



## Informe de Auditoría Interna

Código FCI-42 v.00

Página 1 de 4

Auditoría N°	PROCESO AUDITADO	Fecha		
		Día	Mes	Año
1	Interacción Social: Egresados	15	08	2019
Auditor Líder	Maritza Constanza Gamboa	Representante de la Alta Dirección	Rene Vargas Ortégón, Vicerrector Administrativo y Financiero	
Nombre(s) del Equipo Auditor		Cargo		
INGRID YAJAIRA PARALES ARIZA		Auditores internos		
MAYRA LORENA ROJAS LUNA		Auditores internos		

Objetivo(s)	Alcance	Todos los Procesos de Direcciónamiento Estratégico, Misionales, de Apoyo y de Evaluación y Control
Verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos en la NTCISO 9001:2015 y la normatividad interna y externa aplicable en cada uno de los procesos identificados en la Universidad de Pamplona.		
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	
	15		06		2019			20		09		2019	

Aspectos Relevantes	<ol style="list-style-type: none"><li>Se destaca la disposición del equipo de trabajo para atender la auditoría.</li><li>Se evidencia el profesionalismo de los participantes, conocen perfectamente el proceso.</li></ol>
Aspectos por Mejorar	<ol style="list-style-type: none"><li>Es necesario un plan de capacitación para el responsable del proceso en temas relacionados con los objetivos de calidad, la política de calidad, toma de conciencia, la caracterización, matriz de responsabilidades, matriz de partes interesadas, el alcance del grupo de mejoramiento y realimentación de los lineamientos que de forma permanente se han dado en el Equipo MECL y en el Diplomado en Sistemas Integrados de Gestión.</li><li>Se hace necesario tener las evidencias de ejecución de los controles establecidos en el mapa de riesgos e indicadores.</li><li>Se hace necesario documentar los procesos que contemplan los controles necesarios para la mejor prestación del servicio.</li></ol>

Hallazgos de Auditoría



## Informe de Auditoría Interna

Código

FCI-42 v.00

Página

2 de 4

Tipo	Requisito	Descripción
OBSERVACIÓN	4.1 a	Al requerir evidencia sobre el contexto del proceso los funcionarios tienen claridad de las cuestiones internas y externa, sin embargo, desconocen que existe un documento institucional de análisis de contexto, por lo cual se necesita realizar esta capacitación y socialización en el proceso.
OBSERVACIÓN	4.2.a.	Se tienen identificados los actores internos donde se establecen los requisitos y necesidades de cada uno de ellos: Comunidad de egresados, estudiantes, facultades, empleadores, administrativos y comunidad en general. Aun así, los auditados desconocen la matriz de necesidades y expectativas, no participaron en la construcción con aportes a la construcción de la matriz institucional.
OBSERVACIÓN	4.4.1 a	Cuentan con la Caracterización del Proceso identificando las entradas y salidas, pero esto de acuerdo al instructivo que tienen en el mapa de procesos el cual no se esta utilizando.
CONFORMIDAD	5.2	Al preguntar por la política de calidad se evidencia conocimiento y aplicación en cada una de las actividades que se realizan.
OBSERVACIÓN	5.3	Si conocen sus responsabilidades al interior del proceso, pero desconocen la Matriz de Responsabilidades y Autoridades nunca se les socializo, debido a que solo son dos personas las que laboran en la dependencia, por lo cual necesitan realizar capacitación y socialización en el proceso
CONFORMIDAD	6.1.2	Se tiene establecido el mapa de riesgos del proceso en el FDE.PI-33 de gestión y corrupción aprobado mediante acta de reunión N° 007 del 20 de Mayo de 2019.
OBSERVACIÓN	6.2	No se tiene claridad como tal el objetivo al que apuntan.
CONFORMIDAD	6.2.2	Se presenta acta de reunión N° 02 del 25 de Abril 2019 de Grupo de Mejoramiento con acompañamiento del SIG, en la cual se evidencia revisión del FAC-23 Planificación y seguimiento de actividades ajustando la planeación mediante la inclusión de dos actividades; a saber: <ul data-bbox="1136 240 1227 1273" style="list-style-type: none"><li>• Alcanzar la cobertura del 100% de las encuestas OLE Momento 0.</li><li>• Reuniones grupo mejoramiento, a fin de monitorear la validación de la política de egresados de la institución.</li></ul>
CONFORMIDAD	6.3	Se presenta acta de reunión N° 02 del 25 de Abril 2019 que contempla las acciones de gestión del cambio del proceso y ajustes al Plan para su ejecución en el segundo semestre.
CONFORMIDAD	7.1.4	Las condiciones laborales son óptimas, se evidencia buen ambiente organizacional y trabajo en equipo. Por otra parte expresan la falta de personal de apoyo en el proceso.
CONFORMIDAD	7.3	Para la toma de conciencia se evidencia que en las reuniones de grupo de mejoramiento ejecutan la mayor parte de los compromisos del SIG, se evidencia interés por el mejoramiento continuo.





### Informe de Auditoría Interna

Código	FCI-42 v.00
Página	3 de 4

NO CONFORMIDAD	7.4	Los auditados no presentan matriz de flujos de información y comunicación actualizada del proceso, donde se evidencian las actividades desarrolladas para la difusión de información y servicios prestados.
OBSERVACIÓN	7.5.2	Al preguntar por las actividades de actualización de la información documentada, se evidencia que mediante acta n° 002 del 25 de Abril 2019 se realizó el siguiente ajuste al plan organizado en 2018: La mejora 1, se eliminaron los procesos hasta tanto no sea aprobada la política institucional de seguimiento al egresado. Sin embargo, no se cuenta con procedimientos documentados que contemplen los controles necesarios para la mejor prestación del servicio.
CONFORMIDAD	7.5.3.2 b y d	Se procede a realizar la verificación sobre el control de los registros, para lo cual se solicitan las actas de reunión de Grupo de Mejoramiento se presenta el FAC-08 versión 01: <ul style="list-style-type: none"><li>• Acta de reunión 001 del 7 de febrero 2019 debidamente diligenciada, sin tachones ni enmendaduras, firmadas y con los soportes necesarios.</li><li>• Acta de reunión 002 del 25 de Abril 2019 Asunto: Grupo de Mejoramiento con acompañamiento del SIG.</li><li>• Acta de reunión 006 del Mayo 16 del 2019 para el Análisis de indicadores SPEI.</li></ul>
NO CONFORMIDAD PARA EGRESADOS Y PARA EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	8.1	Verificando el mapa de procesos en la página institucional se evidencia que no se tiene documentación ni formatos que puedan ser evaluados, el proceso informa que se eliminó todo lo que se tenía cargado dejando los indicadores e instructivo "Conformación de Asociación de Egresados", el cual no está siendo utilizado. Por lo anterior el Sistema integrado de gestión no debió realizar esta actividad sin tener la actualización o reemplazo de los mismos, adicionalmente se tenía que dejar plasmado por medio de acta, la justificación del porque se realizaba la eliminación, acta que no es presentada en la auditoría.
CONFORMIDAD	8.2.1 a	La comunicación con los Egresados y partes de interesadas se realiza mediante la página Web, correo electrónico, vía telefónica y la aplicación de Egresados.
CONFORMIDAD	8.2.1 b y c	El proceso no presenta PQRDS
OBSERVACIÓN	8.2.2	Se tiene la matriz de requisitos legales, pero no se envió a la oficina de jurídica para la respectiva validación.
CONFORMIDAD	8.5.3	Existe la norma interna de la Universidad de Pamplona respecto la protección de datos personales, toda la información está en la plataforma institucional y cuentan con los permisos especiales de IP.
CONFORMIDAD	8.6	Mediante acta n° 08 del 26 de Junio del 2019 se socializó los resultados de percepción.



## Informe de Auditoría Interna

Código FCI-42 v.00

Página 4 de 4

CONFORMIDAD	8.7	Se verificó que mediante Acta 001 del 7 de Febrero del 2019 se hizo socialización y revisión del FAC-50 Matriz de identificación de Identificación y Reporte del Producto o Servicio no conforme, el grupo de mejoramiento considera que no presentan producto servicio no conforme.
OBSERVACIÓN	9.1.2	No se tiene evidencia de análisis de la medición y análisis de indicadores del proceso. Por otra parte, No se aplican encuestas en físico.
CONFORMIDAD	9.1.1	Al solicitar las evidencias de control y seguimiento de los indicadores cuya frecuencia de medición es anual y seguimiento a los indicadores, se evidencia mediante acta n° 006 del 16 de Mayo 2019 que el I61, es un indicador absoluto, como resultado su cumplimiento se desprende de la existencia de un acuerdo aprobado por el Honorable Consejo Superior. <ul style="list-style-type: none"><li>• El I62, será en adelante un indicador semestral, en función de los reportes del Observatorio Laboral para la Educación, entendido como la fuente primaria de información para el cálculo del indicador.</li><li>• Para el I63 es necesario gestionar la asignación de un reporteador especial al director de OASE para realizar el cálculo de cumplimiento, a la fecha de corte se desarrolló a través de la información suministrada por Educación Continua, la periodicidad del reporte queda pendiente para análisis.</li><li>• En el caso del I64, a la fecha de corte el número de encuentros de egresados es 0, su ingreso está programado para 10 días después de realizados estos eventos.</li></ul>
OBSERVACIÓN	9.1.3 e	No se cuenta con evidencias de ejecución de los controles establecidos en el mapa de riesgos.
CONFORMIDAD	10.1	Se evidencia mediante acta n° 001 del 7 de Febrero del 2019 la Revisión del FAC-49 Plan de Gestión del cambio y mejora continua con un porcentaje de cumplimiento es de 44,44.
OBSERVACIÓN	10.2.1	Se evidencia mediante acta n° 001 del 7 de Febrero del 2019 en Grupo de Mejoramiento con acompañamiento del SIG, la Revisión del FCI-19 Plan de Acciones Correctivas producto de la auditoría anterior con un porcentaje de cumplimiento del 60,33, y se encuentra que no se realizó el cierre del mismo.

### Conclusiones

- Con la auditoría se evidenció el compromiso del equipo del trabajo, y las fortalezas sobre el conocimiento que se posee, es de recalcar la buena disposición durante el proceso de auditoría.
- El proceso tiene trabajo adelantado en cuanto a la implementación de la política de egresados.

INGRID YAJAIRA PARELES ARIZA  
MAYRA LORENA ROJAS LUNA  
Aprobado Auditores Internos

Maritza Constanza Gamboa  
Aprobado Auditor Líder