



## INFORME DE AUDITORÍA AL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

**Fecha de informe:** 23 de agosto de 2019

**Nombre del proceso o dirección territorial auditada:** Direccion Territorial Magdalena Medio

**Dependencia líder del proceso:** Direccion General

**Servidor responsable del proceso:** Amparo Chicue Cristancho

**Tipo de auditoría realizada:** De primera parte, Subsistema de Gestión de Calidad ISO 9001:2015

**Fecha de auditoría:** 15 - 16 de agosto de 2018

**Equipo Auditor:** Victor Hugo Velasquez

### 0. OBJETIVO DE LA AUDITORIA

Verificar a través del procedimiento “Auditorías al sistema integrado de gestión” del proceso “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 Direccion Territorial Magdalena Medio.
- Imposibilidad de cumplir con el cronograma de auditoría 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 esta.

### 3. CRITERIOS DE AUDITORÍA

Proceso, procedimientos y demás instrumentos de gestión - el corte de la documentación a auditar es del 01 de enero de 2019 al 31 de julio de 2019.

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

La DT, determino las cuestiones externas e internas acorde a la metodología establecida por la Unidad, donde se identificaron los factores positivos y negativos. Analizando las cuestiones que surjan de los entornos legales, tecnológicos, sociales, nacionales y regionales. La Unidad tiene establecido un mapa de procesos en los que interactúan procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación. La construcción del contexto de la DT se realizó constructivamente por los integrantes de cada uno de los procesos, fue aprobado por la OAP el 6 de agosto de 2019.

Se deben ajustar las caracterizaciones de los Procesos de Servicio al Ciudadano, Registro y Valoración y Reparación Integral y los procedimientos asociados a estos procesos, acorde a la Resolución 06420 del 1 de noviembre de 2018 " Por la cual se establecen los Grupos Internos de Trabajo de la UARIV". Esto se debe ajustar desde lo nacional para ser aplicados en lo territorial y por otros procesos.

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

La dirección territorial a través de la directora muestra su liderazgo y se ve reflejado en su equipo de trabajo con el cumplimiento del plan de acción, pagos por vía administrativa, prestación del servicio. Se promueve el enfoque por procesos, aseguran los recursos, comunicando a las partes interesadas el enfoque al cliente que tienen establecida la Unidad en su SIG. Para lo cual tiene establecido un comité quincenal de planeación donde se evalúan: enfoque al cliente, materialización de riesgos, servicios no conformes, plan de acción, sujetos de reparación colectiva e individual, SIG, roles y responsabilidades en cada una de las metas establecidas. Se validaron las actas de los meses de enero, marzo, mayo y junio.

Se debe actualizar las partes interesadas acorde a la dinámica actual de la UARIV. Se deben ajustar las caracterizaciones de los Procesos de Servicio al Ciudadano, Registro y Valoración y Reparación Integral y los procedimientos asociados, acorde a la Resolución 06420 del 1 de noviembre de 2018 " Por la cual se establecen los Grupos Internos de Trabajo de la UARIV".

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

Se tienen establecido el mapa de riesgos de gestión y corrupción acorde a la metodología establecida por la Unidad y Función Pública. El mapa de riesgos de la DT se construyó participativamente, se tienen identificados seis (6) riesgos de gestión y de corrupción uno (1), se le realiza seguimiento mensual a su materialización en el formato establecido para tal fin.

La identificación de los riesgos partió desde la identificación del contexto de la organización.

Se tienen establecido los objetivos de calidad los cuales están alineados con la política de calidad, cada uno de estos indicadores son medibles, cuya información sale de la medición que se realiza con el plan de acción. Se le realiza seguimiento en los comités que tiene establecido la DT quincenalmente.

Se tienen establecido un procedimiento de Gestión del Cambio el cual se aplica cuando la Unidad lo requiera, este fue socializado en comité de planeación que tienen establecido la DT.

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

Se tiene establecido un plan de acción (meta, fecha de inicio, fecha de finalización, presupuesto). La Unidad proporciona, de acuerdo con su presupuesto, las personas necesarias para la



operación de sus procesos y determina en su manual de funciones para los servidores públicos y estudios previos para los contratistas de prestación de servicios, el nivel de educación, formación y experiencia de las personas que desarrollan las diferentes actividades para la operación y control de los procesos y que pueden afectar la calidad de los servicios. La DT tiene su sede con cada uno de los servicios asociados, recursos de transporte, equipos tecnológicos.

La DT para las mediciones de su plan de acción de sus veintiún (21) indicadores va cumpliendo con su meta establecida y con un avance del indicador táctico del 48%. Se validaron los indicadores 85309, 85329, 85350, 85861 y 85912, los cuales cumplieron con la meta establecida para el primer semestre.

Los funcionarios de planta como contratistas cumplen con las funciones y actividades contractuales estos se encuentran ajustados y alineados con la misionalidad de Unidad, para el cumplimiento de las metas establecidas por la DT.

La DT para la toma de conciencia tienen establecido socialización y seguimiento del SIG, en las reuniones quincenales. El enlace realiza jornadas de capacitación y toma de conciencia sobre lo establecido en el SIG, se validan las actas de reunión

El punto de atención lo suministra el ente Territorial y esta administrado por la Alcaldía. Se debe coordinar con el administrador del punto los programas que se tienen establecidos para el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. Aquí se debe trabajar en conjunto con el mantenimiento de estas sedes, señalización (punto de encuentro, salida de emergencia, entre otros).

Los equipos, planta y equipo que son suministrados por administrativa se encuentran identificados, protegidos y salvaguardados.

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

La DT realiza las actividades acordes a lo establecido en los procedimientos: Procedimiento Canal Presencial V9, Procedimiento Notificación indemnización administrativa V2 y Procedimiento Alistamiento Para Sujetos De Reparación Colectiva No Étnicos, se validaron puntos de control, partes interesadas y productos asociados. Lo que se encuentra establecido en los tres procedimientos lo aplican los funcionarios y contratistas que desarrollan estas labores.

Se deben ajustar las caracterizaciones de los Procesos de Servicio al Ciudadano, y Reparación Integral y los procedimientos asociados a estos procesos, acorde a la Resolución 06420 del 1 de noviembre de 2018 " Por la cual se establecen los Grupos Internos de Trabajo de la UARIV". Esto se debe ajustar desde lo nacional para ser aplicados en lo territorial y por otros procesos.

Se tienen establecido las salidas durante la producción y prestación del servicio, acorde a los requisitos (legales, norma, institución y del cliente). Se identificaron los servicios no conformes en el primer y segundo trimestre en el formato de identificación de salidas no conformes al producto o servicio Indemnización Administrativa otorgada.

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

Se verifica el cumplimiento de las metas del plan de acción en SISGESTION y del avance trimestral de cada uno de los indicadores planteados por la DT, estos cumplen con la meta establecida y no tienen comentarios de ajustes en el informe trimestral, no cuentan con no conformidades por incumplimiento de las metas establecidas del plan de acción.



La DT en su comité de planeación analizan los resultados de las encuestas que realiza el operador frente a la prestación del servicio, se ve como una fortaleza este comité interno. Se tiene una evaluación del 100% de los ítems que se evalúan en las encuestas de satisfacción que tiene planteada el operador. Frente a la productiva establecida para documentadores está en 45 diarios, se evaluaron dos documentares los cuales tienen una productividad de 62 diarios. Estos datos son analizados por DT en el comité de planeación establecido quincenalmente.

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

La DT tiene una No Conformidad "Para el mes de marzo la DT detecto la materialización del riesgo "En el mes de marzo se materializó el riesgo tres (3) de gestión "incumplimiento de la materialización del retorno o reubicación de la víctima en el territorio" con un número de eventos de cuatro veces", se validó cuenta con su análisis de causa, está en proceso de cierre.

La DT, mejora continuamente la conveniencia, adecuación y eficacia del SIG, acorde a los resultados del análisis y la evaluación. Lo anterior se validó en las reuniones del comité de planeación de la DT, donde se tienen identificado los objetivos con los indicadores del plan de acción, se realizó seguimiento a las encuestas establecidas por el operador, cumplimiento de las metas establecidas en el plan de acción, seguimiento de los contralores establecidos para la no materialización de riesgos de gestión seis (6) y corrupción (1).

## 11. OBSERVACIONES

### NUMERAL 4 CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN DE LA ISO 9001:2015

Se observa que las caracterizaciones de los Procesos de Servicio al Ciudadano, y Reparación Integral y los procedimientos Canal Presencial V9, y Notificación indemnización administrativa V2, no se encuentran actualizadas acorde a la Resolución 06420 del 1 de noviembre de 2018 " Por la cual se establecen los Grupos Internos de Trabajo de la UARIV". 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 4.4.1.

### NUMERAL 5 LIDERAZGO DE LA ISO 9001:2015

Se observa que las partes interesadas acorde a la dinámica actual de la UARIV, se deben ajustar caracterizaciones Procesos de Servicio al Ciudadano, y Reparación Integral y los procedimientos Canal Presencial V9, y Notificación indemnización administrativa V2 acorde a la Resolución 06420 del 1 de noviembre de 2018 " Por la cual se establecen los Grupos Internos de Trabajo de la UARIV". Por lo anterior se deben realizar prácticas de mejora continua para asegurar el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015 Capítulo 5 Numeral 5.3 literal e).

### NUMERAL 7 APOYO DE LA ISO 9001:2015

Se observa que el punto de atención, que lo suministra el ente Territorial y esta administrado por la Alcaldía, se debe coordinar con los administradores del punto Barrancabermeja los programas que se tienen establecidos para el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Unidad, donde se debe trabajar el mantenimiento de la sede, señalización (punto de encuentro, salida de emergencia, entre otros). Por lo anterior se deben realizar prácticas de mejora continua para asegurar el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015 Capítulo 7 Numeral 7.1.3 literal a).



Se observa que la conectividad en el punto de atención se debe mejorar, dado que con la capacidad que se tiene no es suficiente para atender las necesidades y requerimientos de los aplicativos existentes. Por lo anterior se deben realizar prácticas de mejora continua para asegurar el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015 Capítulo 7 Numeral 7.1.3 literal d).

Se observa que las carteleras informativas, avisos de la Unidad como los logos que se tienen en el punto de atención establecidos en la actualidad, estos no cumplen con la imagen institucional actual de la Unidad. Por lo anterior se deben realizar prácticas de mejora continua para asegurar el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015 Capítulo 7 Numeral 7.1.3 literal a).

Se observa que la productividad es baja frente a la meta que se tiene establecida para documentadores en los puntos de atención y centros regionales que se encuentran en la Dirección Territorial, dado que no cuentan con buena conectividad. Por lo anterior se deben realizar prácticas de mejora continua para asegurar el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015 Capítulo 7 Numeral 7.1.3.

#### **NUMERAL 9 EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DE LA ISO 9001:2015**

Se observa que desde el nivel Nacional no remite las diferentes encuestas de satisfacción de partes interesadas que se han realizado en la Dirección Territorial, para la toma de decisiones y el análisis de datos, que aportan para la mejora continua en la prestación del servicio. Por lo anterior se deben realizar prácticas de mejora continua para asegurar el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015 Capítulo 9 Numerales 9.1.2 y 9.1.3.

### **12. NO CONFORMIDADES**

#### **NUMERAL 8 DE LA ISO 9001:2015**

No se evidencia respuesta ni aprobación del cronograma de trabajo para el desarrollo de la fase de alistamiento comunitario e institucional para la comunidad CERRO BURGOS por el profesional del nivel Nacional de la Subdirección de Reparación Colectiva, como se tiene establecido en el Procedimiento Alistamiento Para Sujetos De Reparación Colectiva No Étnicos, donde se requiere que el enlace o coordinador hayan revisado previamente los documentos: Guía conceptual y metodológica para la implementación de la fase de alistamiento comunitario, Guía para realizar el alistamiento institucional y Guía metodológica para la presentación de entrelazando. Por lo anterior se genera una No Conformidad por el incumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015 Capítulo 8 Numeral 8.5.1.

No se evidencia corrección en aplicativo SGV de realizar la reprogramación de la indemnización administrativa como se indica en el FORMATO DE IDENTIFICACIÓN DE SALIDAS NO CONFORMES desde el nivel Nacional de las salidas no conformes al producto o servicio para a dos cartas de indemnización identificadas por la Dirección Territorial Magdalena Medio en el primer y segundo trimestre de "Indemnización Administrativa otorgada" Por lo anterior se genera una No Conformidad por el incumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015 Capítulo 8 Numeral 8.7.1.

### **13. RESUMEN ESTADÍSTICO DE AUDITORÍA**

ITEM DE NORMA
4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN

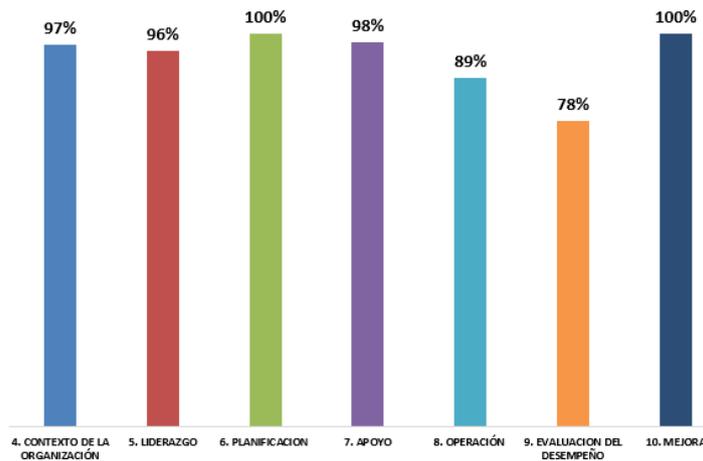
VALOR PORCENTUAL
97%



<b>5. LIDERAZGO</b>	<b>96%</b>
<b>6. PLANIFICACION</b>	<b>100%</b>
<b>7. APOYO</b>	<b>98%</b>
<b>8. OPERACIÓN</b>	<b>89%</b>
<b>9. EVALUACION DEL DESEMPEÑO</b>	<b>78%</b>
<b>10. MEJORA</b>	<b>100%</b>
<b>TOTAL DE NO COMFORMIDADES</b>	<b>2</b>
	<b>MANTENER</b>

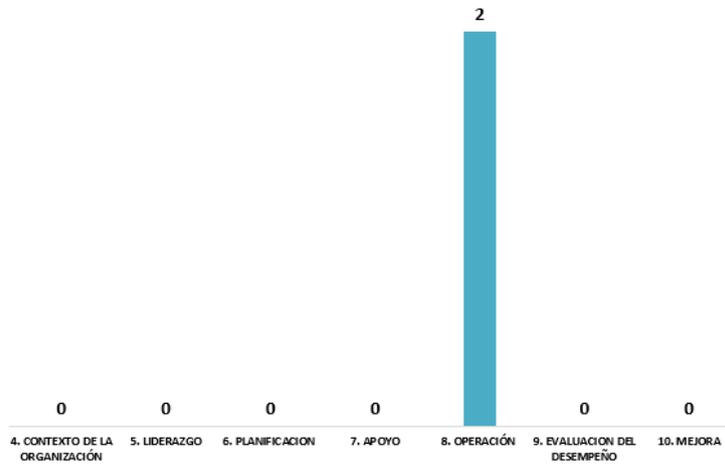
La DT debe mantener la apropiación del SIG en cada uno de los requisitos de los clientes, de la norma, de la ley y los de la institución. En el capítulo 8 la DT debe hacer un mayo seguimiento la operación de cada una de las actividades que se tienen establecidas en los procedimientos dado que se tiene un cumplimiento del 89%, este capítulo se evidenciaros dos (2) No Conformidades. El capitulo 9 con un 78% de cumplimiento es uno de los capitulos más bajos de los que se auditaron.

VALOR PORCENTUAL

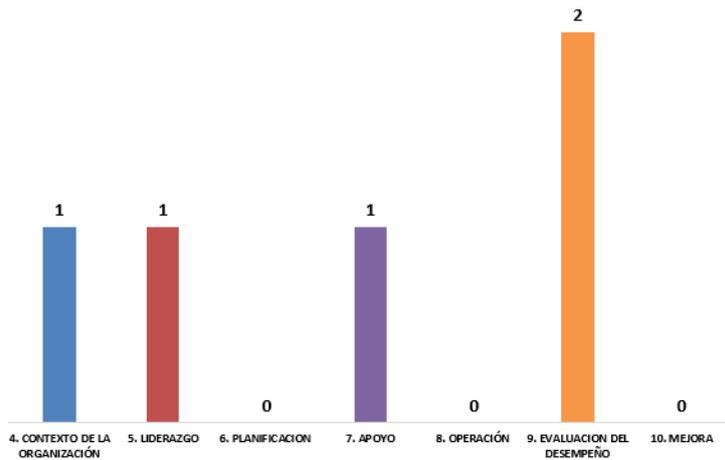




No. NO CONFORMIDADES



No. OBSERVACIONES



Los capítulos 4 Contexto de la organización, 5 Liderazgo, 7 Apoyo y Evaluación del Desempeño cuentan con observaciones las cuales se les debe dar un tratamiento y seguimiento para que no se conviertan en No Conformidades.

**Cordialmente;**

**Victor Hugo Velasquez Ortiz**  
Auditor

**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.