

	Informe de Auditoría Interna	Código	FCI-42 v.00
		Página	1 de 5

Auditoría N° 1	PROCESO AUDITADO		Fecha		
			Día	Mes	Año
			26	08	2019
Auditor Líder	Maritza Constanza Gamboa	Representante de la Alta Dirección	Rene Vargas Ortegón		
Nombre(s) del Equipo Auditor		Cargo			
Yurly Charlot Gélves		Auditora interna			
Amparo Parada Mendoza		Auditora interna			

Objetivo(s)	Verificar el cumplimiento de los requisitos de las normas NTC ISO 9001:2015 y la Normatividad Interna y Externa Aplicable en 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, NTC ISO 9000:2015, MECI- Modelo Estándar de Control Interno, Manual de Procedimientos y Operaciones, Resoluciones, Acuerdos, Manuales Internos y Normatividad Externa Aplicable a cada Proceso descrita 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.		

Fecha de Apertura	Día	Mes	Año	Fecha de Cierre	Día	Mes	Año
	15	07	2019		20	09	2019

Aspectos Relevantes	<ul style="list-style-type: none"> - La disposición y colaboración del líder del proceso y personal administrativo adscrito a la dependencia. - Se evidencia conocimiento y apropiación en el Sistema Integrado de gestión con relación a la auditoria anterior
Aspectos por Mejorar	<ul style="list-style-type: none"> - Revisar y Continuar con la mejora continua de los procedimientos del proceso. - Revisar y actualizar la norma que le aplica. - Realizar seguimiento al sistema integrado de gestión en la solicitud de 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. - Continuar con la revisión periódica de algunos procesos y su información documentada, para la eficacia del sistema de gestión de calidad.



Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

2 de 5

Tipo	Requisito	Hallazgo del Cumplimiento/Incumplimiento
CONFORMIDAD	4.1 a. Comprensión de la organización y su contexto	Los funcionarios de la dependencia conocen y ubican la matriz de contexto de la organización - DOFA institucional que permite identificar los factores internos y externos que está directamente relacionado con los procesos a cargo. Dicha matriz fue socializada mediante el acta 093 del 31 de julio de 2019
CONFORMIDAD	4.2. a. Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas	Se identifica que el líder y su equipo de trabajo tienen claro la Matriz de Identificación de Necesidades y Expectativas de las Partes Interesadas y el fin para el cual se debe comunicar, socializar, entenderse y aplicarse y tomar conciencia. Como se evidencia mediante acta N° 093 del 31 de julio de 2019 donde fue socializada la matriz de Partes Interesadas al equipo de trabajo
CONFORMIDAD	4.4.1 a. Mejora continua del sistema de Gestión de Calidad.	Frente a la mejora continua de los procesos se evidencia que se tiene identificadas las matrices, indicadores, entradas y salidas de los diferentes procesos que realiza el área, Plan de desarrollo, Presupuesto General, Plan Operativo Anual, Código de buen gobierno, Plan anti corrupción
CONFORMIDAD	4.4.2 Mantener y conservar información documentada	Mantiene la información documentada, así como el formato y los medios de soporte, acorde a la operación de sus procesos; igualmente el Almacenamiento y conservación de los mismos.
CONFORMIDAD	5.2 Política de calidad	Al preguntar la política de calidad el líder y los funcionarios conocen y dan cumplimiento a la Política de Calidad Institucional desde las actividades diarias que desempeña la Planeación Estratégica
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. Socializada en el acta 093 del 31 de julio de 2019



Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

3 de 5

CONFORMIDAD	<p>6.1. Acciones para abordar riesgos y oportunidades.</p> <p>La organización debe planificar y considerar las cuestiones referidas en el apartado 4.1 y 4.2 y determinar los riesgos y oportunidades.</p> <p>a) Asegurar que el SGC logre los resultados previstos.</p>	<p>Se identifican y evalúan los Riesgos a través de Mapa Riesgos y Riesgos Anticorrupción, el cual fue socializado mediante Acta N°80 del 9 de julio de 2019.</p>
CONFORMIDAD	<p>6.2 Objetivos de calidad</p>	<p>Conocen los objetivos de calidad e identifican a que apuntan frente cada uno de los procesos.</p>
CONFORMIDAD	<p>6.2.2 Planificar cómo lograr sus objetivos de la calidad</p>	<p>Se evidencia y se identifica la planeación y socialización de las actividades a desarrollar.</p>
CONFORMIDAD	<p>6.3 Planificación de cambios</p>	<p>Se identifican los cambios para la mejora continua del SIG y se avalúan mediante Reuniones de Seguimiento. Plan de Gestión del Cambio y Mejora Continua. Actas de Reunión verificadas: Acta N°80 del 9 de julio de 2019.</p>
CONFORMIDAD	<p>7.1.4 Ambiente para la operación</p>	<p>Se expresa que se tiene un buen ambiente y clima laboral por parte del equipo de trabajo.</p>
CONFORMIDAD	<p>7.3 Toma de conciencia</p>	<p>Se tiene conciencia de las diferentes matrices aplicables al SIG:</p> <ul style="list-style-type: none">Matriz de Identificación de Necesidades y Expectativas de las Partes InteresadasMatriz de Responsabilidades y Autoridades del Sistema Integrado de GestiónFDE.CP-01 v.00 "Matriz de Flujos de Información y Comunicación"FAC-50 v.00 "Matriz de Identificación y Reporte del Producto o Servicio no Conforme"FAC-49 v.00 "Plan de Gestión del Cambio y Mejora Continua"FCI-19 v.05 "Plan de Acciones Correctivas"FAJ-15 v.02 "Matriz de Requisitos Legales"
CONFORMIDAD	<p>7.4 Comunicación</p>	<p>Se tiene conocimiento de la matriz de flujos de información, la cual fue socializada mediante acta N° 093 del 31 de julio de 2019</p>



Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

4 de 5

OBSERVACIÓN	7.5.2 Crear y actualizar la información documentada	<p>Se aprobó en el acta 80 del 9 de julio de 2019, los cambios solicitados por la dependencia. Se evidencia actualización de la documentación del proceso necesaria para demostrar conformidad con el Sistema Integrado De Gestión a la Norma aplicable y vigente ISO 9001:2015.</p> <ul style="list-style-type: none">- No se evidencia respuesta a la solicitud de actualización de los procedimientos por parte del sistema integrado de Gestión a la Norma aplicable y vigente ISO 9001:2015.- Se recomienda que, en el proceso de planeación física, se defina la evidencia de los contratos de las dos maneras en físico y / o digital.
CONFORMIDAD	7.5.3.2 Control de la información documentada	<p>Se realizó verificación a los procedimientos de planeación financiera y planeación física los cuales se evidencia el control y seguimiento al almacenamiento de la información con apoyo del correo electrónico institucional y que el líder de la oficina también tiene acceso.</p> <p>La documentación es guardada en la nube por seguridad por parte de los funcionarios y el líder de oficina.</p>
CONFORMIDAD	8.1 Planificación y control operacional	Procedimientos de planeación financiera y planeación física cumplen con la planificación contempladas en PDE.PL-08 v.02 y IDE.PL-03 Seguimiento a Planeación Estratégica Institucional
CONFORMIDAD	8.2.1 Comunicación con el cliente	Se proporciona información eficiente y relativa frente a cada producto y servicios que desde la planeación estratégica entrega y que en apoyo del sistema de gestión de calidad y herramientas tecnológicas a su cargo garantiza la calidad.
CONFORMIDAD	8.2.2 Determinación de los requisitos para los productos y servicios	Se ve reflejada que el líder del proceso y los funcionarios conocen la matriz de requisitos legales, y la identifican frente a cada proceso; se evidencia que fue socializada con el equipo de trabajo mediante acta N°093 del 31 de Julio de 2019 socialización y preparación de auditoría interna.
CONFORMIDAD	8.5.3 Propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos	Se mantienen en copias de seguridad de los documentos, de los diferentes procesos de manera mensual. A través de disco duro y otros a través de servidores Dropbox con clave únicamente manejada por el director de la oficina.
CONFORMIDAD	9.1.1 Evaluación del desempeño seguimiento, medición, análisis y evaluación	El seguimiento de los indicadores mediante la herramienta SPEI e Indicadores del proceso, se evalúa en el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad. Indicadores entregados y socializados mediante seguimiento en reunión de comité mensual de indicadores de gestión según acta N°082 del 16 de julio de 2019 y los indicadores de calidad trimestral por atención al ciudadano según acta N° Acta 080 del 09 de julio de 2019 trimestral con un 100% confirmar
CONFORMIDAD	9.1.2 Satisfacción del cliente	Se evidencia la socialización de la medición de la Satisfacción del Cliente Mediante acta 80 del 9 de julio de 2019.



Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

5 de 5

CONFORMIDAD	9.1.3 Análisis y evaluación b. grado de satisfacción del cliente	Se lleva a cabo el análisis y grado de satisfacción del cliente mediante la herramienta SPEI se realiza mediante seguimiento en reunión de comité mensual de indicadores de gestión según acta N°082 del 16 de julio de 2019, y los indicadores de calidad trimestral por atención al ciudadano según acta N° Acta 080 el 16 de julio de 2019 trimestral con un 100% confirmar
CONFORMIDAD	10.1 Oportunidades de mejora	Se evidencia el control y seguimiento al plan de mejora continua, donde se informa que hay 4 actividades ejecutadas y 4 en ejecución y se amplía las fechas de entrega de las actividades hasta el 31 de diciembre de 2019. Según Acta N° 80 del 9 de julio de 2019.
CONFORMIDAD	10.2 No conformidad y acción correctiva 10.2.1	Se tiene identificados el plan de acciones correctivas, donde informan que hay dos acciones planteadas y que se encuentran en ejecución y aprobación por la dirección, igual se amplió las fechas para cerrar a diciembre de 2019, según Acta N° 80 del 9 de julio de 2019.
CONFORMIDAD	10.3 Mejora continua	Se demuestra compromiso por parte de líder y quipo de trabajo en pro de la mejora continua de los procesos.

Conclusiones

<p>ORIGINAL FIRMADO Yurly Charlot Gélves Firma Auditor Interno</p> <p>ORIGINAL FIRMADO Amparo Parada Mendoza Firma Auditor Interno.</p>	<p>ORIGINAL FIRMADO Aprobado Auditor Líder.</p>
---	--