



Informe de Auditoría Interna

Código	FCL-42 v.00
Página	1 de 1

Auditoría N°	PROCESO AUDITADO		
	01	GESTION DE COMUNICACIÓN Y PRENSA	
Auditor Líder	MARITZA CONSTANZA GAMBOA	Representante de la Alta Dirección	RENE VARGAS ORTEGON
Nombre(s) del Equipo Auditor		Cargo	
LUIS GABRIEL GARCIA VILLAMIZAR - YULIETH ROCIO HERRERA RUIZ - AMPARO PARADA MENDOZA		AUDITOR INTERNO SIG	
KARINA DEL PILAR SILVA BECERRA		DIRECTOR DEL AREA	
JUAN DAVID JIMENEZ		PERSONAL DE APOYO DEL AREA	
HORA DE INICIO: 2:30 p.m.		HORA DE FINALIZACION: 4:45 p.m.	

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 Direcciónamiento 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, 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
	23	09	2019		27	09	2019

Aspectos Relevantes	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tanto la Líder como su equipo de apoyo siempre tuvieron disposición a la auditoría con el fin de facilitar y suministrar la información requerida. ✓ Atención respetuosa de la Auditoría Interna. ✓ El Recurso Humano que labora en esta dependencia posee una buena disposición y demuestran su conocimiento y rigurosidad en las actividades que tienen a su cargo. ✓ Continuar con la mejora continua del proceso. ✓ Continuar con la 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. ✓ Continuidad con la socialización, entendimiento y aplicación de las diferentes matrices apropiadas al SIG y necesarias para la mejora y avance del proceso.
Aspectos por Mejorar	

Tipo	Requisito	Hallazgo del Cumplimiento/Incumplimiento
CONFORMIDAD	4.1 "a. Comprensión de la organización y su contexto"	Es una oficina transversal apoyo a todas las oficinas, básicamente apoyo a la Rectoría. Este apoyo se realiza por solicitud que se reciben por correos electrónicos para diseños, comunicación, radio, televisión, acompañamiento y apoyo en el proceso, envió de publicación en otros medios de comunicación de



Informe de Auditoría Interna

Código	FCl-42 v.00
Página	1 de 1

		<p>carácter social, en la academia, todo lo referente a estudiantes, toma con los banners de los sindicatos, atención al ciudadano, páginas web con entidades de control, entre otras.</p> <p>Acceso con necesidades especiales requeridas por la alta dirección, aunque no se tiene el proceso adelantado dado que la plataforma con la que se está manejando actualmente el área</p> <p>Una de sus grandes fortalezas, es que siempre tienen información con todas las dependencias para mantener informada no solo la comunidad Universitaria sino también a la comunidad en general.</p> <p>Mediante el acta 004 del 18 de junio de 2019 se identifica el proceso de la DOFA, la cual se encuentra en estudio y aprobación.</p> <p>Se manifiesta que una de sus grandes amenazas es la demora en las contrataciones de OPS, pues quedan algunos procesos sueltos o incompletos y en el momento solo existe una sola persona de planta. Por todas estas actividades cumple con un 50% de los pilares institucionales</p> <p>Se evidencia que la jefe del Área y su personal de planta y contratado identifica las partes interesadas tanto Interna, externas.</p> <p>Los planes en los diferentes medios les permite identificar las partes interesadas de acuerdo a sus diversos productos que manejan como los medios escritos revistas y correos lo que permite generar contenidos en las emisoras; esta se viene actualizando permanentemente por los diferentes medios.</p> <p>Frente a la mejora continua se evidencia se tiene identificada, pero no se demuestra soportes de las matrices de entradas y salidas de los diferentes procesos que realiza el área. Adicional no identifican y falta claridad sobre la caracterización del proceso de Comunicación y Prensa; se manifiesta que esto se da por la constante rotación del personal de OPS.</p> <p>Se evidencia que esta visible en la dependencia pero no se tiene conocimiento de la política de calidad, pues su personal y actividades intervienen más en la parte social y en su crecimiento institucional. Adicional busca propenden por el desarrollo tecnológico y las comunicaciones</p> <p>Explican desde su proceso cómo se apoya para el cumplimiento de la política desde el desarrollo tecnológico y las comunicaciones.</p> <p>Se expresa por parte de la jefe del área el conocimiento de los roles, responsabilidades y autoridad frente al área y a la institución. Siguen los parámetros de la Alta Dirección y adicionalmente realizan acompañamiento a los diferentes procesos de la universidad; se manifiesta por parte del equipo de diferentes procesos para el cumplimiento del plan institucional.</p> <p>Se manifiesta que conocen la matriz de Roles y Responsabilidades, pero no ha sido socializada al interior de grupo, debido a la constante rotación del personal.</p> <p>Se recomienda realizar o crear cada uno de los procedimientos por cada una de las actividades que realiza la dependencia, pues ayudaría a que el personal nuevo tenga más interacción con la oficina.</p>
CONFORMIDAD	4.2 a. Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas	
OBSERVACION	4.4.1 a. Mejora continua del sistema de Gestión de Calidad	
OBSERVACION	5.2 Política de calidad	
CONFORMIDAD	5.3 Responsabilidades y roles de autoridades de la organización	



Informe de Auditoría Interna

Código	FCl-42 v.00
Página	1 de 1

OBSERVACIÓN	6.1.2 La organización debe planificar: a. Las acciones para abordar los riesgos y oportunidades b. ¿Se han abordado los riesgos y oportunidades de los procesos, se ha evaluado la eficacia de las acciones?	<p>Se observa que la planificación de sus actividades, generalmente se realiza sobre las actividades cotidianas tanto diaria como semanal, pero no se evidencia ni existe una planificación de las diversas actividades que maneja la oficina, lo que conlleva a que si exista riesgo es sus diferentes actividades básicamente las que se encuentran fuera de la planificación diaria.</p> <p>No se tiene consolidada la Matriz de Riesgos, adicional a esto lleva a que los riesgos que son identificados no se socialicen al interior ni se dejen plasmados en un plan de mejoramiento</p> <p>Existe un único documento de Matriz de Riesgo de fecha 25 de abril de 2019, acta No 21 pero no se presenta un plan de seguimiento para su mejoramiento. No se ha realizado más actas pues por falta de personal contratado, no ha permitido hacerlas de forma mensual o semestral.</p> <p>Se observa desorganización en la información física: por lo cual se recomienda tener las carpetas bajo las normas de gestión documental y soportada con las diferentes evidencias de igual forma se identifica que no se tiene archivo de la matriz de anticorrupción.</p> <p>El personal del proceso conoce el Objetivo de Calidad y expresan que contribuyen a Lograr la excelencia en servicios y en las tecnologías de la información y las comunicaciones.</p> <p>No se evidencia que tengan en medio físico o virtuales los indicadores; se manifiesta que se realizó el semestre anterior, pero no existe evidencia del acta o la socialización de los mismos.</p> <p>El equipo de trabajo manifiesta que se planifican las actividades; lo cual se identifica mediante acta No. 058 del 11 de julio de 2019.</p> <p>Se evidencia que ni conocen, ni tienen claros los objetivos de calidad generados por la institución</p> <p>Verificada los indicadores, pero no existen indicadores comparativos con los objetivos de la institución, lo que conlleva a que no permita analizar y realizar estrategias de mejoramiento, medir la satisfacción del cliente, entre otras.</p> <p>Se realiza planificación de actividades generales anuales, evidenciadas en el FAC-23 v.01 Planificación, Control y Seguimiento de Actividades, visible en la dependencia. Pero no se evidencia el seguimiento al cumplimiento de lo planificado.</p>
NO CONFORMIDAD	6.2 Objetivos de calidad	<p>Se evidencia que mediante el acta N° 010 del 1 de agosto de 2019, de reunión del grupo de mejoramiento, se socializaron los cambios en los manuales de protocolo de eventos, plan de medios y comunicación digital, elaborados por la Jefe del Área y un pasante de apoyo, documento pendiente por aprobación del SIG, y posterior aplicación en el proceso.</p> <p>Se verifica que el ambiente de operación de los diferentes procesos que tiene la dependencia cumple con los protocolos establecidos para el área.</p> <p>El área física es insuficiente por las diversas actividades que tiene la dependencia, adicional que anexo a esta área se encuentra el taller de soldadura que produce interferencias en la electricidad.</p>
OBSERVACION	6.2.2 Planificar cómo lograr sus objetivos de la calidad	
CONFORMIDAD	6.3 Planificación de cambios	
CONFORMIDAD	7.1.4 Ambiente para la operación	



Informe de Auditoría Interna

Código	FCI-42 v.00
Página	1 de 1

		<p>Del ambiente social hay comunicación y colaboración para todas las actividades y existe una buena integración a fin de mejorar en todas las actividades diarias.</p> <p>S evidencia que la dependencia maneja los mapas de riesgos soportado mediante acta N°010 de agosto de 2019.</p>
OBSERVACIÓN	7.3 Toma de conciencia	<p>Se observa desconocimiento sobre la normatividad aplicable a los diferentes medios, debido a la alta rotación del personal, por lo cual se recomienda socialización permanente</p> <p>Falta capacitación en normatividad existente frente a medios de comunicación</p> <p>La dependencia maneja la matriz de comunicación; frente a la comunicación interna hay interrelación con cada uno de los participantes del área y frente a los clientes externos existe una comunicación permanente, oportuna, teniendo claro que comunicar, cuando comunicarlo, y a quien comunicarlo, cumpliendo con requerimientos el SIG.</p>
CONFORMIDAD	7.4 Comunicación	<p>Se recomienda el apoyo de una persona para el manejo de todo lo referente a los sistemas de calidad y del SIG</p>
OBSERVACIÓN	7.5.2 Crear y actualizar la información documentada	<p>Se evidencia que la información generada por la dependencia se encuentra documentada y almacenada en la sala de prensa y otros en medios digitales; el equipo de trabajo manifiesta que se ha realizado requerimiento al área tecnológica para copias de seguridad, sin tener respuesta aun sobre el tema convirtiéndose en un resgo para su conservación.</p> <p>De igual forma la dependencia ha solicitado capacitación a la oficina de Gestión Documental sin que haya existido alguna respuesta sobre dichas capacitaciones sobre el manejo de la documentación, manejo de archivo lo cual no está permitiendo la aplicación de la TRD o traslado del archivo histórico al archivo central</p>
NO CONFORMIDAD PARA GESTION DOCUMENTAL		<p>Esta cumple con lo requerido por la norma, pero se observa que no existe archivos físicos, ni evidencia de trasladados al archivo central</p> <p>La documentación del proceso se encuentra distribuida en varios equipos lo cual no permite que esté disponible y sea idóneo para utilizarlo, cuando y donde se necesite, afectando el control de cambios necesarios para la planificación y operación del Sistema de Gestión de la Calidad</p> <p>Se recomienda realizar un procedimiento para cada una de las áreas lo cual permite facilitar la socialización al personal y controlar los cambios para proteger el proceso frente a posibles modificaciones no autorizadas.</p>
OBSERVACIÓN	7.5.3.2 Control de la información documentada	<p>El almacenamiento de la información producida se maneja en medio digital lo correspondiente a televisión y radio. Lo de prensa está en medio digital en cada una de las áreas, de igual manera se busca que quede almacenada por el sistema y se crea un espacio en la nube como almacenamiento</p>

Se verifica que no existen evidencia en el último año de archivos físicos lo cual esta incumpliendo con las

Informe de Auditoría Interna

Código	FCI-42 v.00
Página	1 de 1

	normas de Gestión Documental
	Como no manejan archivos no conocen la TRD ni reglamentación, forma de archivos de cada una de sus actividades
ificación y final	Las solicitudes se hacen por correos electrónicos y se da trámite y respuesta a las actividades planificadas. Se manifiesta que se da trámite en alto porcentaje a todas las actividades planificadas, además del correo electrónico y páginas web. Existe registro de control en tableros de trabajo para su control y seguimiento; se evidencia responsabilidad por cada uno de los participantes para las diferentes actividades
ación con	El equipo de trabajo atiende todas las solicitudes, haciendo retroalimentación con el cliente manejando Los servicios por la página web, la emisora de la Universidad de Pamplona en el que hacer institucional.
	El equipo de trabajo se apoya con la oficina de atención al ciudadano y con alianzas interinstitucionales para la promoción de los diferentes productos y servicios, pero no se hace seguimiento a la PORSD, las comunicaciones son remitidas a las diferentes áreas de la institución sin hacer seguimiento de estos.
lación de para los /icios	En cuanto a los requisitos legales, está pendiente por parte el proceso, el envío de la matriz a la oficina de jurídica para su respectiva verificación, aprobación y posterior envío al SIG; se evidencia desconocimiento de la misma por algunos funcionarios debido la alta rotación, como control toda comunicación saliente es verificada y aprobada por el líder del proceso, para lo anterior se recomienda programar socializaciones permanentes.
Propiedad a los proveedores	Para los clientes externos el proceso de prensa, protege y salvaguarda la propiedad de los clientes mediante las cláusulas que están estipulados en los contratos, los cuales son elaborados y consignados por el área de contratación de la institución.
de los /icios	Se evidencia la medición de la satisfacción del cliente en el formato correspondiente pero no se realiza una comparación histórica para evaluar la evolución, el proceso se soportó mediante acta 009 del 11 de julio de 2019 "revisión de indicadores primer semestre 2019-1.
ción del guimiento, alisis y	Se presenta seguimiento realizado por el SIG al Plan de gestión del cambio y mejora continua del 2019 pero no se presenta la evidencia del FAC 49 Actualizado se presenta el del año pasado
ción del	Se evidencia que el proceso realizó encuestas con el fin de saber cuál es la satisfacción del cliente frente a los procesos del área, pero no se presenta seguimiento a la fecha del resultado de las mediciones. Dicho proceso es remitido y manejado básicamente por la oficina de Atención al ciudadano
sis y	
atisfacción	Se evidencia la medición en la ficha Técnica de Indicadores de Gestión incompleta y no se realiza el análisis de los resultados o acciones de mejora frente a estos.



Informe de Auditoría Interna

Código FCI-42 v.00

Página 1 de 1

Conclusiones

Para el desarrollo de dicha auditoría fue dispendiosa dada los diversos compromisos y actividades de la Líder del proceso. Por tal circunstancia esta se desarrolló en varias sesiones hasta alcanzar dichos resultados para el informe.

Wleth Paz Herrera Port.

Firma Auditor Interno.

Arano Rueda Jandige.

Quilzars
Aprobado Auditor Líder.