

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

Auditoría N°	PROCESO AUDITADO	Fecha		
		Día	Mes	Año
01	ATENCION AL CIUDADANO Y TRANSPARENCIA	29	10	2021
Auditor Líder	Mireya Castro	Representante de la Alta Dirección	Cecilia Duran Jaimes	
Nombre(s) del Equipo Auditor		Cargo		
Jhon Arvery Arenas		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	Proceso misional de Gestión Académica: Decanaturas, Programas Académicos modalidad presencial.
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, planes de mejoramiento producto de la autoevaluación de los programas académicos, centro interactivo.

Fecha de Apertura	Día	Mes	Año	Fecha de Cierre	Día	Mes	Año
	1	10	2021		31	10	2021

Aspectos Relevantes	<ol style="list-style-type: none"> Se resalta el compromiso de la líder del proceso y del personal de la dependencia. Buen ambiente laboral. Compromiso con la mejora continua.
Aspectos por Mejorar	<ol style="list-style-type: none"> Realizar la actualización de la documentación del proceso. Promover a un más la cultura de calidad en el personal de apoyo. Mayor enfoque en la gestión con los procesos en la racionalización de trámites

Hallazgos de Auditoría



Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

1 de 1

Tipo	Requisito	Descripción
Conformidad	4.2 Identificación de las partes interesadas del proceso	-El proceso tiene claro
CONFORMIDAD	4.4.1 a) SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y SUS PROCESOS	-El equipo de trabajo posee los elementos de entendimiento de los compromisos ante el Sistema Integrado de Gestión de la Universidad, entiende el ciclo PHVA, aplica el mejoramiento continuo y reconoce las entradas y salidas del proceso.
No Conformidad	5.2 Política De Calidad.	- Se visualiza la toma de conciencia al interior del grupo de mejoramiento, sin embargo al preguntar a los funcionarios Maria Lourdes y Edward Asdrubal sobre la política de calidad y objetivos de calidad los mismo no dan respuesta idónea sobre su aporte funcional a estos dos lineamientos estratégicos.
Conformidad	5.3 Roles, Responsabilidades Y Autoridades En La Organización.	El equipo de trabajo reporta de manera acuciosa sus compromisos ante el SIG, de forma regular, entiende y comprende sus responsabilidades como la Elaboración de la Planificación y Seguimiento a Actividades, el Plan de Gestión del Cambio y Mejora Continua, reporte de indicadores, gestión del riesgo y demás compromisos. Mediante acta 003 del 29 de enero se reporta la planificación y el plan de mejora continua al SIG
Conformidad	6.1.2 Acciones para abordar Riesgos y Oportunidades.	-Se evidencia la actualización de los riesgos es agosto del 2021 ante el proceso de Gestión de Control Interno
Conformidad	6.2 Objetivos De La Calidad Y Planificación Para Lograrlos.	-Los objetivos de calidad en el 2021 se actualizaron de acuerdo a los lineamientos estratégicos, componente en el que participo el proceso de Atención al Ciudadano y Transparencia, en ese sentido el equipo de trabajo entiende a que objetivo pertenece además de los compromisos periódicos para cumplirlos.



Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

1 de 1

Conformidad	6.2.2 Planificación Como Lograr Sus Objetivos De Calidad.	<ul style="list-style-type: none">- Se evidencia a través de acta de grupo de mejoramiento que se elaboró el FAC-23. Planificación, Control y Seguimiento de Actividades del proceso acta 003 del 29 enero 18 actividades, en el momento un registro del 31% de avance- El proceso asiste y participa de manera continua con el SIG en los seguimientos periodos que se planifican.
Conformidad	6.3. Planificación de los cambios.	<ul style="list-style-type: none">- Los cambios se planifican a escala del proceso, como la incorporación de tareas propias o los proyectos internos que coadyuvan con Control Interno de Gestión o de Planeación Institucional sobre todo en la Rendición de cuentas y en las nuevas formas de presentarlas en la pandemia que conllevo a hacer las tareas de diferente manera.
Conformidad	7.1.4. Ambiente Operación de los Procesos.	<ul style="list-style-type: none">-Se evidencio un buen ambiente laboral por la pandemia la mayoría están trabajando en casa tienen los equipos de trabajo Universidad.-La líder promueve el apoyo a su equipo primero las personas.- La comunicación se realiza por whatsapp, teléfono, video conferencias por teams entre otros. Con la nueva normalidad se ha priorizado la virtualidad, la presencialidad sólo en momentos necesarios.
Conformidad	7.3 TOMA DE CONCIENCIA	<ul style="list-style-type: none">- El equipo de trabajo participa continuamente en las reuniones MECI, así mismo realiza reuniones periódicas para tratar temas del SIG,- La líder del proceso promueve la cultura de calidad en el equipo de trabajo.
Conformidad	7.4 COMUNICACIÓN	<ul style="list-style-type: none">-Se evidencio que se comunican adecuadamente con los otros procesos y con sus clientes.
Conformidad	7.5.2.Creación y Actualización Información documentada.	<ul style="list-style-type: none">-La información documental se encuentra actualizada, sin embargo se encuentra documentación por revisar para ampliar la base de documentos estandarizados del proceso, que son esenciales, como lo es el montaje del Manual al Ciudadano.
Conformidad	7.5.3.2 b y d Almacenamiento y preservación de la información.	<ul style="list-style-type: none">- Con la pandemia se ha generalizado el uso de plataformas como sharepoint, que adquirio la Universidad y en la cual se encuentra la información resguardada en línea y bajo seguridad.



Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

1 de 1

Conformidad	8.2.1 A Comunicación Con El Cliente	-La comunicación con las partes interesadas se realiza a través de la página institucional con el aplicativos y sus diferentes funcionalidades, correo institucional y las redes sociales, teléfono, chat, whatsapp y plataformas de videoconferencias.
Conformidad	8.2.1 b y c Comunicación con el Cliente.	-Las quejas se decepcionan a través del aplicativo, por correo institucional o por oficios entregados en la dependencia. -Es la principal función de la oficina, recoger y evaluar las PQRSD, y hacer seguimiento y entrega a los diferentes procesos. -En la medida que llegan al proceso las comunicaciones, estas se direccionan a quien corresponda para dar trámite según los tiempos establecidos por la oficina de atención al ciudadano.
Conformidad	8.2.2 Determinación de los Requisitos para los productos y Servicios.	-La matriz de requisitos legales del proceso se encuentre actualizado se procesas y da seguimiento y cumplimiento de la forma adecuada
Conformidad	8.5.3 Propiedad Pertenece A Los Clientes O Proveedores Externos.	El proceso no tiene propiedad de los clientes.
Conformidad	8.6 Liberación De Los Productos Y Servicios.	- EL proceso no tiene responsabilidades en cuanto a la creación de productos o servicios.
Conformidad	8.7 Control De Las Salidas No Conformes.	-Se han identificado en el FAC-50 Matriz de identificaciónde productos o servicios no conformes los servicios y/o productos a los cuales se les verifica los tratamientos a realizar durante la presente vigencia.



Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

1 de 1

Conformidad	9.1.1 Seguimiento y Medición.	-Se evidenció que realizan seguimiento y medición en el proceso PQRS los miden trimestralmente.
Conformidad	9.1.2 Satisfacción del cliente.	-Debido al confinamiento obligatorio y a las medidas de contingencia por la pandemia, durante el primer semestre la aplicación de la encuesta de satisfacción del cliente se parametrizó en los correos electrónicos de los funcionarios del proceso. El proceso es quien realiza la recopilación de estos informes y les da el tratamiento adecuado a las observaciones del cliente, se tienen varios medios de comunicación con el cliente, además de la ayuda previa que le da a los procesos para guiar a los clientes y disminuir su tiempo de respuesta ante los trámites universitarios.
Conformidad	9.1.3.b. Análisis y Evaluación Satisfacción del Cliente.	-En la auditoría se evidencia que realizan seguimiento a las peticiones de los clientes.
Conformidad	9.1.3.e. Eficacia de las acciones para abordar riesgos y oportunidades.	-Se evidenció que se están realizando acciones para minimizar los riesgos y oportunidades.
Conformidad	10.1. Mejora.	-Se evidencian reuniones del plan de mejoramiento con actas.
Conformidad	10.2.1. Acciones Control	No se le ha dado cierre completo a la acción de la auditoría anterior, debido a una equivocada de la interpretación del auditor anterior que elevó una petición de subsanar la resolución de creación de la oficina, en la cual tiene funciones que en la actualidad no le corresponden además de otras faltantes que ahora realizan.
Conformidad	10.3. Mejora Continua	-Se evidencia seguimiento de las acciones a partir de las no conformidades.

Conclusiones

- Se evidencia el compromiso por parte del personal, el conocimiento y aplicación de la ISO 9001:2015

Firma Auditor Interno.

Aprobado Auditor Líder.