



Informe de Auditoría Interna

| | |
|---------------|-------------|
| Código | FCI-42 v.00 |
| Página | 1 de 1 |

| Auditoría N° | PROCESO AUDITADO | Fecha | | |
|--|---|---|---------------------|------|
| | | Día | Mes | Año |
| 1-2018 | PROCESO DE GESTION DE PAGADURIA Y TESORERIA | 24 | 07 | 2018 |
| Auditor Líder | MARITZA CONSTANZA GAMBOA | Representante de la Alta Dirección | RENÉ VARGAS ORTEGÓN | |
| Nombre(s) del Equipo Auditor | | Cargo | | |
| LUIS GABRIEL GARCIA VILLAMIZAR | | AUDITOR SIG | | |
| YULIETH ROCIO HERRERA RUIZ - ROCIO VERA CABALLERO | | Auditores Observadores | | |
| HENRY MURILLO | | DIRECTOR DEL AREA | | |
| OSCAR MIRANDA- CHARLOT GELVEZ – EVA GRACIELA RODRIGUEZ | | PERSONAL DE APOYO DEL AREA | | |
| HORA DE INICIO: 2:47 p.m. | | HORA DE FINALIZACION: 5:50 p.m. | | |

| | |
|--|----------------------------|
| Objetivo(s) | Alcance |
| VERIFICAR LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTO DE GESTION DE PAGADURIA Y TESORERIA DE LA UNIVERSIDAD DE PAMPLONA | MEJORAMIENTO |
| Documentos de Referencia (Criterios) | CARACTERIZACION DE PROCESO |

| Fecha de Apertura | Día | Mes | Año | Fecha de Cierre | Día | Mes | Año |
|-------------------|-----|-----|-----|-----------------|------|-----|-----|
| | | 26 | 06 | | 2018 | | 15 |

| | |
|-----------------------------|---|
| Aspectos Relevantes | El Recurso Humano que labora en esta dependencia son profesionales en apoyo al proceso, poseen una excelente disposición y demuestran su conocimiento y rigurosidad en las actividades que tienen a su cargo. |
| Aspectos por Mejorar | Cumple a satisfacción y oportunamente con los diferentes procesos del sistema de calidad, los cuales se desarrollan en la dependencia. Planifican y realizan acciones de mejora, para el seguimiento y ejecución de algunas acciones, aunque los resultados son positivos, no existe suficiente apoyo de acuerdo a lo establecido en el Sistema Integrado de Gestión. |

| Hallazgos de Auditoría | | |
|------------------------|---|--|
| Tipo | Requisito | Descripción |
| OBSERVACION | 4.1 Comprensión de la organización y su contexto | Se evidenció el trabajo por parte del personal adscrito a la dependencia, este se encuentra comprometido con las diversas actividades y el plan de mejoramiento continuo. Con respecto a la auditoría anterior se realizaron mejoras frente a las no conformidades y fue enviada a la oficina de SIG para sus respectivas correcciones y aprobación. Los hallazgos encontrados en anteriores auditorías son de infraestructura, de los cuales se comunica a la oficina de recursos físicos y a la vicerrectoría administrativa y financiera para su respectivo apoyo y toma de decisiones la cual a la fecha sigue en estudio. Se observó que están en el proceso de socialización de la matriz institucional DOFA para ser adaptada a los procesos de la dependencia. Se encuentra que dentro de la posible matriz existen entre otras debilidades al proceso la identificación de los abonos de los pagos o abonos a las cuentas por cobro de los diferentes clientes de la institución, dado que su identificación y reporte se hace posterior por la interacción con los bancos. Se plantea la creación de un código de barras con las entidades bancarias y la alta dirección a fin de poder identificar en momento presente cada una de las transacciones efectuadas. |



Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

1 de 1

| | | |
|---|--|--|
| CONFORMIDAD | 4.2 Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas | Frente al requisito de la norma se observa que todo su equipo de trabajo tiene identificadas las partes interesadas del procesos como lo son sus clientes internos (docentes, administrativos) y externos (estudiantes, proveedores) Además por su naturaleza en el caso de los clientes externos como estudiantes la necesidad prioritaria es el pago oportuno de sus matrículas lo que permite cumplir la generación de egresos de la institución y así con los demás clientes |
| CONFORMIDAD | 5.2 Política de calidad | De acuerdo a la norma no se tiene claro la política de calidad y objetivos institucionales. Manifiesta que los objetivos de calidad están en transición con el SIG y este si ha sido dada a conocer a todos sus clientes. Presenta soporte de acta 12 del 26 de junio de 2012 donde se evidencia la socialización de las responsabilidades. |
| CONFORMIDAD | 5.3 Roles, Responsabilidades y autoridades de la organización | Se informa por parte del director de la dependencia que conoce a cabalidad las responsabilidades del cargo y de la dependencia y que a la vez indica que no tiene competencia ni injerencia en la vinculación del personal para cada una de las necesidades, pero que si se tiene en cuenta el perfil por parte de institución para cada uno de los procesos. |
| NO CONFORMIDAD (Vicerrectoría Administrativa y Financiera) | 6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades | Se evidencia que de acuerdo a la norma se tiene identificados los riesgos y las oportunidades en el proceso. Pero a su vez estas también van ligados a los institucionales. Para ello y de acuerdo a los perfiles de cada uno en su equipo, este tiene su respectivo adiestramiento y capacitación de acuerdo a la caracterización de la dependencia, para así poder alcanzar el logro de dichos objetivos. Frente al área de trabajo se ha solicitado mejoras y mantenimiento (formato FGI-02v02) solicitud servicio de mantenimiento, pero en el momento no existen los medios ni recursos para mitigar dichos riesgos en infraestructura. |
| OBSERVACIÓN | 6.2 Objetivos de calidad | Para el cumplimiento de los objetivos de calidad, se evidencia que si manejan indicadores para dichos objetivos, ya que tiene un manejo transversal al proceso por cada uno de las dependencias de atención. Esto permite identificar indicadores como el de satisfacción al cliente por pago de servicios académicos. El FAC 20 (informe de indicadores) no se puede cumplir dado que queda sujetos a otras dependencias como Registro Académicos entre otros, además de los terceros que imposibilita cumplir con dicho requisitos, lo que no permite realizar una planificación adecuada, este proceso de programación de pagos debería ser de cada dependencia tiempo prudencial. Se verifica los Indicadores mes relevantes como es: HPT -02 Pagos de servicios académicos, HTP- 05 Identificador de ingresos, HTP-03 Seguimiento al programa anual mensualizado de caja. Se evidencia el envío en el correo de SIG, estos indicadores. |
| CONFORMIDAD | 6.3 Planificación de cambios | Se puede identificar que el proceso se ha venido mejorando y actualizando en concordancia y adaptado a las normas legales vigentes, dándose a conocer, socializado las necesidades de la misión la dependencia e institucional. |
| OBSERVACION (Vicerrectoría Administrativa y Financiera) | 7.1.4 Ambiente para la operación | Se evidencia un buen ambiente laboral, un aceptable clima laboral, las relaciones interpersonales demuestra trabajo en equipo, lo que permite dentro de sus posibilidades cumplir con las diferentes actividades desarrolladas al interior de la dependencia. Se requiere realizar reingeniería en la parte tecnológica (equipos) dado que está cumpliendo su vida útil, lo que hace que dichos procesos sean lentos, llevando a la sobrecarga de trabajo. En cuanto a la infraestructura muestra debilidad la oficina es anti técnica, reducida por el número de equipo humano, tecnológico y elementos de oficina, existe hacinamiento, no existe privacidad para la atención de los clientes. Se refleja que el equipo humano maneja picos de estrés por la sobrecarga de trabajo (informes, pagos) y su tecnología, exceso de ruido. No cuenta con elementos de dotación de oficina como sillas ergonómicas, espacio para archivadores, lo que refleja un grado de disminución en el rendimiento del personal en cada una de sus actividades. |
| CONFORMIDAD | 7.3 Toma de conciencia | Se encuentra que el líder de proceso y su equipo de trabajo están comprometidos con las normas y actualizaciones para el desarrollo de los diferentes procesos que tiene la dependencia. Cuando llegan nuevas normas se busca que el personal tenga las capacitaciones correspondientes a pesar de la falencia de recursos para el desarrollo de estas. (falta capacitaciones) |
| NO CONFORMIDAD | 7.4 Comunicación | No se tiene implementada la Matriz de Comunicación tanto interna como externa, la comunicación que se realiza con las partes interesadas se hacen por vía telefónicas o correo institucionales, no tienen indicadores o estadísticas que permita medir la satisfacción del cliente |



Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

1 de 1

| | | |
|----------------|---|---|
| NO CONFORMIDAD | 7.5 Información documentada | <p>Se verifica formatos de algunos procesos, encontrando que: la Relación de Cuentas por Pagar no se genera mensualmente para el seguimiento de los pagos, esta se genera al final de la vigencia - La Relación de Cuentas para Autorización de Pagos, se alista por el sistema gestasoft, el formato FPT 01 v 01, No se lleva como se describe procedimiento lo que da incumplimiento al SIG. Se requiere hacer un ajuste al sistema para el arreglo. El formato FPT 03 v 00 Movimiento Mensual de Cuenta, este no se lleva, se está generando por el sistema. El formato FPT-08 v 01 Conciliaciones Bancarias se verifica su cumplimiento. El formato FPT-12 v 01 Reporte de pagos, si cumple con el proceso. Se evidencia que algunos formatos no se han actualizado en el mapa de proceso como por ejemplo aparece la versión 01 y por el sistema genera la versión 02. Se debe solicitar al SIG y al CIADTI para que dichos formatos sean ajustados. Se debe revisar los procedimientos y formatos y ajustarlos a la norma para que así los arroje el sistema.</p> <p>Se evidencia que instructivo para el procedimiento de almacenamiento de documentos no se lleva dado que por espacio y volumen de los mismos, este es reemplazado solo por el comprobante de egreso con su respectivo numero consecutivo los que se dejan como soporte. Los demás documentos se devuelven a las dependencias de origen. Los documentos que reposan en la dependencia se tienen documentado teniendo en cuenta la norma archivísticas.</p> <p>La disposición de archivos se evidencia que estos se encuentran agrupados en la dependencia en los escritorios a la vista del público por falta de espacio. Han solicitado la trasferencia y disposición del archivo de los documentos generados y recibidos al archivo central de acuerdo a la norma, pero estos no han sido recibidos por ellos aduciendo que no cuentan con espacio en el área. Para la Protección de este archivo no existe seguridad por falta de espacio pues se trabaja sobre los mismos y está bajo la responsabilidad de todo el equipo de trabajo. Se argumenta que se ha presentado manipulación de la información tecnológica por otras dependencias dado que no existe restricción suficiente en el sistema.</p> <p>Manifiestan que en la generación de la cantidad de documentos frente a la protección del medio ambiente se está educando tanto a su equipos humano como a sus cliente y a las demás dependencias en el ahorro de papel, energía, etc.</p> |
| NO CONFORMIDAD | 8 Operación | <p>Se evidencia que no existe una planificación del proceso, en algunos procesos no se pueden establecer controles, ni cronogramas de actividades en los diferentes procedimientos dado que por la actividad misional que realizan como es de pagos, este se encuentra sujeto a la disponibilidad de los recursos y el trámite de otras dependencias. Adicional manifiestan que para la prestación del servicio de pagos y poder cumplir con lo planificado este presenta interferencias en los cargues de pago dado que no se puede hacer simultaneo los cargues. Adicional que se trata de manipular la información por personas externas</p> |
| OBSERVACION | 8.2.1 Comunicación con el cliente | <p>Se manifiesta que existe comunicación con los diferentes clientes; con los clientes externos esta se realiza mediante circulares, telefónicamente y correos electrónicos, y con los clientes internos esta se realiza con llamadas telefónicas y correos institucionales.</p> <p>PQRDS, se maneja este proceso básicamente es por el módulo de pqrds dando respuesta y controlándolas con sus respectivos maneja indicadores. Se observa que no existen políticas claras sobre el manejo de los correos, ya que estos se direccionan para su respectivo trámite sin su respectivo seguimiento</p> |
| CONFORMIDAD | 8.2.2 Determinación de los requisitos para los productos y servicios | <p>Se observa que se viene dando cumplimiento a toda la normatividad existente, buscando permanentemente actualizaciones y la adaptación a nuestros procesos. Se observa que esta actividad se encuentra en proceso de transición con el apoyo del área de jurídica. En el acta No 12 del 26 de junio de 2018 se puede evidenciar que mediante la matriz de requisitos legales se están manejando dichas normas</p> |
| CONFORMIDAD | 8.5 Producción y previsión del servicios | <p>Se realiza grupos de mejoramiento con sus respectivas actas haciendo los seguimientos respectivos. Se hace seguimientos a los diferentes indicadores de gestión a fin de ir evaluando periódicamente los diferentes procesos de la dependencia</p> |
| CONFORMIDAD | 8.6 Liberación de los productos y servicios | <p>Se manifiesta que existe un grado alto de aceptación y conformidad por parte del cliente en la prestación del servicio recibido. Esta se da en la identificación de indicadores el cual dicho porcentaje es alto (97,24%), esto permite medir en la medida de los recursos y la posibilidades el proceso de pagaduría y tesorería de la institución está cumpliendo con su proceso.</p> |



Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

1 de 1

| | | |
|--|--|---|
| CONFORMIDAD | 9 Evaluación del desempeño | Se observa que por parte del líder del proceso se orienta y se direcciona, mediante el apoyo de encuestas y los resultados de medición de indicadores, permite concretar, desarrollar y conciliar todas las actividades del proceso en busca de encontrar la satisfacción a los diferentes servicios. Se evidencia en actas las reuniones del grupo de mejoramiento con su respectivo seguimiento a los indicadores de gestión a fin de poder evaluar que se estén desarrollando permanentemente todos los procesos para determinar el cumplimiento de los objetivos. Se evidencia mediante el acta 11 de 18 de mayo 2018 |
| OBSERVACION | 9.1.2 Satisfacción del cliente | Se observa y se identifica que de acuerdo a los resultados de encuestas, entrevistas con los clientes, indicadores y estadísticas busca mantener y mejorar la atención del servicio con calidad. Cuando existe esporádicamente insatisfacción de los clientes sobre todo externos se busca mantener comunicación acertada sobre el suceso para dar solución en el menor tiempo posible. Acta 4, 5 de enero de 2018 se evidencia la medición de los indicadores del 2017. Se debe realizar periódicamente medición de indicadores a fin de actualizar los planes de mejoramiento. Falta la medición de indicadores del 2018 debido a no se ha realizado un cierre de actividades que permita reunión de grupo de mejoramiento para realizar una sola socialización y medición. |
| OBSERVACION | 9.1.3 Análisis y evaluación | Debido al corte tiempo en el cargo los análisis y evaluaciones por parte de la dirección de la dependencia este no se ha realizado en la actual vigencia. Se debería realizar corte al primer semestre para así poder evaluar los indicadores y de acuerdo a los resultados incorporar en el plan de mejoramiento de la dependencia. |
| OBSERVACION (Vicerrectoría Administrativa y Financiera) | 10.1 Mejoras | Se requiere por parte de la institución realizar más actualizaciones y capacitaciones sobre la norma, procesos y procedimientos. Actualizaciones de los procesos sistemáticos a fin de ser más eficientes y ágiles en el proceso de tesorería. Se incentiva en la toma de conciencia en la protección del medio ambiente. La devolución oportuna de la documentación que no corresponde o compete al área o no reposa en la oficina. Para un mejor desarrollo de las actividades se requiere que la alta dirección dote de equipos, mobiliario y elementos de oficina para el desarrollo de las diferentes actividades ya que ha venido siendo una las tantas falencias que se ha reiterado de manera verbal. Esto permitiría hacer un mejor uso del medio ambiente y de seguridad y salud en el trabajo. |
| NO CONFORMIDAD | 10.2 No conformidad acción correctiva | No se han presentado acciones correctivas frente al desarrollo de los diferentes procesos del sistema de calidad y de las diferentes actividades que desarrollan |
| CONFORMIDAD | 10.3 Mejora continua | Se identifica un grupo de mejoramiento en el cual hay un compromiso permanente por parte de todos los miembros de la oficina |

Conclusiones

- ✓ Se observa por parte del recurso humano un gran compromiso con todos los procesos en pro de la buena imagen de la Universidad de Pamplona
- ✓ Se requiere más apoyo por la parte de las directivas de la institución a fin de ampliar servicios y cobertura
- ✓ Manifiesta satisfacción en la auditoría por el bien de nuestra institución

Firma Auditor Interno
Luis Gabriel García Villamizar

Maritza Constanza Gamboa
Aprobado Auditor Líder
Maritza Constanza Gamboa