



## INFORME DE AUDITORÍA AL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

**Fecha de informe:** 10 de septiembre 2020

**Nombre del proceso o dirección territorial auditada:** Proceso de Gestión Interinstitucional.

**Dependencia líder del proceso:** Dirección de Gestión Interinstitucional.

**Servidor responsable del proceso:** Aura Helena Acevedo Vargas.

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

**Fecha de auditoría:** 1, 2,3 de septiembre 2020

**Equipo Auditor.** Juan Carlos castellanos Mayorga. Auditor líder.

### 0. OBJETIVO DE LA AUDITORIA

Verificar a través del proceso de Evaluación Independiente el nivel de madurez de los Subsistemas de Gestión de la Calidad y Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo con el cumplimiento de los requisitos establecidos en la norma NTC ISO 9001:2015 y NTC ISO 45001:2018.

### 1. ALCANCE DE LA AUDITORÍA.

Inicia con la reunión de apertura de auditoría y concluye con el seguimiento a los planes de mejoramiento.

### 2. GESTIÓN DEL RIESGO AUDITOR

- Falta de capacitación, conocimiento y apropiación del manejo de plataformas tecnológicas por parte del equipo auditor y del equipo auditado.
- Dificultad de conexión a internet por parte del equipo auditor, imposibilidad de acceso a plataformas tecnológicas.
- Comunicación inefectiva entre equipo auditor y la Dirección de Gestión interinstitucional.
- Dificultad para acceder a las fuentes de información y documentación del proceso de Gestión Interinstitucional.
- Imposibilidad de cumplir con el cronograma de auditoria interna de calidad según lo planeado en los términos de tiempo y oportunidad establecidos.
- Problemas de interpretación de los conceptos y preguntas de los servidores auditados de la entidad por el desconocimiento del proceso.

### 3. CRITERIOS DE AUDITORÍA

Proceso, procedimientos e instrumentos asociados a los Subsistemas de Gestión de Calidad y Seguridad y Salud en el Trabajo. El periodo de la información documentada a auditar es del 01 de agosto de 2019 al 30 de julio de 2020.



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

Se evidencia cumplimiento de los requisitos relacionados con la documentación, actualización, implementación y apropiación del proceso de Gestión Interinstitucional del Capítulo 4 de la Norma ISO 9001:2015, teniendo en cuenta la metodología establecida por la organización para tal fin e implementada por la Oficina Asesora de planeación basada en el desarrollo de la metodología DOFA y descrita en el documento Guía Para La Construcción Del Contexto Estratégico. Código:100,01,15-64 V1, se desarrolla el análisis de contexto con instrumentos del sistema de calidad, proceso de Direccionamiento Estratégico y su respectivo seguimiento evidenciado en las actas de reunión, correos electrónicos sobre análisis y ajuste de contexto por parte del proceso. No obstante lo anterior se identifica falta de documentación relacionada con el análisis de otros aspectos externos que influyen en el contexto del proceso y de la organización relacionada con el Sistema Integral de Verdad, Justicia, Reparación y No Repetición, Justicia Especial para la Paz. No conformidad N° 1 relacionada en el capítulo 12 de este informe.

De acuerdo con los lineamientos igualmente establecidos, se evidencia la ausencia de identificación de otras Entidades del Sistema integral de Verdad, Justicia, Reparación y no Repetición, Justicia Especial para la Paz, como partes interesadas, No conformidad N° 2 relacionada en el capítulo 12 de este informe.

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

Se evidencia cumplimiento de los requisitos relacionados con la documentación, actualización, implementación del proceso de Gestión Interinstitucional del Capítulo 5 de la Norma ISO 9001:2015., requisitos relacionados con el liderazgo y compromiso. Al preguntarle a la Directora sobre el modelo de liderazgo se identifica el enfoque por procesos, pensamiento basado en riesgos y el enfoque hacia la satisfacción del cliente, se evidencia socialización de la Política y objetivos del SIG, se tienen establecidos los roles, responsabilidades y autoridad, los cuales son monitoreados por la Directora.

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

Se evidencia cumplimiento de los requisitos relacionados con la documentación, actualización, implementación y apropiación del proceso de Gestión interinstitucional sobre el Capítulo 6 de la Norma ISO 9001:2015. Numeral 6.1 Acciones Para abordar Riesgos y Oportunidades. Se identifica el mapa de riesgos de acuerdo con la última actualización de Nivel Nacional, de esta se determinan algunos riesgos necesarios para asegurar el cumplimiento de los resultados planeados y previene o reduce efectos no deseados logrando una mejora; los documenta, actualiza, implementa y los apropia. Todo esto evidenciado en los documentos análisis y aprobación de matriz de riesgos y relacionan los correos resultado de las preguntas realizadas con respecto a los riesgos. Sin embargo se genera la observación N° 1 relacionada en el capítulo 11 de este informe relacionada con la formación amplia y general de los riesgos del proceso.

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

Al evaluar los requisitos relacionados con la documentación, actualización, implementación y apropiación del proceso de Gestión Interinstitucional 7 Apoyo, de la Norma ISO 9001:2015, se observa que se gestionan los recursos necesarios para la ejecución de sus actividades, sin embargo no se cuenta en funcionamiento el desarrollo tecnológico sobre la plataforma eSigna

que permita el cargue de los planes de acción formulados por las entidades del orden nacional del SNARIV. Por lo que se genera la No Conformidad N° 3 establecida en el numeral 12 de este informe. Esta no conformidad es de responsabilidad conjunta con el Proceso De Gestión Información.

El proceso determina las competencias necesarias de las personas que realizan las tareas bajo su control, comprendiendo que el desempeño y eficacia del proceso permite que estas personas sean competentes, basándose en la educación, formación o experiencia apropiadas.

Sobre la información publicada en la página web de los documentos relacionados con Lineamientos para la formulación del plan de acción de las entidades del Sistema Nacional de Atención y Reparación integral a las Víctimas SNARIV –Vigencia 2016, se identifican que no se han publicado los lineamientos de los años 2017, 2018 y 2019 y este documento no corresponde a un lineamiento, por lo que se genera la No Conformidad N° 4 establecida en el numeral 12 de este informe.

Se observa, que en la Caracterización del proceso no se encuentra identificado el ciclo PHVA del procedimiento Gestión de Alianzas Estratégicas con Instituciones de Educación Superior, observación relacionada con el numeral 7.5 información documentada 7.5.1 Generalidades. Dado lo anterior se genera la observación N° 2 establecida en capítulo 11 de este informe.

Al realizar la revisión del Procedimiento Asistencia Técnica En La Formulación De Proyectos Por Demanda Código: 200.07.08-15 V2 Fecha: 13/07/2020 se identifica que La “Matriz consolidada de proyectos por demanda” no se encuentra codificada dentro del sistema de gestión de calidad por lo que se genera la No Conformidad N° 5 establecida en el numeral 12 de este informe.

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

Al evaluar los requisitos relacionados con la documentación, actualización, implementación y apropiación del proceso de Gestión interinstitucional del Capítulo 8. Operación de la Norma ISO 9001:2015 y analizando los procesos Asistencia Técnica en la Formulación De Proyectos por Demanda Código: 200.07.08-15 v2 Fecha: 13/07/2020 Y Procedimiento Formulación Y Seguimiento De Planes De Acción De Entidades Del SNARIV En El Sistema De Seguimiento a La Política Pública Código 210.07.08- 1 Versión 04 Fecha 26/07/2016, se evidencia cumplimiento para los requisitos relacionados con los numerales 8.1 planificación y control operacional, 8.2 requisitos para los productos y servicios, 8.3 diseño y desarrollo de los productos y servicios, 8.6 liberación de los productos y servicios y 8.7 control de las salidas no conformes.

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

Con respecto a la documentación, actualización, implementación y apropiación del proceso de Gestión Interinstitucional Capítulo 9 de la Norma ISO 9001:2015 en cuanto al seguimiento medición, análisis y evaluación, se evidencia cumplimiento de los requisitos de acuerdo a los documentos soportados y aportados por el auditado, con relación al plan de acción y sus indicadores.

Con respecto a la satisfacción del cliente se evidencia encuesta de satisfacción en reuniones del SNARIV del año 2019.

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

Sobre la documentación, actualización, implementación y apropiación del proceso de Gestión Interinstitucional del Capítulo 10 de la Norma ISO 9001:2015 se evidencia que el proceso no ha generado y establecido planes de mejoramiento y oportunidades de mejora para el cierre de no conformidades del plan de acción y de auditorías anteriores ya que no tienen No conformidades en la vigencia anterior registradas en el aplicativo SISGESTION. Lo anterior se evidencia en la documentación relacionada con las actividades

**11. OBSERVACIONES PROCESO GESTIÓN INTERINSTITUCIONAL.**

1. Se observa Debilidad en la formulación de los riesgos asociados al proceso. Eso sucede al revisar el batería de indicadores dado que el proceso cuenta con solo cuatro riesgos expresados de forma general. Lo anterior se evidencia en el mapa de riesgos institucional publicado en la página web de la Unidad para las Víctimas donde se puede revisar los tres riesgos de gestión y la redacción del riesgo de corrupción no fue clara para el auditor al poder interpretarse de dos maneras. Por lo anterior se deben realizar prácticas de mejora continua para asegurar el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015 relacionada con el capítulo 6 planificación, 6.1.1 acciones para abordar riesgos y oportunidades
2. Se observa deficiencias en la construcción de la Caracterización del proceso de Gestión Institucional Código: 200.07.09-1 V8. fecha 28/06/2019. Esto sucede al revisar los elementos constitutivos de la caracterización, en cuanto a entradas, salidas y partes interesadas externas. Lo anterior se evidencia en que no se encuentra identificado el ciclo PHVA del procedimiento Gestión de Alianzas Estratégicas con Instituciones de Educación Superior. Por lo anterior se deben realizar prácticas de mejora continua para asegurar el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015 relacionada con el numeral 7.5 información documentada 7.5.1 Generalidades.

**11. NO CONFORMIDADES PROCESO GESTIÓN INTERINSTITUCIONAL.**

- 1 No se evidencia en la construcción del contexto la identificación y determinación de factores externos del entorno que le son pertinentes para el propósito y dirección estratégica del proceso. Esto sucede en el marco de la ejecución de la auditoria combinada al proceso al solicitar los documentos de construcción de contexto y no identificar específicamente las cuestiones externas a desarrollar con el Sistema Integral de Verdad, Justicia, Reparación y no Repetición, Justicia Especial para la Paz. Lo anterior se evidencia a través del desarrollo de la metodología de construcción de contexto, informe sobre contexto estratégico correos de socialización y demás relacionadas aportados por el proceso. Esta situación conduce al incumpliendo con los requisitos de la Norma ISO 9001:2015 Capitulo 4 contexto de la organización numeral 4.1. Comprensión de la Organización y su Contexto, No Conformidad relacionada con el Proceso De Direccionamiento Estratégico
2. No se evidencia la comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas. Esto sucede al realizar la revisión del formato de partes interesadas Código: 100, 01,15-48 V2 publicado el 28 de febrero 2020. Lo anterior se evidencia mediante el análisis de la información consignada en este por parte del proceso de Gestión Interinstitucional bajo la metodología establecida por la Unidad; si bien se tienen establecidos de manera general las partes interesadas, Entidades del Orden Nacional y Territorial (se encuentran los siguientes subgrupos : Entidades que hacen parte del SNARIV, Órganos de Control y Congreso, Gobernaciones y Alcaldías), no se identifican las



Entidades del Sistema Integral de Verdad, Justicia, Reparación y no Repetición, Justicia Especial para la Paz y las Instituciones de Educación Superior. Lo anterior se evidencia en el formato diligenciado. Esta situación conduce al incumpliendo de los requisitos de la Norma ISO 9001:2015 Capitulo 4 contexto de la organización numeral 4.2 Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas. No Conformidad relacionada con el Proceso De Direccionamiento Estratégico.

3. No se evidencia operatividad desarrollo tecnológico sobre la plataforma eSigna, relacionado con el cargue del plan de acción de las entidades del SNARIV y su correspondiente Seguimiento. Esto sucede al solicitar información sobre los instrumentos de seguimiento de los planes de acción de las entidades del SNARIV. Lo anterior se evidencia en las comunicaciones e informe general donde se consignan las solicitudes realizadas a la Oficina de Tecnologías de la Información. Esta situación conduce al incumpliendo con los requisitos de la Norma ISO 9001:2015. Capítulo 7 numeral 7.1.3 infraestructura literal b equipos, incluyendo hardware y software. No Conformidad relacionada con el Proceso De Gestión Información.
4. No se evidencia control sobre la información publicada en la página web de los documentos relacionados con el Lineamiento formulación plan de acción SNARIV .Esto sucede al consultar la página en el desarrollo de la Auditoria el documento Lineamientos para la formulación del plan de acción de las entidades del Sistema Nacional de Atención y Reparación integral a las Víctimas SNARIV –Vigencia 2016 e identificar que si se trata de un lineamiento es general y si trata de uno específico para cada vigencia y está publicado el del 2016 también se identifica que deben estar publicadas las subsiguientes vigencias. Lo anterior se puede evidenciar en la página web de la Unidad, Dirección de Gestión Interinstitucional, Manuales, lineamientos y metodologías. Esta situación conduce al incumpliendo con los requisitos de la norma ISO 9001:2015 capitulo 7 Apoyo 7.4 Comunicación.
5. No se evidencia completo control, identificación y codificación dentro del Sistema de Gestión de calidad del formato de: “Matriz consolidada de proyectos por demanda”. Establecidas como elementos de gestión de información. Esto al realizar la revisión del Procedimiento Asistencia Técnica En La Formulación De Proyectos por Demanda Código: 200.07.08-15 V2 Fecha: 13/07/2020 matriz que esta consignada en sus actividades. Lo anterior se puede evidenciar en publicación en la página web de la Unidad, Dirección de Gestión Interinstitucional de dicho procedimiento en la revisión realizada del procedimiento en sesión 6 de la auditoria combinada. Esta situación conduce al incumpliendo de los requisitos establecidos Capitulo 7.5 Información Documentada numeral 7.5.2 creación y actualización.

### 13. FORTALEZAS Y ASPECTOS POSITIVOS:

Entre los aspectos más significativos identificados como positivos y/o fortalezas se encuentran:

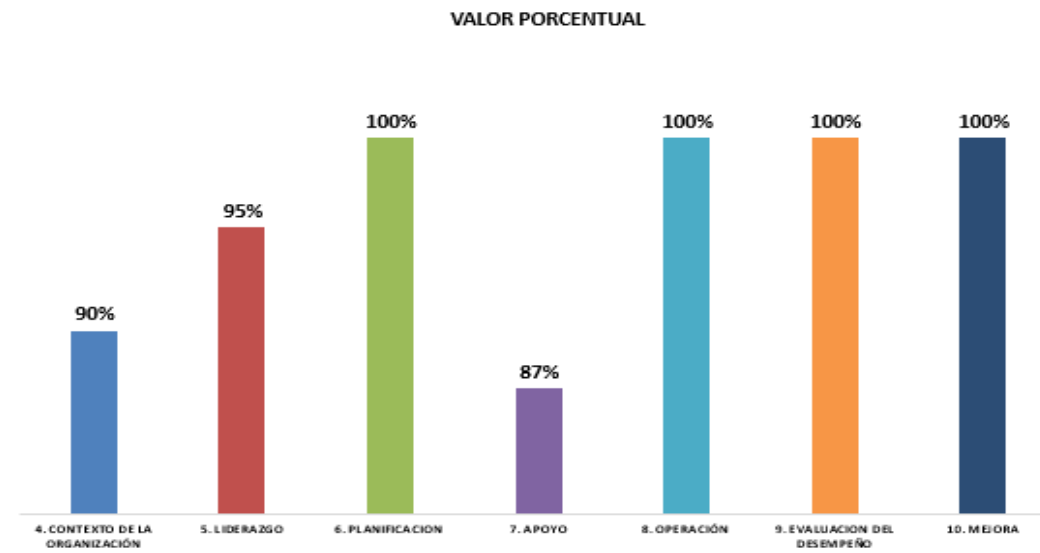
1. El compromiso dedicación y responsabilidad de los colaboradores del proceso de Gestión Interinstitucional.
2. El liderazgo del Directora, Subdirectoras y Coordinador y de los colaboradores del proceso de gestión interinstitucional.
3. La participación mediante plataforma teams en la auditoria del proceso de Gestión Interinstitucional.



#### 14. RESUMEN ESTADÍSTICO DE AUDITORÍA DEL PROCESO DE GESTIÓN INTERINSTITUCIONAL.

Se presenta el resumen estadístico de la auditoría interna de calidad con un promedio de cumplimiento de los requisitos de la Norma ISO 9001:2015 del 96% teniendo en cuenta las (3) no conformidades con responsabilidad compartida con otros procesos de Nivel Nacional, dos (2) no conformidades para un total de cinco (5) no conformidades y dos (2) observaciones propias del proceso.

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



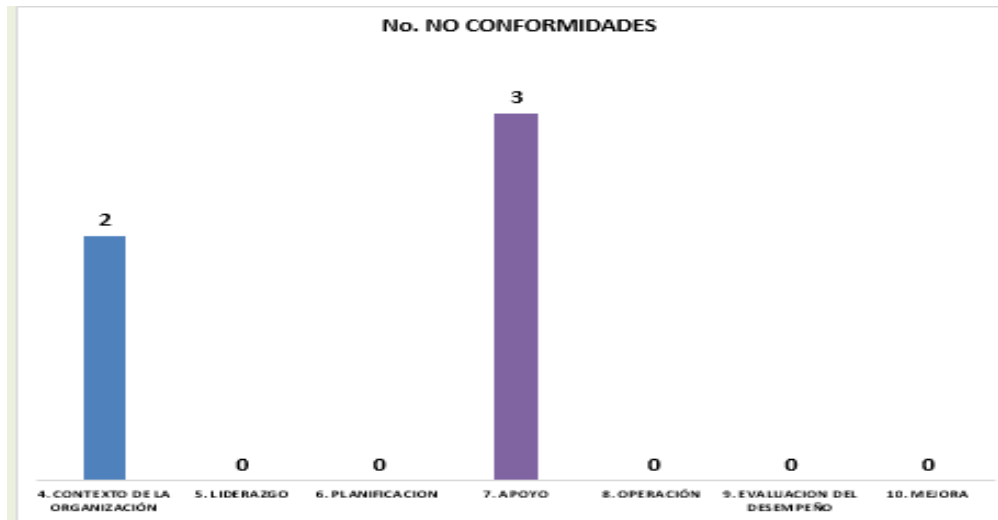
Fuente: Herramienta de evaluación auditoría interna de calidad.

En el Capítulo 4 de la norma ISO 9001:2015, se obtiene un valor del 90 %, existen aspectos a mejorar relacionados con la apropiación de aspectos generales del sistema de gestión de calidad tales como la construcción del contexto y la identificación de partes interesadas y el Capítulo 7. Obtiene un valor del 87 % con tres (3) no conformidades.

Con respecto a los Capítulos 6, 8, 9 y 10 de la norma ISO 9001:2015 se evidencia el cumplimiento del 100 % de los requisitos por parte del proceso de Gestión interinstitucional, lo anterior sustentado en las evidencias aportadas en el ejercicio de la Auditoría.



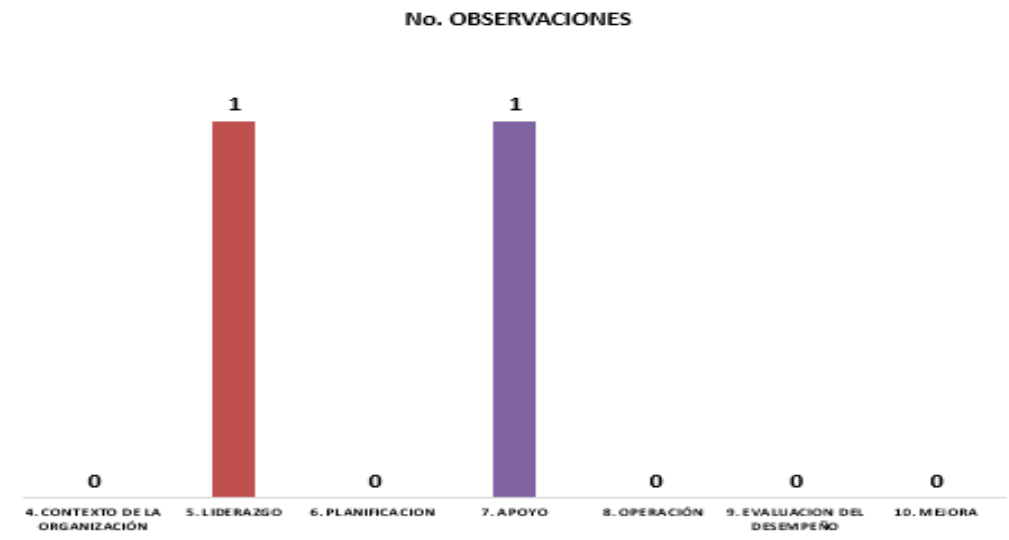
**Grafica No. 2. Número de No Conformidades**



Fuente: Herramienta de evaluación auditoría interna de calidad.

De igual manera se identifican dos (2) observaciones al proceso de gestión interinstitucional con referencia a los numerales 6.1.1 y 7.5.1 de la norma ISO 9001:2015.

**Grafica No. 3. Número de Observaciones**



Fuente: Herramienta de evaluación auditoría interna de calidad.

Cordialmente;

Juan Carlos Castellanos Mayorga  
**Auditor Líder**

Carlos Arturo Ordoñez 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.