

Informe de Auditoría Interna

Código FCI-42 v.00

Página 1 de 1

Auditoría N°	PROCESO AUDITADO	Fecha		
		Día	Mes	Año
	SECRETARIA GENERAL	30	07	2019

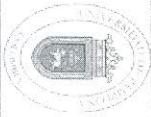
Auditor Líder	MARITZA CONSTANZA GAMBOA.	Representante de la Alta Dirección	RENE VARGAS ORTEGÓN.
	Nombre(s) del Equipo Auditor	Cargo	
	CARMEN CECILIA DURAN	TECNICO ADMINISTRATIVO.	
	MAYRA LORENA ROJAS LUNA	CONTRATISTA.	
	JUAN CARLOS PÉREZ GAMBOA.	CONTRATISTA.	

Objetivo(s)	Verificar el cumplimiento de los requisitos de las normas NTC ISO 9001:2015 y la Normatividad Interna y Externa aplicable del SIG de la Universidad de Pamplona.	Alcance	Todos los 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.
-------------	--	---------	---

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
	30	07	2019		1	08	2019.



Informe de Auditoría Interna

Código	FCl-42 v.00
Página	1 de 1

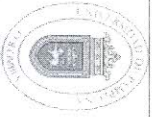
Aspectos Relevantes.

1. Anotaciones Iniciales El día 28 de julio de 2019, por parte de los Auditores internos de Calidad Se elaboró la respectiva lista de verificación de acuerdo a la secuencia de la información establecida en el mapa de procesos proporcionado por la organización en su página web. El día 30 de julio Se realizó la reunión de apertura en las oficinas de secretaría general siendo las 8:30 am, a la cual asistieron el líder del proceso con su equipo de trabajo respectivo incluidos en el plan de auditoría, tal como se puede evidenciar en el registro de apertura. Los elementos auditados fueron los siguientes: 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.
2. La disposición, competitividad y receptividad del personal del proceso de secretaría general para la mejora continua del Sistema Integrado de Calidad de la Universidad de Pamplona.
3. Las Auditorías Anuales del ministerio De Educación, convirtiéndose herramienta fundamental de la alta dirección para la toma de decisiones de la universidad.
4. El sistema de planillas creado por la Universidad de Pamplona con los repositorios de informes; agilizando el reporte de información en forma eficiente.

Aspectos por Mejorar

- ✓ Se debe realizar el respectivo seguimiento y/o acompañamiento al producto no conforme del proceso Secretaría general con el SIG.
- ✓ Se debe realizar un análisis respecto a los controles si están siendo efectivos a la hora mitigar el riesgo.
- ✓ Se sugiere realizar grupo de mejoramiento por lo menos cada dos meses para poder realizar seguimiento a planes y socialización de matrices, mapa de procesos, resultados de las encuestas de satisfacción al cliente y todos los asuntos relacionados con el sistema integrado de gestión en los cuales el proceso de Secretaría General tiene responsabilidades.
- ✓ Las fichas de indicadores siempre deben ir analizadas y elaboradas en un grupo de mejoramiento.

Hallazgos de Auditoría	
Tipo	Requisito
CONFORMIDAD	4.1 a
	Describe las cuestiones externas e internas mediante la matriz DOFA institucional.



Informe de Auditoría Interna

Código FCI-42 v.00
Página 1 de 1

CONFORMIDAD.	4.2.a.	No manejan la matriz de partes interesadas institucional. Determinan las necesidades y expectativas de los clientes internos e internos de acuerdo a las solicitudes presentadas.
CONFORMIDAD	4.4.1 a	El personal Secretaria General conoce las entradas y las salidas esperadas de este proceso o su caracterización.
CONFORMIDAD	5.2	Conocen la política de calidad y su aplicación en el proceso. la ubican en el Centro Interactivo y la tienen publicada en un lugar visible.
CONFORMIDAD	5.3	Conocen su responsabilidad y autoridad dentro del sistema de gestión de la calidad.
CONFORMIDAD	6.1.2. OBSERVACIÓN.	Manejan la matriz de Riesgos. Los Riesgos de Gestión y Corrupción deben ser revisados y valorados con la herramienta y metodología correspondiente.
CONFORMIDAD	6.2.2	En reunión con el líder del proceso del SIG se realizó Seguimiento y Control del SIG se efectuó el seguimiento al FAC-23 Planificación, Seguimiento y Control
CONFORMIDAD	6.3	Se Evidencia el Plan de Gestión del Cambio y Mejora Continua se encontró un avance en las acciones de planteadas y de ejecudas, según en las reuniones
CONFORMIDAD	7.1.4	Se verificó las condiciones de ambiente de trabajo, encontrándose condiciones adecuadas para realización de las Actividades propias del proceso.
CONFORMIDAD	7.3	Se evidencian las actividades de toma de conciencia que se desarrollan al interior del proceso con respecto a: conocimiento de la política, objetivos de calidad, contribución al SIG, Actas de grupo de mejoramiento, manejo de la información.
CONFORMIDAD	7.4	Se evidencia la Matriz de Flujo de Información, para comunicarse solamente utilizan el aplicativo, no existe evidencia de registro documental.
CONFORMIDAD	7.5.2	Reposa información documentada generada por el proceso.
CONFORMIDAD	7.5.3.2	Manejan las Tablas de Retención Documental, reposan archivos generados por el proceso, recibidos de otras dependencias, la información se maneja a través del correo electrónico.
CONFORMIDAD	8.2.1 a	La Comunicación con los clientes se efectúa a través del módulo, en la actualidad se cuenta con un instructivo de escritorio que ilustra sobre los servicios que ofrece el proceso.

Informe de Auditoría Interna

Código	FCl-42 v.00
Página	1 de 1

2.1 b y c	Se reciben PQRD que se re direccionan a las dependencias competentes, a las cuales se les hace seguimiento de respuesta por medio del correo electrónico y por llamadas telefónicas.
8.2.2	Cuentan con la FAJ-15 Matriz de Requisitos Legales y la saben ubicar en el Portal.
8.5.3	Existe reserva de cada PQRS recibida, se garantiza la confidencialidad de la información.
8.6	Se garantiza la conformidad y aceptación por parte de los clientes
SERVACIÓN	No tienen productos o servicios no conformes, se sugiere plantear la Matriz de Producto o Servicio no conforme y validarla ante el SIG.
9.1.1	Los métodos o herramientas de seguimiento y medición se realizan por medio de los indicadores HAC-03 Medición de la Satisfacción del Cliente y HAC-04 Peticiones, Quejas, Reclamos y Denuncias, a los cuales se les hace la medición y análisis de manera trimestral y semestral, ubicándose en

Conclusiones

nterno.

 Decilio Durazo	
 Odivik	
	 Aprobado Auditor Líder