

	<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	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		27	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>			
Ricardo Alfonso Pérez Cacua		Auditor			

<b>Objetivo(s)</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.	<b>Alcance</b>	Todos los Procesos de Dirección 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>Se resalta el compromiso de líder del proceso y del personal de la dependencia. Así como La disposición del personal que atendió la auditoria y los conocimientos demostrados sobre los aspectos y requisitos de la NTCISO 9001:2015.</li> <li>Aplicación de los procedimientos documentados durante la prestación del servicio, así como de los registros necesarios para ejercer control.</li> <li>Buen ambiente laboral.</li> <li>Alto conocimiento y manejo de la NTC ISO 9001:2015</li> <li>El proceso entrega la información a través de la consolidación de expedientes que permiten identificar claramente la trazabilidad de la información verificada.</li> </ul>
<b>Aspectos por Mejorar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se recomienda la contratación de más personal por el volumen de información que esta dependencia maneja.</li> <li>Se recomienda que el líder del proceso solicite a la facultad de Ingenierías y Arquitectura a la Facultad de Artes y Humanidades apoyo para el manejo del portal interactivo y de la nueva imagen ya que el equipo que actualmente está en esta dependencia asume todas las actividades.</li> </ul>

Hallazgos de Auditoría		
Tipo	Requisito	Descripción
CONFORMIDAD	4.1 a	<ul style="list-style-type: none"> <li>El proceso tiene identificados los aspectos internos y externos (debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas), enfocándose en el fortalecimiento de su producto</li> </ul>



## Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

1 de 1

CONFORMIDAD	4.4.1 a	<ul style="list-style-type: none"><li>Se verifico la caracterización del proceso la cual está identificada en el centro interactivo con el código HAC-13 v.00.</li><li>Se evidencia acta de socialización 008 del 15 de julio del 2022.</li><li>Los integrantes del proceso Identifican muy bien su PVHA</li></ul>
CONFORMIDAD	4.2. a.	<ul style="list-style-type: none"><li>Establecen en la prestación del servicio las partes interesadas internas y externas, así mismo conocen la matriz de necesidades y expectativas.</li><li>Acta de socialización 005 del 04 de marzo del 2022.</li></ul>
CONFORMIDAD	5.2	<ul style="list-style-type: none"><li>Los integrantes del proceso conocen y comprenden la política de calidad, identifican como desde su hacer aportan al cumplimiento de la misma.</li><li>Se evidencio socialización a través de acta de grupo de mejoramiento 004 del 24 de febrero de 2022.</li></ul>
CONFORMIDAD	5.3	<ul style="list-style-type: none"><li>Los integrantes del proceso conocen las responsabilidades de su proceso y el aporte que hacen desde sus funciones.</li><li>Se evidencia acta de socialización 004 del 24 de febrero de 2022.</li></ul>
CONFORMIDAD	6.1.2	<ul style="list-style-type: none"><li>En acta 002 del 24 de enero del 2022 los integrantes del proceso revisaron y socializaron los riesgos de plan de anticorrupción,</li><li>Mediante acta 006 del 26 de abril del 2022 se evidencio el primer Control y seguimiento al mapa de riesgos de corrupción, gestión y a los componentes del PAAC.</li><li>Mediante acta 010 del 29 de agosto del 2022 se evidencio el segundo seguimiento Control y seguimiento al mapa de riesgos de corrupción, gestión y a los componentes del PAAC.</li></ul>
CONFORMIDAD	6.2	<ul style="list-style-type: none"><li>La oficina conoce y comprende los objetivos de calidad institucionales, a cuál apuntan desde su proceso y como se da cumplimiento desde las actividades que cada uno realiza en la prestación del servicio.</li><li>Mediante Acta 004 del 24 de febrero del 2022 se evidencio la socializaron de los objetivos del proceso.</li></ul>
CONFORMIDAD	6.2.2	<ul style="list-style-type: none"><li>El líder del proceso y los integrantes del proceso cuenta con la elaboración y aprobación del FAC-23 Planificación, Control y Seguimiento de Actividades, el cual fue probado mediante Acta 003 del 15 de julio del 2022 el cual cuenta con 14 actividades.</li><li>En Acta 008 del 15 de julio del 2022 el cual cuenta con 15 actividades. del control y seguimiento, se evidencia que el proceso alcanza un 70,8% de cumplimiento de las actividades planificadas para la vigencia.</li></ul>
CONFORMIDAD	6.3	<ul style="list-style-type: none"><li>Se evidencia la existencia del FAC-49 Plan de Gestión del Cambio y Mejora Continua aprobado 6 descripciones de cambio y mejora en el Acta 003 del 15 de julio del 2022, el cual tiene fecha cierre 04/12/2022.</li><li>En el control y seguimiento realizado mediante Acta 008 del 15 de agosto del 2022 se realizó medición del avance con un 96,4% de cumplimiento en las acciones establecidas para la vigencia</li></ul>



## Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

1 de 1

CONFORMIDAD	7.1.4	<ul style="list-style-type: none"><li>Se evidencia muy buen ambiente laboral compromiso y respeto, el buen trato, y trabajo en equipo hacen parte de las actividades diarias del proceso.</li><li>Se evidencia "Gestión del conocimiento" (KM, Knowledge Management) de todo el equipo.</li></ul>																								
CONFORMIDAD	7.3	<ul style="list-style-type: none"><li>Se evidencio en Acta 004 del 24 de febrero de 2022 de grupo de mejoramiento que el proceso socializo la política, los objetivos de calidad, los principios de calidad, así como las matrices que hacen parte del contexto institucional.</li></ul>																								
CONFORMIDAD	7.4	<ul style="list-style-type: none"><li>Se evidencio que el proceso tienen establecido los medios para la comunicación entre la parte interna y externa, tal y como está establecido en la matriz del flujo de la información y la comunicación.</li><li>Se evidencia Acta 004 del 24 de febrero del 2022. Donde se actualiza y se socializa la matriz.</li><li>Las comunicaciones se realizan a través de correos electrónicos, circulares, pildoras, y oficios en los cuales se mantiene informados toda la vigencia,</li></ul>																								
CONFORMIDAD	7.5.2	<p><input type="checkbox"/> La verificación de la información documentada en el centro interactivo se evidencia que los siguientes procedimientos se encuentra actualizados:</p> <p>Procedimientos Ocultar / Mostrar</p> <table border="1"><thead><tr><th>CODIGO</th><th>NOMBRE</th><th>VER</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td>PLANTILLA PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS</td><td></td></tr><tr><td>PAC-01</td><td>Elaboración y Control de la Información Documentada del Sistema Integrado de Gestión</td><td></td></tr><tr><td>PAC-03</td><td>Gestión del Cambio y Mejora Continua en los Procesos</td><td></td></tr><tr><td>PAC-05</td><td>Toma de Acciones Correctivas, Acciones para el Tratamiento de los Riesgos y Control del Producto o Servicio no Conforme</td><td></td></tr><tr><td>PAC-10</td><td>Revisión por la Dirección</td><td></td></tr><tr><td>PAC-12</td><td>Planificación, Control y Seguimiento al Sistema Integrado de Gestión</td><td></td></tr><tr><td>PAC-18</td><td>Medición de Indicadores y Análisis de Resultados</td><td></td></tr></tbody></table>	CODIGO	NOMBRE	VER		PLANTILLA PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS		PAC-01	Elaboración y Control de la Información Documentada del Sistema Integrado de Gestión		PAC-03	Gestión del Cambio y Mejora Continua en los Procesos		PAC-05	Toma de Acciones Correctivas, Acciones para el Tratamiento de los Riesgos y Control del Producto o Servicio no Conforme		PAC-10	Revisión por la Dirección		PAC-12	Planificación, Control y Seguimiento al Sistema Integrado de Gestión		PAC-18	Medición de Indicadores y Análisis de Resultados	
CODIGO	NOMBRE	VER																								
	PLANTILLA PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS																									
PAC-01	Elaboración y Control de la Información Documentada del Sistema Integrado de Gestión																									
PAC-03	Gestión del Cambio y Mejora Continua en los Procesos																									
PAC-05	Toma de Acciones Correctivas, Acciones para el Tratamiento de los Riesgos y Control del Producto o Servicio no Conforme																									
PAC-10	Revisión por la Dirección																									
PAC-12	Planificación, Control y Seguimiento al Sistema Integrado de Gestión																									
PAC-18	Medición de Indicadores y Análisis de Resultados																									



### Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

1 de 1

CONFORMIDAD	7.5.3.2 b y d.	<ul style="list-style-type: none"><li>• El grupo de mejoramiento manifiesta que la información generada es virtual, asegura y documenta utilizan el Share Point propio de la oficina para salvaguardar la información, así mismo elaboraron la herramienta Barisoft el cual los procesos envían la documentación solicitada.</li><li>• El proceso cuenta con el Panal de Conocimiento es un conjunto de repositorios de información digitales que están en uso en la Universidad de Pamplona, los cuales permiten, el almacenamiento, identificación y recuperación de la información operacional y estratégica.</li><li>• El proceso da a conocer los recursos de conocimiento por medio de las herramientas digitales, las cuáles favorecen la comunicación, trabajo colaborativo y permiten la mejora de la productividad a las personas y grupos de trabajo de la comunidad Universitaria. De igual manera permite la captación y formalización del conocimiento que son base para las lecciones aprendidas y para fortalecer los repositorios de conocimiento institucional.</li></ul>
CONFORMIDAD	8.1	<ul style="list-style-type: none"><li>• Acorde a lo establecido en el procedimiento y en los listados maestros de documentos y formatos, se verifico el cumplimiento de lo descrito por el proceso para la prestación del servicio, a través de la selección de los siguientes procedimientos<ul style="list-style-type: none"><li>- PAC-05 v.12 Toma de Acciones Correctivas, Acciones para el Tratamiento de los Riesgos y Control del Producto o Servicio no Conforme.</li></ul></li></ul> <p>cuenta con criterios y controles establecidos en el mismo para la prestación del servicio</p>
CONFORMIDAD	8.2.1 a.	<ul style="list-style-type: none"><li>• El proceso auditado manifiesta que en la oficina se reciben comunicaciones de diferentes tipos los cuales son atendidos ya sea por el aplicativo, correo electrónico, mediante llamadas telefónicas, o por los diferentes medios tecnológicos.</li></ul>
CONFORMIDAD	8.2.1 b y c.	<ul style="list-style-type: none"><li>• La comunicación es asertiva se utilizan todas las herramientas y recursos de comunicación.</li></ul>



## Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

1 de 1

CONFORMIDAD	8.2.2	<ul style="list-style-type: none"><li>Se identifica mediante acta 004 del 24 de febrero del 2022 el proceso revisa y actualiza. Los siguientes documentos.  <b>2. Listado Maestro de Documentos</b> Adicional a la Información documentada validada, se realizó una revisión a los componentes relacionados a continuación, teniendo en cuenta la necesidad de actualización de los procesos.  <b>3. Matriz de necesidades y Expectativas de las Partes Interesadas</b> <b>4. Matriz de Roles y Responsabilidades</b> <b>5. Matriz de Información y Comunicación</b> <b>6. Matriz de Requisitos Legales</b> <b>7. Mapa de Oportunidades</b> <b>8. Contexto Interno y Externo</b></li></ul>
CONFORMIDAD	8.6	<ul style="list-style-type: none"><li>En la verificación de la información se encontró soporte en acta 010 del 29 de agosto del 2022 de la medición del indicador de la satisfacción del cliente del con un 100%</li></ul>
CONFORMIDAD	9.1.1	<ul style="list-style-type: none"><li>Se verifico medición del indicador PQRS en Actas 007 de grupo de mejoramiento 11 de mayo del 2022 primer trimestre.</li><li>Se verifico medición del indicador PQRS en Actas 010 de grupo de mejoramiento 29 de agosto del 2022 Segundo Trimestre.</li></ul>
CONFORMIDAD	9.1.3 e.	<ul style="list-style-type: none"><li>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 002 del 24 de enero del 2022 aprobados por parte del grupo de mejoramiento</li></ul>
CONFORMIDAD	9.1.2	<ul style="list-style-type: none"><li>El líder de proceso y el equipo de trabajo manifiestan que se realizan encuestas de satisfacción de al cliente y se analizan las PQRS recibidas de la oficina de atención al ciudadano y en las fichas de indicadores HAC12 medición de la satisfacción del cliente el cual arroja un 100% de acuerdo al reporte enviado.</li></ul>
CONFORMIDAD	10.1	<ul style="list-style-type: none"><li>Se evidencia que el proceso no tiene plan de acciones correctivas porque en la vigencia 2021 no se encontraron no conformidades en la auditoria.</li></ul>

### Conclusiones

- El líder del proceso y el grupo de mejoramiento analiza y controla todos los requerimientos exigidos por la norma ISO 9001 - 2015.
- Se hace necesario que se contrate más personal debido al alto volumen de información y de actividades durante la vigencia.

RICARDO ALONSO PEREZ CACUA

Firma Auditor Interno.

  
Aprobado Auditor Líder.