**INFORME DE AUDITORÍA AL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN**

**Fecha de informe: 16/08/2018**

**Nombre del proceso o dirección territorial auditada:** Dirección Territorial Caquetá - Huila

**Dependencia líder del proceso:** Dirección General

**Servidor responsable del proceso:** Lucrecia Murcia Lozada

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

**Fecha de auditoría:** 9 – 10 de agosto de 2018

**Equipo Auditor:** Angélica Pulido Martínez

1. **OBJETIVO DE LA AUDITORIA**

Verificar el cumplimiento de los requisitos de la NTC ISO 9001: 2015

1. **ALCANCE DE LA AUDITORÍA**

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

1. **GESTIÓN DEL RIESGO AUDITOR**

• Dificultad para acceder a las fuentes de información de la Dirección Territorial.

• Imposibilidad de cumplir con el cronograma de auditoria interna planeado en los términos de tiempo y oportunidad establecidos.

• Desechar la pertinencia del informe de auditoría interna que es producto del proceso auditor realizado.

• Alarma en los servidores auditados de la entidad por el desconocimiento del proceso auditor como herramienta gerencial de la Unidad.

• Perdida de información por falta de respaldo de la misma.

1. **CRITERIOS DE AUDITORÍA**

Proceso y demás instrumentos de gestión - el corte de la documentación a auditar es del 01 de enero de 2018 al 30 de junio de 2018.

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

Durante el desarrollo del ejercicio auditor se evidencio que el equipo de la Dirección Territorial Caquetá – Huila tiene claridad frente a las situaciones positivas y negativas de su entorno, se realiza seguimiento y revisión sobre estas situaciones así como también identifican plenamente sus partes interesadas y los requisitos de las mismas. No obstante se evidencia debilidad en el seguimiento y revisión de las partes interesadas toda vez que, no se realiza el seguimiento a la totalidad de las partes lo cual genera un hallazgo de tipo observación, este hallazgo será registrado en el numeral 11 del presente informe.

Se evidenció que se tienen en consideración la comprensión del contexto así como los productos y servicios ofrecidos por la Unidad, esta información se encuentra documentada y disponible. El Sistema de gestión de la Calidad tiene identificados los procesos necesarios para la gestión realizada en la Dirección Territorial. Sin embargo al revisar lo relacionado con la medición e indicadores de estos procesos se encuentra debilidad en el cumplimiento de dos metas del plan de acción generando dos observaciones que se encuentran en el numeral 11 del presente informe.

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

En la visita realizada a la Dirección Territorial la Directora demostró su liderazgo y su equipo de trabajo lo conformó manifestando la unidad de propósito que se tiene lo cual permite evidenciar que se determinan, se comprenden y se cumplen regularmente los requisitos del cliente así como los reglamentarios y legales aplicables. Se evidenció también que la Dirección Territorial determina y hace tratamiento a los riesgos y oportunidades vigentes que pueden llegar a afectar la conformidad de los productos y servicios prestados, este tratamiento se hace de acuerdo a los lineamientos recibidos por el Nivel nacional. La directora mediante las reuniones de equipo asegura que las responsabilidades y roles pertinentes se asignen, se comuniquen y se entiendan por parte de los funcionarios y contratistas a su cargo tanto en la sede Neiva como en Florencia. En lo referente al enfoque de aumento en la satisfacción del cliente se observa debilidad porque no se hace medición constante a la percepción del cliente luego de la prestación del servicio, esta observación se registra en numeral 11 del presente informe de auditoría.

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

Se evidencia que la Dirección Territorial determina la necesidad de cambios de manera planificada considerando el propósito de estos cambios, la disponibilidad de recursos y la distribución o redistribución de responsabilidades para llevar a cabo los cambios realizados, lo anterior se soporta en el ejercicio realizado para definir el plan de acción 2018. Sin embargo, en la evaluación del presente numeral se evidenció debilidad relacionada con la determinación de los riesgos para la presente vigencia, estas debilidades se registran en los numerales 11 y 12 del presente informe de auditoría.

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

Al evaluar los requisitos relacionados con recursos se observa que la Dirección Territorial dentro de lo que le compete determina y solicita al Nivel Nacional los recursos necesarios para establecer, implementar y mejorar continuamente el quehacer en el territorio, así mismo mediante reuniones de equipo con los servidores que le apoyan verifica la conformidad de los productos y servicios que entrega cada una de estas personas. También se evidencia que, se busca fortalecer continuamente los conocimientos de su equipo mediante la solicitud de capacitación sobre temas puntuales al nivel nacional, se resalta que en esta Dirección Territorial aunque cada quien tiene sus actividades específicas buscan reunirse constantemente para generar conocimiento entre todo el equipo a fin de que todos estén al tanto de los temas de los demás compañeros. De otra parte se evidencia que el responsable de la Dirección Territorial determina la competencia de las personas que trabajan bajo su control y conserva la información documentada de la evaluación al personal de carrera administrativa.

Frente a toma de conciencia la Dirección territorial cuenta con una persona encargada de implementar y socializar el Sistema Integrado de Gestión “SIG”, de esta manera se asegura que todos estén comprometidos y conozcan el sistema.

Así mismo la Dirección garantiza que las comunicaciones internas y externas sean de conocimiento del personal a su cargo, esto se evidencia en correos electrónicos y actas de reunión de equipo mediante las cuales se comunica la información.

En relación con infraestructura, ambiente para operación del proceso, trazabilidad de la información e información documentada se encontraron debilidades, las mismas se registran en el numeral 11 y 12 del presente informe.

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

Al realizar visita al Centro Regional de Atención a Víctimas (CRAV) se evidencia que el uso de la infraestructura y el entorno son adecuados para la operación de los procesos que se llevan a cabo en este lugar, así como la designación de personas competentes quienes atendieron la auditoría, de esta manera se da cumplimiento a la implementación de la producción y prestación de servicios bajo condiciones controladas según lo requerido por esta Norma. De otra parte se observa que, cuando ha sido necesario la Directora ha utilizado los medios apropiados para identificación de salidas de productos que no cumplen con las condiciones de calidad necesarias para la entrega a las víctimas, es este el caso de las cartas que se devuelven al Nivel Nacional por presentar inconsistencias relacionadas con datos de contacto e identificación de víctimas. Lo anterior se documenta en los memorandos de devoluciones al proceso en Bogotá.

Se evidencia que el responsable de la dirección Territorial Caquetá – Huila y su equipo de trabajo han tenido un adecuado cuidado en lo referente a la propiedad de proveedores externos por ejemplo las instalaciones de la Dirección Territorial y los equipos de cómputo que se encuentran a su cargo. No obstante se identificaron en territorio debilidades relacionadas con procesos del Nivel Nacional la cuales se registran en los puntos 11 y 12 del presente informe.

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

Respecto del seguimiento y medición de la dirección Territorial Caquetá – Huila se evidencia que, ha determinado en su Plan de Acción 2018 las actividades que requieren seguimiento y medición así como la periodicidad de seguimiento, medición y análisis para asegurar que los resultados sean los esperados de acuerdo a las metas.

En relación con la satisfacción del cliente se presentan debilidades ya que no se mide en su totalidad, esta debilidad se relaciona en el numeral 11 del presente informe.

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

En la evaluación realizada se evidencia qué la Dirección territorial Caquetá – Huila presenta debilidades relacionadas con la mejora debido a que no se tenía conocimiento sobre las acciones a realizar cuando se incumplen las metas establecidas en su plan de acción, el nivel nacional no socializó de manera adecuada garantizando el entendimiento del instructivo de formulación y seguimiento al plan de acción en Sisgestión, el cual establece que: “cuando no se haya alcanzado la meta propuesta es necesario generar acciones correctivas o preventivas en donde se analice las causas que llevo al incumplimiento de la meta del indicador y se pueda formular un plan de mejora que me permita alinear los resultados planificados con la ejecución de la actividad. Las debilidades mencionadas anteriormente se relacionan en el numeral 12 del presente informe.

1. **OBSERVACIONES**
2. **4.2. Observación:** No se observa seguimiento a la totalidad de las partes interesadas identificadas si bien es cierto, la Dirección Territorial realizó un seguimiento en el mes de mayo a una de las partes , se hace necesario que este ejercicio se haga con la totalidad de estas.
3. **4.4. Observación 1:** Al revisar el Plan de Acción de la Dirección Territorial se evidencia que las metas 84772 ha sido incumplida por la no contratación de un operador y la actividad 84969 no se registra cumplimiento debido a que el responsable no reportó la información a tiempo.
4. **4.4. Observación 2:** Se observa que no la Dirección Territorial no cuenta con información documentada sobre el cumplimiento de la totalidad de las metas.
5. **5.1.2. Observación:** Se observa que la medición de la satisfacción del cliente es parcial toda vez que, a la fecha de auditoría solo se ha realizado medición al modelo de enfoque diferencial.
6. **6.1.1. Observación:** revisando la evidencia presentada se observa que,la Dirección Territorial tiene sus mapas de riegos de gestión y de corrupción propuestos para la vigencia 2018 pero a la fecha de auditoría se encuentra pendiente el acta de aprobación.
7. **7.1.4. Observación:** En relación con la gestión contractual, se evidencian situaciones de clima organizacional negativo a la hora de la verificación de cumplimiento de las actividades contractuales de los prestadores de servicios de la Dirección Territorial.
8. **7.1.5.2. Observación 1:** Al revisar plan de acción de la Dirección Territorial se evidencia que las actividades 84969 y 84772 no se han cumplido de acuerdo a lo programado, es de aclarar que la actividad 84772 no depende de la Dirección Territorial, depende de la contratación de un operador por parte del Nivel Nacional.
9. **7.1.5.2. Observación 2:** Se presenta incumplimiento en las actividades mencionadas en la observación 1. La Dirección Territorial ha enviado solicitudes mediante correo electrónico para solicitar a los responsables respuesta sobre el incumplimiento de estas actividades. No obstante se sigue presentando el incumplimiento.
10. **8.1.1. Observación:** Se observa que mediante correo electrónico la Directora Territorial ha solicitado modificación de planos para la mudanza que se está llevando a cabo en la sede de Florencia, sobre esta solicitud no se evidencia respuesta del Nivel Nacional.
11. **8.2.1. Observación:** Se observa que se están indemnizando personas que han declarado recientemente y las víctimas que han declarado y solicitado en años anteriores no se están teniendo en cuenta para la indemnización. Es decir, no se tiene un consecutivo para las indemnizaciones.
12. **8.4.1. Observación:** Se observa correo mediante el cual se comunica al Nivel Nacional sobre filtración de información del banco hacia las víctimas lo que genera expectativas en ellas anteriores al hecho real de la indemnización.
13. **8.4.2. Observación:** Se observa correo del 26 de julio mediante el cual la Dirección Territorial solicita que los exámenes médicos se hagan de otra manera toda ve z que, se programaron en lugares distantes al sitio de trabajo y domicilio de las personas y en esta diligencia han invertido hasta 3 días. La anterior situación evidencia que la operación de la Dirección Territorial se ve afectada por a las decisiones tomadas en el nivel nacional referentes con los exámenes médicos.
14. **9.1.2. Observación:** Se observa que a la fecha de auditoría solo se ha realizado medición sobre enfoques diferenciales en el mes de mayo y los demás aspectos hasta ahora están siendo planeados para medir en lo que resta de la vigencia.
15. **9.1.3. Observación:** Al revisar la medición de satisfacción del cliente solo se observa análisis de la medición al modelo de enfoques diferenciales, no hay más mediciones generando esta situación un cumplimiento parcial al presente numeral.
16. **NO-CONFORMIDADES**
17. **6.1.1. No-Conformidad:** Se evidencia que con corte a 30 de junio (periodo auditado) la Dirección Territorial Caquetá - Huila no cuenta con Mapas de Riesgos aprobados para la vigencia 2018. La DT está trabajando aun con el mapa de riesgos del año anterior (2017). Incumpliendo lo dispuesto en el numeral 6.1.1 de la ISO 9001:2015.

**Proceso asociado a la no-conformidad:** Direccionamiento Estratégico.

1. **7.1.3. No conformidad:** Se evidencia que la sala de reuniones de la sede Neiva no cuenta con aire acondicionado, lo cual dificulta las actividades cuando se reúne todo el grupo. Así mismo al consultar al equipo auditado se evidencia que no han recibido por parte del nivel nacional capacitación relacionada con OneDrive y demás herramientas tecnológicas que sirven como repositorio confiable de información, Lo anterior incumple el numeral 7.3 de la ISO 9001:2015

**Proceso asociado a la no-conformidad:** Gestión Administrativa – Gestión de la Información.

1. **7.5.1. No-Conformidad:** Al revisar la documentación de la Dirección territorial se evidencian documentos sin foliar y sin rotular, adicionalmente las personas manifiestan que no se ha recibido capacitación sobre Gestión Documental en el territorio. Lo anterior incumple lo establecido en el numeral 7.5.1 de la ISO 9001:2015.

**Proceso asociado a la no-conformidad:** Gestión Documental.

1. **8.1. No-Conformidad:** Se evidencian devoluciones de cartas al nivel nacional debido a fallas en la calidad de la información (errores en nombres, números de documento y datos de identificación plena del beneficiario) incumpliendo el numeral 8.1 literal e (2) de la ISO 9001:2015.

**Proceso asociado a la no-conformidad:** Reparación Integral.

1. **10.1. No-Conformidad:** La Dirección Territorial no genera acciones de mejora cuando se incumplen metas en su plan de acción aun cuando estas dependan del nivel nacional. Lo anterior incumple lo establecido en el numeral 10.1 de la ISO 9001:2015 y lo establecido en el "INSTRUCTIVO FORMULACION Y SEGUIMIENTO AL PLAN DE ACCIÓN EN SISGESTIÓN" en el título "SEGUIMIENTO".
2. **10.2.1. No-Conformidad:** La Dirección Territorial no reacciona cuando se presenta incumplimiento metas en su plan de acción ni tampoco se evalúa la necesidad de generar acciones para eliminar las causas que generaron el incumplimiento. Lo anterior incumple lo establecido en el numeral 10.1 de la ISO 9001:2015 y lo establecido en el "INSTRUCTIVO FORMULACION Y SEGUIMIENTO AL PLAN DE ACCIÓN EN SISGESTIÓN" en el título "SEGUIMIENTO".
3. **10.2.2. No-Conformidad:** Ausencia de información documentada como evidencia de la naturaleza los incumplimientos y de cualquier acción tomada posteriormente. Lo anterior incumple el numeral 10.2.2 de la NT ISO 9001: 2015.
4. **RESUMEN ESTADÍSTICO DE AUDITORÍA**

**Porcentaje de cumplimiento de la norma NTC ISO 9001:2015**

****

**Porcentaje de cumplimiento por numeral evaluado:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ITEM DE NORMA** |  | **VALOR PORCENTUAL** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN** |  | **91%** |
| **5. LIDERAZGO** |  | **92%** |
| **6. PLANIFICACION** |  | **67%** |
| **7. APOYO** |  | **81%** |
| **8. OPERACIÓN** |  | **82%** |
| **9. EVALUACION DEL DESEMPEÑO** |  | **78%** |
| **10. MEJORA** |  | **33%** |

**Total de No-conformidades por cada numeral y procesos vinculados:**

| **ITEM DE NORMA** |  |  | **No. NO CONFORMIDADES** | **PROCESO VINCULADO** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN** |  |  | **0** |  |
| **5. LIDERAZGO** |  |  | **0** |  |
| **6. PLANIFICACION** |  |  | **1** | **Direccionamiento Estratégico** |
| **7. APOYO** |  |  | **2** | **Gestión de la Información**  **Gestión Administrativa**  **Gestión Documental** |
| **8. OPERACIÓN** |  |  | **1** | **Reparación Integral** |
| **9. EVALUACION DEL DESEMPEÑO** |  |  | **0** |  |
| **10. MEJORA** |  |  | **3** |  |

**Total de Observaciones:**

****

**Ítems de norma no evaluados (no aplican para Direcciones Territoriales)**

****

**Cordialmente;**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Angélica del Pilar Pulido Martínez** |  | **Carlos Arturo Ordóñez Castro** |
| **Auditor líder** |  | **Jefe Oficina de Control Interno** |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 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 restructura 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. |