

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

| Auditoría N° | PROCESO AUDITADO | | Fecha | | |
|----------------------|-------------------------------------|---|----------------------|-----|------|
| | | | Día | Mes | Año |
| | BIENESTAR UNIVERSITARIO | | 22 | 10 | 2021 |
| Auditor Líder | MIREYA MORENO CASTRO | Representante de la Alta Dirección | CECILIA DURÁN JAIMES | | |
| | Nombre(s) del Equipo Auditor | | Cargo | | |
| | Luz Stella Vélez Celis | | Auditor Interno | | |
| | Xiomara Camargo | | Auditor Interno | | |

| | | | |
|---|---|----------------|---|
| Objetivo(s) | Verificar el cumplimiento de los requisitos de las normas NTC ISO 9001:2015 y la Normatividad Interna y Externa aplicable del SIG 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) | NTC ISO 9001:2015, NTC ISO 9000:2015, 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 |
|-------------------|-----|-----|------|-----------------|-----|-----|------|
| | 11 | 10 | 2021 | | 01 | 11 | 2021 |

| | |
|-----------------------------|---|
| Aspectos Relevantes | <ul style="list-style-type: none"> - La disposición del Líder del proceso y del personal que acompañó la auditoría - El recurso humano que labora en esta dependencia cuenta con apropiación del proceso y demuestran su conocimiento en las actividades diarias. - El equipo muestra importantes fortalezas que tiene el proceso, las cuales usan a su favor. - La adaptación al entorno virtual para la prestación de sus servicios |
| Aspectos por Mejorar | <ul style="list-style-type: none"> - Avanzar en la mejora continua y seguimiento de los procedimientos bajo acta de grupo de mejoramiento. - Continuar haciendo el uso de las herramientas digitales que ofrece la institución. - El reporte oportuno cuando se solicita la información |

| Hallazgos de Auditoría | | |
|------------------------|-----------|--|
| Tipo | Requisito | Descripción |
| CONFORMIDAD | 4.1.a | El proceso tiene claro los aspectos que son relevantes y los pueden afectar la capacidad de lograr los resultados previstos en el proceso como: <ul style="list-style-type: none"> • Debilidad, la contratación del personal calificado y a tiempo. • Fortaleza: El compromiso, la pertinencia del personal • Oportunidad: El mejoramiento continuo y la adaptación a los cambios |



Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

1 de 1

| | | |
|-------------|-------|---|
| CONFORMIDAD | 4.2 | Identifican las partes interesadas como lo son la población estudiantil con el objeto de satisfacer las necesidades en beneficio del proceso y de la institución. |
| CONFORMIDAD | 4.4.1 | La líder del proceso de bienestar universitario nos ilustra que tienen como objetivo promover la calidad de vida para el desarrollo integral de la comunidad educativa, bajo los principios de universalidad, equidad, transversalidad, pertinencia y corresponsabilidad; a través del desarrollo de programas, proyecto y actividades que favorezcan las habilidades psicoafectivas, físicas, académicas, individuales y grupales. El proceso conoce que las entradas hacen referencia a las solicitudes allegadas y las salidas son la realización de las mismas. |
| CONFORMIDAD | 5.2 | La líder menciona que el proceso contribuye con el cumplimiento de la política con mejorar la calidad de vida de las personas de la institución. |
| CONFORMIDAD | 6.2 | La líder responde que los servicios ofrecidos por Bienestar son transversales y estos aportan al accionar de los objetivos 1 referente a Consolidar la Acreditación Institucional y promover la Acreditación Internacional de Programas Académicos y al 2 Posicionar la Universidad de Pamplona dentro de las 20 mejores Instituciones de Educación Superior en Colombia en Investigación e Innovación. |



Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

1 de 1

CONFORMIDAD

6.2.2

Al solicitar las evidencias correspondientes sobre la planificación del Proceso se presentan:

- Planificación basada en el FAC-23 aprobado en grupo de mejoramiento del proceso evidenciada bajo acta de reunión del 14 de mayo del 2021. Así mismo el cumplimiento de las actividades bajo acta de reunión del 026 del 16 de julio del 2021, en lo que compete al primer semestre del 2021
- Con cumplimiento del 100% para el área la dirección del bienestar con 7 actividades planeadas y 7 ejecutadas.
- Con cumplimiento del 90.91% para el área Desarrollo Humano, Inclusión con 11 actividades planeadas y 10 ejecutadas
- Con cumplimiento del 42.86% para el área Socioeconómica con 7 actividades planeadas y 3 ejecutadas, donde aclaran que las otras 4 no se han podido cumplir porque corresponden a Comedor Universitario, transporte SIMUP.
- Con cumplimiento del 100% para el área promoción salud integral y autocuidado con 7 actividades planeadas y 7 ejecutadas
- Con cumplimiento del 100% para el área promoción expresiones culturales con 7 actividades planeadas y 7 ejecutadas
- Con cumplimiento del 33,33% para el área actividad física con 9 actividades planeadas y 3 ejecutadas
- Con cumplimiento del 25% para el área actividad física con 4 actividades planeadas y 1 ejecutadas

NOTA: Anteriormente ellos usaban el formato FBU 47 Plan de Actividades Bienestar Universitario para la planificación de las actividades a desarrollar en sus áreas, pero como este formato se asemeja al FAC 23 consideraron que se debe eliminar el FBU 47. Por lo anterior el grupo auditor sugiere dejarlo consignado mediante acta manifestando que esto genera reprocesos y duplicidad de la información. Una vez se formalice enviar al SIG para darle de baja en el centro interactivo.



Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

1 de 1

| | | |
|-------------|-------|--|
| CONFORMIDAD | 6.3 | <p>Se evidencia bajo acta de reunión de 022 del 15 de mayo del 2021 el planteamiento de plan de gestión del cambio para el año vigente. Así mismo, se valida el seguimiento bajo acta de reunión acta 026 del 16 de julio del 2021 junto con las evidencias del cumplimiento de las acciones.</p> <p>Sin embargo, también se menciona la adaptación que se tuvo en pandemia ya que al momento de entrar en cuarentena se quedaron atrapados 2.465 estudiantes de lugares distantes como Nariño, Amazonía, Costa y demás, donde como área tuvieron que realizar la gestión de un corredor humanitario para la movilidad con las respectivas autoridades.</p> <p>También realizaron espacios de expresión, simposios, conversatorios, estrategias de afrontamientos (manejo del duelo) en especial a los mismos compañeros de trabajo de otras áreas que tuvieron que afrontar pérdidas de seres queridos.</p> <p>Otra situación que ocurrió por medio de la virtualidad fue una oportunidad de mejora, que fue poder llegar a la población estudiantil de distancia. La cual a pesar de que se está reactivando la presencialidad, ellos mantendrán estas actividades para que los estudiantes a distancia puedan seguir siendo partícipes de estos espacios.</p> |
| CONFORMIDAD | 7.1.4 | <p>Actualmente las condiciones físicas del proceso cuentan con lo necesario para la prestación del servicio. Sin embargo, manifiestan que se encuentra en construcción del edificio que quedará en la Sede principal del campus de la Universidad, donde mejorará los espacios físicos del proceso, ya que unirá a las 6 áreas, porque actualmente se encuentran en sedes diferentes.</p> <p>En cuanto al manejo del clima organizacional ellos mencionan que buscan espacios para momentos de oxigenación dentro del grupo y así poder contar con ambiente laboral óptimo. Sin embargo, manifiestan que tienen una carga laboral fuerte, pues antes contaban con 3 auxiliares y ahora cuentan con 1 auxiliar para todo lo que se debe realizar. Al igual la líder manifiesta que de parte de ella se realiza los requerimientos y solicitudes del personal que se necesita a inicio de año.</p> |



Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

1 de 1

| | | |
|-------------|-------|--|
| CONFORMIDAD | 7.4 | <p>Manifestaron que la comunicación con la comunidad universitaria está en los canales oficiales, Instagram, YouTube, Microsoft Team, bienestar LIVE, encuentros cerrados, infografía que sirve como material de apoyo, grupos de WhatsApp, asesoría telefónica. Canal TRO, ATN emisoras como: la radios san José de Cúcuta, radio Universidad de Pamplona, Facebook live, y su página de contenido: https://www.unipamplona.edu.co/bienestaruniversitario/</p> <p>NOTA: Se sugiere que el contenido de la página institucional sea actualizada constantemente, para que la información que comunique sea veraz y confiable. Dicha observación se notifica, porque al realizar la verificación del personal humano que compone el área, se visualiza el nombre del anterior líder del área Calidad de vida.</p> |
| OBSERVACIÓN | 7.5.2 | <p>El proceso hace uso de documentación publicada en el SIG y que se encuentran validados por el sistema, se verificó aleatoriamente la documentación solicitando el formato FBU-25 el cual se encontraba en la versión correcta V.5 Registro de Incapacidades y diligenciado en su totalidad.</p> <p>Seguidamente se solicitó el FBU-47 V.02 plan de actividades de Bienestar Universitario para validarlo, el cual no se evidenció diligenciado, ya que ellos argumentaron que se había solicitado la eliminación al SIG; se solicitó el acta en mención que evidenciará la baja, actualización y/o eliminación de la documentación, quedando un compromiso de remitir la evidencia por medio de correo al grupo auditor, la cual a la fecha de la preparación del informe no se contó con esa acta.</p> <p>Por lo anterior el grupo auditor sugiere, realizar un grupo de mejoramiento donde quede consignado en el FAC 49 Plan de Gestión del Cambio y Mejora Continua la oportunidad de mejora mediante acta de reunión como acción a realizar la revisión, actualización y/o eliminación del formato para la planificación de las actividades en cada una de las áreas, donde mencionen que de ahora en adelante el formato a usar es el FAC 23 Planificación, control y seguimiento de actividades, ya que ellos usaban el formato FBU 47 Plan de Actividades Bienestar Universitario para la planificación de las actividades a desarrollar en sus áreas, pero como este formato se asemeja al FAC 23 consideraron que se debe eliminarlo, pues esto genera reprocesos y duplicidad de la información. Al igual se debería actualizar el procedimiento PBU-01 Planeación de Bienestar Universitario y demás documentación donde esté relacionado dicho formato. Una vez se formalice enviar al SIG para darle de baja en el centro interactivo.</p> <p>Así mismo, se evidenció que en los reportes de indicadores no se utilizó la ficha técnica de indicadores vigente HAC – 12 v.00</p> |



Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

1 de 1

| | | |
|-------------|----------------|--|
| CONFORMIDAD | 7.5.3.2 b y d. | <p>Información se encuentra impresa y archivada en carpetas de acuerdo a la TRD que maneja la Universidad. Se mantiene antes de la pandemia en los archivos correspondientes. En el módulo de bienestar universitario se manejan y resguardan las Historias Clínicas de sus usuarios. A raíz de la pandemia están manejando la información de la oficina en archivo ONE DRIVE.</p> <p>Manejan el repositorio de Informes del Módulo de bienestar universitario Academusoft</p> |
| CONFORMIDAD | 8.1 | <p>Se verificó la ejecución del procedimiento PBU-03 Área de Desarrollo Humano, Inclusión y Diversidad cuenta con seis (6) intérpretes de señas que va dirigido actualmente a ocho (8) estudiantes de las Licenciaturas en la sede de Villa del Rosario.</p> <p>Así nos informar que los estudiantes que tienen capacidad física especial visual no requieren de intérpretes ya que vienen de colegios donde usaban un software especial de braille.</p> |
| CONFORMIDAD | 8.2.1 a. | <p>A través de los siguientes canales: Canales Oficiales Facebook Fanpage, Bienestar Live, Instagram, Canal YouTube, TEAMS Encuentros Cerrados, Redes Sociales, Canal TRO, ATN y con las Emisoras Radio San José, infografía material de apoyo, grupos de WhatsApp, Telefónica.</p> |
| CONFORMIDAD | 8.2.1 b y c. | <p>Se evidencia cómo se maneja y documenta al interior del proceso las PQRSD donde informar que a través del aplicativo PQRSD no registran solicitudes y éstas se reciben es por medio de correo electrónico como se refleja en los reportes presentados bajo acta 024 - 8 de julio de 2021 revisión y análisis y entrega de indicadores PQRD - segundo trimestre 2021 , y acta 040 15-octubre 2021 grupo de mejoramiento PQRSD tercer trimestre 2021-</p> |



Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

1 de 1

| | | |
|-------------|---------------|--|
| CONFORMIDAD | 8.2.2 | <p>Nos informan que ellos se rigen por el Acuerdo 100 del 2018 Estructuración de las 6 áreas donde cada una de ellas cuenta con un Líder:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Área de Promoción de la Salud integral y autocuidado dirigido por la profesional Martha Moreno Meaury.2. Área Desarrollo Humano, inclusión y diversidad a cargo por el Padre Nicolás Villamizar García3. Promoción Socio económicas como no cuenta con un líder es asumido por la líder de proceso la Profesora Julia Castro, pero que de igual forma por motivos de pandemia la mayoría de los servicios están suspendidos como: Servicio alimentación, becas de trabajo, SIMUP.4. Área de Promoción de las Expresiones Culturales y Artísticas dirigido por la profesional Laura Marcela Monsalve Rico5. Área Promoción de la Actividad Física, el Deporte y la Recreación dirigido por el profesional Rudyard Geovanny Silva Guerrero6. BIENESTAR UNIVERSITARIO Sede Villa del Rosario por Jaime Montaguth Vega <p>Así mismo cuenta con el apoyo de la profesional Ruth Gelvez que es la asistente de dirección.</p> <p>Al igual notifican que toda la normatividad que los rige aparte de que se encuentre en la matriz de requisitos legales, también se visualizan a través de la publicación en la página: https://www.unipamplona.edu.co/unipamplona/portallG/home_214/recursos/general/17_062016/normatividad.jsp</p> <p>Sin embargo, se procede a revisar que el acuerdo mencionado se encuentre en la matriz publicada en el centro interactivo, pero al validar no se refleja, por lo cual el personal manifiesta que ellos la reportaron bajo memorando 360-106.007 y por medio de correo electrónico al área de Jurídica la matriz de requisitos legales actualizada el 30 de octubre del 2020 y la oficina Jurica a la fecha no se las validado y por ende el posterior envío al SIG para su publicación</p> |
| CONFORMIDAD | 8.5.3 | <p>Se cuenta con propiedad del Cliente o terceros en la operación como las historias clínicas a las cuales solo tiene acceso el profesional del área de la salud.</p> |
| CONFORMIDAD | 8.7 | <p>Se evidencia la identificación y tratamiento del FAC 50 Matriz de Identificación y Reporte del Producto o Servicio no Conforme bajo acta de reunión de 022 del 15 de mayo del 2021</p> |
| CONFORMIDAD | 9.1.2 -9.1.3b | <p>Al revisar la medición de la Medición de la Satisfacción de cliente correspondiente al primer semestre se evidencia que es del 98% de satisfacción se verifica bajo acta de reunión 024 del 08 julio del 2021</p> |



Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

1 de 1

| | | |
|----------------|--------------------|---|
| NO CONFORMIDAD | 6.1.2. 9.1.3 e. | <p>Al preguntar cómo el proceso ha abordado los riesgos de corrupción y de gestión, manifestaron que para esta vigencia no hubo necesidad de plantear o actualizar los riesgos, porque les seguía aplicando los mismos y no realizaron el respectivo seguimiento, argumentando que estos van encaminados a la prestación del servicio que no se encuentran activos por la pandemia, sin dejar evidencia mediante acta del grupo de mejoramiento.</p> <p>Por lo anterior deben elaborar acta con el fin de dar cumplimiento al componente 1 Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano del primer y segundo cuatrimestre, y en el tercero si no se presenta información para su medición quede consignada dicha información o replantear los riesgos.</p> |
| CONFORMIDAD | 10.1 | <p>El proceso en la auditoría interna del 2020 tuvo 2 no conformidades, para lo cual se solicita FCI 19 Plan de acciones correctivas y el acta respectiva</p> <p>Donde se evidencia las acciones que implementaron para subsanar la no conformidad de matriz de requisitos legales, la cual se dio cumplimiento actualizando la matriz de requisitos legales respaldada bajo acta de reunión 026 del 29 de octubre del 2020 y comunicada por medio de correo electrónico al área de jurídica bajo memorando 007 del 30 de octubre del 2020.</p> <p>Nota: El área de Jurídica no la ha actualizado, pues al descargar la matriz que se encuentra en el centro interactivo sigue apareciendo la de la vigencia anterior.</p> <p>Al igual se evidencia bajo acta de reunión 028 del 02 de noviembre 2020 las acciones implementadas y el cumplimiento de las mismas.</p> |

Conclusiones

El proceso debe seguir implementando acciones de mejora para contribuir con el cumplimiento de los requisitos evaluados de la norma NTC ISO 9001, ya que hubo requisitos que presentaron falencias que pueden retrasar el buen desarrollo del proceso

Establecer acciones para abarcar los aspectos de mejora descritos en el presente informe de auditoría interna.

Xiomara J. Camargo R
 Xiomara Camargo
Firma Auditor Interno.

[Firma]

Aprobado Auditor Líder.

[Firma]
 Luz Stella Vélez Celis
Firma Auditor Interno.