	Informe de Auditoría Interna	Código	FCI-42 v.01
		Página	1 de 15

Auditoría Nº	PROCESO AUDITADO			Fecha		
				Día	Mes	Año
Ciclo 2026	GESTION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA			02	10	2026
Auditor Líder	**MARITZA CONSTANZA GAMBOA**	**Representante de la Alta Dirección**	**EDWIN OMAR JAIMES RICO**			
Nombre(s) del Equipo Auditor		**Cargo**				
MARIA TERESA SILVA		**AUDITORA INTERNA**				

Objetivo(s)	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.	**Alcance**	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	• Se evidencia la participación del equipo en las reuniones del Grupo de Mejoramiento, las auditorías y las actividades de actualización documental, reflejando su compromiso con el Sistema Integrado de Gestión. • Se destaca la gestión de los riesgos del proceso, mediante la identificación, el seguimiento y la implementación de acciones orientadas a su mitigación. • Se llevó a cabo la actualización y creación de información documentada, contribuyendo a fortalecer el desarrollo de las actividades y la prestación de los servicios de manera oportuna y según los parámetros establecidos por el Sistema Integrado de Gestión. • Los canales de comunicación establecidos por el proceso facilitan la interacción y atención de los usuarios, favoreciendo el acceso a la información y la gestión de sus solicitudes. • Se contó con buena disposición y colaboración del personal durante el desarrollo de la auditoría, evidenciándose trabajo en equipo y un ambiente laboral favorable. • Se encuentran identificados los roles y responsabilidades de los integrantes del equipo, lo que contribuye a la organización del trabajo y al desarrollo de las actividades del proceso.

Aspectos por Mejorar	• Revisar y fortalecer la coherencia entre la información registrada en las actas de reunión, los formatos diligenciados y las acciones de mejora propuestas, de manera que las actividades, compromisos y responsables queden claramente relacionados. Así mismo, se recomienda fortalecer el análisis del Grupo de Mejoramiento frente a los compromisos asociados al Sistema Integrado de Gestión (SIG), dejando consignados en las actas los avances, las justificaciones cuando se presenten situaciones que afecten su cumplimiento y las decisiones adoptadas para su atención (no se presente avance en las acciones propuestas o no se ejecuten las actividades de acuerdo a lo planeado). • Fortalecer el análisis y seguimiento de las acciones formuladas para abordar los riesgos y las oportunidades de mejora, dejando evidencia clara de las revisiones realizadas, las actualizaciones efectuadas y la efectividad de las acciones implementadas. Cuando se identifiquen actividades sin avance o con dificultades para su cumplimiento, se recomienda definir estrategias que permitan atender oportunamente estas situaciones, manteniendo la correspondencia entre los compromisos, las fechas establecidas y las reprogramaciones aprobadas (coherencia entre formatos y el análisis que se registra en las actas). • Fortalecer la identificación de los clientes internos y externos con quienes se establece comunicación en el desarrollo de las actividades del proceso, revisando y actualizando el formato FDE.CP-01 Matriz de Flujos de Información para que contemple los diferentes procedimientos y servicios de la Vicerrectoría. Se recomienda realizar esta revisión periódicamente, preferiblemente de manera semestral, considerando especialmente los trámites sujetos a cambios en el calendario académico, como la liquidación de matrículas financieras, así como los canales y mecanismos requeridos para garantizar una comunicación oportuna y eficiente con los usuarios. • Fortalecer la estrategia de medición de la satisfacción del cliente, procurando contar con una muestra más representativa del número de usuarios del proceso. Para ello, se recomienda evaluar mecanismos que permitan recoger la percepción de los diferentes usuarios que interactúan con la Vicerrectoría a través de los canales institucionales, especialmente en los trámites de matrículas financieras, reembolsos, financiaciones y demás servicios prestados. Esto contribuirá a obtener resultados más representativos y confiables para el análisis de la satisfacción de los usuarios. • Mantener actualizada la información del proceso publicada en el portal institucional, verificando que corresponda con las versiones vigentes de los procedimientos, documentos y servicios ofrecidos por la Vicerrectoría. En particular, se evidenció que se encuentra publicada la versión 12 del procedimiento PDE.VA-03 "Trámite de Viáticos y/o Gastos de Desplazamiento", mientras que la versión vigente identificada corresponde a la versión 13. • Así mismo, se recomienda revisar y actualizar la información de las diferentes secciones del sitio web, considerando las referencias desactualizadas al Plan de Acción 2021-2024 y a la Norma NTC GP 1000, y fortalecer la divulgación de los servicios y trámites documentados, de manera que sean conocidos y de fácil consulta para la comunidad universitaria y demás partes interesadas. • Evaluar herramientas tecnológicas que se ajusten a las necesidades del proceso y faciliten el almacenamiento, organización, conservación, disponibilidad y consulta de la información, contribuyendo a una gestión documental más eficiente y al acceso oportuno a los documentos que soportan el desarrollo de sus actividades.

Hallazgos de Auditoría		
Tipo	**Requisito**	**Descripción**
CONFORMIDAD	**4.1 Comprensión de la Organización y su Contexto**	Se verifica la realización del análisis de las cuestiones internas y externas mediante la matriz **DOFA**, identificando los factores que pueden impactar en el desarrollo de su proceso, realiza la socialización y aprobación del equipo de grupo de mejoramiento mediante el **FAC-08 "Acta de Reunión" No. 001 del 09 de enero de 2026**. Se crearon nuevos procedimientos y se modificaron otros, lo que demuestra la comprensión por parte del grupo de mejoramiento del entorno de la Entidad y la necesidad de actualizar la información con base a los cambios presentados en el contexto y cómo puede afectar la prestación del servicio.
CONFORMIDAD	**4.2 Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas**	Identifican y socializan la Matriz Institucional FAC-52 Matriz de Identificación de Necesidades y Expectativas de las partes Interesadas en el desarrollo de las actividades del proceso según lo contemplado en el Acta No. 018 del 18 de agosto de 2025. Con las actualizaciones de procedimientos, formatos y demás información documentada que fue realizada, se puede determinar que a través del grupo de mejoramiento se detectaron nuevas necesidades y expectativas de las partes interesadas, lo que permitió mejorar y ajustar la prestación de servicios de una manera más clara y accesible para los usuarios.
CONFORMIDAD	**4.4 Sistema de Gestión de Calidad y sus Procesos 4.4.1 – 4.4.2**	Según la entrevista realizada al grupo de mejoramiento se refleja que identifican cada una de las actividades contenidas en el ciclo de la caracterización, lo que permite la eficacia en la atención a los diferentes usuarios del proceso Se evidenció la última actualización, seguimiento y socialización de la caracterización en grupo de mejoramiento según Acta No. 019 de fecha 26 de agosto de 2025. Se recomienda revisar la caracterización y en caso de ser necesario ajustarla a la última actualización del proceso, con el fin de que queden cubiertas todas las áreas en el ciclo PHVA.
CONFORMIDAD	**5.2 Política**	Según lo tratado al momento de la auditoría, se identificó que los integrantes conocen y contribuyen en el desarrollo de sus actividades diarias a la política de calidad y al logro de los objetivos del proceso e Institucionales. Se puede evidenciar el compromiso y la interacción en el quehacer diario de esta dependencia. Lo anterior teniendo en cuenta la actualización y creación de procedimientos más ajustados a la realidad de las actividades que desarrolla el proceso en el día a día, según Actas No. 026 del 03 de noviembre de 2025, No. 024 del 07 de septiembre y Acta del SIG de fecha 09 de febrero de 2026.

CONFORMIDAD	**5.3 Roles, Responsabilidades y autoridades**	Se verificó la determinación, comunicación y conocimiento de las responsabilidades y autoridades asociadas al proceso, mediante la revisión de la documentación del proceso, **FAC-23 "Planificación, Control y Seguimiento de Actividades"**, **FAC-49 "Plan de Gestión del Cambio y Mejora Continua"**, según el Acta No. 002 del 12 de enero de 2026, Mapa de Riesgos, identificación de los riesgos de gestión, corrupción y de seguridad digital, y diligenciamiento del formato, según lo contemplado en el Acta 001 del 09 de enero de 2026, **FCI-19 "Plan de Acciones Correctivas"**, Actas del grupo de mejoramiento y demás registros asociados. Se evidenció la asignación de responsabilidades a cada uno de los integrantes del grupo de mejoramiento, las actividades propuestas por cada uno para el logro de las acciones de mejora que demuestra el conocimiento y compromiso.
CONFORMIDAD	**6.1 Acciones para Abordar Riesgos y Oportunidades 6.1.1 – 6.1.2**	Se verifica la planificación, elaboración y socialización del Mapa de Riesgos, la cual se evidencia en el Acta de Reunión No. 001 del 09 de enero de 2026, y reporte a la Oficina del Sistema Integrado de Gestión (SIG). Se tienen identificados 5 riesgos de gestión, 1 riesgo de no discriminación, 1 riesgo de seguridad de la información y 1 de corrupción. Dentro de la matriz se establecen acciones, responsables, tiempos y los seguimientos respectivos.
CONFORMIDAD	**6.2 Objetivos de Calidad y la Planificación para Lograrlos 6.2.1 – 6.2.2**	6.2.1 El proceso tiene como objetivo apoyar, planificar y controlar la gestión financiera y administrativa de la Universidad de Pamplona a través de la equitativa y correcta distribución de los recursos, logrando el sostenimiento y desarrollo institucional que permitan aportar al cumplimiento de los objetivos estratégicos, así aporta al cumplimiento del objetivo de calidad al fortalecer la Gestión Organizacional y la Sostenibilidad Financiera Institucional. El proceso demuestra los avances generados para el primer y segundo periodo requerido por el sistema de gestión de calidad mediante Acta No. 008 del 01 de mayo de 2026 para el primer período y No. 013 del 26 de julio de 2026 para el segundo periodo; se puede evidenciar el cumplimiento con los compromisos y el desarrollo de las actividades planteadas según lo establecido en la documentación del proceso, como son: FAC-23 Planificación, Control y Seguimiento de Actividades FAC-49 Plan de Gestión del Cambio y Mejora Continua Mapa de Riesgos Indicadores Así mismo, se tiene en cuenta la información de la oficina de atención al ciudadano como el listado y reporte de las encuestas, entre otros.

	6.2 Objetivos de Calidad y la Planificación para Lograrlos 6.2.1 – 6.2.2	6.2.2 Se identifica la planificación del proceso, según lo contemplado en el FAC-23 "Planificación, control y seguimiento de actividades" de conformidad a lo tratado en el grupo de mejoramiento y según consta en Acta No. 002 de fecha 12 de enero de 2026, definiendo las siguientes actividades: ✓ Reuniones de grupo de mejoramiento del proceso ✓ Elaboración, actualización y reporte de: Contexto Interno y Externo de la Dependencia y mapa de riesgos del proceso ✓ Elaboración y/o actualización de componentes del SIG para la vigencia 2026: FAC-23 Planificación, Control y Seguimiento de Actividades, FAC-49 Plan de Gestión del Cambio, Matriz de Requisitos Legales (si requiere modificación), Matriz de Comunicación e Información (si requiere modificación). ✓ Medición del Indicador institucional de PQRDS (Peticiones, Quejas, reclamos, denuncias y sugerencias) por los procesos ✓ Medición del Indicador institucional de Satisfacción del Cliente ✓ Reuniones de seguimiento con el SIG para verificación de avances de evidencias y efectividad de acciones del mapa de riesgos ✓ Reporte de información y evidencias resultado de seguimiento y avance a los componentes del SIG: FAC-23 Planificación, Control y Seguimiento de Actividades, FAC-49 Plan de Gestión del Cambio, Matriz de Requisitos Legales (si requiere modificación), FCI-19 Plan de Acciones Correctivas, Indicadores, Mapa de Riesgos ✓ Actualización de la escala de viáticos de los funcionarios administrativos de la Universidad de Pamplona y se dictan otras disposiciones ✓ Liquidaciones Estudiantes Nuevos presencial y distancia ✓ Liquidación Lista de espera presencial y distancia ✓ Liquidaciones Reingresos, transferencia, cambios de sede presencial y distancia ✓ Liquidaciones Estudiantes Antiguos presencial y distancia ✓ Financiación de matrícula presencial y distancia
CONFORMIDAD	**6.3 Planificación de los Cambios**	Se verificó la planificación y aprobación del FAC-49 "Plan de Gestión del Cambio y Mejora Continua", mediante FAC-08 "Acta de Reunión" No. 002 del 12 enero de 2026, en el cual se definieron cinco (5) actividades principales, presentándose un avance del 100% para las actividades N° 1 y N° 5, lo que demuestra la efectividad de estas acciones. En el primer trimestre se muestra Primer seguimiento: 007 del 10 de abril de 2026 y Segundo seguimiento: Acta 013 del 26 de julio de 2026. Se evidencian acciones sin ningún avance en el cumplimiento, las cuales continúan en ejecución hasta el 30 de diciembre de 2026.

CONFORMIDAD	**7.1.4 Ambiente para la operación de los procesos**	El espacio que se pudo observar corresponde a dos lugares físicos en los cuales se desarrollan los servicios prestados por el proceso, así: • Oficina para la atención de estudiantes y comunidad universitaria de manera independiente para todos los temas asociados a matrículas financieras de pregrado en las diferentes modalidades ofertadas por la Universidad de Pamplona, lo que facilita la atención a los usuarios. • Oficina ubicada en el bloque administrativo de la Universidad en la cual se desarrollan las demás actividades administrativas. Por las actividades adelantadas en cada uno de estos espacios, se puede concluir que la ubicación es estratégica para el acceso, la comodidad y facilidad de los usuarios, ya que se tienen identificados y distribuidos los funcionarios en los espacios correspondientes de acuerdo al rol que desempeñan dentro del proceso. Sobre la adecuación de este espacio físico se puede evidenciar que se planteó en el FAC-49 "Plan de Gestión del Cambio y mejora continua", una acción sobre la adecuación y mejoramiento de los puestos de trabajo en el espacio físico en el cual se atienden todos los temas relacionados a las matrículas se informó que se realizó el desarrollo de la actividad por parte del proceso, pero a la fecha no ha presentado avance ni respuesta por parte de la dependencia competente. Lo anterior fue informado el día de la auditoría y continúa en ejecución hasta la fecha final que está planteada para el 30 de diciembre de 2026. El recurso humano adscrito a la oficina está conformado por 10 funcionarios administrativos, de los cuales 7 son de planta y 3 son contratistas. Se informa buen clima laboral, trabajo en equipo, buena organización para el desarrollo de las actividades. Los integrantes del grupo de trabajo tienen definidos sus roles y responsabilidades dentro del proceso y los conocen y aplican en el desarrollo de sus actividades diarias.
CONFORMIDAD	**7.3 Toma de conciencia**	Se puede identificar la dedicación y responsabilidad del grupo de mejoramiento con los compromisos del proceso: • Participación en actividades del Sistema Integrado de Gestión: reuniones de grupo de mejoramiento, auditoría interna y actualización de documentos. • Conocimiento de las diferentes actividades en las que participa dentro del proceso, sus roles y responsabilidades, los riesgos asociados al proceso y la forma de mitigarlos, así como la necesidad de ir actualizando sus procedimientos de acuerdo con las necesidades de las partes interesadas y del contexto interno y externo • Se tiene conocimiento de la política de calidad y cómo participan en el logro de los objetivos Institucionales

ASPECTO DE MEJORA	**7.4 Comunicación**	Mediante el Acta No. 002 del 12/01/2026, se revisa y actualiza la Matriz de Comunicaciones para la vigencia 2026 para optimizar la circularización de información con las partes interesadas. Al realizar la revisión de la matriz de comunicaciones se puede evidenciar que se requiere complementarla, ya que sólo se encuentran identificadas las comunicaciones y los responsables en las actividades que corresponden a matrículas financieras, así: Descuentos de matrículas, Financiaciones y Tablas de matrículas, desconociendo la interacción que se realiza con el resto de la comunidad universitaria y dependencias de acuerdo a los procedimientos establecidos por el proceso y las comunicaciones necesarias para estos clientes internos y externos. Es vital que el proceso reconozca la importancia de realizar la identificación de las partes interesadas en la matriz de comunicaciones para dar a conocer el total de las actividades que se desarrollan y la forma como se pueden comunicar para optimizar la gestión.
CONFORMIDAD	**7.5 Información Documentada** **7.5.2 Creación y Actualización**	Se constató las acciones propuestas por el líder del proceso y el grupo de mejoramiento para la actualización de la información documentada, según Acta No. 003 del 13 de enero de 2026. Mediante Acta No. 03 del 09/02/2026 del Sistema Integrado de Gestión ya fueron validadas las modificaciones realizadas, entre ellas, el procedimiento de trámite de viáticos, el formato, trámite y autorizaciones, y financiación de matrículas. El SIG informa mediante memorando 002 del 09/02/2026 las actualizaciones realizadas, pero deja la salvedad de que, si la documentación es utilizada por otros procesos, es necesario que el líder de proceso socialice por cualquiera de los medios existentes en nuestra universidad las modificaciones y evitar la utilización de documentos obsoletos. No se evidencia el envío de la información a través de algún medio Institucional para conocimiento de los procesos que interactúan con el proceso Gestión Administrativa y Financiera. Por lo tanto, se recomienda dar a conocer los documentos modificados o hacer llegar la ruta de acceso a los mismos a los diferentes clientes internos y externos.

CONFORMIDAD	**7.5.3 Control de la Información Documentada** **7.5.3.1 - 7.5.3.2**	Se realizó la actualización Tabla de Retención Documental (TRD) mediante el Acta No. 021 del 28 de agosto de 2025 y de acuerdo con el análisis realizado se procedió a realizar entre otros, el traslado de expedientes para las dependencias correspondientes como Planeación y Vicerrectoría de Bienestar y Extensión de conformidad a las funciones que a su vez también habían sido allí trasladadas. Con el fin de proteger, conservar y salvaguardar la información, se tiene en el FAC-49 "Plan de Gestión del Cambio y Mejora Continua", una acción que es la adquisición de un disco duro externo, lo cual contribuirá al fortalecimiento de la seguridad de la información ante fallas tecnológicas y a la vez, la conservación de esta. Sin embargo, es indispensable revisar si es completamente efectiva la acción planteada, teniendo en cuenta las nuevas herramientas tecnológicas que existen actualmente que permiten permiten recopilar, procesar, almacenar y transmitir información. Los mecanismos de respaldo de la documentación e información se mantienen según la última actualización realizada, en los correos autorizados, el sistema Gestasoft y archivo digital de la Dependencia. Se realizan los cambios propuestos en la estructura de series y subseries que se requieren en el proceso, y fue informado al Proceso de Archivo Central a través del correo electrónico el 23 de septiembre de 2025 y reenviado el día 26 de noviembre de 2025, en el que se envía nuevamente los documentos.
CONFORMIDAD	**8.1 Planificación y Control Operacional**	Se Procede a la verificación del desarrollo de las actividades, a través de la revisión de dos (2) procedimientos, así: **Reembolso** • Se revisa el procedimiento "PDE.VA-02 Reembolso" con el funcionario encargado, verificando el paso a paso del desarrollo de las actividades. Se identifican plenamente las actividades a seguir, la documentación requerida para cumplir con el alcance del procedimiento y las responsabilidades de cada uno de los actores. **Viáticos** • Se revisa el procedimiento "PDE.VA-03 Trámite de Viáticos y/o Gastos de Desplazamiento", con el funcionario encargado, verificando que se realizan las actividades de conformidad al procedimiento, se revisa cada uno de los pasos a seguir, las responsabilidades, la gestión en el aplicativo Gestasoft. Se verifica la realización de las actividades conforme a la información documentada dando cumplimiento a los requisitos del Sistema Integrado de Gestión, garantizando la ejecución de los procedimientos con pertinencia y asegurando la atención a los usuarios y la prestación de los servicios con base a los lineamientos definidos por el proceso.

CONFORMIDAD	**8.2.1 Comunicación con el Cliente**	**a) Proporcionar la información relativa a los productos y servicios.** Se evaluó el proceso de comunicación con los usuarios, considerados clientes internos y externos, en el desarrollo de los procedimientos y la forma como reciben atención. **Canales de comunicación establecidos:** El proceso dispone de canales de comunicación que facilitan el acceso a la información y la atención de los usuarios, entre ellos: • Comunicación vía correo electrónico institucional. • Atención presencial. • Publicación de información de la dependencia en el portal institucional. • Herramientas digitales. Documentos asociados – Gestión Administrativa y Financiera Portal institucional Durante la auditoría se informó que se dispone de una oficina destinada a la atención presencial, ubicada estratégicamente para facilitar el acceso de los usuarios, desde donde se atienden los asuntos relacionados con matrículas y demás procedimientos dirigidos a la comunidad académica de pregrado presencial y a distancia. La Vicerrectoría Administrativa brinda atención a través de los siguientes canales: • Matrículas financieras: matriculas.distancia@unipamplona.edu.co y mfinanciera@unipamplona.edu.co. • Reembolsos: línea institucional 3160244474 y correo reembolsos@unipamplona.edu.co. • Viáticos y demás trámites administrativos: línea institucional 3158441679, aplicativo Gestasoft y correo viceadmi@unipamplona.edu.co. • Ejecución presupuestal: viceadmi.cuentas@unipamplona.edu.co. Adicionalmente, se utilizan herramientas digitales como WhatsApp y Teams para facilitar la comunicación con los usuarios. **c) Obtener la retroalimentación de los clientes relativa a los productos y servicios, incluyendo las quejas de los clientes.** Atención al Ciudadano

	8.2.1 Comunicación con el Cliente	Se realiza a través de los canales de comunicación establecidos, mediante los cuales se hace seguimiento a las solicitudes recibidas, la oportunidad de respuesta y la gestión del trámite o servicio solicitado, de acuerdo con los procedimientos establecidos. El proceso cuenta con un módulo de recepción de PQRSD, en el cual la Oficina de Atención al Ciudadano reporta las comunicaciones de los clientes internos y externos que corresponden a Gestión Administrativa. Se realizó seguimiento a este indicador institucional, según lo consignado en el Acta No. 006 del 16 de marzo de 2026, correspondiente al primer trimestre, en la cual se registra que no se presentaron solicitudes en el aplicativo PQRSD y que las recibidas a través de otros medios oficiales fueron atendidas de manera eficaz y oportuna. Asimismo, en el Acta No. 011 del 11 de julio de 2026 se deja constancia de que, durante el segundo trimestre, no se recibieron solicitudes en el aplicativo habilitado para este proceso. El proceso dispone de diferentes mecanismos de comunicación y atención para sus usuarios. Como aspecto por mejorar, se recomienda actualizar la matriz de comunicaciones, considerando la totalidad de los clientes internos y externos relacionados con los procedimientos administrativos que desarrolla la Vicerrectoría.
CONFORMIDAD	**8.2.2 Determinación de los requisitos para los productos y servicios**	Se evidencia en el Acta No. 004 del 23 de febrero de 2026, la revisión y acatamiento de las nuevas directrices, Resolución 1081 de 2025, sobre la aplicación de la Guía de Gestión y Consolidación Normativa GSIG v. 00 06, para la elaboración y consolidación de la matriz de requisitos legales. Asimismo, se realiza la socialización, actualización y aprobación de la Matriz de Requisitos Legales para la vigencia 2026, según consta en Acta No. 005 del 12 de enero de 2026, en la cual se realizó capacitación al grupo de mejoramiento del proceso sobre el nuevo formato Institucional, revisión y depuración de las normas existentes verificando su vigencia y aplicabilidad y se incluyeron nuevas normas que pudieran aplicar.
CONFORMIDAD	**8.6 Liberación de los productos y servicios**	Se puede evidenciar la aceptación de los servicios prestados a través de: • Implementación de nuevos procedimientos y actualización de los existentes para mayor comprensión de los usuarios al momento de solicitar algún servicio prestado por la Vicerrectoría Administrativa. • Definición de nuevos controles y responsabilidades. • Revisión de normatividad que aplica al proceso • Fortalecimiento de líneas de atención y comunicación para comodidad de los usuarios. • Acciones de mejora para complementar la forma como se ha venido prestando el servicio.

CONFORMIDAD	**8.7 Control de las salidas No Conformes**	Se realizó la revisión del FAC-50 "Matriz de identificación y reporte del producto o servicio no conforme" según Acta No. 002 del 12 de enero de 2026. Se proponen acciones como la actualización de los procedimientos Internos para contrarrestar la posibilidad de que se presenten los servicios no conformes. **PDE.VA-02 v.10 "Reembolsos"**, PDE.VA-03 v.13 **"Trámite de Viáticos y/o Gastos de Desplazamiento", PDE.VA-05 v.06 "Trámite de Autorizaciones", PDE.VA-06 v.07 "Financiación de Matrícula Financiera".** Se evidencia el cumplimiento de la acción propuesta, al revisar los procedimientos actualizados y validados por el SIG. Se tienen identificadas las salidas no conformes y las acciones que se deben llevar a cabo en caso de que se presenten, garantizando la prestación efectiva del servicio.
CONFORMIDAD	**9.1 Seguimiento, Medición, Análisis y Evaluación 9.1.1**	Se revisaron los resultados correspondientes al primer y segundo trimestre, dando cumplimiento a los seguimientos establecidos, mediante la aplicación de los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación a través de los indicadores establecidos para el proceso. Indicadores del proceso: • Medición de la Satisfacción del Cliente. • Peticiones, Quejas, Reclamos y Denuncias Resueltas. Indicadores institucionales: Adicionalmente, se identifican los indicadores y metas institucionales a cargo de la Vicerrectoría Administrativa y Financiera, establecidos en el Plan de Gestión 2025-2028 y articulados con el Plan de Desarrollo Institucional 2021-2030, relacionados con la gestión de los recursos financieros, la inversión institucional, la sostenibilidad financiera, la ejecución presupuestal y el fortalecimiento de los sistemas de gestión, cuyo seguimiento se realiza a través del Sistema de Planeación Estratégica Institucional (SPEI).

CONFORMIDAD	**9.1.2 Satisfacción del Cliente**	El proceso tiene establecido el mecanismo a través de encuestas de satisfacción y se realiza la medición por medio de un indicador, la cual se realiza de manera semestral Se realiza la revisión de Actas y se identifican 31 encuestas para el primer semestre, tomando como fuente el **"FDE.AT-09 Reporte Consolidado del Producto/Servicio de las Partes Interesadas"**, en las cuales se informa que se cumple un porcentaje de (93.55%) para el período enero a marzo de 2026. En virtud de lo anterior es conveniente atender esa mínima parte que pudo influir en el grado de insatisfacción. Así mismo, para el período de abril a junio se registraron 9 encuestas, lo que demuestra que se llevó a cabo la medición con un número menor de usuarios, para un total de 40 usuarios en el semestre. Se verificó la identificación y análisis de la satisfacción de los usuarios mediante la revisión de encuestas, formatos, reportes y ficha del indicador.
CONFORMIDAD	**9.1.3 Análisis y Evaluación**	**a) La conformidad de los productos y servicios** Durante el primer y segundo trimestre de 2026 no se presentaron PQRSDF asociadas al proceso. Se identificó un resultado promedio del 96,77 % en el indicador de satisfacción del cliente durante el primer semestre. No se reportaron salidas de servicios no conformes y el proceso tiene definidas acciones para atender este tipo de situaciones en caso de que lleguen a presentarse. **b) El grado de satisfacción del cliente** Al revisar los resultados correspondientes al primer semestre de 2026, se evidenció un índice de satisfacción del 93,55 % para el primer trimestre, según lo consignado en el Acta No. 006 del 16 de marzo de 2026, y del 100 % para el segundo trimestre, de acuerdo con el Acta No. 011 del 11 de julio de 2026, para un promedio semestral del 96,77 %.

	9.1.3 Análisis y Evaluación	**d) Si lo planificado se ha implementado de forma eficaz** Se evidenció la realización del primer seguimiento al FAC-23, según Acta No. 007 del 10 de abril de 2026, en la cual se presentó el siguiente balance: • Total de actividades del plan: 17. • Número de actividades ejecutadas: 3. • Número de actividades no ejecutadas: 3. • Número de actividades en ejecución: 4. Así mismo, se evidenció el segundo seguimiento mediante Acta No. 013 del 26 de julio de 2026. Como evidencia complementaria, en el aplicativo Sistema de Planeación Estratégica Institucional (SPEI), vigencia 2026, se observa el seguimiento al Desafío 4: "Gestión Administrativa y Financiera como una estrategia transversal, sostenible y transparente de la inversión pública en la Universidad de Pamplona", el cual comprende las siguientes líneas estratégicas: • L13: Eficacia en la gestión que permita fortalecer de forma transversal las funciones misionales contempladas en los cuatro grandes desafíos. • L14: Estrategias que optimicen la planeación de la inversión del recurso público con miras a fortalecer la academia, investigación, la extensión y el bienestar universitario. • L15: Gestión financiera transparente, sostenible de la inversión pública. • L16: Fomento de la política de los campus universitarios amigables con el medio ambiente. Para la vigencia 2026, el tablero registra un avance general del 46,16 % para el Desafío 4 y un avance institucional realizado del 58,8%, frente a un 70,0% proyectado. **e) La eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y oportunidades** Mediante Acta No. 002 del 12 de enero de 2026 se elaboró el mapa de riesgos, en el cual se definieron controles y mecanismos para su tratamiento. De acuerdo con lo registrado, la acción propuesta fue cumplida y se definió la acción a seguir para contrarrestar el riesgo. **Primer seguimiento**: Se evidenció avance en las acciones preventivas planteadas para el primer cuatrimestre, según lo verificado en el documento y lo descrito en el Acta No. 008 del 1 de mayo de 2026. En relación con la acción planteada para el riesgo denominado "Posibilidad de no pago de la matrícula financiera de los estudiantes que no son reportados como beneficiarios de la Política de Gratuidad",

	9.1.3 Análisis y Evaluación	se registró una reprogramación de fecha mediante Acta No. 011 del 11 de julio de 2026. En el FAC-49 se encontraba como fecha final de cumplimiento el 12 de junio de 2026. **Segundo seguimiento**: Se verificó el seguimiento correspondiente al segundo cuatrimestre de 2026, según lo registrado en el Acta No. 013 del 26 de julio de 2026. **g) La necesidad de mejoras en el sistema de gestión de la calidad** Se verificó la planificación y aprobación del FAC-49 "Plan de Gestión del Cambio y Mejora Continua", mediante FAC-08 "Acta de Reunión" No. 002 del 12 de enero de 2026, en la cual se definieron cinco (5) actividades principales. De acuerdo con el seguimiento reportado, las actividades No. 1 y No. 5 presentan un avance del 100%. Se evidenciaron los seguimientos al plan mediante el Acta No. 007 del 10 de abril de 2026 y el Acta No. 013 del 26 de julio de 2026. Así mismo, se identifican acciones que aún no registran avance y que continúan programadas para su ejecución hasta el 30 de diciembre de 2026.
CONFORMIDAD	**10.2 No conformidad y acción correctiva 10.2.1 – 10.2.2**	Se identifica el FCI-19 "Plan de Acciones Correctivas", derivado de la auditoria interna realizada al proceso de Gestión administrativa y Financiera 2022 por parte de la Oficina de Control Interno, el cual tiene el Acta No. 018 del 10 de junio de 2026, dando cumplimiento al cierre de este. Mediante Acta de Reunión No: 30 del 30 de diciembre de 2025, el proceso elabora el **FCI-19 v.06 "PLAN DE ACCIONES CORRECTIVAS"** para las acciones de mejora producto de la auditoría interna del Sistema Integrado de Gestión vigencia 2025. En virtud de lo anterior se hace la observación que este plan de mejoramiento sólo aplica para las NO CONFORMIDADES, por lo tanto, se recomienda incluir las acciones de mejora en el **FAC-49 "Plan de Gestión del Cambio y Mejora Continua "**
CONFORMIDAD	**10.3 Mejora Continua**	En conjunto, se evidenció que el proceso realiza seguimiento a su desempeño mediante indicadores, gestión de riesgos y planificación de actividades, utilizando los resultados obtenidos como elementos para el seguimiento y la identificación de necesidades de mejora. La información revisada se encuentra debidamente soportada y cumple con los parámetros establecidos.

Conclusiones
El proceso de Gestión Administrativa y Financiera evidencia una gestión orientada al cumplimiento de sus responsabilidades institucionales y a la articulación de sus actividades con los lineamientos del Sistema Integrado de Gestión. Los resultados de la auditoría permiten reconocer el compromiso del equipo de trabajo y las prácticas implementadas para favorecer el desarrollo de sus funciones y la prestación de los servicios a la comunidad universitaria. De manera general, se observa que el proceso cuenta con elementos de planificación, organización y seguimiento que contribuyen al desarrollo de sus actividades. No obstante, las oportunidades de mejora identificadas constituyen una oportunidad para fortalecer la articulación entre la planificación, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de los resultados, favoreciendo una gestión cada vez más efectiva. Los aspectos por mejorar identificados en el presente informe deberán ser analizados por el proceso y recibir el tratamiento correspondiente en el FAC-49 – Plan de Gestión del Cambio y Mejora Continua, de conformidad con los lineamientos institucionales aplicables y con lo establecido en el procedimiento PAC-03, Gestión del Cambio y Mejora Continua en los Procesos. Para tal efecto, el proceso deberá definir y documentar las acciones que considere pertinentes, estableciendo, según corresponda, los responsables, plazos, recursos y mecanismos de seguimiento. Cuando, como resultado del análisis, se determine que un aspecto no requiere la formulación de una acción de mejora, esta decisión deberá quedar debidamente justificada. El tratamiento de las oportunidades identificadas permitirá fortalecer la mejora continua del proceso, mantener la trazabilidad de las decisiones adoptadas y facilitar el seguimiento institucional a los compromisos que se establezcan.

Elaboró	Aprobó	Validó
MARIA TERESA SILVA	EDWIN OMAR JAIMES RICO	MARITZA CONSTANZA GAMBOA
Auditor Interno	Líder Proceso Auditado	Auditor Líder