	Informe de Auditoría Interna	Código	FCI-42 v.01
		Página	1 de 1

Auditoría Nº	PROCESO AUDITADO			Fecha		
				Día	Mes	Año
	GESTIÓN, SERVICIOS Y PRÁCTICA JURÍDICA ACADÉMICA			25	09	2026
Auditor Líder	MARITZA CONSTANZA GAMBOA	**Representante de la Alta Dirección**	EDWIN OMAR JAIMES RICO			
Nombre(s) del Equipo Auditor		**Cargo**				
BEATRIZ ALEXANDRA CARREÑO VELANDIA		AUDITOR INTERNO				

Objetivo(s)	**Alcance**
Verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos en la NTC ISO 9001:2015, Decreto 1072 de 2015 y la normatividad interna y externa aplicable en cada uno de los procesos identificados en la Universidad de Pamplona.	Auditorías Internas a 25 procesos entre los que se encuentran de Direccionamiento Estratégico, Misionales, de Apoyo y de Evaluación y Control que integran el SIG y se encuentran documentados en el Centro Interactivo, Auditorías Especiales y de Entes de Control.
Documentos de Referencia (Criterios)	Norma Técnica de Calidad NTC ISO 9001:2015, ISO 19011:2018, Resolución No. 1054 del 20 de diciembre de 2024 "Política Institucional de Gestión y Administración del Riesgo", MECI, PCI-10 Auditorías Internas de Calidad, Decreto 1072 de 2015, Formatos, Documentación de los Procesos vigente, Matriz de Requisitos Legales, FCI-19 "Plan de Acciones Correctivas", Mapas de Riesgos, Programa de Transparencia y Ética Pública - PTEP, 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
	07	09	2026		12	11	2026

Aspectos Relevantes	• Disponibilidad y disposición del líder y del equipo del proceso para atender las actividades de auditoría y facilitar el acceso a la información requerida. • Organización y trazabilidad de la información documentada suministrada durante la auditoría. • Evidencia de seguimiento periódico a las actividades planificadas mediante el grupo de mejoramiento.
Aspectos por Mejorar	Fortalecer la revisión y actualización periódica de la información publicada en la página institucional asociada al proceso, articulando con el CIADTI los ajustes que correspondan, con el fin de asegurar que la información disponible para los usuarios se mantenga vigente y coherente con la documentación institucional.

Hallazgos de Auditoría		
Tipo	**Requisito**	**Descripción**
CONFORMIDAD	4.1 Comprensión de la Organización y su Contexto	Se verificó que se realizó el análisis de las cuestiones internas y externas pertinentes, mediante la matriz DOFA, soportada en el FAC-08 Acta de Reunión No. 002 del 29 de enero de 2026, correspondiente al Grupo de Mejoramiento.
CONFORMIDAD	4.4.1 a. Sistema de Gestión de la Calidad y sus Procesos	Se verificó que las entradas y salidas se encuentran definidas en la caracterización HAC-13 v.00.
CONFORMIDAD	4.2.a Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas	Se verificó la identificación de las partes interesadas y sus necesidades y expectativas mediante la matriz de Necesidades y Expectativas de las Partes Interesadas. Durante la auditoría, el líder y los funcionarios entrevistados evidenciaron conocimiento de las partes interesadas relacionadas con las actividades desarrolladas.
CONFORMIDAD	4.4.2 Mantener y conservar información documentada	Se verificó el mantenimiento de información documentada para apoyar la operación de las actividades del Consultorio Jurídico y el Centro de Conciliación, mediante los siguientes procedimientos: • PGA.CC-01 Prestación del Servicio en el Centro de Conciliación • PGA.CC-02 Prestación del Servicio en el Consultorio Jurídico • PGA.CC-03 Suscripción de Acuerdos de Apoyo y/o Directivas Anticipadas
CONFORMIDAD	5.2 Política de calidad	Durante las entrevistas realizadas al líder y funcionarios del proceso se evidenció conocimiento de la Política de Calidad y su relación con las actividades desarrolladas. Asimismo, se verificó su difusión mediante la información disponible en las instalaciones del proceso.
CONFORMIDAD	5.3 Roles, Responsabilidades y autoridades de la organización	Se verificó el conocimiento de la Matriz de Responsabilidades y Autoridades del Sistema Integrado de Gestión por parte del líder y funcionarios entrevistados. Asimismo, se evidenció su aplicación en la asignación de responsabilidades asociadas a las actividades del proceso.
CONFORMIDAD	6.1.2 Acciones para Abordar Riesgos y Oportunidades	Se evidenció la identificación de seis riesgos en la Matriz de Riesgos, aprobada mediante Acta No. 002 del 29 de enero de 2026 por el Grupo de Mejoramiento, junto con los controles establecidos para su tratamiento. Asimismo, se evidenció seguimiento a la gestión de los riesgos mediante el Acta No. 026 del 14 de abril de 2026 y el Acta No. 050 del 28 de julio de 2026, correspondiente al segundo seguimiento cuatrimestral preliminar.
CONFORMIDAD	6.2.1 Objetivos de Calidad	El objetivo de calidad asociado al proceso corresponde a "Consolidar la Acreditación Institucional y promover la Acreditación Internacional de Programas Académicos", establecido en el marco institucional. Asimismo, la caracterización del proceso define su objetivo, orientado a la formación jurídica práctica de los estudiantes del Programa de Derecho y a la prestación del servicio social mediante el cual se contribuye al acceso a la justicia de la comunidad vulnerable, evidenciándose su articulación con el objetivo de calidad institucional.

CONFORMIDAD	6.2.2 Al Planificar cómo lograr sus objetivos de la calidad, la organización debe determinar	La planificación de las actividades para la vigencia 2026 se encuentra establecida en el FAC-23 "Planificación, Control y Seguimiento a las Actividades", aprobado mediante Acta No. 013 del 19 de febrero de 2026, en el cual se contemplan 65 actividades y 5 actividades adicionales. Asimismo, se evidenció seguimiento a su ejecución mediante el Acta No. 026 del 14 de abril de 2026, registrándose avances de acuerdo con la programación establecida para las actividades.
CONFORMIDAD	6.3. Planificación de los Cambios	Se evidenció la elaboración y aprobación del FAC-49 “Plan de Gestión del Cambio y Mejora Continua”, formalizado mediante el Acta No. 013 del 19 de febrero de 2026, el cual contempla cuatro actividades principales. Asimismo, se identificó seguimiento a la ejecución de dichas actividades mediante el Acta No. 026 del 14 de abril de 2026 y el Acta No. 050 del 28 de julio de 2026.
CONFORMIDAD	7.4 Comunicación	La FDE.CP-01 Matriz de Flujos de Información y Comunicación establece los medios utilizados para compartir la información pertinente y sus destinatarios, cuya actualización fue registrada mediante Acta No. 013 del 19 de febrero de 2026. Durante la auditoría se evidenció la utilización de diferentes canales de comunicación y atención a las partes interesadas, entre ellos atención presencial y telefónica, correo electrónico institucional, herramientas virtuales, brigadas jurídicas, Ruta de Atención de Violencia y Género, Consultorio Púrpura, medios físicos y sitio web institucional. Asimismo, se observó la disponibilidad de información institucional mediante la cartelera ubicada en las instalaciones y a través del sitio web, donde se encuentra publicado el portafolio de servicios y la información del personal adscrito al Centro de Conciliación.
CONFORMIDAD	7.5.2. Creación y actualización de la información documentada	Se evidenció la disponibilidad de la información documentada requerida para el desarrollo de las actividades, incluyendo procedimientos, protocolos, instructivos, formatos e indicadores. Asimismo, se evidenciaron actualizaciones realizadas a la documentación del Consultorio Jurídico y del Centro de Conciliación, soportadas en las Actas No. 060 del 21 de septiembre de 2026 y No. 061 del 22 de septiembre de 2026, respectivamente, y en la comunicación remitida al Sistema Integrado de Gestión el 22 de septiembre de 2026 para la respectiva validación y actualización de los documentos en el sistema.
CONFORMIDAD	8.1. Planificación y control operacional	El Acta No. 013 del 19 de febrero de 2026 registra la planificación de actividades e instrumentos para la vigencia 2026, entre ellos el FAC-23 "Planificación, Control y Seguimiento de Actividades", el FAC-49 "Plan de Gestión del Cambio y Mejora Continua", la FDE.CP-01 Matriz de Flujo de Información y Comunicación, la Matriz de Requisitos Legales y los compromisos establecidos para la vigencia. Asimismo, se evidenció seguimiento a las actividades planificadas mediante las actas del Grupo de Mejoramiento, registrándose 61 actas a la fecha de la auditoría.

CONFORMIDAD	8.2.1 Comunicación con el Cliente	Se evidenció la atención y orientación a los usuarios del Consultorio Jurídico y del Centro de Conciliación “Reconciliémos”, mediante la prestación de servicios de asesoría jurídica y acompañamiento en procesos de conciliación extrajudicial en derecho. Asimismo, se identificó seguimiento a las solicitudes mediante la asignación de estudiantes y el acompañamiento del docente responsable.
CONFORMIDAD	8.2.3.1 d) Los requisitos legales y reglamentarios aplicables a los productos y servicios.	Se evidenció la actualización de la Matriz de Requisitos Legales, en el marco del ejercicio institucional de revisión y consolidación del Normograma, conforme a los lineamientos establecidos en febrero de 2026. La nueva matriz, junto con el Acta No. 020 del 13 de marzo de 2026, fue remitida al Sistema Integrado de Gestión mediante correo del 17 de marzo de 2026. Asimismo, se evidenció en el micrositio institucional del Consultorio Jurídico y Centro de Conciliación la disponibilidad de un apartado de Normatividad con disposiciones relacionadas con los servicios prestados.
CONFORMIDAD	8.7 Control de las salidas no conformes	Se verificó el mecanismo establecido por el proceso para la identificación y tratamiento de salidas no conformes. Durante la revisión de los registros y evidencias seleccionadas no se identificaron casos que requirieran la aplicación de dicho tratamiento. Acta No. 026 del 14 de abril de 2026.
CONFORMIDAD	9.1.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación. generalidades	Se identificaron tres indicadores asociados al seguimiento y medición de las actividades: Medición de la Satisfacción del Cliente, Peticiones, Quejas, Reclamos y Denuncias Resueltas y Medición Seguimiento Acuerdos Conciliatorios. Estos indicadores cuentan con objetivos y fuentes de información definidas para la obtención de los resultados. Para la medición de la satisfacción se utiliza la encuesta de percepción FDE.AT-02; para PQRSD, la información proveniente de las solicitudes recibidas por los medios establecidos; y para el seguimiento de acuerdos conciliatorios, la información registrada en el seguimiento de los acuerdos.
CONFORMIDAD	9.1.2 Satisfacción del cliente	La satisfacción de los usuarios se mide mediante el indicador Medición de la Satisfacción del Cliente, utilizando la encuesta de percepción FDE.AT-02. De acuerdo con el reporte registrado en el Acta No. 050 del 28 de julio de 2026, correspondiente al primer semestre de 2026, se aplicaron encuestas a 32 personas, de las cuales 31 manifestaron satisfacción y 1 manifestó insatisfacción con la prestación del servicio, obteniéndose un índice de satisfacción del 96,87 %.

CONFORMIDAD	9.1.3 Análisis y Evaluación	Se evidenció seguimiento a los resultados de los indicadores mediante los registros y actas correspondientes. Para el primer semestre de 2026 se reportó un índice de satisfacción del 96,87 %; respecto de las PQRSD, el Acta No. 026 del 14 de abril de 2026 registra ocho solicitudes recibidas y atendidas durante el primer trimestre; y, en relación con los acuerdos conciliatorios, se identificaron 41 acuerdos, de los cuales 33 habían sido objeto de seguimiento al momento de la revisión. El seguimiento de los acuerdos conciliatorios se registra mediante el formato FGA.CC-19.
CONFORMIDAD	10.2 No Conformidad y Acción Correctiva	Se evidenció el seguimiento y cierre del FCI-19 Plan de Acciones Correctivas derivado de la auditoría interna realizada en 2025, mediante Acta No. 005 del 20 de abril de 2026 de la Oficina de Control Interno de Gestión, en la cual se verificaron las evidencias aportadas para el cumplimiento de las acciones formuladas. El acta registra el cumplimiento del 100 % de las acciones y determina el cierre del Plan de Acciones Correctivas.
CONFORMIDAD	10.3 Mejora Continua	Se evidenció la implementación de acciones orientadas a la mejora continua, cuyo seguimiento se registra en las Actas No. 026 del 14 de abril de 2026 y No. 050 del 28 de julio de 2026, identificándose avances en las actividades establecidas en el FAC-49.

Conclusiones

- Con base en la evidencia revisada durante la auditoría, se evidenció el cumplimiento de los requisitos de la NTC ISO 9001:2015 incluidos en el alcance de la auditoría, así como la aplicación de los requisitos legales, reglamentarios e internos relacionados con las actividades evaluadas.
- Se evidenció la implementación de mecanismos para la gestión y mejora del proceso, entre ellos la planificación y seguimiento de actividades, la gestión de riesgos, la medición de la satisfacción de los usuarios, el seguimiento de PQRSD y acuerdos conciliatorios, así como las acciones de mejora establecidas en el FAC-49.
- El seguimiento realizado a las acciones derivadas de la auditoría de 2025 permitió evidenciar el cierre del Plan de Acciones Correctivas, conforme a la verificación efectuada por la Oficina de Control Interno de Gestión.

Elaboró	Aprobó	Validó
BEATRIZ ALEXANDRA CARREÑO VELANDIA	**KATERINE STEFANNY REYES PINO**	**MARITZA CONSTANZA GAMBOA**
Auditor Interno	**Líder Proceso Auditado**	**Auditor Líder**