	Informe de Auditoría Interna	Código	FCI-42 v.00
		Página	1 de 1

Auditoría Nº	PROCESO AUDITADO	Fecha		
		Día	Mes	Año
01	Gestión del Recurso Físico y Apoyo Logístico	18	08	2020

Auditor Líder	Mabel Johanna Coronel Acevedo	**Representante de la Alta Dirección**	René Vargas Ortegón

Nombre(s) del Equipo Auditor	Cargo
Diana Yelithza Peñaloza Meneses	Auditora Interna

Objetivo(s)	Verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos en la norma NTCISO 9001:2015 y la normatividad interna y externa aplicable al Sistema Integrado de Gestión 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, Manual de Procedimientos y Operaciones, Resoluciones, Acuerdos, Manuales Internos y Normatividad Externa Aplicable a cada Proceso descritos 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, centro interactivo.

Fecha de Apertura	Día	Mes	Año	Fecha de Cierre	Día	Mes	Año
	3	08	2020		31	08	2020

Aspectos Relevantes	• Excelente disposición del líder del proceso y de todo el equipo de trabajo que atendió la auditoria, se evidencia excelente comunicación, compañerismo y trabajo en equipo. • Debida aplicación de los procedimientos documentados durante la prestación del servicio, así como la actualización de los mismos. • Importantes avances en la sistematización de los servicios del proceso. • Campañas de sensibilización y concientización del ahorro de energía. • Se evidencia el compromiso por el cumplimiento de las actividades del proceso y la mejora continua.
Aspectos por Mejorar	• Continuar con la actualización de la documentación y la mejora continua del proceso. • Se requiere apoyo de la Vicerrectoría Financiera con la asignación de recursos económicos a fin de adquirir los insumos necesarios para la prestación del servicio. • No cuentan con la asignación de personal suficiente en el área de apoyo tecnológico.

Hallazgos de Auditoría		
Tipo	**Requisito**	**Descripción**
CONFORMIDAD	4.1 COMPRENSIÓN DE LA ORGANIZACIÓN Y DE SU CONTEXTO	Conocen y tienen identificados los aspectos internos y externos (debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas), el contexto organizacional y direccionamiento estratégico de la institución. Identifican en la página del sistema interactivo del Sistema Integrado de Gestión de Calidad, la ubicación del documento contexto organizacional. Así mismo, identifican las principales debilidades y oportunidades de su proceso.
CONFORMIDAD	4.2 a COMPRENSIÓN DE LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS	Reconocen la Matriz de Identificación de Necesidades y Expectativas de las Partes Interesadas, ubican el documento en la página institucional.
CONFORMIDAD	5.2 POLÍTICA DE CALIDAD	Se evidencia el conocimiento de la política de calidad, explican cómo desde su proceso aportan al cumplimiento de la misma, identifican dónde se encuentra ubicada la política de calidad en la página institucional.
CONFORMIDAD	5.3 ROLES, RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES EN LA ORGANIZACIÓN	El personal conoce y tiene claro su rol y responsabilidades con el sistema integrado de gestión de calidad. Conocen la matriz y su ubicación en la página institucional.
CONFORMIDAD	6.1.2 ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES	Se evidencia la actualización y seguimiento del FDE.PL-33 Mapa de Riesgos, mediante acta de Grupo de Mejoramiento n° 001 del 20 de enero de 2020, acta n° 007 del 24 de abril de 2020, acta n° 009 del 05 de Junio de 2020 y acta n° 015 del 10 de agosto de 2020.
CONFORMIDAD	6.2 OBJETIVOS DE LA CALIDAD Y PLANIFICACIÓN PARA LOGRARLOS	Conocen los objetivos de calidad de la institución, consideran que su proceso aporta a cada uno de los objetivos, pero su principal objetivo es garantizar la sustentabilidad y crecimiento institucional.
CONFORMIDAD	6.2.2 PLANIFICACIÓN COMO LOGRAR SUS OBJETIVOS DE CALIDAD	El proceso cuenta con la elaboración y aprobación del FAC-23 Planificación, Control y Seguimiento de Actividades del proceso, esta planificación fue aprobada mediante Acta de Reunión N° 003 del 11 de febrero del 2020. Mediante acta n° 008 del 02 de Junio de 2020 se evidencia actualización del FAC-23. Se evidencia seguimiento mediante acta de reunión n° 009 del 05 de Junio de 2020 y avance de cumplimiento del 31%. El FAC-23 se encuentra en su versión actual 03.
CONFORMIDAD	6.3 PLANIFICACIÓN DE LOS CAMBIOS	Se evidencia la elaboración y aprobación del FAC-49 Plan de Gestión del Cambio y Mejora Continua, aprobada mediante acta de reunión n° 003 del 11 de febrero de 2020. Se evidencia seguimiento mediante acta de reunión n° 009 del 05 de Junio de 2020 y avance de cumplimiento del 43%. El FAC-49 se encuentra en su versión actual 01.
CONFORMIDAD	7.1.4 AMBIENTE PARA LA OPERACIÓN	Trabajo en equipo, compañerismo, excelente comunicación, buen ambiente laboral, apoyo y compromiso por parte de todos los funcionarios, acompañamiento del líder del proceso. El personal siempre tiene la mayor disposición para cumplir con los requerimientos y actividades asignadas, pero por falta de los insumos necesarios, en muchas ocasiones no es posible cumplir con lo requerido, generando inconformismo por parte de quien necesita el servicio.

CONFORMIDAD	7.4 COMUNICACIÓN	Identifican y conocen la matriz de flujos de información y comunicación. Teniendo en cuenta la naturaleza de su proceso, la gran mayoría de veces son receptores de solicitudes de mantenimiento, teniendo en cuenta la situación actual debido a la pandemia, todas las comunicaciones se realizan de manera virtual.
CONFORMIDAD	7.5.2 CREACION Y ACTUALIZACION DE LA INFORMACION DOCUMENTADA	Se identifica la información documentada debidamente elaborada, codificada y establecida acorde a los requisitos definidos en el PAC-01 Elaboración y Control de la Información Documentada del Sistema Integrado de Gestión y publicados en el centro interactivo del SIG. Se observa a su vez la utilización de los formatos en las versiones vigentes acorde a lo establecido en los listados maestros de formatos, situación que se verifica en el FGI-02 v.02 “Solicitud de Servicio de Mantenimiento”, solicitud n° 119. FGI-63 v. 00 “Asignación de Maquinaria”, entrega de taladro el día 10 de agosto de 2020. FGI-61 v.01 “Asignación de Materiales y Herramientas” con fechas desde el 18 de mayo hasta el 13 de agosto de 2020. Mediante acta de Grupo de Mejoramiento n° 013 del 24 de Julio de 2020 y acta n° 014 del 03 de agosto de 2020, se evidencia actualización, creación y/o eliminación de la documentación de Gestión del Recurso Físico y Apoyo Logístico y actualización de los listados maestros de formatos y documentos. Cambios remitidos al Sistema Integrado de Gestión para su revisión y validación, mediante correo electrónico del 11 de agosto de 2020.
CONFORMIDAD	8.1 PLANIFICACIÓN Y CONTROL OPERACIONAL	Se verifica el cumplimiento de lo descrito en el PGI-02 v.05 Prestación del Servicio de Transporte Terrestre: - Se evidencia circular n° 001 del 24 de febrero de 2020, enviada mediante correo electrónico del mismo día a las 11:57 a.m. a los Decanos, Vicerrectores y Jefes de Oficina. - Se reciben las solicitudes de servicio de transporte, evidenciada mediante correo electrónico del Departamento de Alimentos del día 20 de febrero de 2020, mediante correo del 04 de marzo de 2020, se realiza la confirmación del servicio de transporte, indicando: fecha, hora y lugar de salida: 06 de marzo de 2020 a las 05:00 a.m.; fecha y hora de retorno: 06 de marzo de 2020 a las 18:00 horas, ruta: Cúcuta-Pamplona-Cúcuta, docente encargado: Henry Morales Ocampo, vehículo asignado: bus OWG-862, conductor: Luis Edgar Leal y contacto del conductor: 3118836463. - Se evidencia el FGI-76 v.00 “Revisión de Vehículos Antes del Recorrido” del vehículo con placa OWG-862, revisión correspondiente a la semana del 01 al 08 de marzo, con recorrido asignado para el 06 de marzo, revisión a conformidad. - Se evidencia FGI-67 v.01 “Constancia de Prestación del Servicio de Transporte”, constancia n° 37 del transporte programado para el 06 de marzo de 2020 con el bus de placa OWG-862, servicio cumplido a conformidad. - Se evidencia los recibos de pago de peaje por $9.000 cada uno. - Se evidencia FGI-70 v.00 “Relación del Personal Transportado” del 06 de marzo de 2020.

CONFORMIDAD	8.2.1 a COMUNICACIÓN CON EL CLIENTE	Se proporciona información de los servicios al cliente a través del uso y publicación en el subportal del proceso ubicado en la página web institucional y a través del correo electrónico institucional.
CONFORMIDAD	8.2.1 b y c COMUNICACIÓN CON EL CLIENTE	Las quejas se recepcionan por diferentes medios: aplicativo PQRSD y correos electrónicos institucionales. Mediante acta de grupo de mejoramiento n° 010 del 08 de Julio de 2020, se evidencia que para el semestre 2020-1, no hay PQRSD para el proceso.
CONFORMIDAD	8.2.2 DETERMINACIÓN DE LOS REQUISITOS PARA LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS	Se cuenta con la matriz de requisitos legales la cual fue actualizada y aprobada por el grupo de mejoramiento mediante Acta de Reunión N° 012 del 10 de julio del 2020 que fue remitida al proceso de Asesoría Jurídica.
CONFORMIDAD	8.7 CONTROL DE LAS SALIDAS NO CONFORMES	No se han presentado servicios no conformes.
OBSERVACIÓN	9.1.1 SEGUIMIENTO, MEDICIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN	Se evidencia socialización de la medición de la satisfacción del cliente mediante acta de Grupo de Mejoramiento n° 010 del 08 de Julio de 2020. Durante el semestre 2020-1 la satisfacción del cliente fue del 99%. Sin embargo el indicador no se está diligenciando en el HAC-03 v.03 Ficha Técnica de Indicadores de Gestión.
CONFORMIDAD	9.1.2 SATISFACCIÓN DEL CLIENTE	La aplicación de las encuestas se realiza de manera digital, implementando el link de la encuesta en el pie de la firma de los correos institucionales, igualmente, se envían correos electrónicos a los clientes, solicitando el diligenciamiento de la encuesta de satisfacción del cliente.
OBSERVACION	10.2 NO CONFORMIDAD Y ACCIÓN CORRECTIVA	Se evidencia elaboración y aprobación del FCI-19 Plan de Acciones Correctivas, producto de Auditoria Interna de 2019, mediante acta de Grupo de Mejoramiento n° 004 del 18 de febrero de 2020. Sin embargo, no se evidencia acta de control y seguimiento del FCI-19 para la presente vigencia, donde se pueda determinar el porcentaje de cumplimiento de las acciones planteadas.
CONFORMIDAD	10.3 MEJORA CONTINUA	Se tienen establecidas las acciones de mejora continua a través del FAC-49, el cual se elaboró y aprobó en acta de reunión de grupo de mejoramiento n° 003 del 11 de febrero de 2020, a la fecha el porcentaje de cumplimiento de este plan es del 43%, seguimiento realizado en el FAC-08 Acta de Reunión N°052 del 23 de junio del 2020.

Conclusiones
• Continuar con el empeño en el desarrollo de las actividades encaminadas a dar cumplimiento a la NTCISO 9001:2015 • Se evidencia el compromiso por parte del personal, el conocimiento y aplicación de la NTCISO 9001:2015

ORIGINAL FIRMADO DIANA YELITHZA PEÑALOZA MENESES **Firma Auditor Interno.**	ORIGINAL FIRMADO MABEL JOHANNA CORONEL ACEVEDO **Aprobado Auditor Líder.**