



Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

1 de 1

Auditoría Nº 1	PROCESO AUDITADO			Fecha		
				Día	Mes	Año
	GESTIÓN PRESUPUESTAL Y CONTABLE			25	10	2021
Auditor Líder	Mireya Moreno Castro	Representante de la Alta Dirección	Cecilia Durán Jaimes			
Nombre(s) del Equipo Auditor		Cargo				
Fabiola Ramón Fuentes		Auditora Interna				

Objetivo(s)	Alcance
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	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		11	2021	

Aspectos Relevantes	<ul style="list-style-type: none"> Se resalta el compromiso de líder del proceso y del personal de la dependencia. Así como La disposición del personal que atendió la auditoria y los conocimientos demostrados sobre los aspectos y requisitos de la NTCISO 9001:2015. Aplicación de los procedimientos documentados durante la prestación del servicio, así como de los registros necesarios para ejercer control. Buen ambiente laboral. El proceso entrega la información a través de la consolidación de expedientes que permiten identificar claramente la trazabilidad de la información verificada.
Aspectos por Mejorar	<ul style="list-style-type: none"> Realizar la actualización de la documentación del proceso. Revisar la información documentada con respecto al contexto organizacional y socializarla con el equipo de trabajo a través de grupos de mejoramiento. Realizar los respectivos seguimientos al FAC-23 Planificación, Control y Seguimiento de Actividades, FAC-49 Plan de Gestión del Cambio y Mejora Continua y al mapa de riesgos de corrupción en grupo de mejoramiento del proceso con periodicidad por lo menos de cada tres meses para mantener un control de las actividades a realizarse y dejar detallado en acta el porcentaje de cumplimiento en las acciones.

Hallazgos de Auditoría



Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

1 de 1

Tipo	Requisito	Descripción
Conformidad	4.1 a) Comprensión de la organización y de su contexto	<ul style="list-style-type: none">No se identificó la matriz DOFA; sin embargo, el grupo de trabajo identifica los aspectos internos y externos (fortalezas, debilidades, amenazas y fortalezas del proceso)
Conformidad	4.2. a) Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas	<ul style="list-style-type: none">Establecen en la prestación del servicio las partes interesadas internas y externas, así mismo conocen la matriz de necesidades y expectativas.Acta de socialización 012 del 13 de octubre de 2021
Conformidad	4.4.1 a) Sistema de gestión de la calidad y sus procesos	<ul style="list-style-type: none">El grupo de trabajo describe las entradas y salidas del proceso. Comprenden y explican desde el cumplimiento de sus funciones el ciclo PHVA.Se verifico la caracterización del proceso la cual esta identificada en el centro interactivo con el código HGP-08 v.06. Está pendiente la actualización de acuerdo a las directrices del Sistema Integrado de Gestión.Se evidencia acta de socialización 012 del 13 de octubre de 2021
Conformidad	5.2 Política	<ul style="list-style-type: none">Los integrantes del proceso conocen y comprenden la política de calidad, identifican como desde su hacer aportan al cumplimiento de la misma.Se evidencio socialización a través de acta de grupo de mejoramiento 012 del 13 de octubre de 2021. Así mismo a través de WhatsApp y en afiche en la oficina.
Conformidad	5.3 Roles, responsabilidades y autoridades en la organización	<ul style="list-style-type: none">El líder del proceso y los integrantes conoce desde su rol las responsabilidades ante el proceso y el aporte que cada uno hace desde sus funciones.evidencia acta de socialización 012 del 13 de octubre de 2021.
Conformidad	6.1.2. Acciones para abordar riesgos y oportunidades.	<ul style="list-style-type: none">En acta 03 del 4 de febrero del 2021 revisaron y socializaron los riesgos de plan de anticorrupción, sin embargo, el grupo de trabajo no identifica los riesgos de gestión y corrupción.Mediante acta 007 del 13 de agosto del 2021 se evidencio el Control y seguimiento al mapa de riesgos de corrupción, gestión y a los componentes del PAAC. Así mismo se evidencio acta 053 del 20 agosto del 2021 del control y seguimiento por el Sistema integrado de gestión en donde se recomienda al proceso realizar la actualización Mapa de Riesgos de Gestión y Corrupción y cargarlo al proceso de planeación.
Conformidad	6.2 objetivos de la calidad y planificación para lograrlos	<ul style="list-style-type: none">La dependencia conoce y comprende los objetivos de calidad institucionales, a cuál apuntan desde su proceso y como se da cumplimiento desde las actividades que cada uno realiza en la prestación del servicio.En Acta 012 del 13 de octubre del 2021 se determinó que el objetivo al que apunta el proceso es Fortalecer la Gestión Organizacional y la sostenibilidad financiera institucional.



Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

1 de 1

Conformidad	6.2.2 Al planificar cómo lograr sus objetivos de la calidad, la organización debe determinar	<ul style="list-style-type: none">• El proceso cuenta con la elaboración y aprobación del FAC-23 Planificación, Control y Seguimiento de Actividades, el cual fue probado mediante Acta 03 del 4 de febrero del 2021 el cual cuenta con 20 actividades.• En Acta 053 del 20 agosto del 2021 del control y seguimiento por el Sistema integrado de gestión, se evidencia que el proceso alcanza un 68% de cumplimiento de las actividades planificadas para la vigencia.
Conformidad	6.3. Planificación de los cambios	<ul style="list-style-type: none">• Se evidencia la existencia del FAC-49 Plan de Gestión del Cambio y Mejora Continua aprobado mediante Acta 03 del 4 de febrero del 2021, el cual tiene fecha cierre del 30 de agosto del 2021, sin embargo, en la verificación no se evidencia en acta el cierre o la ampliación del mismo.• En el control y seguimiento realizado por el SIG mediante Acta 053 del 20 agosto del 2021 se realizó medición del avance al 20 de agosto con un 26% de cumplimiento en las acciones establecidas para la vigencia.
Conformidad	7.1.4. Ambiente para la operación de los procesos	<ul style="list-style-type: none">• El ambiente laboral dentro del respeto, el buen trato, y trabajo en equipo hacen parte de las actividades diarias del proceso.• Observación: Es importante que las dependencias que envían comunicaciones que tienen relación con la prestación del servicio del proceso, las hagan llegar en los tiempos establecidos en ellos procedimientos ya que atrasan y congestionan los trámites de la oficina, lo que ocasiona estrés en los integrantes del equipo de trabajo.
Conformidad	7.3. Toma de conciencia	<ul style="list-style-type: none">• Se evidencio en Acta 012 del 13 de octubre de 2021 de grupo de mejoramiento que el proceso socializo la política, los objetivos de calidad, los principios de calidad, así como las matrices que hacen parte dl contexto institucional.
Conformidad	7.4. Comunicación	<ul style="list-style-type: none">• Tienen establecido claramente los medios para la comunicación entre la parte interna y externa de la Institución, tal y como está establecido en la matriz del flujo de la información y la comunicación.• Se evidencia acta de socialización del Acta 012 del 13 de octubre de 2021.• Las comunicaciones se realizan de manera positiva a través de correos electrónicos, oficios o llamada telefónica tal y como como lo establecen los procedimientos documentados.• De igual manera se evidencia la comunicación de la prestación del servicio a través de la página web, requiere actualizarse.



Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

1 de 1

No conformidad	7.5.2. Creación y actualización de la información documentada	<ul style="list-style-type: none">• En la verificación de la información documentada en el centro interactivo se evidencia que los procedimientos:• PGP-02 Ejecución Presupuestal de Gastos de Nomina.• PGP-03 Ejecución Presupuestal de Ingresos.• PGP-04 Registro de Movimientos que no Generan Flujo de Caja.• PGP-05 Ejecución Presupuestal de Convenios y Contratos. <p>No tiene actualizada la norma ISO 9001, se sigue citando la versión del 2005. La estructura del formato esta desactualizada.</p> <ul style="list-style-type: none">• En el formato FGP-04 V 0.3 en la casilla donde se certifica se describe textualmente: que el presupuesto de gastos e inversión de la vigencia fiscal del 2012 existe disponibilidad presupuestal así. La disponibilidad del presupuesto es de la vigencia actual.• En la casilla del CDP tiene asignado un número el cual es asignado por el sistema.• Se observo la utilización de los formatos en versiones que no concuerdan con las publicadas en el centro interactivo, caso puntual el formato FGP-32; el que genera el sistema es versión 05 y el que esta publicado es versión 04.• Se realizo modificación del Indicador de gestión del proceso la cual se dejó como evidencia en el acta 06 del 27 de abril del 2021.• En la revisión de los indicadores publicados en el centro interactivo se encuentro como nombre del proceso, por lo que se hace necesario hacer una actualización de la ficha técnica.
conformidad	7.5.3.2 b y d. Control de la información documentada	<ul style="list-style-type: none">• La información se controla con copias de seguridad del sistema, las cuales las hace plataforma algunas diarias y otras por periodos.• Por pandemia se trabajó con Teams allí se encuentran los documentos. Se está haciendo proceso de recopilación de la información para poderlo consolidar y guardar la copia.• En el archivo en físico se verifico la utilización de las tablas de retención documental.



Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

1 de 1

	8.1. Planificación y control operacional	<p>Acorde a lo establecido en el procedimiento y en los listados maestros de documentos y formatos, se verifico el cumplimiento de lo descrito por el proceso para la prestación del servicio, a través de la selección de los siguientes procedimientos:</p> <ul style="list-style-type: none">- PGP-02 Ejecución Presupuestal de Gastos de Nomina.- PGP-05 Ejecución Presupuestal de Convenios y Contratos. <p>Observándose que la presentación del servicio de hace de acuerdo a lo documentado, si embargo se hace necesario revisar las versiones de los formatos publicados en el centro interactivo del SIG y los generados por Gestasoft ya que no concuerdan las versiones.</p>
Conformidad	8.2.1 a. Comunicación con el cliente	<ul style="list-style-type: none">• El proceso auditado manifiesta que en la oficina se reciben comunicaciones de diferentes tipos los cuales son atendidos ya sea por el aplicativo, correo electrónico, mediante llamadas telefónicas, videollamadas o por los diferentes medios tecnológicos.
No conformidad	8.2.2 Determinación De Los Requisitos Para Los Productos Y Servicios.	<ul style="list-style-type: none">• No se evidencia acta de actualización de la matriz de requisitos legales. La última se realizo el 3 de agosto del 2018.
No conformidad	8.6. Liberación de los productos y servicios	<ul style="list-style-type: none">• En la verificación de la información se encontró soporte en acta 04 del 26 de febrero del 2021 de la medición del indicador de la satisfacción del cliente del segundo semestre del 2020 con un porcentaje de satisfacción del 100%, si embargo no se evidencia medición del indicar en el primer semestre del 2021
Conformidad	8.7. Control de las salidas no conformes	<ul style="list-style-type: none">• Mediante acta de grupo de mejoramiento 03 del 4 de febrero del 2021 el proceso dejo evidencia que no identificaron productos o servicios no conformes durante la última vigencia por lo tanto no se tomaran las acciones.
Conformidad	9.1.1 seguimiento, medición, análisis y evaluación. Generalidades	<ul style="list-style-type: none">• Se verifico medición del indicador PQRS en Actas de grupo de mejoramiento 05 del 16 de abril del 2021 primer trimestre 2021, Acta 08 del 29 de julio con la segunda medición del indicador. Acta 012 del 13 de octubre de 2021 tercera medición del indicador. Porcentaje de satisfacción del indicador es el 100% en los tres trimestres.• En la verificada la información en BARISOFT el proceso no aparece al día en la medición de los indicadores.• En acta 01 se socializo a los asistentes el cronograma que se seguirá para dar cumplimiento al proyecto de automatización de los centros de costos. El cronograma diseñado se enlaza con el Plan de Desarrollo y Plan de Gestión, este contiene las acciones estratégicas para el 2021 y 2020 así como el presupuesto para estas dos vigencias. Se estipula un avance del 50% en la vigencia 2021 conforme a las metas del Plan de Gestión y para el 2022 la automatización debe estar en un 100%. El producto final de este proyecto será una nueva versión de información financiera, contable y presupuestal del Software Gestasoft. Una vez verificada la información en el sistema el avance es del 25%, se espera que al finalizar la vigencia se alcance la meta que es del 50%



Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

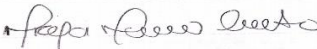
1 de 1

Conformidad	10.1. MEJORA. Generalidades	<ul style="list-style-type: none">Se evidencian reuniones del plan de mejoramiento en actas.Se tienen establecidas las acciones de mejora continua a través del FAC-49, el cual se elaboró y aprobó en acta de reunión de grupo de mejoramiento.
Conformidad	10.2.1. No conformidad y acción correctiva	<ul style="list-style-type: none">No se implementó plan de acciones correctivas porque en la vigencia 2020 no se encontraron no conformidades en la auditoría.

Conclusiones

- Se evidencia el compromiso por parte del personal en el cumplimiento de los aspectos y requisitos y en la aplicación de la norma ISO 9001:2015


Firma Auditor Interno.


Aprobado Auditor Líder.