



Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.01

Página

1 de 1

Auditoría N°	PROCESO AUDITADO	Fecha		
		Día	Mes	Año
001	GESTION DEL RECURSO FÍSICO Y APOYO LOGÍSTICO	02	X	2023
Auditor Líder	ZOILA FABIOLA RAMÓN FUENTES	Representante de la Alta Dirección	HENRY MURILLO	
Nombre(s) del Equipo Auditor		Cargo		
ROSMIRA DEL ROSARIO RAMÓN DURÁN		Auditora Interna de Calidad Profesional Universitario Facultad de Ciencias de la Educación		

Objetivo(s)	Alcance
Verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos en la norma NTCISO 9001:2015 y la normatividad interna y externa aplicable al Sistema Integrado de Gestión de la Universidad de Pamplona.	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, que no fueron auditados en la vigencia 2022 y los procesos que presentaron No Conformidades en la Auditoría Interna 2022.
Documentos de Referencia (Criterios)	Norma Técnica de Calidad NTC ISO 9001:2015, NTC ISO 19011:2018, MECI, PCI-10 Auditorías Internas de Calidad, Formatos, Documentación de los Procesos vigente, FAJ-15 "Matriz de Requisitos Legales", FCI-19 "Plan de Acciones Correctivas, 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, centro interactivo.

Fecha de Apertura	Día	Mes	Año	Fecha de Cierre	Día	Mes	Año
	04	IX	2023		27	X	2023

Aspectos Relevantes	<ul style="list-style-type: none">• Buena disponibilidad del Líder del proceso y de los funcionarios adscritos al mismo durante el proceso de la auditoría interna de calidad.• Compromiso con el proceso y su mejora continua• Buen ambiente de respeto• El proceso tiene muchas fortalezas por la naturaleza del mismo, en cuento a aspectos ambientales, riegos, peligros incidentes y accidentes de trabajo
----------------------------	--



Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.01

Página

1 de 1

Aspectos por Mejorar

- ✓ Se recomienda más dominio en los temas y productos del Sistema Integrado de Gestión, teniendo en cuenta que, al momento de hacer las correspondientes preguntas, regularmente respondía solo el encargado del proceso. (Política de calidad, objetivos de calidad, matriz de roles y responsabilidades, etc.)
- ✓ Se recomienda revisar la redacción de la identificación de los riesgos, de las acciones, etc.
- ✓ Más dominio de los productos al momento de presentarlos al auditor, por cuanto se perdió mucho tiempo a la hora de buscar la información correcta, se notó inseguridad en la presentación de la información.
- ✓ Más compromiso de los integrantes del proceso, por cuanto se notó que solo era una persona quien manejaba la información a nivel general del proceso.
- ✓ Importante que todos los miembros del proceso conozcan la matriz de Roles y Responsabilidades.
- ✓ Ubicar en un lugar visible el objetivo de proceso, para conocimientos de todos
- ✓ Se recomienda que la documentación del proceso no se maneje a través del correo personal del funcionario a cargo.
- ✓ Solicitar capacitaciones sobre las Tablas de Retención Documental, por cuanto los funcionarios manifestaron no recibirla desde el 2017. Igualmente solicitar el traslado del archivo de gestión al archivo central.
- ✓ Se recomienda que el FGI-78 v.00 Registro de Entregas y/o Aperturas de Aulas de Apoyo, en la columna del nombre, no se identifica el nombre del docente, aparece es una firma que en muchos casos es ilegible.
- ✓ Realizar el correspondiente tratamiento en el Grupo de Mejoramiento a las observaciones, producto de las encuestas de Medición de la Satisfacción del Cliente.
- ✓ Se recomienda revisar las actividades de mejora presentadas durante el proceso de auditoría y plasmarlas en el FAC-49 Plan de Gestión del Cambio y Mejora Continua.
- ✓ Se recomienda realizar la aplicación de las encuestas una vez se preste algún servicio por parte de la dependencia, teniendo en cuenta que los resultados obtenidos son muy bajos para una clara medición. Se diligenciaron solo 9 encuestas. Revisar las observaciones obtenidas durante el periodo contenidas en el archivo adjunto; consulta Encuestas(primer trimestre).xlsx y plasmarlas en acta de grupo de mejoramiento del proceso.

Hallazgos de Auditoría

Tipo	Requisito	Descripción
CONFORMIDAD	4.1 COMPRENSIÓN DE LA ORGANIZACIÓN Y SU CONNTEXTO	El proceso determina las cuestiones internas y externas. Aunque no se cuenta con una matriz DOFA, se identificó un listado de debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas. De igual manera se hace necesario más conocimiento con el contexto organizacional contenido en el Centro Interactivo del Sistema Integrado de Gestión.
CONFORMIDAD	4.2 a. COMPRENSIÓN Y EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS	El proceso de Recursos Físicos y Apoyo logístico identifica las partes interesadas: Docentes, estudiantes, administrativos, comunidad académica y comunidad externa, Gobernación, alcaldías. Se hace necesario más dominio del proceso con respecto al conocimiento de la matriz de las partes interesadas.
CONFORMIDAD	4.4.1 a ENTRADAS REQUERIDAS Y SALIDAS ESPERADAS DEL PROCESO	El proceso cuenta con la caracterización correspondiente, se identifican las entradas con los respectivos formatos, instructivos y demás documentos adscritos al proceso y de igual manera se determina y se describe la secuencia e interacción del proceso.



Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.01

Página

1 de 1

CONFORMIDAD	5.2 POLÍTICA DE CALIDAD	Se preguntó sobre la política de calidad y fue ubicada en el televisor, mas no la identificaron individualmente. El proceso determina que se aplica y aportan a ella, a través de la eficiencia y la eficacia en la prestación del servicio, logrando la satisfacción del cliente de acuerdo a las necesidades que tiene el usuario. La gestión de los recursos con los que se cuenta permite que los requerimientos se atienden con calidad. De igual manera con las buenas relaciones con otras dependencias.
CONFORMIDAD	5.3 ROLES, RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES EN LA ORGANIZACION	El líder del proceso tiene toda la responsabilidad y se relaciona lo que el proceso debe desarrollar. Cada funcionario conoce sus funciones y manifiestan que la desarrollan con mucho compromiso y responsabilidad.
CONFORMIDAD	6.1.2 ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES	El proceso identificó dos riesgos de gestión y uno de corrupción Gestión. 1. Retraso en la prestación del servicio. 2. No es posible culminar la satisfacción las actividades o solicitudes realizadas por los usuarios. RIESGO DE CORRUPCIÓN. 1. Favorecimiento de intereses propios o particulares por apropiación de elementos nuevos y usados.
CONFORMIDAD	6.2 OBJETIVOS DE LA CALIDAD Y PLANIFICACION PARA LOGRARLOS	Se preguntó al proceso sobre los objetivos de calidad y fueron ubicados en el televisor, pero no los identificaron individualmente. Se leyeron los últimos dos objetivos de calidad, contenidos en el cuarto pilar misional, como aporte de proceso
NO CONFORMIDAD	6.2.2 PLANIFICACIÓN	El proceso presentó el FAC-23, el cual fue aprobado mediante acta 003 del 22 de febrero de 2023 y se le hace seguimiento trimestralmente. Se aclaró que se hizo la actualización del FAC-23 porque se eliminaron algunas actividades de acuerdo a las funciones, que fueron trasladadas al CIADTI, dejando evidencia en el Acta 009 del 5 de julio de 2023. El FAC-23 Planificación, Control y Seguimiento de Actividades tiene 10 acciones y un cumplimiento del 50%. No está actualizado en el aplicativo SharePoint, no se identifica el nombre del proceso, no está el actualizado y tiene fecha de febrero del año 2023.
NO COMFORMIDAD	6.3 PLANIFICACION DE LOS CAMBIOS	El proceso realiza la elaboración y aprobación del FAC-49 Plan de Gestión del Cambio y Mejora Continua, dejando evidencia en el Acta 003 del 22 de febrero de 2023, en el cual relacionan tres actividades. El plan fue se actualizado mediante acta 009 del 5 de julio de 2023 y tiene un porcentaje de cumplimiento del 25% en el I trimestre y de 50% en el II trimestre. El FAC-49 Plan de Gestión del Cambio y Mejora Continua, no está identificado con el nombre del proceso.



Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.01

Página

1 de 1

CONFORMIDAD	7.1.4 AMBIENTE PARA LA OPERACIÓN DE LOS PROCESO	<p>El Equipo de trabajo manifiesta que se apoya y se respaldan unos con los otros, el ambiente laboral es muy bueno, porque se conocen y se ayudan. Los espacios físicos son amplios y se prestan para las actividades que cada funcionario realiza. No se conocen problemas de tipo personal, porque la conversación y el diálogo es amigable. El ambiente es amable, dispuestos a colaborar en el proceso, se le da el lugar a cada funcionario, se celebra los cumpleaños. Los viernes se reúnen para saber qué está pendiente para salir adelante como equipo de trabajo. Se resalta la calidad humana y el respeto y el compañerismo.</p>
NO CONFORMIDAD	7.3 TOMA DE CONCIENCIA	<p>El proceso desarrolla actividades de toma de conciencia, en cada uno de los roles y las funciones de la dependencia, con la asignación de solicitudes, y cumplimiento de las mismas.</p> <p>RIESGOS Se aprobó el Mapa de Riesgos para la actual vigencia, mediante acta 001 del 25 de enero de 2023, identificando dos riesgos de gestión y uno de corrupción.</p> <p>En el acta de 012 del 4 de septiembre de 2023, se relaciona la causa del primer riesgo, pero no se identifica el mismo. En el seguimiento del segundo riesgo se realizó la acción, pero el formato no tiene fecha.</p>
NO CONFORMIDAD PARA EL SIG	7.4 COMUNICACIÓN	<p>El proceso identifica la Matriz de Flujos de Información y Comunicación, la cual fue actualizada mediante Acta 014 del 18 de septiembre de 2023.</p> <p>Se tienen cuatro documentos, como medios de comunicación e información. En la Centro Interactivo del Sistema Integrado de Gestión no aparece la actualización de la Matriz de Flujos de Información y Comunicación. El proceso expresa que envió la solicitud de actualización al Sistema Integrado de Gestión el día 18 de septiembre de 2023.</p>
NO CONFORMIDAD	7.5.2 CREACIÓN Y ACTUALIZACIÓN	<p>El proceso lleva la documentación en medio físico. Se revisó el FGI-14 v.01 Registro de Solicitudes y se encontró que no se diligencia la columna y/o casilla de calificación en todo el formato.</p>
CONFORMIDAD	7.5.3.2 b y d ALMACENAMIENTO Y PRESERVACIÓN DE LA LEGALIDAD	<p>Las TRD están desactualizadas. Desde el 2017 no se revisan ni se recibe capacitación en Tablas de Retención Documental.</p> <p>No se guarda información en disco duro ni en la nube, porque la mayoría de los documentos están en físico. Se almacena archivo de gestión desde el año 2017.</p>
CONFORMIDAD	8.1. PLANIFICACIÓN Y CONTROL OPERACIONAL	<p>En el FGI-78 v.00 Registro de Entregas y/o Apertura de Aulas de Apoyo, en la columna NOMBRE DEL DOCENTE no se identifica el nombre del docente, aparece es una firma que en muchos casos es ilegible.</p>



Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.01

Página

1 de 1

CONFORMIDAD	8.2.1 a. INFORMACIÓN RELATIVA A LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS	El proceso suministra información por diferentes canales de información: por medio de la página institucional, del subportal, acompañamiento al docente para los servicios que presta, por los diferentes convenios para el préstamo de los auditorios, por correo electrónico, etc. Internamente la información del proceso se realiza por medio del FGI-47 Asignación de Actividades.
CONFORMIDAD	8.2.1 b y c. RETROALIMENTACIÓN DE LOS CLIENTES RELATIVA A LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS, INCLUYENDO LAS QUEJAS DE LOS CLIENTES	Durante el primer trimestre de 2023, el proceso no presentó PQRSD, y se informó a través del correo enviado por la Oficina de Atención al Ciudadano con fecha 13 de abril de 2023. De igual manera no se presentaron PQRSD correspondiente al segundo trimestre de 2023, información allegada al proceso por parte de Atención al Ciudadano mediante memorando 180-106.133 dl 13 de julio de 2023.
NO CONFORMIDAD PARA EL PROCESO DE ASESORÍA JURIDICA	8.2.2 DETERMINACIÓN DE LOS REQUISITOS PARA LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS	<p>El proceso cuenta con el FAJ-15 Matriz de Requisitos Legales, se actualizó el documento, porque se eliminaron dos normas, teniendo en cuenta que esas funciones pasaron al CIADTI, como evidencia se presentó el Acta 008 del 9 de junio de 2023.</p> <p>Derechos de autor y licencia de Software:</p> <ul style="list-style-type: none">. Ley 44 del 5 de febrero de 1991. Ley 603 del 27 de julio de 2000 <p>Al revisar el documento en el Centro Interactivo del Sistema Integrado de Gestión, proceso de Asesoría Jurídica, se evidenció que el proceso de Asesoría Jurídica no ha actualizado la Matriz de los Requisitos Legales.</p> <p>El proceso aduce que se han enviado dos correos, el 9 de junio y el 18 de septiembre de 2023, justificando la solicitud con el acta antes descrita</p>
CONFORMIDAD	8.5.3 PROPIEDAD PERTENECIENTE A LOS CLIENTES O PROVEEDORES EXTERNOS	<p>El proceso de Recursos Físicos y Apoyo Logístico garantiza el uso de las licencias de office y las mantiene acorde a su responsabilidad.</p> <p>Se prestan implementos y bienes asegurando su entrega en los tiempos establecidos, mediante el FGI-61v.01 Asignación de Materiales y Herramientas</p>
CONFORMIDAD	8.6 LIBERACIÓN DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS	<p>El proceso realiza la encuesta de satisfacción del producto/servicio de las partes interesadas para verificar que se cumpla el servicio prestado</p> <p>Se presentó el correspondiente indicador con un 100% de satisfacción. Igualmente se relacionó una observación (se tarda en dar respuesta a las solicitudes, en el servicio de mantenimiento), pero no se trata la observación en el Grupo de Mejoramiento.</p>
NO CONFORMIDAD	8.7 CONTROL DE LAS SALIDAS NO CONFORMES	El proceso de Gestión del Recursos y Apoyo Logístico no lleva el FAC-50. Matriz de Identificación y Reporte del Producto o Servicio No Conforme, donde se describen las no conformidades y las acciones tomadas.



Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.01

Página

1 de 1

CONFORMIDAD	9.1.1 SEGUIMIENTO, MEDICIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN	<p>El proceso auditado realiza seguimiento, medición, análisis y evaluación a los dos indicadores de gestión institucionales y uno propio del proceso.</p> <p>Medición de la Satisfacción del Cliente, Peticiones, Quejas, Reclamos y Denuncias Resueltas y Eficacia en la Prestación del Servicio, todos con un 100% de cumplimiento.</p>
CONFORMIDAD	9.1.2 SATISFACCIÓN DEL CLIENTE	<p>El proceso hizo revisión del indicador de la satisfacción del cliente, mediante Acta 007 del 13 de abril de 2023, con un porcentaje del 100% de satisfacción.</p>
CONFORMIDAD	9.1.3 b. GRADO DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE	<p>El proceso de Gestión de Recursos Físicos y Apoyo Logístico realizó seguimiento a los siguientes productos:</p> <p>FAC-23. Planificación, Control y Seguimiento de Actividades 2023, con un 50% de avance</p> <p>FAC-49. Plan de Gestión del Cambio y Mejora Continua 2022, con un 50% de avance.</p>
CONFORMIDAD	9.1.3 e. EFICACIA DE LAS ACCIONES TOMADAS PARA ABORDAR LOS RIESGOS Y OPORTUNIDADES	<p>El proceso identificó mediante acta 001 del 25 de enero de 2023, dos riesgos de gestión y uno de corrupción, a los cuales se les hace el debido seguimiento. Se evidencia seguimiento a los riesgos, como consta 012 del 4 de septiembre de 2023.</p>



Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.01

Página

1 de 1

NO CONFORMIDAD

9.2.1 AUDITORIA INTERNA

El proceso no levantó acta de Grupo de Mejoramiento para socializar el informe de auditoría de la vigencia 2022 y aprobar el FCI-19 Plan de Acciones Correctivas.

Primera No Conformidad: Se evidencia desactualización del PGI-01. Mantenimiento Preventivo y Correctivo, teniendo en cuenta que dicho procedimiento contempla la descripción de la actividad 1.3 Mantenimiento Vehicular y a la fecha de la auditoría el procedimiento de: prestación del servicio de transporte, se encuentra a cargo del proceso de Planeación Institucional. Por otra parte, el FGI-02. Solicitud de Servicio de Mantenimiento V.02, incluye una casilla para marcar el tipo de mantenimiento: "Vehicular. **No coincide la descripción del hallazgo del informe de auditoría con la relacionada en el FCI-19 Plan de Acciones Correctivas. No se redacta un análisis específico del hallazgo, se relacionan unas actas con mucho tiempo de anterioridad a la auditoría realizada en el mes de octubre de 2022 (Acta 001 del 25 de enero de 2022 y acta 004 del 2022, sin fecha completa). En el FCI-19 Plan de Acciones Correctivas, no existe seguimiento a la no conformidad número uno, sin embargo se relaciona un 100% de cumplimiento.**

Segunda No Conformidad No se evidenció el FGI-01 "Programación de Mantenimiento Preventivo". Correspondiente al mantenimiento tecnológico". Pertenece al segundo semestre de 2022 y descrito en la actividad No. 1 del PGI-01. Mantenimiento Preventivo y Correctivo. De igual modo, no se evidenció el envío por correo electrónico del FGT-13 "Circular" para la solicitud del servicio, a todos los procesos por parte del funcionario encargado de reservas, informando sobre el servicio de Apoyo Logístico y los espacios físicos con los que cuenta la Universidad de Pamplona, para actividades de la academia a todos los procesos y correspondiente al primer semestre de la anualidad 2022. Adicionalmente y verificado el FGI-01. Programación de Mantenimiento Preventivo". Correspondiente al mantenimiento tecnológico". Pertenece al primer semestre de 2022, no se diligencia la columna denominada: "fecha de ejecución", correspondiente a los mantenimientos preventivos **Se realizó programación de mantenimiento preventivo FGI-01 en grupo de mejoramiento mediante acta 003 de 22 de febrero de 2023 y el estado de la acción es del 100%**

Tercera No Conformidad. No se evidenció el FGI-64. Hoja de vida de equipos de cómputo v.01, donde se especifique: (1) equipo, (2) partes, (3) software instalado y (4) descripción de los mantenimientos realizados a: software, hardware, preventivo, correctivo, fecha, actividad realizada y observaciones perteneciente a siete (7) computadores del proceso de Gestión del Talento Humano. **En el FCI-19 Plan de Acciones Correctivas, no existe seguimiento a la No Conformidad Número tres, sin embargo, se relaciona un 50% de cumplimiento.**



Informe de Auditoría Interna

Código FCI-42 v.01

Página 1 de 1

		<p>No se relacionó en el FCI-19 Plan de Acciones Correctivas producto de la Auditoría Interna de Calidad la NO CONFORMIDAD número cuatro, ni se le dio el correspondiente análisis, tratamiento, seguimiento etc.</p> <p><u>Cuarta No conformidad</u> No se evidenció el FAC-50. Matriz de Identificación y Reporte del Producto o Servicio No Conforme, donde se describa: (1) no conformidad, (2) acciones tomadas, (3) concesiones obtenidas, (4) identificación de la autoridad que decida la acción con respecto a la no conformidad.</p> <p>La NO CONFORMIDAD, se mantiene en el presente Informe de Auditoría</p> <p>En el FCI-19 se relaciona una nota al final del formato, la cual se transcribe: “NO CUMPLE LOS PARAMETROS PARA LA ELABORACIONES DE LOS PLANES ACCIONES CORRECTIVAS, DICHAS ACCIONES NO SON COHERENTES, ALCANSABLES PARA CUMPLIR CON LOS HALLAZGOS DE LA AUDITORIA INTERNA 2022”.</p>
NO CONFORMIDAD	10.2.1 NO CONFORMIDAD Y ACCIÓN CORRECTIVA	En el FCI-19 Plan de Acciones Correctivas, no se evidencia toma de acciones suficientes, relativas a las no conformidades. El plan de Acciones Correctivas, está incompleto, tiene espacios en blanco y sin diligenciar y no hay avances significativos. No se tomaron acciones correctivas concretas.
CONFORMIDAD	10.3 MEJORA CONTINUA	El proceso auditado cuenta con un plan que organiza las actividades planeadas para su ejecución durante la vigencia 2023.
CONFORMIDAD	DIRECTRICES AMBIENTALES, MATRIZ DE RIESGOS Y PELIGROS, REPORTE DE INCIDENTES Y ACCIDENTES DE TRABAJO	El proceso tiene muchas fortalezas por la naturaleza del mismo, en cuanto a los aspectos ambientales, riegos, peligros incidentes y accidentes de trabajo. Se relacionaron las siguientes actividades: Pasa manos, rampas, ascensores, señalización, ruta de evacuación, recarga de extintores, control de evacuación de enjambres, fumigación, red hidráulica, reciclaje, plan de reducción en el consumo de servicios agua y luz, (capacitaciones y campañas internas en la luz), ubicación de puntos ecológicos, poda de árboles, césped, reutilización de material de reciclaje)

Conclusiones

- El proceso de auditoría Interna de Calidad, se desarrolló de manera formal y en los tiempos establecidos.
- Fortalecer las mejoras del proceso y minimizar las debilidades.
- Continuar con las actividades encaminadas a garantizar el cumplimiento de las normas internas y externas

Rosmira del Rosario Ramón Durán

Judith Cristancho Pabon

Fabiola Ramón Fuentes

Elaboró	Aprobó	Validó
ROSMIRA DEL ROSARIO RAMÓN DURÁN	JUDITH CRISTANCHO PABON	FABIOLA RAMÓN FUENTES
Auditor Interno	Líder Proceso Auditado	Auditor Líder