

INFORME DE AUDITORIA INTERNA

INFORME PRELIMINAR ☐

INFORME DEFINITIVO ☒

MÉTODO DE AUDITORÍA:	
Presencial (X) Remota () Combinada ()	
NOMBRE DE LA AUDITORÍA: Auditoría Interna de calidad al proceso gestión de las comunicaciones.	NÚMERO DE LA AUDITORÍA: Nº2
OBJETIVO DE LA AUDITORÍA: Determinar si el proceso Gestión de las Comunicaciones es conforme con los requisitos propios de la organización, y de los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2015, Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, verificando que se implementa y se mantiene eficazmente.	FECHA DE ELABORACIÓN DEL INFORME: 17/10/2025
ALCANCE AUDITORÍA: Aplica a las actividades contempladas dentro del alcance del proceso de Administración del Fondo Rotatorio de Crédito y que son descritas en la caracterización GDC-CP-01 V22. Las actividades relacionadas en el alcance del procedimiento: GDC-PR-01-V23 procedimiento plan de comunicaciones VIVA y GDC-PR-02 V17 Procedimiento PQRSFD, al igual que la información documentada y relacionada en el mismo.	
CRITERIOS: 4.1, 4.2, 4.4, 5.1.1, 5.2.2, 5.3, 6.1, 7.1.4, 7.3, 7.4, 7.5.1, 7.5.2, 7.5.3, 8.7, 9.1.1, 9.1.2, 9.1.3, 9.2.2, 10.1, 10.2, 10.3	
LÍDER DE PROCESO: Leison Romaña Romaña	

Reunión de Apertura:						Ejecución de la Auditoría:				Reunión de Cierre:					
Día	06	Mes	10	Año	2025	Desde	06/10/2025	Hasta	06/10/2025	Día	06	Mes	10	Año	2025
							D / M / A		D / M / A						

INFORME DE AUDITORIA INTERNA

Equipo auditor (Nombre, cargo y dependencia)

NOMBRE DEL AUDITOR LÍDER: Cristina Escobar Alvarez, Apoyo Profesional, Dirección De Vivienda Y Hábitat

NOMBRE DEL AUDITOR INTERNO ACOMPAÑANTE: Estefanía Valencia Alcaraz, Apoyo Profesional, Gestión Documental.

RESULTADOS DE LA AUDITORÍA:

No.	ASPECTOS FAVORABLES
1	Implementación de mecanismos de seguimiento a PQRSF: Se evidencia el uso de matrices de seguimiento, alertas manuales y notificaciones a los responsables de respuesta, junto con evaluaciones de satisfacción del ciudadano. Esto refleja un enfoque en la mejora continua y en el enfoque al cliente.
2	Implementación de estrategias de comunicación innovadoras: Se evidencia el uso de múltiples canales de comunicación (grupos de WhatsApp, microprogramas de radio y televisión, boletines y eventos) que permiten llegar de manera efectiva a diferentes grupos de valor, garantizando la difusión coherente y oportuna de la información institucional.

Nro.	NO CONFORMIDADES
1	GDC-PR-02 V17 procedimiento PQRSFD artículo 14. Ley 1755 de 2015: Durante la revisión de los informes trimestrales y registros de Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias (PQRSFD), se evidenció que, aunque se ha presentado una mejora significativa en los tiempos de respuesta y el proceso manifiesta haber implementado acciones; no obstante, se identificaron un total de 101 casos de atención de PQRSFD extemporáneas al cierre del primer semestre de la vigencia 2025, presentándose un incumplimiento del artículo 14. Términos para resolver las distintas modalidades de peticiones. Ley 1755 de 2015 <i>“Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental de Petición y se sustituye un título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo”</i> .

Nro.	OBSERVACIONES
1	Creación y actualización (NTC ISO 9001:2015 – Cl. 7.5.2) El proceso presentó la caracterización del proceso identificada con el código GDC-CP-01 V22, la cual fue explicada adecuadamente por el equipo responsable. Sin embargo, al revisar el ítem que relaciona los documentos internos, se evidenció que no se encuentran actualizados conforme a los documentos vigentes publicados en la Intranet. Es conveniente ajustar el formato GDC-MT-06 Matriz de Seguimiento de Derechos de Petición incluyendo la celda adicional denominada “Nivel de satisfacción”. Así mismo, durante la verificación del Plan Táctico del proceso codificado como GDC-MT- 04 “Plan táctico y cronograma”. se evidenció que actualmente se está utilizando una versión del

INFORME DE AUDITORIA INTERNA

	<p>formato sin codificación y con modificaciones significativas que no han sido registradas oficialmente. Además, el encabezado del documento no se encuentra diligenciado conforme a los requisitos de calidad, y la versión oficial del formato no está actualizada en la intranet.</p> <p>Lo anterior, presenta posibilidad de incumplimiento al requisito del numeral 7.5.2 de la norma ISO 9001:2015 Creación y actualización de la NTC ISO 9001:2015. Siendo conveniente actualizarlos para garantizar que los documentos referenciados correspondan a la versión vigente disponible en el sistema de gestión.</p>
--	--

Nro.	OPORTUNIDAD DE MEJORA
1	<p>GDC-PR-02 V17 procedimiento PQRSFD: Se evidenció que la gestión de las PQRSFD se realiza principalmente mediante un archivo Excel para el registro, seguimiento y notificación manual a las áreas responsables, lo cual genera alta carga operativa y limita la trazabilidad y control oportuno de los vencimientos. Por lo cual se recomienda evaluar la posibilidad de automatizar y optimizar la gestión de las PQRSF mediante la integración del archivo Excel con herramientas tecnológicas que permitan generar alertas automáticas, mejorar la trazabilidad de la información y fortalecer el análisis de datos para la toma de decisiones. Esta mejora contribuye a la idoneidad, adecuación y eficacia del sistema.</p>
2	<p>6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades (NTC ISO 9001:2015 – Cl. 6.1): Se identificó que el riesgo asociado a la extemporaneidad en las respuestas a las PQRSF no se encuentra incorporado en la matriz de riesgos del proceso, pese a su impacto en el cumplimiento de los términos legales y la percepción ciudadana. Por lo cual, se recomienda analizar la posibilidad de incluir formalmente este riesgo dentro de la matriz del proceso, estableciendo controles y mecanismos de seguimiento que permitan prevenir incumplimientos y fortalecer la gestión institucional. Esta mejora contribuye al cumplimiento del numeral 6.1 de la norma ISO 9001:2015, al promover la identificación y tratamiento de riesgos que afectan la eficacia del Sistema de Gestión.</p>
3	<p>TOMA DE CONCIENCIA (NTC ISO 9001:2015 – Cl. 7.3-d)</p> <p>El proceso ha iniciado durante la vigencia el envío de informes de atención al ciudadano con periodicidad trimestral a la Gerencia; sin embargo, teniendo en cuenta la alta cantidad de extemporaneidad en las respuestas de las PQRSF, y frente a la corresponsabilidad de todos los procesos frente a mejorar estos resultados, se recomienda presentar formalmente este informe ante el Comité de Gerencia, con la finalidad de buscar en conjunto estrategias efectivas.</p>

PLAZO DOCUMENTACION PLAN DE MEJORAMIENTO: (Se contará con 10 días hábiles, luego de notificado el informe de Auditoría Interna para atender los hallazgos).

Nro.	CONCLUSIONES
------	--------------

INFORME DE AUDITORIA INTERNA

1	Se concluye que, el proceso Gestión de las Comunicaciones es conforme con los requisitos propios de la organización, y de los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2015, Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, implementándose y se manteniendo eficazmente.
2	Compromiso con la atención al ciudadano, pero con áreas de oportunidad en eficiencia: El proceso ha demostrado un claro enfoque en la atención al ciudadano mediante la trazabilidad de las PQRSF. Sin embargo, persisten retrasos en la respuesta oportuna de algunas áreas, lo que evidencia la necesidad de fortalecer los mecanismos de control y seguimiento, así como el liderazgo activo desde la alta dirección para garantizar el cumplimiento de los términos legales
3	<p>Medición de satisfacción del ciudadano: Se identificó que, aunque el proceso de Gestión de las Comunicaciones realiza acciones para conocer la percepción de los ciudadanos sobre la marca VIVA, como encuestas de satisfacción al responder PQRSF, encuestas de percepción y mecanismos participativos, no se ha logrado integrar la medición del canal telefónico, uno de los medios de atención más utilizados por la ciudadanía. Esta limitación impide contar con una evaluación completa e integral de la satisfacción y percepción del ciudadano, por lo cual, es conveniente priorizar el cierre durante la vigencia 2025 de la acción N°20 del plan de mejoramiento institucional de la vigencia 2024, la cual presenta fecha de cierre el 30/06/2025, en un estado sin iniciar, y vencida.</p> <p>Acción N°20: Socializar y determinar el proceder en el comité institucional de gestión y desempeño frente a la no eficacia de la acción de mejora N°6 del primer semestre 2022, con relación al canal de comunicación Tel 4448608 y las respectivas extensiones, y i) la línea gratuita 018000515049 la viabilidad de adquirir el servicio de evaluación de atención del canal telefónico de la Entidad, permitiendo evidenciar la percepción de los grupos de valor frente a la eficacia en la atención del servicio.</p>
4	<p>Evaluación de la eficacia plan de mejoramiento institucional derivado de la auditoría interna de calidad 2024:</p> <p>No conformidad N°11: <i>Verificando la actividad del mes de la vivienda realizado en julio de 2024, se realizó trazabilidad mediante el GDC-PR-0.V22 procedimiento plan de comunicaciones, identificando que la actividad N°3 "Realizar actividades" fueron gestionadas mediante registros no controlados, diferentes a los planificados GDC-FO-08 "Bitácora Eventos Gobernador" y el GDC-FO-07 "Bitácora eventos VIVA". Incumpliendo la norma ISO 9001:2015 en el numeral 8.5.2 Identificación y trazabilidad de la norma.</i></p> <p>Observación equipo auditor: No se evalúa su eficacia porque la acción se encuentra en gestión con fecha de cierre el 23/10/2025.</p> <p>Observación N°12: <i>"Se identificó en la revisión de la comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas GEO-MT-09 V07, en la parte interesada "Alcaldías" con la necesidad de "Mantenerlos informados de los proyectos y procesos en los que están implicados, escucharlos</i></p>

INFORME DE AUDITORIA INTERNA

y atenderlos de acuerdo a las necesidades” y la expectativa “Que hablen de VIVA como el aliado para cumplir las metas del Gobierno, de cómo unidos podremos impulsar un ecosistema de vivienda social con hábitats sostenibles contribuyendo al cierre de las brechas de inequidad y la disminución del déficit de vivienda en cada municipio. En VIVA encuentran el apoyo que necesitan para sacar adelante los planes de desarrollo municipales.” Evidenciando que la expectativa debe estar formulada de acuerdo como lo establece el instructivo de la Entidad; además, validando los registros “Actualización de todo el contenido virtual y de redes sociales, Matriz de eventos, Boletín externo” se evidenció que la información está siendo compartida mediante el canal de WhatsApp y no se logró evidenciar los demás establecidos. Lo anterior, puede generar incumplimiento del requisito 4.2 Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas”

Acción: Solicitud de actualización de la GEO-MT-09 Matriz de Grupos de Valor al proceso Gestión Organizacional notificando la modificación realizada.

Observación equipo auditor: Acción eficaz. Se evidenció la actualización de la matriz de grupos de valor asociado a “alcaldías” frente al registro de evidencia quedando así: “Actualización de todo el contenido virtual y de redes sociales, Boletín externo y difusión por grupos oficiales de WhatsApp” constatando la alineación con la forma que en que actualmente dan cumplimiento al grupo de valor.

Observación N°13:

En la revisión de GDC-PR-03 “procedimiento de atención al ciudadano”, en la actividad N°5 “Medición” se evidencia en el registro de las respuestas de la ciudadanía frente a la satisfacción de las respuestas, resultados con calificación baja, de las cuales, no se identificó el tratamiento establecido, lo cual, puede generar riesgo de incumplimiento 5.1.2 Enfoque al cliente c) se mantiene el enfoque en el aumento de la satisfacción del cliente.

Acción: Actualizar procedimiento GDC-PR-03 Procedimiento de atención al ciudadano, en el cual se describa el tratamiento que se debe generar a los usuarios insatisfechos.

Observación equipo auditor: Acción eficaz. Se identificó en el ejercicio de auditoría que, el ciudadano cuando califica en un puntaje de 1 o 2, la Entidad envía un correo excusándose por no satisfacer a la respuesta y solicitan al ciudadano conocer el motivo de su calificación para enviar nuevamente respuesta a su solicitud.

Observación N°14:

Es conveniente asegurar la información que genera la operación del proceso en una carpeta de Sharepoint, toda vez que se identificó la información no controlada, generando posibilidad de riesgo de pérdida de información.

Acción: Capacitar al equipo sobre el uso del OneDrive y actualización de carpeta de One Drive.

INFORME DE AUDITORIA INTERNA

Observación equipo auditor: No se evalúa su eficacia porque la acción se encuentra en gestión con fecha de cierre el 23/10/2025.

Oportunidad de mejora N°15:

Se recomienda desde el enfoque de simplificación, evaluar la pertinencia de transferir la información que soporta el GDC-PR-03 procedimiento de atención al ciudadano, para la documentación de la política de servicio al ciudadano, y en ese sentido, el documento inicial sea suprimido.

Acción: *Unificar los dos procedimientos GDC-PR-03 y GDC - PR 02 con el fin de dejar uno solo de atención al ciudadano con todo el protocolo de atención de PQRS incluido.*

Observación equipo auditor: No se evalúa su eficacia porque la acción se encuentra en gestión con fecha de cierre el 23/10/2025.

Oportunidad de mejora N°16:

Es conveniente revisar en el riesgo: “Pérdida de posicionamiento de la marca VIVA por falta de gestión comunicacional”, el siguiente control: “en los contratos se establecerá una cláusula para garantizar su cumplimiento” ya que se debe precisar si aplica para todos los contratos que suscribe la Entidad e informar mediante los informes de desempeño trimestral cuando se ejecute el respectivo control.

Acción *Actualizar cláusula de imagen en los contratos especificando su uso, de acuerdo a lo solicitado. Actualizar control especificando el alcance.*

Observación equipo auditor: Acción eficaz. El proceso actualizó el control en la matriz de riesgos institucional, así mismo envió como evidencia mediante el contrato CPS-07-2025 y el Convenio Betania Pinta Firme la cláusula: “uso de imagen institucional” presentándose mediante esta muestra la eficacia de la acción.

Oportunidad de mejora N°21:

Se identifica la necesidad de implementación de la Políticas asociadas al ciudadano (Política de Participación Ciudadana en la Gestión Pública y Política de servicio al ciudadano) Dimensión 3: Gestión con valores para resultados; establecida en la Dimensión 3 – Gestión con Valores para resultados, Modelo Integrado de Planeación y Gestión, del Decreto 1499 de 2017

Acción: *Aprobación de las políticas por el Comité Institucional de desempeño con su acto administrativo.*

Observación equipo auditor: No se evalúa su eficacia porque la acción se encuentra en gestión con fecha de cierre el 23/10/2025.

INFORME DE AUDITORIA INTERNA

¿SE MATERIALIZARON RIESGOS DEL PROGRAMA DE AUDITORÍA?		
SI		¿CUÁLES?
NO	X	

OBSERVACIONES FRENTE A LOS RESULTADOS:

El equipo de Gestión de las Comunicaciones demuestra un sólido conocimiento de las actividades, procedimientos y responsabilidades del proceso, evidenciado en la correcta identificación de los grupos de valor, la trazabilidad de las PQRSF, el manejo de los canales de comunicación y la documentación asociada. Los responsables del proceso pudieron explicar de manera detallada la gestión y las evidencias solicitadas. Este nivel de comprensión evidencia que el personal está bien capacitado y alineado con los objetivos del proceso, lo que fortalece la consistencia operativa y la capacidad de cumplir con los requisitos de calidad establecidos por la norma ISO 9001:2015, lo cual buscan la mejora continua del proceso.

Conocimiento del proceso y gestión de la información: El personal del proceso demuestra comprensión clara de los objetivos, alcance y responsabilidades, así como del manejo de la información, aplicando los procedimientos para la atención al ciudadano y la generación de materiales de comunicación, lo que contribuye a la trazabilidad de las actividades y el cumplimiento de los requisitos del sistema de gestión de calidad.

FIRMAS EQUIPO DE AUDITORES INTERNOS:

NOMBRE COMPLETO	CARGO / ROL	FIRMA
Cristina Escobar Alvarez	Auditor Líder	<i>Cristina Escobar Alvarez</i>
Estefanía Valencia Alcaraz	Auditor acompañante	<i>[Firma]</i>

FIRMA LÍDER DEL PROCESO:

NOMBRE LÍDER DEL PROCESO	CARGO / ROL	FIRMA
Leison Romaña Romaña	Líder jefe de comunicaciones	<i>[Firma]</i>