



Informe de Auditoría Interna

Código	FCI-42 v.00
Página	1 de 7

Auditoría Nº	PROCESO AUDITADO		
	1-2018	Gestión del Recurso Físico y Apoyo Logístico	
Auditor Líder	Maritza Constanza Gamboa	Representante de la Alta Dirección	René Vargas Ortegón
Nombre(s) del Equipo Auditor		Cargo	
Luz Stella Vélez Celis		Auditor interno	
Fabiola Ramón Fuentes		Auditor interno	

Objetivo(s)	Alcance
<p>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.</p>	<p>Requisitos: 4.1, 4.2, 4.4, 4.4.1, 4.4.2, 5.2, 5.3, 6.1, 6.1.2, 6.2, 6.2.1, 6.2.2, 6.3, 7.1.3, 7.1.5, 7.1.5.1, 7.1.5.2, 7.1.6, 7.3, 7.4, 7.5, 7.5.1, 7.5.2, 7.5.3, 7.5.3.1, 7.5.3.2, 8.1, 8.2, 8.2.1, 8.2.2, 8.2.3, 8.2.3.1, 8.2.3.2, 8.2.4, 8.7, 8.7.1, 8.7.2, 9.1, 9.1.1, 9.1.2, 9.1.3, 9.2, 9.2.1, 10.1, 10.2, 10.2.1, 10.2.2, 10.3 y MECI</p>

Documentos de Referencia (Criterios)	<p>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.</p>
---	--

Fecha de Apertura	Día	Mes	Año	Fecha de Cierre	Día	Mes	Año
	15	07	2019		24	09	2019

Aspectos Relevantes	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Excelente disposición del Líder del proceso y de todo el equipo que atendió la auditoría, siempre estuvieron pendientes y atentos para facilitar la información requerida. ❖ Se evidencia el compromiso por el cumplimiento de las actividades del proceso y la mejora continua. ❖ 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. ❖ Revisar la documentación y analizar la posibilidad de unificar los controles y eliminar los que no aporten a la calidad del servicio, así mismo buscar alternativas tecnológicas que optimicen el proceso y disminuya a lo más mínimo posible el uso de papel. ❖ Integrar a todo el personal en el cumplimiento de los compromisos con el SIG.
Aspectos por Mejorar	



Informe de Auditoría Interna

Código	FCl-42 v.00
Página	2 de 7

Hallazgos de Auditoría		Descripción	
Tipo	Requisito		
OBSERVACION	4.1 Comprensión de la organización y de su contexto.	❖ Al solicitar las cuestiones externas e internas que son pertinentes para el propósito y objetivos del proceso se evidencia que no se tienen conocimiento de la matriz DOFA, de la misma manera no se identifican las debilidades, fortalezas, amenazas y oportunidades del proceso.	
CONFORMIDAD	4.2 Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas. a) las partes interesadas que son pertinentes al sistema de gestión de la calidad	❖ El líder del proceso y los funcionarios conocen la matriz de necesidades y expectativas de las partes interesadas, identifican y describen que las necesidades de los usuarios del proceso son básicamente a la infraestructura física y tecnológica.	
CONFORMIDAD	4.4 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y SUS PROCESOS		
CONFORMIDAD	4.4.1 Establecer, implementar, mantener y mejorar continuamente un SGC a) determinar las entradas requeridas y las salidas esperadas de estos procesos	❖ Se evidencia en el HGI-06 v.08 Caracterización Gestión del Recurso Físico y Apoyo Logístico en el centro interactivo actualizada, identifican cómo interactúan con otros procesos y que entradas y salidas se tienen.	
CONFORMIDAD	4.4.2 Mantener y conservar información documentada	❖ Se conserva la información documentada, se implementan los controles de acuerdo a lo establecido en los procedimientos, instructivos y guías del proceso.	
CONFORMIDAD	5.2 POLÍTICA	❖ Se evidencia el conocimiento de la Política de Calidad por parte de todo el equipo de Trabajo.	
CONFORMIDAD	5.2.2 Comunicación de la política de la calidad	❖ Saben aplicarla en su quehacer y desde las actividades laborales que se realizan aportan a su cumplimiento. ❖ Evidencia acta 057 del 11 de julio de 2019 de la oficina SIG, Socialización y capacitación del política de calidad y objetivos de calidad. ❖ Conocen la matriz de roles y responsabilidades y se identifican dentro de la misma.	
CONFORMIDAD	5.3 Roles, responsabilidades y autoridades de la organización	❖ Se evidencia que los funcionarios tiene conocimiento de las responsabilidades que tiene ante el Sistema de Gestión de Calidad y en el proceso.	
CONFORMIDAD	6. ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES		
CONFORMIDAD	6.1.2 Integrar y evaluar las acciones para abordar los riesgos y oportunidades	❖ Se evidencia la ejecución de las acciones planteadas en el FDE.PL-33 Mapa de Riesgos del proceso , mediante acta 020 del 25 de abril del 2019 de planeación evaluación y control al PAAC y mapa de riesgos.	



Informe de Auditoría Interna

Código	FCl-42 v.00
Página	3 de 7

CONFORMIDAD	6.2.2 planificar cómo lograr sus objetivos de la calidad	<ul style="list-style-type: none">❖ Conocen los objetivos de calidad e identifican como funcionarios cómo aportan al proceso.❖ Se evidencia acta 057 del 11 de julio de 2019 de la oficina SIG. Con el seguimiento y acompañamiento al proceso de la planificación, plan de gestión del cambio, seguimiento a indicadores, plan acciones correctivas de auditoría externa Socialización y capacitación del política de calidad y objetivos de calidad
CONFORMIDAD	6.3 Planificación de los cambios	<ul style="list-style-type: none">❖ Se evidencia mediante acta 008 del 28 de febrero de 2019 del grupo de mejoramiento la elaboración del FAC-49 Plan de gestión del cambio y mejora continua y del FAC-23 planificación del procesos.❖ De la misma manera se evidencia con el acta 057 del 11 de julio de 2019 de la oficina SIG el seguimiento y acompañamiento al proceso con todo lo concerniente a la planificación.
	7. APOYO	
	7.1 RECURSOS	
CONFORMIDAD	7.1.4 Ambiente para la operación de los procesos	<ul style="list-style-type: none">❖ Se evidencia el buen clima laboral en el proceso.❖ En cuanto a la infraestructura física cuentan con espacios adecuados, pero falta sillas ergonómicas.❖ Verificación del ambiente en los procesos humanos, físicos, sociales, psicológicos adecuados.
CONFORMIDAD	7.3 Toma de conciencia	<ul style="list-style-type: none">❖ El líder del proceso informa que el acompañamiento se hace a todo el personal desde las reuniones de grupo de mejoramiento en donde se revisan la documentación en busca de la mejora continua y se socializan los cambios.
CONFORMIDAD	Item c) cuando sea aplicable, tomar acciones para adquirir la competencia necesaria y evaluar la eficacia de las acciones tomadas	<ul style="list-style-type: none">❖ Se evidencia Apoyo al personal en las actividades que se realizan en el proceso.❖ Socialización y capacitación del política de calidad y objetivos de calidad❖ Se evidencia acta 057 del 11 de julio de 2019 de la oficina SIG. Con el seguimiento y acompañamiento al proceso, planificación, plan de gestión del cambio, seguimiento a indicadores y plan acciones correctivas de auditoría externa
CONFORMIDAD	7.4 Comunicación	<ul style="list-style-type: none">❖ Se tiene conocimiento del matriz de flujo de la información.❖ Las comunicaciones se realizan por correo, memorandos y circulares.❖ Los servicios se comunican por medio del Portal Web del proceso el cual se encuentra actualizado.❖ Se evidencia Acta 13 de 02 de julio de 2019 Socialización de matrices.
	7.5 INFORMACIÓN DOCUMENTADA	

Informe de Auditoría Interna

Código	FCL-42 v.00
Página	4 de 7

Formación y actualización	<ul style="list-style-type: none">❖ Se evidencia el conocimiento del proceso a seguir cuando se requiere crear, actualizar o eliminar documentación.❖ Se evidencia Acta 13 de 02 de julio de 2019 Actualización de formatos y procedimiento❖ Se sugiere la revisión de los controles con el fin de reducir al máximo el uso del papel.❖ Está pendiente remitir acta al SIG para validación.
Formación documentada se	<ul style="list-style-type: none">❖ La información se guarda en medio físico, en medio magnético con copias de seguridad en disco duro.
IN	<ul style="list-style-type: none">❖ Se solicita el formato FGI-67 v. 01 Constancia de Prestación del Servicio de Transporte y se verifica en el listado maestro de formatos la versión.❖ FGI-67 v. 01 Constancia de Prestación del Servicio de Transporte con fecha del 3 de agosto de 2019, se encuentra sin tachones ni enmendaduras pero tiene espacios en blanco en el número constancia.
Formación y control operacional	



Informe de Auditoría Interna

Código	FCl-42 v.00
Página	5 de 7

<p>NO CONFORMIDAD A RECURSOS FISICOS OBSERVACION A LA ALTA DIRECCIÓN</p>	<p>Planificación y control operacional</p>	<ul style="list-style-type: none">❖ Se evidencia el pago de peaje en el formato FGI-67 Constancia de Prestación del Servicio de Transporte y el formato FGI-77 soporte de entrega de efectivo por caja menor del 26 de julio del 2019. Se encuentran formatos con espacios en blanco y sin totalizar❖ Se tiene conocimiento de los procedimientos.❖ Se evidencia correo del 27 de agosto de 2019 confirmando la prestación del servicio de transporte a convenio 035 de CORPONOR, se especifica el placas del carro, tipo de vehículo, nombre del conductor, fecha y número celular conductor, se relacionan los formatos FGI-67 Constancia de Prestación del Servicio de Transporte Y FGI-70 Relación del Personal Transportado.❖ Se evidencia en el acta 013 del 2 de julio de 2019, las modificaciones que se hicieron al formato FGI-77 soporte de entrega de efectivo por caja menor para poder registrar las devoluciones de dinero. A la fecha no se ha enviado acta al SIG para validación del respectivo formato.❖ Se evidencia acta 013 del 2 de julio de 2019 en donde se solicita al SIG asignar a otro proceso el formato FGI-73 Autorización para Salida o Ingreso de Elementos que Pertenecen o no a la Universidad de Pamplona del instructivo ya que este no es de competencia de la oficina de recursos físicos.❖ Acta 014 del 5 de julio de 2019 medición de indicadores, revisión de análisis de indicadores de eficacia PQRD, satisfacción del cliente.❖ Se evidencia en el formato FGI-72 control de salida e ingreso de elementos que pertenecen o no a la universidad de Pamplona. hay espacio sin diligenciar❖ Se sugiere enviar en los correos para solicitud del transporte la guía GGI-13v.00 Requisitos para la Prestación del Servicio de Transporte.❖ En la revisión de la documentación se evidencia que los instructivos no está en el formato vigente y la norma no está actualizada.❖ Es necesario que la vicerrectoría administrativa asigne los recursos económicos oportunamente para la compra de materiales(eléctricos, ferreteria y de logística) con los que el proceso pueda cubrir las necesidades que se requieren.
	<p>8.2 REQUISITOS PARA LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS</p>	

Informe de Auditoría Interna

Código	FCI-42 v.00
Página	6 de 7

<p>comunicación con el cliente</p> <p>como da a conocer los servicios y a los clientes sobre los servicios</p> <p>comunicación con el cliente</p> <p>atascar las consultas, los contratos o los, incluyendo los cambios.</p> <p>obtener la retroalimentación de los relativa a los productos y incluyendo las quejas de los</p> <p>eliminación de los requisitos para cios y servicios</p> <p>ción de los productos y servicios</p> <p>al de las salidas no conformes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ La información se proporciona a los clientes por teléfono, correo institucional, spark en la parte tecnológica, por el portal web los servicios del proceso.
<p>ACCIÓN DEL DESEMPEÑO</p> <p>SEGUIMIENTO, MEDICIÓN, Y EVALUACIÓN</p> <p>satisfacción del cliente</p> <p>sis y evaluación</p> <p>grado de satisfacción del cliente si lo planificado se ha ado de forma eficaz</p> <p>3 necesidad de mejoras en el 3 gestión de la calidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ A la fecha por el modulo no se ha recibido quejas, medio físico y en medio magnético. ❖ Se evidencia correo electrónico De 27 de agosto del 2019 con enlace de la encuesta de Percepción del Producto / Servicio de las Partes Interesadas
<p>ción de los productos y servicios</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Al verificar el FAJ-15 Matriz de Requisitos Legales se evidencia que se encuentra actualizada y publicada en el centro interactivo. ❖ Se evidencia que se tiene conocimiento de la normativa que aplica al proceso. ❖ Una vez prestado el servicio el personal del proceso de Recursos Físicos y Apoyo Logístico solicita al usuario calificar la percepción del servicio y el recibido a conformidad mediante el FGI-47 v.04 Asignación de Actividades.
<p>al de las salidas no conformes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ El líder del proceso manifiesta que a la fecha no se han presentado servicios no conforme. ❖ La conformidad del servicio la evalúa el cliente en el formato el FGI-47 v.04 Asignación de Actividades.
<p>ACCIÓN DEL DESEMPEÑO</p> <p>SEGUIMIENTO, MEDICIÓN, Y EVALUACIÓN</p> <p>satisfacción del cliente</p> <p>sis y evaluación</p> <p>grado de satisfacción del cliente si lo planificado se ha ado de forma eficaz</p> <p>3 necesidad de mejoras en el 3 gestión de la calidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Se evidencia el indicador de satisfacción del cliente en Acta 014 del 5 de Julio de 2019 medición de indicadores, revisión de análisis de indicadores de eficacia PQRD, satisfacción del cliente.
<p>grado de satisfacción del cliente si lo planificado se ha ado de forma eficaz</p> <p>3 necesidad de mejoras en el 3 gestión de la calidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Se evidencia seguimiento a la Planificación de las actividades ❖ Se evidencia análisis de resultados de la Satisfacción del Cliente mediante 014 del 5 de julio de 2019 el análisis de los indicadores PQR con el 100% de cumplimiento, percepción de la satisfacción del cliente y eficacia de la prestación del servicio con 88% de cumplimiento. ❖ Se evidencia seguimiento al FCI-19 v.04 Plan de Mejora continua.



Informe de Auditoría Interna

Código FCI-42 v.00

Página 7 de 7

	10. MEJORA	
CONFORMIDAD	10.3 Mejora continua	<ul style="list-style-type: none">Se evidencia en acta 011 del 10 de mayo de 2019 se elaboró el FAC-49 Plan de gestión del cambio y mejora continua.

Conclusiones

- ❖ La auditoría interna se realizó en los tiempos establecidos sin ninguna novedad.
- ❖ Se observa por parte del recurso humano un gran compromiso con todos los procesos en pro de la buena prestación del servicio.
- ❖ Se requiere más apoyo de la vicerrectoría administrativa para la adquisición de insumos a fin de cumplir con los diferentes procesos.


Fabiola Ramón Fuentes
Firma Auditor Interno


Luz Stella Vélez Celis
Firma Auditor Observador


Maritza Constanza Gamboa
Aprbado Auditor Líder