

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

Auditoría N°	PROCESO AUDITADO	Fecha		
		Día	Mes	Año
Ciclo 2022	Sede Social Villa Marina	27	09	2022
Auditor Líder	Maritza Constanza Gamboa	Representante de la Alta Dirección	Henry Murillo	
Nombre(s) del Equipo Auditor		Cargo		
Fabiola Ramón Fuentes		Auditor		

Objetivo(s)	Verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos en la norma NTC ISO 9001:2015 y la normatividad interna y externa aplicable al Sistema Integrado de Gestión de la Universidad de Pamplona.	Alcance	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 Auditorias 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		06	10	2022

Aspectos Relevantes	<ul style="list-style-type: none"> Buena disposición del personal que atendió la auditoria. Se evidenció el compromiso del equipo de trabajo en lo relacionado con el sistema integrado de gestión. Entrega oportuna de la información documentada solicitada.
Aspectos por Mejorar	<ul style="list-style-type: none"> Actualizar la documentación del proceso. Identificar en la matriz DOFA los aspectos internos y externos del proceso. Socialización del contexto organizacional institucional. Dejar plasmados los avances de acciones y su respectivo análisis en las actas de grupo de mejoramiento. Revisión de las actividades que se ejecutan en la prestación del servicio en la sede social las cuales pueden ser incluidas en la planificación de los cambios para la mejora continua del proceso y en la planificación del proceso. Revisar la normativa vigente para la prestación del servicio. Buscar mecanismos para diligenciamiento de las encuestas de satisfacción del cliente. Solicitar acompañamiento del SIG para la elaboración de los indicadores de gestión y de calidad, así mismos para la elaboración del plan de acciones correctivas que requiera el proceso.



Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

1 de 1

Hallazgos de Auditoría

Tipo	Requisito	Descripción
Conformidad	4.1 a) Comprensión de la organización y de su contexto	<ul style="list-style-type: none">No identifican la matriz DOFA, sin embargo, conocen las fortalezas, debilidades y amenazas en la prestación del servicio.
Conformidad	4.2. a) Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas	<ul style="list-style-type: none">Conocen la Matriz de Identificación de Necesidades y Expectativas de las Partes Interesadas y cómo el proceso interactúa con ellas.
Conformidad	4.4.1 a) Sistema de gestión de la calidad y sus procesos	<ul style="list-style-type: none">El equipo de trabajo identifica el ciclo PHVA en la caracterización.Comprenden y explican las entradas y salidas del proceso.Mediante acta No 010 del 25 de mayo del 2022 se actualizó la caracterización.
Conformidad	5.2 Política	<ul style="list-style-type: none">Conocen la política de calidad y como desde las actividades que realizan aportan al cumplimiento de la misma.No se evidencia socialización en acta de grupo de mejoramiento.
Conformidad	5.3 Roles, Responsabilidades Y Autoridades En La Organización	<ul style="list-style-type: none">Se evidencia que el equipo de trabajo identifica cuales son sus roles y responsabilidades, sin embargo, no se ve reflejada en acta la socialización.
Conformidad	6.1. 2 acciones para abordar riesgos y oportunidades.	<ul style="list-style-type: none">En acta 02 del 25 de enero del 2022 se actualizó el mapa de riesgo. Se identifica 1 riesgo de corrupción y uno de gestión.Se verificó seguimiento y control a los riesgos en acta N°13 del 16 de agosto del 2022.
Conformidad	6.2 Objetivos de calidad y planificación para lograrlos	<ul style="list-style-type: none">El equipo de trabajo conoce y comprende los objetivos de calidad, así mismos como desde el desarrollo de sus actividades en el que hacer diario aportan al cumplimiento al cual apunta el proceso.No se evidencia acta de socialización.
No conformidad	6.2.2 Al planificar cómo lograr sus objetivos de la calidad, la organización debe determinar	<ul style="list-style-type: none">Se evidencia cierre de la planificación de la vigencia del año 2021 en acta de grupo de mejoramiento 04 del 4 de abril del 2022.En la revisión de las actividades plasmadas en el FAC-23 Planificación, Control y Seguimiento de Actividades se identificó error de digitación en el punto dos situaciones que no permite la comprensión de la actividad.Se realizó la planificación del proceso para el año 2022 en acta del 10 de marzo. Se detectó que en las actividades 3 y 4 los tiempos están mal planificados.Se realizó seguimiento y control en acta 10 del 25 de mayo del 2022. No se describe el porcentaje de avance en las actividades planteadas.
Conformidad	6.3. Planificación de los cambios	<ul style="list-style-type: none">Se evidenció cierre del Plan de Gestión del Cambio y Mejora Continua de la vigencia anterior en acta 03 del 04 de abril del 2022.En acta 04 del 10 de marzo se evidenció la Planificación de la Gestión del Cambio y la Mejora Continua para la vigencia 2022, así mismo se evidenció seguimiento y control en acta de grupo de mejoramiento del 25 de mayo del 2022.



Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

1 de 1

Conformidad	7.1.4 Ambiente para la operación de los procesos	<ul style="list-style-type: none">Se evidencio el respeto, buen trato y el trabajo en equipo.
Conformidad	7.3 Toma de conciencia	<ul style="list-style-type: none">Se verifico que el equipo de trabajo tiene conocimiento de la política, objetivos de calidad y como contribuyen desde las actividades diarias al cumplimiento de los compromisos con el SIG, identifican las acciones de mejora, los riesgos de corrupción y de gestión y la planificación del proceso.
Conformidad	7.4 Las comunicaciones	<ul style="list-style-type: none">El proceso maneja las comunicaciones con las partes interesadas permanente por correos electrónicos, WhatsApp y vía telefónica.El grupo de trabajo tiene claro que comunicar, cuando comunicarlo, y a quien comunicarlo las diferentes actividades de la sede social Villa Marina.Se realizó actualización de la matriz del flujo de la información en Acta No 10 del 25 de mayo del 2022.
Conformidad	7.5.2 Creación y actualización de la información documentada	<ul style="list-style-type: none">Se evidencio correo del 8 de febrero del 2022 al Sistema Integrado de Gestión en donde se remitió acta 05 del 8 de febrero del 2022, en la cual se solicitó la eliminación de algunos formatos del centro interactivo y la implementación de dos formatos nuevos. De igual manera el SIG envió memorando 130-106-010 del 15 de febrero del 2022 a través de correo electrónico, informando al proceso la ruta que se debe seguir para hacer dicha modificación a la documentación. A la fecha no se ha enviado documentación.



Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

1 de 1

No conformidad	8.1 Planificación y control operacional	<ul style="list-style-type: none">• En la verificación de la prestación del servicio se realizó trazabilidad a la siguiente documentación:• PIS-VM 01 Planificación del servicio:<ul style="list-style-type: none">- No se evidencio Acta de grupo de mejoramiento en la que se identifican los clientes del proceso.- Se evidencia en acta 10 del 25 de mayo del 2022 en donde se realizó seguimiento a la celebración del día de la madre, sin embargo según Acta 04 del 10 de marzo del 2022 a la fecha no se han realizado actividades como el Día Del Padre 19 mayo, Festival de cometas el 14 de agosto y Cumpleaños Sede Villa Marina el 11 de septiembre, actividades que según el procedimiento si no se ejecutan se les debe haber planteado acciones correctivas las cuales no se evidencias en acta ni en el formato FCI-19 Plan de acciones correctivas.• PIS.VM-01 v.04 Prestación de servicios Centro de Promoción Sede Social Villa Marina:<ul style="list-style-type: none">- No se evidencio el diligenciamiento de los formatos:- FIS.VM-10 “Prestación del Servicio Sede Social Villa Marina”. FIS.VM-05 “Control Salidas Temporales de los Visitantes de la Sede Social Villa marina”, FIS.VM-06” Control de Ingreso Afiliados Sede Social Villa Marina”; FIS.VM -07 “Control Ingreso Actividades Académicas e Institucionales de la Sede Social Villa Marina” y FIS.VM -08 “Control de Ingreso de Invitados o particulares”. FIS.VM-09 “Control Préstamo de Implementos para Camping Sede Social Villa Marina”. FIS.VM-13 “Control de Bañistas de la Piscina”.• IIS.VM-02 v.01 Manejo de Ingresos Sede Social Villa Marina:<ul style="list-style-type: none">- En el numeral 1 del instructivo Consignación por parte del cliente, se relaciona cuenta de ahorros en Bancolombia 462141573 a nombre de la universidad de Pamplona, para la consignación del dinero por el servicio que prestara la sede social, sin embargo, en la verificación de las consignaciones se evidencia que el número de cuenta actual es la 47679153052.- El datafono no se está implementando como medio de pago por parte de las partes interesadas por los servicios recibidos.- No se evidencia documento en donde se establecen los precios para los servicios que presta la Sede Social ya que se está teniendo en cuenta la Resolución 0084 del 12 de mayo del 2010.- No se dejan copia en físico en el archivo del proceso de las consignaciones realizadas por la prestación del servicio.
Conformidad	8.2.2 8.2.2 Determinación de los requisitos para los productos y servicios	<ul style="list-style-type: none">• El equipo de trabajo tiene conocimiento de la normatividad del proceso, sin embargo, no se evidencia en acta revisión de la matriz de requisitos legales para la actualización.



Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

1 de 1

No conformidad	9.1.1. Seguimiento, medición, análisis y evaluación. Generalidades	<ul style="list-style-type: none">• Se evidencio Acta de grupo de mejoramiento 09 del 30 de abril del 2022 en donde se realizó la medición al indicador de calidad PQRSD del primer trimestre y Acta 11 del 27 de julio del 2022.• Se evidencio en la ficha técnica HAC-12 v.00, que el objetivo de calidad no corresponde al que le apunta el proceso y los porcentajes de la meta del indicador están herrados.• No se evidencio implementación de un Plan de Acciones Correctivas ya que en la medición del indicador PQRS en los dos trimestres no se llegó al porcentaje mínimo de la meta del indicador.• Con respecto al indicador de Satisfacción del cliente se evidencio Acta 09 de 30 de abril de 2022, acta 11 del 27 de julio en donde se realizó la medición al primer semestre. Cabe aclarar que este indicador debe ser medido semestralmente.• En Acta 09 del 30 de abril y en Acta 011 del 27 de julio de 2022 se evidencio medición del indicador de Calidad en la Prestación del Servicio del proceso.
Conformidad	10.1. Oportunidades de mejora e implementan las acciones	<ul style="list-style-type: none">• Se evidencio elaboración del Plan de acciones correctivas en el Acta 04 del 10 de marzo del 2022 y cierre en acta 10 del 25 de mayo del 2022.

Conclusiones

- Se evidencia el compromiso del equipo de trabajo con lo relacionado al Sistema Integrado de Gestión, pero es necesario el acompañamiento del líder del proceso y del Sistema Integrado de Gestión.
- Es importante la asignación de personal permanente e idóneo en el área, con el fin de prestar un buen servicio.

Firma Auditor Interno
Fabiola Ramón Fuentes

Aprobado Auditor Líder
Maritza Constanza Gamboa