



### Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.01

Página

1 de 5

Auditoría N°	PROCESO AUDITADO		Fecha		
			Día	Mes	Año
1	Servicio de Asistencia en Tecnologías de Información		12	10	2023
<b>Auditor Líder</b>	Zoila Fabiola Ramón Fuentes	<b>Representante de la Alta Dirección</b>	Henry Murillo		
<b>Nombre(s) del Equipo Auditor</b>		<b>Cargo</b>			
Amparo Parada Mendoza		Auditora Interna			

Objetivo(s)	Alcance
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.	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, que no fueron auditados en la vigencia 2022 y los procesos que presentaron No Conformidades en la Auditoría Interna 2022.
<b>Documentos de Referencia (Criterios)</b>	Norma Técnica de Calidad NTC ISO 9001:2015, NTC ISO 19011:2018, MECI, PCI-10 Auditorías Internas de Calidad, Formatos, Documentación de los Procesos vigente, FAJ-15 "Matriz de Requisitos Legales", FCI-19 "Plan de Acciones Correctivas, 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
	12	09	2023		1	11	2023

<b>Aspectos Relevantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Disponibilidad del delegado del proceso Servicio de Asistencia en Tecnología de Información y de su equipo de trabajo, para atender la auditoría.</li> <li>Se evidencia el compromiso en la mejora del proceso.</li> <li>Se observa el seguimiento al plan de trabajo lo que corresponde con el Sistema Integrado de Gestión .</li> </ul>
<b>Aspectos por Mejorar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Concluir la revisión de los procedimientos, para que la modificación se realice lo más pronto posible</li> <li>Verificar si todos los procedimiento, protocolos y instructivos se requieren para el proceso</li> <li>Se recomienda que los procedimientos se pasen a la plantilla actual</li> <li>Revisar si los formatos FCA 26 Y FCA 29 se requieren en alguno de los procedimientos del proceso</li> <li>Sitio de trabajo con poco espacio para todo el personal que labora en esta oficina</li> </ul>

### Hallazgos de Auditoría



## Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.01

Página

2 de 5

Tipo	Requisito	Descripción
CONFORMIDAD	4.1 Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas	Los funcionarios de la dependencia conocen y ubican la matriz de contexto de la organización institucional – DOFA.  Se elaboró y socializó el DOFA del proceso permitiendo identificar los factores internos y externos, como se pudo evidenciar en el Acta 001 25 de enero de 2023.
CONFORMIDAD	4.2.a Las partes interesadas que son pertinentes al sistema de gestión de la Calidad	El líder del proceso y los funcionarios conocen la matriz de Necesidades y Expectativas de las Partes Interesadas. La última revisión se realizó 23 de marzo de 2023 como consta en el Acta número 4.
CONFORMIDAD	4.4.1 a. Determinar las entradas requeridas y las salidas esperadas en el proceso	Se establecen las entradas y salidas del proceso las cuales se encuentra claramente establecidas en la caracterización del proceso HAC-13 v.00. Se evidencia que se leyó y se revisó en las Acta 4 del 23 de marzo de 2023. .
CONFORMIDAD	4.4.2 Mantener y conservar información documentada	El proceso mantiene la información documentada por medio de un repositorio Documental que está en el SharePoint y Onedrive del proceso, las Carpetas digitales son marcadas con el NI(código asignado por planeación)_ abreviatura del cliente y allí guardan Contrato, propuesta, viabilidad, póliza comprobante de propuesta y datos del contrato, también queda la evidencia en el correo electrónico.
CONFORMIDAD	5.2 Política de calidad	Se evidencia que el delegado del sistema y los funcionarios conocen la política de Calidad, aportan desde las actividades diarias que desempeñan, atendiendo a los clientes tanto internos como externo de la mejor manera.
CONFORMIDAD	5.3 Roles, Responsabilidades y autoridades de la organización	Localizan e Identifican desde sus procesos la importancia de la Matriz de Roles y Responsabilidades del Sistema Integrado de Gestión la cual debe comunicarse, socializarse, entenderse y aplicarse por parte del líder y el equipo de trabajo y toma de conciencia de la misma.
CONFORMIDAD	6.2. Objetivos de Calidad y Planificación	El proceso aporta al cumplimiento de los objetivos en especial al tercero <i>Potenciar la gestión de proyectos de extensión con enfoque territorial</i> . Lidera asistencia técnica a 15 instituciones activas que impactan en el desarrollo. como se evidenció en el quehacer diario, donde cada uno procura en minimizar los tiempos de respuesta con eficiencia y eficacia.
CONFORMIDAD	6.2.2 Planificación como lograr los objetivos	Se evidencia la Planificación, Control y Seguimiento de Actividades propuestas en el FAC-23 v.03 <b>“Planificación, Control y Seguimiento a las Actividades”</b> con 8 actividades planteadas para el año 2023, según acta 002 de 16 de febrero de 2023.
CONFORMIDAD	6.3. Planificación de los Cambios	El Plan De Gestión Del Cambio Y Mejora Continua FAC- 49, se elaboró mediante Acta 3 del 16 de febrero de 2023, el cual se le han realizado Seguimiento como consta en las Acta 5 del 14 de abril, Acta 7 del 27 de abril, Acta 9 del 15 de agosto de 2003 con un cumplimiento del 65,7%



## Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.01

Página

3 de 5

CONFORMIDAD	7.1.4 Ambiente para la operación del proceso	<p>Se evidencia buen ambiente laboral, existen buena comunicación entre ellos. En el momento cuenta con el personal requerido.</p> <p>Se evidencia que el lugar tiene poco espacio para las personas que laboran en el proceso.</p>
CONFORMIDAD	7.3. Toma de Conciencia	<p>Se evidencia en el acta del grupo de mejoramiento 010 del 14 de septiembre de 2023, que se socializó la política de calidad y los objetivos</p> <p>El proceso elaborando unas píldoras para que los integrantes del proceso recuerden cada una</p> <p>En las Actas 5 del 14 de abril, Acta 9 del 15 de agosto de 2023 realizaron 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, la cual fue socializada mediante acta N° 2 y 3 del 16 de febrero de 2023, después de la pandemia el proceso siguió manejando todo por correo electrónico y módulo de PQRSD.</p>
CONFORMIDAD	7.5.2. Creación y actualización	<p>-Se evidenció que los procedimientos están acorde al listado maestro de documentos.</p> <p>-En el listado maestro de formatos se encontró el FAC- 26 V.00 "Acta de entrega y Aceptación y el FAC-29 V00 "Establecimiento equipo de trabajo" no están enlazados a ningún procedimiento, se hace la observación para que se verifique y se haga los ajustes necesarios</p> <p>Se revisó el empalme de la analista Martha Isabel Alarcón Lizano a Jair Acuña, el cual estaba conforme al PAC-11 "Realización de Empalme del Servicio de Soporte.</p> <p>El delegado del Sistema mostro la carpeta de la UTC_ Universidades Tecnológicas María Cano con la información que establece el procedimiento PCA-14 "Seguimiento de proyectos suscritos en el CIADTI".</p>



## Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.01

Página

4 de 5

CONFORMIDAD	7.5.3.2 b y d.	<p>Según lo establecido en el PAC-07 "Realización de Copias de Seguridad" establece cada mes hacer las copias de seguridad, los medios utilizados son: servidor, CDS, DVD y la nube; las copias almacenadas en cd o dvd son rotuladas con los siguientes datos: Nombre del proceso, asunto respecto de la información, fecha, funcionario responsable. En la nube se crea una carpeta con la fecha (día, mes año) donde se subirán los respectivos archivos. Se evidencio la copia de seguridad del 2 octubre de 2023 en la que se utilizó 2 dvd.</p> <p>Según consta en el Acta 6 del 27 de abril de 2023 se reunieron con el señor Asdrubal de la oficina de Gestión documental para revisar lo relacionado con la documentación del proceso y las Tablas de Retención, con el fin de recibir orientación para realizar una depuración de la información.</p>
CONFORMIDAD	8.1. Planificación y control operacional	<p>El proceso planifica, implementa y controla como se pudo evidenciar en el cumplimiento del PAC-05 "Planificación del proceso" y las actividades descritas en el FAC – 23 del 16 de febrero de 2023 como consta en el Acta 9 del 15 de agosto de 2023 se le realizó seguimiento con un cumplimiento 60%.</p> <p>Reuniones de Seguimiento al FAC- 49 Acta 5 del 14 de abril de 2023, Acta 6 del 27 de abril de 2023 y Acta 9.</p>
CONFORMIDAD	8.2.1 Comunicación con el Cliente a.)	<p>La mayoría de la comunicación se realiza por correo electrónico, por cat, skype llamadas telefónicas, módulo de PQRSD y presencial para los casos que se requiere. En el último año no ha recibido quejas</p>
CONFOMIDAD	8.2.1 b y c.	<p>Cuenta con los siguientes protocolos: TCA -05 "Consideraciones del Servicio" Establecen en el proceso, condiciones y restricciones para la atención al cliente y Protocolo TCA -06 Normas de Atención al Cliente (pautas a seguir para la Atención al Cliente de los aplicativos del Centro de Investigación Aplicada y Desarrollo en Tecnologías de Información)</p> <p>No se evidencias PQRSD según Acta 05 de 14 de abril de 2023.</p>
CONFORMIDAD	8.2.2 Determinación de los requisitos para los productos y servicios	<p>Los funcionarios conocen el FAJ-15 v.03 la Matriz de Requisitos Legales y la identifican frente a cada proceso, mediante Acta 7 del de 24 de 2023 y Acta 10 del 14 de septiembre fue revisada y socializada respectivamente.</p>
CONFORMIDAD	8.6. Liberación de los productos y servicios	<p>El delegado del sistema manifiesta que cuando un producto es liberado, se hace acompañamiento hasta que el cliente quede satisfecho y mediante la medición de la Satisfacción</p>
CONFORMIDAD	8.7 Control de las salidas no conformes	<p>Mediante Acta 2 del 16 de febrero se elaboró el Plan de Acciones Correctivas</p> <p>El proceso diligencio el FCI –19 Plan de Acciones Correctivas con la no conformidad de la auditoria interna anterior, se evidenció que se realizó la elaboración del plan de mejora como se evidencia en las Acta 2 del 16 de febrero y Acta 7 del 24 de julio de 2023,</p>



### Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.01

Página

5 de 5

CONFORMIDAD	9.1.2 Satisfacción del cliente 9.1.3 Análisis y Evaluación	Acta 5 del 14 de abril y Acta 09 del 15 de agosto de 2023 Se evidencia Ficha Técnica de Indicadores de Gestión HAC-12 Medición de Satisfacción del cliente: para el primer trimestre del año el indicador genera un porcentaje de cumplimiento del 100 % .
CONFORMIDAD	10.1.	Se evidencia en el Plan de Gestión del Cambio y Mejora Continua 2023 FAC-49 Elaborado Mediante Acta N° 02 de 16 Febrero de 2022.
CONFORMIDAD	10.2 conformidad y acción correctiva 10.2.1	Se evidencia que el proceso atendió y subsano la no conformidad presentada
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 la oficina no se ha presentado Incidente de trabajo En cuanto a las directrices ambientales el proceso tiene la política de 0 papel y todo lo hacen por los medios electrónicos establecidos.

#### Conclusiones

- Se verificó el gran compromiso y cumplimiento por parte de los funcionarios que participan en el proceso 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.

Elaboró	Aprobó	Validó
<b>Auditor Interno</b>	<b>Líder Proceso Auditado</b>	<b>Auditor Líder</b>