



Informe de Auditoría Interna

Código	FCI-42 v.00
Página	1 de 1

Auditoría N°	PROCESO AUDITADO	Fecha		
		Día	Mes	Año
01	GESTION DE LABORATORIO	22	10	2021
Auditor Líder	MIREYA MORENO CASTRO	Representante de la Alta Dirección		
Nombre(s) del Equipo Auditor		Cargo		
CLAUDIA ROCÍO VERA CABALLERO		AUDITOR INTERNO SIG		

Objetivo(s)	Verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos en el norma NTCISO 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)			

Fecha de Apertura	Día	Mes	Año	Fecha de Cierre	Día	Mes	Año
	13	10	2021				

Aspectos Relevantes	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tanto el Líder como su equipo de apoyo siempre tuvieron Excelente disposición a la auditoría con el fin de facilitar y suministrar la información requerida. ✓ El proceso muestra importantes fortalezas en el dominio en todos los temas. ✓ La funcionaria coordinadora del SIG y demás equipo de apoyo del proceso de laboratorios, domina perfectamente toda la normatividad y se identifica la organización completa del mismo.
Aspectos por Mejorar	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Continuar con la mejora continua del proceso. ✓ Continuar con la Actualización de la documentación del proceso frente a las normas de referencia NTC ISO 9001:2015, NTC ISO 9000:2015, Modelo Estándar de Control Interno – MECI:2014. ✓ Continuidad con la socialización, entendimiento y aplicación de las diferentes matrices apropiadas al SIG y necesarias para la mejora y avance del proceso

Tipo	Requisito / Pregunta	Hallazgo del Cumplimiento/Incumplimiento
CONFORMIDAD	4.1 a.	Se verifica y se identifica correctamente la matriz DOFA institucional la cual conocen y la manejan acorde al Plan de Desarrollo Institucional el grupo de trabajo de todos los laboratorios. Buen grupo de trabajo comprometido a las mejoras de la normatividad vigente.



Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

1 de 1

ACCIONES DE MEJORA PARA LA ALTA DIRECCION		<p>De las amenazas que hay en esta dependencia, es la pérdida de personal y la competitividad laboral, motivación a sus empleados a escalar laboralmente, la adecuación de las instalaciones y el mantenimiento adecuado de los equipos de trabajo de laboratorio que sean laboratorios acreditados y de alta calidad, para dar un mejor servicio a los estudiantes y a quien así lo requiera. Oportunidad: Buscar la Acreditación de los Laboratorios, y avanzar en el posicionamiento institucional.</p> <p>Amenaza: no cumplir con la normatividad vigente, no contar con los recursos suficientes para compra de insumos y material adecuado para los laboratorios y Mejoramiento; se enviaron solicitudes de mejora a las dependencias pertinentes para hacer los arreglos respectivos en cuanto a infraestructura de las dependencias acta # 01 de marzo de 2021, "NECESIDADES DE MANTENIMIENTO A DEPENDENCIAS", circular 05 del 30 de abril de 2021 "INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA",</p>
CONFORMIDAD	4.2.	<p>Se demuestra que mediante una Matriz de Identificación de necesidades y expectativa a los diferentes Clientes internos que manejan como: Profesores, Administrativos, estudiante entre otros; los Clientes Externos: como la UNAD, Sena, Corponor, Minidistritos de Riego. Este personal externo se maneja mediante formatos como FLA-07 (prácticas extras de laboratorios), FLA-08 Evaluación de Prestación de Servicio de Laboratorio.</p>
CONFORMIDAD	4.4.1 a.	<p>Se realizan mensualmente grupos de mejoramiento y capacitación constante al personal del área de laboratorios, y planificación de todas las actividades de acuerdo a la normatividad vigente,</p> <p>Para ello se evidencia en las actas de mejoramiento del 01 de febrero de 2021, planificación de actividades del 04 del 09 de febrero de 2021 y 024 del 06 de agosto de 2021.</p>
CONFORMIDAD	5.2	<p>Si conocen y manejan la Política de Calidad, pues está acorde al Plan de Desarrollo Institucional 2030 por el gran reconocimiento y posicionamiento a nivel Departamental y Nacional con la Acreditación de Alta Calidad obtenido recientemente, el personal docente, administrativo, estudiantes y demás son parte fundamental de este logro y el mejoramiento continuo del mismo.</p>
CONFORMIDAD	5.3	<p>Se realizan capacitaciones constantemente a todo el personal- donde se identifican y analizan factores de riesgo y mejoras continuas del proceso y normatividad. El equipo de trabajo conoce sus roles y responsabilidades dentro del sistema de gestión, MATRIZ DE ROLES Y RESPONSABILIDADES : Acta 026 del 27 de agosto de 2021 y 028 del 24 de septiembre de 2021.</p> <p>Se socializa siempre en grupos de mejoramiento.</p>



Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

1 de 1

CONFORMIDAD	6.1.2 a. b.	Se evidencia el seguimiento y socialización al mapa de riesgos bajo el acta de reunión 023 del 06 de agosto del 2021, y se identifica el mapa de riesgos de gestión y de corrupción, se manejan formatos para perdidas de material FLA-06 DEUDAS, se socializó mapa de riesgos mediante acta 030 del 07 de octubre de 2021, donde se socializaron cambios, mejoras a formatos e inclusión de algunos nuevos al proceso, acta 018 del 29 de junio del 2021, también se hizo la planificación de algunas mejoras y arreglos a las diferentes áreas y procesos de laboratorios mediante circular 02 del 01 de marzo de 2021, "NECESIDADES DE MANTENIMIENTO A DEPENDENCIAS", circular 05 del 30 de abril de 2021 "INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA",
CONFORMIDAD	6.2	Como función los laboratorios pertenecen al Pilar 1 que tiene el 35% y apuntan al primer objetivo maneja 94 indicadores tiene acciones que reflejan la prestación de servicios por el acompañamiento frente a lo académico y en la gestión se tienen indicadores de satisfacción de cliente, se hacen gestiones de mantenimiento necesario tanto a equipos y como a la parte de infraestructura como se evidencia en las circular 02 del 01 de marzo de 2021, "NECESIDADES DE MANTENIMIENTO A DEPENDENCIAS", circular 05 del 30 de abril de 2021 "INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA el PQRSD se le hizo seguimiento y las que han llegado se han resuelto de manera satisfactoria.
CONFORMIDAD	6.2.2	Si hace la debida planificación de todas las actividades semestralmente y se les hacen seguimiento a cada una de las actividades mediante comités de mejoramiento en el cual se deja programada para la mejora en la prestación de servicios. Se evidencia la planificación por medio del FAC 23 bajo el acta de reunión 024 del 06 de agosto del 2021.
CONFORMIDAD	6.3	Se evidencia a través FAC 23 acta de reunión de 07 del 19 de marzo del 2021 validación de documentos CEDIMOL, Acta 016 del 16 de junio de 2021, acta 021 del 14 de julio de 2021, del 031 del 15 de octubre de 2021, actualización de documentación. se hicieron actualizaciones a la documentación del SIG. Es necesario hacer compra e inversión de insumos y equipos de laboratorio para la prestación de un buen servicio, se debe planificar la necesidad de los recursos financieros para así poder cumplir con las necesidades existentes y poder ofrecer un servicio de calidad a la academia, a la investigación y a la interacción social.



Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

1 de 1

ACCION DE MEJORA		<p>El proceso de laboratorio es parte activa de la academia y está en constante mejora y compromiso al cumplimiento de la normatividad vigente. Hacer compras de material de laboratorio y hacer las respectivas adecuaciones a la planta física que se requieran ya que hay algunas en mal estado. Las circular 02 del 01 de marzo de 2021, "NECESIDADES DE MANTENIMIENTO A DEPENDENCIAS", circular 05 del 30 de abril de 2021 "INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA."</p>
CONFORMIDAD ACCION DE MEJORA PARA LA ADMINISTRACIÓN OFICINA DE PLANEACIÓN	7.1.4	<p>La Matriz de Flujo de Comunicación Institucional es parte fundamental para el desarrollo y mejoramiento continuo de todos los procesos, cuenta con un buen grupo de trabajo comprometido y con sentido de pertenencia, soluciones inmediatas y muy buena comunicación laboral; es necesario fortalecer la infraestructura Las circular 02 del 01 de marzo de 2021, "NECESIDADES DE MANTENIMIENTO A DEPENDENCIAS", circular 05 del 30 de abril de 2021 "INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA." para el cumplimiento al servicio y necesidades de mismo, contar con implementos necesarios en los puestos de trabajo acordes a la normatividad de Seguridad y Salud en el Trabajo.</p>
CONFORMIDAD	7.3	<p>Se aporta a la Toma de Conciencia con la excelencia al servicio, mediante capacitaciones y con la matriz de flujo de comunicación, se fortalece con jornadas de trabajo, la motivación e inducciones al personal de la dependencia, se socializan los indicadores existentes en las actas de mejoramiento del 01 de febrero de 2021, planificación de actividades del 04 del 09 de febrero de 2021 y 024 del 06 de Agosto de 2021.</p>
CONFORMIDAD	7.4	<p>Se evidencia a través del acta de reunión de 032 del 15 de octubre del 2021 Matriz de comunicaciones. Se manejan indicadores de satisfacción de clientes internos y externos se manejan medios de comunicación existentes, correos electrónicos, entre otros.</p>
CONFORMIDAD	7.5.2	<p>Por medio de las Actas de reunión Acta 016 del 16 de junio de 2021, acta 021 del 14 de julio de 2021, del 031 del 15 de octubre de 2021, se solicitó al SIG actualización de documentación y se generan nuevos documentos que cumplan con todos los requisitos acordes a la norma, en cuanto al manejo de los archivos existentes de Laboratorio en la dependencia estos se encuentran almacenados de la mejor manera pero también.</p>



Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

1 de 1

CONFORMIDAD	7.5.3.2 b.	La información de la dependencia se encuentra almacenada en los computadores de la oficina cuenta con copias de seguridad en CD y en el ONEDRIVE O DROPBOX y en medio magnético, cada laboratorio tiene su documentación.
CONFORMIDAD	8.1	Si, cuenta con la caracterización del proceso de laboratorios el cual maneja la inducción, control de deudas, el material de ingreso y cómo se lleva a cabo las práctica, actas de inducción al personal de prácticas para cada laboratorio; Según formatos del SIG FLA-08 "Seguimiento y Evaluación del Servicio de Laboratorio", FLA-09 "Seguimiento de Prácticas" se manejan indicadores semestrales y mensuales para calificar todos los procesos de la dependencia.
CONFORMIDAD	8.2.1 a.	Se realiza por medio de comunicaciones a los diferentes clientes: según formatos del SIG: FLA-08 Seguimiento y Evaluación del Servicio de Laboratorio, FLA-07 Seguimiento y Evaluación de Prácticas Extras; actas de inducción y socialización en normas de bioseguridad al inicio de cada semestre. FLA-06 Deudas en el caso de las investigación y trabajo de grado se comunica el cobro de los reactivos por medio de los formatos a los estudiantes en deudas.
CONFORMIDAD	b.	Han llegado varias PQRSD dando trámite y respuesta oportuna, se mide el indicador y satisfacción y es reportado al SIG. Se socializan en grupos de mejoramiento para dar cumplimiento a la norma y encontrar posibles falencias y estrategias de mejoramiento.
CONFORMIDAD	8.2.2	Se evidencia la socialización a través del acta de reunión de 038 del 26 de octubre de 2020 Matriz de requisitos legales, cuenta con el plan de manejo y acompañamiento del



Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

1 de 1

		PGIRS de acuerdo a la normatividad vigente con recolección de residuos sólidos Programas de ahorro y uso eficiente de agua y energía. el uso del medio ambiente, manejo y uso de los residuos y uso eficiente de los servicios. Con actualización de la normatividad vigente a Actualizada el 01/09/2021 Matriz de Requisitos legales.
CONFORMIDAD	8.6	Mediante Evaluación de las prácticas FLA- 08 "Seguimiento y Evaluación del Servicio de Laboratorio se verifican las observaciones y deficiencias e insatisfacciones frente a los procesos para así buscar mejoras constantes para poder medir los indicadores de satisfacción y de acuerdo a los resultados se hace el plan de mejoramiento. Manejan la Matriz de Medición y Satisfacción del Cliente, adicional mediante observación y encuestas al final del semestre
CONFORMIDAD	8.7	No existe inconformidades en el proceso pues se maneja la matriz de satisfacción del cliente y se maneja sobre los procesos diarios. Acta 020 del 14 de julio de 2021 evaluación de indicadores.
CONFORMIDAD	9.1.1	Se evidencia a través del acta de reunión Acta 020 del 14 de julio de 2021 evaluación y medición de indicadores, evaluados semestral y trimestralmente.
CONFORMIDAD ACCION DE MEJORA PARA LA ALTA DIRECCION Y VICERRECTORIAS	9.1.2	Se mide con el indicador semestralmente y se realiza el seguimiento a cada uno de los resultados del indicador de satisfacción del cliente socialización de Acta 020 del 14 de julio de 2021 evaluación de indicadores. Hay inconformidad con los insumos que cuenta laboratorios y piden a la Alta Dirección y Vicerrectoría Administrativa y Financiera para la adquisición de nuevos equipos pues ya han pasado su vida útil y para poder cumplir con satisfacción a los diferentes clientes con calidad y eficiencia al servicio de la academia y partes externas interesadas. Es necesario fortalecer la infraestructura Las circular 02 del 01 de marzo de 2021, "NECESIDADES DE MANTENIMIENTO A DEPENDENCIAS" , circular 05 del 30 de abril de 2021 "INFRAESTRUCTURA TECNOLOGICA."
CONFORMIDAD	9.1.3 b.	se maneja 4 indicadores de satisfacción al cliente, se hacen constantes planes de mejoramiento seguimiento y evaluación a los mismos. Por medio de las Actas de reunión Acta 016 del 16 de junio de 2021, acta 021 del 14 de julio de 2021, del 031 del 15 de octubre de 2021.
ACCION DE MEJORA PARA VICERRECTORIAS	9.1.3 e.	El principal riesgo que existe es la contratación del personal de apoyo en cada una de las unidades de laboratorio, lo que genera algunas molestias e incumplimiento de las actividades al 100% en la prestación el servicio. Se sugiere que el presupuesto sea acorde a la necesidad real de contratación y generar mejor estabilidad laboral a sus empleados.



Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

1 de 1

CONFORMIDAD	10.1	Si existen planes de mejoramientos y se hace seguimiento y acciones correctivas para el área y para los casos en específico. Por medio de las Actas de reunión Acta 016 del 16 de junio de 2021, acta 021 del 14 de julio de 2021, del 031 del 15 de octubre de 2021.
CONFORMIDAD	10.2.1	Si existe el grupo de mejoramiento el cual se encarga de buscar soluciones y estrategias a las acciones no correctivas y de las posibles acciones de no conformidad. Por medio de las Actas de reunión Acta 016 del 16 de junio de 2021, acta 021 del 14 de julio de 2021, del 031 del 15 de octubre de 2021.
CONFORMIDAD	10.3	Se evidencia que dentro de los planes para el desarrollo de las diferentes actividades académicas se tiene en cuenta estrategias y mejora continua lo que permite que se obtengan indicadores satisfactorios y en un alto porcentaje de satisfacción en las partes interesadas. Por medio de las Actas de reunión Acta 016 del 16 de junio de 2021, acta 021 del 14 de julio de 2021, del 031 del 15 de octubre de 2021.

Conclusiones

El logro de los indicadores obedece al capital humano para el buen funcionamiento, comprometido con el proceso de laboratorio y el apoyo de la institución

Se hace necesario que la oficina de Secretaria General o a quien corresponda se haga una capacitación al personal administrativo de todas las dependencia en cuanto al manejo del Archivo, normas vigentes y depuración de documentación para un mejor de la documentación. Se debe capacitar al personal con actualización de la documentación de acuerdo a la normatividad del Archivo General de la Nación.

Falta adecuar el espacio para el almacenamiento de Gestión documental pues de acuerdo a lo que se tiene ya no contamos con el espacios suficientes para las dependencias y seguir almacenando documentación existente en lo procesos.

Firma Auditor Interno.

Firma Auditor líder.