



Informe de Auditoría Interna

Código	FCI-42 v.00
Página	1 de 1

Auditoría N°	PROCESO AUDITADO	Fecha		
		Día	Mes	Año
01	GESTION DE COMUNICACIÓN Y PRENSA	25	10	2021
Auditor Líder	MIREYA MORENO CASTRO	Representante de la Alta Dirección	CECILIA DURAN JAIMES	
Nombre(s) del Equipo Auditor		Cargo		
LUIS GABRIEL GARCIA VILLAMIZAR		AUDITOR INTERNO SIG		
GLADIS GELVES SUAREZ (Ausente)		DIRECTOR DEL AREA		
NAYLA JAIMES BASTOS – JANETH SUAREZ (Contratados OPS)		PERSONAL DE APOYO DEL AREA PARA LA AUDITORIA		
HORA DE INICIO: 3:00 p.m.		HORA DE FINALIZACION: 6:00 p.m.		

Objetivo(s)	Verificar el cumplimiento de los requisitos de las normas NTC ISO 9001:2015 y la Normatividad Interna y Externa aplicable en 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)	NTC ISO 9001:2015, Modelo Estándar de Control Interno, Manual de Procedimientos y Operaciones, Resoluciones, Acuerdos, Manuales Internos y Normatividad Externa Aplicable a cada Proceso descrita 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.		

Fecha de Apertura	Día	Mes	Año	Fecha de Cierre	Día	Mes	Año
	13	10	2021		2	11	2021

Aspectos Relevantes	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El personal de apoyo siempre tuvieron disposición a la auditoría con el fin de facilitar y suministrar la información requerida. ✓ Se identificó que existió respeto así la Auditoría Interna. ✓ El Recurso Humano que atendió la Auditoria y que labora en esta dependencia es personal contratado, el cual se denoto y demostró buena disposición y demuestran su conocimiento y rigurosidad en las actividades que tienen a su cargo. ✓ La Auditoria solo se realiza al personal de prensa, televisión, no existió información el proceso de radio
Aspectos por Mejorar	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Es fundamental continuar con los procesos de mejora continua del proceso al interior de todos procesos que maneja la oficina ✓ Es importante y fundamental continuar con la actualización y manejo 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. ✓ Se debe de manera permanente realizar la socialización de los diferentes procesos que viene realizado al interior del área de comunicación y prensa, por cuanto hay demasiada rotación de personal por el tipo de contratación pues es personal de OPS. Además para el manejo y aplicación de las diferentes matrices asignadas por SIG los cuales son necesarias para la mejora y avance del proceso.

Tipo	Requisito	Hallazgo del Cumplimiento/Incumplimiento
CONFORMIDAD	4.1 a. Comprensión de la organización y su contexto - cuestiones externas e internas para la organización	La oficina de Comunicación y Prensa, es una dependencia que dentro de la organización es del orden transversal, que sirve de apoyo a todas las demencias de la institución principalmente a la Rectoría. Dichas actividades se enfocan principalmente en el acompañamiento a la alta dirección en las diferentes actividades de promoción de nuestra universidad. Dichas actividades son solicitadas y realizadas a través de correos electrónicos y vía whatsapp, entre las cuales se destaca Prensa; Notas periodísticas, cubrimiento y



Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

1 de 1

		<p>transmisión de eventos institucionales y académicos, Realización televisión; videos académicos institucionales, video clips, edición de materiales audiovisuales, pautas institucionales. Eventos; Maestra de ceremonias, acompañamiento para protocolos institucionales, Realización de evidencias institucionales entre otros</p> <p>En cuanto a radio no se suministró información por cuanto no existió acompañamiento a la auditoria.</p> <p>El Talento Humano que labora en la dependencia identifica la matriz DOFA. Esta sigue en estudio y aprobación para así pódela socializar al interior de la dependencia y hacerle el seguimiento al proceso</p> <p>Manifiestan que dentro de las amenazas es la forma de contratación de OPS, pues quedan algunos procesos sueltos e incompletos y en el momento solo existe una sola persona de planta. Además la falta de equipos tecnológicos. Como consecuencia se puede evidenciar que dichas actividades se cumplen en un 50% de los pilares institucionales</p>
CONFORMIDAD	4.2. a. Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas	<p>Se puede evidenciar que el personal que labora actualmente en la dependencia identifica las partes interesadas tanto Interna como externa de acuerdo al producto y servicio que manejan</p> <p>Se solicitó documento soporte de la matriz de necesidades y expectativas de las partes interesadas, según acta 12 del 13 de mayo del 2021 en el cual el punto relacionado con la matriz de necesidades y expectativas después de revisada la información con el grupo de mejoramiento se concluye dejar la actividad y se requiere la actualización del ítems</p>
ACCION DE MEJORA	4.4.1 a. Mejora continua del sistema de Gestión de Calidad	<p>Frente a este requisito se encuentra que el equipo de trabajo está comprometido con la mejora continua, pero se sigue manifestando y evidenciado que el procedimiento establecido en SIG no es claro lo que imposibilita que se puede establecer en este proceso; conllevando al incumplimiento de este requisito y a la vez no se puede demostrar mediante documento soporte de entrada y salidas de los diferentes procesos para la mejora de los procedimiento de manera que sea más eficaz para la prestación de servicio. Adicional no identifican y falta claridad sobre la caracterización del proceso de Comunicación y Prensa; se debe a la constante rotación del personal de OPS.</p> <p>Manifiestan que es difícil planificar las actividades para el semestre, pero se reconocen que la mayoría de las actividades diarias salen de improviso y que se deben cubrir, ejemplo la agenda del sr. Rector la cual sufre modificaciones constantemente y no permite tener un control en la planeación de comunicación.</p>
NO CONFORMIDAD	6.1.1 Determinación de los riesgos y oportunidades para el logro de los resultados previstos	<p>Se evidencia por parte de los auditados, que no se ha elaborado la matriz de riesgos y oportunidades, para el logro y evaluación de resultados; de acuerdo a las diferentes actividades que realiza la oficina, lo que conlleva a que los riesgos que son identificados ni se socialicen ni se hace seguimiento al interior del equipo, y adicional no se dejen plasmados en un plan de mejoramiento.</p> <p>Manifiestan que el recurso humano tiene definido sus actividades y las realiza de la mejor manera, obteniendo un producto satisfactorio al cliente</p>
NO CONFORMIDAD	6.1.2 La organización debe planificar: a. Las acciones para abordar los riesgos y oportunidades b. ¿Se han abordado los riesgos y oportunidades de los procesos, se ha evaluado la eficacia de las acciones?	<p>Se evidencia por lo manifestado por parte del equipo auditado que si realizan planificación a través de la Jefatura de Prensa de las actividades de la oficina, pero es muy difícil su seguimiento pues generalmente estas se realizan sobre las actividades cotidianas tanto diaria como semanal, pero no se evidencia documento soporte, ni existe una planificación de las diversas actividades que maneja la oficina, lo que conlleva a que en el momento de que exista un riesgo en sus diferentes actividades y esta no se pueda evaluar por estar</p>



Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

1 de 1

		<p>fuera de la planificación diaria.</p> <p>Como consecuencia no se evidencia que exista consolidación de la Matriz de Riesgos, lo que conlleva a que los riesgos que sean identificados, no se les haga seguimiento, no se socialicen al interior ni se dejen plasmados en un plan de mejoramiento.</p>
CONFORMIDAD	6.2 Objetivos de calidad	<p>Se puede identificar que el equipo de trabajo si conoce los objetivos de calidad y expresan que contribuyen a lograr la excelencia en servicios y en las tecnologías de la información y las comunicaciones de la institución</p> <p>Pero se evidencia que no tienen de manera física o documentada indicadores que permita demostrar y evaluar las actividades de la oficina</p>
ACCION DE MEJORA	6.2.1 Coherentes con la política de calidad - medibles – seguimiento - se comunican	<p>Se observa que tienen plasmados la política de calidad, pero consideran que el dichas políticas van ligadas a los diferentes procesos del área y que pueden ayudar a la institución a visibilizar los procesos tales como: académicos, investigativos y de proyección social, pero no se demuestra los indicadores que permita hacer seguimiento. Manifiestan que en vigencias anteriores se venía realizando pero no se tiene soportes ni socialización de los mismos.</p>
ACCION DE MEJORA	6.2.2 Planificar cómo lograr sus objetivos de la calidad	<p>El equipo de trabajo manifiesta que se planifican las actividades, lo cual se identifica mediante FAC-23 v.01 Planificación, Control y Seguimiento de Actividades para la dependencia, según acta No. 003 del 3 de febrero de 2021, pero no se evidencia el desarrollo de las actividades a ejecutar durante la vigencia, además no muestra seguimiento, evaluación al cumplimiento de lo planificado.</p> <p>En el acta 12 del 13 de mayo de 2021 se evidencia que se hizo control y seguimiento al FAC-23 v 01, seguimiento de nuevos formatos. Y la actividad 5 presentaciones de la reorganización de la oficina, se cambia por la actividad consejo de redacción dos veces al mes.</p> <p>Se solicita la verificación de los indicadores, pero no existen indicadores comparativos con los objetivos de la institución, lo que conlleva a que no permita analizar, hacer seguimiento y realizar estrategias de mejoramiento, medir la satisfacción de los clientes.</p>
NO CONFORMIDAD	6.3 Planificación de cambios	<p>Se evidencia que no se realizan grupos de mejoramiento para la planificación del cambio dado que es muy difícil su planificación pues generalmente estas se realizan sobre las actividades cotidianas tanto diaria como semanal, pero no se evidencia, documento soporte, ni existe una planificación de las diversas actividades que maneja la oficina</p> <p>No manejan el formato FAC 49 Plan de gestión del cambio.</p>
CONFORMIDAD	7.1.6 Conocimiento de la organización para la operación de sus procesos para lograr la conformidad de los productos y servicios	<p>Se puede identificar que el personal que labora en el área tiene y maneja los conocimientos necesarios para los diversos procesos que maneja la oficina, logrando así conformidad de los productos y servicios que se prestan a las diferentes fuentes tanto internas como externa</p>
ACCION DE MEJORA	7.3 Toma de conciencia. El personal tiene conciencia sobre la política de calidad – los objetivos – la eficacia del sistema de gestión de calidad – incumplimiento de los requisitos	<p>Se evidencia mediante actas No. 20 del 27 de septiembre del 2021, que el recurso humano existente en el área realiza planificación de sus actividades acordes a los eventos solicitados.</p> <p>Pero a la vez se observa desconocimiento sobre la normatividad existente a los diferentes medios en la institución aplicable a los diferentes medios de comunicación, debido a la alta rotación del personal, por lo cual se recomienda socialización permanente de los procesos y actividades a sus funcionarios. Falta capacitación en normatividad existente frente a medios de comunicación</p>



Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

1 de 1

CONFORMIDAD	7.4 Comunicación interna y externa Que comunicar, cuando, a quien, como y quien comunica	<p>Se evidencia que si se maneja la comunicación tanto internas como externas, pero todo se hace a través de la Jefe del área. Ella direcciona todos los procesos a realizar. Se evidencia que no identifican la matriz de flujo de información.</p> <p>La dependencia maneja una comunicación permanente por correos electrónicos, whatsapp y vía telefónica. Frente a dichas comunicaciones tanto interna, existe una interrelación con cada uno de los clientes del área y frente a los clientes externos existe una comunicación permanente, oportuna, teniendo claro que comunicar, cuando comunicarlo, y a quien comunicarlo, cumpliendo con requerimientos el SIG, además de las diferentes campañas institucionales</p> <p>Se recomienda el apoyo de una persona para el manejo de todo lo referente a los sistemas de calidad y del SIG</p>
ACCION DE MEJORA	7.5. información documentada (norma)	<p>Si conocen las normas y reglamentaciones existente para los medios pero a nivel personal, no de manera institucional</p> <p>Se observa que no existe información documentada de los procesos en medio física; por lo cual se recomienda tener la documentación y los diferentes archivos de la oficina en carpetas bajo las normas de gestión documental y soportada con las diferentes evidencias de igual forma se identifica que no se tiene archivo de la matriz de anticorrupción</p> <p>Se recomienda socializar dicha normatividad al interior del área a través del área jurídica de la institución</p> <p>Frente a la matriz de flujo FDE.CP-01 de la información no la manejan</p>
NO CONFORMIDAD	7.5.2 Crear y actualizar la información documentada	<p>Se evidencia que no existe documento soporte de la información documentada en cuanto a su creación y actualización. No existe seguimiento a los requerimientos, a la normatividad. No se refleja la gestión al manejo de la información documentada. No hay archivos actualizados de la información documentada.</p> <p>No hay ni existe seguimiento a los formatos de requerimiento del producto o servicio; ni para radio, televisión o prensa. Estas actividades son asignadas según las necesidades de las dependencias de la universidad como Rectoría, Administrativas, Bienestar Universitario, facultades, Salud, educación entre otras y el medio utilizado es el correo institucional.</p> <p>Manifiesta igualmente que la dependencia ha solicitado capacitación y acompañamiento a la oficina de Gestión Documental sin que haya existido alguna respuesta sobre dichas capacitaciones sobre el manejo de la documentación, almacenamiento de archivo lo cual no está permitiendo la aplicación de la TRD o traslado del archivo histórico al archivo central</p>
ACCION DE MEJORA	7.5.3. control de la información documentada 7.5.3.1. Disponible y idónea para su uso donde y cuando se necesite. Está protegida adecuadamente por pérdida o deterioro	<p>Se evidencia que alguna información generada por la dependencia se encuentra documentada y almacenada en la sala de medios y en otros medios digitales como backup en dos equipos que son de trabajo, pero sin ningún tipo de control</p> <p>Se manifiesta que se ha realizado requerimiento al área tecnológica para copias de seguridad, sin tener respuesta aun sobre el tema convirtiéndose en un riesgo para su conservación y la historia fílmica de la institución.</p> <p>Se reitera la sugerencia de que se disponga de un sitio adecuado para el acceso de todos los operarios que mantenga la información importante del proceso documentada y conservada en lugar seguro de pérdida o deterioro.</p> <p>No se tiene control establecidos de la documentación</p>
NO	7.5.3.2 Control de la información documentada	Verificado el control de la información documentada se determina que existe un



Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

1 de 1

CONFORMIDAD		<p>incumpliendo con el requisito de la norma, pues no hay un control claro de su ejecución, distribución, almacenamiento, cambios, conservación y distribución final del producto o servicio, lo cual no permite que esté disponible, que sea idóneo para su utilización cuando y donde se necesite, afectando el control de cambios necesarios para la planificación y operación del Sistema de Gestión de la Calidad</p> <p>Se sugiere la realización de un procedimiento para cada una de los procesos, lo cual permite facilitar la información documentada, socialización al personal y controlar los cambios para proteger el proceso frente a posibles modificaciones no autorizadas.</p> <p>El almacenamiento de la información producida se maneja en medio digital lo correspondiente a televisión y radio. Lo de prensa está en medio digital en cada una de las áreas; de igual manera se busca que quede almacenada por el sistema y se crea un espacio en la nube como almacenamiento</p> <p>Se verifica que no existen evidencia en el último año de archivos físicos lo cual está incumpliendo con las normas de Gestión Documental</p> <p>Como no manejan archivos no conocen la TRD ni reglamentación, forma de archivos de cada una de sus actividades</p>
ACCION DE MEJORA	<p>8.1 Planificación y control operacional Se planifican las actividades y son conforme los productos y servicios con los requisitos</p>	<p>Se manifiesta que si se hace planificación y control de las actividades de acuerdo al producto y servicio requerido</p> <p>Las solicitudes se hacen por correos electrónicos y se da trámite y respuesta a las actividades planificadas. Se manifiesta que se da trámite en alto porcentaje a todas las actividades planificadas, además del correo electrónico, whatsapp, vía telefónica y páginas web. Existe registro de control a través de la líder del proceso por vía telefónica del trabajo para su control y seguimiento; se evidencia responsabilidad por cada uno de los participantes para las diferentes actividades</p> <p>Se reitera la sugerencia de establecer procedimientos separados para cada uno de los servicios ofrecidos por la oficina de comunicación y prensa.</p> <p>Se manifiesta que se da trámite en alto porcentaje o en su totalidad a todas las actividades planificadas, pero no hay seguimiento e información documentada, ni indicadores que permita evaluar dichas actividades</p>
CONFORMIDAD	<p>8.2.1 Comunicación con el cliente Proporcionar información de productos y servicios Quejas de los clientes</p>	<p>Se manifiesta que toda la comunicación se hace a través de la Jefe de la dependencia, y esta es básicamente se solicitan y se tramitan mediante correos electrónicos institucionales los diferentes clientes tanto internos como externos, además de medios electrónicos como el whassapt, celular y redes. Sin embargo la información institucional se da a través de la emisora por medio de programas informativos sobre todo el acontecer interno y externo.</p>
CONFORMIDAD	<p>8.2.2 Determinación de los requisitos para los productos y servicios</p>	<p>Se evidencia que frente a esta requisito de la norma, los servicios que se prestan en la dependencia no tiene el proceso definido dado que este, fue enviado a la oficina jurídica para su respectiva verificación, aprobación y posterior envío al SIG sin respuesta alguna. De igual manera se pudo evidenciar por parte del personal que labora en esta área su desconocimiento de la misma dado a la alta rotación del mismo</p> <p>Se manifiesta que la líder del proceso (jefe) controla, verifica y aprueba toda comunicación saliente, pero no se socializa el resultado del producto final.</p>
NO CONFORMIDAD	<p>8.2.3.1 Revisión de los requisitos para los productos y servicios - Requisitos</p>	<p>Frente a este requisito se evidencia que no se puede evaluar pues no existen los medios, soportes, indicadores de satisfacción del cliente, ni se tiene soportado los requisitos específicos por el cliente y la organización</p>



Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

1 de 1

		Se recomienda solicitar apoyo para la elaboración, implementación y puesta en desarrollo de este proceso
ACCION DE MEJORA	8.2.3.2. La organización debe conservar la información documentada: Resultados de la revisión – sobre cualquier requisito nuevo para los productos y servicios	Se evidencia que en la dependencia no existen registros de la información documentada o elaborada; pues todos los productos que entregan se hacen sobre los productos solicitados de forma inmediata, lo que conlleva a que el líder del proceso no tenga soportes para la evaluación y seguimiento de los procesos desarrollados
ACCION DE MEJORA	8.2.4. Cambios en los requisitos para los productos y servicios: Cuando existan cambios estos sean modificados para que el cliente sea consciente de dicho cambio	Se puede observar que como no manejan los registros de información documentada, cuando se solicita los cambios del producto esto se hace sobre el requerimiento del cliente por medio del correo electrónico o vía telefónica
NO CONFORMIDAD	8.7.1 Control de las salidas no conformes con sus requisitos se identifican y se controlan para prevenir su uso o entrega no intencionada: Corrección – separación devolución o suspensión de los productos o servicios – información al cliente	Se puede evidenciar que no se deja soportada la salida no conforme del producto de acuerdo al requisito, pues toda corrección se realiza sobre el desarrollo de la actividad sin que se haga evaluación ni seguimiento a dicha labor No se tienen acciones, ni indicadores que permitan medir la satisfacción del cliente, se hace por la aceptación del cliente; el producto sale a complacencia del cliente
NO CONFORMIDAD	8.7.2 La organización debe conservar la información documentada: describa la no conformidad - acciones tomadas – concesiones obtenidas - identifique la autoridad que decide la acción con respecto a la no conformidad	Como se describe en el requisito 7.5.3.2 Control de la información documentada, no existe un control claro de su ejecución, distribución, almacenamiento, cambios, conservación y distribución final del producto o servicio realizado La información se deja en computadores de los funcionarios que manejan algunos backups. A la fecha no se ha planteado acciones para el manejo de la información por parte del responsable de proceso ni de los apoyos al proceso
NO CONFORMIDAD	9.1.1 Evaluación del desempeño, seguimiento, medición, análisis y evaluación	Se puede evidenciar que no existen registros de evaluaciones del desempeño, seguimiento, medición, análisis y evaluación, pues dentro de los comités realizados no se observan evaluaciones, ni indicadores de control que permitan medir el grado de aceptación del proceso, la eficacia en la prestación del servicio Los indicadores los maneja a través de encuesta de atención al ciudadano semestralmente Los PQRS son los que se soportan por la oficina de atención al ciudadano y se observa una muestra muy pequeña para todas las actividades desarrolladas
NO CONFORMIDAD	9.1.2 Satisfacción del cliente	No se tiene evidencia de que se realicen encuestas a los clientes, lo que hace difícil conocer la calidad del servicio, realizar seguimiento y evaluación de los productos y servicios realizados, sin embargo en el acta No. 15 del 16 de junio de 2021 análisis de la información, se presenta el indicador de eficacia del PQRS realizado por la oficina de atención al ciudadano
NO CONFORMIDAD	9.1.3 Análisis y evaluación	Como se plasma en requisitos anteriores sobre evaluación de los productos y servicios, no existen registros e indicadores que permitan analizar y evaluar el grado de aceptación y satisfacción del cliente. La eficiencia y las acciones de mejora son tomadas para abordar posibles riesgos y las oportunidades frente al proceso para el sistema de gestión de la calidad
NO CONFORMIDAD	9.2.1. Auditoría Interna: a intervalos planificados para proporcionar información acerca de si el sistema de gestión de la calidad:	Se puede evidenciar que no se planifica por parte del responsable del proceso ningún tipo de control, evaluación o auditoría, ni existe acompañamiento por el SIG o dependencias de control para la mejora del proceso
NO CONFORMIDAD	10.1. Oportunidades de mejora e implementan las acciones	Se evidencia que a la fecha no existen acciones correctivas, un plan de mejoras, acciones o matriz de mejora continua que permitan evaluar y mejorar el proceso En diferentes actas se menciona el control y seguimiento a las oportunidades de mejora,



Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

1 de 1

		<p>producto de la auditoria interna pero no se evidencia seguimiento y evaluación El proceso auditado en busca de la mejora continua ha creado los manuales: MDE.CP-01 Manual de Comunicaciones MDE.CP-02 Manual de Identidad Visual MDE.CP-03 Manual de Comunicación Además se encuentran publicados en el Centro Interactivo. Actualización de procedimientos y formatos</p>
ACCION DE MEJORA	10.2.1. No conformidad y acción correctiva	<p>Se analizaron las siguientes no conformidades producto de la Auditoria Interna 2020 Es importante capacitar e implementar las matrices que ayudan y sirven de seguimiento y control para el mejoramiento de los diferentes procesos de productos y servicios que maneja el área de comunicación y prensa. Las matrices se deben retomar nuevamente: Matriz de partes interesadas. Riesgos y oportunidades, planificación de actividades con su respectivo seguimiento y control, Manejo adecuado de los diferentes formatos como gestión del cambio, la matriz de control de la información documentada, evaluación de desempeño Es urgente repotenciar la parte tecnología de la dependencia y la adquisición de nuevas tecnológicas que les permita una mayor eficiencia y eficacia en sus procesos</p>
ACCION DE MEJORA	<p>10.3 MEJORA CONTINUA La organización debe mejorar continuamente la conveniencia, adecuación y eficacia del sistema de gestión de la calidad La organización debe considerar los resultados del análisis y la evaluación, y las salidas de la revisión por la dirección, para determinar si hay necesidades u oportunidades que deben Considerarse como parte de la mejora continua.</p>	<p>Se importante hacer reingeniería en los diferentes procesos y procedimientos designados por el sistema de gestión de la calidad y el SIG y a la vez hacer acompañamiento, seguimiento, control y comités que ayuden al proceso de la dependencia y a su equipo de humano a desarrollar de manera eficiente y eficaz sus actividades.</p>

Conclusiones

- Es de resaltar que el proceso de Comunicación y Prensa no conto con personal de planta y que por inconveniente laborales la líder del proceso no puedo atender la auditoria, se destaca la participación del equipo humano de vinculación ops de prensa y televisión para el desarrollo de esta auditoría.
- Que por el tipo de vinculación del personal mencionado, estos muestran falencias en los temas relacionados con el SIG, lo cual demuestra el atraso en los requisitos de la norma NTC ISO 9000:2015, y la aplicación de los diferentes formatos del sistema
- Se resalta el compromiso del recurso humano frente a la auditoria y al desarrollo de los procesos tanto de prensa como de televisión
- Se requiere realizar reingeniería a los procedimientos por parte de SIG, para la actualización, aplicación e implementación de los diferentes procesos de la dependencia
- Es importante que se haga acompañamiento al proceso del SIG, personal de planta para así obtener mejores resultados en la auditoria

Firma Auditor Interno.

LUIS GABRIEL GARCIA VILLAMIZAR

Aprobado Auditor Líder.

MIREYA MORENO CASTRO