

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

Auditoría N°	PROCESO AUDITADO	Fecha		
		Día	Mes	Año
1	SECRETARÍA GENERAL	26	10	2021
Auditor Líder	Mireya Moreno Castro	Representante de la Alta Dirección	Cecilia Duran Jaimes	
Nombre(s) del Equipo Auditor		Cargo		
Rita Amparo Parada Mendoza		Auditor Interno		

Objetivo(s)	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	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

Aspectos Relevantes	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Disponibilidad del Líder del proceso y de su equipo de trabajo, para atender la auditoría. ✓ Se realizó la auditoria presencial con todos los protocolos de bioseguridad ✓ Se evidencia el compromiso del líder y los funcionarios de las dependencia en el proceso ✓ Se evidencia reuniones constantes del grupo de mejoramiento para los temas relacionados con el SIG. ✓ Se observa el seguimiento al plan de trabajo lo que corresponde con el Sistema Integrado de Gestión ✓ Se espera que sigan realizando las reuniones y evaluando los avances en el proceso.
Aspectos por Mejorar	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se recomienda revisar la matriz legal FAJ-15: "Matriz de Requisitos Legales" para su ajuste ✓ Se recomienda la revisión de los procedimiento y verificar si todos se utilizan

Hallazgos de Auditoría		
Tipo	Requisito	Descripción
CONFORMIDAD	4.1 Comprensión de la organización y de su contexto	El proceso de Secretaria General comprenden y conocen La Matriz del contexto institucional



Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

1 de 1

CONFORMIDAD	4.2.a Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas	El líder del proceso y los funcionarios conocen la matriz de Necesidades y Expectativas de las Partes Interesadas. La última actualización se realizó en el 2018.
CONFORMIDAD	4.4.1 a. Mejora continua del sistema de Gestión de Calidad.	Se establecen las entradas y salidas del proceso las cuales se encuentra claramente establecidas en la caracterización del proceso HDE.SG-01 v.02.
CONFORMIDAD	4.4.2 Mantener y conservar información documentada	a). Mantiene la información documentada para apoyar el proceso, como se pudo evidenciar en los PDE.SG-03 Grados, PDE.SG-05 Solicitudes b). Conservar la información documentada para tener la confianza de que los procesos se realizan según lo planificado, los medios utilizados son el correo electrónico, los acuerdos del Consejo Superior y el Consejo Académico los cuales son empastados y reposan los últimos años en la Secretaria General, al igual que las Actas y el registro de grados debidamente documentado.
CONFORMIDAD	5.2 Política de calidad	Se evidencia que el líder y los funcionarios del proceso conocen la política de Calidad y la aplican en su trabajo con eficiencia, eficacia y se puede evidenciar en el sentido de pertinencia de cada uno de los funcionarios de la Secretaria General.
CONFORMIDAD	5.3 Roles, Responsabilidades y autoridades de la organización	El líder del proceso y los funcionarios conocen la Matriz de Responsabilidades y Autoridades del Sistema Integrado de Gestión. El líder del proceso manifiesta que se socializó la matriz como se puede evidenciar en el Acta 11 del 21 de octubre de 2021.
CONFORMIDAD	6.1.2.	Se evidencia el mapa de riesgos y de oportunidades del proceso con su respectivo seguimiento como se evidenció en el ACTA No 5 de reunión de grupo de mejoramiento del día 27 de abril de 2021 y actualización en el Acta 8 del 4 de agosto de 2021.
CONFORMIDAD	6.2.2	Se evidencio Planificación, Control y Seguimiento de Actividades. FAC-23 v.03 del 3 de febrero de 2021, con 5 actividades planteadas para el año 2021 como se puedo evidenciar en el Acta 003 del 3 de febrero de 2021 del grupo de mejoramiento de la Secretaria General
CONFORMIDAD	6.3. Planificación de los Cambios	Plan de Gestión del Cambio y Mejora Continua 2020- FAC-49 v.01 aprobado mediante- ACTA N° 02 de 02 febrero de 2021- con 2 actividades en la descripción del cambio o mejora las cuales se han ejecutado en un 90%, cumpliéndose una actividad de mejora en un 100% que es la adecuación de la dependencia.



Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

1 de 1

CONFORMIDAD	7.1.4 Ambiente para la operación del proceso	<p>Se evidencia un buen ambiente laboral, existe buena comunicación y colaboración entre los empleados.</p> <p>Los funcionarios manifiestan que asisten a las capacitaciones que programa Gestión de Talento relacionadas con la reducción del estrés y cuidado de emociones y que en la oficina hacen actividades para compartir con los compañeros.</p> <p>Al momento de la auditoria se evidenció que el sitio de trabajo tiene muy buena iluminación, circula el aire y los puestos de trabajo están acorde y cumplen con todos los protocolos de bioseguridad. Los funcionarios manifiestan que por la obra a veces hay ruido.</p>
CONFORMIDAD	7.3. Toma de Conciencia	<p>Se evidencia en las actas del grupo de mejoramiento números 04 del 8 de abril de 2021, número 11 de 21 de octubre de 2021, que se socializó la política de calidad y los objetivos Acta 005 del 27 de abril de 2021 y Acta 008 del 4 de agosto de 2021 se hizo control y seguimiento a los riesgos.</p>
CONFORMIDAD	7.4. Comunicación	<p>Se evidencia que los funcionarios conocen la FDE.CP-01 Matriz de Flujos de Información y Comunicación, con consecuencia COVID-19 la comunicación se ha realizado más por correo electrónico. – Los registros de reuniones del Consejo Superior y Académico se deja evidencia en Actas de reunión.</p>
CONFORMIDAD	7.5.2. Creación y actualización	<p>Se evidenció que los procedimientos están acorde al listado maestro de documentos.</p> <p>Se evidencia que los Acuerdos del Consejo Académico y los del Consejo Superior están debidamente firmados.</p> <p>Se verificó la carpeta donde archivan el FDE.SG-03v.00 “Acta de Posesión” las cuales están debidamente diligenciadas y firmadas con los soportes requeridos para la misma</p>
CONFORMIDAD	7.5.3.2 b y d.	<p>El proceso de Secretaria General manifiesta que la copia de seguridad se realizó en el año 2018, con relación con las bases de datos que maneja la funcionaria Yulieth Rocio se hacen copias de seguridad cada 3 meses.</p> <p>Los Acuerdos del Consejo Superior y Académico reposan desde el año 2017 los otros fueron enviados al Archivo Central, según las tablas de retención documental.</p> <p>Se evidencio que la información está en las carpetas debidamente marcas siguiendo los lineamiento del Gestión documental</p>



Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

1 de 1

CONFORMIDAD	8.1. Planificación y control operacional	<p>Los funcionarios socializaron PDE.SG-03 “Grados” manifiesta que se realizó una modificación según Calendario Académico modificado Acuerdo 056 28-09-2021_ modifíco la fecha de grado que quedaron el 20 21 y 22 de octubre se realizaron los grados. Se parametriza en el aplicativo la plantilla último registro libros FDE.SG-05 v.01 esta actualizado, Se hace la impresión del registro como se evidencia en el acta 672 de 22 de octubre de 2021, 669 a la 672, el acta la firma los decanos el rector y el secretario General. Diplomas se pasa firma del jefe el secretaria General Acta de grado firma secretaria paginar los se distribuyó los diplomas acta de grado a cada por diplomas una comunicación, Acta general</p> <p>Se socializó el PDE.SG-04 Elección de Representante a los Diferentes Organismos en el ítem <i>ELECCIÓN DE REPRESENTANTE DEL SECTOR PRODUCTIVO AL CONSEJO SUPERIOR UNIVERSITARIO que fue la elección que se realizó este año</i>, el cual se puede evidenciar El Acta 004 del 16 de septiembre de 2021 y se constata que se realizó conforme a lo descrito en el procedimiento.</p>
CONFORMIDAD	8.2.1 Comunicación con el Cliente a.)	Se proporciona información mediante la página web del proceso, la mayoría de la comunicación se realiza por correo electrónico, llamadas telefónicas y presencial para los casos que se requiere.
CONFORMIDAD	8.2.1 b y c.	Los funcionarios del proceso de Secretaria General manifiesta que no se ha recibido ninguna queja, solicitud o sugerencia por el módulo de PQRSD y tampoco se han recibido por otros medios, manifiestan que cuando llega una solicitud que no corresponde al proceso es direccionado a la dependencia correspondiente.
CONFORMIDAD	8.2.2	Los funcionarios conocen el FAJ-15: Matriz de Requisitos Legales y la identifican frente a cada proceso, se sugiere se haga una revisión con relación a los acuerdos que modifican los acuerdos que están en la matriz, teniendo en cuenta que no se nombran en la matriz. Actualización del matriz año 2018.
CONFORMIDAD	8.6.	Los funcionarios del proceso manifiestan que Mediante la encuesta de Satisfacción se evidencia la conformidad del servicio.
CONFORMIDAD	9.1.1.	Se evidencia Ficha Técnica de Indicadores de Gestión HAC-12 Nombre del Indicador: Peticiones, Quejas, Reclamos y Denuncias Resueltas- Periodo: julio, agosto y septiembre 2021: 92,00% (acta 10 del 11 de octubre de 2021) y el porcentaje de avance Porcentaje avance de actividades del cronograma del estatuto general total de las actividades del cronograma del estatuto general x 100 se evidencia se ha cumplido un 80 % de la meta que es de 49% para este año.
CONFORMIDAD	9.1.2 Satisfacción del cliente 9.1.3 Análisis y Evaluación	Se lleva a cabo el análisis y grado de satisfacción del cliente, Acta 007 del 12 de julio de 2021 donde se evidencia un 82,6% de satisfacción.
CONFORMIDAD	10.1.	Se evidencia en el Plan de Gestión del Cambio y Mejora Continua 2021 FAC-49 v.01 Elaborado Mediante Acta N° 03 de 03 febrero de 2021.



Informe de Auditoría Interna

Código	FCI-42 v.00
Página	1 de 1

CONFORMIDAD	10.2 conformidad y acción correctiva 10.2.1	De la auditoria anterior no le fueron reportadas no conformidades. El proceso elaboro el FAC_50 Matriz de Identificación y Reporte del producto o Servicio No conforme mediante acta 03 del 3 de febrero de 2021
CONFORMIDAD	10.3 Mejora continua	El líder y los funcionarios muestran el compromiso por la mejora continua de su proceso.
CONFORMIDAD	Directrices ambientales, matriz de riesgos y peligros, reporte de incidentes y accidentes de trabajo	En Secretaria General se ha presentado un Incidente de trabajo que le ocurrió a una compañera, el cual fue informado y se siguió los protocolos establecidos por la ARL para el reporte y seguimiento del Mismo. En cuanto a las directrices ambientales la Secretaria General trata en lo posible imprimir sólo lo necesario y lo hace a doble cara lo demás utilizan los medios electrónicos para ahorrar papel.

Conclusiones

- Se verificó el gran compromiso y cumplimiento por parte de los funcionarios que participan en el proceso de Secretaria General para los cumplimientos de los requisitos establecidos en la ISO 9001:2015 y la normatividad interna y externa aplicable al Sistema Integrado de Gestión de la Universidad de Pamplona.

Firma Auditor Interno.

Aprobado Auditor Líder.

Aprobado por el líder del Secretaria General