

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

Auditoría N°	PROCESO AUDITADO		Fecha		
			Día	Mes	Año
1-2018	VICERRECTORIA ACADÉMICA		15	08	2018
<b>Auditor Líder</b>	MARITZA CONSTANZA GAMBOA	<b>Representante de la Alta Dirección</b>	RENÉ VARGAS ORTEGÓN		
<b>Nombre(s) del Equipo Auditor</b>		<b>Cargo</b>			
MAGALY MALDONADO ROZO		Auditor Interno			
DIANA CAROLINA VILLAMIZAR ACEVEDO		Auditor Observador			

<b>Objetivo(s)</b>	<b>Alcance</b>
Verificar el cumplimiento de los requisitos de las normas NTC ISO 9001:2015 – MECI y la Normatividad Interna y Externa aplicable del SIG de la Universidad de Pamplona.	<b>PROCESO VICERRECTORIA ACADÉMICA - Requisitos:</b> 4.1, 4.2, 4.4, 4.4.1, 4.4.2, 6.1, 6.1.1, 6.1.2, 6.2, 6.2.1, 6.2.2, 6.3, 7.1.6, 7.3, 7.4, 7.5, 7.5.1, 7.5.2, 7.5.3, 7.5.3.1, 7.5.3.2, 8.1, 8.2, 8.2.1, 8.2.2, 8.2.3, 8.2.3.1, 8.2.3.2, 8.2.4, 8.3, 8.3.1, 8.3.2, 8.3.3, 8.3.4, 8.3.5, 8.3.6, 8.5, 8.5.1, 8.5.2, 8.5.3, 8.5.4, 8.5.5, 8.5.6, 8.6, 8.7, 8.7.1, 8.7.2, 9.1, 9.1.1, 9.1.2, 9.1.3, 9.2, 9.2.1, 10.1, 10.2, 10.2.1, 10.2.2, 10.3 y MECI
<b>Documentos de Referencia (Criterios)</b>	NTC ISO 9001:2015, NTC ISO 9000:2015, Modelo Estándar de Control Interno – MECI:2014, Manual de Procedimientos y Operaciones, Resoluciones, Acuerdos, Manuales Internos y Normatividad Externa Aplicable a cada Proceso.

Fecha de Apertura	Día	Mes	Año	Fecha de Cierre	Día	Mes	Año
	26	06	2018		15	08	2018

<b>Aspectos Relevantes</b>	Disposición por parte del personal del proceso para atender la Auditoría.
<b>Aspectos por Mejorar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Actualización de la documentación del proceso frente a las normas de referencia NTC ISO 9001:2015, NTC ISO 9000:2015, Modelo Estándar de Control Interno – MECI:2014.</li> <li>Comunicación, socialización y aplicación de las diferentes matrices apropiadas al SIG y necesarias para la mejora y avance de los procesos.</li> <li>Seguimiento y revisión periódica del proceso y su información documentada, para la eficacia del sistema de gestión de calidad.</li> <li>Controlar la información documentada requerida por el sistema de gestión de la calidad, que permita demostrar la conformidad de sus actividades.</li> </ul>

<b>Hallazgos de Auditoría</b>
-------------------------------



## Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

1 de 1

Tipo	Requisito	Descripción
OBSERVACIÓN	4.1 Comprensión de la organización y de su contexto	La actividad se inició pero debido a la circular emitida por la Oficina de Planeación se dejó de realizar, sin embargo se tiene que trabajar en la identificación clara del contexto de la dependencia.
CONFORMIDAD	4.2 Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas	Mediante acta N°08 de 9 de julio se evidencia la identificación y socialización de la matriz de las partes interesadas, igualmente tienen claramente identificadas dentro de la caracterización del proceso.
OBSERVACIÓN	4.4.1 Establecer, implementar, mantener y mejorar continuamente un SGC	Se evidencian actas de grupo de mejoramiento en la cual se tratan todos los temas relacionados con el Sistema Integrado de Gestión, sin embargo después de verificar la documentación publicada en el Centro Interactivo, se evidencia que los procedimientos, formatos y demás se encuentran desactualizados.
OBSERVACIÓN	4.4.2 Mantener y conservar información documentada	Al solicitar las diferentes evidencias relacionadas con el cumplimiento de los procedimientos se pudo identificar que muchas de las actividades no se encuentran archivadas en la dependencia ya que las actividades se desarrollan al interior de las facultades y los procesos de apoyo de la Vicerrectoría. Los procedimientos no establecen donde se mantiene documentada la información
CONFORMIDAD	5.2.2 Comunicación de la política de la calidad	Al preguntar por la política de calidad, se evidencia que se tiene claramente establecida, está disponible y todos los integrantes del proceso aportan desde su trabajo al cumplimiento de la misma.
CONFORMIDAD	5.3 Roles, responsabilidades y autoridades de la organización	Se evidencia acta N° 08 de 9 de julio en la cual se socializó a los integrantes del grupo de mejoramiento sus roles y responsabilidades dentro del Sistema Integrado de Gestión, igualmente el personal de planta dentro de los memorandos entregados por la Oficina de Talento Humano tiene establecidas sus funciones dentro del proceso, en relación a los OPS las responsabilidades están establecidas dentro del contrato.
OBSERVACIÓN	6.1.2 Integrar y evaluar las acciones para abordar los riesgos y oportunidades	Al solicitar las evidencias sobre la creación y seguimiento al mapa de riesgos de la dependencia, se informa que mediante acta N° 01 se estableció el mapa de riesgos el cual hace parte del Plan anticorrupción y Atención al ciudadano, igualmente mediante acta N° 6 se evidencia la modificación del mapa de riesgos. En relación al seguimiento del mismo, solo se realiza cuando la Oficina de Control Interno de Gestión hace el seguimiento, por lo anterior no se evidencia un seguimiento interno del cumplimiento de las acciones establecidas en el mapa.
CONFORMIDAD	6.2.1 Establecer objetivos de la calidad para las funciones y niveles pertinentes	Se tiene claramente identificado que el objetivo al cual le apunta el proceso es "Asegurar la excelencia e innovación en la academia y en la gestión", se evidencia dentro de la caracterización del proceso.
CONFORMIDAD	6.3 Planificación de los cambios	Se evidencia acta N° 02 del 6 de febrero en la cual se construyó el plan de mejora continua el cual ya fue actualizado al nuevo formato Plan de Gestión del Cambio y Mejora continua, se evidencia control y seguimiento al mismo.
CONFORMIDAD	7.1.2 Personas	El personal de la dependencia informa que el ambiente de trabajo es satisfactorio, se maneja mucho estrés por el volumen de trabajo y los temas que se manejan, sin embargo el clima laboral al interior de la dependencia es bueno.



## Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

1 de 1

CONFORMIDAD	7.1.3 Infraestructura	Se evidencia solicitud de envío de requerimiento de adecuación de los espacios físicos, actividad efectiva ya que se encuentran realizando las obras de modificación, dando cumplimiento al numeral 7.1.3 Infraestructura de la norma NTC ISO 9001-2015.
OBSERVACIÓN	7.1.4 Ambiente para la operación de los procesos	Se evidencia la falta de mobiliario ergonómico y equipos de cómputo satisfactorio para el cumplimiento de las actividades, la solicitud se realizó pero a la fecha no ha sido posible la compra de dichos elementos.
CONFORMIDAD	7.3 Toma de conciencia	Dentro del proceso de auditoría se evidencian actividades de toma de conciencia realizados por la Líder del proceso al inicio de las actividades académicas, igualmente se evidencian campañas como el uso de papel reciclable, apagar los equipos cuando no se estén usando. Y con los clientes más importante se evidencian campañas que fomentan la toma de conciencia con todo el proceso académico
OBSERVACIÓN	7.4 Comunicación	Mediante acta N° 8 del 9 de julio se evidencia la socialización de la matriz de comunicación, se informa que se están realizando reuniones con las facultades para dar a conocer todas las actividades propias del Sistema Integrado de gestión, se evidencian las respectivas actas de reunión de esta actividad, sin embargo se hace necesario integrar a las facultades dentro del grupo de mejoramiento.
NO CONFORMIDAD	7.5.2 Creación y actualización	Se evidencia que los procedimientos y formatos se encuentran desactualizados, aunque se tienen identificados, las actividades se vienen realizando desde hace más de tres años. Razón por la cual a la fecha la documentación ya debería estar actualizada, exceptuando los procedimientos del SAAI que se encuentran en construcción y son relativamente nuevos.
NO CONFORMIDAD	<b>8. OPERACIÓN</b>	<p>En relación al cumplimiento de los procedimientos se pudo evidenciar que los procedimientos PGA-01 "Planificación Académica", PGA-06 "Responsabilidad Académica" PGA-08 "Evaluación y desarrollo docente" se encuentran desactualizados.</p> <p>Al preguntar por las actividades que se realizan para dar cumplimiento con los indicadores que están establecidos en el Plan de Gestión, se evidencia que las actividades no están documentadas.</p> <p>Se evidencia que en el centro interactivo se encuentran publicados formatos que a la fecha no se utilizan no están vinculados a los procedimientos.</p> <p>Las Actividades que ejecuta el SAAI se encuentran documentadas pero se debe verificar los responsables de la ejecución de las mismas.</p>
Observación	8.1 Planificación y control operacional	El grupo de mejoramiento informa que la planificación se basa en el calendario académico, se evidencia una planificación de las actividades al interior, pero no se realiza ningún seguimiento a las mismas.



## Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

1 de 1

CONFORMIDAD	8.2.1 Comunicación con el cliente	Se evidencia que la comunicación con el cliente se realiza mediante los medios tecnológicos institucionales, resoluciones, actos administrativos y de forma personalizada mediante la Secretaria Académica.  En relación a los derechos de petición se evidencia que se realiza el trámite dentro de los términos establecidos, apoyándose con la oficina de Asesoría Jurídica.
NO CONFORMIDAD	8.2.2 Determinación de los requisitos para los productos y servicios	En relación a la matriz de requisitos legales, no se evidencia revisión, actualización de la misma.
CONFORMIDAD	<b>8.6 LIBERACIÓN DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS</b>	La conformidad de los productos y servicios y aceptación por parte de los clientes internos se realiza mediante la medición del indicador de satisfacción del cliente, igualmente se evidencia que dentro del aplicativo de PQRSD se han recibido felicitaciones al proceso.
CONFORMIDAD	<b>8.7 CONTROL DE LAS SALIDAS NO CONFORMES</b>	No se evidencia elaboración de producto o servicio no conforme, las modificaciones y mejoras se establecieron en el Plan de Gestión del Cambio y Acciones Correctivas.
OBSERVACION	<b>9. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO</b>	Los integrantes del grupo de mejoramiento informan que se realizan reuniones de seguimiento de las actividades a cargo pero no se deja evidencia de la actividad.
CONFORMIDAD	9.1.2 Satisfacción del cliente	Se evidencia Acta N° 8 en la cual se realizó la medición del indicador de satisfacción del cliente.
OBSERVACION	10.2 No conformidad y acción correctiva	No se evidencia plan de acciones correctivas, teniendo en cuenta que en las últimas auditorías el proceso no ha sido auditado, sin embargo existe informe de auditoría de la vigencia 2014 de la cual existe plan de mejoramiento, pero el cumplimiento las actividades establecidas en dicho plan no fueron efectivas, ya que las no conformidades persisten.

### Conclusiones

- Se debe establecer claramente la forma como se realizará la planificación del proceso independiente de lo establecido en el calendario académico.
- Se evidencia que los procedimientos están desactualizados, ya que las actividades que se realizan en la actualidad se iniciaron hace varios años.
- Se requiere la socialización y comunicación con las facultades y demás dependencias que hacen parte de la Vicerrectoría.
- Continuar con el cumplimiento de los compromisos establecidos en el proceso frente al SIG.
- Documentar y enlazar las actividades y los indicadores establecidos en el plan de Gestión Institucional.
- Realizar seguimiento a las actividades establecidas dentro del Plan de Gestión del Cambio y el mapa de riesgos, con el fin de verificar el cumplimiento y la efectividad de las mismas.

Magaly Maldonado Rozo  
Firma Auditor Interno

*Maritza Constanza Gamboa*  
Maritza Constanza Gamboa  
Aprobado Auditor Líder