

	<b>Informe de Auditoría Interna</b>	<b>Código</b>	FCI-42 v.00
		<b>Página</b>	1 de 1

Auditoría N°	PROCESO AUDITADO			Fecha		
				Día	Mes	Año
01	GESTION DE LABORATORIOS			23	09	2022
<b>Auditor Líder</b>	MARITZA CONSTANZA GAMBOA	<b>Representante de la Alta Dirección</b>	OSCAR EDUARDO GUALDRON GUERRERO			
<b>Nombre(s) del Equipo Auditor</b>		<b>Cargo</b>				
JAIRO ALBERTO RODRIGUEZ CUELLAR		AUDITOR INTERNO				

<b>Objetivo(s)</b>	<b>Alcance</b>
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 Direccinamiento Estratégico, Misionales, de Apoyo y de Evaluación y Control ubicados en la Sede Principal en la Ciudad de Pamplona, Departamento Norte de Santander.
<b>Documentos de Referencia (Criterios)</b>	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		03	10	2022

<b>Aspectos Relevantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El grupo mantiene claridad en los conceptos importantes de la institución desde la perspectiva del contexto organizacional.</li> <li>Se enaltece la destreza del líder del proceso y de todo el equipo de trabajo en el desarrollo de la auditoria.</li> <li>El proceso manifiesta un ambiente de trabajo en equipo, comprometido y exponiendo una adecuada comunicación asertiva.</li> </ul>
<b>Aspectos por Mejorar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se recomienda actualizar y revisar la matriz de requisitos legales.</li> <li>Se recomienda que el líder del proceso en reunión con las demás oficinas competentes se defina la coordinación de los laboratorios que no están inscritos a esta dependencia para coordinar.</li> <li>Se recomienda describir en la matriz de comunicación los formatos establecidos en físico ya que en la matriz se mencionan, pero no se identifican.</li> <li>Se recomienda verificar y actualizar los formatos de procedimientos en el punto de definiciones, actualizar al nuevo formato donde se suprimió la columna “tiempo” y actualizar el listado maestro de documentos aparece descritos 9 procedimientos y en el sub portal virtual aparecen 8 procedimientos.</li> <li>Se recomienda analizar, verificar e identificar si se generan productos o servicios no conforme.</li> <li>Se recomienda mantener información generada de manera virtual y en físico en copias de seguridad digital Bakups o drives de almacenamiento teniendo en cuenta riesgos tecnológicos.</li> </ul>

<b>Hallazgos de Auditoría</b>
-------------------------------



## Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

1 de 1

Tipo	Requisito	Descripción
ASPECTO A MEJORAR	8.2.2	Se identifica la normativa del proceso y el formato se encuentra actualizado. Elaboraran y actualizan la matriz y normatividad, pero al ingresar a los links de identificación de la norma para la ley 1474 y 1523 no se activa, igualmente para el acuerdo 82 de 2006 norma de la universidad no se genera link.
CONFORMIDAD	5.2	En referencia al impacto que tiene el proceso frente a la política de calidad el equipo manifiesta identificarlo en el pilar 1 docencia y excelencia académica y en el pilar 2 investigaciones se planifica a través de la inducción a los auxiliares de laboratorio y la entrega de implementos para poder desarrollar las actividades se sustenta según acta 007 del 25 de febrero de 2022.
CONFORMIDAD	5.3	El líder de proceso informa que se conocen los roles y las responsabilidades descritas en la matriz pero que falta definición en algunos laboratorios para que sean coordinados por la líder dependencia.
CONFORMIDAD	4.4.1 a	Conocen e identifican las entradas y salidas a través de la planificación, ejecución y control del servicio de laboratorios a los estudiantes y docentes en cada uno de los mismos, igualmente se tiene actualizado el formato según acta 016 del 25 de mayo de 2022, se evidencia en visita al laboratorio de química en el acta de estudiantes de química y el FLA 27 control de unidades de residuos FLA 08 prestación del servicio
CONFORMIDAD	6.2	El proceso informa que la gestión de laboratorios contribuye y se identifica con el objetivo 2 Posicionar la Universidad de Pamplona dentro de las 20 mejores Instituciones de Educación Superior en Colombia en Investigación e Innovación. Teniendo en cuenta que se presta servicio de laboratorios para investigación y educación de los estudiantes. Se evidencia en el formato HLA-02 Planificación, Solicitud y Asignación de Recursos, y el formato FLA-02 asignación de reactivos, equipos e insumos, acta 02 del 25 julio de 2022, acta de cierre de semestre 020 del 28 de junio de 2022.
CONFORMIDAD	6.2.2	Se planifica las actividades en concordancia con los objetivos de la institución a través del formato FAC-23 Planificación, Control y Seguimiento de Actividades según acta 017 del 01 junio de 2022, igualmente en la inducción a los auxiliares según acta 07 del 25 de febrero de 2022 y 026 del 30 de agosto de 2022
CONFORMIDAD	4.1 a	El grupo mantiene y confirma el análisis interno y externo institucional y lo alinea a través del plan de desarrollo actual, además determinan cuestiones internas y externas del proceso a través de la matriz DOFA de la gestión de laboratorios; se adjunta matriz
CONFORMIDAD	4.2.a.	De acuerdo la matriz de partes interesadas de la institución manifestando que su proceso reconoce principalmente como parte interesada los estudiantes, docentes, proveedores, auxiliares y personal administrativo alta gerencia y demás; como proceso determina sus necesidades y expectativas a través de los formatos FLA-02 Asignación de Reactivos Equipos e Insumos, FLA03 Solicitud y Entrega de Materiales, Insumos y Equipos, y FLA-04 Solicitud de Reactivos y Medios.
CONFORMIDAD	7.1.4.	El líder y el equipo de trabajo manifiestan inconformidad con la alta dirección, ya que el proceso de gestión de laboratorios no cuenta con un mobiliario adecuado para operar satisfactoriamente, no cuentan con equipos tecnológicos de computación actualizados y mantiene un deficiente servicio de internet
CONFORMIDAD	6.3.	Se han generado cambios en formatos y procedimientos como producto de la planificación y se encuentran evidenciados en el acta 006 del 16 de febrero de 2022



## Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

1 de 1

CONFORMIDAD	7.4.	Se mantiene una comunicación asertiva con el equipo de auxiliares a través de circulares 03 del 24 de febrero de 2022, 04 del 29 de marzo del 2022, y correos electrónicos para solicitar reuniones y dar indicaciones, con la oficina de talento humano en la solicitud de personal y con almacén en la solicitud de insumos para operar en los diferentes laboratorios.
ASPECTO A MEJORAR	7.5.2	El proceso actualiza la información documentada, se asegura que esta esté identificada y con descripción se evidencia que se encuentra desactualizados en el punto 3 definiciones CAPF, PGIRHS y actualizar en el nuevo formato de procedimientos donde se suprimió la columna "tiempo" hay 8 procedimientos de los cuales se evidencian 2 actualizados en el nuevo formato; actualizar el listado maestro de documentos aparecen descritos 9 procedimientos y en el sub portal virtual aparecen 8 procedimientos. <i>"Se debe tener en cuenta la información suministrada por el sistema integrado de gestión según acta de reunión 01 del 22 de febrero de 2022 donde se indico que se debía actualizar los formatos y se socializo a todos los procesos la nueva plantilla."</i>
CONFORMIDAD	7.5.3.2 b y d.	El grupo de mejoramiento manifiesta que la información generada es virtual, que se asegura y se documenta en plataforma virtual suite Academusoft y La suite Gestasoft®, que esté protegida adecuadamente; que adicionalmente no llevan ningún otro medio de protección de datos.
CONFORMIDAD	8.1.	Se seleccionó el procedimiento PLA 02-V09 Prestación de Servicio de Laboratorio se Verifico que la prestación del servicio y cuenta con criterios y controles establecidos en el mismo como evidencia se adjunta acta 006 del 16 de febrero de 2022, acta 07 del 25 de febrero de 2022, 026 del 30 de agosto de 2022, formato FLA-42 Inventario y Control de Existencia de Equipos, Materiales, Reactivos y Equipos Laboratorios de Docencia, correo electrónico de solicitud de revisión de inventarios circulares 03, 04,06,08; de igual manera se miden el servicio en la ficha de indicadores HLA-04 prestación del servicio.
CONFORMIDAD	8.2.1 a.	El proceso informa que proporciona información de los servicios a los estudiantes a través de actas de inducción para cada programa. Se anexa actas del laboratorio de química.
CONFORMIDAD	9.1.2	Se manifiesta que se realizan encuestas de satisfacción al cliente y se analizan las PQRSD recibidas en el sub portal de la oficina de atención al ciudadano y en las fichas de indicadores HAC12 medición de la satisfacción del cliente y acta 022 del 25 de julio de 2022,
CONFORMIDAD	7.3.	El grupo de mejoramiento manifiesta que la información de las actividades de toma de conciencia institucional las identifica en el sub portal del sistema integrado de gestión y que las acciones de mejora las planifican y controlan en el formato FAC-49 plan de gestión del cambio y mejora continua con un porcentaje de avance del 40% según acta 017 del 01 de junio de 2022.
CONFORMIDAD	9.1.1.	El proceso informa que se tienen como herramientas de medición análisis y control 4 fichas de indicadores: Formato HAC-12 v.00 Medición de la satisfacción del cliente para el primer semestre con un resultado del 96.5% según acta 022 del 25 de julio de 2022. Formato HAC-12 v.00 Peticiones, Quejas, Reclamos y Denuncias Resueltas con un resultado del 100% según Acta #013 del 28 de abril de 2022 para el primer trimestre y acta #022 del 25 de julio de 2022 para el segundo trimestre



### Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

1 de 1

CONFORMIDAD	9.1.3 e.	El proceso informa que aborda riesgos y oportunidades y los mide a través del mapa de riesgos del mismo y se analiza y controla según acta 012 del 28 de abril del 2022
CONFORMIDAD	10.1.	El proceso informa que determinan las oportunidades de mejora e implementan las acciones de mejora según las recomendaciones y acciones de mejora dadas en el último informe de auditoría interna según acta 16 del 25 de mayo de 2022.
CONFORMIDAD	6.1.2.	El líder de proceso y el equipo de trabajo manifiestan abordar riesgos y oportunidades del proceso a través de la actualización del mapa de riesgos según acta 02 enero 25 enero de 2022 y se generaron avances socialización 2 cuatrimestre según acta 025 de 10 agosto 2022 y acta 012 del 28 abril de 2022.se adjunta mapa de riesgos.

#### Conclusiones

- El proceso de gestión de laboratorios en cabeza del líder del proceso y el grupo de mejoramiento analiza y controla en su mayoría con todos los requerimientos exigidos por la norma ISO 9001 - 2015.
- Se hace necesario que la alta dirección se comprometa con el proceso en la planeación y Verificación del ambiente en los procesos humanos, físicos, sociales, psicológicos que no afecte la debida operatividad en la prestación del servicio.
- Se aplica una NO CONFORMIDAD PARA (ALTA DIRECCION) teniendo en cuenta que el proceso de gestión de laboratorios no cuenta con mobiliario adecuado para operar

  
JAIRO ALBERTO RODRIGUEZ CUELLAR  
Auditor Interno.

  
Maritza Constanza Gamboa  
Aprobado Auditor Líder.