



Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

1 de 1

Auditoría N°	PROCESO AUDITADO		Fecha		
			Día	Mes	Año
01	Atención al Ciudadano y Transparencia		27	09	2022
Auditor Líder	MARITZA CONSTANZA GAMBOA	Representante de la Alta Dirección	HENRY MURILLO		
Nombre(s) del Equipo Auditor		Cargo			
Amparo Parada Mendoza		Auditor Interno			

Objetivo(s)	Alcance
Verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos en la norma NTCISO 9001:2015 y la normatividad interna y externa aplicable al Sistema Integrado de Gestión de la Universidad de Pamplona.	Todos los Procesos de Direccionamiento Estratégico, Misionales, de Apoyo y de Evaluación y Control ubicados en la Sede Principal en la Ciudad de Pamplona, Departamento Norte de Santander.
Documentos de Referencia (Criterios)	Norma Técnica de Calidad NTC ISO 9001:2015, MECI, PCI-10 Auditorías Integradas, Formatos, Documentación de los Procesos vigente, FAJ-15 “Matriz de Requisitos Legales”, FCI-19 “Plan de Acciones Correctivas, Mapas de Riesgos y Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, matriz de comunicación, matriz de partes interesadas, identificación de las cuestiones internas y externas, centro interactivo

Fecha de Apertura	Día	Mes	Año	Fecha de Cierre	Día	Mes	Año
	15	09	2022		3	10	2022

Aspectos Relevantes	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad del Líder del proceso y de su equipo de trabajo, para atender la auditoría. • Se realizó la auditoria presencial con todos los protocolos de bioseguridad • Se evidencia el compromiso del líder y los funcionarios de la dependencia en el proceso • Se observa el seguimiento al plan de trabajo lo que corresponde con el Sistema Integrado de Gestión • Se observa que el proceso se preocupa por la pronta respuestas de las solicitudes
Aspectos por Mejorar	<ul style="list-style-type: none"> • Sitio de trabajo con poco espacio para todo el personal que labora en esta oficina

Hallazgos de Auditoría		
Tipo	Requisito	Descripción
CONFORMIDAD	4.1 Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas	El proceso tiene claro sus Debilidad, Oportunidades, fortalezas y Amenazas.
CONFORMIDAD	4.2.a Las partes interesadas que son pertinentes al sistema de gestión de la Calidad	El líder del proceso y los funcionarios conocen la matriz de Necesidades y Expectativas de las Partes Interesadas. La última actualización se realizó en el 04 de marzo de 2022 por el SIG.



Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

1 de 1

Hallazgos de Auditoría

Tipo	Requisito	Descripción
CONFORMIDAD	4.4.1 a. Determinar las entradas requeridas y las salidas esperadas en el proceso	Se establecen las entradas y salidas del proceso las cuales se encuentra claramente establecidas en la caracterización del proceso HAC-13 v.00. El proceso elabora el componente punto 4 y 5 del PAAC (Plan anticorrupción y atención al Ciudadano) se evidencia en las Acta 1 del 19 de enero de 2022, Acta 9 del 26 de abril de 2022 y Acta 18 del 18 de agosto del 2022 la elaboración y el seguimiento del mismo.
CONFORMIDAD	4.4.2 Mantener y conservar información documentada	a) Mantiene la información documentada para apoyar el proceso, como se pudo evidenciar en los procedimientos PDE.AT-01 y PDE.AT- 02 b). Conservar la información documentada según lo planificado, los medios utilizados son el correo electrónico, Cds, drive y el modulo de PQRSD
CONFORMIDAD	5.2 Política de calidad	Se evidencia que el líder y los funcionarios del proceso conocen la política de Calidad y la aplican en su trabajo con eficiencia y eficacia.
CONFORMIDAD	5.3 Roles, Responsabilidades y autoridades de la organización	El líder del proceso y los funcionarios conocen la Matriz de Responsabilidades y Autoridades del Sistema Integrado de Gestión. El líder del proceso manifiesta que se socializó la matriz como se puede evidenciar en el Acta número 16 del 11 de agosto de 2022 y el Acta 7 del 18 de marzo de 2022
CONFORMIDAD	6.2. Objetivos de Calidad y Planificación	El proceso aporta al cumplimiento de los objetivos de calidad como se evidenció en el quehacer diario, donde cada uno procura en minimizar los tiempos de respuesta a los requerimientos radicados en esta oficina y así subir sus indicadores de satisfacción.
CONFORMIDAD	6.2.2 Planificación como lograr los objetivos	Se evidencio Planificación, Control y Seguimiento de Actividades propuestas en el FAC-23 v.03 con 19 actividades planteadas para el año 2022, según acta del 15 de febrero de 2022.
CONFORMIDAD	6.3. Planificación de los Cambios	El Plan del Cambio y Mejora Continua FAC-49 mediante Acta se aprobó el 15-02-2022, se evidencia el diligenciamiento y el seguimiento al plan de cambio un cumplimiento del 62% Plan de Gestión del Cambio y Mejora Continua - FAC-49 v.01 aprobado mediante- ACTA 004 del 15 de febrero de 2022
CONFORMIDAD	7.1.4 Ambiente para la operación del proceso	Se evidencia un buen ambiente laboral, existe buena comunicación y colaboración entre los empleados. Manifiestan que reciben capacitación en diferentes temas por parte del programa de Psicología (cronograma de actividades Acta 7 del 18 de marzo de 2022) Al momento de la auditoria se evidenció que el sitio no cuenta con el espacio requerido para las 10 personas que laboran en Atención al Ciudadano



Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

1 de 1

Hallazgos de Auditoría

Tipo	Requisito	Descripción
CONFORMIDAD	7.3. Toma de Conciencia	Se evidencia en las actas del grupo de mejoramiento 07 del 18 de marzo de 2022, que se socializó la política de calidad y los objetivos Acta 005 del 27 de abril de 2021 y Acta 008 del 4 de agosto de 2021 se hizo control y seguimiento a los riesgos.
CONFORMIDAD	7.4. Comunicación	Se evidencia que los funcionarios conocen la FDE.CP-01 Matriz de Flujos de Información y Comunicación, después de la pandemia el proceso siguió manejo todo por correo electrónico y módulo de PQRSD.
CONFORMIDAD	7.5.2. Creación y actualización	Se evidenció que los procedimientos están acorde al listado maestro de documentos. Mediante comunicación del 25 de junio de 2022, el Proceso Gestión Documental remite la medición en el formato en el formato establecido.
CONFORMIDAD	7.5.3.2 b y d.	El proceso no contaba con Tablas de retención propias del proceso, mediante Acta 10 del 22 de agosto de 2022 Gestión documental les entregó las tablas de retención y las socializó. El proceso hace copias de seguridad en el drive, en el computador y en CDs debidamente marcados.
CONFORMIDAD	8.1. Planificación y control operacional	El proceso planifica, implementa y controla como se pudo evidenciar en el cumplimiento de los procedimientos PDE.AT-01 "Trámite de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias y Manifestación de Felicitaciones" y PDE.AT- 02 "Encuesta de Percepción del Producto/Servicio de las Partes Interesadas" y en la actividades del FAC – 23 v03 del 15 de febrero de 2022 como fueron: Actualización del procedimiento PDE.AT-02 V.01 Encuesta de Percepción del producto/Servicio de las Partes Interesadas (consultorio jurídico) fecha 23 de febrero de 2022, Acta número 06 de fecha 02 de marzo de 2022 sobre Distribución personal para hacer presencialidad en la oficina, quejas reiterativas aplicación SORA, y respuestas del PQRSD, Acta número 10 de fecha 16 de mayo, grupo de mejoramiento seguimiento a la página web dependencias, Acta número 11 de fecha 20 de mayo de 2022, seguimiento FAC-23- FAC 49- FCI 19- FAC-50, Acta número 12 de fecha 23 de mayo grupo mejoramiento caracterización y matriz de comunicaciones, acta número 13 de fecha 01 de junio de 2022, seguimiento al directorio telefónico publicado web dependencias, acta número 14 de fecha 16 de junio de 2022, acta número 15 de fecha 21 de julio de 2022 revisión y elaboración ficha indicadores Satisfacción PQRSD y gestión 1er semestre y segundo trimestre capacitación políticas y objetivos institucionales, acta número 16 de fecha 11 de agosto de 2022 grupo de mejoramiento Inducción a integrante nuevo al equipo OACT y empalme actividades jurídicas, acta número 17 de fecha 17 de agosto de 2022 Acta número 18 de fecha 18 de agosto de 2022 Reunión de grupo seguimiento PAAC y Riesgos, FAC23 - FAC-49- FAC-50.



Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

1 de 1

Hallazgos de Auditoría

Tipo	Requisito	Descripción
CONFORMIDAD	8.2.1 Comunicación con el Cliente a.)	<p>Se proporciona información mediante la página web, del proceso, la mayoría de la comunicación se realiza por correo electrónico, llamadas telefónicas, módulo de PQRSD y presencial para los casos que se requiere.</p> <p>Teniendo en cuenta que el conmutador no está en funcionamiento es de resaltar que la oficina ha implementado un chat que ha mejorado la comunicación con los clientes y pueden responden sus inquietudes en tiempo Real.</p>
CONFORMIDAD	8.2.1 b y c.	<p>El proceso su función principal es atender las solicitudes que llegan del aplicativo y al correo electrónico, teniendo en cuenta lo anterior se evidenció el trámite que realizaron con la Queja de Thais Villamizar CC. 1093854888 relacionada con el certificado, el cual fue direccionado a oficina de Registro y Control Académico para su respuesta, la estudiante le faltaba documentación para proceder a elaborar la constancia el requerimiento fue atendido en los tiempos establecidos.</p> <p>Se evidencia que los funcionarios una vez son radicados queja, solicitud o sugerencia por el módulo de PQRSD son tramitados en el menor tiempo posible.</p> <p>El proceso esta consolidado un banco de preguntas y respuestas más frecuentes para mejorar la prestación del servicio, además llevan un Excel donde llevan el seguimiento de las solicitudes que llegan cuales están resueltas y cuales faltan por responder.</p>
CONFORMIDAD	8.2.2	Los funcionarios conocen el FAJ-15 v03 Matriz de Requisitos Legales y la identifican frente a cada proceso, mediante Acta 35 del 24 de septiembre de 2021 fue actualizada.
CONFORMIDAD	8.6.	Los funcionarios del proceso manifiestan que Mediante la encuesta de Satisfacción se evidencia la conformidad del servicio.
CONFORMIDAD	8.7 Control de las salidas no conformes	El proceso diligencio el FCI –19 Plan de Acciones Correctivas con la no conformidad de la auditoria interna anterior, se evidenció que se realizó capacitación por parte de las Psicólogas en formación en cuanto al tema Política y objetivo de calidad y su aplicación en el proceso según se establece bajo Acta número 014 del 16 de junio de 2022.
CONFORMIDAD	9.1.1.	<p>Se evidencia Ficha Técnica de Indicadores de Gestión HAC-12 Nombre del Indicador: Peticiones, Quejas, Reclamos y Denuncias Resueltas-</p> <p>El proceso hace seguimiento, medición y evaluación como se puedo evidenciar en el acta 15 del 26 de julio de 2022 primer trimestre 100% Acta 008 del 22 de abril de 2022 y Segundo trimestre 100% Acta 15 del 21 de julio 2022</p>
CONFORMIDAD	9.1.2 Satisfacción del cliente 9.1.3 Análisis y Evaluación	Se lleva a cabo el análisis y grado de satisfacción del cliente, Acta 015 del 21 de julio de 2022, donde se evidencia un 97.3% de satisfacción.



Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

1 de 1

Hallazgos de Auditoría

Tipo	Requisito	Descripción
CONFORMIDAD	10.1.	Se evidencia en el Plan de Gestión del Cambio y Mejora Continua FAC-49 seguimiento Mediante Acta N° 18 de 18 de agosto de 2022.
CONFORMIDAD	10.2 conformidad y acción correctiva 10.2.1	Se evidencia que el proceso atendió y subsano la no conformidad presentada.
CONFORMIDAD	10.3 Mejora continua	El líder y los funcionarios muestran el compromiso por la mejora continua de su proceso.
CONFORMIDAD	Directrices ambientales, matriz de riesgos y peligros, reporte de incidentes y accidentes de trabajo	En la oficina de Atención al Ciudadano y Transparencia se ha presentado un Incidente de trabajo que le ocurrió a la líder del proceso, el cual fue informado y se siguió los protocolos establecidos por la ARL para el reporte y seguimiento del Mismo. En cuanto a las directrices ambientales el proceso tiene la política de 0 papel y todo lo hacen por los medios electrónicos establecidos.

Conclusiones

- Se verificó el gran compromiso y cumplimiento por parte de los funcionarios que participan en el proceso para los cumplimientos de los requisitos establecidos en la ISO 9001:2015 y la normatividad interna y externa aplicable al Sistema Integrado de Gestión de la Universidad de Pamplona.

Óscar Porada Mendoza

Firma Auditor Interno.

Maritza Constanza Gamba
Maritza Constanza Gamba
Aprobado Auditor Líder.