



## Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

1 de 1

Auditoría N° 1	PROCESO AUDITADO		Fecha		
			Día	Mes	Año
	Gestión Documental		18	10	2020
<b>Auditor Líder</b>	Mireya Moreno Castro	<b>Representante de la Alta Dirección</b>	Cecilia Durán Jaimes		
<b>Nombre(s) del Equipo Auditor</b>		<b>Cargo</b>			
Sugey Velasco Villabona		Auditor Interno			
<b>Objetivo(s)</b>	Verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos en la norma NTC ISO 9001:2015 y la normatividad interna y externa aplicable al Sistema Integrado de Gestión de la Universidad de Pamplona.	<b>Alcance</b>	Todos los Procesos de Direccionamiento Estratégico, Misionales, de Apoyo y de Evaluación y Control ubicados en la Sede Principal de la Ciudad de Pamplona, Departamento Norte de Santander en el año 2021.		
<b>Documentos de Referencia (Criterios)</b>	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.				

Fecha de Apertura	Día	Mes	Año	Fecha de Cierre	Día	Mes	Año
	11	10	2021		1	11	2021

<b>Aspectos Relevantes</b>	<p>El proceso conoce los requisitos de la norma y cómo le aplican, cumpliendo de forma eficiente los aspectos del ciclo PHVA.</p> <p>El grupo de mejoramiento es dinámico y hace el seguimiento a las actividades planificadas.</p> <p>Se controla la información mediante la ventilla única además del procedimiento para control documental.</p> <p>El proceso demuestra su compromiso e interés en la actualización de los procedimientos y de la documentación de los requisitos de la NTC ISO 9001: 2015.</p> <p>Buena disposición, conocimiento y organización para el desarrollo de la auditoría interna.</p>
----------------------------	--



## Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

1 de 1

<b>Aspectos por Mejorar</b>	Se sugiere socializar continuamente sobre el contexto institucional.
	Se requiere la adquisición de equipos (impresora) con el fin de mejorar los tiempos en el proceso.
	Es necesario solicitar visita para evaluación de puestos en cuanto a Seguridad y Salud en el Trabajo en relación a condiciones ergonómicas y de iluminación.

### Hallazgos de Auditoría

Tipo	Requisito	Descripción
CONFORMIDAD	4.2 a	Se evidencia el conocimiento de la Matriz de Necesidades y Expectativas de las Partes Interesadas en el Centro Interactivo del Sistema Integrado de Gestión y cómo el proceso interactúa con ellas. Se evidencia la socialización en reunión del Grupo de Mejoramiento mediante el Acta 011 del 6 de octubre de 2021
CONFORMIDAD	4.4.1 a	Determinan las entradas y salidas mediante la caracterización del proceso en el HGT-01 v. 03. Conocen las actividades propias del proceso de acuerdo al ciclo PHVA e identifican cada una de ellas en el Centro interactivo del Sistema integrado de Gestión (SIG)
CONFORMIDAD	5.2	Se evidencia socialización de la Política de Calidad mediante Acta 010 de 2020 en reunión de Grupo de Mejoramiento. Conocen la Política institucional y cómo desde su proceso la aplican. Se evidencia la socialización de la Política mediante el Acta 010 del 5 de octubre de 2021 en Grupo de mejoramiento.
CONFORMIDAD	5.3	El líder del proceso y los funcionarios de apoyo conocen y cumplen con las responsabilidades y compromisos ante el SIG en cuanto a Planificación, Control y Seguimiento de sus Actividades, Indicadores, Planes de Gestión del Cambio y Mejora Continua y lo relacionado con el Contexto Organizacional. Conocen la Matriz de Roles y Responsabilidades y se evidencia mediante las Actas del grupo de mejoramiento; Acta 011 del 6 de octubre de 2021, Acta 010 del 5 de octubre, Acta 008 del 18 de agosto de 2021.



## Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

1 de 1

CONFORMIDAD	6.1.2	Se evidencia mediante Acta 009 de agosto de 2021 la revisión, actualización y socialización del Mapa de Riesgos del proceso. Conocen e identifican sus riesgos de gestión y corrupción.
CONFORMIDAD	6.2.2	Se establece la planificación del proceso mediante FAC-23 v.02 Planificación, Control y Seguimiento de Actividades el cual se elabora y es aprobado por el Grupo de mejoramiento mediante el Acta 008 del 18 de agosto de 2021 en dónde se evidencia la ejecución de las siguientes actividades: Transferencias Documentales, Atención a solicitudes para búsqueda de
CONFORMIDAD	7.1.4	Se observa y manifiestan que existe buen ambiente laboral en el proceso. Se evidencia que el mobiliario no cumple con condiciones ergonómicas, se requiere evaluación de los puestos de trabajo. Se requiere la adquisición de equipos (impresora) para minimizar los tiempos en la impresión por desplazamiento a otras oficinas para esa labor. Se evidencia buena iluminación, pero se requiere estudio de iluminación en puestos de trabajo. Se evidencia un compromiso y responsabilidad ambiental. Realizan una adecuada segregación en la fuente, así como el movimiento interno por la ruta sanitaria en cumplimiento de los horarios establecidos por el PGIRHS (Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares) institucional en la entrega de residuos peligrosos y no peligrosos y otros aspectos ambientales.
CONFORMIDAD	7.4	Se evidencia el conocimiento y manejo de la Matriz de flujos de información y comunicación y ha sido socializado. Se soporta mediante Acta No 011 de 06 de octubre de 2021.
CONFORMIDAD	7.5.2	Se identifica la actualización de la documentación. Se realizaron modificaciones a los siguientes documentos: Se modificó el formato FGT-03 v.01 "Radicación, Distribución y Control de Documentos CREAD" por el código FGT-04 v. 01 2 "Radicación, Distribución y Control de Documentos por Correo Certificado" y se incluye el formato FGT-07 "Control Préstamo de Documentos de Archivo Central" Se evidencia el cumplimiento del PAC-01 Elaboración y Control de la Información Documentada del Sistema Integrado de Gestión en relación a la información documentada. El FGT-07 "Registro y Control de Préstamo de Documentos a Usuarios Internos de acuerdo al PGT-01 v.03 "Control Documental" se evidencia su adecuado manejo y vigencia.



## Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

1 de 1

CONFORMIDAD	7.5.3.2 b y d.	<p>Se observa la información en el centro interactivo del SIG y el proceso se asegura que la información documentada esté protegida mediante Gestasoft además de la custodia en discos duros. Mantienen la información actualizada y en orden de forma digital. La información se salvaguardada en físico Se tiene copia de seguridad de toda la información de los equipos de cómputo, se guardada en el disco y CD.</p> <p>Se evidencia mediante la revisión documental, de conformidad con el listado maestro de formatos, Actas de reunión FAC-08v.01 y demás formatos.</p>
CONFORMIDAD	8.1	<p>Se evidencia el cumplimiento del PGT-01 "Control Documental" y la elaboración de comunicaciones evidenciando la utilización del IGT-04 "Elaboración de Comunicaciones Oficiales" para dichas comunicaciones.</p> <p>Se observa que la radicación de documentos se realiza según lo establecido en el IGT-01 "Radicación, Distribución y Control de Documentos" con medios de recepción como correo ordinario, mensajería, correo electrónico teniendo en cuenta el anterior formato, así mismo para solicitud de información se evidencia la utilización en el FGT-07 "Registro y Control de Préstamo de Documentos a Usuarios Internos y para la recepción de los documentos para trámite: Según el caso se diligencian: El FGT-01 "Radicación Distribución y Control de Documentos Internos", FGT-11 "Envíos Nacionales", FGT-16 "Radicación, Distribución y Control de Documentos Externos".</p> <p>Se revisa el FGT-04v.02 "Radicado, Distribución y Control de Documentos Correo Certificado" con Destino a Rectoría y como Remitente la Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD) y numero de radicado 470 con fecha del 16 de septiembre de 2021 utilizando el servicio prestada por la empresa Servientrega con guía N° 2121821192.</p> <p>Se verifica el FGT-02v.02" Radicado, Distribución y Control de Documentos Externos" con fecha de 7 de septiembre de 2021; Nombre de Destinatario: Secretaria General y como Remitente José Vicente Ibáñez de un sobre sellado con N° de guía 9127501023 enviado por la empresa Servientrega.</p> <p>Se verifica el FGT-03v.002" Radicado y Control de Documentos CREAD con Destino a Ingrid Yajaira Parales Ariza y como Remitente Oscar Javier Prada Páez con la empresa Interrapidísimo y numero de guía 700060418939del 2 de septiembre de 2021.</p>
CONFORMIDAD	8.2.1	<p>Se evidencia en el aplicativo en Gestasoft la realización del registro, entrada y salida de documentos en la ventanilla única. Aplica a correos, certificados, documentos internos, documentos CREADS y otros documentos externos.</p> <p>Por ser un proceso consecutivo no permite la modificación en la numeración. La información se encuentra archivada y digitalizado para evitar alguna perdida y asegurar la información.</p>



## Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

1 de 1

CONFORMIDAD	8.2.1 b y c	<p>Se realiza el análisis y medición del indicador del tercer semestre sin ninguna novedad de acuerdo al correo electrónico del 05 de octubre de 2021 y emitido por la oficina de atención al ciudadano y a través del módulo institucional sin requerimientos PQRSD.</p> <p>Se evidencia el Acta N° 007 del 15 de julio de 2021 para la retroalimentación del primer y segundo trimestre.</p>
CONFORMIDAD	8.2.2	<p>Se evidencia por medio del Acta N° 011 del 6 de octubre de 2021 en reunión del Grupo de mejoramiento la socialización de la matriz de requisitos legales.</p> <p>Conocen la matriz de requisitos legales y a quién aplica, la ubican en el Centro interactivo del Sistema Integrado de Gestión. Tienen como referente La ley 1712 del 2024 de transparencia y la Ley 594 del 2000 de acuerdo a la organización documental del archivo general de la nación.</p>
CONFORMIDAD	9.1.2	<p>Se realizó mediante el enlace del correo electrónico la aplicación de la encuesta de Satisfacción del cliente en un 98%. Según Acta de reunión N° 010 del 5 de octubre de 2021 en dónde se evidencia la socialización del indicador del proceso y de gestión.</p>
CONFORMIDAD	9.1.3 b.	<p>Se evidencia el grado de Satisfacción del cliente en un 98 % y ficha de indicador y su análisis soportado mediante el Acta de reunión N° 010 del 5 de octubre de 2021</p>
CONFORMIDAD	9.1.3 e.	<p>Se evidencia mediante Acta 009 de agosto de 2021 la revisión, actualización y socialización del Mapa de Riesgos del proceso y se realiza control y seguimiento por parte del SIG en dónde el proceso a la fecha alcanza un 60% de las actividades planificada para la vigencia en las cuales se han cumplido cuatro (4) de las siete (7) planificadas.</p> <p>Se evidencia el control y seguimiento mediante el Acta 046 del 18 de agosto de 2021 del SIG</p>
CONFORMIDAD	10.1.	<p>Se evidencia por medio del Acta 008 del 18 de agosto de 2021 del Grupo de mejoramiento las acciones de mejora continua el FAC-49 v.01 Plan de Gestión del Cambio y Mejora Continua.</p> <p>Se realizó seguimiento por parte del SIG en dónde se reportan 02 acciones mediante Acta 046 del 18 de agosto de 2021 del SIG alcanzando a la fecha un cumplimiento del 65% de cumplimiento de las acciones establecidas.</p>



## Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

1 de 1

### Conclusiones

Mantener las acciones orientadas al cumplimiento de los aspectos y requisitos de la NTC ISO 9001:2015.

Sugrey Velasco Villabona  
**Firma Auditor Interno.**

**Aprobado Auditor Líder.**