procesos en los cuales intervienen productos, servicios o procesos suministrados externamente, se requiere fortalecer la trazabilidad entre los riesgos identificados, los controles definidos, los resultados de su ejecución, el desempeño de los proveedores y las decisiones adoptadas por los responsables de los procesos. Lo anterior permitirá determinar si los controles existentes son suficientes para prevenir o detectar oportunamente situaciones que

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023
		Página 76 de 109

puedan afectar la conformidad de los productos y servicios y el cumplimiento de los requisitos establecidos.

Por lo anterior, aunque el numeral 8.4.2 presenta un incumplimiento del 100%, se identifica como oportunidad de mejora fortalecer la evaluación de la eficacia de los controles relacionados con la provisión externa, particularmente en aquellos procesos donde se han materializado riesgos. Esto permitirá avanzar de un cumplimiento documental o formal hacia una gestión de controles basada en riesgos, resultados y evidencia objetiva, contribuyendo al fortalecimiento integral del Sistema de Gestión de la Calidad y del Sistema de Control Interno.

8.4.3 Información para los proveedores externos

El numeral 8.4.3 – Información para los proveedores externos comprende dos (2) requisitos, de los cuales uno (1) presenta cumplimiento y uno (1) evidencia incumplimiento. En consecuencia, se obtiene un nivel de cumplimiento del 50% y una brecha del 50 %, correspondiente a un nivel de implementación medio frente a los requisitos establecidos en la Norma ISO 9001:2015.

La evaluación realizada evidencia que la Unidad dispone de instrumentos mediante los cuales comunica a los proveedores externos la información relacionada con los procesos, productos y servicios contratados. Esta información se encuentra contenida, entre otros documentos, en los estudios previos, especificaciones técnicas, convenios, contratos, anexos técnicos, procedimientos y mecanismos de supervisión.

Estos instrumentos incluyen requisitos asociados con el objeto y alcance del servicio, los productos esperados, los métodos de trabajo, los recursos e infraestructura, las competencias del personal, los mecanismos de interacción con la Unidad, las actividades de seguimiento, los criterios de aceptación y las obligaciones de las partes. Por lo anterior, se reconoce cumplimiento respecto de la existencia de mecanismos para comunicar a los proveedores externos los requisitos aplicables.

No obstante, no se evidenció de manera suficiente, sistemática y trazable que la Unidad verifique integralmente la pertinencia, adecuación y coherencia de todos los requisitos antes de comunicarlos a los proveedores externos. Esta situación se relaciona con las brechas identificadas en otros componentes del Sistema de Gestión de la Calidad, particularmente en los numerales 7.4, 8.1, 8.2.3.2, 8.4.1, 8.4.2, 8.5.1, 8.6, 9.1.3 y 10.2.

La articulación de estos resultados permite concluir que la sola inclusión de requisitos en los documentos contractuales no garantiza el cumplimiento integral del numeral 8.4.3. Es necesario demostrar que la información comunicada fue revisada previamente, responde a los riesgos asociados con la provisión externa, es coherente con las necesidades de las víctimas y demás grupos de valor y contiene criterios verificables para el seguimiento, la aceptación, la liberación y el tratamiento de los incumplimientos.

Esta situación adquiere especial relevancia frente a los riesgos identificados en los procesos misionales. Estos riesgos deben incorporarse en la información comunicada a los proveedores mediante requisitos específicos sobre trazabilidad, identificación de beneficiarios, condiciones de

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023 Página 77 de 109

entrega, funcionamiento, utilización, seguimiento posterior, conservación de evidencias y tratamiento de desviaciones.

En consecuencia, la brecha del 50% se relaciona principalmente con la insuficiente evidencia de la revisión y aprobación de los requisitos antes de su comunicación, así como con la falta de trazabilidad entre las necesidades de las víctimas y demás grupos de valor, los requisitos legales y reglamentarios, los riesgos de la provisión externa, los documentos contractuales, los controles de supervisión, los criterios de aceptación, la evaluación del desempeño del proveedor y el tratamiento de los incumplimientos.

Como acción de mejora, se recomienda implementar una lista de verificación o matriz de trazabilidad previa a la contratación y al inicio de la ejecución, mediante la cual se valide la suficiencia y coherencia de los requisitos comunicados al proveedor. Este instrumento deberá identificar el requisito, su fuente, el riesgo asociado, el documento mediante el cual se comunica, el criterio de aceptación, el responsable de verificarlo, la evidencia requerida y el tratamiento aplicable en caso de incumplimiento.

8.5 Producción y prestación del servicio

El numeral 8.5 – Producción y prestación del servicio comprende catorce (14) requisitos, de los cuales ninguno presenta cumplimiento, obteniéndose un nivel de cumplimiento del 0,00%. Este resultado evidencia un nivel de madurez bajo y una brecha significativa frente a los requisitos establecidos en la Norma ISO 9001:2015, lo que requiere fortalecer de manera prioritaria los mecanismos de control asociados a la producción y prestación del servicio.

El resultado obtenido evidencia debilidades en la capacidad institucional para planificar, implementar, controlar y mantener bajo condiciones controladas la prestación de los servicios, así como para demostrar mediante evidencia objetiva el cumplimiento de los requisitos establecidos para los procesos misionales. Esta situación puede afectar la capacidad de la Unidad para asegurar de manera consistente la conformidad de los servicios y el cumplimiento de los resultados previstos del Sistema de Gestión de la Calidad.

En este contexto, resulta necesario fortalecer los controles asociados a las condiciones de prestación del servicio, incluyendo, según corresponda, la disponibilidad de información documentada que defina las características de los servicios y los resultados esperados, la disponibilidad y utilización de los recursos necesarios, la implementación de actividades de seguimiento y medición, la conservación de la información documentada que permita demostrar que los procesos se han ejecutado conforme a lo planificado y la gestión de los cambios que puedan afectar la prestación del servicio.

De igual manera, las brechas identificadas deben analizarse en articulación con los riesgos y controles establecidos por el Sistema de Control Interno, particularmente aquellos relacionados con los procesos misionales que intervienen en la prestación de los servicios institucionales. La materialización de riesgos, la insuficiencia de controles o la falta de evidencia sobre su ejecución

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023 Página 78 de 109

pueden incidir directamente en la capacidad institucional para garantizar la conformidad de los productos y servicios entregados a las partes interesadas.

El bajo resultado obtenido también evidencia la necesidad de fortalecer la trazabilidad de la prestación del servicio, de manera que pueda demostrarse la relación entre los requisitos establecidos, las actividades ejecutadas, los controles aplicados, los resultados obtenidos y las evidencias generadas durante la operación. Esta trazabilidad constituye un elemento fundamental para facilitar el seguimiento, la evaluación de la eficacia de los controles y la identificación oportuna de desviaciones.

En consecuencia, el resultado del 7,14% de cumplimiento constituye una brecha crítica frente al numeral 8.5 de la ISO 9001:2015, por lo que se recomienda formular e implementar acciones correctivas y de mejora orientadas a fortalecer las condiciones de control de la prestación del servicio, revisar la suficiencia y eficacia de los controles existentes, establecer mecanismos de seguimiento y medición y garantizar la disponibilidad de evidencia objetiva que permita demostrar la conformidad de los servicios prestados.

Asimismo, se recomienda priorizar la intervención de los requisitos específicos que presentan incumplimiento, determinando para cada uno la condición identificada, criterio incumplido, causa, efecto o riesgo, control existente, acción requerida, responsable, plazo e indicador de seguimiento, con el propósito de asegurar un tratamiento sistemático de las brechas y contribuir a la eficacia y mejora continua del Sistema de Gestión de la Calidad.

8.5.1 Control de la producción y de la prestación del servicio

El numeral 8.5.1 – Control de la producción y de la prestación del servicio comprende dos (2) requisitos, de los cuales ninguno presenta cumplimiento, obteniéndose un nivel de cumplimiento del 0% y un nivel de incumplimiento del 100%. Este resultado evidencia una brecha crítica y un nivel de madurez bajo frente a los requisitos establecidos en la Norma ISO 9001:2015, particularmente en lo relacionado con la capacidad institucional para asegurar que la producción y prestación del servicio se desarrollen bajo condiciones controladas.

La evaluación evidencia debilidades en la capacidad de la Unidad para demostrar que la prestación de los servicios se encuentra planificada, implementada y controlada de manera sistemática, de acuerdo con los requisitos definidos por la organización y las condiciones establecidas para la prestación de los servicios institucionales.

En este sentido, resulta necesario fortalecer las condiciones de control de la prestación del servicio, asegurando la disponibilidad de información documentada que defina las características de los servicios y los resultados que deben alcanzarse, así como la disponibilidad de los recursos necesarios para la ejecución de las actividades, la implementación de mecanismos apropiados de

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023
		Página 79 de 109

seguimiento y medición y la conservación de evidencia objetiva que permita demostrar que los procesos se han ejecutado conforme a lo planificado.

De igual manera, se requiere fortalecer la trazabilidad entre las actividades ejecutadas, los controles establecidos, los resultados obtenidos y la evidencia documentada, particularmente en los procesos misionales en los cuales se materializan los productos y servicios dirigidos a las partes interesadas. La ausencia o insuficiencia de estos elementos puede limitar la capacidad institucional para detectar oportunamente desviaciones y adoptar acciones frente a situaciones que puedan afectar la conformidad del servicio.

Los resultados deben analizarse igualmente en articulación con el Sistema de Control Interno y la gestión institucional de riesgos, teniendo en cuenta que la existencia de controles asociados a la prestación del servicio no garantiza por sí misma su eficacia. Es necesario demostrar su aplicación, seguimiento y efectividad frente a los riesgos identificados y a las condiciones reales de operación de los procesos.

En consecuencia, el 0% de cumplimiento constituye una brecha crítica frente al numeral 8.5.1 de la ISO 9001:2015, por lo que se recomienda establecer acciones correctivas orientadas a fortalecer y documentar las condiciones bajo las cuales se realiza la prestación del servicio, definir claramente los criterios de control aplicables, establecer mecanismos de seguimiento y medición y garantizar la generación y conservación de evidencia objetiva sobre la ejecución de los controles.

Asimismo, se recomienda que los responsables de los procesos revisen la suficiencia, pertinencia y eficacia de los controles existentes, articulándolos con los riesgos identificados y con los requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad, con el propósito de asegurar que la prestación del servicio se realice bajo condiciones controladas y que las desviaciones sean identificadas y tratadas oportunamente.

8.5.2 Identificación y trazabilidad

El numeral 8.5.2 – Identificación y trazabilidad comprende cuatro (4) requisitos, de los cuales ninguno presenta cumplimiento, obteniéndose un nivel de cumplimiento del 0% y un nivel de incumplimiento del 100%. Este resultado evidencia una brecha crítica frente a los requisitos establecidos en la Norma ISO 9001:2015, particularmente en lo relacionado con la capacidad institucional para identificar las salidas del servicio y asegurar su trazabilidad durante las diferentes etapas de la prestación.

La evaluación realizada evidencia debilidades en los mecanismos establecidos para garantizar la identificación y trazabilidad de los productos y servicios, así como en la disponibilidad de información documentada que permita demostrar el estado de las salidas con respecto a los requisitos de seguimiento y medición establecidos.

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023
		Página 80 de 109

En particular, se observa que el instrumento dispuesto para la identificación y trazabilidad de los productos y servicios no conformes registra como fecha el 13 de diciembre de 2024, sin que se evidencie, con la información evaluada, una actualización posterior que permita demostrar su vigencia frente a las condiciones actuales de operación, los cambios presentados en los procesos y los requisitos aplicables al Sistema de Gestión de la Calidad.

Asimismo, no se evidencia de manera suficiente la existencia de mecanismos sistemáticos de seguimiento, monitoreo y actualización de la información asociada a la identificación y trazabilidad, ni registros que permitan demostrar de manera objetiva la aplicación y eficacia de dichos mecanismos durante la prestación del servicio. Esta situación limita la capacidad institucional para conocer oportunamente el estado de los productos y servicios, identificar desviaciones y realizar el seguimiento correspondiente hasta su tratamiento y cierre.

La ausencia o desactualización de mecanismos de trazabilidad puede incrementar el riesgo de que las salidas no conformes no sean identificadas, controladas y tratadas oportunamente, dificultando establecer su origen, estado, responsable, tratamiento efectuado y resultado obtenido. De igual manera, puede afectar la generación de información confiable para la toma de decisiones, el análisis de causas y la implementación de acciones correctivas y de mejora.

Esta situación debe analizarse en articulación con el Sistema de Control Interno y la gestión institucional de riesgos, considerando que la identificación y trazabilidad constituyen elementos de control relevantes para prevenir la recurrencia de desviaciones y asegurar la conformidad de los productos y servicios. En consecuencia, resulta necesario revisar la pertinencia, suficiencia y eficacia de los controles asociados a este requisito y determinar si responden adecuadamente a los riesgos identificados.

Por lo anterior, el 0% de cumplimiento constituye una brecha crítica frente al numeral 8.5.2 de la ISO 9001:2015, por lo que se recomienda actualizar y formalizar el instrumento de identificación y trazabilidad, establecer responsables y criterios claros para su aplicación, definir mecanismos periódicos de seguimiento y monitoreo y garantizar la conservación de los registros que permitan demostrar objetivamente la trazabilidad de los productos y servicios.

De igual manera, se recomienda fortalecer la articulación entre la identificación y trazabilidad, el control de las salidas no conformes, la gestión de riesgos, el tratamiento de las no conformidades y las acciones de mejora, de manera que la información generada permita realizar seguimiento desde la identificación de la desviación hasta su tratamiento, verificación de eficacia y cierre.

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023
		Página 81 de 109

8.5.3 Propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos

El numeral 8.5.3 – Propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos comprende tres (3) requisitos, de los cuales ninguno presenta cumplimiento, obteniéndose un nivel de cumplimiento del 0% y un nivel de incumplimiento del 100%. Este resultado evidencia una brecha crítica frente a los requisitos establecidos en la Norma ISO 9001:2015, particularmente en lo relacionado con la capacidad institucional para identificar, verificar, proteger y salvaguardar la propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos que se encuentre bajo su control o sea utilizada para la prestación de los servicios.

La evaluación realizada evidencia que no se encuentran establecidos ni implementados mecanismos específicos y sistemáticos asociados a los procedimientos de prestación de los servicios de los procesos misionales, que permitan identificar y controlar la propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos durante el desarrollo de las actividades institucionales.

Esta situación limita la capacidad de la Unidad para demostrar que, cuando corresponda, la propiedad suministrada por clientes o proveedores externos es adecuadamente identificada, verificada, protegida y salvaguardada, así como para establecer las actuaciones que deben adelantarse cuando dicha propiedad se pierda, deteriore o resulte inadecuada para su utilización.

La ausencia de mecanismos formalizados y articulados con los procedimientos de los procesos misionales genera una debilidad en el control operacional y en la trazabilidad de los bienes, documentos, información, datos, recursos u otros elementos que puedan ser proporcionados por partes interesadas para la ejecución de los servicios institucionales. En consecuencia, no se cuenta con evidencia suficiente que permita demostrar la aplicación de controles durante las diferentes etapas de la prestación del servicio.

Esta condición adquiere especial relevancia desde el enfoque de gestión de riesgos, dado que la falta de controles definidos puede incrementar la probabilidad de pérdida, deterioro, uso indebido, alteración o afectación de la propiedad de terceros, así como generar impactos sobre la conformidad de los productos y servicios, la satisfacción de las partes interesadas y el cumplimiento de los requisitos institucionales y legales aplicables.

De igual manera, se identifica la necesidad de fortalecer la articulación entre el Sistema de Gestión de la Calidad y el Sistema de Control Interno, incorporando, cuando resulte aplicable, los riesgos asociados a la propiedad de clientes o proveedores externos dentro de la gestión de riesgos institucional y estableciendo controles preventivos y detectivos que permitan reducir la posibilidad de materialización de dichos riesgos.

En consecuencia, el 0% de cumplimiento constituye una brecha crítica frente al numeral 8.5.3 de la ISO 9001:2015, por lo que se recomienda identificar, para cada proceso misional, los bienes, documentos, información, datos, recursos o demás elementos que puedan considerarse propiedad

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023
		Página 82 de 109

de clientes o proveedores externos y que se encuentren bajo control o sean utilizados durante la prestación de los servicios.

A partir de esta identificación, se recomienda establecer, documentar e implementar mecanismos de control que definan como mínimo los criterios para su recepción, identificación, verificación, protección, conservación, utilización y devolución, así como las responsabilidades frente a su custodia. Asimismo, deberán establecerse las actuaciones y registros correspondientes cuando se presente pérdida, deterioro o cualquier otra situación que afecte la propiedad de terceros, garantizando la conservación de información documentada como evidencia objetiva de las acciones realizadas.

La implementación de estos mecanismos permitirá fortalecer el control operacional, la trazabilidad, la gestión de riesgos y la capacidad de la Unidad para demostrar la conformidad de los servicios, contribuyendo al mejoramiento continuo y a la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad.

8.5.4 Preservación

El numeral 8.5.4 – Preservación comprende un (1) requisito, el cual presenta un nivel de cumplimiento del 0% y un nivel de incumplimiento del 100%, evidenciando una brecha crítica frente a los requisitos establecidos en la Norma ISO 9001:2015.

La evaluación realizada evidencia debilidades en los mecanismos establecidos por la Unidad para asegurar la preservación de las salidas durante prestación del servicio, en las etapas que resulten aplicables, con el propósito de mantener su conformidad con los requisitos establecidos.

En el contexto de los procesos misionales, se identifica la necesidad de determinar de manera clara qué servicios, documentos, información, registros, u otras salidas requieren condiciones específicas de preservación y cuáles son los controles aplicables durante las diferentes etapas de la prestación del servicio. Estos criterios deben encontrarse articulados con los procedimientos institucionales y con las condiciones particulares bajo las cuales se desarrollan las actividades misionales.

La ausencia o insuficiencia de mecanismos formalizados para la preservación puede generar riesgos relacionados con las características de los servicios asociados a los **procesos misionales**, situación que podría comprometer la conformidad de los productos y servicios y afectar la capacidad de la Unidad para garantizar el cumplimiento de los requisitos establecidos.

De igual manera, resulta necesario fortalecer la articulación de este requisito con el Sistema de Control Interno y la gestión institucional de riesgos, de manera que los controles asociados a la preservación respondan a los riesgos identificados en los procesos y permitan prevenir o detectar oportunamente situaciones que puedan afectar la integridad y conformidad de las salidas.

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023
		Página 83 de 109

En consecuencia, el 0% de cumplimiento constituye una brecha crítica frente al numeral 8.5.4 de la ISO 9001:2015, por lo que se recomienda revisar los procedimientos de los procesos misionales y establecer, cuando corresponda, los criterios y controles necesarios para la preservación de las salidas durante las diferentes etapas de la prestación del servicio.

Asimismo, se recomienda definir responsables, condiciones de preservación, mecanismos de seguimiento y evidencia documentada que permitan demostrar la aplicación de los controles establecidos. Estos mecanismos deberán ser proporcionales a la naturaleza de los productos y servicios y a los riesgos asociados a su prestación, con el propósito de garantizar su integridad y conformidad hasta la entrega o finalización de las actividades correspondientes.

La implementación de estas acciones permitirá fortalecer el control operacional, la gestión de riesgos y la trazabilidad de las salidas, contribuyendo a asegurar la conformidad de los productos y servicios y a la mejora continua del Sistema de Gestión de la Calidad.

8.5.5 Actividades posteriores a la entrega

El numeral 8.5.5 – Actividades posteriores a la entrega comprende dos (2) requisitos aplicables, ninguno de los cuales presenta cumplimiento. En consecuencia, se obtiene un nivel de cumplimiento del 0% y una brecha del 100%, resultado que evidencia un nivel de implementación bajo y una brecha crítica frente a los requisitos establecidos en la Norma ISO 9001:2015.

La evaluación realizada evidencia debilidades en la determinación, planificación e implementación de las actividades que deben ejecutarse después de la entrega o finalización de los productos y servicios institucionales. No se dispone de evidencia objetiva suficiente que demuestre que la Unidad haya definido estas actividades teniendo en cuenta los requisitos legales y reglamentarios, las posibles consecuencias no deseadas, la naturaleza y vida útil de los servicios, los requisitos de las víctimas y demás grupos de valor y la retroalimentación recibida.

Asimismo, no se evidenció de manera sistemática la definición de responsables, criterios de seguimiento, mecanismos de monitoreo, periodicidades, fuentes de información y registros que permitan verificar los resultados alcanzados después de la prestación del servicio. Esta situación limita la capacidad institucional para determinar si los productos y servicios mantienen su conformidad, cumplen su finalidad y generan los resultados esperados.

El resultado se articula especialmente con las brechas identificadas en los siguientes numerales: 6.1, 8.2.1, 8.5.1, 8.5.2, 8.5.4, 8.6, 8.7, 9.1.1, 9.1.2, 9.1.3 y 10.2. Lo anterior, debido a que las actividades posteriores requieren considerar los riesgos y posibles efectos no deseados; utilizar la retroalimentación de las víctimas y demás grupos de valor; mantener la identificación, trazabilidad, preservación y control de los servicios; verificar los criterios de aceptación; gestionar las salidas no conformes; evaluar el desempeño y la satisfacción de los usuarios; y aplicar acciones correctivas

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023
		Página 84 de 109

que permitan analizar las causas, evitar la recurrencia de las desviaciones y verificar la eficacia de las medidas implementadas.

Las brechas identificadas en los numerales 8.5.1, 8.5.4, 8.6, 8.7, 9.1.2, 9.1.3 y 10.2, los cuales presentan un cumplimiento del 0%, afectan directamente la capacidad institucional para demostrar la ejecución, seguimiento y eficacia de las actividades posteriores a la entrega.

La materialización de riesgos en los procesos misionales evidencia la necesidad de fortalecer el seguimiento, monitoreo y retroalimentación posterior a la prestación del servicio. La ausencia de estos mecanismos puede impedir la identificación oportuna de desviaciones, limitar la evaluación de los resultados alcanzados y favorecer la recurrencia de situaciones que afecten la conformidad del servicio.

En consecuencia, se recomienda identificar y documentar las actividades posteriores a la entrega aplicables a cada producto o servicio, definiendo:

- Responsables y alcance del seguimiento.
- Requisitos legales y reglamentarios aplicables.
- Riesgos y posibles efectos no deseados.
- Criterios e indicadores de seguimiento.
- Fuentes de información y periodicidad.
- Mecanismos de retroalimentación de los grupos de valor.
- Evidencias requeridas.
- Tratamiento de desviaciones.
- Evaluación de la eficacia de las acciones implementadas.

8.5.6 Control de Cambios

El numeral 8.5.6 – Control de los cambios comprende dos (2) requisitos aplicables, ninguno de los cuales presenta cumplimiento. En consecuencia, se obtiene un nivel de cumplimiento del 0% y una brecha del 100%, resultado que evidencia un nivel de implementación bajo y una brecha crítica frente a los requisitos establecidos en la Norma ISO 9001:2015.

La evaluación realizada evidencia que no se dispone de información documentada suficiente para demostrar que los cambios introducidos durante la producción y prestación de los servicios sean revisados y controlados de manera sistemática. Tampoco se evidencia integralmente que la Unidad analice previamente las consecuencias de los cambios, adopte las medidas necesarias para preservar la conformidad del servicio y determine las responsabilidades y autoridades para su revisión y aprobación.

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023
		Página 85 de 109

La existencia de mecanismos generales para actualizar documentos o comunicar modificaciones no resulta suficiente para demostrar el cumplimiento de este numeral. Se requiere establecer la trazabilidad entre el origen del cambio, su justificación, los riesgos asociados, la evaluación de su impacto, la decisión adoptada, la autorización correspondiente, su implementación y la verificación posterior de los resultados.

El resultado se articula especialmente con los siguientes numerales: 6.1, 7.4, 7.5, 8.1, 8.2.4, 8.3.6, 8.4.3, 8.5.1, 8.6, 8.7, 9.1.3 y 10.2, debido a que todo cambio debe evaluarse considerando sus riesgos, efectos, requisitos aplicables y necesidades de comunicación y documentación. Aunque los numerales 7.5 y 8.2.4 presentan un cumplimiento del 100% y proporcionan mecanismos para documentar, actualizar y comunicar las modificaciones, las brechas identificadas en los numerales 7.4, 8.1, 8.5.1, 8.6, 8.7, 9.1.3 y 10.2 limitan la capacidad institucional para planificar, comunicar, autorizar, implementar y evaluar los cambios; mantener condiciones controladas; verificar los criterios de aceptación; tratar las salidas no conformes; analizar sus efectos; y adoptar acciones correctivas que eliminen las causas de las desviaciones.

La articulación de estos resultados evidencia que, aunque la Unidad cuenta con mecanismos documentales generales, no se demuestra la aplicación efectiva de un control integral de los cambios durante la prestación de los servicios. Esta situación puede generar modificaciones no evaluadas, inconsistencias en la operación, pérdida de trazabilidad, afectación de los resultados y materialización de riesgos.

En consecuencia, se recomienda implementar un registro o matriz institucional para el control de los cambios que contenga, como mínimo:

- Origen y justificación del cambio.
- Proceso, producto o servicio afectado.
- Requisitos modificados.
- Riesgos y posibles consecuencias.
- Evaluación del impacto.
- Documentos que deben actualizarse.
- Responsables de la revisión y aprobación.
- Fecha de autorización e implementación.
- Comunicación a las partes involucradas.
- Resultados de la verificación posterior.
- Acciones derivadas de desviaciones.

8.6 Liberación de los productos y servicios

El numeral 8.6 – Liberación de los productos y servicios comprende cuatro (4) requisitos, de los cuales ninguno presenta cumplimiento, obteniéndose un nivel de cumplimiento del 0% y un nivel

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023
		Página 86 de 109

de incumplimiento del 100%. Este resultado evidencia una brecha crítica frente a los requisitos establecidos en la Norma ISO 9001:2015, relacionada con la capacidad institucional para asegurar que los productos y servicios sean liberados únicamente después de verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos.

La evaluación realizada evidencia debilidades en la definición, implementación y aplicación de controles para la verificación y autorización de la liberación de los productos y servicios, así como en la disponibilidad de información documentada que permita demostrar que se han cumplido los criterios de aceptación y los requisitos establecidos antes de la entrega o finalización de la prestación del servicio.

Esta situación limita la capacidad de la Unidad para demostrar, mediante evidencia objetiva, que los resultados de los procesos misionales han sido verificados y validados previamente a su entrega, y que las personas responsables de autorizar la liberación cuentan con criterios, responsabilidades y registros claramente definidos. En consecuencia, existe el riesgo de que productos o servicios que presenten desviaciones sean liberados sin que se haya efectuado previamente la verificación correspondiente o sin que se haya documentado la autoridad que aprueba su liberación.

La situación adquiere especial relevancia considerando la existencia de hallazgos formulados por la Contraloría General de la República y la materialización de riesgos asociados a procesos misionales, particularmente Reparación Integral, Registro y Valoración, Relación con el Ciudadano y Gestión para la Asistencia. Estas situaciones constituyen elementos que deben ser considerados para evaluar la suficiencia y eficacia de los controles asociados a la verificación, aceptación y liberación de los productos y servicios.

Los resultados identificados pueden generar impactos sobre la gestión de las Direcciones Territoriales, en la medida en que los procesos misionales y sus resultados se materializan y gestionan, en diferentes niveles, a través de estas dependencias. La ausencia de criterios y mecanismos efectivos de liberación puede generar diferencias en la aplicación de controles, dificultades para demostrar la conformidad de los servicios y mayores posibilidades de materialización de riesgos en la operación territorial.

De igual manera, se evidencia la necesidad de fortalecer la articulación entre el Sistema de Gestión de la Calidad, el Sistema de Control Interno y la gestión institucional de riesgos, de manera que los resultados de los hallazgos de auditoría, las situaciones detectadas y los riesgos materializados sean utilizados como insumos para revisar la suficiencia, pertinencia y eficacia de los controles relacionados con la liberación de productos y servicios.

8.7 Control de las salidas no conformes

8.7.1 Identificación, control y tratamiento de las salidas no conformes

8.7.2 Información documentada de las salidas no conformes

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023 Página 87 de 109

El numeral 8.7 – Control de las salidas no conformes comprende seis (6) requisitos ("debes"), de los cuales ninguno presenta cumplimiento, obteniéndose un nivel de cumplimiento del 0 % y un nivel de incumplimiento del 100 %. Este resultado evidencia una brecha crítica frente a los requisitos establecidos en la Norma ISO 9001:2015, particularmente en lo relacionado con la capacidad institucional para identificar, controlar, tratar y realizar seguimiento a las salidas que no sean conformes con los requisitos establecidos.

La evaluación realizada evidencia debilidades en la implementación y efectividad de los mecanismos establecidos para el control de las salidas no conformes, así como en la capacidad institucional para demostrar, mediante evidencia objetiva, las acciones adoptadas frente a los productos o servicios que no cumplen los requisitos definidos durante las diferentes etapas de los procesos misionales.

De acuerdo con la evidencia documental publicada en el Sistema de Gestión de la Calidad, se observa que existen instrumentos para la identificación de salidas no conformes asociados a diferentes procesos institucionales, entre ellos Gestión Interinstitucional, Gestión de la Información, Prevención de Hechos Victimizantes, Gestión para la Asistencia y Participación y Visibilización. No obstante, la evidencia disponible no permite demostrar de manera suficiente la ejecución sistemática y continua de actividades de control, seguimiento, monitoreo, tratamiento y evaluación de la eficacia de las acciones implementadas frente a las salidas no conformes.

En particular, la revisión de la información disponible evidencia que los instrumentos correspondientes a los procesos señalados presentan antecedentes documentales desde 2021, sin que se haya evidenciado de manera suficiente la actualización periódica de la identificación de las salidas no conformes, los resultados de su seguimiento y monitoreo o los registros que permitan demostrar la aplicación efectiva de los controles durante los periodos posteriores. Para el proceso de Reparación Integral, se identifica evidencia con corte a 2025, situación que igualmente requiere ser analizada respecto de la continuidad, actualización y efectividad de los controles implementados.

Esta condición evidencia una debilidad estructural en el ciclo de gestión de las salidas no conformes, toda vez que la identificación de una salida no conforme debe estar acompañada de mecanismos que permitan determinar su tratamiento, conservar información documentada sobre las acciones realizadas, verificar su corrección cuando corresponda y prevenir su entrega o utilización no intencionada. La ausencia de evidencia suficiente sobre estas actividades limita la capacidad institucional para demostrar que las desviaciones son gestionadas de manera oportuna y sistemática.

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023 Página 88 de 109

La situación adquiere especial relevancia considerando la materialización de riesgos asociados a los procesos misionales, dado que las salidas no conformes pueden constituir una manifestación concreta de fallas o debilidades en los controles establecidos para prevenir, detectar y corregir desviaciones. En consecuencia, la falta de seguimiento y monitoreo puede incrementar la probabilidad de recurrencia de situaciones que afecten la conformidad de los productos y servicios y los resultados previstos de los procesos.

Asimismo, se identifica la necesidad de fortalecer la articulación entre el control de las salidas no conformes, la gestión de riesgos, el tratamiento de las no conformidades, las acciones correctivas y el Sistema de Control Interno. Los resultados obtenidos del seguimiento a las salidas no conformes deben constituir una fuente de información para identificar tendencias, analizar causas, evaluar la eficacia de los controles y establecer acciones orientadas a evitar la recurrencia de las desviaciones.

En este sentido, resulta necesario que los responsables de los procesos misionales determinen claramente qué constituye una salida no conforme, cómo debe identificarse, quién es responsable de su control, qué tratamiento debe aplicarse, qué registros deben conservarse y cómo debe verificarse la eficacia de las acciones adoptadas. Estos elementos deben encontrarse articulados con los procedimientos institucionales y con los controles definidos en la matriz de riesgos.

En consecuencia, el 0% de cumplimiento constituye una brecha crítica frente al numeral 8.7 de la ISO 9001:2015, por lo que se recomienda realizar una revisión integral y actualización de la identificación de las salidas no conformes de los procesos misionales, verificando que los instrumentos vigentes respondan a las condiciones actuales de operación y a los requisitos establecidos para los productos y servicios.

De igual manera, se recomienda implementar un mecanismo institucional que permita realizar seguimiento y monitoreo periódico de las salidas no conformes, incluyendo como mínimo: identificación de la desviación, fecha, proceso responsable, requisito incumplido, tratamiento efectuado, responsable de la acción, estado, evidencia del cierre y evaluación de la eficacia cuando corresponda.

Finalmente, se recomienda analizar la información histórica disponible desde 2021 hasta 2025, incluyendo los procesos de Gestión Interinstitucional, Gestión de la Información, Prevención de Hechos Victimizantes, Gestión para la Asistencia, Participación y Visibilización y Reparación Integral, con el propósito de determinar la evolución de las salidas no conformes, establecer posibles recurrencias y relacionarlas con los riesgos materializados, hallazgos de auditoría y debilidades de control identificadas en los procesos misionales.

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023 Página 89 de 109

La implementación de estas acciones permitirá fortalecer el control operacional, la trazabilidad, la gestión de riesgos, el tratamiento de las desviaciones y la mejora continua, reduciendo el riesgo de que productos o servicios no conformes sean entregados o utilizados de manera no intencionada y mejorando la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad.

Ruta estratégica para el cierre de brechas y fortalecimiento del Sistema de Gestión de la Calidad.

Los resultados del capítulo 8 evidencian un nivel de cumplimiento del 27,87 % y una brecha del 72,13 %, lo que ubica la gestión operacional del Sistema de Gestión de la Calidad en un nivel bajo de implementación. En consecuencia, se requiere desarrollar una intervención integral, gradual y priorizada que articule la planificación, ejecución, seguimiento y control de los procesos operacionales con la gestión institucional de riesgos, el Sistema de Control Interno y las directrices de MIPG.

La primera fase de intervención deberá concentrarse en los numerales 8.5, 8.6 y 8.7, debido a sus bajos niveles de cumplimiento y al riesgo que representan para la conformidad de los servicios. Se deberán establecer condiciones controladas para la prestación, criterios de aceptación y liberación, responsables de la verificación y autorización, y mecanismos para identificar, registrar, controlar y tratar las salidas no conformes. También será necesario fortalecer la identificación y trazabilidad, la preservación de las salidas, la protección de los bienes e información de los usuarios, las actividades posteriores a la entrega y el control de los cambios. Los registros generados deberán evidenciar el requisito verificado, los resultados obtenidos, las desviaciones identificadas, el tratamiento aplicado, la autorización correspondiente y la eficacia de las acciones adoptadas.

La segunda fase deberá abordar los numerales 8.1, 8.2 y 8.4. Para ello, se requiere actualizar y consolidar el portafolio institucional de productos y servicios, identificando sus requisitos legales, reglamentarios, técnicos e institucionales, así como los responsables, recursos, riesgos, controles, indicadores y criterios de aceptación. Antes de asumir compromisos, deberá documentarse la capacidad institucional para cumplir los requisitos establecidos y conservarse evidencia de las revisiones, decisiones y cambios realizados. Respecto de los proveedores externos, deberán fortalecerse los criterios para su selección, evaluación, seguimiento y reevaluación, considerando su importancia, impacto y nivel de riesgo.

La tercera fase deberá orientarse al fortalecimiento del numeral 8.3, asegurando que el diseño y desarrollo se encuentre planificado, implementado y controlado de manera sistemática. Se deberá garantizar la trazabilidad entre las necesidades de los grupos de valor, los requisitos de entrada,

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023
		Página 90 de 109

los riesgos, los controles, las salidas, los criterios de aceptación y los cambios introducidos. Asimismo, deberán incorporarse los hallazgos de auditoría, las desviaciones, las consecuencias de posibles fallas y las lecciones aprendidas como insumos para el diseño y mejoramiento de los servicios.

La Oficina Asesora de Planeación, en coordinación con los líderes de los procesos, deberá formular un plan de mejoramiento que incluya acciones, responsables, recursos, productos, plazos, metas, indicadores y evidencias de cumplimiento. El seguimiento deberá verificar no solo la ejecución de las actividades, sino también la eficacia de los controles, la reducción de las desviaciones, la prevención de recurrencias y el mejoramiento de la conformidad de los productos y servicios. La Oficina de Control Interno realizará la evaluación independiente correspondiente, preservando su autonomía frente a las responsabilidades propias de la gestión.

La implementación de esta ruta permitirá fortalecer el control operacional, mejorar la trazabilidad de las decisiones, prevenir la entrega de productos o servicios no conformes, gestionar oportunamente los riesgos y consolidar información objetiva para la toma de decisiones y la mejora continua del Sistema de Gestión de la Calidad.

CAPÍTULO 9. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO NTC - ISO 9001:2015

El nivel de cumplimiento del Capítulo 9 es inferior al 50%, respecto a los requisitos establecidos por la Norma ISO 9001:2015, lo que indica que la entidad se encuentra un 61,54 % por debajo del cumplimiento total de los requisitos evaluados. En consecuencia, es necesario implementar acciones correctivas y de mejora orientadas a fortalecer los procesos de seguimiento y medición, auditorías internas y revisión por la dirección. La reducción de este porcentaje de incumplimiento permite incrementar el nivel de conformidad requerido y avanzar hacia una certificación del Sistema de Gestión de la Calidad bajo la Norma ISO 9001:2015.

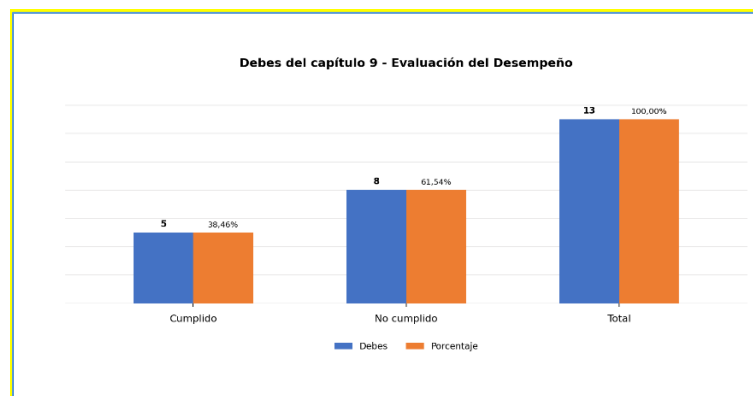
En la Gráfica 7 se presenta el análisis general del Capítulo 9: Evaluación del Desempeño de la Norma ISO 9001:2015. Este capítulo comprende los siguientes apartados:

- **9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación**
 - **9.1.1 Generalidades**
 - **9.1.2 Satisfacción del cliente**
 - **9.1.3 Análisis y evaluación**
- **9.2 Auditoría interna**
 - **9.2.1 Generalidades**

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023 Página 91 de 109

- 9.2.2 Programa de auditoría interna
- 9.3 Revisión por la dirección
- 9.3.1 Generalidades
- 9.3.2 Entradas de la revisión por la dirección
- 9.3.3 Salidas de la revisión por la dirección

Gráfica 7. Debes del capítulo 9 - evaluación del desempeño



Fuente: Herramienta Papel de Trabajo -Evaluación Sistema de Gestión Calidad ISO 9001:2015

Análisis del cumplimiento por numeral

A continuación, en la tabla 9 se muestra el estado de cumplimiento y nivel de brecha del capítulo 9 “Evaluación del desempeño”.

Tabla 9. Estado y nivel de cumplimiento por numeral
Capítulo 9 Evaluación del desempeño – Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015

Numeral	Requisito aplicable	Cumplido	No cumplido	Cumplimiento	Brecha	Nivel de cumplimiento
9.1.1	3	2	1	66.67%	33,33%	Medio
9.1.2	2	0	2	0.00%	100%	Bajo
9.1.3	2	0	2	0.00%	100%	Bajo
9.2.1	1	1	0	100.00%	0,00%	Alta
9.2.2	1	1	0	100.00%	0,00%	Alta
9.3.1	1	0	1	0.00%	100%	Bajo
9.3.2	1	0	1	0.00%	100%	Bajo
9.3.3	2	1	1	50.00%	50,00%	Medio
TOTAL	13	5	8	38.46%	61,54%	Baja

Fuente: Herramienta de Evaluación y Cumplimiento de Debes (ISO 9001:2015) - OCI

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023 Página 92 de 109

El Análisis de la tabla indica que el porcentaje global de cumplimiento del 38,46 % se encuentra por debajo del 50 % establecido en la escala de valoración. En este sentido se recomienda priorizar un plan de acción sobre los numerales con cumplimiento bajo, fortalecer los requisitos con cumplimiento medio para elevarlos a un nivel alto y mantener las prácticas implementadas en los numerales que ya alcanzan el 100%, con el fin de mejorar el desempeño global.

9.1 Seguimiento, Medición, Análisis y Evaluación

9.1.1 Generalidades.

El numeral 9.1.1 comprende tres (3) requisitos, de los cuales dos (2) se cumplen, equivalentes al 66,67%, y uno (1) no se cumple, correspondiente al 33,33%. El incumplimiento se relaciona con el requisito que establece que la organización debe evaluar el desempeño y la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC).

Esta situación se sustenta en que, con posterioridad a la vigencia 2023, no se ha realizado la revisión por la dirección de manera planificada, periódica y documentada. En consecuencia, no se ha efectuado una evaluación integral del desempeño, la eficacia, las oportunidades de mejora, las necesidades de cambio y los recursos requeridos para el fortalecimiento del SGC.

El resultado se articula con los numerales 9.1.3 —Análisis y evaluación— y 9.3 —Revisión por la dirección—, debido a que la información generada por los procesos y las Direcciones Territoriales no se consolida ni analiza sistemáticamente para evaluar el cumplimiento de los objetivos de calidad, el desempeño de los procesos, la satisfacción de los usuarios, la eficacia de los controles y las acciones implementadas frente a riesgos y oportunidades. Asimismo, no se evidencian decisiones documentadas de la alta dirección sobre oportunidades de mejora, cambios en el sistema y necesidades de recursos.

La situación también se relaciona con los numerales 5.1.1 —Liderazgo y compromiso— y 5.3 —Roles, responsabilidades y autoridades—, dado que limita el seguimiento estratégico del SGC, la toma de decisiones basada en evidencia y el ejercicio efectivo de las responsabilidades asignadas.

Adicionalmente, la rotación de personal y la incorporación de nuevos colaboradores han generado brechas en la transferencia del conocimiento y en la apropiación de los lineamientos, procedimientos y controles del SGC. Esta condición se articula con los numerales 7.1.6 —Conocimientos de la organización—, 7.2 —Competencia—, 7.3 —Toma de conciencia— y 7.4 —Comunicación—, y puede afectar la continuidad, implementación y seguimiento del sistema.

En consecuencia, se requiere reactivar la revisión por la dirección, consolidar y analizar periódicamente la información sobre el desempeño del SGC y documentar las decisiones y acciones derivadas. Asimismo, deben fortalecerse los mecanismos de inducción, reinducción, formación,

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023
		Página 93 de 109

comunicación y transferencia del conocimiento, con el propósito de asegurar la continuidad, eficacia y mejora del Sistema de Gestión de la Calidad.

9.1.2 Satisfacción del cliente.

El numeral 9.1.2 comprende dos (2) requisitos obligatorios relacionados con el seguimiento de la percepción del cliente. De acuerdo con la evaluación realizada, ninguno de los requisitos presenta evidencia objetiva suficiente de cumplimiento, por lo que se determina un nivel de incumplimiento del 100%.

Los requisitos no conformes corresponden a la obligación de realizar seguimiento a la percepción de los clientes respecto del grado en que se satisfacen sus necesidades y expectativas, así como de definir y aplicar métodos para obtener, analizar, revisar y efectuar seguimiento a esta información.

La entidad ha establecido diferentes mecanismos para conocer la percepción de las víctimas, los grupos de valor y demás partes interesadas, entre los cuales se encuentran las encuestas de satisfacción, el análisis de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias —PQRS—, la retroalimentación recibida mediante los canales de atención y los ejercicios de participación ciudadana. Estos instrumentos constituyen fuentes pertinentes para recopilar información sobre la experiencia de los usuarios y su nivel de satisfacción con los productos y servicios institucionales.

No obstante, durante la auditoría no se presentó evidencia objetiva, suficiente y verificable que demostrara la aplicación sistemática de estos mecanismos ni la consolidación, análisis y seguimiento periódico de sus resultados. Tampoco se evidenciaron informes integrales, series históricas, indicadores, análisis de tendencias o registros de seguimiento que permitieran establecer la evolución de la satisfacción de los usuarios, identificar variaciones relevantes y comparar los resultados entre procesos, servicios, canales de atención, periodos o Direcciones Territoriales.

La existencia de encuestas, canales de atención y otros instrumentos de recolección de información no demuestra, por sí sola, el cumplimiento del requisito. Para acreditar su implementación, se requiere evidenciar que la información obtenida es recopilada con una periodicidad definida, validada, consolidada, analizada y comunicada a los responsables de los procesos y a la alta dirección. Asimismo, debe demostrarse que sus resultados se utilizan para identificar necesidades y expectativas, determinar causas de insatisfacción, formular acciones de mejora y verificar posteriormente la eficacia de las medidas adoptadas.

La brecha identificada se relaciona con el numeral 5.1.2 —Enfoque al cliente—, debido a que la falta de información consolidada sobre la percepción de los usuarios limita la capacidad de la alta dirección para mantener el enfoque hacia el aumento de su satisfacción. También se articula con el

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023 Página 94 de 109

numeral 9.1.3 —Análisis y evaluación—, puesto que los resultados obtenidos mediante los mecanismos de retroalimentación deben constituir un insumo para evaluar el desempeño y la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad.

De igual manera, esta información debe incorporarse como entrada de la revisión por la dirección, de conformidad con el numeral 9.3.2, y emplearse para determinar oportunidades de mejora, según lo establecido en el numeral 10.1. La ausencia de consolidación y análisis impide establecer la trazabilidad entre la percepción de los usuarios, las decisiones institucionales y las acciones implementadas para mejorar los productos, servicios y procesos.

En consecuencia, la entidad no demuestra que efectúe un seguimiento sistemático al nivel de satisfacción de las víctimas y demás partes interesadas, ni que utilice sus resultados para evaluar el desempeño del SGC y orientar la toma de decisiones. Esta situación limita la capacidad institucional para identificar tendencias, anticipar riesgos de insatisfacción, reconocer necesidades emergentes y establecer oportunidades de mejora sustentadas en datos objetivos.

Para el cierre de la brecha, se requiere definir e implementar una metodología institucional que establezca, como mínimo, las fuentes de información, métodos de recolección, responsables, periodicidad, criterios de medición, indicadores, metas, mecanismos de consolidación y análisis, instancias de reporte y evidencias que deben conservarse. Asimismo, deberán documentarse las decisiones y acciones derivadas de los resultados, realizar seguimiento a su ejecución y evaluar su eficacia frente al mejoramiento de la satisfacción de los usuarios y del desempeño del Sistema de Gestión de la Calidad.

9.1.3 Análisis y evaluación

El numeral 9.1.3 comprende dos (2) requisitos obligatorios relacionados con el análisis y la evaluación de la información obtenida mediante el seguimiento y la medición. La evaluación determinó un incumplimiento del 100%, al no identificarse evidencia objetiva suficiente para demostrar su aplicación.

Los requisitos no conformes corresponden a la obligación de analizar y evaluar los datos obtenidos y utilizar sus resultados para valorar la conformidad de los productos y servicios, la satisfacción del cliente, el desempeño y la eficacia del SGC, la eficacia de la planificación, la gestión de riesgos y oportunidades, el desempeño de los proveedores externos y las oportunidades de mejora.

Aunque los procesos de la cadena de valor y las Direcciones Territoriales generan información sobre actividades, indicadores, metas, riesgos y controles, no se evidenció su consolidación, integración y análisis sistemático en el ámbito general del SGC.

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023
		Página 95 de 109

La disponibilidad de información por proceso no demuestra el cumplimiento del requisito. Es necesario que los datos se validen, consoliden, comparen y analicen periódicamente para identificar tendencias, desviaciones, recurrencias y posibles causas que afecten el desempeño institucional.

En particular, no se evidenciaron análisis integrales sobre el cumplimiento de los objetivos de calidad, la conformidad de los servicios, la satisfacción de los usuarios, el desempeño de los procesos, la eficacia de los controles, la gestión de riesgos y oportunidades, el desempeño de los proveedores externos y las necesidades de mejora.

La brecha se articula con los numerales 9.1.1 y 9.1.2, debido a que limita la evaluación del desempeño y la eficacia del SGC, así como el análisis de la información relacionada con la satisfacción de las víctimas, los grupos de valor y demás partes interesadas.

Asimismo, se relaciona con los numerales 6.2, 8.4, 8.6 y 8.7, dado que la información generada debe utilizarse para evaluar el cumplimiento de los objetivos de calidad, el desempeño de los proveedores, la conformidad de los productos y servicios y el tratamiento de las salidas no conformes.

Los resultados del análisis y la evaluación constituyen una entrada para la revisión por la dirección, conforme al numeral 9.3.2. Su ausencia limita la capacidad de la alta dirección para evaluar integralmente el SGC y adoptar decisiones sobre mejoras, cambios y necesidades de recursos.

La situación también se articula con los numerales 10.1 y 10.2, debido a que la falta de análisis sistemático dificulta identificar oportunidades de mejora, establecer las causas de las desviaciones y evaluar la eficacia de las acciones correctivas implementadas.

En consecuencia, la entidad no demuestra que utilice sistemáticamente los datos generados por sus procesos para evaluar el desempeño y la eficacia del SGC. Esta condición limita la toma de decisiones basada en evidencia, la identificación oportuna de desviaciones y la mejora continua.

Para cerrar la brecha, se requiere implementar una metodología institucional que defina las fuentes de información, responsables, periodicidad, criterios de validación, indicadores, métodos de análisis, instancias de revisión y mecanismos para documentar las decisiones adoptadas.

Finalmente, se recomienda elaborar informes periódicos que integren los resultados de los procesos nacionales y territoriales, los objetivos de calidad, la satisfacción de los usuarios, la gestión de riesgos, las no conformidades, los proveedores externos y las auditorías. Estos informes deberán servir como entrada para la revisión por la dirección y permitir el seguimiento de las acciones implementadas.

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023 Página 96 de 109

9.2 Auditorías internas

El numeral 9.2 comprende dos (2) requisitos obligatorios relacionados con la realización de auditorías internas a intervalos planificados y con la planificación, establecimiento, implementación y mantenimiento de un programa de auditoría. De acuerdo con la evidencia examinada, ambos requisitos presentan cumplimiento, equivalente al 100%.

La conformidad se sustenta principalmente en la verificación interna realizada durante la presente vigencia por la Oficina de Control Interno, cuyo propósito es determinar el grado de cumplimiento de los requisitos obligatorios establecidos en la NTC-ISO 9001:2015 y su Enmienda 1:2024. Este ejercicio constituye una evaluación independiente, planificada y documentada del Sistema de Gestión de la Calidad.

Para su desarrollo se dispuso de un programa y una planeación específica que definieron el objetivo, alcance, criterios de evaluación, periodo objeto de análisis, cronograma, equipo evaluador, responsabilidades y metodología aplicable. Asimismo, se utilizó una herramienta de verificación para identificar y valorar los requisitos obligatorios de la norma, recopilar las evidencias aportadas y determinar su nivel de cumplimiento.

La verificación comprendió la solicitud, recopilación, revisión, validación y análisis de información documentada; la evaluación de las evidencias suministradas por los responsables; la aplicación de criterios técnicos; y la consolidación de los resultados. Como producto del ejercicio se elaboró el presente informe, en el cual se documentan los requisitos cumplidos y no cumplidos, los porcentajes de conformidad, las brechas identificadas y las recomendaciones para fortalecer el SGC.

En consecuencia, la entidad demuestra que realizó una auditoría o verificación interna orientada específicamente a evaluar el Sistema de Gestión de la Calidad, con criterios basados en la NTC-ISO 9001:2015. Por tanto, la valoración del numeral no se sustenta únicamente en las auditorías de gestión desarrolladas en el marco de MIPG, sino en la ejecución efectiva y documentada de esta verificación específica.

Las auditorías de gestión realizadas conforme a MIPG complementan este ejercicio, debido a que evalúan el desempeño de los procesos, la administración de riesgos, la eficacia de los controles y el cumplimiento de los objetivos institucionales. Su articulación con esta verificación realizada al SGC permite ampliar la cobertura, aprovechar los resultados disponibles y evitar duplicidades, siempre que se definan expresamente los criterios y requisitos de calidad que serán objeto de evaluación.

La verificación efectuada demuestra que la entidad dispone de los elementos necesarios para planificar, ejecutar, documentar y comunicar los resultados de una evaluación interna del sistema.

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023
		Página 97 de 109

En consecuencia, se evidencia el cumplimiento de los requisitos del numeral 9.2, sustentado en la existencia de la planeación de la auditoría, la herramienta de verificación, la definición de criterios y alcance, la asignación de responsabilidades, la recopilación y análisis de evidencias y la emisión del informe de resultados. Se recomienda mantener este ejercicio dentro del Plan Anual de Auditoría, con una periodicidad definida y un enfoque basado en riesgos, para evaluar la evolución del SGC y verificar el cierre de las brechas identificadas.

9.3 Revisión por la dirección

9.3.1 Generalidades

Este numeral comprende un (1) requisito, el cual incumple al 100%.

Al evaluar el cumplimiento del numeral, el equipo auditor no evidencia su cumplimiento. Si bien la entidad dispone de información generada por las diferentes dependencias, conforme a los soportes registrados y presentados durante la auditoría, no se demuestra que la alta dirección realice la revisión del Sistema de Gestión de la Calidad de manera planificada, periódica y documentada, con el fin de asegurar su conveniencia, adecuación, eficacia y alineación con la dirección estratégica de la entidad.

Se evidencia que la última revisión por la dirección fue realizada en el año 2023; sin embargo, no se identifican evidencias que demuestren la implementación de las recomendaciones o decisiones derivadas de dicho ejercicio, ni la realización de revisiones posteriores que permitan verificar la continuidad y eficacia del proceso. La disponibilidad de información proveniente de las diferentes dependencias no constituye, por sí sola, evidencia del cumplimiento del requisito, ya que no se observa un ejercicio formal de revisión por la dirección en el que la alta dirección evalúe de manera integral el desempeño del Sistema de Gestión de la Calidad para asegurar su conveniencia, adecuación, eficacia y alineación con la dirección estratégica de la entidad.

En consecuencia, el proceso auditado no demuestra el cumplimiento de lo establecido en el numeral 9.3.1 de la Norma ISO 9001:2015, al no evidenciar que la revisión por la dirección se realice a intervalos planificados como un mecanismo sistemático para garantizar la eficacia y sostenibilidad del Sistema de Gestión de la Calidad.

9.3.2 Entradas de la revisión por la dirección

Este numeral comprende un (1) requisito, el cual incumple al 100%.

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023 Página 98 de 109

No se evidencia el cumplimiento del numeral, toda vez que la entidad no ha realizado el ejercicio de revisión por la dirección desde el año 2023, situación que impide demostrar que la alta dirección haya efectuado un análisis periódico, integral y sistemático de las entradas requeridas para evaluar la conveniencia, adecuación, eficacia y alineación del Sistema de Gestión de la Calidad. La ausencia de este ejercicio no permite verificar que la alta dirección haya consolidado y analizado de manera articulada la información para conocer el desempeño del sistema y establecer decisiones orientadas a su mantenimiento, fortalecimiento y mejora continua.

En consecuencia, no existe evidencia objetiva de que la revisión por la dirección incorpore la totalidad de las entradas establecidas en el numeral 9.3.2, entre ellas el *“estado de las acciones derivadas de revisiones previas, los cambios en las cuestiones internas y externas que afectan al Sistema de gestión de la calidad, la información sobre el desempeño y la eficacia del sistema, el grado de cumplimiento de los objetivos de la calidad, el desempeño de los procesos, los resultados del seguimiento y la medición, las auditorías, no conformidades y acciones correctivas, la satisfacción de los usuarios y demás partes interesadas, el desempeño de los proveedores externos, la adecuación de los recursos, la eficacia de las acciones implementadas para abordar riesgos y oportunidades y las oportunidades de mejora”*.

La falta de realización de la revisión por la dirección durante las vigencias posteriores a 2023 limita la capacidad de la alta dirección para ejercer el seguimiento estratégico del Sistema de Gestión de la Calidad, evaluar de manera integral su desempeño, identificar desviaciones, determinar la eficacia de las acciones implementadas y adoptar decisiones oportunas basadas en información consolidada y suficiente. Esta situación afecta el sistema, debilita el enfoque de mejora previsto por la Norma ISO 9001:2015 y no permite demostrar el cumplimiento del requisito relacionado con las entradas que deben ser objeto de análisis durante la revisión por la dirección.

9.3.3 salidas de la revisión por la dirección

Este numeral comprende dos (2) requisitos, evidenciando incumplimiento del 50% del requisito relacionado con las “salidas de la revisión por la dirección donde deben establecer las decisiones y acciones relacionadas con las oportunidades de mejora, necesidad de cambio en el SGC y las necesidades de recursos”.

No se evidencia el cumplimiento del numeral, debido a que la entidad no ha realizado la revisión por la dirección desde el año 2023, situación que no permite demostrar la generación de resultados derivados del análisis efectuado por la alta dirección respecto al desempeño del Sistema de Gestión de la Calidad y su capacidad para cumplir con los objetivos institucionales.

La ausencia de este instrumento de revisión por la dirección impide verificar que la entidad haya establecido conclusiones, decisiones y acciones orientadas al fortalecimiento del sistema, incluyendo la identificación de oportunidades de mejora, la determinación de necesidades de

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023 Página 99 de 109

cambio, la definición de acciones para optimizar el desempeño de los procesos y la identificación de los recursos requeridos para garantizar su sostenibilidad, adecuación y eficacia. De igual manera, no se cuenta con evidencia objetiva que permita establecer la trazabilidad entre las decisiones adoptadas por la alta dirección y las acciones implementadas para mejorar la gestión institucional, fortalecer la operación de los procesos y mejorar la prestación de los servicios dirigidos a los usuarios y partes interesadas, incluyendo las víctimas como población objeto de atención de la entidad.

En este sentido, no se demuestra que la revisión por la dirección haya generado resultados concretos que permitan orientar la mejora continua del Sistema de Gestión de la Calidad, establecer prioridades institucionales, definir responsables, gestionar los recursos necesarios y realizar seguimiento a los compromisos derivados de las decisiones adoptadas por la alta dirección. La falta de estas salidas limita la capacidad de la organización para evidenciar que las decisiones estratégicas relacionadas con el sistema se traduzcan en acciones planificadas, medibles y verificables que contribuyan al cumplimiento de los objetivos de calidad y al mejoramiento continuo del desempeño institucional.

Ruta estratégica para el cierre de brechas y fortalecimiento del Sistema de Gestión de la Calidad.

La ruta estratégica para el cierre de brechas del Capítulo 9 debe orientarse a incrementar el cumplimiento actual del 38,46% y reducir la brecha identificada del 61,54%. Para ello, la entidad deberá formular e incorporar al plan de mejoramiento institucional acciones con responsables, recursos, plazos, indicadores y evidencias verificables, articuladas con MIPG, la planeación institucional, la gestión de riesgos y los objetivos de calidad.

En materia de seguimiento, medición, análisis y evaluación, se requiere establecer una metodología institucional que permita consolidar y analizar periódicamente la información de los procesos y Direcciones Territoriales. Esta metodología deberá incluir indicadores, metas, fuentes, responsables y periodicidad, así como integrar los resultados relacionados con satisfacción de los usuarios, PQRS, objetivos de calidad, riesgos, controles, proveedores, no conformidades, auditorías y acciones correctivas, con el propósito de sustentar la toma de decisiones.

La alta dirección deberá reactivar y realizar periódicamente la revisión del SGC, incorporando todas las entradas exigidas por la NTC-ISO 9001:2015. Como resultado, deberán documentarse las decisiones sobre oportunidades de mejora, cambios necesarios, asignación de recursos y fortalecimiento de los procesos, definiendo para cada compromiso responsables, fechas, indicadores y mecanismos de seguimiento. Igualmente, será necesario fortalecer la inducción,

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023 Página 100 de 109

reinducción, formación y transferencia del conocimiento para mitigar los efectos de la rotación del personal.

Finalmente, la Oficina de Control Interno deberá mantener la evaluación del SGC dentro del Plan Anual de Auditoría, con enfoque basado en riesgos, para verificar la implementación y eficacia de las acciones. Una brecha solo podrá declararse cerrada cuando exista evidencia de la aprobación, ejecución, seguimiento y efectividad de las medidas adoptadas, permitiendo avanzar progresivamente hacia la conformidad integral, la mejora continua y una eventual certificación del Sistema de Gestión de la Calidad.

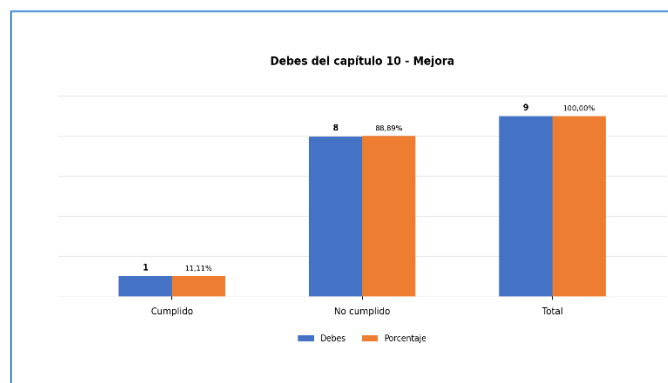
CAPÍTULO 10. MEJORA NTC - ISO 9001:2015

El resultado global del Capítulo 10 corresponde a un cumplimiento del 11,11%, debido a que solo uno (1) de los nueve (9) requisitos aplicables fue valorado como cumplido. En consecuencia, se presenta una brecha del 88,89%, lo cual ubica el capítulo en un nivel de cumplimiento bajo.

La Gráfica 8 presenta el análisis general del Capítulo 10 (Mejora) de la Norma ISO 9001:2015. Este capítulo comprende los siguientes apartados:

- **10.1 Generalidades**
- **10.2 No conformidad y acción correctiva**
- **10.3 Mejora continua**

Gráfica 8. Debes del capítulo 10 - Mejora



Fuente: Herramienta Papel de Trabajo -Evaluación Sistema de Gestión Calidad ISO 9001:2015

La gráfica muestra el resultado de la evaluación de los requisitos obligatorios establecidos en el Capítulo 10 “Mejora” de la Norma ISO 9001:2015, donde se analiza un total de nueve (9) requisitos

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023 Página 101 de 109

asociados a la mejora continua, tratamiento de no conformidades y acciones correctivas. Del total evaluado, se evidencia que 1 requisito cumple con el 11,11%, mientras que ocho (8) requisitos incumplen, equivalente a un 88,89%. Este resultado identifica una brecha en la implementación de prácticas orientadas al fortalecimiento y sostenibilidad del Sistema de Gestión de la Calidad.

Los numerales 10.1 —Generalidades— y 10.2 —No conformidad y acción correctiva— presentan un nivel de cumplimiento del 0%, debido a que durante la evaluación no se aportaron evidencias objetivas, suficientes y verificables que demostraran la aplicación efectiva de los requisitos correspondientes. En particular, se identifican debilidades en la detección y gestión de las no conformidades, el análisis de sus causas, la definición y ejecución de acciones correctivas, el seguimiento a su implementación y la evaluación de su eficacia.

Frente al porcentaje de incumplimiento identificado, la entidad deberá fortalecer los mecanismos asociados a la mejora mediante la implementación de instrumentos institucionales para el registro, tratamiento y seguimiento de hallazgos y no conformidades. Estos instrumentos deberán garantizar la trazabilidad de las acciones correctivas, la identificación y eliminación de las causas que originan las desviaciones, la prevención de su recurrencia y la verificación documentada de la eficacia de las medidas implementadas, tanto en los procesos del nivel nacional como en las Direcciones Territoriales.

En consecuencia, se recomienda formular acciones orientadas a subsanar las brechas identificadas, definiendo responsables con competencias y autoridades claramente establecidas, recursos necesarios, plazos de ejecución, productos esperados e indicadores que permitan medir el avance y la efectividad de las acciones. Asimismo, deberá conservarse información documentada que demuestre el tratamiento de las no conformidades, el análisis de causas, las decisiones adoptadas y los resultados de la evaluación de eficacia.

Por su parte, el numeral 10.3 —Mejora continua— alcanza un nivel de cumplimiento del 50%, sustentado en los avances evidenciados en la definición e implementación de mecanismos dirigidos al fortalecimiento del desempeño del SGC. Se recomienda mantener, documentar y fortalecer estas prácticas, asegurando su sostenibilidad mediante el seguimiento periódico, el análisis de los resultados y la incorporación sistemática de oportunidades de mejora que contribuyan a la evolución y eficacia continua del sistema.

Análisis del cumplimiento por numeral

A continuación, en la tabla 10 se muestra el estado de cumplimiento y nivel de brecha del capítulo 10 “Mejora”.

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023 Página 102 de 109

Tabla 10. Estado y nivel de cumplimiento por numeral
Capítulo 10 Mejora – Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015

Numeral	Requisitos aplicables	Cumplido	No cumplido	Cumplimiento	Brecha	Nivel de cumplimiento
10.1	3	0	3	0.00%	100%	Bajo
10.2	4	0	4	0.00%	100%	Bajo
10.3	2	1	1	50,00%	50%	Medio
TOTAL	9	1	8	11,11%	88,89%	Bajo

Fuente: Herramienta de Evaluación y Cumplimiento de Debes (ISO 9001:2015) - OCI

10.1 Generalidades.

Comprende tres (3) requisitos. Los cuales presentan un incumplimiento del 100%. Los requisitos no conforme corresponden a que "La entidad debe identificar y elegir las oportunidades de mejora e implementar las acciones para cumplir los requisitos del cliente y aumentar la satisfacción del cliente. Para ello, debe enfocarse en la mejora de los productos y servicios para cumplir los requisitos, así como responden a las necesidades y expectativas, Corregir, prevenir o reducir los efectos y mejora el desempeño del SGC".

Durante la auditoría se identifica que no se cuenta con evidencia objetiva que demuestre que, mediante la revisión por la dirección u otros mecanismos establecidos por la entidad, haya identificado, evaluado y seleccionado oportunidades de mejora orientadas al cumplimiento de los requisitos del cliente y al incremento de su satisfacción. Como evidencia, el auditado únicamente presenta el mapa de riesgos y un correo emitido por la Oficina de Control Interno (OCI) relacionado con el seguimiento a los planes.

Si bien la entidad dispone de información proveniente de los procesos y de las Direcciones Territoriales, derivada del análisis de PQRS, encuestas de satisfacción, auditorías internas, revisión de indicadores y mesas de trabajo. Durante la auditoría no se evidencia registros que demuestren que dicha información haya sido utilizada para identificar oportunidades de mejora, implementar acciones orientadas a mejorar los productos y servicios, corregir o prevenir efectos no deseados, o fortalecer el desempeño y la eficacia del SGC, conforme a lo establecido en el numeral 10.1 de la ISO 9001:2015.

Asimismo, no se presentan evidencias que permitan demostrar la evaluación de la eficacia de las acciones de mejora implementadas ni el seguimiento a los resultados obtenidos, limitando la capacidad de evidenciar la mejora continua del Sistema.

En consecuencia, no se demuestra el cumplimiento de los requisitos establecidos en el numeral 10.1 de la Norma ISO 9001:2015, al no evidenciar que la entidad haya determinado e implementado de manera oportuna mejoras, ni que haya evaluado la eficacia de las acciones

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023 Página 103 de 109

adoptadas (revisión por la dirección y otros) para mejorar el desempeño y la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad.

10.2 No conformidad y acción correctiva

Este numeral comprende cuatro (4) requisitos. Los cuales presentan un incumplimiento del 100 %. Los requisitos no conforme corresponden a: " Cuando se presenta una no conformidad, incluso si es originada por quejas, la organización responde, establece acciones para controlarla y corregirla, hace frente a las consecuencias, evalúa las necesidades, revisa, identifica las causas, implementan las acciones, verifica la eficacia y actualiza los riesgos y oportunidades definidos durante la planificación. Así mismo hacer cambios al SGC y las acciones correctivas deben ser adecuadas a los efectos de las no conformidades encontradas".

De acuerdo con la evaluación realizada, se evidencia que, aunque se cuenta con un procedimiento establecido para la identificación, tratamiento y seguimiento de las no conformidades, así como con una herramienta tecnológica para su gestión y seguimiento, no se dispone de evidencia objetiva suficiente que demuestre la aplicación integral del requisito.

Durante la auditoría se evidencia que los auditados conocen el procedimiento establecido y se presenta información relacionada con la identificación de 13 no conformidades asociadas al seguimiento de indicadores; sin embargo, no se evidencian registros que permitan demostrar el análisis de causas, las correcciones implementadas y la verificación de la eficacia de las acciones tomadas, entre otros aspectos requeridos por la norma.

Adicionalmente, no se evidencia un análisis que permita determinar la recurrencia de no conformidades similares, la relación con las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias (PQRSD), ni la evaluación de riesgos materializados que presentan comportamientos repetitivos. Tampoco se cuenta con evidencia de las acciones implementadas para prevenir la recurrencia de dichas situaciones.

En consecuencia, no se demuestra el cumplimiento integral de los requisitos establecidos en el numeral 10.2 de la Norma ISO 9001:2015, debido a que no se cuenta con evidencia suficiente que permita verificar la gestión efectiva de las no conformidades, la implementación de acciones correctivas y la evaluación de su eficacia.

10.3 Mejora continua

Este numeral comprende dos (2) requisitos obligatorios orientados a que la entidad mejore continuamente la conveniencia, adecuación y eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad —SGC—. Asimismo, exige considerar los resultados del análisis y la evaluación, así como las salidas de la revisión por la dirección, para determinar las necesidades y oportunidades que deben abordarse como parte de la mejora continua. De acuerdo con la evidencia examinada, se establece el

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023 Página 104 de 109

cumplimiento de uno (1) de los dos (2) requisitos, equivalente al 50%, y una brecha de cumplimiento del 50%.

El requisito cumplido corresponde a la implementación de acciones dirigidas al fortalecimiento y mejora del SGC. Como evidencia se identificó el desarrollo y puesta en funcionamiento del aplicativo SIPLAN+, particularmente en los componentes relacionados con el seguimiento de los controles definidos en el mapa de riesgos institucional, la gestión de los planes de acción y el monitoreo de los resultados del FURAG. Esta herramienta contribuye a mejorar la disponibilidad, integración y trazabilidad de la información, así como a fortalecer el seguimiento de la gestión y el desempeño institucional.

La brecha corresponde al requisito de considerar sistemáticamente los resultados del análisis y la evaluación, junto con las salidas de la revisión por la dirección, para determinar las necesidades y oportunidades de mejora. Durante la verificación no se evidenció una metodología documentada que permita demostrar la integración de estas fuentes de información ni su utilización en la formulación, priorización, implementación y evaluación de las mejoras del SGC. Esta situación se relaciona, además, con la ausencia de revisiones por la dirección posteriores a 2023, lo cual limita la disponibilidad de uno de los insumos expresamente requeridos por la norma.

Se recomienda mantener y fortalecer las funcionalidades implementadas en SIPLAN+, documentar las mejoras derivadas de su utilización y establecer un mecanismo que articule los resultados del seguimiento y la medición con las decisiones de la alta dirección. Asimismo, deberán definirse responsables, plazos e indicadores para evaluar la implementación y eficacia de las mejoras, y divulgar sus resultados en los procesos del nivel nacional y territorial.

Ruta estratégica para el cierre de brechas y fortalecimiento del Sistema de Gestión de la Calidad.

La ruta estratégica parte de un cumplimiento del 11,11% y una brecha del 88,89% en el Capítulo 10. Las acciones deberán incorporarse al plan de mejoramiento institucional, definiendo responsables, recursos, plazos, indicadores y evidencias para verificar su ejecución y eficacia.

Para el numeral 10.1, se deberá establecer una metodología que permita identificar, priorizar e implementar oportunidades de mejora a partir de PQRSD, encuestas, indicadores, auditorías, riesgos y demás fuentes institucionales. Estas acciones deberán contribuir a mejorar los productos y servicios, aumentar la satisfacción de los usuarios y fortalecer el desempeño del SGC.

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023
		Página 105 de 109

Frente al numeral 10.2, se requiere aplicar integralmente el procedimiento para la gestión de no conformidades, incluyendo corrección, análisis de causas, acciones correctivas y evaluación de su eficacia. También deberá analizarse la recurrencia de las situaciones y actualizar los riesgos, controles y documentos cuando sea necesario.

Respecto del numeral 10.3, se deberán fortalecer las funcionalidades de SIPLAN+ y articular sus resultados con la revisión por la dirección. La Oficina de Control Interno verificará periódicamente la implementación y eficacia de las acciones, declarando cerradas las brechas únicamente cuando exista evidencia objetiva de su cumplimiento y contribución al mejoramiento del SGC.

6. FORTALEZAS Y DEBILIDADES

FORTALEZAS

La entidad cuenta con una estructura institucional, documental y tecnológica que puede utilizarse como plataforma para consolidar el Sistema de Gestión de la Calidad. La existencia de procesos, procedimientos, herramientas de seguimiento, mapas de riesgos y mecanismos de control reduce la necesidad de crear un sistema completamente nuevo. Estratégicamente, el reto consiste en integrar estos elementos, eliminar duplicidades y orientarlos hacia el cumplimiento de los objetivos institucionales y las necesidades de las víctimas y demás grupos de valor.

El componente de apoyo constituye una capacidad relevante para la sostenibilidad del SGC. La disponibilidad de talento humano, infraestructura, condiciones de operación y mecanismos de gestión documental permite asegurar la continuidad de los procesos y conservar evidencia sobre su ejecución. Esta fortaleza debe aprovecharse para estandarizar las prácticas del nivel nacional y territorial, facilitar la transferencia del conocimiento y fortalecer la trazabilidad de la gestión.

Los avances en el diseño y desarrollo de productos y servicios representan una oportunidad para mejorar la respuesta institucional. Desde una perspectiva estratégica, este componente permite incorporar las necesidades de los usuarios, los requisitos legales, los riesgos y las lecciones aprendidas desde la etapa de planificación. Su consolidación contribuirá a prevenir fallas, mejorar la pertinencia de los servicios y asegurar que las decisiones de diseño respondan a resultados verificables.

La evaluación específica realizada al SGC, asimilada a una auditoria, proporciona una línea base para orientar su fortalecimiento. La planeación, las herramientas de verificación y los resultados obtenidos permiten identificar las brechas de mayor impacto y establecer prioridades institucionales. Estratégicamente, esta información debe convertirse en un instrumento para

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023
		Página 106 de 109

asignar recursos, formular el plan de mejoramiento y medir periódicamente la evolución del sistema.

El aplicativo SIPLAN+ constituye una herramienta con potencial para integrar la información de riesgos, controles, planes de acción, indicadores y resultados del FURAG. Su fortalecimiento permitiría superar la dispersión de la información, generar alertas oportunas y facilitar el seguimiento de los compromisos. De esta manera, la alta dirección podría disponer de información consolidada para priorizar decisiones, asignar recursos y evaluar la eficacia de las acciones implementadas.

DEBILIDADES

La principal debilidad estratégica corresponde a la limitada articulación del SGC con el direccionamiento institucional. Las brechas en el análisis del contexto, las partes interesadas, el alcance y la interacción de los procesos dificultan que la gestión de la calidad responda oportunamente a cambios internos, externos y territoriales. Para superar esta situación, el SGC debe integrarse a la planeación, la gestión de riesgos, el seguimiento institucional y la toma de decisiones de la alta dirección.

Las debilidades en liderazgo y planificación reducen la capacidad del sistema para orientar y demostrar resultados. La falta de actualización de la política, los objetivos, las responsabilidades y los mecanismos de seguimiento genera dispersión en la ejecución y limita la rendición de cuentas. Estratégicamente, se requiere que la alta dirección defina prioridades, asigne responsabilidades y establezca metas e indicadores que vinculen la calidad con los resultados institucionales.

En la operación persisten brechas que pueden afectar directamente la conformidad y oportunidad de los servicios. Las debilidades en la planificación operacional, la gestión de proveedores, los criterios de aceptación y liberación y el tratamiento de las salidas no conformes incrementan el riesgo de prestar servicios sin controles suficientes. La intervención debe priorizar los procesos misionales y territoriales de mayor impacto, asegurando criterios uniformes, registros verificables y controles proporcionales a los riesgos.

La información producida mediante PQRSD, encuestas, indicadores, auditorías y seguimiento de riesgos no se consolida ni utiliza sistemáticamente. Esta fragmentación impide identificar tendencias, recurrencias y causas comunes, y limita la toma de decisiones basada en evidencia. Estratégicamente, la entidad debe transformar esta información en análisis integrales que permitan anticipar desviaciones, priorizar mejoras y evaluar el impacto de las decisiones adoptadas.

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023 Página 107 de 109

La ausencia de revisiones por la dirección posteriores a 2023 limita el gobierno y la sostenibilidad del SGC. Sin este ejercicio, la alta dirección no cuenta con un mecanismo formal para evaluar la conveniencia, adecuación y eficacia del sistema ni para decidir sobre cambios, prioridades y recursos. Su reactivación debe asumirse como una instancia estratégica de decisión y no únicamente como un requisito documental.

Finalmente, la gestión de no conformidades y acciones correctivas presenta debilidades en el análisis de causas, la prevención de recurrencias y la verificación de la eficacia. Esta situación favorece la repetición de problemas y dificulta demostrar la mejora continua. Por ello, las brechas deberán traducirse en un plan institucional priorizado, con responsables, recursos, plazos, indicadores y evidencias, cuyo cierre se valide por los resultados alcanzados y no solamente por la ejecución de actividades.

7. CONCEPTO DE EVALUACION INDEPENDIENTE

Con fundamento en los resultados de la evaluación independiente realizada por la Oficina de Control Interno sobre el cumplimiento de los requisitos de la NTC-ISO 9001:2015 y su Enmienda Amd 1:2024, se concluye que el Sistema de Gestión de la Calidad de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas presenta un nivel de implementación bajo. De los 132 requisitos evaluados, el informe registra un cumplimiento global del 29,55% y una brecha del 70,45%, correspondiente a requisitos incumplidos o respecto de los cuales no se aportó evidencia objetiva, suficiente y verificable para demostrar su conformidad.

La evaluación permite establecer que la UARIV dispone de capacidades institucionales que pueden utilizarse como plataforma para consolidar el SGC. Se destacan los avances relacionados con el enfoque al usuario, la disponibilidad de recursos, la competencia y toma de conciencia del personal, el control de la información documentada, el diseño y desarrollo de productos y servicios, la ejecución de auditorías internas y el desarrollo de herramientas tecnológicas como SIPLAN+. Estas fortalezas deberán preservarse, estandarizarse y transferirse a los procesos que presentan menores niveles de cumplimiento.

No obstante, las brechas identificadas tienen un carácter estructural y sistémico, debido a que comprometen componentes esenciales del ciclo de gestión. Se evidencian debilidades en el análisis del contexto y de las partes interesadas, el liderazgo de la alta dirección, la planificación del SGC, la gestión de riesgos y oportunidades, el control operacional, la evaluación del desempeño y la mejora. La interdependencia de estas brechas limita la capacidad de la entidad para demostrar que el sistema opera de manera articulada, produce resultados consistentes y responde eficazmente a las necesidades de las víctimas y demás grupos de valor.

Requieren atención, la formalización y seguimiento de los objetivos de calidad; la planificación de los cambios; la incorporación de las consideraciones sobre cambio climático previstas en la Enmienda Amd 1:2024; y la reactivación de la revisión por la dirección, que no presenta evidencia posterior a 2023. También deben intervenir los controles relacionados con la prestación y liberación de los servicios, el tratamiento de las salidas no conformes, la gestión de no conformidades, el análisis de causas y la evaluación de la eficacia de las acciones correctivas.

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023
		Página 108 de 109

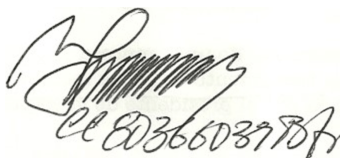
Desde la perspectiva del Sistema de Control Interno, estas condiciones incrementan los riesgos de desarticulación, pérdida de trazabilidad, recurrencia de desviaciones y toma de decisiones con información insuficiente o fragmentada. Asimismo, limitan la capacidad institucional para verificar la eficacia de los controles, anticipar necesidades de los usuarios, gestionar oportunamente los riesgos y demostrar la mejora continua del desempeño en los niveles nacional y territorial.

En consecuencia, la alta dirección, la Oficina Asesora de Planeación y los líderes de los procesos deberán formular y ejecutar un Plan de Acción Integral del SGC, priorizado según el impacto, la criticidad y la interdependencia de las brechas. El plan deberá establecer acciones, responsables, recursos, productos, metas, plazos, indicadores y evidencias, así como instancias periódicas de seguimiento.

El cierre de las brechas no deberá limitarse a la elaboración o actualización de documentos. Será necesario demostrar la implementación efectiva de los requisitos, la operación de los controles, la apropiación por parte de los responsables, la aplicación uniforme en los procesos y Direcciones Territoriales y la obtención de resultados verificables. Una acción solo podrá considerarse cerrada cuando exista evidencia de su ejecución, seguimiento y eficacia, y cuando se demuestre que redujo el riesgo, corrigió la desviación o mejoró el desempeño del sistema.

Por lo anterior, la Oficina de Control Interno conceptúa que, a la fecha de la evaluación, el SGC de la UARIV no demuestra un grado de implementación integral que permita considerar cerradas las brechas requeridas para afrontar una auditoría externa de certificación. Sin embargo, las capacidades institucionales existentes hacen viable una ruta progresiva de fortalecimiento, siempre que las acciones sean lideradas por la alta dirección, se integren con MIPG y la planeación institucional y se implementen de manera priorizada, articulada y sostenible.

Los resultados deberán adoptarse como línea base para medir la evolución del SGC y orientar las decisiones sobre prioridades, recursos y cambios. La gestión institucional deberá enfocarse en fortalecer el enfoque por procesos, la administración de riesgos y oportunidades, la toma de decisiones basada en evidencia, la satisfacción de los usuarios y la mejora continua. Una vez verificadas la implementación y eficacia de las acciones, la entidad podrá efectuar una nueva evaluación de preparación para determinar la conveniencia de avanzar hacia la certificación y planificar oportunamente la transición a una futura versión de la norma.



William Mahecha Hernández
Auditor líder – OCI

Magister Responsabilidad Social y Sostenibilidad
Magister en Gestión Ambiental y Desarrollo Sostenible
Especialista en Ingeniería de la Calidad
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo



Carlos Arturo Ordoñez Castro
Jefe Oficina de Control Interno

 Unidad para las Víctimas	INFORME VERIFICACIÓN INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN	Código: 120.19.15-1
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN	Versión: 07
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Fecha: 28/07/2023
		Página 109 de 109

ANEXO 1

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 uno de los términos, la agenda de la Verificación, informe de Verificación, conformidad, aspectos positivos, fortalezas y oportunidades de mejora, observaciones, no conformidad, ficha técnica y responsables de la Verificación.
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 y aprobación del jefe Oficina de Control Interno
5	22/05/2018	Se modifica formato de acuerdo a nuevos lineamientos del Jefe de la Oficina de Control Interno, se eliminan cuadros en Excel
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 anexa el numeral 13 relacionado con las fortalezas y debilidades de la Verificación.
7	28/07/2023	Se modifica el texto de los capítulos de la norma y se ajusta el encabezado del formato relacionado con el logo y el código de la dependencia de acuerdo con la TRD convalidada y los lineamientos del “ <i>instructivo para la elaboración y codificación de documentos y registros del SIG – V8 – Fecha 15/05/2023</i> ”.