

	<b>Informe de Auditoría Interna</b>	<b>Código</b>	FCI-42 v.00
		<b>Página</b>	1 de 7

Auditoría N°	PROCESO AUDITADO		Fecha		
			Día	Mes	Año
01-2021	PLANEACIÓN INSTITUCIONAL		28	10	2021
<b>Auditor Líder</b>	MIREYA MORENO CASTRO	<b>Representante de la Alta Dirección</b>	DRA. CECILIA DURAN JAIMES		
<b>Nombre(s) del Equipo Auditor</b>		<b>Cargo</b>			
MAYRA LORENA ROJAS LUNA		Auditor Interno			

<b>Objetivo(s)</b>	<b>Alcance</b>
Verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos en la norma NTCISO 9001:2015 y la normatividad interna y externa aplicable al Sistema Integrado de Gestión de la Universidad de Pamplona.	Todos los Procesos de Direccionamiento Estratégico, Misionales de Apoyo, de Evaluación y Control ubicados en la Sede Principal en la Ciudad de Pamplona, Departamento Norte de Santander .
<b>Documentos de Referencia (Criterios)</b>	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		31	10	2021

<b>Aspectos Relevantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Excelente disposición del Líder del proceso y de todo el equipo que atendió la auditoría, siempre estuvieron pendientes y atentos para facilitar la información requerida.</li> <li>✓ El equipo de trabajo muestra conocimiento sobre los temas de calidad.</li> <li>✓ Se siente un excelente ambiente de trabajo.</li> </ul>
<b>Aspectos por Mejorar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Se sugiere a la dependencia identificar acciones de mejora que puedan incluir en el FAC-49 y que sean alcanzables por la dependencia.</li> <li>✓ Se sugiere tener todas las matrices presentes al momento que en la auditoria se soliciten, por ejemplo la matriz de comunicación nunca se mostró.</li> <li>✓ Se sugiere elaborar la matriz FAC-50 "Matriz de Identificación y Reporte del Producto o Servicio No Conforme".</li> <li>✓ Continuar con la mejora continua del proceso.</li> <li>✓ Se deben realizar actas para la elaboración y aprobación de todas las matrices.</li> <li>✓ Tener cuidado con las fórmulas al momento de utilizar las matrices.</li> </ul>



## Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

2 de 7

### Hallazgos de Auditoría

Tipo	Requisito	Descripción
CONFORMIDAD	4.1 Comprensión de la organización y su contexto	La dependencia trabajo en la construcción de plan de Desarrollo 2021-2030 el cual fue aprobado por el Consejo Superior mediante acuerdo 058 del 7 de diciembre de 2020, para ellos se realizó el análisis DOFA arrojando alrededor de 2400 variables que fueron depuradas para consolidar este diagnóstico.
CONFORMIDAD	4.2 Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas	El personal conoce e identifica las partes interesadas internas y externas de la dependencia.
CONFORMIDAD	4.4.1 Sistema de gestión de la calidad y sus procesos	Mediante acta 061 del 2 de septiembre de 2021 se realizó la actualización de la Caracterización del Proceso de Direccionamiento Estratégico - Planeación HDE.PL-01 v.05 y no ha sido enviada al SIG para validación.
CONFORMIDAD	4.4.2 Información Documentada	La información documentada en la dependencia se mantiene con copias de seguridad en cada uno de los equipos de la dependencia los cuáles cuentan con claves que solo maneja el personal a cargo y de igual manera se sube el drive de la dependencia.
CONFORMIDAD	5.2 Política de calidad	<p>El personal de la dependencia tiene claro la política de calidad y los objetivos de calidad institucionales, lo cual muestra el sentido de pertenencia y se refleja en la calidad del trabajo que se realiza.</p> <p>Mencionan que es una dependencia transversal que apoya todos los procesos de la Universidad en proyectos de extensión e infraestructura.</p>
CONFORMIDAD	5.3 Roles, responsabilidades y autoridades de la organización	El director de la dependencia tiene mes y medio de estar en el cargo y si le fue socializado todas las responsabilidades frente al sistema de gestión de calidad propias de la dependencia durante el proceso de empalme con el anterior director.
CONFORMIDAD	6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades	La oficina tiene 1 riesgo de gestión y 1 riesgo de corrupción y se realiza seguimiento en grupo de mejoramiento, como se evidencia en acta 007 del 2 de febrero de 2021, pero no se evidenciaron otras actas de seguimiento durante el resto de año.
CONFORMIDAD	6.1.2 Planificación	<p>El FAC-23 de 2020-1 se realizó el día 2 de febrero de 2021 y el ultimo seguimiento en grupo de mejoramiento según consta en actas 061 del 2 de septiembre de 2021.</p> <p>Al día de hoy se tiene un avance del 68,21%.</p>



## Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

3 de 7

CONFORMIDAD	6.2 Objetivos de calidad	El proceso le apunta al primer y segundo objetivo, según las actividades que se desarrollan al interior del mismo.
CONFORMIDAD	6.2.2 Planificación de objetivos de calidad	El FAC-23 de 2020-1 se realizó el día 2 de febrero de 2021 pero no se tiene acta como evidencia, el ultimo seguimiento se realizó en grupo de mejoramiento según consta en actas 061 del 2 de septiembre de 2021.  Al día de hoy se tiene un avance del 68,21%.
CONFORMIDAD	6.3 Planificación de cambios	El FAC-49 de 2020-1 se realizó el día 2 de febrero de 2021 pero no se realizó acta como evidencia de elaboración y aprobación; el ultimo seguimiento se realizó en grupo de mejoramiento según consta en actas 061 del 2 de septiembre de 2021.  Consta de 4 acciones de mejora y tiene un avance a la fecha del 38%.  Se recomienda ajustar el primer cambio referente al proceso de planeación académica.
CONFORMIDAD	7.1.4 Ambiente para la operación	Se han hecho mejoras en el proceso, el clima laboral es bueno, todos apoyan a todos los procesos, se tienen las cosas al día.  Desde que inicio la pandemia han estado en constante trabajo, es un proceso que no se detuvo, se trabajó con los protocolos de seguridad adecuados y con moderado aforo de asistencia.  El equipo de trabajo es unido y muy comprometidos con cada proceso.  Fechas especiales se tienen en cuenta
CONFORMIDAD	7.3 Toma de conciencia	El proceso fomenta la cultura en todo lo que se realiza, haciendo los procedimientos de acuerdo a la normatividad, aplicando los formatos y los grupos de mejoramiento con apoyo del líder del proceso de realizan cada tres meses y cuando se es necesario.
CONFORMIDAD	7.4 Comunicación	La comunicación con las partes interesadas se hace mediante correo electrónico y vía telefónica, igualmente se tiene la matriz del flujo de información y comunicación, pero no tienen presente el acta de elaboración y actualización.



## Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

4 de 7

NO CONFORMIDAD PARA LA OFICINA DE GESTIÓN DOCUMENTAL	7.5 Información documentada  7.5.3.2. Control de la información documentada  7.5.3.2 Control de la información documentada	Las Tablas de Retención Documental no se tienen actualizadas desde el año 2014, las que están vigentes para el proceso de planeación contemplan ítems que no tienen relación con los procesos que se manejan al interior de la dependencia.  La oficina realizó solicitud de actualización a gestión documental el día 22 de octubre de 2020 y reiterada el día 27 de octubre de 2021 pero a la fecha no se ha tenido respuesta.
CONFORMIDAD	8.1. Operación	Se tienen 5 procedimientos, se toma como ejemplo el PDE.PL-07 Elaboración Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, para este la funcionaria encargada de este proceso explica el paso a paso de como se realiza este, igualmente manifiesta que esta en proceso de actualización.  Los documentos están actualizados así: <ul style="list-style-type: none"><li>• PDE.PL-03 -Gestión por Planes y Resultados - 9 de noviembre de 2017</li><li>• PDE.PL-04- Gestión Financiera - diciembre 01 de 2016</li><li>• PDE.PL-05 - Gestión de Proyectos de Inversión Institucional - 26 de junio de 2020</li><li>• PDE.PL-07 - Elaboración Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano - 3 de mayo de 2021</li><li>• PDE.PL-08 - Planeación Física. - 23 de septiembre de 2020</li></ul> Se sugiere realizar la actualización de los procedimientos al formato vigente, no por el contenido que tienen sino por la estructura como tal.
CONFORMIDAD	8.2.1 Comunicación con el cliente	Existe una persona asignada para la actualización del portal de la dependencia con la información necesaria de interés. Cuando llega una PQRDS se direcciona a la persona involucrada si es el caso, pero en los dos últimos años no se han recibido quejas y se evidencia en la medición del indicador así: Del tercer trimestre el 100% 061 del 2 de septiembre de 2021 y la 079 del 19 de octubre de 2021.
CONFORMIDAD	8.2.2 Determinación de los requisitos para los productos y servicios	La matriz de requisitos legales de la dependencia fue actualizada mediante grupo de mejoramiento del 6 de octubre de 2020 con acta 065 del 6 de octubre de 2020; y enviada a la oficina de jurídica para la respectiva validación.
CONFORMIDAD	8.6 Liberación de los productos y servicios	La conformidad y aceptación de los clientes se refleja con la respuesta oportuna que se entrega, con la satisfacción que se lleva cuando se da respuesta, con la encuesta de medición de la satisfacción el cliente y cumpliendo con los tiempos de entrega de la información.



## Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

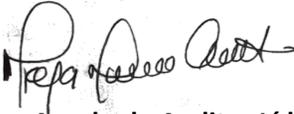
5 de 7

CONFORMIDAD	9.1.2 satisfacción del cliente	Se mide el indicador, pero no tienen respuestas a la encuesta de satisfacción por lo tanto no se logra conocer el grado de satisfacción de las partes interesadas.
CONFORMIDAD	9.1.3 Análisis y evaluación	En el correo institucional está el link de la encuesta al final, pero no se tiene respuesta como se espera de las partes interesadas.  Cero encuestas recibidas.
CONFORMIDAD	9.1.1	La dependencia tiene tres indicadores propios del proceso <ul style="list-style-type: none"><li>• Medición de la Satisfacción del Cliente</li><li>• Peticiones, Quejas, Reclamos y Denuncias Resueltas</li><li>• Calificación de Riesgo Obtenida</li></ul> Este último es evaluado por la calificadora de riesgos externa a la institución. La dependencia realiza control y seguimiento al aplicativos SPEI en el cual las diferentes dependencias deben cargar allí los objetivos contemplados en el plan de desarrollo institucional en los periodos s indicador junto a las evidencias de los mismos.
CONFORMIDAD	10.2 No conformidad acción correctiva	No tienen plan de acciones correctivas, el último plan de acciones correctivas fue cerrado mediante acta 007 del 2 de febrero de 2021.

### Conclusiones

- Excelente disposición del personal, se sugiere continuar con el mejoramiento de todos los procesos.

  
Firma Auditor Interno  
MAYRA LORENA ROJAS LUNA

  
Aprobado Auditor Líder  
MIREYA MORENO CASTRO