

 <b>El futuro es de todos</b> 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 Página 1 de 13

## INFORME DE AUDITORÍA INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN

**Fecha de informe:** Mayo 25 de 2022.

**Nombre del proceso o dirección territorial auditada:** Servicio al Ciudadano.

**Dependencia líder del proceso:** Subdirección de Asistencia y Atención Humanitaria.

**Servidor responsable del proceso:** Loly Catalina Van Leenden del Rio.

**Tipo de auditoría realizada:** De primera parte, Sistema de Gestión de Calidad – ISO 9001:2015.

**Fecha de auditoría:** Mayo 23 de 2022.

**Equipo Auditor:** José David Murcia Rodríguez (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, la ejecución de la auditoria de acuerdo con los criterios definidos y concluye con la reunión de cierre y el seguimiento al plan de mejoramiento por parte del auditor.

### 2. GESTIÓN DEL RIESGO AUDITOR

- a) Recursos (insuficiente tiempo y equipos para desarrollar el programa de la auditoría).
- b) Canales de comunicación ineficientes por la modalidad remota.
- c) Falta de control de la información documentada (evidencias y registros).
- d) Disponibilidad en la cooperación del auditado.
- e) Disponibilidad de evidencias a muestrear.

 <b>El futuro es de todos</b> 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 Página 2 de 13

### 3. CRITERIOS DE AUDITORÍA

Documentos (procedimientos, guías, instructivos, formatos) y demás instrumentos asociados al sistema de gestión de calidad norma ISO 9001:2015: caracterización del proceso ciclo PHVA y actividad representativa.

El corte de la auditoria relacionada con la información documentada a auditar es del 01 de julio 2021 a la fecha de ejecución de la auditoria.

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

El proceso cuenta con su contexto estratégico de acuerdo con los lineamientos de la metodología estandarizada del proceso de Direccionamiento Estratégico, dicho ejercicio fue desarrollado en el segundo trimestre del año 2021 según acta No.01 del 20/08/2021 y aprobada por parte de la Oficina Asesora de Planeación. El instrumento cumple técnicamente con los lineamientos establecidos en la guía para la construcción del contexto estratégico, dando cumplimiento a la actividad. Respecto a la construcción se analizaron siete (7) actividades claves priorizadas; así mismo, se aplicó la metodología DOFA analizando sus factores internos (debilidades y fortalezas), tales como: financieros, procesos y procedimientos, talento humano, estratégico, tecnológico y comunicación interna y los factores externos (amenazas y oportunidades), como: seguridad, medios de comunicación y divulgación, social y cultural, legal y normativo, política y relacionamiento, económico y financiero, ambiental y tecnológico. De acuerdo con la identificación de sus factores, desglosan sus estrategias con el fin de generar controles, planes de tratamiento y acciones a tomar en caso de materializarse el riesgo, las cuales a su vez se llevaron a la matriz de riesgos.

Referente a las necesidades y expectativas de las partes interesadas, el proceso identifica las necesidades y expectativas de las partes interesadas y ubican en la página Web de la Entidad, dicho documento que describe los subgrupos, necesidades, expectativas, productos, acciones y requisitos a 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*”, de igual manera se cuenta con un directorio interno de los funcionarios y contratistas. Con respecto al sistema de gestión de calidad y sus procesos, expresan que se cuenta con la documentación necesaria para la debida operación (planes, programas, proyectos, caracterización, manuales, procedimientos, guías, documentos internos y otros), la cual está disponible en la página web de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas.

 <b>El futuro es de todos</b> 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 Página 3 de 13

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 y coordinación del SNARIV en los procesos de la sede del nivel central y las direcciones territoriales definidas por la entidad, el cual está documentado en el “manual del sistema integrado de gestión, pág. 5”, publicado el 23/09/2021.

De acuerdo con lo anterior, no se genera hallazgo del capítulo 4. Contexto de la organización de la norma ISO 9001:2015.

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

Se identifica el liderazgo y compromiso del líder del proceso 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, pero en cuanto a tratar los riesgos y oportunidades tomando en cuenta el pensamiento basado en riesgos se presenta una debilidad y actúa a tiempo a la situación presente que se está viviendo; todo esto se da a través de la ejecución del plan de acción interno del proceso.

En cuanto al evento de rendición de cuentas al interior de la entidad en relación con la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad, el proceso de Servicio al Ciudadano manifiesta de no tener un registro de dicho evento en donde se genere el espacio de participación e interacción para que cada uno de los actores en el sistema informe sobre su desempeño, con el propósito de evaluar los avances en materia de Sistema de Gestión de la Calidad, con miras a introducir mejoras en el sistema de gestión, a su vez, el informe de rendición de cuentas de cada participante en el sistema será un insumo para alta dirección en su revisión anual, generando una no conformidad con lo establecido en este capítulo de la norma ISO 9001:2015.

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 que se encuentra documentado en la página web institucional la identificación, comprensión y análisis de dichos requisitos implementado en la “matriz de requisitos vs procesos, código: 120.01.15-1, versión 01”, en cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015.

Al evaluar los roles y responsabilidades, los auditados describen muy general dicho requisito, se evidencia al consultar por la Resolución 569 del 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”*, 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 para la implementación, las funciones del comité

 <b>El futuro es de todos</b> 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 Página 4 de 13

institucional de gestión y desempeño, las funciones del equipo operativo y las funciones del equipo evaluador; para asegurar el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015.

De acuerdo con lo anterior, se genera una no conformidad del capítulo 5. Liderazgo de la norma ISO 9001:2015.

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

La Entidad cuenta una nueva metodología de riesgos aplicada en el formato para el levantamiento del mapa de riesgos de Direccionamiento Estratégico código: 100,01,15-2, versión: 09, fecha del 23/11/2021, en consonancia con la nueva guía de administración de riesgos, versión 05 del Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP.

El proceso a través de las mesas de trabajo con Direccionamiento Estratégico analiza la ejecución de las actividades planeadas con el fin de cumplir la misionalidad de la Entidad, aborda los riesgos estableciendo acciones para mitigarlos, reportar trimestralmente a Direccionamiento Estratégico el seguimiento realizado a los controles establecidos, todo esto en cumplimiento con los lineamientos de la metodología de “Administración de Riesgos, código: 100.01.20-1, versión 08, del 22/05/2020”.

El Proceso a finales del año 2021 realiza el ejercicio de actualización a través del acta No.01 del 09/12/2021 se realiza la aprobación del mapa con cuatro (4) riesgos validados, definiendo dos (2) riesgos de gestión, uno (1) de corrupción y uno (1) de seguridad e la información; así mismo, se identifica la socialización realizada a todo el equipo mediante correo electrónico del 23/01/2022, donde la líder del proceso invita al proceso a revisarlo e identificar los riesgos establecidos para el proceso de Servicio al Ciudadano con el fin de llevar a cabo la gestión de cada uno de los controles y seguimiento acorde a lo definido dentro de la metodología de la entidad.

Al indagar sobre la metodología de administración de riesgos vigente en la Entidad y sobre la política de administración de riesgos, se evidencia desconocimiento de las directrices que contempla dicha política y la ubicación de está en la documentación del SIG, por tal motivo, se evidencia una debilidad del equipo auditado y se le recomienda mejorar frente esta aspecto con el fin de establecer acciones y mejora referente a los lineamientos de la política de riesgos de la Entidad.

De acuerdo con lo anterior, no se genera hallazgos del capítulo 6. Planificación, de la norma ISO 9001:2015.

 <b>El futuro es de todos</b> 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 Página 5 de 13

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

Referente al componente presupuestal se determina, analiza y prioriza los recursos asignados con la finalidad de cumplir las actividades planificadas, así mismo, prevé a través de Gestión para la Asistencia y demás entes que intervienen en el proceso. Mensualmente a través de los comités administrativos cada líder de los procesos informa la gestión realizada donde se expone las novedades y definen las estrategias para suplir las necesidades e inconvenientes presentados.

Con relación a la infraestructura y el ambiente para la operación del proceso, este cuenta con una sede para el desarrollo de su gestión, así mismo dispone de los equipos tecnológicos, servicios y recursos presupuestales acorde a las necesidades primarias. Con respecto al servicio de internet las direcciones han presentado inconvenientes por la velocidad del “Ancho de Banda”, debido a la baja capacidad para el desarrollo diario de las actividades. En relación con la información documentada y control de la información, se evidencia que en la Dirección Territorial de Bolívar y San Andres conserva la trazabilidad de la información en los medios tecnológicos disponibles por la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas. Pero, la isla de San Andrés y Providencia no cuenta con punto de atención, ni jornadas de atención en la isla. La DT solicita a la Secretaría General la instalación del desde octubre del año pasado, hasta el momento no tiene respuesta.

Referente a la toma de conciencia el proceso se asegura de que las personas internas y externas comprenden y contribuyen a la eficacia y eficiencia de los requisitos del sistema de gestión de calidad, se observa la claridad, conceptualización y comprensión de aspectos generales para tener en cuenta en la implementación del sistema, (*manual del sistema integrado de gestión versión 09, matriz de requisitos vs procesos, roles y responsabilidades de la Resolución 569 de 2017, entre otros*).

A pesar de que la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas cuenta con el aplicativo SISGESTION 2.0 para la formulación, reporte y seguimiento del plan de acción, el cual permite al proceso medir la eficiencia y la eficacia de la gestión en relación de los procedimientos evaluados, para la toma de decisiones, el proceso presenta un archivo de Excel denominado indicadores 2021 y 2022, que para la vigencia 2021 tuvo cumplimiento del 109% en promedio de sus cinco (5) indicadores y para la vigencia actual su plan de acción tiene un cumplimiento del 59% en promedio, sin presentar posibles desviaciones en su cumplimiento.

Se determina y proporciona los recursos necesarios para garantizar la validez y fiabilidad de los resultados, a través de instrumentos de seguimiento y medición de la satisfacción de los productos y servicios prestados en el proceso.

 <b>El futuro es de todos</b> 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 Página 6 de 13

Se observó durante la auditoria un ambiente operativo tranquilo, libre de conflictos y a través del liderazgo de la líder del proceso, aportando cuidado con las emociones de su equipo de trabajo.

De acuerdo con lo anterior, no se genera observación alguna relacionada con el capítulo 7, de la norma ISO 9001:2015.

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

Al verificar el proceso de Servicio al Ciudadano e indagar sobre el buzón de sugerencia, manifiestan que se cuenta con un instructivo apretura buzón de sugerencias centros regionales v2 300.22.05-4, en el procedimiento canal presencial, este documento presenta una debilidad al no vincular la apretura buzón de sugerencias para los puntos de atención, solo se aplica para los CRAV. Así mismo, la Isla de San Andres y Providencia no cuenta con punto de atención, ni jornadas de atención; en la DT Bolívar y San Andrés desde octubre del año pasado se solicitó, pero a la fecha no se tiene respuesta.

Se tienen determinados los requisitos de los productos y servicios que presta el proceso en donde se definen los criterios a través de procedimientos y la aceptación de productos y servicios, se determinaron los recursos que aseguran la conformidad de estos y se cuenta con la documentación que demuestra la confianza en los procesos, asimismo, se definieron controles de la prestación del servicio, como también se observa fortaleza en cuanto a la trazabilidad de su ejecución y operación con la finalidad de realizar el seguimiento y asegurar la conformidad del servicio, lo anterior se evidencia en la matriz denominada “Matriz Requisitos vs Procesos V1”, en los procedimientos auditados (Procedimiento Canal Presencial V11).

En cuanto al control de la salida no conforme, la entidad identifica, controla y establecer el tratamiento a las salidas (servicios y productos) no conformes, de acuerdo con los requisitos definidos por la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, así como los responsables para su liberación con el fin de prevenir la entrega no intencional a las partes interesadas. Las salidas de los servicios y/o productos no conformes que se detecta en el proceso que se reporta a través del Formato de Registro y Control de Salidas No Conformes y se remite mediante correo electrónico a Dirección Estratégico para su respectiva verificación. Una vez verificada la salida no conforme, se da respuesta mediante correo electrónico al proceso.

En la página web institucional se publica la identificación de salidas no conformes de los procesos misionales y se toma como muestra el formato de identificación de salidas no conformes Código: 100.01.15-34, Versión2, Fecha: 25/08/2020, del proceso misional de Servicio al Ciudadano actualizado el 4/10/2021, en el cual se formularon 10 productos y

 <b>El futuro es de todos</b> 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 Página 7 de 13

servicios no conformes con su debido tratamiento y con registro de liberación en los aplicativos Lex, SGV, SIRAV-SGV y correos electrónicos.

Teniendo en cuenta lo anterior, se registra una observación al proceso con la finalidad de actualizar el instructivo e incluir el buzón de sugerencia a los diferentes puntos de atención de la entidad, por ende, se registra una observación para el capítulo 8 Operación, en el numeral 8.5.1 Control de la producción y de la provisión del servicio de la norma ISO 9001:2015.

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

La evaluación del desempeño es un registro crítico para determinar si el Sistema de Gestión de la Calidad se encuentra funcionando correctamente o si los cambios son necesarios para cumplir con dichos requisitos. Es muy importante reunir toda la información necesaria para tomar decisiones acertadas, basadas en hechos reales de su entorno.

En el proceso se tienen determinados varios instrumentos para medir el desempeño de los procesos y su eficacia, producto de su aplicación, se obtiene información relevante para la toma de decisiones y formular acciones cuando se generan las alertas, así mismo, el proceso por medio de correos electrónicos las comunica a sus partes interesadas. Lo anterior se evidencia en los instrumentos anteriormente mencionados (Plan de acción, contexto de la organización, plan de implementación del SIG, control de salidas no conformes y encuestas de satisfacción).

Como se hace referencia en el concepto de auditoría del numeral 8, el procedimiento canal presencial v9 cuenta con un instructivo apertura buzón de sugerencias centros regionales v2 300.22.05 - 4, el cual no vincula la apertura del buzón de sugerencias para los puntos de atención, solo se aplica para los CRAV, por ende, se registra una observación para el capítulo 9. Evaluación Desempeño en el numeral 9.1.2. de la norma ISO 9001:2015.

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

Se utilizan y aplican herramientas y metodologías necesarias para identificar, investigar y tratar las causas que inciden el bajo rendimiento de los procesos, Así mismo, permite formular acciones para mejorar el Sistema de Gestión de la Calidad.

En lo referente al informe de calidad de la vigencia 2021, se observa que se presentaron cinco (5) no conformidades, pero estas se encuentran cerradas en SISGESTON. Lo anterior

 <b>El futuro es de todos</b> 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 Página 8 de 13

se evidencia a través de pantallazos en un archivo en Word del aplicativo utilizado (SIGGESTION).

## 11. OBSERVACIONES

11.1. Se observa, que la entidad tiene formulado un instructivo para la apertura y seguimiento del buzón de sugerencias centros regionales de atención a víctimas por el cual debe actualizar el instructivo, ampliar la cobertura a los puntos de atención y así mismo, fortalecer las actividades de seguimiento y medición con la finalidad de cumplir con los criterios para el control de sus procesos o sus salidas y los criterios de aceptación para los productos y/o servicios de los puntos de atención de la entidad. Esto sucede en el proceso de Servicio al Ciudadano. Lo anterior, se evidencia a través de los registros documentados en el instructivo apertura y seguimiento del buzón de sugerencias centros regionales de atención a víctimas código 300.22.05-4 versión 3. Por lo anterior se deben realizar prácticas de mejora continua para asegurar el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015: capítulo 8 Operación, numerales 8.5 producción y provisión del servicio; y 8.5.1 Control de la producción y de la provisión del servicio.

11.2. Se observa, que la entidad tiene formulado un instructivo para la apertura y seguimiento del buzón de sugerencias centros regionales de atención a víctimas por el cual debe fortalecer los mecanismos de percepción de las partes interesadas en los puntos de atención con la finalidad de obtener una buena información producto del seguimiento y monitoreo para lograr mejorar las expectativas y requisitos de ellos. Esto sucede en el proceso de Servicio al Ciudadano. Lo anterior se evidencia a través de los registros documentados en el instructivo apertura y seguimiento del buzón de sugerencias centros regionales de atención a víctimas código 300.22.05-4 versión 3. 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 Evaluación del Desempeño, numerales 9.1 seguimiento, medición, análisis y evaluación; y 9.1.2 satisfacción del cliente.

## 12. NO-CONFORMIDADES

12.1. No se evidencia, que el responsable del proceso de Direccionamiento Estratégico de la entidad rinde cuentas en relación con la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad. Esto sucede en el proceso de Servicio al Ciudadano asociado al proceso de Direccionamiento Estratégico. Lo anterior, se evidencia a través de la entrevista al proceso de Servicio al Ciudadano y manifiestan que no cuenta con los registros documentados del evento de rendición de cuentas al interior de la entidad en donde se genere el espacio de participación e interacción para que cada uno de los actores en el sistema informe sobre su desempeño, con el propósito de evaluar los avances

 <b>El futuro es de todos</b> 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 Página 9 de 13

en materia de Sistema de Gestión de la Calidad, con miras a introducir mejoras en el sistema de gestión, a su vez, el informe de rendición de cuentas de cada participante en el sistema será un insumo para alta dirección en su revisión anual. Esta situación conduce al incumplimiento con los requisitos de la norma ISO 9001:2015 capítulo 5 Liderazgo, numeral 5.1 Liderazgo y Compromiso.

## 13. FORTALEZAS Y DEBILIDADES

### 13.1. Fortalezas:

- Alta disposición por el líder del proceso, funcionarios y contratistas en la ejecución de la auditoria, remitiendo a tiempo toda la información solicitada y contando con una buena actitud frente al desarrollo de esta.
- Disposición y acotación de instrucciones frente a las recomendaciones realizadas por parte del Auditor e igualmente disponibilidad de todo el personal para atender la auditoria.
- Compromiso oportuno por parte del personal y enlace SIG, respecto al control y trazabilidad de la información documentada y las evidencias presentadas en el desarrollo de la auditoria.
- Alto compromiso del líder del proceso respecto al proceso de ejecución de la auditoría interna del Sistema de Gestión Calidad ISO 9001:2015 asociado al cumplimiento de requisitos legales.
- Alto compromiso del líder del proceso respecto a la definición de roles y responsabilidades asociados a sus equipos y frentes de trabajo definidos para la operación del proceso.
- Manejo de herramientas gerenciales el cual le permite tener el escenario de su entorno y de sus procesos para la toma de decisiones.

### 13.2. Debilidades:

- Fortalecer y actualizar los de mecanismos de percepción de las partes interesadas en especial el buzón de sugerencia en los puntos de atención de la entidad con la finalidad de obtener una buena información producto del seguimiento y monitoreo para lograr mejorar las expectativas y requisitos de ellos.
- Fortalecer el conocimiento frente a la documentación de la página institucional de la unidad, en lo que respecta al Subsistema de Gestión de calidad.

 <b>El futuro es de todos</b> 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 Página 10 de 13

## 14. RESUMEN ESTADÍSTICO DE AUDITORÍA

### Proceso de Servicio al Ciudadano

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 al proceso de Servicio al Ciudadano.

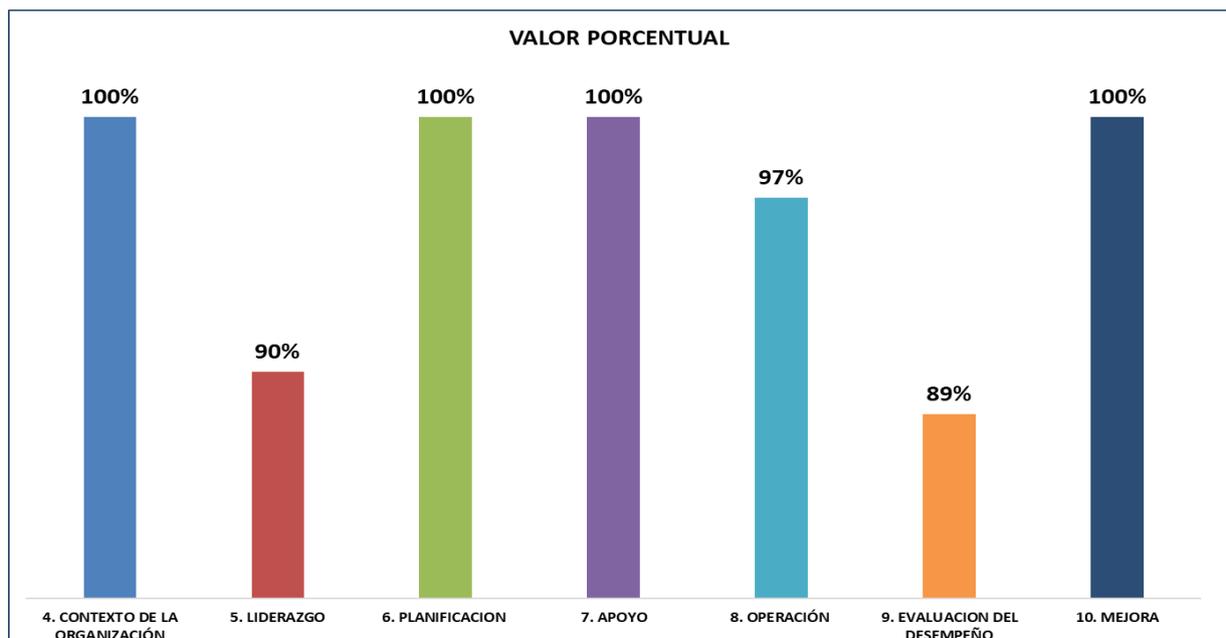
#### a) Cumplimiento de la norma.

**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	90%
6. PLANIFICACION	100%
7. APOYO	100%
8. OPERACIÓN	97%
9. EVALUACION DEL DESEMPEÑO	89%
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>El futuro es de todos</b> 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 Página 11 de 13

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%.

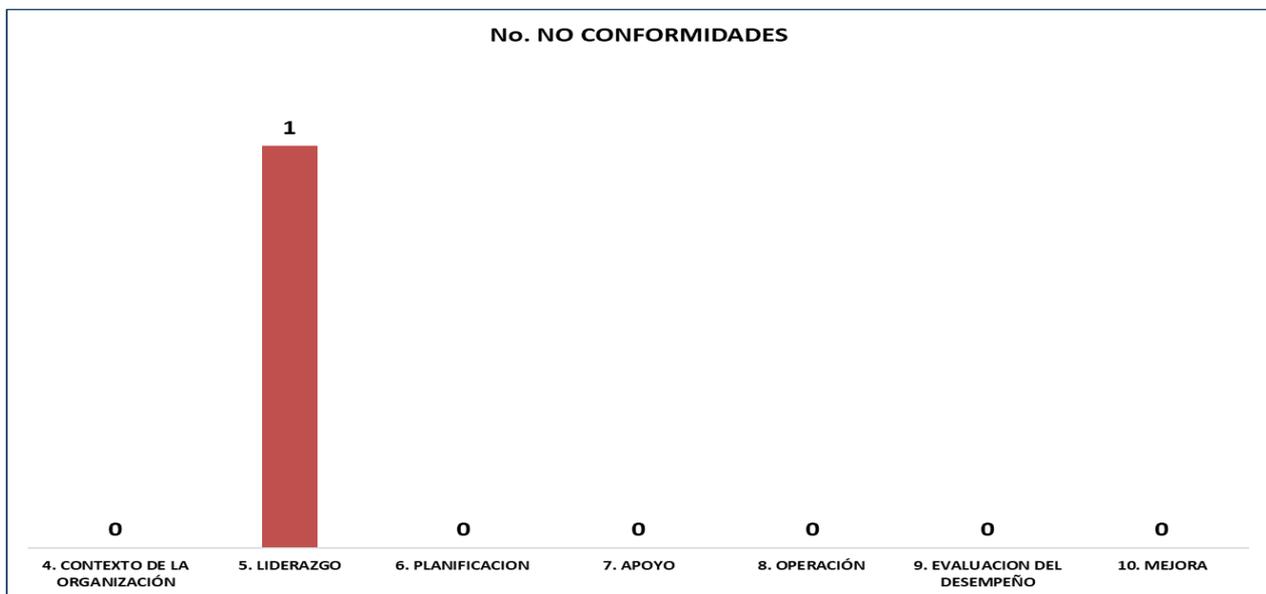
**b) Número de No Conformidades y Observaciones.**

**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	1	0
6. PLANIFICACION	0	0
7. APOYO	0	0
8. OPERACIÓN	0	1
9. EVALUACION DEL DESEMPEÑO	0	1
10. MEJORA	0	0

Fuente: Herramienta de evaluación auditoría interna de calidad.

**Gráfica No. 2. Número de No Conformidades**

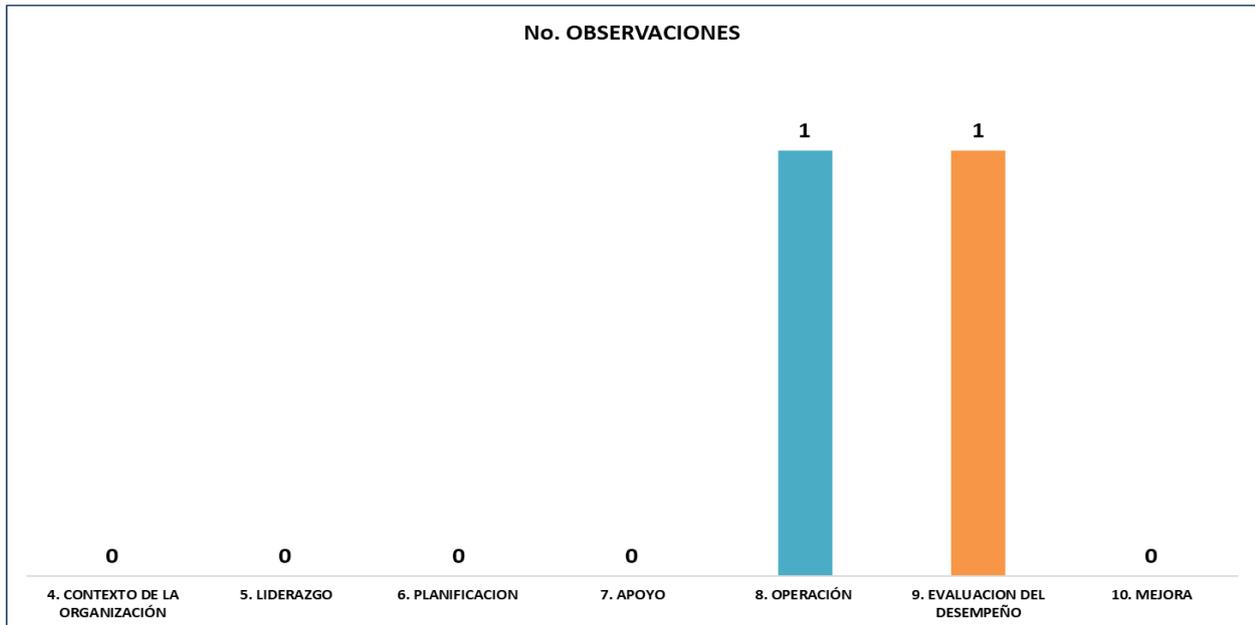


Fuente: Herramienta de evaluación auditoría interna de calidad.

Se identificó una (1) no conformidad, en el capítulo 5. Liderazgo, numeral 5.1. Liderazgo y compromiso; respecto al cumplimiento del nivel de madurez asociado a los requisitos del sistema de gestión de la calidad NTC ISO 9001:2015.

 <b>El futuro es de todos</b> 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 Página 12 de 13

### Grafica No. 3. Número de Observaciones



Fuente: Herramienta de evaluación auditoría interna de calidad.

Se identifican dos (2) observaciones, la primera en el capítulo 8. Operación, numeral 8.5.1 Control de la operación y de la provisión del servicio y la segunda en el capítulo 9. Evaluación Desempeño, numeral 9.1.2. Satisfacción al Cliente; 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 del proceso de Servicio al Ciudadano, es del 97%, de 54 ítems evaluados.

**Cordialmente;**

**JOSÉ DAVID MURCIA RODRÍGUEZ**  
Auditor líder

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

 <b>El futuro es de todos</b> 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 Página 13 de 13

Versión	Fecha del cambio	Descripción de la modificación
1	30/30/05/2014	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.