

	Informe de Auditoría Interna	Código	FCI-42 v.00
		Página	1 de 5

Auditoría N°	PROCESO AUDITADO	Fecha		
		Día	Mes	Año
01	PLANEACION INSTITUCIONAL	27	09	2022
Auditor Líder	MARITZA CONSTANZA GAMBOA	Representante de la Alta Dirección	OSCAR EDUARDO GUALDRON GUERRERO	
Nombre(s) del Equipo Auditor		Cargo		
DIANA YELITHZA PEÑALOZA MENESES		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)	NTC ISO 9001:2015, Manual de Procedimientos y Operaciones, Resoluciones, Acuerdos, Manuales Internos y Normatividad Externa Aplicable a cada Proceso descritos en la Matriz de Requisitos Legales, Plan de Desarrollo y Plan de Acción de la vigencia, 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

Aspectos Relevantes	<p>Excelente disposición de la líder del proceso y de todo el equipo de trabajo en el desarrollo de la auditoria.</p> <p>Se evidencia el trabajo en equipo, compromiso y comunicación asertiva.</p> <p>Creación de nuevos formatos para la organización y mejora del proceso.</p>
Aspectos por Mejorar	<p>Realizar la actualización de los procedimientos e instructivos que lo requieren.</p> <p>Se recomienda desagregar la acción de la primera mejora "creación de la planeación académica" propuesta en el FAC-49 Plan de Gestión del Cambio y Mejora Continua.</p> <p>Incluir en el FAC-49 Plan de Gestión del Cambio y Mejora Continua, la creación de lo nuevos formatos del proceso.</p> <p>Se recomienda actualizar instructivos y procedimientos, teniendo en cuenta el el PAC-01 Elaboración y Control de la Información Documentada del Sistema Integrado de Gestión.</p>

Hallazgos de Auditoría		
Tipo	Requisito	Descripción
CONFORMIDAD	8.2.2 DETERMINACIÓN DE LOS REQUISITOS PARA LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS	Mediante acta n° 066 del 09 de septiembre de 2022, el Grupo de Mejoramiento, realizó la actualización y aprobación del FAJ-15 Matriz de Requisitos Legales del proceso; matriz validada por la oficina de Asesoría Jurídica. El Grupo de Mejoramiento conoce y aplica la Matriz de Requisitos Legales, tanto normatividad interna como externa.



Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

2 de 5

CONFORMIDAD	5.2 POLÍTICA DE CALIDAD	Se evidencia el conocimiento de la política de calidad, explican desde su proceso cómo aportan al cumplimiento de la misma. Mediante acta n° 072 del 26 de septiembre de 2022 se realizó la socialización de la Política de Calidad a todo el Grupo de Mejoramiento.
CONFORMIDAD	5.3 ROLES, RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES EN LA ORGANIZACIÓN	El personal conoce y tiene claro su rol y sus responsabilidades con el sistema integrado de gestión de calidad. Mediante acta n° 072 del 26 de septiembre de 2022, se realizó la socialización y toma de conciencia de la Matriz de Roles y Responsabilidades.
CONFORMIDAD	4.4.1 a SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y SUS PROCESOS	Identifican y comprenden el ciclo PHVA, plasmado en la caracterización del proceso de Planeación Institucional, actualizada el día 09 de septiembre de 2022, según consta en acta n° 066 de Grupo de Mejoramiento y socializada mediante acta n° 072 del 26 de septiembre de 2022.
CONFORMIDAD	6.2 OBJETIVOS DE LA CALIDAD Y PLANIFICACIÓN PARA LOGRARLOS	Conocen los 4 objetivos de calidad de la institución, como proceso enfocan sus actividades al cumplimiento del objetivo n° 4. Fortalecer la Gestión Organizacional y la Sostenibilidad Financiera Institucional. La socialización de los objetivos de calidad se realizó mediante acta n° 072 del 26 de septiembre de 2022.
CONFORMIDAD	6.2.2 PLANIFICACIÓN COMO LOGRAR SUS OBJETIVOS DE CALIDAD	FAC-23 Planificación, Control y Seguimiento de Actividades de la vigencia 2022, elaborado el día 11 de marzo de 2022, realizaron control y seguimiento el día 26 de julio de 2022, mediante acta n° 035 de Grupo de Mejoramiento, presentando avance del 38%.
CONFORMIDAD	4.1 COMPRENSIÓN DE LA ORGANIZACIÓN Y DE SU CONTEXTO.	Conocen y tienen identificados los aspectos internos y externos (debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas), el contexto organizacional y direccionamiento estratégico de la institución. Se evidencia socialización del contexto institucional mediante acta n° 072 del 26 de septiembre de 2022.
CONFORMIDAD	4.2 a COMPRENSIÓN DE LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS	Reconocen la Matriz de Identificación de Necesidades y Expectativas de las Partes Interesadas. Se evidencia socialización mediante acta n° 072 del 26 de septiembre de 2022.
CONFORMIDAD	7.1.4 AMBIENTE PARA LA OPERACIÓN	La oficina de Planeación Institucional cuenta con mobiliario nuevo ergonómico y distribución de puestos de trabajo. Se evidencia buen ambiente laboral, trabajo en equipo y compañerismo.
CONFORMIDAD	6.3 PLANIFICACIÓN DE LOS CAMBIOS	FAC-49 Plan de Gestión del Cambio y Mejora Continua 2022, elaborado mediante acta n° 035 del 26 de julio de 2022; control y seguimiento realizado el mismo día, con un avance del 48,8%. Se recomienda desagregar la acción de la primera mejora "creación de la planeación académica", y realizar seguimiento a las actividades ya ejecutadas.
CONFORMIDAD	7.4 COMUNICACIÓN	Identifican y conocen la matriz de flujos de información y comunicación. Matriz actualizada el día 09 de septiembre de 2022, según consta en acta n° 066. La socialización se llevó a cabo mediante acta n° 072 del 26 de septiembre de 2022.



Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

3 de 5

OBSERVACION	7.5.2 CREACION Y ACTUALIZACION DE LA INFORMACION DOCUMENTADA	<p>Se realiza la verificación de aplicación de los siguientes formatos: FDE.PL-28 v. 02 Plan de Inversiones FDE.PL-32 v.00 Registro Banco de Proyectos de Inversión FDE.PL-43 v.02 Estudio de Conveniencia y Oportunidad de Obra FDE.PL-56 v.00 Constancia de Prestación del Servicio de Transporte FDE.PL-62 v.00 Solicitud de Servicio de Mantenimiento Todos los formatos revisados, son aplicados de manera correcta y en su respectiva versión actualizada.</p> <p>Así mismo, el personal a cargo del PDE.PL-08 v.05 Planeación Física, informa sobre el proceso que vienen adelantando para la creación, validación y publicación de los siguientes formatos:</p> <ul style="list-style-type: none">•FDE.PL-65 v.00 “Acta de Mayores y Menores Cantidades e Ítems no previstos”•FDE.PL-66 v 00 “Concepto Visita Técnica”•FDE.PL-67 v.00 “Acta de Suspensión”•FDE.PL-68 v.00 “Acta de Reinicio”•FDE.PL-69 v.00 “Acta de Recibo Final”•FDE.PL-70 v.00 “Acta de Prorroga “•FDE.PL-71 v.00 “Acta de Adición”•FDE.PL-72 v.00 “Informe Semanal”•FDE.PL-73 v.00 “Acta de Recibo Parcial de Obra”•FDE.PL-74 v.00 “Acta de Utilización de la Partida de Imprevistos” <p>Se requiere la actualización del FAC-03 Listado Maestro de Formatos, algunos nombres y versiones de los formatos que están en el listado maestro no coinciden con los nombres y versiones de los formatos publicados en el centro interactivo del SIG.</p>
NO CONFORMIDAD (GESTION DOCUMENTAL)	7.5.3.2 b y d. CONTROL DE LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA	<p>Gracias a los aprendizajes que dejó el trabajo de manera virtual, debido a la pandemia, la gran mayoría de archivos se manejan de manera digital, así mismo, cuentan con copias de seguridad, documentos subidos a la nube o a las plataformas manejadas desde cada uno de los procesos de la oficina. Igualmente, se cuenta con archivo de gestión en físico, debidamente organizado y salvaguardado.</p> <p>Respecto a las Tablas de Retención Documental, el proceso de Planeación Institucional, no cuenta con actualización desde el año 2014. Durante las vigencias 2020 y 2021 se ha enviado la información correspondiente a la oficina de Gestión Documental para la correspondiente actualización, pero hasta la fecha el proceso de Planeación Institucional no cuenta con las TRD actualizadas.</p>



Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

4 de 5

CONFORMIDAD	8.1 PLANIFICACIÓN Y CONTROL OPERACIONAL	<p>Se realiza la verificación de aplicación de los siguientes procedimientos e instructivos:</p> <p>PDE.PL-03 v. 03 Gestión por Planes y Resultados PDE.PL-04 v. 04 Gestión Financiera PDE.PL-05 v. 05 Gestión de Proyectos de Inversión Institucional PDE.PL-07 v. 03 Elaboración Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano PDE.PL-08 v. 05 Planeación Física PDE.PL-09 v. 00 Prestación de Servicio de Transporte</p> <p>IDE.PL-03 v. 01 Seguimiento a la Planeación Estratégica Institucional IDE.PL-05 v. 00 Rendición de Cuentas IDE.PL-06 v. 00 Mantenimiento Vehicular</p> <p>Se identifica que la información documentada no está elaborada en el formato definido según el PAC-01 Elaboración y Control de la Información Documentada del Sistema Integrado de Gestión y publicados en el centro interactivo del SIG. Aunque la aplicación de los procedimientos e instructivos de realiza conforme lo indica cada documento, la estructura del documento no corresponde la versión 14 de PAC-01.</p>
CONFORMIDAD	8.2.1 a COMUNICACIÓN CON EL CLIENTE	<p>Se proporciona información de los servicios al cliente, a través de la publicación en la página web de la oficina de Planeación Institucional, la cual se evidencia actualizada y de fácil navegación. De igual manera se realiza comunicación con los usuarios a través de los correos electrónicos institucionales, página institucional y línea telefónica institucional.</p>
CONFORMIDAD	8.2.1 b y c COMUNICACIÓN CON EL CLIENTE	<p>Las quejas PQRSD se reciben a través del aplicativo PQRSD y correos electrónicos institucionales. Mediante acta n° 035 del 26 de julio de 2022, se realizó la revisión del indicador Peticiones, Quejas, Reclamos y Denuncias Resueltas del segundo trimestre de 2022, se evidencia un resultado del 100%. Toda vez que, según el reporte de la oficina de Atención a Ciudadano, enviado mediante memorando 100.700.137 del 21 de julio, no se reportaron requerimientos a través del módulo institucional, durante el segundo trimestre.</p>
CONFORMIDAD	9.1.2 SATISFACCIÓN DEL CLIENTE	<p>La aplicación de las encuestas de medición de satisfacción del cliente, se realiza de manera digital, implementando el link de la encuesta en el pie de la firma de los correos institucionales, así mismo, se envían correos electrónicos a los clientes, solicitando el diligenciamiento de la encuesta. De igual manera, tienen el código QR, ubicado en un lugar visible de la oficina, para la evaluación por parte de los usuarios.</p>
CONFORMIDAD	7.3 TOMA DE CONCIENCIA	<p>Mediante acta n° 072 del 26 de septiembre de 2022, se evidencia la socialización de los procesos de Gestión de Calidad y toma de conciencia para el cumplimiento y compromisos con cumplimiento y desarrollo de los procesos.</p>
CONFORMIDAD	9.1.1 SEGUIMIENTO, MEDICIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN	<p>Mediante acta n° 035 del 26 de julio de 2022, se realizó la revisión indicador Medición de la Satisfacción del Cliente del primer semestre 2022, se evidencia un resultado del 88%. Respecto al indicador Calificación de Riesgo Obtenido, se ha adelantado en un 50% y se deja evidencia mediante acta n° 035 de Grupo de Mejoramiento.</p>



Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

5 de 5

CONFORMIDAD	10.1. GENERALIDADES	Mediante acta n° 016 del 11 de abril de 2022, se realizó la revisión, control, seguimiento y cierre de las actividades del FCI-19 Plan de acciones correctivas de la auditoría externa de la vigencia 2021. Se evidencia un porcentaje de cumplimiento del 100%.
CONFORMIDAD	6.1.2. ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES	Se evidencia control y seguimiento al PAAC, Mapa de Riesgos (gestión y corrupción), mediante acta n° 052 del 19 de agosto del 2022. Presentan los respectivos soportes de las actividades realizadas respecto al mapa de riesgos.

Conclusiones

- Continuar con el desarrollo de las actividades encaminadas a dar cumplimiento a la NTCISO 9001:2015.
- Se evidencia el compromiso por parte del personal, el conocimiento y aplicación de la NTCISO 9001:2015.

Diana Y. Peñalosa M.
DIANA YELITHZA PEÑALOZA MENESES
Firma Auditor Interno.

Maritza
Maritza Constanza Gamboa
Aprobado Auditor Líder.