



### Informe de Auditoría Interna

Código FCI-42 v.01

Página 1 de 1

Auditoría N°	PROCESO AUDITADO			Fecha		
				Día	Mes	Año
				26	09	2023
Auditor Líder	Fabiola Ramón Fuentes	Representante de la Alta Dirección	Henry Murillo			
Nombre(s) del Equipo Auditor		Cargo				
Fabiola Ramón Fuentes		Auditor Interno				

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.
Documentos de Referencia (Criterios)	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		27	10	2023

Aspectos Relevantes	<ul style="list-style-type: none"><li>• La buena disposición de la líder del proceso y del equipo de trabajo en el desarrollo de la auditoria.</li><li>• Se evidencia la mejora continua en el proceso ya que se está actualizando la información documentada.</li><li>• Se evidencia el trabajo en equipo, compromiso y buena comunicación.</li></ul>
---------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



## Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.01

Página

1 de 1

### Aspectos por Mejorar

- Se recomienda realizar la medición a través de un indicador a la planeación estratégica institucional.
- Continuar con la revisión y actualización de la información documentada.

### Hallazgos de Auditoría

Tipo	Requisito	Descripción
Conformidad	4.1 A Comprensión De La Organización Y De Su Contexto	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ En Acta de reunión 04 del 26 de enero del 2022, se evidencio la actualización de la matriz DOFA institucional.</li><li>✓ El equipo de trabajo identifica las debilidades, fortalezas amenazas y oportunidades del proceso, el contexto organizacional y direccionamiento estratégico de la institución.</li><li>✓ No se evidencio acta de socialización de la matriz DOFA del proceso</li></ul>
Conformidad	4.4.1 a) Sistema De Gestión De La Calidad Y Sus Procesos	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Los integrantes del equipo de trabajo Saben ubicar las entradas y salidas en el ciclo PHVA del proceso.</li><li>✓ La caracterización se encuentra publicada en el centro interactivo del Sistema Integrado de Gestión de Calidad. se evidencio acta de grupo de mejoramiento 066 del 9 de septiembre del 2022 con la última actualización.</li></ul>
Conformidad	5.2 Política De Calidad	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Conocen e identifican desde el quehacer diario, con el trabajo en equipo y con buena prestación del servicio a las partes interesadas como aportan a la mejora continua no solo del proceso si no de la institución.</li><li>✓ En acta 105 del 11 de septiembre se socializó a los integrantes del grupo de mejoramiento la política de calidad.</li></ul>
Conformidad	5.3 Roles, Responsabilidades Y Autoridades En La Organización	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ La lidere del proceso y el personal de apoyo conocen la matriz de roles y responsabilidades. Identifican las responsabilidades y compromisos ante el sistema integrado de gestión.</li><li>✓ Mediante acta 105 del 11 de septiembre se socializó la matriz de roles y responsabilidades a los integrantes del proceso de planeación.</li></ul>



## Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.01

Página

1 de 1

Conformidad	6.1. 2 acciones para abordar riesgos y oportunidades.	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ En Acta grupo de mejoramiento 017 del 20 de febrero del 2023 se actualizo el Mapa de Riesgo de la presente vigencia. Se identifica dos riesgos de corrupción y seis de gestión.</li><li>✓ En Acta 105 se evidencio socialización al equipo de trabajo del mapa de riesgos de corrupción y de gestión</li><li>✓ Se verificó seguimiento y control al mapa de riesgos en Acta 050 del 23 de abril del 2023, Acta 91 del 1 de agosto del 2023.</li></ul>
Conformidad	6.2 Objetivos De La Calidad Y Planificación Para Lograrlos	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ La líder del proceso y el personal que labora en la Proceso de Planeación conocen los objetivos de calidad, en especial al que le apunta el proceso en cual es Fortalecer la Gestión Organizacional y la Sostenibilidad Financiera Institucional.</li><li>✓ Reconocen como desde sus actividades aportan al cumplimiento del objetivo de calidad.</li></ul>
Conformidad	6.2.2 Planificación Como Lograr Sus Objetivos De Calidad	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Se evidencio acta de grupo de mejoramiento 017 del 20 de febrero del 2023 que se elaboró el FAC-23. "Planificación, Control y Seguimiento de Actividades del proceso para la presente vigencia.</li><li>✓ Se efectuó primer control y seguimiento según Acta 050 del 23 de abril del 2023 con un avance de cumplimiento del 23% correspondiente a 3 actividades ejecutadas y 11 actividades en ejecución que correspondieron al primer trimestre.</li><li>✓ En acta de reunión 091 del 1 de agosto del 2023 se realizó control y seguimiento a las actividades con un avance de cumplimiento del 41% correspondiente a 4 actividades ejecutadas y 21 actividades en ejecución del segundo trimestre.</li></ul>
Conformidad	6.3. Planificación de los cambios	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Se evidencio cierre de la planificación de la vigencia del año 2022 en acta de grupo de mejoramiento 08 del 6 de febrero del 2023.</li><li>✓ Se realizó la planificación del proceso para el año 2023 en acta de grupo de mejoramiento 017 del 20 de febrero del 2023.</li><li>✓ Se evidencio seguimiento y control en Acta de grupo de 050 del 23 de abril del 2023, Acta 91 del 1 de agosto del 2023.</li></ul>
Conformidad	7.1.4 Ambiente Para La Operación	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ La oficina de Planeación Institucional cuenta con mobiliario nuevo ergonómico y distribución de puestos de trabajo.</li><li>✓ Se evidencia buen ambiente laboral y trabajo en equipo</li></ul>



### Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.01

Página

1 de 1

Conformidad	7.3 Toma De Conciencia	✓ Se evidencio acta de reunión 105 del 11 de septiembre del 2023 en donde se realizó socialización de matriz de oportunidades, matriz de comunicación, matriz de requisitos legales, mapa de riesgos a los integrantes del grupo de mejoramiento.
Conformidad	7.4 Las comunicaciones	✓ Las comunicaciones del proceso las realizan a través de correo electrónico. ✓ Conocen la matriz de flujo de información y comunicación. ✓ Se realizó actualización a la matriz, se dejó como soporte Acta 017 del 20 de febrero del 2023. ✓ Se evidencio acta de reunión 105 del 11 de septiembre del 2023 con a socialización de la matriz al equipo de trabajo.
No conformidad	7.5.2 Creación y actualización de la información documentada	✓ En acta de reunión 016 del 14 de febrero del 2023 se socializo formatos que se actualizaron y se crearon de planeación física. Se evidencio que se encuentran publicados en el centro interactivo del SIG <ul style="list-style-type: none"><li>• FDE.PL-39 Solicitud de Mejoramiento de Espacios Físicos.</li><li>• FDE.PL- 40 Informe de Visitas y Concepto Técnico.</li><li>• FDE.PL-67 Acta de Comité de Obra.</li><li>• FDE.PL-68 Acta de Reinicio</li><li>• FDE.PL-69 Acta de Recibo Final</li><li>• FDE.PL-70 Informe Semanal</li><li>• FDE.PL-71 Acta de Recibo Parcial de Obra</li><li>• FDE.PL-72 Acta de Suspensión</li></ul> ✓ Se evidencio actualización de PDE.PL-08 v.07 Planeación Física según lo descrito en el FAC08 Acta de Reunión 16 del 14 de febrero del 2023 y acta de reunión 91 del 01 de agosto de 2023



## Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.01

Página

1 de 1

- FDE.PL-58 Hoja de Vida Vehículo.
- FDE.PL-60 Listado de Personal a Transportar,
- FDE.PL-63 Pre Operativo.
- FDE.PL-64 Revisión de Vehículo para Concepto Técnico,

✓ En acta de reunión 105 del 11 de septiembre del 2023 del grupo de mejoramiento se evidencio:

- Eliminación de los siguientes procedimientos y formatos:
  - PDE.PL-04 Gestión Financiera.
  - PDE.PL-05 Gestión de Proyectos de Inversión Institucional.
  - FDE.PL-57 Control de Vehículo y Servicio de Transporte.
  - FDE.PL-59 Relación del Personal Transportado.
  - IDE.PL-06 Mantenimiento Vehicular.
  - GDE.PL-05 Ficha Técnica de Vehículo.
- Actualización:
  - PDE.PL-03 Gestión por Planes y Resultados.
  - PDE.PL-09 Prestación de Servicio de Transporte Terrestre.
  - FDE.PL-56 Constancia de Prestación del Servicio de Transporte.

✓ En la revisión de la documentación que está en el centro interactivo se encontraron los siguientes procedimientos que están en el formato desactualizado y que no fueron relacionados en el acta 105 del 11 de septiembre del 2023 del grupo de mejoramiento para ser actualizados o eliminados.

- PDE.PL-07 Elaboración Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.
- IDE.PL-03 Seguimiento a la Planeación Estratégica Institucional.
- IDE.PL-05 Rendición de Cuentas.
- GDE.PL-01 Diligenciamiento Formato Presentación Proyectos de Inversión Institucionales.



## Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.01

Página

1 de 1

		✓ Se evidencio en el listado maestro de formatos no esta relacionado HDE.PL-03 Ficha Técnica de Indicadores de Gestión (exclusivo para indicadores del Plan de Desarrollo)
Conformidad	Planificación y control operacional	✓ Una vez verificada el procedimiento PDE.PL-09 Prestación de Servicio de Transporte Terrestre y el instructivo IDE.PL-06 Mantenimiento Vehicula y en el listado maestro de formatos, se evidencio el cumplimiento de lo descrito por el proceso para la prestación del servicio, observándose de realiza de acuerdo a lo documentado.
Conformidad	8.2.1 a) Comunicación Con El Cliente	✓ La comunicación con las partes interesadas se realiza a través de la página institucional, con los aplicativos y sus diferentes funcionalidades, correo institucional.
Conformidad	8.2.1 b) y c) Comunicación Con El Cliente	✓ Las peticiones se reciben por correo institucional o por oficios entregados en la dependencia y a través del aplicativo del cual la oficina de Atención al ciudadano entrega informe. ✓ En la medida que llegan al proceso las comunicaciones, estas se direccionan a quien corresponda para dar trámite, se realiza seguimiento con el fin de dar respuestas oportunamente.
Conformidad	8.2.2 Determinación De Los Requisitos Para Los Productos Y Servicios	✓ El Grupo de Mejoramiento conoce y aplica la Matriz de Requisitos Legales, tanto normatividad interna como externa, ya que en acta 105 del 11 de septiembre se evidencio que se realizó socialización y actualización de la matriz de requisitos legales para el procedimiento de Gestión por Planes y Resultados, la norma correspondiente al Plan de Desarrollo, Plan de acción, POAI y Plan de Fomento a Calidad.



### Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.01

Página

1 de 1

Conformidad	9.1.1. Seguimiento, medición, análisis y evaluación.	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ En acta de reunión de grupo de mejoramiento 050 del 23 de abril del 2023 se realizó la medición del indicador PQRSD del primer trimestre. Al correo ofiplanea@unipamplona.edu.co o en forma física llegaron 564 solicitudes a las cuales se les dio repuesta a 562 y un derecho de petición al cual se le dio trámite para dar respuesta de acuerdo a los términos de ley.</li><li>✓ Se evidencio acta de grupo de mejoramiento 091 del 1 de agosto del 2023 en donde se realizó medición del indicador PQRSD del segundo semestre. Se recibieron mediante correo electrónico 700 solicitudes de las cuales 675 fueron resueltas, así mismo se recibió un derecho de petición que se encuentra en revisión por parte de la oficina jurídica. Porcentaje de cumplimiento del indicador 90%.</li><li>✓ La medición del indicador Calificación de riesgo Obtenida la medición se realiza anualmente por lo tanto en la presente vigencia no se ha realizado. Ultima medición del indicador 6 de febrero del 2023 con porcentaje de cumplimiento del 100%.</li><li>✓</li></ul>
Conformidad	9.1.2 Satisfacción del cliente	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Se evidencio medición, se aplicaron en el primer semestre 201 encuestas, de las cuales el 91.5% de las partes interesadas se encuentran satisfechos con los servicios prestado, el 6.4% se encuentran moderadamente satisfechos y el 2.1 % insatisfechos para un promedio total de satisfacción del 98%.</li></ul>
Conformidad	10.1. Oportunidades de mejora e implementan las acciones	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Se evidencio cierre del plan de mejoramiento de la vigencia del año 2022 en acta de grupo de mejoramiento 08 del 6 de febrero del 2023.</li><li>✓ Se realizó la planificación del proceso para el año 2023 en acta de grupo de mejoramiento 017 del 20 de febrero del 2023.</li><li>✓ Se evidencio seguimiento y control en Acta de grupo de 050 del 23 de abril del 2023, Acta 91 del 1 de agosto del 2023.</li></ul>
Conformidad	10.2.1. No conformidad y acción correctiva	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ No se implementó plan de acciones correctivas producto de la auditoria anterior, sin embargo, debido a la observación realizada enviar comunicación al proceso de gestión documental para que se realizara la actualización de las TRD del proceso de planeación.</li></ul>



**Informe de Auditoría Interna**

**Código**



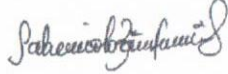
FCI-42 v.01

**Página**

1 de 1

**Conclusiones**

- ✓ Se evidencia el compromiso por parte del líder del proceso y del equipo de trabajo en el cumplimiento de los aspectos y requisitos y en la aplicación de la norma ISO 9001:2015 en la mejora continua.

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