



## Informe de Auditoría Interna

<b>Código</b>	FCI-42 v.00
<b>Página</b>	Página 1 de 5

<b>Auditoría N°</b>	<b>PROCESO AUDITADO</b>		
	001	Villa Marina Promoción Social	
<b>Auditor Líder</b>	MARITZA CONSTANZA GAMBOA	<b>Representante de la Alta Dirección</b>	IVALDO TORRES CHAVEZ
	<b>Nombre(s) del Equipo Auditor</b>		<b>Cargo</b>
Xiomara Jazmín Camargo Rivera		Auditor Interno	
Ivonne Torres Vera		Auditor Interno	

<b>Objetivo(s)</b>	<b>Alcance</b>
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.	Requisitos: 4.1, 4.2, 4.4, 4.4.1, 4.4.2, 6.1, 6.1.1, 6.1.2, 6.2, 6.2.1, 6.2.2, 6.3, 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
<b>Documentos de Referencia (Criterios)</b>	NTC ISO 9001:2015, NTC ISO 9000:2015, Modelo Estándar de Control Interno – MECI:2014, Manual de Procedimientos y Operaciones, Resoluciones, Acuerdos, Manuales Internos y Normatividad Externa Aplicable a cada Proceso.

Fecha de Apertura	Día	Mes	Año	Fecha de Cierre	Día	Mes	Año
		16	07		2019		20

<b>Aspectos Relevantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Disposición por parte del personal del proceso para atender la Auditoría.</li> <li>El líder del proceso no estuvo presente debido a la encargatura de la Oficina de Control Interno de Gestión, sin embargo, fue atendida por el personal de apoyo de la sede social.</li> <li>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.</li> <li>Seguimiento y revisión periódica del proceso y su información documentada, para la eficacia del sistema de gestión de calidad.</li> <li>Las condiciones y medios de traslado del personal a la Sede Social Villa Marina para realizar las actividades para las cuales son contratados.</li> </ul>
<b>Aspectos por Mejorar</b>	

<b>Hallazgos de Auditoría</b>	
Tipo	Requisito
Observación	4.1 Comprensión de la organización y de su contexto
	Desconocen la matriz DOFA institucional, el personal dice contar con una DOFA del año anterior que fue elaborada por una persona que ya no labora, igualmente se solicitó pero no fue posible verla ya que no la ubicaron al momento.



## Informe de Auditoría Interna

<b>Código</b>	FCI-42 v.00
<b>Página</b>	Página 2 de 5

Conformidad	<p>4.2 Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas</p> <p>4.4.1 sistema de gestión de calidad y sus procesos.</p> <p>4.4.2 Mantener información documentada</p>	<p>Por medio de la matriz de necesidades que se encuentra en el SIG. Indican que son sus usuarios, estudiantes, administrativos y particulares. Así mismo que las necesidades son suplir un servicio satisfactorio. Se socializó por medio del acta de reunión 10 del 17 de diciembre del 2018</p> <p>Se evidencia que el proceso cuenta con procedimientos, conocen la información, cual es el aporte de su proceso, que solicitudes ingresan y como se atienden, sin embargo no conocen el formato Caracterización el proceso de Promoción Social Villa Marina</p>
Observación	<p>5.2.2 Comunicación de la política de la calidad</p>	<p>Uno de los integrantes indica que si conoce la política y sabe de qué manera aporta como proceso. Se socializó por medio del acta de reunión 10 del 17 de diciembre del 2018. Sin embargo no se evidencia socialización para la vigencia 2019.</p>
Observación	<p>5.3 Roles, responsabilidades y autoridades de la organización</p>	<p>Se socializó por medio del acta de reunión 10 del 17 de diciembre del 2018. Sin embargo, hace falta que se apropie dicha información.</p>
No Conformidad	<p>6.1.1 acciones para abordar riesgo y oportunidades</p> <p>6.1.2 la organización debe planificar las acciones para abordar riesgos y oportunidades</p>	<p>No cuentan con matriz de riesgos de gestión ni corrupción para la vigencia 2019. Sin embargo, al consultar en la publicación realizada por la oficina de planeación se evidencia publicados los riesgos para el proceso, pero no se evidencia actas de actualización, ni seguimiento, constata por medio del acta 010 del 20 de diciembre de 2018 el planteamiento de los riesgos para la presente vigencia.</p> <p>Si muestran la actividad desarrollada con la implementación del pago por medio del código QR del banco Bancolombia, el cual fue implementado y se viene utilizando hace más o menos un mes, este tiene la observación que únicamente cuando la directora se encuentra en la Sede Social puede ser utilizado, de lo contrario no se puede.</p>
Conformidad	<p>6.2.1 Establecer objetivos de la calidad para las funciones y niveles pertinentes</p> <p>6.2.2 planificación como lograr sus objetivos de calidad</p>	<p>En la auditoría anterior se evidencio el riesgo para el personal al trasladarse desde pamploña a la sede social Villa Marina, para mitigar este riesgo fue enviada mediante correo electrónico solicitud de medio de transporte para el personal.</p> <p>Tienen claro que su aporte es a 2 de los objetivos, el 2 y 3 con su prestación de servicio y el ingreso y reporte de dinero a la dirección.</p> <p>Cuentan con un acta de reunión del mes de diciembre de 2018 en la cual socializan las actividades a realizar en el año 2019, este esta evidenciado en el FAC 23 y se le ha dado seguimiento en reuniones de grupo de mejoramiento</p>
Conformidad	<p>6.3 planificación de cambios</p>	<p>Cuentan con planeación de gestión de cambio y le han dado el seguimiento, en el último seguimiento realizado se encuentra en un 62% de avance de 8 planes de gestión del cambio.</p> <p>Se evidencia planificación por medio del acta 020 del 09 de abril del 2019 y se socializa por medio del acta de reunión 001 del 06 de enero del 2019 (acta sin firmas). Se evidencia uso del formato FAC23 Planificación en el seguimiento bajo acta 07 de junio del 2019.</p>



### Informe de Auditoría Interna

Código	FCl-42 v.00
Página	Página 3 de 5

Observación	7.1.4 Verificación del ambiente en los procesos humanos, físicos, sociales, psicológicos	El ambiente laboral entre el grupo de trabajo es ameno. Se sigue evidenciando el riesgo del transporte de empleados, aunque ellos manifiestan que tienen la evidencia por correo de la gestión que se ha realizado para el transporte de los trabajadores. Así mismo se evidencia que no existe la garantía de encontrar quién provea (venda) la alimentación del personal que labora.
Observación	7.3 toma de conciencia	Cuentan con un acta de reunión donde realizaron planteamiento de ideas de los participantes. Tienen un acta de esta reunión 010 del 26 de julio de 2019 la cual se evidencia falta de firma de 5 personas. Se recomienda que realicen grupos de mejoramiento de forma periódica para que evidencien que el personal que pertenece al proceso se apropie de la información.
Observación	7.4 Comunicación	Se socializó a través del acta 010 del 26 de julio del 2019 la cual se evidencia falta de 5 firmas del personal. Así mismo mencionan las herramientas que utilizan para la comunicación interna y externa WhatsApp, teléfono celular, correo electrónico, memorandos, actas, circulares. Se evidencia que cuentan con formatos para el control y seguimiento de los diferentes procedimientos del proceso, sin embargo, actualmente están utilizando versiones diferentes a las que se encuentran validadas y publicadas en el Sistema Integrado de Gestión, se recomienda la realización de la gestión necesaria para la validación y actualización de los formatos que actualmente están utilizando.
No conformidad	7.5 Información documentada 7.5.1 información documentada 7.5.2 creación y actualización 7.5.3 control de la información documentada.	Se encuentran documentos impresos en papel reciclaje, se recomienda el uso correcto de él, trazando las líneas que invalidan el contenido reciclado y no utilizar aquellas que contengan firmas. Así mismo verificar la legalización de las actas mediante las firmas de todos los participantes, ya que se encontraron varias actas sin la totalidad de las firmas. Por otra parte, también se evidenciaron tachones y enmendaduras de algunos documentos, por favor realizar la revisión y corrección necesaria.



### Informe de Auditoría Interna

Código FCI-42 v.00

Página 4 de 5

<p>No conformidad</p>	<p>8.1 planificación y control operacional</p>	<p>Se toman los procedimientos y se revisan: El PIS.VM-01 Prestación de Servicios Centro de Promoción Sede Social Villa Marina lo desarrollan de acuerdo a lo descrito, excepto el correo electrónico que mencionan no corresponde al que actualmente utilizan, por ende, se sugiere modificar el procedimiento indicando que la cuenta de correo se publicará en los medios de comunicación que utilizan para realizar la Comercialización. PIS.VM-02 Planificación del Servicio esta desactualizado ya que mencionan unos formatos de otros procesos los cuales fueron eliminados por dicho proceso, se debe revisar y actualizar este procedimiento.  Se evidencia que la Universidad cuenta con una póliza de responsabilidad civil extracontractual y seguro estudiantil que cubre a las personas y/o clientes que ingresen al centro recreacional Villa Marina, cada una cubre los servicios que corresponden al servicio prestado La oficina de Vicerrectoría administrativa cuenta con esta información completa y ofrece su asesoría para todo el personal de la Sede Social Villa Marina para su conocimiento.</p>
<p>Observación</p>	<p>8.2.1 comunicación con el cliente 8.2.2 determinación de requisitos para los productos y servicios. 8.2.3 revisión de los requisitos para los productos y servicios 8.2.4 cambios en los requisitos para los productos y servicios.</p>	<p>Mediante los medios de comunicación establecidos para esto y dentro de las instalaciones de la sede, donde manifiestan que se realizan por medio del Facebook, WhatsApp indicándoles el portafolio de servicios. Así mismo por la página Web.  Cuentan con un usuario de PQR el cual maneja el líder del proceso, teniendo en cuenta que el líder de proceso no se encontraba en la auditoría no se pudo evidenciar si existen alguna solicitud por este medio en la vigencia 2019. Realizan la medición de la satisfacción del cliente mediante la encuesta de prestación de servicio, las observaciones que dejan los usuarios son emitidas a quienes les compete para darles la solución correspondiente. En el caso de las soluciones que pueden ser dadas por el personal del proceso, se planifican y realizan, sin embargo, no cuentan con evidencia de seguimiento de estas soluciones por lo cual se sugiere sean incluidas en las actas de los grupos de mejoramiento. Algunas quejas que se evidencia en los formatos de encuestas son: el refuerzo de la seguridad en las cascadas, mejoras pequeñas en las instalaciones (situación que manifiestan que ya se corrigió). Así mismo el servicio de alimentación, ya que no es prestado por el proceso, sino por una persona externa, ellos se encargan de trasladar las observaciones recibidas, pero no pueden darle seguimiento.  Manifiestan que cuentan con la matriz de requisitos legales y que se envió a la oficina de jurídica para su validación. Evidencia que quedó de enviarse por correo a los auditores internos y a la fecha no se cumplió.</p>



### Informe de Auditoría Interna

Código	FCl-42 v.00
Página	Página 5 de 5

Conformidad	9.1.2 satisfacción del cliente 9.1.3 análisis y evaluación	Cuentan con 4 indicadores propios del proceso, que se miden de forma trimestral bajo acta de reunión 004 del 29 de marzo del 2019 se miden dos indicadores Oportunidad en la prestación del servicio los cuales arrojan un 100% y Logro de objetivos un 75%. Bajo acta de reunión 009 25 de junio del 2019 entrega de indicadores del segundo trimestre donde demuestra un servicio satisfactorio. Se toma la MSC una vez el usuario está haciendo entrega de las cabañas, camping o demás servicios. Se evidencia por medio de actas las reuniones realizadas posteriores al informe de auditoría de la vigencia 2018, sin embargo, no cuentan con un plan de acciones correctivas en el formato FCl-19 Plan de Acciones Correctivas.
No conformidad	10.2 No conformidad y acción correctiva	Se evidencia el establecimiento de un plan de mejora continua el cual han venido cumpliendo de acuerdo a lo establecido.
Conformidad	10.3 Mejora continua	

#### Conclusiones

- Tienen una base de datos para ingreso del personal en computador y memoria para salvaguardar la información, se hace la sugerencia de salvaguardar la información de los poderes de consentimiento, así mismo de subir la información a la nube u otro medio para hacer respaldo de ella.
- Cuenta con el personal idóneo para la prestación del servicio, sin embargo, cuando la cantidad de clientes aumenta el personal evidencia la necesidad de contar con una enfermera adicional, debido que la enfermera actual debe desplazarse a las caminatas programadas, tiempo durante el cual las demás zonas (Piscina, cabañas, zonas de juego, entre otras) quedan sin este servicio inmediato.
- La norma ISO 9001:2015 se encuentra basada en riesgos, por lo tanto, es importante que el proceso identifique sus riesgos, establezca acciones para mitigarlos y realice su respectivo seguimiento.
- En busca de la mejora continua del proceso es importante que se mantengan las acciones correctivas y acciones de mejora continua y su seguimiento.

<p><i>Yvonne Torres Vera</i> Mathelen Ivonne Torres</p> <p><i>Xiomara J. Camargo Rivera</i> Xiomara Camargo Rivera Auditor Interno</p>	<p><i>[Signature]</i> Aprobado Auditor Líder</p>
--	--

