



Informe de Auditoría Interna

Código	FCI-42 v.00
Página	1 de 4

Auditoría N°	PROCESO AUDITADO	Fecha		
		Día	Mes	Año
01	GESTIÓN ACADÉMICA: SAAI	29	10	2021
Auditor Líder	Mireya Moreno Castro	Representante de la Alta Dirección	Cecilia Durán Jaimes	
Nombre(s) del Equipo Auditor		Cargo		
MABEL JOHANNA CORONEL ACEVEDO		AUDITORA		

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)	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, centro interactivo		

Fecha de Apertura	Día	Mes	Año	Fecha de Cierre	Día	Mes	Año
	11	10	2021		1	11	2021
SAAI							
Aspectos Relevantes	<ul style="list-style-type: none"> - El desarrollo de la auditoria se realizó a través de la plataforma Microsoft Team - Disponibilidad y excelente aptitud del equipo de trabajo, para atender la auditoría. - Se evidencia las actividades de control y seguimiento a los compromisos con el sistema integrado de gestión. - Se presentaron las evidencias solicitadas durante la sesión de auditoria interna DE MANERA ORGANIZADA Y COMPLETA 						
Aspectos por Mejorar	<ul style="list-style-type: none"> - Optimizar las actividades de medición de la gestión a través de las herramientas definidas - Actualizar la información documentada del proceso con el fin de promover directrices claras a las partes interesadas 						

Tipo	Requisito	Descripción
CONFORMIDAD	6.2.2	El proceso presenta planificación correspondiente al año 2021 mediante FAC-23 el cual fue aprobado en el acta de reunión del grupo de mejoramiento N° 006 del 3 de febrero del 2021. Así mismo control y seguimiento a las acciones planificadas según consta en el FAC-08 Acta de Reunión N° 044 12 de abril del 2021, en la presente acta de reunión se describen los avances (no se evidencia porcentaje de ejecución)
CONFORMIDAD	6.3.	Se presenta FAC-49 Plan de Gestión de Cambio y Mejora Continua aprobado mediante acta de reunión del grupo de mejoramiento N° 006 del 3 de febrero del 2021, dentro de las actividades establecidas podemos identificar:



Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

2 de 4

		<ul style="list-style-type: none">- Al verificar el cumplimiento de la actividad relacionada con la Matriz de Requisitos Legales se evidencia actualización por parte del proceso la cual fue remitida a la Vicerrectoría Académica encargada de la consolidación el día 15 de julio del 2021- Se realiza proceso de actualización de la página web la cual se evidencia en lo relacionado con la conformación del equipo de trabajo, cargue de resoluciones de los programas <p>Se presenta control y seguimiento por parte del grupo de mejoramiento mediante FAC-08 Acta de reunión N° 010 del 19 de agosto del 2021 con un porcentaje de cumplimiento del 75%.</p>
NO CONFORMIDAD	7.5 b	Al verificar la normatividad que los rige se evidencia que la información documentada actual no concuerda con las directrices definidas en la Resolución externa N° 21795 del 19 de noviembre del 2020 del MEN Se evalúa la ejecución del procedimiento PGA-14 Autoevaluación identificando:
CONFORMIDAD	8.1.	<p>Caso 1: apertura de encuestas</p> <ul style="list-style-type: none">- Solicitud de apertura de encuestas realizada por el director de la Maestría en Ciencias de la Actividad Física, Recreación y Deporte de fecha 6 de julio del 2021- Acta de reunión N° 074 del 8 de julio del 2021 apertura oficial de las encuestas y correo electrónico de envío del acta por parte del SAAI de fecha 24 de agosto del 2021 al director del programa <p>Caso 2: cierre de encuestas</p> <ul style="list-style-type: none">- Solicitud de cierre de encuestas del primer proceso de autoevaluación por parte del programa de Especialización en Desarrollo Económico Regional mediante correo de fecha 9 de agosto del 2021- Acta de reunión N° 079 del 11 de agosto del 2021 de formalización del cierre del proceso de autoevaluación y correo electrónico de envío del acta de reunión del 11 de agosto. <p>Caso 3: cierre del proceso de autoevaluación y plan de mejoramiento</p> <ul style="list-style-type: none">- Solicitud de cierre del proceso mediante correo electrónico emitido por el programa Maestría en Extensión y Desarrollo Rural con fecha 8 de febrero del 2021- Cierre formal del primer proceso de autoevaluación mediante acta de reunión N° 015 del 12 de febrero del 2021- Acta de aprobación del plan de mejoramiento por parte del Comité de Autoevaluación del programa N° 003 del 6 de mayo del 2021- Presentación al SAAI del plan de mejoramiento aprobado de la Maestría a través de correo electrónico con fecha 7 de mayo del 2021 al SAAI



Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

3 de 4

		<p>Caso 4: cargue de información renovación registro calificado y Completitud</p> <ul style="list-style-type: none">- Notificación de cargue de información al MEN sobre los soportes para la renovación de registro calificado de fecha 22 de febrero del 2021- Comunicación del SAAI sobre la completitud solicitada por el MEN al programa de geología mediante correo electrónico del 31 de mayo del 2021- Respuesta a la solicitud de completitud emitida por el programa mediante correo electrónico del 24 de junio del 2021
CONFORMIDAD	8.2.1 a.	<p>Se cuenta con subportal de información de los servicios ofrecidos por la dependencia y actualización de la información publicada; se verifica publicación de resoluciones de renovación de registro y otros con fecha de agosto del 2021</p>
CONFORMIDAD	9.1.1.	<p>Se tienen establecidos los métodos y herramientas para la medición de la gestión del proceso, los cuales van en concordancia con las líneas del Plan de Desarrollo Institucional:</p> <ul style="list-style-type: none">- Medición de la satisfacción del Cliente- Petición, Quejas, Reclamos y Denuncias Resueltas- Número de Programas Aceptados para Visita de Pares del CNA- Número de Programas Acreditados- Número de Programas Presentados para Acreditación Internacional <p>Se verifica la medición del siguiente indicador:</p> <ul style="list-style-type: none">- Número de Programas Acreditados (recolección mensual y medición trimestral), no se presenta informe para este indicador debido a que se está a la espera de los resultados de los programas que se presentaron para Acreditación de Alta de Calidad (depende de terceros para su cumplimiento)
CONFORMIDAD	9.1.3 b.	<p>Se evidencia aplicación de la encuesta de satisfacción del cliente a través de los medios definidos por el proceso y la institución, se presenta resultado de la medición correspondiente al primer semestre en el FAC-08 Acta de Reunión N° 08 del 15 de junio del 2021, porcentaje satisfactorio de cumplimiento de la meta del indicador</p>
	9.1.3 e	<p>e presenta Mapa de Riesgos de Corrupción y Gestión para el proceso de Gestión Académica- SAAI:</p> <ul style="list-style-type: none">- FAC-08 Acta de Reunión de aprobación N° 81 del 13 de agosto del 2021 y mapa de riesgos correspondiente- FAC-08 Acta de Reunión de seguimiento N° 44 del 12 de abril del 2021 correspondiente al primer cuatrimestre con la descripción detalla de los avances y evidencias correspondientes del cumplimiento de las acciones establecidas y acta de reunión N° 80 del 12 de agosto de 2021, correspondiente al segundo cuatrimestre del año. <p>Al verificar la eficacia de las acciones se evidencia:</p>



Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

4 de 4

- Para el riesgo 1: Se presenta correo del proceso de registro y control académico. Sobre relación de programas académicos para oferta del 20 de octubre del 2021.
- Para el riesgo 2: Se presenta seguimiento a los programas a través de cuadro control y comunicación de resultados de este seguimiento a los programas de manera trimestral, se revisa carpeta de consolidación de evidencias presentada.

Conclusiones

Se requiere analizar y ampliar lo relacionado con la planificación de la oficina ya que la participación de esta dependencia a nivel interno, externo es mucho más amplia de lo presentado en el FAC-23, por ejemplo: no se evidencia lo relacionado con las fechas de reporte de los indicadores del SPEI competencia del SAAI, consolidación de información para el proceso de audiencia pública de rendición de cuentas sobre los proyectos e indicadores del SAAI, informes de avance del pilar en el plan de desarrollo, elaboración de informes y reportes a entes internos y externos, participación en comités etc. Se deben asignar fechas tentativas a la planificación acorde a lo establecido por la normatividad o procedimientos que los rige; en los controles y seguimientos se puede justificar el no cumplimiento en la fecha programada inicialmente.

La información documentada vigente que se encuentra publicada en el Centro Interactivo de la Universidad no es en la actualidad un referente para las partes interesadas por su desactualización con respecto a la norma que los rige, así mismo, no permite evaluar la conformidad de los servicios prestados por la oficina del SAAI con sus requisitos y controles necesarios.

Producto del gran logro de Acreditación Institucional obtenido por nuestra Universidad y en el informe presentado por los expertos se evidencian recomendaciones y mejoras que se pueden traducir en proyectos o iniciativas generalmente que requiere cambios en el proceso, implementación de la innovación en las labores de los colaboradores, cambios en los roles de trabajo y estructura de la dependencia, etc, se recomienda que estas sean incluidas y planificadas para su control y seguimiento en el FAC-49.

Así mismo, se informa que, debido a la Acreditación de Alta Calidad, se abre paso a la identificación de nuevos factores de riesgo que deben verse reflejados en la construcción del nuevo mapa de riesgos para la vigencia 2022, es importante que el proceso realice una actividad muy juiciosa de diagnóstico para la identificación de estos riesgos. Deben tener en cuenta que los riesgos pueden ser actualizados cada vez que se establezcan al interior de la dependencia nuevos lineamientos a través de normatividad interna y externa, la creación de nuevos procedimientos, modificaciones de funciones, etc.

Se hace necesario realizar la revisión, optimización y mejora de los indicadores de gestión del proceso, ya que al verificar los aprobados y publicados en el Centro Interactivo y que están en concordancia con el Plan de Desarrollo, no se está cumpliendo con las fechas de recolección y medición que se encuentra establecida en la ficha

ORIGINAL FIRMADO

MABEL JOHANNA CORONEL ACEVEDO
Firma Auditor Interno

ORIGINAL FIRMADO

MIREYA MORENO CASTRO
Aprobado Auditor Líder.