



## INFORME DE AUDITORÍA AL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

**Fecha de informe:** 22 de agosto de 2019

**Nombre del proceso o dirección territorial auditada:** Dirección Territorial Cauca.

**Dependencia líder del proceso:** Dirección General.

**Servidor responsable del proceso:** Dan Harry Sánchez Cobo, Director Territorial Cauca.

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

**Fecha de auditoría:** 14 al 16 de agosto de 2019.

**Equipo Auditor:** Ana María Ángel Acosta.

### 0. OBJETIVO DE LA AUDITORIA

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

### 1. ALCANCE DE LA AUDITORÍA

Inicia con la reunión de apertura de auditoría y concluye con el seguimiento al plan de mejoramiento.

### 2. GESTIÓN DEL RIESGO AUDITOR

- •Dificultad para acceder a las fuentes de información de la Dirección Territorial.
- Imposibilidad de cumplir con el cronograma de auditoria interna planeado en los términos de tiempo y oportunidad establecidos.
- Desechar la pertinencia del informe de auditoría interna que es producto del proceso auditor realizado.
- Alarma en los servidores auditados de la entidad por el desconocimiento del proceso auditor como herramienta gerencial de la Unidad.
- Perdida de información por falta de respaldo de la misma.

### 3. CRITERIOS DE AUDITORÍA

Proceso, procedimientos (Procedimiento canal presencial V9, procedimiento toma de solicitud de la indemnización administrativa V2, procedimiento notificación indemnización administrativa V2, procedimiento brindar orientación y asesoría para la adecuada inversión de los recursos en el marco de las líneas de inversión V1) y demás instrumentos asociados al Subsistema de Gestión de Calidad. El corte de la información documentada a auditar es del 01 de enero de 2019 al 31 de julio de 2019.

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

Se evidencia que la Dirección Territorial Cauca determina a partir de la “Guía para la construcción del contexto estratégico” las situaciones positivas o negativas del entorno que



le son pertinentes para cumplir con su propósito, teniendo en cuenta las actividades que se realizan en territorio, dicha guía fue socializada y trabajada con el apoyo de la Oficina Asesora de Planeación el día 18 de julio de 2019, toda vez que inicialmente había sido entregada sin la participación de todos los procesos que integran la Dirección Territorial.

Por otra parte, la D.T Cauca ha determinado las partes interesadas a través de unas bases de datos en Excel así: personeros por municipio con nombre, correo electrónico y celular, enlace de víctimas 2016-2019 por municipios con los datos de contacto, directorio de alcaldes 2016-2019, secretarios de gobierno, directorio institucional Cauca 2019 en el cual se clasifica por tipo de entidad en entidades públicas, privadas, cooperante y academia. Adicionalmente se evidencia base en Excel de Integrantes mesas de participación Departamento del Cauca 2018–2019, representantes titulares mesa departamental de participación. En lo referente al proceso de reparación colectiva se observan fichas de identificación comunidades y matriz de análisis de involucrados.

Las bases de datos antes mencionadas indican los funcionarios que constantemente le realizan cambios y/o actualizaciones que se presenten en el transcurso de las actividades.

En el desarrollo de la auditoria se entrevistan a funcionarios y contratistas de la D.T Cauca, en la cual se evidencia que conocen, manejan y revisan la documentación del Sistema Integrado de Gestión, de acuerdo con el proceso en el que participan, identificando donde se encuentra la caracterización, procedimientos y demás información necesaria. Asimismo, identifican donde se encuentra establecida la política y objetivos del Sistema, acciones que se fomentan a través de capacitaciones y socializaciones.

En relación con la apropiación e implementación frente al procedimiento de notificación de indemnización administrativa se evidencia las medidas de control establecidas, los responsables de cada una de las actividades y la información documentada frente a cada actividad del procedimiento que son de aplicación en el territorio.

Continuando con este ejercicio se toma como muestra de auditoria frente al proceso bancario No. 25650313 la verificación del cargue en INDEMNIZA de cinco (5) de los casos de notificación, actividad en la cual se evidencia que uno de estos no presenta la documentación en el citado aplicativo, incumpliendo lo establecido en la responsabilidad señalada en la actividad 21 del procedimiento en mención, donde indica que corresponde al profesional de reparación individual cargar los soportes de las notificaciones de las cartas.

Sumado a lo anterior, la territorial no cuenta con la información documentada disponible para la consulta, razón por la cual solicitan apoyo al Grupo de Gestión Documental del nivel nacional (quien actualmente cuenta con la citada documentación), con el fin de que la envíen para poder cargarla en el aplicativo, por lo tanto, se observa que frente a este caso no se mantiene la información documentada en la dirección territorial, la cual es necesaria para apoyar la operación y trazabilidad del proceso.

Acto seguido, se efectúa el análisis del procedimiento “Brindar orientación y asesoría para la adecuada inversión de los recursos en el marco de las líneas de inversión V2”, donde se confronta si las actividades que realiza la D.T están acorde con lo establecido en el procedimiento. Como resultado de este ejercicio, se observa que actualmente se cuenta con la información documentada desde el envío de la matriz de planeación de la actividad realizada el 20 de mayo de 2019 con el informe, listas de asistencia y la aprobación en MAARIV con ID 63549.



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

A través de una entrevista efectuada al Director Territorial en el transcurso de la auditoría, se observa que conoce e identifica tanto los objetivos como la política del SIG, su documentación y disponibilidad. Asimismo, indica que a través de comités territoriales con el equipo de trabajo se verifican los avances en el plan de acción y/o actividades ejecutadas y compromisos establecidos.

De igual manera, se observa que en reunión efectuada el día 25 de enero de 2019, se establece la estructura de la territorial Cauca la cual estará conformada por dos equipos de trabajo, quienes contarán con líderes en cada uno de los procesos, información que es socializada con todo el equipo de trabajo.

Por otra parte, en acta de reunión del 17 al 19 de junio de 2019, llevada a cabo por funcionarios y contratistas de la Oficina Asesora de Planeación, quienes se encargan de socializar y sensibilizar a los funcionarios de la Dirección Territorial Cauca, en lo referente al Sistema Integrado de Gestión de la Calidad y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, con el propósito de ahondar los conocimientos en estos temas que le permitan afrontar de manera apropiada las Auditorías Internas y Externas.

Adicional a esto, internamente se realiza concurso para proveer en provisionalidad empleos de la planta de personal de la territorial, en donde se reconoce la experiencia y conocimientos adquiridos en la trayectoria laboral de quienes participan.

Acto seguido, se evidencia mediante correo electrónico del 11 de marzo de 2019 una convocatoria donde se invita a funcionarios y contratistas de la D.T a participar en una jornada de capacitación del día 12 al 15 de marzo de 2019, la cual tiene como fin fomentar espacios de capacitación de los procesos que se manejan y desarrollan al interior de esta.

Para finalizar, el director territorial indica que se realizan comités territoriales y reunión de líderes como estrategia para socializar las actividades ejecutadas o pendientes por efectuar, con el fin de crear conciencia en el equipo de trabajo frente a los compromisos establecidos que permitan contribuir a la mejora continua.

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

Los funcionarios y contratistas de la Dirección Territorial Cauca conocen los riesgos que tienen identificados en el mapa de riesgos, información que se verifica por medio de entrevistas, en donde se observa que tienen conocimiento de su ubicación en la página web institucional y los controles existentes. Cabe anotar, que a pesar de que el mapa de riesgos institucional tiene fecha de publicación 22 de julio de 2019, los riesgos que competen a la D.T no han sido actualizados para la presente vigencia, toda vez que al realizar la verificación de este se observa que están registrados los mismos riesgos de la vigencia 2018.

Adicional a esto, se observa que mediante correo electrónico del 08 de agosto de 2019 se remite a los funcionarios y contratista de la D.T Cauca la caja de herramientas para la realización de las actividades de implementación de la nueva metodología de riesgos de la Unidad vigencia 2019.

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

En lo referente para determinar, proporcionar y mantener el ambiente necesario para la operación de los procesos se observa la realización de jornada de buen cuidado para los funcionarios del CRAV de Popayán, así mismo se efectúan comités territoriales, los cuales



tienen como fin proporcionar espacios para verificar y realizar seguimientos a las actividades que se desarrollan en el territorio.

En lo relacionado a los recursos necesarios para el mantenimiento y mejora continua del sistema, la D.T Cauca indica que en el primer semestre se ha contado con la aprobación en el tema de viáticos, lo cual ha permitido que los indicadores del plan de acción 2019 referentes con acompañamientos a los diferentes municipios se estén ejecutando de acuerdo con lo programado.

De otra parte, en lo concerniente a infraestructura se observa que el sitio donde se encuentra ubicada la dirección territorial es amplio y cuenta con varios espacios para realizar reuniones, adicional a esto, cuentan con aires acondicionados, archivadores y demás elementos de oficina necesarios para la operación y prestación del servicio.

De igual manera, se evidencia la gestión que se realiza, a través de las solicitudes efectuadas al nivel nacional para reportar daños o problemas que se presentan en los equipos de los funcionarios y contratistas, responsabilidad que está a cargo de la auxiliar administrativa quien realiza seguimiento para una pronta solución.

Asimismo, se observan reuniones de Copasst (Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo) realizadas en la dirección territorial Cauca, en donde se evidencia capacitación sobre conformación, responsabilidades y roles de la brigada de emergencia y una inducción en primeros auxilios. Adicionalmente se evidencia que el 26 abril se realiza rumbo terapia, ejercicio que busca fomentar bienestar a los funcionarios y contratistas a través de actividades diferentes a las laborales.

En acta número 7 de Copasst, indican que en el mes de julio de 2019 se realiza el pasadía de los funcionarios, contratistas y familiares de la dirección territorial Cauca, actividad en la cual asisten y participan aproximadamente 120 personas.

Por otra parte, en la prueba de recorrido que se realiza el día 15 de agosto de 2019, se evidencia que en la infraestructura del CRAV de Popayán, se cuenta con una zona amplia e iluminada para la atención y prestación del servicio a las víctimas. De igual forma, para el desarrollo adecuado de su labor cada funcionario del CRAV cuenta con un equipo de cómputo y scanner, adicionalmente dentro del área de trabajo tiene a su disposición impresoras, televisores, equipo de sonido y micrófono para realizar llamado, elementos esenciales que coadyuvan para una mayor organización al momento de la atención a las víctimas.

En lo referente a las unidades sanitarias ubicadas en el CRAV, se observa que estas son suficientes teniendo en cuenta que unos son de uso para las víctimas y otros para los funcionarios, los cuales se encuentran limpios.

Adicional a esto la estructura interna del CRAV cuenta en el segundo piso con espacios para realizar jornadas, capacitaciones y socializaciones con las víctimas, así como una zona adecuada para que los funcionarios y operadores del CRAV puedan realizar pausas activas y adicionalmente tomar y/o comer algo en el transcurso de la jornada.

Asimismo, al momento de entrar al CRAV, al lado de la puerta de ingreso se encuentra ubicado el quiosco virtual de atención. Sin embargo, a pesar de su fácil acceso a la ciudadanía, se evidencia que esta herramienta no se encuentra actualmente disponible para uso y prestación de servicio en el Centro Regional, toda vez que no está funcionando. La coordinadora del CRAV de la Unidad, manifiesta que esta herramienta cuando funcionaba era de gran utilidad y apoyo para uso y servicio de las víctimas.



Por otra parte, se observa folleto en la cartelera del Centro Regional de publicidad: “Unidad en línea”, donde se promueve este medio de búsqueda. No obstante, según lo manifestado por la coordinadora del CRAV, esta herramienta no ha sido de mayor utilidad para las víctimas, toda vez que no han podido generar las consultas correspondientes que se muestran por este medio.

En lo que respecta a la verificación documental efectuada al procedimiento “Brindar orientación y asesoría para la adecuada inversión de los recursos en el marco de las líneas de inversión”, se observa que se cuenta con la información documentada de las actividades del procedimiento que se realizan en el territorio. Se toma como muestra de auditora el ID no. 63549, el cual se encuentra cargado y aprobado en la herramienta MAARIV al momento de realizar la revisión.

En lo referente al control y aseguramiento de la información documentada, frente al procedimiento “Notificación de indemnización administrativa” se toma como muestra de auditora el proceso bancario no. 25650313 donde se verifica el cargue en INDEMNIZA de cinco (5) de los casos de notificación, actividad en la cual se evidencia que uno de estos no presenta la documentación en el citado aplicativo, incumpliendo lo establecido en la responsabilidad señalada en la actividad 21 del procedimiento en mención, donde indica que corresponde al profesional de reparación individual cargar los soportes de las notificaciones de las cartas.

Sumado a lo anterior, la territorial no cuenta con la información documentada disponible para la consulta, razón por la cual solicita apoyo al Grupo de Gestión Documental del nivel nacional (quien actualmente cuenta con la citada documentación), con el fin de que la envíen para poder cargarla en el aplicativo, por lo tanto, se observa que frente a este caso no se mantiene la información documentada en la dirección territorial, la cual es necesaria para apoyar la operación y trazabilidad del proceso.

Por otra parte, es importante resaltar que la información documentada se encuentra organizada por carpetas, la cual está protegida adecuadamente, a través de mobiliario en el cual se ubica para lograr así aseguramiento y control de acceso a la misma.

Asimismo, se observa que las carpetas verificadas en la prueba de recorrido de los procedimientos “Notificación de indemnización administrativa” y “Brindar orientación y asesoría para la adecuada inversión de los recursos en el marco de las líneas de inversión”, cuentan con hoja de control debidamente membretadas, lo cual permite acceder con rapidez a la documentación que se requiere.

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

En lo relacionado al control de la prestación del servicio se observa en la visita realizada en el Centro Regional de Popayán mediante entrevistas al personal que se encuentra en el CRAV, que el operador realiza diversas actividades como lo son: capacitaciones en línea, notas informativas, exámenes y pre-turnos (los cuales mencionan se realizan martes y jueves).

Asimismo, al momento de entrar al CRAV, al lado de la puerta de ingreso se encuentra ubicado el quiosco virtual de atención. Sin embargo, a pesar de su fácil acceso a la ciudadanía, se evidencia que esta herramienta no se encuentra actualmente disponible para uso y prestación de servicio en el Centro Regional, toda vez que no está funcionando. La coordinadora del CRAV de la Unidad, manifiesta que esta herramienta cuando funcionaba era de gran utilidad y apoyo para uso y servicio de las víctimas.



Por otra parte, se observa folleto en la cartelera del Centro Regional de publicidad: “Unidad en línea”, donde se promueve este medio de búsqueda. No obstante, según lo manifestado por la coordinadora del CRAV, esta herramienta no ha sido de mayor utilidad para las víctimas, toda vez que no han podido generar las consultas correspondientes que se muestran por este medio.

Frente a la conservación de la información documentada para permitir la trazabilidad, se observa en la prueba de recorrido del procedimiento “Notificación de indemnización administrativa” frente al proceso bancario no. 25650313 en lo relacionado a la verificación del cargue en INDEMNIZA de cinco (5) de los casos de notificación, actividad en la cual se evidencia que uno de estos no presenta la documentación en el citado aplicativo, incumpliendo lo establecido en la responsabilidad señalada en la actividad 21 del procedimiento en mención, donde indica que corresponde al profesional de reparación individual cargar los soportes de las notificaciones de las cartas.

En cuanto a la medición de satisfacción del cliente, se observa el envío a la D.T del informe de medición por parte del proceso de Servicio al Ciudadano. Contrario a lo anterior, a la fecha no han recibido información adicional sobre los resultados de satisfacción del cliente efectuados por otros procesos.

Frente al control de las salidas no conformes a la fecha de la auditoria no se han realizado reportes a nivel nacional por parte de la dirección territorial, es de aclarar, que en las entrevistas efectuadas a los funcionarios y contratistas se observa que conocen e identifican el procedimiento y las salidas que se pueden prestar en el proceso en el cual se desempeñan.

## 9. CONCEPTO DE AUDITORÍA NUMERAL 9 DE LA ISO 9001:2015

En lo que concierne a la medición del plan de acción de la presente vigencia, se observa que a través de correo electrónico del 22 de abril de 2019 se remite a los funcionarios y contratistas de la dirección territorial Cauca la socialización del archivo en Excel de lo registrado y reportado en SIGGESTION, referente a la ejecución de las actividades del plan de acción correspondiente al primer trimestre de 2019, lo anterior para conocimiento de la información reportada de acuerdo con las actividades realizadas.

Así mismo, mediante correo electrónico del 2 de julio de 2019 se envía matriz con la información de la hoja de vida de los indicadores en donde se identifican variables como lo son: tipo parámetro, unidad de medida, fuente información, periodicidad, entre otros; esto con el fin de que se tenga claro la citada información al momento de realizar el reporte y de remitir la evidencia que soporta las actividades establecidas en el plan de acción.

En cuanto a la medición de satisfacción del cliente, se observa el envío a la D.T del informe de medición por parte del proceso de Servicio al Ciudadano de lo realizado durante el primer semestre de 2019 del canal de atención escrito y de enero a mayo de 2019 para los canales de atención presencial, telefónico y virtual. Contrario a lo anterior, a la fecha la D.T no ha recibido la realimentación de la información sobre los resultados de satisfacción del cliente efectuados por otros procesos.

Por otra parte, se observa que, a través de reuniones denominadas comités territoriales y reunión de líderes, se hace seguimiento a las actividades del plan de acción y se establecen seguimientos, responsables de compromisos, fechas y acciones de mejora para las actividades que se desarrollan en territorio.



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

En lo referente al informe de calidad de la vigencia 2018, se observa que a la fecha de la auditoria no se ha realizado por parte de la Dirección Territorial Cauca el plan de mejoramiento, y por esta razón, no se encuentra formulado en SISGESTION, lo anterior genera un incumplimiento a lo establecido en el procedimiento de auditorías al sistema integrado de gestión del proceso de Evaluación Independiente.

Asimismo, no se cuenta con la evidencia documentada de las actividades planteadas para las dos (2) no conformidades generadas en el informe de calidad vigencia 2018.

Según lo registrado por la Oficina Asesora de Planeación en el archivo Excel denominado "base control interno", se evidencia que no se cuenta con actividades planteadas en SISGESTION para las dos (2) no conformidades con numero 1580 y 1581.

Adicionalmente, se observa que a la fecha el auditor líder del informe antes mencionado no ha realizado seguimiento, actividad que se debe efectuar semestralmente a partir de la fecha de aprobación del plan el cual queda registrado en SISGESTION, como lo establece el procedimiento de auditorías al sistema integrado de gestión versión 06.

Por otra parte, se observa que se realizan las actividades frente a la no conformidad la cual se genera por el incumplimiento en el Plan de Acción 2019, contando con la información documentada sobre las acciones implementadas para la mejora.

## 11. OBSERVACIONES

Se observa, que en la prueba de recorrido del procedimiento "Notificación de indemnización administrativa" y en el ejercicio tomado como muestra de auditoria frente al proceso bancario no. 25650313, en la verificación realizada al cargue en INDEMNIZA de cinco (5) de los casos de notificación, se evidencia que uno de ellos no presenta la documentación en el citado aplicativo, asimismo se observa que la territorial no cuenta con la información documentada disponible para la consulta, toda vez que la misma había sido remitida al Grupo de Gestión Documental del nivel nacional. Esto sucede en la Dirección Territorial Cauca. Lo anterior se evidencia a través de la prueba de recorrido en la auditoria. Por lo anterior, se deben realizar prácticas de mejora continua para asegurar el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015: Capítulo 4, Numeral Contexto de la Organización, 4.4 Sistema de Gestión de la Calidad y sus Procesos, 4.4.2. Capítulo 7, Numeral Apoyo, 7.5 Información Documentada, 7.5.1 Generalidades, 7.5.3. Control de la información documentada. Capítulo 8 Operación, 8.5 Producción y Prestación del Servicio, 8.5.2 Identificación y trazabilidad.

## 12. NO-CONFORMIDADES

### DIRECCION TERRITORIAL CAUCA:

No se evidencia el plan de mejoramiento formulado en SISGESTION, así mismo, no se cuenta con la evidencia documentada de las actividades planteadas para las dos (2) no conformidades generadas en el informe de calidad vigencia 2018. Esto sucede en la Dirección Territorial Cauca. Lo anterior se evidencia a través de la verificación en SISGESTION de las dos no conformidades, las cuales se encuentran sin análisis de causas y sin actividades formuladas. Esta situación conduce al incumpliendo con los requisitos de la norma ISO 9001: Capítulo 10 Mejora, 10.2 No Conformidad y Acción Correctiva, 10.2.1 y 10.2.2.

**PROCESO DE EVALUACIÓN INDEPENDIENTE**

No se evidencia el seguimiento al plan de mejoramiento de la auditoría al sistema integrado dirección territorial Cauca vigencia 2018, actividad que debe realizar el auditor líder, y por lo anterior, no se encuentra registrado en SIGGESTION. Esto sucede en la Dirección Territorial Cauca. Lo anterior se evidencia a través de la verificación en SIGGESTION de las dos no conformidades del informe de calidad vigencia 2018. Esta situación conduce al incumpliendo con los requisitos de la norma ISO 9001:2015 Capitulo 10 Mejora, 10.2 No Conformidad y Acción Correctiva 10.2.1 literal d). revisar la eficacia de cualquier acción correctiva tomada.

**PROCESO SERVICIO AL CIUDADANO:**

No se evidencia que se encuentre disponible para uso y prestación del servicio el “Quiosco Virtual” de atención para las víctimas y consulta de la información de sus requerimientos, el cual no funciona y se encuentra ubicado al lado de la puerta de ingreso. Esto sucede en el Centro Regional de atención a víctimas (CRAV) en la ciudad de Popayán. Lo anterior se evidencia a través de la prueba de recorrido realizada in situ en mención contando con registros fotográficos. Esta situación conduce al incumplimiento con los requisitos de la norma ISO 9001:2015 Capitulo 7 Apoyo, 7.1.3 Infraestructura, Capitulo 8 Operación, 8.5 Producción y Prestación del Servicio, 8.5.1 Control de la producción y de la prestación del servicio literal d).

**PROCESO GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN:**

No se evidencia que la herramienta publicada y divulgada en la página web denominada “Unidad en línea” brinde la información que es promovida a través de folletos, el cual se encuentra publicado en la cartelera del centro regional de Popayán. Esta información es corroborada por los funcionarios, los cuales indican que a la fecha no se han podido generar las consultas correspondientes para las víctimas por este medio. Esto sucede en el Centro Regional de Popayán. Lo anterior se evidencia a través de la prueba de recorrido realizada en el sitio mencionado anteriormente. Esta situación conduce al incumplimiento con los requisitos de la norma ISO 9001:2015 Capitulo 7 Apoyo, 7.1.3 Infraestructura, Capitulo 8 Operación, Numeral 8.5 Producción y Prestación del Servicio, 8.5.1 Control de la producción y de la prestación del servicio literal d).

**13. RESUMEN ESTADÍSTICO DE AUDITORÍA**

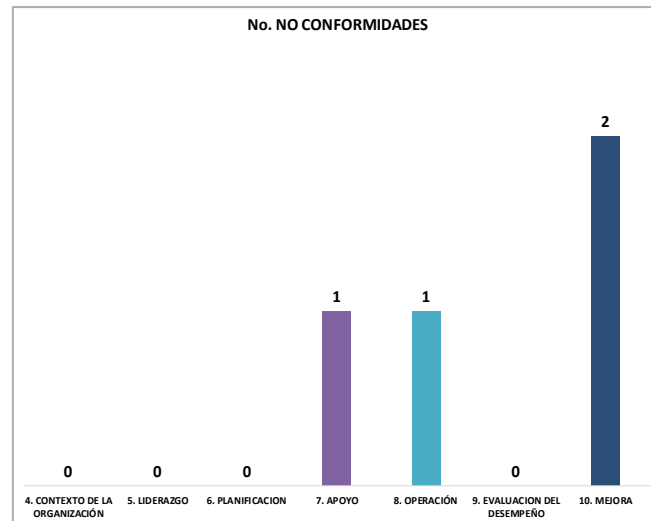
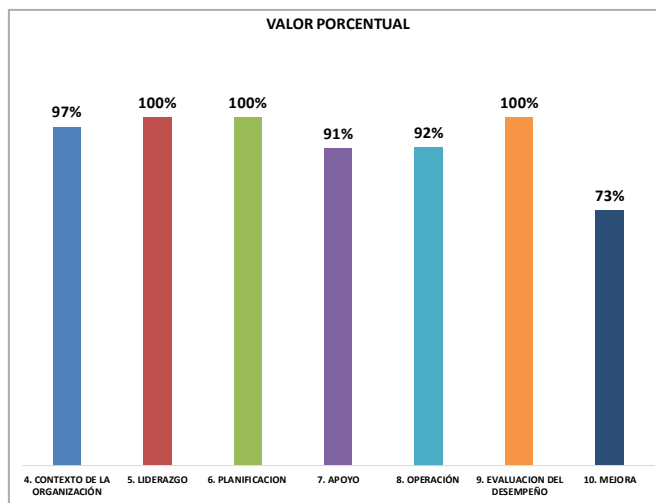
ITEM DE NORMA	VALOR PORCENTUAL
4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN	97%
5. LIDERAZGO	100%
6. PLANIFICACION	100%
7. APOYO	91%
8. OPERACIÓN	92%
9. EVALUACION DEL DESEMPEÑO	100%
10. MEJORA	73%
<b>TOTAL DE NO CONFORMIDADES</b>	<b>93%</b>
	<b>MANTENER</b>

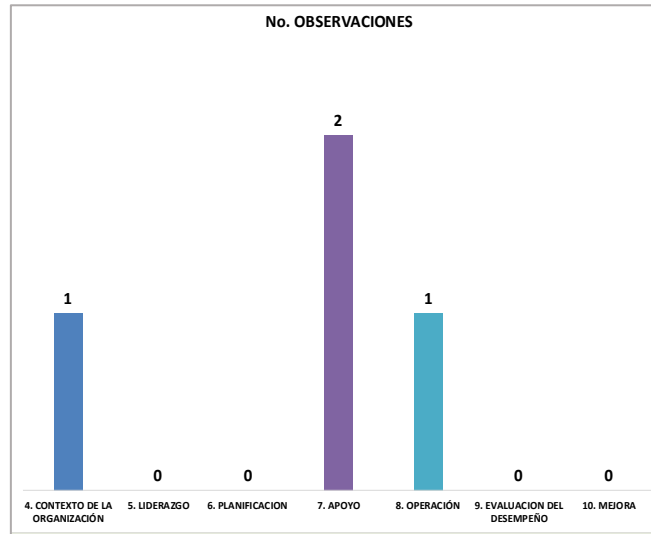
ITEM DE NORMA	No. NO CONFORMIDADES
4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN	0
5. LIDERAZGO	0
6. PLANIFICACION	0
7. APOYO	1
8. OPERACIÓN	1
9. EVALUACION DEL DESEMPEÑO	0
10. MEJORA	2
<b>TOTAL DE NO CONFORMIDADES</b>	<b>4</b>
	<b>6,90%</b>





ACCION A EJECUTAR	No. OBSERVACIONES
MANTENER	1
MANTENER	0
MANTENER	0
MANTENER	2
MANTENER	1
MANTENER	0
MEJORAR	0
	4
	7%





**Cordialmente;**

**ANA MARÍA ÁNGEL ACOSTA**

**Auditor líder**

**CARLOS ARTURO ORDÓÑEZ  
CASTRO**

**Jefe Oficina de Control Interno**



<b>Versión</b>	<b>Fecha del cambio</b>	<b>Descripción de la modificación</b>
1	30/05/2014	Creación del formato
2	24/02/2015	Se adicionó el número de auditoria, la definición de cada una de términos, la agenda de la auditoria, informe de la auditoria, conformidad, aspectos positivos, fortalezas, oportunidades de mejora, observaciones, no conformidades, ficha técnica y responsables de la auditoria.
3	6/11/ 2015	Se reestructura la presentación de la no conformidad
4	26/07/2017	Se modifica el nombre del formato de acuerdo con el procedimiento.se adiciona firma aprobación del Jefe Oficina de Control Interno
5	22/05/2018	Se modifica formato de acuerdo a nuevos lineamientos del Jefe de la Oficina de Control Interno, se eliminan cuadros en Excel.