


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

## INFORME DE AUDITORÍA INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN

**Fecha de informe:** 16 mayo de 2022.

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

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

**Servidor responsable del proceso:** Dan Harry Sánchez Cobo.

**Tipo de auditoría realizada:** De primera parte, sistema de gestión de calidad – ISO 9001:2015.

**Fecha de auditoría:** 09 al 13 mayo de 2022.

**Equipo Auditor:** John Dairo Bermeo Cuellar (Auditor Líder).

### 0. OBJETIVO DE LA AUDITORIA


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

### 1. ALCANCE DE LA AUDITORÍA

Inicia con la reunión de apertura de la auditoría y concluye con el seguimiento al plan de mejoramiento por parte del auditor.

### 2. GESTIÓN DEL RIESGO AUDITOR

- I. Dificultad para acceder a las fuentes de información del proceso de la Dirección Territorial Cauca.
- II. Desechar la pertinencia del informe de auditoría interna que es producto del proceso auditor realizado.
- III. Dificultad para cumplir con el programa de auditoría en los tiempos establecidos por falta de conectividad o por falta de asistencia de los servidores del proceso auditado.
- IV. Imposibilidad de cumplir con el cronograma de auditoría interna planeado en los términos de tiempo y oportunidad establecidos.

|  |   |                                     |
|--|---|-------------------------------------|
|  <b>El futuro es de todos</b><br>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas | <b>INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION</b>  | Código: 150.19.15-1                 |
|  | PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN | Versión: 06                         |
|  | PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE                        | Fecha: 05/02/2021<br>Página 2 de 19 |

- V. Alarma en los servidores auditados de la Entidad por el desconocimiento del proceso auditor como herramienta gerencial de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas.
- VI. Fallas en la conectividad para poder realizar la ejecución de la auditoría a través de Microsoft Teams.
- VII. Pérdida de información por falta de respaldo.


### 3. CRITERIOS DE AUDITORÍA

Documentos (procedimientos, guías, instructivos, formatos) y demás instrumentos asociados a los sistemas de gestión de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas. Se toma como criterio principal el Procedimiento de Supervisión y Liquidación de Contratos y Convenios V7 y Servicio al Ciudadano (puntos y/o centros regional).

El corte de la auditoría relacionado con la información documentada a auditar es del 01 julio 2021 - a la fecha del año 2022).

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

La Dirección Territorial Cauca cuenta con su contexto estratégico de acuerdo con los nuevos lineamientos de la metodología estandarizada (código:100,01,20 -1, versión 09, fecha 16/09/2021) y el instrumento del contexto estratégico de las direcciones territoriales (código:100,01,15-64, versión 02, fecha 07/07/2021), dicho ejercicio fue desarrollado en el segundo semestre del año 2021 según acta No. 01 del 27/08/2021 cuyo objeto fue la *“aprobación del contexto institucional 2021 de la Dirección Territorial Cauca, bajo la validación del Director Territorial y el enlace de la Oficina Asesora de Planeación”*. El presente instrumento se socializó en el comité territorial según acta No. 10 del 10/10/2021, donde se indica que, *“se logra la socialización del contexto estratégico y la matriz de riesgos de la DT Cauca, con los 5 riesgos 4 de gestión y uno (1) de corrupción”*. Con relación a la construcción, se identifica la alineación de los objetivos estratégicos con los objetivos del sistema integrado de gestión y se relacionan 13 actividades claves distribuidas a cada uno de los cinco (5) objetivos estratégicos institucionales, las cuales son priorizadas; así mismo a través de la metodología DOFA analizan sus factores internos (debilidades y fortalezas), tales como: *“financieros, talento humano, tecnológico, procesos y procedimientos, comunicación, estratégicos”* y los factores externos (amenazas y oportunidades), como: *“políticas y relacionamiento, económica y financiera, social y cultural, tecnológico, ambientales, legal y normativo, seguridad, medios de comunicación y divulgación”*. De acuerdo con la identificación de sus factores, desglosan sus estrategias con el fin de generar controles, planes de

|  |   |                                     |
|--|---|-------------------------------------|
|  <b>El futuro es de todos</b><br>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas | <b>INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION</b>  | Código: 150.19.15-1                 |
|  | PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN | Versión: 06                         |
|  | PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE                        | Fecha: 05/02/2021<br>Página 3 de 19 |


tratamiento y acciones a tomar en caso de materializarse, las cuales a su vez se llevan a la matriz de riesgos.

Referente a las necesidades y expectativas de las partes interesadas, la Dirección Territorial Cauca identifica las necesidades y expectativas de las partes interesadas ubicada en la página Web de la Entidad, dicho documento describe los subgrupos, necesidades, expectativas, productos, acciones y requisitos para tener en cuenta para el seguimiento y la operación en el territorio; soporte documento *“matriz partes interesadas, (código: 100,01,15-48, versión: 03, fecha del 04/08/2021)”*. Respecto al alcance del sistema de gestión de calidad, mencionan que este hace referencia con el registro, atención, asistencia y reparación de las víctimas del conflicto armado, el cual está documentado en el *“manual del sistema integrado de gestión, versión 09”*, publicado el 01/05/2021 y con relación al sistema de gestión de calidad y sus procesos, expresan que desde el nivel nacional se cuenta con la documentación necesaria para la debida operación (planes, programas, proyectos, caracterización, manuales, procedimientos, guías, documentos internos y externos, etc.), la cual está disponible en la página web de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas en cada uno de los procesos de la entidad.

De acuerdo con lo anterior, no se genera ningún hallazgo en el capítulo 4. Contexto organizacional, pero se aclara que en el capítulo 7. Apoyo, numeral 7.1.6. Conocimiento Organizacional quedará una observación con respecto a fortalecer los aspectos generales del sistema de gestión de calidad relacionados con el *“contexto organizacional, partes interesadas y claridad en las exclusiones del sistema de gestión de la calidad de la Unidad de Víctimas”*.

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


Se identifica el liderazgo y compromiso del Director Territorial Cauca y de todo el grupo de trabajo con la implementación y mejora del sistema de gestión de calidad, se evidencia la responsabilidad de cumplir oportunamente los requisitos de las partes interesadas, trata los riesgos y oportunidades, y actúa a tiempo a la situación presente que se está viviendo en el territorio; todo esto se da a través de la ejecución del plan de acción y del análisis de los resultados en los diferentes comités territoriales y comités internos de final de mes; así mismo se evidencia la atención a las víctimas, se identifican estrategias para brindar respuestas oportunas y se realiza seguimiento a las novedades de los servicios prestados, de igual manera se generan espacios al interior de la Dirección Territorial Cauca para la toma de decisiones, se definen estrategias estableciendo con exactitud responsabilidades para dar cumplimiento a las necesidades en los diferentes espacios con las víctimas y se crea conciencia en el equipo de trabajo hacia la mejora continua, donde se destaca la preparación del grupo de trabajo para atender con responsabilidad las auditorías internas programada para el mes de mayo de 2022. Lo anterior se evidencia a través de los siguientes soportes tomados como muestra por el equipo auditor: Acta No. 02 del 25/02/2022 cuyo objeto es cumplir con

|  |   |                                     |
|--|---|-------------------------------------|
|  <b>El futuro es de todos</b><br>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas | <b>INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION</b>  | Código: 150.19.15-1                 |
|  | PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN | Versión: 06                         |
|  | PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE                        | Fecha: 05/02/2021<br>Página 4 de 19 |

PHVA realizando el comité territorial No.02 referente al seguimiento a las actividades ejecutadas y los compromisos propuesto, dentro de esta se resalta las siguientes acciones: *“socialización de las fechas de las auditorias integrales del sistema de gestión de la calidad y se exhorta a los compañeros a seguir con la misma dinámica de implementación y mejora continua de los procedimientos”, “socialización de las estrategias administrativas del equipo DT, donde se solicita a los equipos que se debe tener conocimiento del plan operativo y matriz estratégica, ya que se debe tener claro a dónde se quiere llegar y cuáles son los lineamientos a seguir”,* así mismo se destaca la *“intervención del director territorial donde recomienda que, dado al orden público que se presenta en el departamento se debe apoyarse en el equipo de SPAE para las comisiones, preguntar con la comunidad y líderes para que puedan hacer presencia en los territorios”.*, Acta No. 03 del 01/04/2022 cuyo objeto es cumplir con PHVA realizando el comité territorial No. 03 del seguimiento a las actividades realizadas y los compromisos propuestos, se destaca las siguientes acciones: *“informe estado de resultados de la DT. Cauca - equipo DT tomando en cuenta los pendientes de la visita de la Madrina...donde se hace la revisión de los 47 ítems a los cuales se les responde y se registra la información para enviar a nivel nacional”, “se socializa el inicio de la implementación de la norma 30301 de Gestión Documental y la ruta que se tendrá a cargo del enlace de la DT” y .Por últimos, se destaca la socialización de “verificar el estado de los SRC que deben entregar la documentación para la protocolización del PIRC y de los compromisos que tienen los líderes de cada sujeto”.*, Acta No. 04 del 01/05/2022 cuyo objeto es la socialización del cuarto comité y jornada de bienestar. Así mismo se acentúa la socialización del manual del sistema integrado de gestión (presentación en PowerPoint de junio 2021) y la campaña *“así le aportamos a Colombia desde la Unidad”*, donde se obtuvo el primer puesto entre las direcciones territoriales, que tiene como propósito el *“reconocimiento de experiencias exitosas de la Unidad que estén implementadas, con resultados destacados que evidencien la mejora en la gestión interna o la generación de beneficios a los ciudadanos en el marco de la legalidad, el emprendimiento, la equidad y el buen desempeño institucional”.*

Referente al tema de enfoque al cliente del sistema de gestión de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, se evidencia el conocimiento con la identificación, comprensión y análisis de dicho requisitos implementados en la *“matriz de requisitos vs procesos, código: 120.01.15-1, versión 01”*, donde a través de las entrevistas realizada a los auditados, se observa que hay claridad con los lineamientos de los clientes para tener en cuenta en la prestación del servicio por parte de la Dirección Territorial Cauca.

Al indagar sobre los roles y responsabilidades, los auditados describen dicho requisito contemplados en la Resolución 569 de 2017 *“Por el cual se deroga la resolución 0893 del 02 de septiembre de 2013 y se adopta el sistema integrado de gestión de la Unidad para la Atención y Reparación Integral de las víctimas”* y la Resolución 2728 de 2021 *“por el cual de adopta el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG y se deroga las Resoluciones No 1250 de 2018 y 1538 de 2019 sobre el Comité Institucional de Gestión y Desempeño”*, donde

|  |   |                                     |
|--|---|-------------------------------------|
|  <b>El futuro es de todos</b><br>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas | <b>INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION</b>  | Código: 150.19.15-1                 |
|  | PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN | Versión: 06                         |
|  | PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE                        | Fecha: 05/02/2021<br>Página 5 de 19 |

junto con el enlace del SIG indican con claridad y comprensión los requisitos que contempla dicho documento, el cual describe claramente las funciones del representante de la dirección para el sistema, las responsabilidades que tiene en los diferentes niveles de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas en la implementación, las funciones del comité institucional de gestión y desempeño y las funciones del equipo operativo.

Con relación a la política del sistema integrado de gestión, se evidencia la apropiación por parte del grupo auditado, donde relacionan su contenido con las funciones que desempeñan e indican que la política se encuentra en la página Web de la Entidad en el enlace *“políticas y objetivos del sistema integrado de gestión”*. Se evidencia ejercicios de socialización por medio de actas del comité adjuntas en los soportes carpetas en Teams, *“capítulo 5. Socialización política de calidad”*.


De acuerdo con lo anterior no se genera ningún hallazgo en el capítulo 5. Liderazgo, de la norma ISO 9001:2015

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

La Dirección Territorial Cauca realiza su planificación y seguimiento a todas a las actividades por medio de los comités territoriales, comités internos de fin de mes y mesas de trabajo con los líderes de los diferentes procesos, donde analiza los avances de la ejecución de las actividades planeadas, aborda los riesgos estableciendo acciones para mitigarlos y reportan a nivel nacional el seguimiento realizado a los controles establecidos, soportes *“formato de monitoreo a la materialización de los riesgos del 29/03/2022*, todo esto en cumplimiento con los lineamientos de la metodología de *“administración de riesgos, código: 100.01.20-1, versión 09, del 16/09/2021”*.

La Dirección Territorial Cauca a finales del año 2021 realizó la actualización de la matriz de riesgos, donde por medio de mesas de trabajo con la asesoría del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), el acompañamiento de la Oficina Asesora de Planeación (OAP) y la participación de integrantes y enlaces delegados de la Dirección Territorial, actualiza la matriz cumpliendo con los lineamientos establecidos en la *“metodología de administración de riesgos código:100,01,20 -1, versión 09, fecha 16/09/2021”*. De igual manera la Oficina Asesora de Planeación aprueba el instrumento según acta del 27/12/2021, donde valida cinco (5) riesgos, uno (1) de corrupción y cuatro (4) de gestión, dicha herramienta fue socializada a todo el grupo de trabajo por medio de los comités territoriales.

Se evalúa las evidencias de los controles de dos (2) riesgos: el primero relacionado con la *“posibilidad de pérdida económica y reputacional ante la población victima afectada por apoyo a su regreso o estabilidad social y económica, debido a la ausencia en la planificación de la fases de planes y retornos o reubicación.”*, control uno (1) *“Se realiza un informe trimestral por*


|  |   |                                     |
|--|---|-------------------------------------|
|  <b>El futuro es de todos</b><br>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas | <b>INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION</b>  | Código: 150.19.15-1                 |
|  | PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN | Versión: 06                         |
|  | PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE                        | Fecha: 05/02/2021<br>Página 6 de 19 |

parte del líder del procedimiento de RR y se valida con el enlace de planeación, en el cual se registra los cumplimientos establecidos según la metas definidas.”, como resultado se evidencia el seguimiento de la verificación de las actividades del riesgo, donde se hace un enlace con las actividades del plan de acción vs plan operativo y se registra el seguimiento en la matriz de materialización de los riesgos, soporte “formato de materialización de riesgos del 29/03/2022”, donde se relaciona “las fases de atención desde RR se atiende desde el monitoreo de las solicitudes de ayuda para el desplazamiento las cuales fueron 79 además la evaluación de conceptos de seguridad de los cuales se tiene 34 de los 42. Por parte de la implementación de los planes se tiene el seguimiento a 35 proyectos de los cuales se ha avanzado en los caracteres de entendimiento y el inicio en la solicitud de documentos para la formulación de los proyectos”. El segundo riesgo está relacionado con la “posibilidad de pérdida reputacional antes las partes interesadas, por la desinformación de las actividades, por falta de información detallada de la ruta a orientar en el marco de la oferta institucional.”, control uno (1) “Se hace control con el líder de Gestión Interinstitucional y validación de líder de Planeación mediante realización de informe trimestral validando el cumplimiento de los objetivos establecidos”, soporte “formato de materialización de riesgos del 29/03/2022”, donde se relaciona “que el plan de oferta institucional se encuentra en diferentes procedimientos Reparación Individual con la inversión adecuada de los recursos, Reparación Colectiva en la fase de formulación, oferta desde Nación Territorio y la aplicación donde las instituciones registran su oferta. Estas estrategias se trabajaron en el primer trimestre donde se logra la atención de 300 personas en la divulgación y despliegue de la información”, así mismo se evidencia la matriz en Excel del control de todos los proyectos con el registro del seguimiento.

Al indagar sobre la metodología de administración de riesgos vigente en la Entidad y la política de administración de riesgos, se evidencia desconocimiento de las directrices que contempla dicha política, por tal motivo se genera una no conformidad con el fin de establecer acciones y mejora referente a los lineamientos de la política de riesgos.

Referente a la interpretación y conocimiento de los objetivos de calidad, el equipo auditado describe claramente los nueve (9) objetivos del sistema integrado de gestión y los asocia a las funciones a ejecutar, los cuales tienen relación a la misionalidad y operatividad de la Entidad, de igual manera ubican en la página web institucional dichos objetivos y menciona que estos se encuentran documentados en el “manual de calidad del sistema de gestión, versión 09”. Se evidencia la socialización a través del acta No. 01 del 19/01/2022 donde se “convoca a los compañeros a no perder la ruta de las acciones del sistema y hacer la socialización de la información del Sistema Integral de Gestión en la página Web. A lo anterior se citan y se socializa la base documental”.


De acuerdo con lo anterior se genera una (1) no conformidad del capítulo 6. Planificación, numeral 6.1. Acciones para abordar riesgos y oportunidades referentes a la administración de riesgos de la norma ISO 9001:2015.

|   |   |                                     |
|---|---|-------------------------------------|
|  | <b>INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION</b>  | Código: 150.19.15-1                 |
|   | PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN | Versión: 06                         |
|   | PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE                        | Fecha: 05/02/2021<br>Página 7 de 19 |

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

La Dirección Territorial Cauca referente al componente presupuestal determina, analiza y prioriza los recursos asignados con la finalidad de cumplir las actividades planificadas desde el nivel nacional, así mismo prevé a través de solicitud a nivel nacional y demás entes que intervienen en el proceso, alertas sobre las limitaciones y necesidades identificadas para la gestión de su operación. De parte de la dirección territorial Cauca se han solicitado apoyo en temas de recursos de personal relacionado a los proceso de reparación integral y reparación colectiva específicamente con el programa del plan padrino, estas necesidades fueron identificadas en las revisiones mensuales de los comités internos de trabajo identificando estos cuellos de botella. Con respecto al proceso de Reparación Integral a mediados del año 2021 se requirió un profesional para el cargue de información donde se logró el apoyo del colaborador a través del operador outsourcing y con relación al proceso de Reparación Colectiva se hace la solicitud del personal para el equipo psicosocial y colectivo de acuerdo a un análisis interno, donde se identifica el total de personal adicional por ser un departamento que demanda un alto número de víctimas de reparación, de acuerdo a lo mencionado, para esta vigencia se da el aval de un profesional para el tema psicosocial y cuatro colaboradores para el proceso de reparación colectiva con sus respectivos puestos de trabajo. Lo anterior se evidencia por medio de los siguientes soportes: informe de revisión por la alta dirección tema DT Cauca – proceso de reparación colectiva, correo del 06/05/2022 donde se adjunta la acta del 11/02/2022 derivado del contrato interadministrativo nro\_1483-2021 donde el objeto es *“Llevar a cabo la instalación físico de puestos de trabajo y sus componentes en la Dirección territorial Cauca sede Popayán, asignado al director Territorial Dan Harry Sanchez Cobo de la dotación tecnológica en ejecución del contrato Interadministrativo Nro.1483-2021”*, documento relacionado con los recursos ejecutados *“insumos acuerdos ARIV-CRIC 2020 – 2021”* y el acta No. 03 del 01/04/2022 relacionado con la socialización de las estrategias administrativas del equipo DT, donde se *“verifica el estado de los SRC que deben entregar la documentación para la protocolización del PIRC y de los compromisos que tienen los líderes de cada Sujeto”*. Respecto a la proactividad de la dirección territorial Cauca una vez identifica estas situaciones que afectan su gestión, establece con su grupo de trabajo estrategias para minimizar el riesgo y cumplir en lo máximo con los compromisos adquiridos. Mensualmente a través de los comités territoriales cada líder de los procesos informa la gestión realizada donde se expone las novedades y definen las tácticas para suplir los inconvenientes presentados.

Respecto al recurso humano la Dirección Territorial Cauca cuenta con los funcionarios, contratistas y operadores, personas aptas para la gestión de la operación basada en educación, formación y experiencia, adicional el enlace del SIG cuenta con las competencias necesarias requeridas para dar cumplimiento a dicha responsabilidad (Curso de auditor interno en HSEQ, curso de inducción y reinducción de 100 horas del 04/06/2021, diplomados). Mensualmente el líder de la dirección territorial realiza seguimiento al cumplimiento de las


|   |  |                                     |
|---|--|-------------------------------------|
|  | <b>INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION</b>         | Código: 150.19.15-1                 |
|   | <b>PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN</b> | Versión: 06                         |
|   | <b>PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE</b>                        | Fecha: 05/02/2021<br>Página 8 de 19 |

obligaciones del equipo de trabajo donde por medio de una matriz en Excel se lleva el control individual de las actividades desarrollada por día, se analiza el porcentaje de avance y describen las observaciones presentadas, esto con el fin de evaluar la eficacia de cada uno de los funcionarios y contratistas de las acciones planificadas. Con relación al conocimiento organizacional se destaca la iniciativa de la campaña *“así le aportamos a Colombia desde la Unidad”*, que tiene como propósito el *“reconocimiento de experiencias exitosas de la Unidad que estén implementadas, con resultados destacados que evidencien la mejora en la gestión interna o la generación de beneficios a los ciudadanos en el marco de la legalidad, el emprendimiento, la equidad y el buen desempeño institucional”*. En relación al conocimiento y toma de conciencia de las directrices y lineamientos a tener en cuenta para la implementación del sistema que se encuentra estandarizado en la Entidad, se deben fortalecer los temas relacionados con metodologías, manuales, conceptos, instrumentos y demás componentes que hacen parte de la implementación (políticas, partes interesadas, informes de auditoría, revisión por la dirección, contexto organizacional, matriz de comunicaciones, claridad en las exclusiones del sistema de gestión de la calidad de la Unidad de Víctimas y demás componentes del sistema”), por tal motivo se genera una observación con el fin de fortalecer prácticas de mejora continua para asegurar el cumplimiento de los requisitos del sistema.

Con relación a la infraestructura y el ambiente para la operación de los procesos, la Dirección Territorial Cauca cuenta con unas instalaciones nuevas apropiadas para el desarrollo de su gestión, así mismo dispone de los equipos tecnológicos, servicios y recursos presupuestales acorde a sus necesidades. Referente al mantenimiento se lleva un control preventivo a los ascensores mensualmente (acta de mantenimiento elevadores del 23/03/2022 y del 27/04/2022), equipos tecnológicos y desinfección en todas las instalaciones, de igual manera se lleva seguimiento de las solicitudes requeridas a la mesa de ayuda de la OTI sobre requerimientos para la operatividad diaria, entre las cuales se toma de muestra por parte del auditor la solicitud del arreglo de una impresora del cuarto (4) piso que presenta fallas en su funcionamiento, soporte correo del 24/03/2022, incidente No. 53659 y correo del 02/03/2022, incidente No. 52926. Desde el nivel nacional se ha realizado la gestión oportuna y actualmente se continúa con el mantenimiento debido que no ha sido posible su solución definitiva. Con respecto al ambiente laboral se han establecido charlas relacionadas con estrategias psicosociales, reducción del estrés, prevención del agotamiento, cuidado emocional, jornada de bienestar (fuera de la oficina) entre otras. Evidencia correo del 06/05/2022 de la actividad de cuidado emocional.

Al indagar sobre la comunicación interna y externa de la Dirección Territorial Cauca hacia los procesos del nivel nacional y las partes interesadas, algunos auditados identifican los lineamientos impartidos desde el proceso de comunicaciones, relatando claramente quién debe, cuándo, a quién y cómo comunicar la información. Soporte socialización en las actas de los comités territoriales y comités internos de grupos de trabajos al final de cada mes, estrategias del director de comunicar las actividades a desarrollar en el territorio, correo del 24/03/2022 enviado a la OAP.




|  |   |                                     |
|--|---|-------------------------------------|
|  <b>El futuro es de todos</b><br>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas | <b>INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION</b>  | Código: 150.19.15-1                 |
|  | PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN | Versión: 06                         |
|  | PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE                        | Fecha: 05/02/2021<br>Página 9 de 19 |

Referente a información documentada y control de la información se destaca la socialización interna del inicio de la implementación de la norma ISO 30301 del sistema de gestión documental, soporte acta No. 03 del 01/04/2022 y con respecto al cumplimiento de la política de seguridad de la información se evidencia según el semáforo enviado desde la OTI que se está cumpliendo con el almacenamiento del cargue de la información en la plataforma de OneDrive por parte de todos los colaboradores, evidencia correo del 20/04/2022 “*semáforo de megas cargadas*”, así mismo se evidencia toda la información del control de las actividades mensuales que deben cumplir los 37 contratista, donde se almacena toda la información de las actividades realizadas mensualmente por medio de carpetas individuales. En relación con la disponibilidad de la información para el desarrollo de la auditoria se observa que, se debe hacer una planificación anticipada en la recolección de las evidencias de la mayoría de los numerales estándares de las normas con el fin de facilitar el ejercicio del auditor y el auditado. Por lo anterior se genera una observación de realizar prácticas de mejora continua para auditorias futuras.

De acuerdo con lo anterior se genera dos (2) observaciones relacionada con el capítulo 7. Apoyo, numeral 7.1.6. Conocimiento organizacional y numeral 7.5.3. Control de la información documentada de la norma ISO 9001:2015.

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


Al evaluar el procedimiento del proceso de Contratación “*Supervisión y Liquidación de Contratos y Convenios V7*”, se evidencia gestión y control de las actividades realizadas en la Dirección Territorial Cauca, donde se cuenta con la trazabilidad de cada una de las actividades ejecutadas. Con relación a la supervisión de los contratos de prestación de servicio estos cuentan con unos líderes en cada uno de los procesos, los cuales se encargan de recolectar la información de las actividades ejecutadas mensualmente y realizan seguimiento de acuerdo a una directrices dadas por el director territorial en las que se debe cumplir algunos parámetros de control, como: “*la documentación debe estar cargada total en el aplicativo diseñado en la plataforma, matrices de temas logísticos diligenciados totalmente de acuerdo a los tiempos pre establecidos a quienes aplique, seguimiento a la información cargada en los diferentes instrumentos de registro de información del nivel nacional, verificación de los pagos de salud, pensión, ARL, temas financieros, entre otros*”. Al indagar sobre el proceso, el responsable expresa que este inicia con un cronograma que establece la asistente administrativa y una agenda concertada con el director territorial, el cual tiene un corte del 22 y 23 de cada mes y es comunicado por el canal de WhatsApp de cada contratista, cumplidas estas fechas se realiza el respectivo seguimiento de la validación de la información, verificación de visto bueno y firma del Director Territorial. De acuerdo con lo anterior se presenta las siguientes evidencias: pantallazos del chat por vía WhatsApp, correo del 20/04/2022 relacionado con el informe de actividades del mes de abril del contrato No. 237/2022 y correo del 23/02/2022 relacionado con el contrato No.1056/2022 donde se presenta un ajuste al informe de

|  |   |                                      |
|--|---|--------------------------------------|
|  <b>El futuro es de todos</b><br>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas | <b>INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION</b>  | Código: 150.19.15-1                  |
|  | PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN | Versión: 06                          |
|  | PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE                        | Fecha: 05/02/2021<br>Página 10 de 19 |

actividades el cual es remitido nuevamente con las corrección por medio del correo del 26/02/2022 para la validación.

Referente a la liquidación de convenios la Dirección Territorial Cauca está al 100% con el indicador de *“Trámite de liquidaciones de los contratos y/o convenios suscritos por las dependencias del Nivel Nacional”*, en instancia judicial existen tres (3) convenios que se encuentra en etapa de admisión, uno (1) de ellos en etapa de audiencia inicial, los convenios que están en etapa de admisión son los del CRAV Santander de Quilichao No.1458/2013 y CRAV de Popayán No. 1509/2018 Municipios de Caldono y Buenos Aires, los cuales se encuentran radicado en el tribunal. Con respecto al convenio 1458/2013 tomado como muestra por el auditor se informa que, en la etapa prejudicial se iniciaron acercamientos por parte de la alcaldía para realizar el proceso de cancelar unos saldos con el fin de legalizar, donde enviaron varios requerimientos obteniendo avances parciales pero no los suficientes para dar por terminado el cumplimiento, por cuestión de términos se informó a la Oficina Asesora Jurídica para que inicien el trámite judicial por ser un contrato de vigencias anteriores, el cual se encuentra en etapa judicial. El tercer convenio que se encuentra en etapa inicial cuenta con el número de radicación No.202066400 relacionado al municipio de Popayán. Lo anterior esta soportado con las siguientes evidencias: matriz en Excel del reporte de vigilancia judicial con corte al 10/05/2022, correo del 09/05/2022 referente al reporte del indicador *“Trámite de liquidaciones de los contratos y/o convenios suscritos por las dependencias del Nivel Nacional”*, pantallazo de los convenios de contratación.

Respecto al proceso de Servicio al Ciudadano la Dirección Territorial Cauca cuenta con seis (6) puntos de atención y dos (2) centros regionales donde actualmente está abierto el Centro Regional de Santander de Quilichao. Con relación a los puntos de atención, su distribución es la siguiente: en el municipio El Bordo con dos (2) orientadores y un (1) documentador, en el municipio de Mercaderes con una (1) orientadora, en el municipio de Inzá con una (1) orientadora y en la Costa Pacífica se cuenta con tres (3) puntos de atención, una (1) orientadora en el municipio de Guapi, una (1) orientadora en el municipio de Timbiquí y un (1) orientador en el municipio de López de Micay, actualmente se está prestando el servicio presencial con la entrega de fichas de turno acorde a la hora de llegada. En el Centro Regional de Popayán se cuenta con seis (6) orientadores y dos (2) documentadores donde la atención se está prestando a través de la modalidad telefónica. Con respecto a los orientadores se cuenta con capacitaciones mensuales relacionadas con la prestación del servicio y el buen trato a la ciudadanía por parte del outsourcing. Evidencia *“Portal virtual”* donde se cuenta con la programación de las capacitaciones distribuidos por pre-turnos (lunes, miércoles y viernes) y finaliza cada uno realizando un Quiz (muestra del portal del 11 de mayo – tema *“validación de datos habeas data, Tip ruta simplificada”*), así mismo se verifica en el portal la formación del mes de mayo donde se evidencia el porcentaje de capacitación (*asistencia 30%, participación 30%, Evaluación conceptual 20% y encuesta formador 20 %*). Por parte del auditor se verifica la socialización del mes de marzo donde el responsable da a conocer los

|   |  |                                      |
|---|--|--------------------------------------|
|  | <b>INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION</b>         | Código: 150.19.15-1                  |
|   | <b>PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN</b> | Versión: 06                          |
|   | <b>PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE</b>                        | Fecha: 05/02/2021<br>Página 11 de 19 |


resultados sobre la jornada de atención en formación y calidad, encuestas de satisfacción y recomendaciones, evidencia *“presentación reunión de equipo – marzo 2022”*; si el resultado de formación y de calidad ya consolidado es por debajo de 85% se pierde el ítems, estos resultados son calificados como (error críticos y no críticos). Cuando el error es crítico desde formación se programa una retroalimentación por la plataforma teams con el orientador para subsanar el error, soporte resultado del 83% de un colaborador donde se evidencia todo el proceso de retroalimentación para subsanar el error. Evidencia acta de aseguramiento de calidad en la prestación del servicio de la retroalimentación.

Al indagar sobre el buzón de sugerencia en el centro regional de Santander de Quilichao, se verifica la apertura del mes de abril de 2022, donde se evidencia acta de reunión institucional, el formato de relación y clasificación de la apertura del buzón de sugerencias cumpliendo a cabalidad con las directrices del *“instructivo de apertura del buzón de sugerencias centro regionales (código 00,22,05-4, versión 02, fecha 22/04/2021)”*. Lo anterior se evidencia por medio de los siguientes soportes: correo programación anual de citación a la apertura del buzón de sugerencia del 26/01/2022, acta No. 02 del 01/04/2022, objeto *“Realizar el control de las quejas, reclamos y felicitaciones en las entidades participantes; de requerirse presentar reportes a organismos de control de las entidades participantes en el Centro Regional”*, así mismo se evidencia el análisis a los compromisos adquiridos, listado de asistencia, formato de apertura del buzón de sugerencias, cronogramas de programación, fotografías, entre otros.

En cuanto al control de las salidas no conforme la Dirección Territorial Cauca manifiesta que a la fecha no se han presentado salida no conforme del producto o servicio, todo esto de acuerdo con los análisis realizados en los comités internos del grupo de trabajo y el profesional zonal, por lo tanto, no ha sido necesario reportar a nivel nacional para llevar un control de seguimiento. Durante la auditoria y aplicando el método de entrevista, se indaga sobre la identificación, conocimiento y descripción de las salidas no conformes estandarizadas en el sistema de gestión de calidad del proceso de Servicio al Ciudadano *“matriz de identificación de salidas no conforme del proceso de Servicio al Ciudadano (código: 100.01.15-34, versión 02, fecha 25/08/2020)”*, evidenciando conocimiento de las directrices a cumplir. Lo anterior se soporte en la acta No. 02 del 08/02/2022, objeto *“apoyar las actividades que permitan garantizar el funcionamiento y operación del centro regional, temas varios del proceso de servicios al ciudadano”*, correo del 07/04/2022 informando al enlace el *“resultado del informe de salidas no conforme del mes de marzo”*.

El equipo auditor destaca el compromiso de los funcionarios de los dos (2) proceso por su entrega, compañerismo y conocimiento en el desarrollo de cada una de las etapas a ejecutar.


De acuerdo con lo anterior no se genera ningún hallazgo del capítulo 8. Operación, de la norma ISO 9001:2015.

|  |   |                                      |
|--|---|--------------------------------------|
|  <b>El futuro es de todos</b><br>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas | <b>INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION</b>  | Código: 150.19.15-1                  |
|  | PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN | Versión: 06                          |
|  | PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE                        | Fecha: 05/02/2021<br>Página 12 de 19 |

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

Se evidencia seguimiento al plan de acción a través de los comités territoriales mensuales, donde se analiza, captura la información y reporta en el aplicativo SISGESTION – V2. Para la vigencia 2022 se cuenta con un total de 42 actividades las cuales se registran de acuerdo con la programación establecida por cada indicador. El seguimiento se realiza por medio de una matriz en Excel, donde se seleccionan los indicadores, se socializa a los responsables del registro del avance por correo electrónico (evidencia de muestra correo del 04/05/2022) y una vez analizado se consolida para el registro en el aplicativo. En la auditoria se evalúa los siguientes indicadores: indicador No. 303 *“Implementar la fase de caracterización de daño colectivo con los Sujetos de Reparación Colectiva étnicos”*, se evidencia los soportes de: avance de la caracterización del daño SRC consejo comunitario Alto Guapi – 20/05/2022 y el documento de caracterización del daño colectivo de Polindara. Indicador No. 310 *“realizar acciones de fortalecimiento a emprendimientos de víctimas identificados y caracterizados”*, se evidencia los soportes de: documento presentación grupo de fortalecimiento y emprendimiento, matriz de Excel de emprendimiento activos, acta de seguimiento indicador oferta CRAV de abril de 2022, Indicador 315 *“Implementar estrategias grupales con víctimas del conflicto armado para el acceso a la medida de satisfacción a nivel individual, en los componentes de memoria, dignificación y recuperación de prácticas sociales”*, se evidencia los soportes de: avances para el reporte del mes de julio de 2022 matriz de seguimiento psicosocial, listado de asistencia de la implementación de la estrategia, acta del 05 al 07/04/2022, objeto *“(…) contribuir a la reparación integral de víctimas del conflicto armado con la implementación de la estrategia (…)”* e Indicador No.145 *“Realizar jornadas de atención móvil de orientación y comunicación a las víctimas”*, se evidencia los soportes de: jornadas realizadas mensualmente en el 2022 de nueve (9) eventos ejecutados.

Referente al plan de implementación del SIG, las actividades se reportan trimestral de acuerdo con las indicaciones dadas desde el nivel nacional por parte de la Oficina Asesora de Planeación, donde por medio del correo electrónico del 11/04/2022 informan sobre la *“(…) habilitación de la plataforma, las fechas máximas para el reporte, archivo en Excel de los indicadores y demás aspectos para tener en cuenta (…)”*. En la auditoria se evalúa el indicador de *“Aplicar por demanda encuestas de satisfacción de las partes interesadas para obtener su percepción respecto a los productos y servicios que presta la Unidad (Ficha técnica y Encuesta)”*, con respecto a este indicador de medición de encuestas se evidencia el informe enviado desde el nivel nacional *“informe de resultado de encuestas del 2021 del proceso de Reparación Integral”*, donde se observa que la dirección territorial aplicó 1.274 encuestas siendo una de las direcciones que aporta más, junto con otras tres (3). Con relación al proceso de Servicio al Ciudadano del segundo semestre de 2021 se obtuvo los siguientes resultados sobre la medición de satisfacción del cliente: Se aplicó por parte de la Dirección Territorial 4.348 encuestas obteniendo un resultado promedio consolidado de los bloques de las

|  |   |                                      |
|--|---|--------------------------------------|
|  <b>El futuro es de todos</b><br>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas | <b>INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION</b>  | Código: 150.19.15-1                  |
|  | PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN | Versión: 06                          |
|  | PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE                        | Fecha: 05/02/2021<br>Página 13 de 19 |

preguntas realizadas del 85.70% entre todas las Direcciones Territoriales. Respecto a la socialización de los resultados obtenidos se evidencia el documento *“Presentación el PowerPoint de reunión de equipo del mes de abril 2022”* donde se comunica los resultados de la encuesta de satisfacción de cada una de las preguntas realizadas con los porcentajes obtenidos, adicional se evidencia acta No. 04 del 22/04/2022 donde queda consignando lo referente a la socialización de los resultados de las encuestas, listas de asistencia y compromisos de mejora. Respecto a los demás indicadores, se lleva el seguimiento acorde a la programación de la OAP.


De acuerdo con lo anterior no se genera ningún hallazgo del Capítulo 9. Evaluación del desempeño, de la norma ISO 9001:2015.

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

La Dirección Territorial Cauca cuenta con instrumentos y herramientas de seguimiento y control para la gestión en el territorio, se identifica por parte del Director Territorial iniciativas de mejora continua, donde promueve alianzas con las diferentes entidades, todo esto conlleva al cumplimiento de las necesidades y expectativas de las partes interesadas.

Referente al estado de las no conformidades de la auditoría interna de calidad realizada en el año 2021 no se generaron hallazgos de NC, pero se identificaron cuatro (4) observaciones relacionadas con: *(la guía para la realización del análisis del contexto..., desconocimiento sobre la justificación de exclusiones del sistema de gestión de la calidad de la Unidad de Víctimas..., desconocimiento del plan indicativo estratégico 2019 – 2022... y falta de seguimiento a los controles del mapa de riesgos...)*, donde se evidencia que se han realizado las respectivas acciones de mejora. Así mismo se observa la gestión realizada por parte del enlace con el cierre de una no conformidad pendiente de auditorías de vigencias anteriores para ser cerradas en el aplicativo SISGESTION. Evidencia: *“documento del seguimiento y cierre del estado de las NC. No. 1758 de 2019 y del 2020 las NC No. 2444, 2445, 2327, 2328, 2329”*.

Al evaluar la actividad planteada en el informe de revisión por la dirección 2021 relacionado con las oportunidades de mejora sobre *“1) Relación de las oficinas de cooperación operacional...2) Clasificación de las oficinas de cooperación por municipio...3) Clasificación de las oficinas de cooperación según las acciones a apoyar según su misionalidad”*, se cuenta con todas las evidencias cumpliendo al 100% los compromisos adquiridos. Evidencia: Informe de revisión por la dirección 2021, carpetas en la plataforma Teams de las evidencias de cada uno de los compromisos.

|  |   |                                      |
|--|---|--------------------------------------|
|  <b>El futuro es de todos</b><br>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas | <b>INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION</b>  | Código: 150.19.15-1                  |
|  | PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN | Versión: 06                          |
|  | PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE                        | Fecha: 05/02/2021<br>Página 14 de 19 |


De acuerdo con lo anterior no se genera ningún hallazgo del capítulo 10. Mejora, de la norma ISO 9001:2015.

## 11. OBSERVACIONES

1. Se observa que, al interior de la dirección territorial Cauca se deben fortalecer los temas del Sistema Integrado de Gestión de Calidad relacionado con metodologías, manuales, conceptos, instrumentos y demás componentes que hacen parte de la implementación (políticas, partes interesadas, informes de auditoría, revisión por la dirección, contexto organizacional, matriz de comunicaciones, claridad en las exclusiones del sistema de gestión de la calidad de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, etc.). Esto sucede en la Dirección Territorial Cauca en el sistema de gestión de calidad. Lo anterior se evidencia a través de las entrevistas efectuadas al equipo auditado donde se identifica debilidades en dichos componentes, aunque se evidencia estrategias, campañas de socialización y capacitación por parte del enlace y líderes interno para la implementación y mejora del sistema. Por lo anterior se deben fortalecer prácticas de mejora continua para asegurar el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015, capítulo 7. Apoyo, numeral 7.1.6. conocimiento organizacional.
2. Se observa en el desarrollo de la auditoria que hace falta una planificación anticipada en la recolección de las evidencias de la mayoría de los numerales estándares de las normas, para facilitar el ejercicio del auditor y el auditado. Esto sucede en la Dirección Territorial de Cauca, asociada a los sistemas integrados de gestión (calidad). Lo anterior se evidencia en el desarrollo de la auditoria en el momento de ser requeridos los soportes por parte del auditor. Por lo anterior se deben realizar prácticas de mejora continua en auditorias futuras, con el fin de dar cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015, capítulo 7. Apoyo, numeral 7.5.3. control de la información documentada

## 12. NO-CONFORMIDADES

1. No se evidencia, conocimiento de la política de administración de riesgos de los lineamientos adoptados por el sistema de gestión de la Entidad. Esto sucede en la Dirección Territorial Cauca, asociada al proceso de Direccionamiento Estratégico (código 120.01.09-1, Versión 10). Lo anterior se evidencia a través de la observación y entrevistas realizadas a los auditados, respecto a la descripción de las directrices adoptada por la Entidad, donde no se tuvo claridad en las respuestas. Esta situación conduce al incumplimiento con los requisitos de la norma ISO 9001:2015 del capítulo 6. Planificación, numeral 6.1. Acciones para abordar riesgos y oportunidades referentes a la administración de riesgos.

|  |  |                                      |
|--|--|--------------------------------------|
|  <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p> | <b>INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION</b>         | Código: 150.19.15-1                  |
|  | <b>PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN</b> | Versión: 06                          |
|  | <b>PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE</b>                        | Fecha: 05/02/2021<br>Página 15 de 19 |

## 13. FORTALEZAS Y DEBILIDADES

### 13.1. Fortalezas

1. Compromiso de la Dirección Territorial Cauca, en la implementación y mejora continua del sistema de gestión de calidad bajo los requisitos de la norma ISO 9001:2015 en cada uno de sus numerales auditados.
2. Disposición apropiada del director territorial y su equipo de trabajo en la ejecución y la buena actitud en el desarrollo de la auditoria.
3. Compromiso del enlace del SIG, respecto al registro de las evidencia en la plataforma Teams.
4. Generación de estrategias para ser difundidas en la operatividad de la Dirección Territorial Cauca.

#### **Aspectos para destacar:**


5. La estrategia del equipo de trabajo relacionado con la creación de los videos individuales de pausas activas, para ser replicada a todo el grupo de trabajo, demostrando compromiso en la implementación del sistema.

#### **Recomendación de la DT. Cauca**

6. Analizar la posibilidad de que las próximas auditorías a los sistema integrados de gestión puedan ser presencial, esto con el fin de que los auditores tengan una visión más real de la implementación de los lineamientos de los sistemas de gestión por parte de las direcciones territoriales.

### 13.2. Debilidades

1. Fortalecer al interior de la Dirección Territorial Cauca temas del sistema de gestión de la calidad, relacionado con políticas, partes interesadas, informes de auditoría, revisión por la dirección, contexto organizacional, matriz de comunicaciones, claridad en las exclusiones del sistema de gestión de la calidad de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, etc.
2. Mejorar la planificación de la anticipación en la recolección de las evidencias de la mayoría de los numerales estándares de las normas, para facilitar el ejercicio del auditor y el auditado en auditorias futuras.

|   |   |                                      |
|---|---|--------------------------------------|
|  | <b>INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION</b>  | Código: 150.19.15-1                  |
|   | PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN | Versión: 06                          |
|   | PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE                        | Fecha: 05/02/2021<br>Página 16 de 19 |

## 14. RESUMEN ESTADÍSTICO DE AUDITORÍA

### DIRECCIÓN TERRITORIAL CAUCA

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

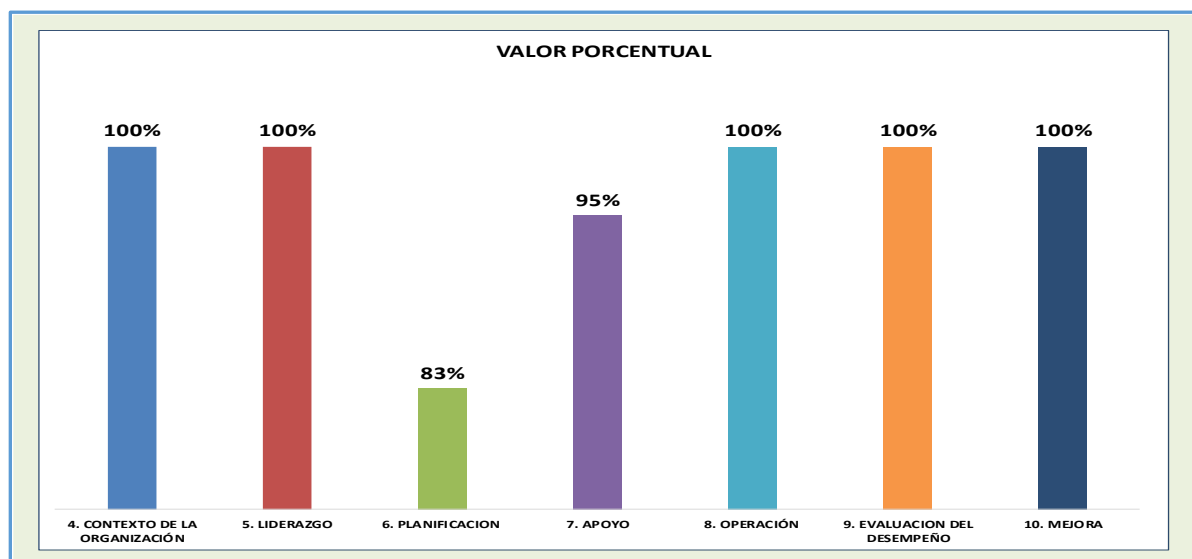
#### a) Cumplimiento de la norma.

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

| ITEM DE NORMA                  | VALOR PORCENTUAL |
|--------------------------------|------------------|
| 4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN | 100%             |
| 5. LIDERAZGO                   | 100%             |
| 6. PLANIFICACION               | 83%              |
| 7. APOYO                       | 95%              |
| 8. OPERACIÓN                   | 100%             |
| 9. EVALUACION DEL DESEMPEÑO    | 100%             |
| 10. MEJORA                     | 100%             |


Fuente: Herramienta de evaluación auditoría interna de calidad.

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



Fuente: Herramienta de evaluación auditoría interna de calidad.



|   |   |                                      |
|---|---|--------------------------------------|
|  | <b>INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION</b>  | Código: 150.19.15-1                  |
|   | PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN | Versión: 06                          |
|   | PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE                        | Fecha: 05/02/2021<br>Página 17 de 19 |

El porcentaje promedio de cumplimiento del nivel de madurez asociado a los requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad NTC ISO 9001:2015, es del 97%.

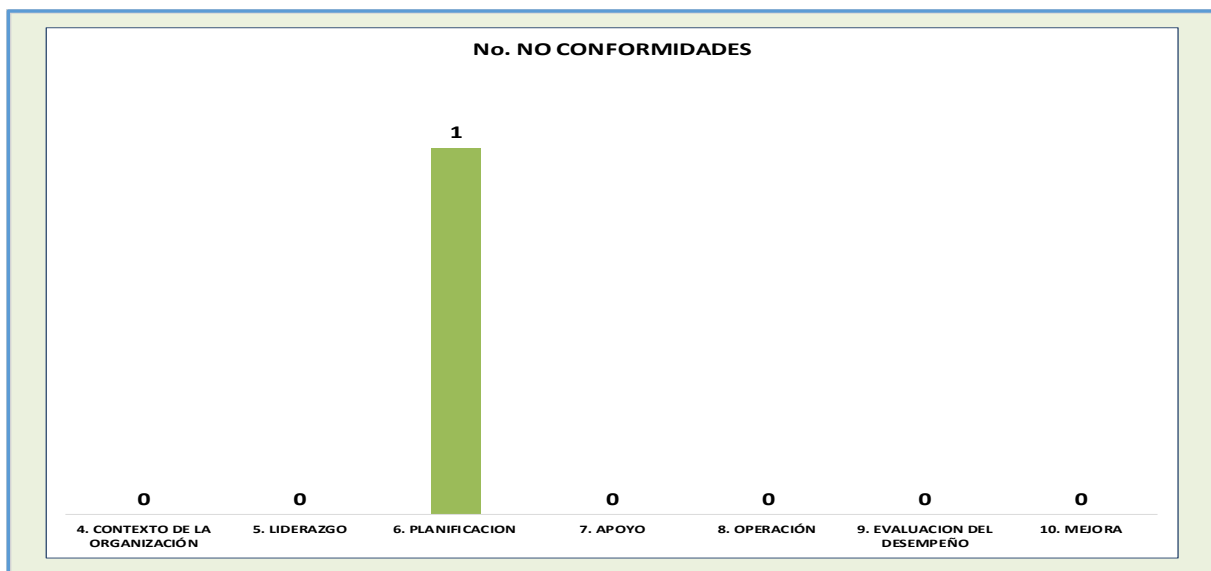
### b) Número de No Conformidades y Observaciones.

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

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


Fuente: Herramienta de evaluación auditoría interna de calidad.

### Grafica No. 2. Número de No Conformidades

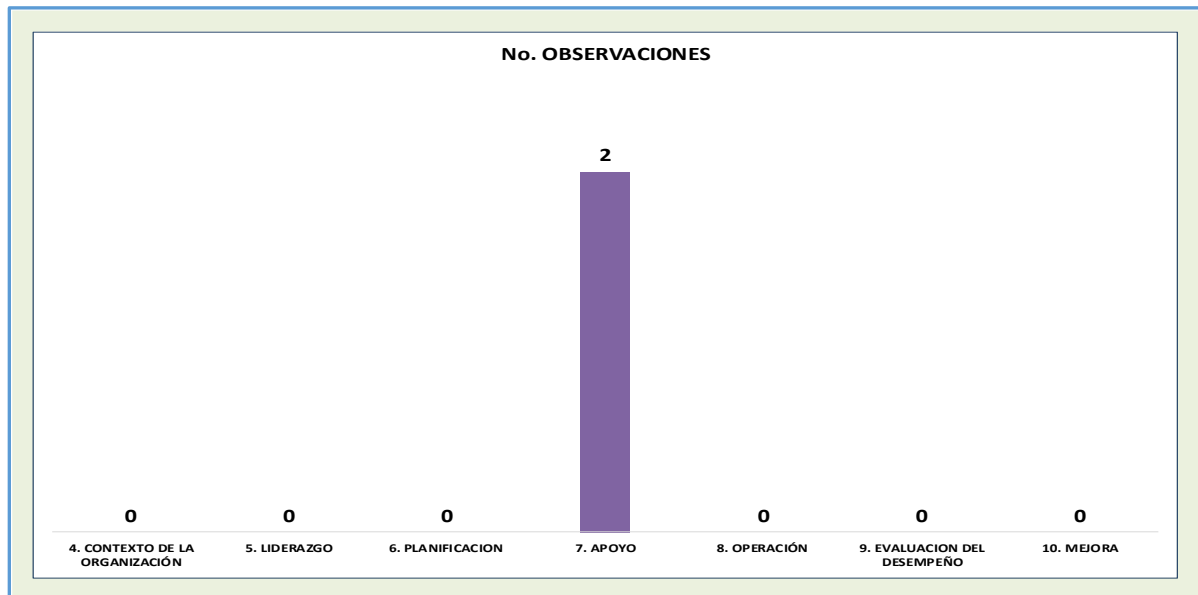


Fuente: Herramienta de evaluación auditoría interna de calidad.

Se identificó una (1) no conformidad en el capítulo 6. Planificación, numeral 6.1. Acciones para abordar riesgos; respecto al cumplimiento del nivel de madurez asociado a los requisitos del sistema de gestión de la calidad NTC ISO 9001:2015.

|   |   |                                      |
|---|---|--------------------------------------|
|  | <b>INFORME AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION</b>  | Código: 150.19.15-1                  |
|   | PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN | Versión: 06                          |
|   | PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE                        | Fecha: 05/02/2021<br>Página 18 de 19 |

### Grafica No. 3. Número de Observaciones



Fuente: Herramienta de evaluación auditoría interna de calidad.


Se identificaron dos (2) observaciones en el capítulo 7. Apoyo, numeral 7.1.6. Conocimiento organizacional y el numeral 7.5.3. Control de la información documentada; respecto a la aplicación de la herramienta de evaluación de cumplimiento del nivel de madurez asociado a los requisitos del sistema de gestión de la calidad NTC ISO 9001:2015.

En conclusión, el nivel de cumplimiento de los requisitos de la Norma ISO 9001:2015 del sistema de gestión de calidad de la Dirección Territorial Cauca, es del 97%, de 54 ítems evaluados.

**Cordialmente;**

**JOHN DAIRO BERMEO CUELLAR**  
Auditor líder

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

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

| Versión | Fecha del cambio     | Descripción de la modificación  |
|---------|----------------------|---|
| 1       | <b>30/30/05/2014</b> | Creación del formato  |
| 2       | 24/02/2015           | Se adicionó el número de auditoría, la definición de cada una de términos, la agenda de la auditoria, informe de la auditoria, conformidad, aspectos positivos, fortalezas, oportunidades de mejora, observaciones, no conformidades, ficha técnica y responsables de la auditoria. |
| 3       | 6/11/ 2015           | Se reestructura la presentación de la no conformidad  |
| 4       | 26/07/2017           | Se modifica el nombre del formato de acuerdo con el procedimiento. Sé adiciona firma aprobación del Jefe Oficina de Control Interno   |
| 5       | 22/05/2018           | Se modifica formato de acuerdo con nuevos lineamientos del jefe de la Oficina de Control Interno, se eliminan cuadros en Excel.   |
| 6       | 05/02/2021           | Se modifica el formato en el encabezado, se elimina el texto 9001:2015 de los numerales del 4 al 10 y se deja el texto (Describir la Norma auditada) para que sea diligenciado y se anexa el numeral 13 relacionado con las fortalezas y debilidades de la auditoria.               |