



**INFORME DE AUDITORIA AL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE
LA UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
PRIMER SEMESTRE 2012**

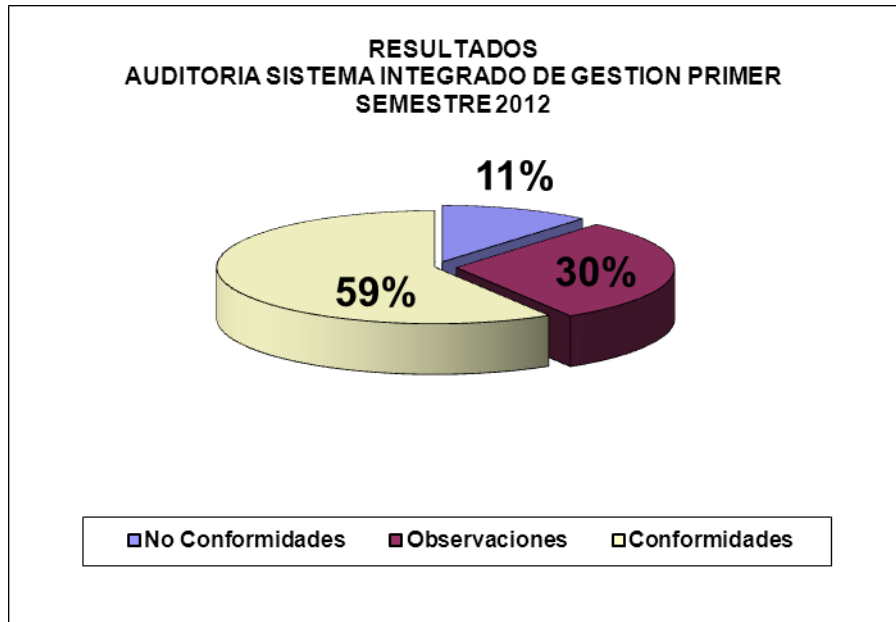
RESULTADOS DE AUDITORIA

Como resultado de la auditoría se obtuvo lo siguiente:

PROCESO DEL SIG	No Conformidad	Observación	Conformidad
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO			
Planeación Institucional	0	11	2
Secretaría General	11	7	17
GESTIÓN DE LA INTERACCIÓN SOCIAL			
Villamarina	1	2	8
Egresados	1	1	6
PROCESOS DE APOYO			
Bienestar Universitario	0	2	11
Gestión Documental	1	3	0
Gestión de recursos físicos	0	8	0
Gestión de laboratorios	0	3	7
Capacitación y apoyo postventa	0	0	16
Diseño y elaboración de escenarios, objetos y contenidos Multimediales basados en red	0	1	8
TOTAL	14	38	75

Teniendo en cuenta los resultados de las auditorías de cada proceso se muestra a continuación los porcentajes obtenidos en cuanto a No Conformidades, Observaciones y Conformidades detectadas:





Tipos de Hallazgos por requisitos

NUMERAL	DESCRIPCION	TOTAL	No Conformidades	Observaciones	Conformidades
4.1	Requisitos Generales	1	0	0	1
4.2.3	Control de Documentos	10	1	5	4
4.2.4	Control de Registros de Calidad.	9	1	4	4
7.1	Planificación de la Realización del Producto	11	0	4	7
7.2	Procesos Relacionados con el Cliente	17	5	3	9
7.2.1	Determinación de los requisitos relacionados con el Cliente	7	2	1	4
7.2.2	Revisión de los requisitos relacionados con el	2	0	0	2





	producto				
7.2.3	Comunicación con el cliente	5	0	1	4
7.3	Diseño y Desarrollo	1	0	0	1
7.5	Producción y prestación del servicio	18	5	5	8
7.5.1	Control de la producción y prestación del servicio	8	0	3	5
7.5.2	Validación de los procesos de producción y de la prestación del servicio	0	0	0	0
7.5.3	Identificación y trazabilidad	2	0	1	1
7.6	Control de los dispositivos de seguimiento y medición	1	0	1	0
8	Medición, análisis y mejora	3	0	1	2
8.1	Generalidades	1	0	0	1
8.2	Seguimiento y medición	1	0	0	1
8.2.1	Satisfacción del cliente	4	0	0	4
8.2.3	Seguimiento y medición de los procesos	4	0	1	3
8.2.4	Seguimiento y medición del producto	2	0	0	2
8.3	Control del producto o servicio no conforme	3	0	0	3
8.4	Análisis de Datos	3	0	1	2
8.5	Mejora	4	0	1	3
8.5.1	Mejora Continua	3	0	1	2
8.5.2	Acción Correctiva	4	0	3	1
8.5.3	Acción Preventiva	3	0	2	1
TOTAL		127	14	38	75





De acuerdo a la anterior tabla los requisitos que presentaron mayor número de No Conformidades fueron:

NUMERAL	DESCRIPCION	TOTAL
7.2	Procesos Relacionados con el Cliente	5
7.2.1	Determinación de los requisitos relacionados con el Cliente	2
7.5	Producción y prestación del servicio	5
4.2.3	Control de Documentos	1
4.2.4	Control de Registros de Calidad.	1

Hallazgos que para subsanarlos requieren acciones correctivas que deben ser formuladas por cada Líder de Proceso en los Planes de Mejoramiento.

Aspectos relevantes:

1. Al realizar la Auditoria al proceso de Secretaria General, se pudo evidenciar que los procedimientos y formatos tales como el FDE-SG-01 "Notificación de Actos Administrativos", FDE.SG-06 "Relación de Diplomas enviados a los CREAD", PDE.SG-03 "Grados", no son aplicados en su totalidad.
2. A través de la Auditoría Interna realizada al proceso de Recursos Físicos y Apoyo logístico, se puede evidenciar que en el PGI-01 "Mantenimiento General" habla sobre los responsables del procedimiento que son: el Jefe de Sección de Gestión de Recursos Físicos y Apoyo Logístico, el coordinador de Mantenimiento y Apoyo Logístico y coordinador de Mantenimiento de Infraestructura Tecnológica encontrándose que estos puestos no existen en la planta de personal, por lo tanto no existe un responsable o líder del proceso. Así mismo se pudo evidenciar que según el procedimiento se deben diligenciar ciertos formatos que al momento de realizar la auditoría ya no existen, lo cual indica que se debe modificar y actualizar los procedimientos al interior de la dependencia.





3. Al realizar la Auditoría al proceso de Dirección de Interacción Social – Sede Social Villa Marina, se evidenció que respecto a los requisitos legales no se está cumpliendo a cabalidad con lo establecido en la ley 1209 del 2008 la cual establece las normas de seguridad en las piscinas.
4. En el Informe de Auditoría del proceso de Gestión Presupuestal y Contable se determinó que a pesar de las reiteradas solicitudes a la Alta Dirección en cuanto al espacio físico aún no han obtenido respuesta, situación que genera hacinamiento del personal y de la información del proceso. Por tal motivo se establece una No Conformidad para la Alta Dirección.
5. En el proceso de Planeación, se detectó que no existe un Plan de Mejoramiento Institucional el cual se haya realizado con base a las acciones propuestas en los diferentes procesos en el FCI-19 V04 “Plan de Mejoramiento” como resultado de las auditorías internas teniendo en cuenta que estos deben ser considerados como insumos dentro del proceso de planeación en la toma de decisiones para garantizar los recursos y viabilidad en la prestación de los servicios misionales según lo establecido en el modelo de control interno MECI de la Institución.
6. En el proceso de Gestión Documental, se evidencia que no se está tratando el riesgo de pérdida de documentos.
7. Según la auditoría realizada al proceso de Egresados, se pudo evidenciar que no se está cumpliendo con el decreto 2566 de 2003 en su capítulo 1. Artículo 14 el cual reza:

“ Artículo 14. Políticas y estrategias de seguimiento a egresados: La institución deberá demostrar la existencia de políticas y estrategias de seguimiento a sus egresados que:

- Permitan valorar el impacto social del programa y el desempeño laboral de sus egresados, para su revisión y reestructuración, cuando sea necesario.
- Faciliten el aprovechamiento de los desarrollos académicos en el área del conocimiento por parte de los egresados.
- Estimulen el intercambio de experiencias profesionales e investigativas





Recomendaciones:

1. Los Líderes de los procesos se deben comprometer con el Sistema Integrado de Gestión, a cumplir con todas las actividades establecidas en los Planes de Mejoramiento, producto de las auditorías internas.
2. Los líderes de los procesos deben realizar el control y seguimiento de manera periódica a la documentación con el fin de ajustarla a la realidad del proceso.
3. La Oficina de Control Interno debe realizar seguimiento a la ejecución de los planes de mejoramiento que se elaboren como resultado de esta auditoría. En especial a los procesos que obtuvieron el mayor número de No Conformidades.
4. El Sistema Integrado de Gestión debe brindar acompañamiento y asesoría a los procesos, para que tengan claridad sobre los diferentes temas que involucra el desarrollo del mismo.

Atentamente,

(Original firmado)

ESPERANZA GAMBOA GAMBOA

Directora Oficina de Control Interno

Universidad de Pamplona

