

<b>1. INFORMACIÓN GENERAL</b>		
ORGANIZACIÓN		
<b>UNIVERSIDAD DEL TOLIMA</b>		
SITIO WEB: <a href="http://www.ut.edu.co">www.ut.edu.co</a>		
LOCALIZACIÓN DEL SITIO PERMANENTE PRINCIPAL: Barrio Altos de Santa Helena, Ibagué, Tolima, Colombia		
Si la certificación cubre más de un sitio permanente donde se realicen actividades del sistema de gestión, indicar la localización de cada uno.		
Dirección del sitio permanente (diferente al sitio principal)	Localización (ciudad - país)	Actividades del sistema de gestión, desarrollados en este sitio, que estén cubiertas en el alcance
NO APLICA		
<b>ALCANCE DE LA CERTIFICACION:</b>		
Diseño, desarrollo y oferta de servicios de educación superior en los niveles de pregrado, posgrado y educación continuada, en la modalidad presencial y en la modalidad a distancia, en áreas de ciencias básicas, ciencias humanas, ciencias de la educación, ciencias económicas y administrativas, ciencias agropecuarias, ciencias de la salud, ingenierías y arquitectura. Prestación de servicios en el Laboratorio de Servicios de Extensión (LASEREX) de Análisis químicos de suelos y físicos (textura y densidad) aguas, fertilizantes y material vegetal.		
Design, development and offer of services of high education in the levels of university degree, Post university degree and continued education, in the modality in person and in the modality distantly, in areas of basics sciences, human sciences, sciences of the education, economic and administrative sciences, agricultural (farming) sciences, sciences of the health engineering's and architect. Services provider in the Laboratory Extension Services (LASEREX) of Chemical and physical analysis of soil (texture and density) water, fertilizers and plant materials.		
CÓDIGO IAF: 37		
<b>REQUISITOS DE SISTEMA DE GESTION:</b> ISO 9001:2008, NTCGP 1000:2009		
<b>GERENTE O DIRECTOR DE LA ORGANIZACIÓN</b>		
Nombre:	ALEJANDRA ROSALIA JARAMILLO LONDOÑO	
Cargo:	Jefe Oficina de Desarrollo Institucional	
Correo electrónico	sgc@ut.edu.co	
TIPO DE AUDITORIA:	<input type="checkbox"/> Inicial o de Otorgamiento <input type="checkbox"/> Seguimiento <input checked="" type="checkbox"/> <b>Renovación y Restauración.</b> <input type="checkbox"/> Ampliación de alcance <input type="checkbox"/> Reducción de alcance <input type="checkbox"/> Reactivación <input type="checkbox"/> Extraordinaria <input type="checkbox"/> Renovación y actualización	
Aplica toma de muestra por multisitio: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		
Auditoría combinada: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Auditoría integrada: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
		FECHA
		Días de auditoría)

# INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMAS DE GESTIÓN



1. INFORMACIÓN GENERAL		
Preparación de la auditoría y elaboración del plan	2016-11-21	0.5
Auditoría en sitio	2016-12-05/09	6.5
Auditoría Complementaria	2017-04-07	1.0
EQUIPO AUDITOR		
Auditor líder	Luis Ignacio Jiménez J	
Auditor	Maria del Socorro Rodríguez M	
Experto Técnico	NA	
DATOS DEL CERTIFICADO DE SISTEMA DE GESTIÓN		
	ISO 9001	NTCGP 1000
Código asignado por ICONTEC	SC CER 289437	GPCER 291190
Fecha de aprobación inicial	2014- 01- 29	2014- 01- 29
Fecha de próximo vencimiento:	2017- 01- 28	2017- 01- 28

2. OBJETIVOS DE LA AUDITORIA
<ul style="list-style-type: none"><li>• Determinar la conformidad del sistema de gestión con los requisitos de la norma de sistema de gestión.</li><li>• Determinar la capacidad del sistema de gestión para asegurar que la Organización cumple los requisitos legales, reglamentarios y contractuales aplicables en el alcance del sistema de gestión y a la norma de requisitos de gestión</li><li>• Determinar la eficacia del sistema de gestión para asegurar que la Organización puede tener expectativas razonables con relación al cumplimiento de los objetivos especificados.</li><li>• Identificar áreas de mejora potencial del sistema de gestión</li></ul>

3. ACTIVIDADES DESARROLLADAS
<ul style="list-style-type: none"><li>• Los criterios de la auditoría incluyen la norma de requisitos de sistema de gestión, la información documentada del sistema de gestión establecida por la organización para cumplir los requisitos de la norma y documentos de origen externo aplicables.</li><li>• El alcance de la auditoría, las unidades organizacionales o procesos auditados se relacionan en el plan de auditoría, que hace parte de este informe.</li><li>• Tomando en cuenta que la auditoría se realizó con una duración de tiempo limitada, se seleccionaron evidencias disponibles en la organización de la ejecución de las actividades y resultados de la implementación del sistema de gestión, dentro del alcance de la auditoría (ver portada), y como consecuencia de esto no se verificó toda la información, los resultados indicados en el presente informe tienen asociado un elemento de incertidumbre, que debe ser considerado por quienes toman decisiones con base en su contenido.</li><li>• En las reuniones de inicio y de cierre de la auditoría se informó a los representantes de la organización, acerca del plazo que establece el "REGLAMENTO DE LA CERTIFICACIÓN ICONTEC DE SISTEMAS DE GESTIÓN" (ES-R-SG- 001), en caso que sea necesario presentar a Icontec una propuesta de planes de corrección y acción correctiva; igualmente, se les informó acerca de las alternativas que establece el citado documento, en caso que la organización considere la opción de manifestar desacuerdos con los resultados de la auditoría o solicitar la revisión de las decisiones que se tomen con base en el contenido del presente informe.</li></ul>

**3. ACTIVIDADES DESARROLLADAS**

- De acuerdo con la información suministrada por la organización, se verificó que cuenta con la capacidad de cumplimiento de los requisitos legales o reglamentarios aplicables al alcance del sistema de gestión, toda vez que tiene implementados medios para su identificación, planificación, implementación y verificación de su cumplimiento.
- El equipo auditor manejó la información documentada suministrada por la Organización en forma confidencial y la retornó a la Organización, en forma física o eliminó la entregada en otro medio, solicitada antes y durante el proceso de auditoría.
- Al haberse ejecutado la auditoría de acuerdo con lo establecido en el plan de auditoría, se cumplieron los objetivos de ésta.

- ¿Se evidenciaron las acciones tomadas por la Organización para solucionar las áreas de preocupación, reportadas en el informe de la Etapa 1? (Se aplica solo para auditorías iniciales o de otorgamiento):  
Si  No  NA

- Si se aplicó toma de muestra de múltiples sitios, indicar cuáles sitios permanentes se auditaron y en que fechas: NO APLICA

- En el caso de Sistema de Gestión de la Calidad están justificadas las exclusiones acorde con lo requerido en el numeral 1.2 de la norma ISO 9001:2008, o la no aplicabilidad de algún requisito acorde con lo requerido en el numeral 4.3 de la norma ISO 9001:2015 o en el numeral 1 de las ISO/TS 22002 en sus diferentes partes?  
Si  No  NA

En caso afirmativo, describa los requisitos que de manera justificada son excluidos o no son aplicables. NO APLICA

- ¿Se auditaron actividades en sitios temporales o fuera del sitio (Por ejemplo instalaciones de cliente, proyectos (de acuerdo al listado de contratos o proyectos entregado por la Organización)?:  
Si  No  NA

Si aplica indicar ¿en cuáles sitios temporales, se realizó auditoría, a cuáles proyectos o contratos? Indicar que actividades del alcance fueron cubiertos en cada contrato o proyecto o sitio temporal auditado.

Nombre del Contrato o Proyecto:	NA
Actividades del alcance	NA
Cliente:	NA
Localización:	NA
Fechas de la auditoría	NA

- ¿Es una auditoría de ampliación o reducción?  
Si  No  X   
Si aplica indicar el cambio del alcance objeto de ampliación o reducción: actividades o procesos, o sitios o líneas de negocio.
- ¿En el caso de los esquemas en los que es aplicable el requisito de diseño y desarrollo del producto o servicio (Por ejemplo el numeral 8.3 de la norma ISO 9001:2015 ó 7.3 de la norma ISO 9001:2008), este se incluye en el alcance del certificado?:

**3. ACTIVIDADES DESARROLLADAS**

Si X No

Si aplica y fue verificado en esta auditoría, indicar la línea de productos o servicios donde se verificaron dichos requisitos.

Se verificó para el Diseño, desarrollo y oferta de servicios de educación superior en los niveles de pregrado, posgrado y educación continuada, en la modalidad presencial para la Facultad de Ingeniería Forestal, Facultad de Ciencias de la Educación, Instituto de Educación a Distancia y Programa de administración de empresas turísticas y hoteleras.

- ¿Existen requisitos legales para el funcionamiento u operación de la Organización o los proyectos que realiza, por ejemplo habilitación, registro sanitario, licencia de funcionamiento, licencia de construcción, licencia o permisos ambientales en los que la Organización sea responsable?:

Si X No .

En caso afirmativo, relacionar el acto administrativo legal y fecha de aprobación por autoridad legal competente.

La institución cuenta con 10 programas acreditados en alta calidad por parte del CNA del Ministerio de Educación Nacional incluyendo programas de pregrado especializaciones maestrías y doctorados. Adicionalmente todos los programas cuentan con el respectivo registro calificado.

- ¿Se evidencian cambios significativos en la Organización, desde la anterior auditoría, por ejemplo relacionados con alta dirección, estructura organizacional, sitios permanentes bajo el alcance de la certificación, entre otros?

Si X No

En caso afirmativo, cuáles: Se hizo cambio de rector en intineridad por un año por decisión del Consejo Superior desde Agosto de 2016 y esto implicó un cambio del personal directivo y Jefes de Macroprocesos desde Septiembre de 2016. Se evidenció una crisis financiera que fue motivo para realizar los cambios de Dirección de la Universidad: Secretaria General, Oficina de Control interno, las 3 vicerrectorías, Asesoría Jurídica, Contratación, Jefe Servicio administrativos, Oficina de relaciones laborales, Oficina de registro y control académico. También se realizó cambio de Representante de la dirección siendo nombrada la Sra. Alejandra Rosalia Jaramillo Londoño.

- ¿Se auditaron actividades en turnos nocturnos?

Si  No X

En caso afirmativo descríbalas,

- ¿Se encontraron controlados los procesos de origen externo (out sourcing), cuyo resultado incide en el producto o servicio y que hacen parte del alcance de certificación

Si  No  No aplica X.

En caso afirmativo relacione los procesos de origen externo

En caso afirmativo incluir si el control:

Lo ejerce la Organización en la recepción del resultado del proceso o servicio

El control esta compartido entre la Organización y el proveedor

- ¿Se presentaron, durante la auditoria, cambios que hayan impedido cumplir con el plan de auditoría inicialmente acordado con la Organización?

Si  No X,

En caso afirmativo, cuáles:

- ¿Existen aspectos o resultados significativos de esta auditoría, que incidan en el programa de auditoría del ciclo de certificación?

**3. ACTIVIDADES DESARROLLADAS**

Si  No X,

Si es afirmativo describa cuáles requisitos de la norma de sistema de gestión, se ven afectados del programa de auditoría:

- ¿Quedaron puntos no resueltos en los casos en los cuales se presentaron diferencias de opinión sobre las NC identificadas durante la auditoría?  
Si  No X

En caso afirmativo, por favor describa brevemente:

- Se verificó si la Organización implementó o no, el plan de acción establecido para solucionar las no conformidades menores pendientes de la auditoría anterior de ICONTEC y si fueron eficaces.

NC	Descripción de la no conformidad (se relaciona el numeral de la norma y la evidencia del incumplimiento)	Evidencia obtenida que soporta la solución	¿Fue eficaz la acción? Sí/No
1	No se está emitiendo concepto con respecto a la conveniencia, adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad continuas del SGC como resultado de la revisión por la dirección. Evidencia: Forma parte de la descripción de la no conformidad 5.6.1	Procedimiento Revisión por la Dirección MC-P06 actualizado incluyendo: nuevo Registro de Informe para la Revisión por la Dirección. Acta de revisión por la dirección de fecha 18-10-2016 con el concepto de conveniencia, adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad continuas del SGC como resultado de la revisión por la dirección.	SI

Se llevó a cabo auditoría Complementaria en fecha 2017-04-07 para revisar la eficacia de tres no conformidades menores que no se pudieron cerrar en la Auditoría de renovación por no demostrarse su eficacia.

**4. HALLAZGOS DE LA AUDITORÍA**

**4.1 Oportunidades de mejora**

La necesidad de entrenar a los directores de programas y responsables de identificar y registrar el servicio no conforme en el ingreso a Google drive para asegurar el reporte de SNC.

La oportunidad de revisar y ajustar la metodología de obtener de los clientes su percepción de satisfacción para que se incluyan las particularidades de cada Facultad o servicio prestado que permita generar seguimientos y acciones de mejora.

La oportunidad de documentar un plan de trabajo basado en los resultados de las encuestas de satisfacción con responsables, fechas, etc. para asegurar que se desarrollen de la manera planificada.

Agilizar la gestión de una herramienta para el seguimiento a los proyectos de investigación en cada una de sus fases, con el fin de que esta facilite el seguimiento e identificación de dificultades, de manera ágil; de esta forma se potencializa la capacidad de la institución para asumir el crecimiento del proceso de investigación.

Agilizar la formalización de políticas de seguridad informática, a fin de unificar la forma de manejo, el uso adecuado y seguro de las tecnologías y la forma de preservar la información involucrada.

## 4. HALLAZGOS DE LA AUDITORÍA

Revisar el manejo que se da al indicador de quejas y reclamos, para que refleje la buena gestión realizada y suministre información sobre los aspectos a intervenir.

Se invita a los líderes de los procesos a respaldar de manera decidida la implementación y el seguimiento a la efectividad de las acciones comprometidas como respuesta a los resultados de auditorías internas y externas, para que las mismas logren la utilidad de proporcionar elementos para la solución oportuna de inadecuaciones en los procesos.

Promover la generación de mejoras en cada proceso, de manera autónoma, para potenciar el aprendizaje de los métodos de solución de problemas y para dar mayor aprovechamiento al conocimiento que de los procesos tienen sus ejecutantes.

La necesidad de adelantar estrategias de prevención, educativas y de control para resolver la difícil situación de convivencia y seguridad generada en el campus universitario con el consumo de alcohol y drogas, así como sus efectos secundarios sobre la comunidad y su entorno.

La metodología de capacitación y formación en seguridad vial y en la normatividad en tránsito y transportes para que se considere incluir temas relacionados en el PESV y se evalúe teniendo en cuenta comportamiento e incidentes de los conductores en carretera.

Adelantar la digitalización de las hojas de vida de los estudiantes vinculados antes de 1992 para poder agilizar los requerimientos que se presentan.

Revisar los indicadores de los procesos ajustándolos a sus características de eficacia y eficiencia para tener en cuenta la oportunidad de mejoras y asegurar la mejora continua.

En la Gestión de Admisiones, Registro y Control Académico es conveniente crear las bases de datos pertinentes para el registro de información y el desarrollo del link en la página para solicitar las certificaciones y evitar los traslados hasta las oficinas de los solicitantes.

Asegurar que se realice el estudio necesario para poder definir y cubrir la planta docente de cada Departamento y Facultad de tal manera que se cuente con los recursos humanos necesarios.

Garantizar que se revisan los indicadores de gestión para el logro de las metas, ya que se basan únicamente en los de la oficina de desarrollo institucional, que son los generales de la universidad. Cada Facultad podría contar con sus propios indicadores que aporten a los Objetivos de cada Macroproceso.

La oportunidad de capacitar a las personas de cada área en el manejo de los formatos del SGC para que tengan bases estables para realizar indicadores y dinamizar la gestión de la Universidad

Es conveniente en cada oficina de la Universidad planificar y ejecutar un programa para asegurar la organización y mejora del archivo y manejo de los documentos tanto físicos como magnéticos y que facilite la transferencia al archivo central de acuerdo con las tablas de retención documental.

Garantizar el mejoramiento y adecuación de las granjas, aprovechando los recursos que suministra la gobernación, para que se conviertan en granjas rentables.

Lograr aumentar la participación de los gremios que tienen asiento en el consejo superior, para aprovechar la disposición de los industriales de la región en ayudar a la universidad.

Aplicar la metodología ISO/ IEC 17025 Con miras a la acreditación del laboratorio para garantizar el procedimiento general en la validación de métodos analíticos Laserex y el Instructivo Método de

**4. HALLAZGOS DE LA AUDITORÍA**

determinación de Ph laboratorio Laserex.

**4.2 Hallazgos que apoyan la conformidad del sistema de gestión con los requisitos.**

El compromiso ambiental porque se realizan acciones con desinfectantes, jabones y ambientadores a base de agua, se realiza recolección en la fuente para reducir la tarifa de aseo por el reciclaje.

Las becas y matrículas de honor instauradas por el Consejo Superior, porque beneficia a 800 estudiantes en presencial y a 230 en distancia.

El aumento en el # de monitores y asistentes, porque brinda oportunidad a mas estudiantes de acceder a la experiencia que este procedimiento brinda.

La evaluación de desempeño para los docentes de Catedra, porque garantiza la participación del estudiantado y determina el cumplimiento de pensum.

La jornada de inducción y re inducción que cubrió al 80% de la población porque alinea la visión y la meta instaurada por la alta Dirección.

El plan de capacitación docente 2017 porque ayuda para la cualificación en formación posgrados, maestría y actualización de conocimientos que brinda la institución a su cuerpo docente.

Las 70 salidas atendiendo proyectos de investigación e invitaciones, porque brinda reconocimiento a la Universidad

La creación de la unidad de gestión de proyectos por parte del consejo superior y las convocatorias para financiación de publicaciones de resultados en libros y artículos de grupos de investigación registrados y validados en Colciencias.

El compromiso de la alta dirección actual en el mantenimiento y mejora del SGC evidenciado en la asignación de recursos necesarios para el mismo y en el seguimiento realizado al desempeño de los procesos que ha permitido la toma de acciones de mejora adecuadas.

**5. INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL DESEMPEÑO Y LA EFICACIA DEL SISTEMA DE GESTION**

**5.1. Análisis de la eficacia del sistema de gestión certificado**

- Incluir la tendencia anual de las reclamaciones o quejas validas del cliente en los sistemas de gestión que aplique. (Aplica a partir de la primera auditoria de seguimiento) (La tendencia se observa en la relación del número de quejas vs número de clientes o contratos)

La siguiente es la estadística de PQR: En el año 2015: total 1328 solicitudes distribuidas asi: 48% administrativos, 52% académicos: se han presentado 152 reclamos, 19 denuncias, 939 peticiones y sugerencias, 169 quejas. La mayoría se presentan ante el IDEAD: 345 y en el proceso académico 89.

En el año 2016: total 1421 solicitudes distribuidas así: 32% administrativos, 68% académicos se han presentado 168 reclamos, 21 denuncias, 1031 peticiones, 51 sugerencias, 150 quejas.

Se cuenta con un aplicativo en la página web para recibir las PQRD de las partes interesadas y se tramitan ante las dependencias encargadas. No se están revisando para efectos de determinar acciones correctivas.



**5. INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL DESEMPEÑO Y LA EFICACIA DEL SISTEMA DE GESTIÓN**

Si bien se cuenta con la información de PQR, no se llevan estadísticas de tasa que identifiquen tendencias y se asocien a sus respectivas causas de los casos más frecuentes o de mayor impacto (por ejemplo, imagen o costos / garantías).

- Incluir las solicitudes o comunicaciones de partes interesadas, por ejemplo, para ISO 14001, OHSAS 18001.

El consejo superior de la Universidad decidió efectuar cambio de rector y de los directivos de la Universidad por resultados de visitas de Auditorías realizadas por los entes de control e Informes de la Contraloría Departamental y visita por parte del Ministerio de Educación Nacional, habiendo trascendido estos hechos a los medios de comunicación, se presentó un paro de actividades organizado por el Sindicato de Trabajadores iniciando el año 2016 y la universidad estuvo cerrada dos meses.

El Consejo superior mediante acuerdo No. 21 de 2016 de fecha Septiembre 12 de 2016 estableció un período de transición de doce meses para superar la crisis de gobernabilidad, la recuperación de la estabilidad financiera y la pérdida de la identidad institucional, la cual se ha venido desarrollando a través de un Plan de Transición.

El Rector asignado presentó a los miembros del Consejo Superior un plan de acción para dar respuesta a los requerimientos dados para superar la crisis de la Universidad, en el cual se ha venido trabajando de acuerdo con lo programado.

La Contraloría Departamental y el Ministerio de Educación Nacional han iniciado investigaciones a funcionarios y exfuncionarios de la Universidad en relación con la crisis por manejos financieros correspondientes, pero hasta la fecha no se han pronunciado con relación a los resultados de dichas investigaciones y la Universidad ha continuado con normalidad su actividad académica.

- Incluir la ocurrencia de *incidentes (accidentes o emergencias)* en los sistemas de gestión que aplique y explique brevemente como fueron tratados (Aplica a partir de la primera auditoría de seguimiento).  
NO APLICA

- En los casos que aplique verificar que la Organización haya informado a ICONTEC durante los plazos especificados en el Reglamento ES-R-SG-001 eventos que hayan afectado el desempeño del sistema de gestión certificado, relacionados con el alcance de certificación que sean de conocimiento público. El auditor verificará las acciones pertinentes tomadas por la Organización para evitar su recurrencia y describirá brevemente como fueron atendidas.

En fecha 2016-12-09 la Universidad a través del Sr. Rector Omar Mejía Patiño, informó a Icontec, Dirección Regional de Icontec Centro y Sur Oriente, sobre la situación presentada en relación con el cambio de rector y demás directivas y el Plan de acción que se ha venido desarrollando para superar la crisis.

- ¿Existen quejas de usuarios de la certificación recibidas por ICONTEC durante el último periodo evaluado? (Aplica a partir del primer seguimiento)?

Si  No X NA

Si la respuesta es afirmativa, relacione brevemente las acciones tomadas por la Organización frente a estas quejas.

En la información dada a conocer al equipo auditor para planificar la auditoría, no se incluyó información relacionada con quejas comunicadas a Icontec (BPM no permite acceso a documentos).

- Se evidencia la capacidad del sistema de gestión para cumplir los requisitos aplicables y lograr los resultados esperados? :

Si X No .

Si la respuesta es negativa, por favor describa brevemente la situación:



**5. INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL DESEMPEÑO Y LA EFICACIA DEL SISTEMA DE GESTION**

- ¿Los riesgos identificados por la Organización, en el alcance de su sistema de gestión, se han controlado de manera eficaz?  
Si X No   
En caso positivo la eficacia de control se basa en disminuir la probabilidad del riesgo? Si x No .
- ¿Se concluye que el alcance del sistema de gestión es apropiado frente a los requisitos que la Organización debe cumplir? (consultar ES-P-SG-02-A-001)  
Si X No   
Si la respuesta es negativa, por favor explique:

**5.2. Recurrencia de no conformidades detectadas en auditorías previas del ciclo de certificación**

A partir de la auditoría de otorgamiento o renovación, indicar contra cuáles requisitos se han reportado no conformidades y si existe recurrencia a algún requisito en particular

Auditoria	Número de no conformidades	Requisitos
Renovación/ Restauración.	8	4.2.4, 6.2, 7.5.1, 8.2.3, 8.2.1, 8.2.2, 8.3, 8.5.2.
1ª de seguimiento del ciclo		
2ª de seguimiento del ciclo	4	5.6.1, 8.2.2.b, 8.4, 8.5.2/8.2.3

¿Se evidencia recurrencia de no conformidades detectadas en las auditorías de ICONTEC en el último ciclo de certificación?  
Si x No . 8.2.2, 8.5.2

**5.3 Análisis del proceso de auditoría interna**

- ✓ La Organización cuenta con un procedimiento documentado de auditoría interna código MC-P01 Versión 07 el cual establece las directrices para la realización de las auditorías internas del Sistema de Gestión.
- ✓ Se elabora un Programa anual de auditorías que es llevado a aprobación por parte de la Dirección, que da cobertura al alcance del Sistema de gestión en actividades y sitios.
- ✓ Se realizó un ciclo de auditoría interna al SGC por parte de un equipo de auditores de la Universidad, los cuales cumplen con los perfiles establecidos por la Organización, para así dar cumplimiento al programa establecido y aprobado por la Dirección.
- ✓ La Organización cuenta con auditores internos calificados que han tenido la capacitación en las normas de gestión.
- ✓ En el último ejercicio de auditoría se registraron 26 no conformidades para el Sistema de Gestión y se documentaron algunas observaciones y oportunidades de mejora para las cuales se han documentado las acciones de mejora del caso para su tratamiento y cierre.
- ✓ Se determinó una no conformidad menor en este requisito.

**5.4 Análisis de la revisión del sistema por la dirección**

- ✓ Se verifica el cubrimiento de las entradas para la revisión llevada a cabo en fecha 2016-08-25 requeridas por la norma ISO 9001:2008 y NTCGP 1000:2009 los resultados y salidas de la dirección se hace de acuerdo con los requisitos de la norma de requisitos.
- ✓ Se evidencia la relación de la revisión por la Dirección con el proceso de Mejora continua a través de acciones correctivas y preventivas.

**6. USO DEL CERTIFICADO DE SISTEMA DE GESTION Y DE LA MARCA O LOGO DE LA CERTIFICACION**

- ¿El logo o la marca de conformidad de certificación de sistema de gestión de ICONTEC se usa en publicidad (página web, brochure, papelería, facturas, etc...)?

Si X No  No Aplica . Página web, papelería.

Se le informa a la Organización que el logo de certificación de ICONTEC solo podrá volver a ser usado de acuerdo a lo establecido en el Manual de Aplicación ES-M-SG-001, una vez ICONTEC notifique oficialmente la decisión de restaurar el certificado.

- ¿La publicidad realizada por la Organización está de acuerdo a lo establecido en el reglamento ES-R-SG-001 y el Manual de aplicación ES-M-SG-001?  
Si X No .
- ¿El logo o la marca de conformidad se usa sobre el producto o sobre el empaque o el envase o el embalaje del producto, o de cualquier otra forma que denote conformidad del producto?  
Si  No X
- ¿Se evidencia la adecuación de la información contenida en el certificado (vigencia del certificado, logo de organismo de acreditación, razón social registrada en documentos de existencia y representación legal, direcciones de sitios permanentes cubiertos por la certificación, alcance, etc.?)  
Si X No .

. ANEXOS QUE FORMAN PARTE DEL PRESENTE INFORME		
Anexo 1	Plan de auditoría ES-P-SG-02-F-002	X
Anexo 3	Suplemento del informe de auditoría.	X

Anexo 1 Plan de auditoría ES-P-SG-02-F-002

## INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMAS DE GESTIÓN



Fecha/ Sitio (si hay más de uno)	Hora de inicio de la actividad de auditoría	Hora de finalización de la actividad de auditoría	PROCESO / REQUISITOS POR AUDITAR	EQUIPO AUDITOR	CARGO Y NOMBRE
2016-12-05	08:00	08:30	Reunión de apertura	LIJ-MSR	Todas las personas a ser entrevistadas en la auditoría
	08:30	12:30	Planeación institucional 5.2, 5.3, 5.4 Gestión de Riesgos institucional 4.1.g, 7.5.1.g	LIJ	<b>Yesica Vanessa Martin Rodríguez</b> Jefe Oficina Desarrollo Institucional
	08:30	12:30	Gestión de Admisiones, Registro y Control Académico 4.1, 4.2.3, 4.2.4, 6.3, 6.4, 8.1, 8.2.1, 8.2.3, 8.2.4, 8.4, 8.5	MSR	<b>Luis Guillermo Melo Rojas</b> Jefe Oficina Admisiones, Registro y Control
	12:30	13:30	Receso		
	13:30	16:30	Formación: Diseño, desarrollo y oferta de servicios de educación superior en los niveles de pregrado, posgrado y educación continuada, en la modalidad presencial Facultad de Ingeniería Forestal 5.2, 5.4, 7.1, 7.2, 7.3, 7.5.1, 8.2.1, 8.2.3, 8.3, 8.4, 8.5. Gestión de Riesgos del Proceso 4.1.g, 7.5.1.g	LIJ	<b>Luis Alfredo Lozano Botache</b> Decano Facultad de Ingeniería Forestal Director de Programa Jefes de Departamento Secretario Académico
	13:30	17:00	Formación: Diseño, desarrollo y oferta de servicios de educación superior en los niveles de pregrado, posgrado y educación continuada, en la modalidad presencial Facultad de Ciencias de la Educación 5.2, 5.4, 7.1, 7.2, 7.3, 7.5.1, 8.2.1, 8.2.3, 8.3, 8.4, 8.5.	MSR	<b>Andrés Felipe Velásquez Mosquera</b> Decano Facultad de Educación Directores de Programa Jefes de Departamento Secretario Académico
	17:00	18:00	Balance auditores		Auditores Icontec
2016-12-06	08:00	10:00	Gestión del mejoramiento continuo 4.2, 5.5.3, 8.1, 8.2, 8.3, 8.4, 8.5 Gestión de Riesgos del Proceso 4.1.g, 7.5.1.g	LIJ	<b>Yesica Vanessa Martin Rodríguez</b> Jefe Oficina Desarrollo Institucional <b>Ethel Margarita Carvajal Barreto</b> Jefe Oficina Control de Gestión
	08:00	10:00	Gestión de bienes y servicios 6.3, 7.4, 8.5	MSR	<b>Andrea Carolina Cajiao Delgado</b> Jefe Oficina Contratación <b>Hermel Alfonso</b>

INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMAS DE GESTIÓN



					<b>Huertas Aramendiz</b> Jefe Sección Compras
	10:00	12:30	Formación: Instituto de Educación a Distancia 5.2, 5.4, 7.1, 7.2, 7.3, 7.5.1, 8.2.1, 8.2.3, 8.3, 8.4, 8.5 Gestión de Riesgos del Proceso 4.1.g, 7.5.1.g	LIJ	<b>Martha Lucía Núñez Rodríguez</b> Directora Instituto de Educación a Distancia Directores de Programa Jefes de Departamento Secretaria Académica
	10:00	12:30	Gestión Financiera 4.1, 4.2.3, 4.2.4, 5.5.1, 5.5.3, 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 8.1, 8.2.3, 8.5	MSR	<b>Javier González Mosquera</b> Jefe División Contable y Financiera
	12:30	13:30	Receso		
	13:30	17:00	Investigación 5.2, 5.4, 7.1, 7.2, 7.3, 7.5.1, 8.2.1, 8.2.3, 8.3, 8.4, 8.5 Gestión de Riesgos del Proceso 4.1.g, 7.5.1.g	LIJ	<b>Jhon Jairo Méndez Arteaga</b> Director Oficina de Investigaciones
	13:30	17:00	Proyección social: Prestación de servicios en el Laboratorio de Servicios de Extensión (LASEREX) de Análisis químicos de suelos y físicos (textura y densidad) aguas, fertilizantes y material vegetal. 5.2, 5.4, 7.1, 7.2, 7.5.1, 8.2.1, 8.2.3, 8.3, 8.4, 8.5	MSR	<b>Henry Rengifo Sánchez</b> Director de Proyección Social. <b>Luis Oveimar Barbosa Jaimes.</b> Director Laboratorio LASEREX
	17:00	18:00	Balance auditores	LIJ-MSR	Auditores Icontec
2016-12-07	08:00	10:00	Gestión de la Comunicación 4.1, 4.2.3, 4.2.4, 5.5.1, 5.5.3, 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 8.1, 8.2.3, 8.5 Gestión de Riesgos del Proceso 4.1.g, 7.5.1.g	LIJ	<b>Carlos Alberto Ramos Parracá</b> Vicerrector de Desarrollo Humano
	08:00	10:00	Gestión Logística 4.1, 4.2.3, 4.2.4, 5.5.1, 5.5.3, 6.2, 6.3, 6.4, 8.1, 8.2.3, 8.4, 8.5	MSR	<b>Fabián Mauricio Lautero Bernal</b> Jefe División de Servicios Administrativos
	10:00	12:30	Revisión por la dirección 5.6, 6.1, 8.4, 8.5 Gestión de Riesgos del Proceso 4.1.g, 7.5.1.g	LIJ	
	10:00	12:30	Gestión del talento humano 4.2.2, 4.2.3, 4.2.4, 6.2, 6.2.2, 8.4, 8.5 Gestión de desarrollo humano 5.2, 5.4, 7.1, 7.2, 7.3, 7.5.1, 8.2.1, 8.2.3, 8.3, 8.4, 8.5	MSR	<b>Gloria Yolanda Ospina Pacheco</b> Jefe División de Relaciones Laborales y Prestacionales
	12:30	13:30	Receso		
	13:30	17:00	Balance General de la Auditoria y preparación reunión de cierre	LIJ-MSR	Auditores Icontec

## INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMAS DE GESTIÓN



	17:00	18:00	Reunión de cierre	LIJ-MSR	Todas las personas entrevistadas en la auditoría
2016-12-09	08:00	12:00	Elaboración preliminar del Informe de Auditoría y revisión propuesta de acciones correctivas para las NC determinadas en la auditoría	LIJ	

ANEXO 3. SUPLEMENTO DEL INFORME DE AUDITORÍA.

- Se recibió la propuesta de correcciones, análisis de causas y acciones correctivas para la solución de no conformidades el 2016-12- 21 y recibieron observaciones por parte del auditor líder.
- Las correcciones, análisis de causas y acciones correctivas propuestas por la organización, fueron aceptados por el auditor líder el 2017-01-04

PROPUESTA DE CORRECCIONES, CAUSAS Y ACCIONES CORRECTIVAS.

#	Descripción de la no conformidad / Evidencia	Clasificación (mayor o menor)	Requisito(s) de la norma, en caso de auditoría combinada o integrada indicar la designación de la norma	Corrección propuesta / Evidencia de la Corrección y fecha de implementación	Análisis de causas (indicar la(s) causa (s) raíces)	Acción correctiva propuesta/ /Evidencia de la Acción correctiva y fecha de implementación
1	<p>No se lleva a cabo la prestación del servicio bajo condiciones controladas en cuanto a la administración de los riesgos por procesos.</p> <p><b>Evidencia:</b> Los Mapas de riesgos no han sido revisados, ajustados ni actualizados desde el año 2014 para verificar la efectividad de las acciones para manejar los riesgos a nivel de los siguientes procesos: Formación, Investigación, Proyección</p>	MAYOR	7.5.1 NTCGP 1000:2009 ISO 9001:2008	<p>1. Revisar y actualizar los mapas de riesgos por proceso, teniendo en cuenta la evaluación realizada por la oficina de Control de Gestión, coherencia con: el procedimiento Administración del Riesgo código MC-P08; el Decreto 124 de 2016 y el Decreto 943 de 2014 Modelo Estándar de control interno MECI. Así mismo verificar la efectividad de las acciones para manejar los riesgos a nivel de los procesos</p> <p><b>Evidencia:</b> Mapas de Riesgos actualizados <b>Responsable:</b> Líderes de Proceso <b>Fecha:</b> 31 de marzo de 2017</p>	<p>1. No existe una apropiación de la gestión del riesgo por parte de los funcionarios de la Institución.</p> <p>2. La metodología establecida para la administración de riesgos no ha sido clara por parte del personal y de fácil entendimiento al identificar las causas, controles y acciones y poder identificar si se está gestionando adecuadamente el riesgo.</p> <p>3. El personal capacitado en el tema, no difunde dentro de su proceso la información</p>	<p>1. Sensibilizar a todo el personal de la Institución de la Importancia de la gestión del riesgo. Evidencia: Registro de sensibilización. Responsable: Oficina de Control de Gestión. Fecha: 27-01-2016</p> <p>2.Revisar y ajustar el Procedimiento de Administración de Riesgos MC-P08, tomando como referencia el Decreto 124 de 2016, el Decreto 943 de 2014 Modelo Estándar de control interno MECI la Guía de Administración de Riesgos del DAFP y la NTC-ISO 31.000 Gestión del Riesgo Principios y Directrices y la Guía para la Gestión del Riesgo de Corrupción 2015 Evidencia: Procedimiento revisado y ajustado. Responsable: Oficina de Desarrollo Institucional y Control de Gestión. Fecha: 23-01-2017</p>

# INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMAS DE GESTIÓN



	<p>Social, Gestión de Desarrollo Humano, Gestión Financiera, Gestión de admisiones y registro, Gestión de la Comunicación.</p> <p>No se han incluido en los Mapas de Riesgos lo relacionados con los riesgos de corrupción para los siguientes procesos: Gestión documental, Gestión Logística, Gestión de bienes y servicios, Gestión del Desarrollo Humano.</p> <p>Lo anterior de acuerdo a lo establecido en el Procedimiento de la entidad "Administración del Riesgo" código MC-P08 versión 02, con el decreto 124 de 2016 y el Decreto 943 de 2014 Modelo Estándar de control interno MECI.</p>			<p>2. Documentar los riesgos de corrupción de los procesos de Gestión Documental, Gestión Logística, Gestión de Bienes y Servicios y Gestión de Desarrollo Humano, verificando la efectividad de las acciones para manejar los riesgos de corrupción a nivel de los procesos en coherencia con: el Procedimiento Administración del Riesgo código MC-P08; el Decreto 124 de 2016 y el Decreto 943 de 2014 Modelo Estándar de control interno MECI.</p> <p><b>Evidencia:</b> Riesgos de Corrupción Documentados  <b>Responsable:</b> Líderes de Proceso  <b>Fecha:</b> 31 de marzo de 2017</p>	<p>suministrada.</p> <p>4. El personal no dedica el tiempo suficiente para un adecuado análisis de los riesgos del proceso.</p> <p>5. No se realiza actualización y seguimiento de los mapas de riesgos por proceso.</p>	<p>3. Difundir a la comunidad universitaria la importancia de la gestión del riesgo y la metodología para su administración en la institución, a través de medios virtuales.  Evidencia: Registro de difusión  Responsable: División de Relaciones Laborales y Prestacionales.  Fecha: 31-03-2017</p> <p>4. Realizar capacitaciones y talleres prácticos al personal  Evidencia: Formatos de Asistencia a la capacitación y talleres prácticos  Responsable: Oficina de Control de Gestión  Fecha: 10-02-2016</p> <p>5. Programar y efectuar nueva evaluación de la administración de los riesgos  Evidencia: Informe de seguimiento.  Responsable: Oficina Control de Gestión  Fecha: 31-03-2017</p> <p>6. Realizar una verificación de la eficacia de las correcciones y acciones correctivas y tomar las acciones de mejora que se deriven de dicha verificación.  Evidencia: Acta de Verificación- Planes de Mejoramiento.  Responsable: Oficina Desarrollo Institucional – Líderes de Proceso.  Fecha: 31-03-2017</p>
2	<p>No se registran los productos y/o servicios no conformes de acuerdo a lo establecido en el Sistema de Gestión de la Calidad de la entidad</p> <p><b>Evidencia:</b> Ausencia del registro de servicios no conformes en Google Drive de acuerdo con lo establecido en el Procedimiento "Control del Servicio no conforme" código MC-P03 versión 07 en</p>	MENOR	8.3 NTCGP 1000:2009 ISO 9001:2008	<p>Realizar el reporte de productos y/o servicios no conformes como está documentado en el procedimiento "Control del Servicio No Conforme" MC-P03" por parte de la Facultad de Ingeniería Forestal, Facultad de Ciencias de la Educación y en el proceso de Investigación</p> <p>Evidencia: Reportes de servicios no conformes en la herramienta Google Drive.</p>	<p>1. No se revisan ni actualizan los Servicios No Conformes identificados para los procesos misionales, en la matriz en servicio no conforme.</p> <p>2. No se identifican y reportan los Servicios No Conformes.</p> <p>3. No están identificados los servicios prestados por los procesos misionales.</p>	<p>1. Revisar y actualizar la matriz de Servicios No conformes Institucional.  Evidencia: Registros de revisión de la Matriz de Servicios No Conformes MC-P03-F01 Actualizada.  Responsable: Profesional Oficina de Desarrollo Institucional.  Fecha: 19-05-2017</p> <p>2. Verificar que se esté haciendo en todas las facultades y programas la eficaz identificación y reporte de los servicios no conformes.</p> <p>Evidencia: Registro de verificación del registro de No Conformidades de servicio actualizada</p>



# INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMAS DE GESTIÓN



	<p>la Facultad de Ingeniería Forestal, Facultad de Ciencias de la Educación y en el proceso de Investigación</p>			<p>Responsable: Líderes procesos de formación e investigación</p> <p>Fecha: 30-06-2017</p>	<p>4. Desconocimiento del procedimiento e instrumentos establecidos para el reporte de Servicios No conformes.</p> <p>5. Diferencias conceptuales frente a la definición de los servicios no conformes</p> <p>6. No se realiza seguimiento al reporte de SNC por parte de los procesos misionales.</p>	<p>Responsable: Procesos Misionales, Oficina de Desarrollo Institucional.</p> <p>Fecha: 31-06-2017</p> <p>3. Realizar la caracterización de los servicios que se prestan en cada una de los procesos misionales.</p> <p>Evidencia: Caracterización de servicios de los procesos misionales</p> <p>Responsable: Oficina de Desarrollo Institucional; Líderes de Procesos Misionales.</p> <p>Fecha: 19-05-2017</p> <p>4 y 5. Socializar el procedimiento control de servicio no conforme MC-P03, desde su conceptualización y caracterización de los servicios, a los comités operativos de calidad de los procesos misionales.</p> <p>Evidencia: Actas de Reunión</p> <p>Responsable: Oficina de Desarrollo Institucional</p> <p>Fecha: 31-05-2017</p> <p>5. En auditoría interna verificar la revisión que de la matriz de servicio no conforme realizan los líderes de proceso y la toma de acciones de mejora que se deriven de dicha auditoría</p> <p>Evidencia: Informe de Auditoría- Planes de Mejoramiento.</p> <p>Responsable: Oficina Desarrollo Institucional – Líderes de Proceso.</p> <p>Fecha: 18-08-2017</p>
3	<p>No se controlan los documentos y registros de acuerdo a lo establecido en el Sistema de Gestión de la Calidad de la entidad</p> <p><b>Evidencia:</b> Los tiempos de retención de los registros "Acta de Comité curricular"</p>	MENOR	<p>4.2.4 NTCGP 1000:2009 ISO 9001:2008</p>	<p>Actualizar los tiempos de retención definidos en la tabla de registros de los procedimientos, de acuerdo a lo aprobado en las tablas de retención documental, en todos los documentos del sistema de gestión.</p> <p>Evidencia: Tabla de registros de los procedimientos actualizados.</p>	<p>1. Las tablas de registro de los procedimientos, no son actualizadas, una vez fueron aprobadas las tablas de retención documental.</p> <p>2. Desconocimiento de las tablas de retención documental por parte de los funcionarios, quienes no</p>	<p>1. Actualizar las tablas de registros de los procedimientos, cada vez que se presenten cambios en las tablas de retención documental.</p> <p>Evidencia: Tablas de registros actualizadas.</p> <p>Responsable: Líderes de Proceso; Profesional Oficina de Desarrollo Institucional, Profesional Oficina de Archivo</p> <p>Fecha: Permanente</p> <p>1. En auditoría interna realizar seguimiento a la</p>

# INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMAS DE GESTIÓN



<p>registra 7 años de retención en el Procedimiento "Determinación de lineamientos curriculares" mientras que en las tablas de retención documental de la entidad registra dos años de retención.</p>			<p>Responsable: Líderes de Proceso-Profesionales de la Oficina de Desarrollo Institucional.</p> <p>Fecha: 31-07-2017</p>	<p>están familiarizados con las actividades de archivo.</p> <p>3. Desarticulación del procedimiento para el control de los documentos y registros GD-P07 con el procedimiento para la administración de los archivos GD-P01.</p> <p>4. Falta de apropiación del procedimiento para el control de los documentos y registros GD-P07.</p> <p>5. Falta de apropiación del procedimiento para la administración de los archivos GD-P01.</p>	<p>actualización de las tablas de registros de los procedimientos de acuerdo a las actualizaciones en las TRD.</p> <p>Evidencia: Informe de Auditoría Responsable: Oficina de Desarrollo Institucional, Profesional Oficina de Archivo Fecha: 18-08-2017</p> <p>2. Socializar las tablas de retención documental, en cada uno de los procesos y unidades académicas y administrativas, determinando los responsables de su aplicación. Evidencia: Actas de socialización Responsable: Profesional Oficina de Archivo Fecha: 02-05-2017</p> <p>3. Revisar y actualizar del procedimiento para el control de los documentos y registros GD-P07 y el procedimiento para la administración de los archivos GD-P01, evidenciando su articulación y estableciendo la metodología para realizar seguimiento. Evidencia: Procedimientos modificados Responsable: Profesionales Oficina de Desarrollo Institucional y Profesional Oficina de Archivo. Fecha: 02-05-2017</p> <p>4. Socializar del procedimiento para el control de documentos y registros en todas las unidades académicas y administrativas Evidencia: Actas de Reunión Responsable: Profesionales Oficina de Desarrollo Institucional. Fecha:02-05-2017</p> <p>5. Socializar del procedimiento para la administración de archivos en todas las unidades académicas y administrativas Evidencia: Actas de Reunión Responsable: Profesional Universitario Oficina de Archivo</p>
---	--	--	--	---	--

# INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMAS DE GESTIÓN



						Fecha:02-05-2017
4	<p>Los resultados de la medición de algunos procesos no son coherentes con los datos registrados.</p> <p><b>Evidencia:</b> Indicador de Efectividad para el programa de Ingeniería Forestal presenta resultados que no tienen que ver con su formulación (Movilidad estudiantil). Resultados del indicador "Libros publicados" en el proceso de Investigación no corresponde con los datos del proceso.</p>	MENOR	8.2.3	<p>Actualizar los indicadores definidos para los procesos, de tal forma que los datos registrados sean coherentes con el objetivo y los resultados esperados de la medición.</p> <p>Indicador de Efectividad para el programa de Ingeniería Forestal Resultados del indicador "Libros publicados" en el proceso de Investigación.</p> <p>Evidencia: Indicadores con la información actualizada de acuerdo al objetivo, formula y periodicidad definida</p> <p>Responsable: Líderes de Proceso</p> <p>Fecha: 31-03-2017</p>	<p>1. Falta de apropiación de los indicadores definidos para cada uno de los procesos.</p> <p>2. Falta de claridad en los conceptos relacionados para la formulación de indicadores y de herramientas internas para hacer medición para la mejora continua.</p> <p>3. Desconocimiento del instructivo establecido para la construcción y cálculo de los indicadores de procesos.</p> <p>4. No se tiene una metodología para la definición de indicadores, su medición y análisis.</p> <p>5. No se realiza seguimiento a la medición de los indicadores, según la frecuencia de medición.</p>	<p>1. Socializar los indicadores definidos para cada uno de los procesos, en los comités operativos de calidad.</p> <p>Evidencia: Actas de Reunión Responsable: Profesionales Oficina de Desarrollo Institucional. Fecha: 17-03-2017</p> <p>2. Realizar taller teórico práctico para la conceptualización, revisión, adecuación y ajuste de indicadores por proceso, en los comités operativos de calidad.</p> <p>Evidencia: Actas de asistencia y solicitudes de modificación de indicadores Responsable: Oficina de Desarrollo Institucional, Líderes de Proceso Fecha: 28-02-2017</p> <p>3.Socializar la metodología para la medición de los procesos a través de indicadores en los comités operativos de calidad</p> <p>Evidencia: Actas de Reunión Responsable: Profesionales Oficina de Desarrollo Institucional. Fecha: 17-03-2017</p> <p>4.Revisar, ajustar y actualizar el instructivo indicadores del Sistema de Gestión de Calidad</p> <p>Evidencia: Documento actualizado Responsable: Profesionales Oficina de Desarrollo Institucional. Fecha: 28-02-2017</p> <p>5.En auditoria interna realizar seguimiento a la actualización y medición de los indicadores y toma de acciones de mejora que se deriven de dicha</p>

INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMAS DE GESTIÓN



						auditoria Evidencia: Informe de Auditoria- Planes de Mejoramiento. Responsable: Oficina Desarrollo Institucional – Líderes de Proceso. Fecha:18-08-2017
5	No se hace seguimiento a la percepción de todos los clientes en relación con el cumplimiento de los requisitos  <b>Evidencia:</b> Ausencia resultados satisfacción de los clientes para los servicios de Educación en posgrados ni para los servicios de laboratorio LASEREX	MENOR	8.2.1	Medir la satisfacción de los usuarios de los servicios de educación en posgrados y los servicios del laboratorio LASEREX  Evidencia: Informe de los resultados de la medición, análisis de los resultados y toma de acciones de mejora basados en el resultado Responsable: Profesional Oficina de Desarrollo Institucional Fecha: 30-06-2017	1. La evaluación de la satisfacción del usuario se realiza de manera general por proceso, sin desagregarla por tipo de usuarios, tipo de servicio y/o unidad que los presta.  2. No se tiene la caracterización de los usuarios por proceso.  3. Falta de claridad en la identificación de los servicios por proceso de acuerdo a la caracterización de los usuarios.  4.Falta de apropiación del procedimiento de satisfacción de usuarios  5. No se realiza seguimiento al interior de cada proceso sobre los resultados de la encuesta de satisfacción.	1. Modificar el procedimiento definido para la evaluación de la satisfacción del usuario. Evidencia: Procedimiento actualizado Responsable: Profesionales Oficina de Desarrollo Institucional. Fecha:30-07-2017  1.Realizar la evaluación de la satisfacción del usuario de manera desagregada por tipo de usuarios, de servicio y la unidad que lo presta Evidencia: Informes de evaluación de la satisfacción del usuario Responsable: Profesional Oficina de Desarrollo Institucional. Fecha:30-07-2017  2.Realizar la caracterización de los usuarios en todos los procesos  Evidencia: Caracterización de usuarios Responsable: Oficina de Desarrollo Institucional; Líderes de Procesos, Profesional Grupo de Atención al Ciudadano. Fecha:30-06-2017  3. Realizar la caracterización de los servicios que se prestan todos los procesos. Evidencia: Caracterización de servicios Responsable: Oficina de Desarrollo Institucional; Líderes de Proceso, Profesional Oficina de Atención al Ciudadano Fecha:30-07-2017

# INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMAS DE GESTIÓN



						<p>4. Socializar el procedimiento de satisfacción de usuarios en los comités operativos por proceso. Evidencia: Caracterización de servicios Responsable: Oficina de Desarrollo Institucional Fecha:30-07-2017</p> <p>5. En auditoría interna realizar seguimiento a la medición de la satisfacción del usuario y a la toma de acciones de mejora que se deriven de esta evaluación. Evidencia: Informe de Auditoria- Planes de Mejoramiento. Responsable: Oficina Desarrollo Institucional – Líderes de Proceso. Fecha:18-08-2017</p>
6	<p>No se llevan a cabo las auditorías internas de tal forma que se verifique en algunos procesos la conveniencia, adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad</p> <p><b>Evidencia:</b> No se evidencia que se hayan auditado todos los requisitos de las normas ISO 9001:2008, NTCGP 1000:2009 en todos los Procesos del Sistema de Gestión de la Calidad en la auditoría interna llevada a cabo en fecha 2016-07-27 que permita declarar la conveniencia, adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad del Sistema de Gestión.</p> <p>No se evidencia el diligenciamiento de las Listas de chequeo MC-P01-F03</p>	MENOR	8.2.2	<p>En el ciclo de auditorías internas 2017, garantizar que se auditen todos los requisitos en todos procesos y que se declare y demuestre la conveniencia, adecuación y efectividad de Sistema de Gestión de Calidad en cada uno de ellos.</p> <p>Evidencia: Planes e informes de auditoría por proceso. Responsable: Líderes de Proceso Fecha: 18-08-2017</p> <p>observación</p>	<p>1. Falta de apropiación del procedimiento de auditorías internas por parte del equipo auditor.</p> <p>2. Los auditores internos no emiten concepto que demuestre que el SGC se ha implementado y se mantiene de manera eficaz, eficiente y efectiva, como lo establece el Informe de Auditoria, código MC-P01-F05.</p> <p>3. No se auditan todos los procedimientos de los procesos, se seleccionan a criterio del auditor.</p> <p>4. No se tiene establecido una metodología para los criterios de selección de los documentos a auditar.</p> <p>5. No se realiza seguimiento a la aplicación del procedimiento de auditorías internas, por parte del equipo auditor.</p>	<p>1. Socializar al equipo auditor el procedimiento de auditorías internas de calidad. Evidencia: Acta de reunión Responsable: Profesional Oficina de Desarrollo Institucional. Fecha: 18-08-2017</p> <p>2. Verificar que los informes del equipo auditor cumplan con lo establecido en el procedimiento. Evidencia: Acta de verificación de informes de auditoría. Responsable: Profesionales Oficina de Desarrollo Institucional Fecha: 18-08-2017</p> <p>3 y 4 Revisar y ajustar el procedimiento Auditorías Internas de Calidad, código MC-P01, de acuerdo a lo establecido en la NTCGP 1000:2009, Norma ISO 19011:2011, Directrices para la auditoría de Sistemas de</p>

# INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMAS DE GESTIÓN



	<p>como está establecido en el Procedimiento de "Auditorías internas de Calidad "código MC-P01 Versión 02.</p> <p>No se auditó la Prestación de servicios en el Laboratorio de Servicios de Extensión (LASEREX) de Análisis químicos de suelos y físicos (textura y densidad) aguas, fertilizantes y material vegetal.</p>					<p>Gestión.</p> <p>Evidencia: Procedimiento Auditorías Internas de Calidad revisado y ajustado. Responsable: Profesionales Oficina de Desarrollo Institucional Fecha: 18-08-2017</p> <p>3 y 4 Definir y aplicar una metodología para la selección de los aspectos a auditar de acuerdo al alcance del Sistema.</p> <p>Evidencia: Procedimiento Auditorías Internas de Calidad revisado y ajustado. Responsable: Profesionales Oficina de Desarrollo Institucional Fecha: 18-08-2017</p> <p>5. Realizar seguimiento al cumplimiento del procedimiento de auditorías internas por parte del equipo auditor.</p> <p>Evidencia: Actas de reunión Responsable: Profesionales Oficina de Desarrollo Institucional Fecha: 18-08-2017</p>
7	<p>No se hace análisis de causas para las NC identificadas y por tanto las acciones correctivas no permiten eliminar sus causas. El procedimiento de acciones correctivas y preventivas no incluye los requisitos para revisar la eficacia de las acciones correctivas tomadas ni el informe de la verificación de las acciones tomadas. No se revisan las quejas presentadas con el fin de identificar la necesidad de</p>	MENOR	8.5.2	<p>Modificar el procedimiento de acciones correctivas y preventivas en el que se incluyan los requisitos para revisar la eficacia de las acciones correctivas tomadas y el informe de la verificación de las acciones tomadas</p> <p>Evidencia: Procedimiento actualizado Responsable: Oficina de Desarrollo Institucional. Fecha: 30-06-2017</p> <p>Realizar análisis de causas para las</p>	<p>1. Los líderes de proceso no se aseguran que se realicen las correcciones y se toman las acciones correctivas necesarias, para eliminar las causas de las NC identificadas.</p> <p>2. No se realiza el seguimiento a las acciones correctivas y preventivas por parte del responsable de cada proceso.</p> <p>3. Los líderes y el personal al</p>	<p>1. Realizar el análisis de las causas de la NC identificadas, estableciendo acciones para la eliminación de las mismas.</p> <p>Evidencia: Acta de reunión Responsable: Líderes de proceso. Fecha: 18-08-2017</p> <p>2. Realizar el seguimiento a la efectividad de las acciones correctivas y preventivas propuestas en cada uno de los procesos.</p>

# INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMAS DE GESTIÓN



	<p>acciones correctivas.</p> <p><b>Evidencia:</b> Registro de seguimiento a las acciones de mejora no incluye análisis de causas ni revisión de la eficacia de las acciones correctivas.</p> <p>Ausencia de la revisión de las quejas presentadas en el año 2016 para efectos de determinar la necesidad de determinar acciones correctivas.</p>			<p>No Conformidades detectadas y verificar el cumplimiento y eficacia de las acciones correctivas, preventivas que se encuentran registradas en el SGC</p> <p>Evidencia: Planes de mejoramiento Responsable: Líderes de Proceso Fecha: 18-08-2017</p> <p>Realizar el informe de las quejas presentadas durante el año 2016, en el cual se determine la necesidad de acciones correctivas y sus responsables.</p> <p>Evidencia: Informe presentado. Responsable: Funcionario responsable de la administración del aplicativo PQRD's Fecha: 28-02-2017</p>	<p>interior de los procesos no aplican el procedimiento documentado.</p> <p>4. Falta de apropiación del procedimiento de Acciones Preventivas Correctivas y de Mejora, por parte de los líderes de proceso y sus Comités Operativos.</p> <p>5. El procedimiento documentado no establece claramente la metodología y responsables de hacer seguimiento y garantizar la eficacia de las acciones propuestas.</p> <p>5. No se realiza seguimiento al interior de cada proceso sobre los análisis de causas de no conformidades y la verificación de la eficacia de las acciones propuestas.</p>	<p>Evidencia: Acta de reunión Responsable: Líderes de proceso. Fecha: 18-08-2017</p> <p>3 y 4. Socializar a los líderes de proceso el procedimiento de Acciones Preventivas Correctivas y de Mejora. Evidencia: Actas de reunión Responsable: Profesional Oficina de Desarrollo Institucional. Fecha: 31-07-2017</p> <p>5. Revisar y actualizar del procedimiento de Acciones Preventivas Correctivas y de Mejora. Evidencia: Procedimiento actualizado Responsable: Profesionales Oficina de Desarrollo Institucional. Fecha: 30-06-2017</p> <p>5. En auditoría interna realizar seguimiento al análisis de causas y verificación de eficacia de acciones propuestas para la eliminación de las mismas. Evidencia: Informe de Auditoria- Planes de Mejoramiento. Responsable: Oficina Desarrollo Institucional – Auditores. Fecha: 18-08-2017</p>
8	<p>No se llevan a cabo las evaluaciones de desempeño del personal administrativo</p> <p><b>Evidencia:</b> Ausencia de las evaluaciones de desempeño de los funcionarios de la Universidad de acuerdo con lo determinado en el Instructivo "Evaluación del</p>	MENOR	6.2	<p>Aplicar la evaluación de desempeño a todo el personal administrativo, conforme a lo documentado en el Instructivo de Evaluación de Desempeño.</p> <p>Evidencia: evaluaciones realizadas Responsable: Líder del proceso de Gestión del Talento Humano Fecha: 30-06-2017</p>	<p>1. Falta de decisión por parte de la vicerrectoría administrativa, para la aplicación de la evaluación de desempeño, conforme a lo dispuesto en el instructivo documentado para tal fin.</p> <p>2. Resistencia por parte de los funcionarios públicos y trabajadores oficiales (excepto los</p>	<p>1. Ordenar que para la vigencia 2017 y en adelante se realice la evaluación de desempeño conforme a los lineamientos establecidos por la institución. Evidencia: Acto Administrativo expedido Responsable: Rector Fecha: 30-01-2017</p> <p>2.3.4 Revisar y actualizar el instructivo y herramientas para "Evaluación de Desempeño" a</p>



# INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMAS DE GESTIÓN



	<p>desempeño" código TH-I05 versión 03.</p>				<p>empleados de carrera) a ser evaluados</p> <p>3. Desconocimiento de los requisitos que debe cumplir la institución, respecto a la evaluación de desempeño.</p> <p>4. Proceso de desinformación, mediante la comunicación informal que se da en la organización.</p> <p>5. No se realiza seguimiento a la realización de la evaluación de desempeño.</p>	<p>todos los funcionarios administrativos.</p> <p>Evidencia: Documento Actualizado Responsable: Líder del proceso de Gestión del Talento Humano Fecha: 30-01-2017</p> <p>2.3.4 socializar del procedimiento para la evaluación del desempeño.</p> <p>Evidencia: Documento Actualizado Responsable: Líder del proceso Gestión del Talento Humano Fecha: 30-01-2017</p> <p>5. En auditoría interna realizar seguimiento a la realización de la evaluación de desempeño por parte del proceso de Gestión del Talento Humano Evidencia: Informe de Auditoría- Planes de Mejoramiento. Responsable: Oficina Desarrollo Institucional – Auditores. Fecha:18-08-2017</p>
--	---	--	--	--	---	---

## INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMAS DE GESTIÓN



### 10. RESULTADO DE LA REVISIÓN DE LAS CORRECCIONES Y ACCIONES CORRECTIVAS PARA LAS NO CONFORMIDADES MAYORES DETECTADAS EN ESTA AUDITORIA

Describa aquí las no conformidades mayores identificadas en esta auditoría o las menores pendientes de la auditoría anterior que no se solucionaron, las evidencias que soportan el cierre y si fueron eficaces. Indicar la fecha en la que se realizó la verificación complementaria.

No conformidades pendientes de la auditoría de 2015 que no se solucionaron en Etapa 2 y fue necesario realizar auditoría complementaria en fecha 2017-04-07:

NC	Descripción de la no conformidad (se relaciona el numeral de la norma y la evidencia del incumplimiento)	Evidencia obtenida que soporta la solución	¿Fue eficaz la acción? Si/No
2	<p>Los análisis de los resultados de indicadores no son apropiados para evaluar dónde puede realizarse la mejora continua del SGC.</p> <p>Evidencia: En los siguientes indicadores: .- Publicación de artículos .- Financiación de proyectos de investigación .- Publicación de semilleros de investigación .- Porcentaje población beneficiada con proyectos en las modalidades de proyección social .- Índice de ejecución del plan de compras .- El aplicado al objetivo de "Mejorar el nivel de competencia del personal" 8.4</p>	<p>Resultados de los indicadores de los procesos para 2016 con análisis de los datos e información resultante con propuestas de planes de acciones de mejora.</p> <p>Se revisaron y ajustaron los indicadores de los procesos del SGC con respecto a las metas, nombre y tipo (eficiencia, eficacia, efectividad) y se cuenta con los resultados del seguimiento al análisis de estos resultados.</p> <p>Procedimiento Medición actualizado incluyendo las responsabilidades para hacer seguimiento al análisis de los resultados de los indicadores.</p>	SI
3	<p>Como resultado de la auditoría interna no se emite concepto con respecto a si el SGC se ha implementado y se mantiene de manera eficaz, eficiente y efectiva.</p> <p>Evidencia: Forma parte de la descripción de la no conformidad. 8.2.2.b</p>	<p>Procedimiento de auditoría interna código MC-P01 actualizado en cuanto al objetivo de las auditorías internas y la obligatoriedad de declarar la eficacia, eficiencia y efectividad del SGC Registro Informe de auditoría MC-P01-F05, incluyendo un ítem de conclusiones, en el que se emite un concepto respecto a si el SGC se ha implementado y se mantiene de manera eficaz, eficiente y efectiva.</p>	SI
4	<p>No se aplican acciones correctivas, cuando no se alcanzan los resultados planificados</p> <p>Evidencia: No se evidencia la aplicación de acciones correctivas en el proceso de gestión logística al no lograrse la meta del 85% en el indicador</p>	<p>Se hizo ajuste a los indicadores del Proceso de Logístico adecuándolos al objetivo del mismo.</p> <p>Acción correctiva con análisis de causas del incumplimiento de la meta del indicador.</p>	SI

*Este informe es propiedad de ICONTEC y se comunicará después de la auditoría únicamente a la Organización y no será divulgado a terceros sin autorización de la Organización.*

## INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMAS DE GESTIÓN



### 10. RESULTADO DE LA REVISIÓN DE LAS CORRECCIONES Y ACCIONES CORRECTIVAS PARA LAS NO CONFORMIDADES MAYORES DETECTADAS EN ESTA AUDITORIA

“Prestación de Servicios de Mantenimiento” durante el 2015  
8.5.2/8.2.3

*No conformidad determinada como mayor en la auditoría de 2016 y que fue necesario revisar la eficacia del plan de acción en la auditoría complementaria de fecha 2017-04-07:*

NC	Descripción de la no conformidad (se relaciona el numeral de la norma y la evidencia del incumplimiento)	Evidencia obtenida que soporta la solución	¿Fue eficaz la acción? Si/No
1	<p>No se lleva a cabo la prestación del servicio bajo condiciones controladas en cuanto a la administración de los riesgos por procesos.</p> <p><b>Evidencia:</b> Los Mapas de riesgos no han sido revisados, ajustados ni actualizados desde el año 2014 para verificar la efectividad de las acciones para manejar los riesgos a nivel de los siguientes procesos: Formación, Investigación, Proyección Social, Gestión de Desarrollo Humano, Gestión Financiera, Gestión de admisiones y registro, Gestión de la Comunicación.</p> <p>No se han incluido en los Mapas de Riesgos lo relacionados con los riesgos de corrupción para los siguientes procesos: Gestión documental, Gestión Logística, Gestión de bienes y servicios, Gestión del Desarrollo Humano.</p> <p>Lo anterior de acuerdo a lo establecido en el Procedimiento de la entidad “Administración del Riesgo” código MC-P08 versión 02, con el decreto 124 de 2016 y el Decreto 943 de 2014 Modelo Estándar de control interno MECI. 7.5.1</p>	<p>Registros de Revisión y actualización de los mapas de riesgos por proceso, Registros de evaluación de la construcción de los mapas de riesgos realizada por la oficina de Control de Gestión. Mapa de Riesgos de Corrupción Documentados y socializados. Registros de capacitación y divulgación del procedimiento de administración de riesgos al personal por procesos. Registros de seguimiento y monitoreo a las acciones de control establecidos en los mapas de riesgos. Registros de Talleres de sensibilización a todo el personal de la Institución de la Importancia de la gestión del riesgo. Registros de evaluación de la administración de los riesgos a nivel de cada proceso.</p>	SI

### 11. RECOMENDACIÓN DEL EQUIPO AUDITOR DE ACUERDO CON EL ES-R-SG-001

Se recomienda otorgar la Certificación del Sistema de Gestión	
Se recomienda actualizar el certificado del Sistema de Gestión	
Se recomienda mantener el alcance del certificado o del Sistema de Gestión?	
Se recomienda mantener el alcance y actualizar a nueva versión el certificado del Sistema de Gestión	
Se recomienda mantener el certificado y ampliar alcance del Sistema de Gestión	
Se recomienda mantener el certificado y reducir alcance del Sistema de Gestión	
Se recomienda renovar y restaurar el certificado del Sistema de Gestión ISO 9001:2008, NTCGP 1000:2009	X
Se recomienda renovar el certificado y actualizar a nueva versión	

*Este informe es propiedad de ICONTEC y se comunicará después de la auditoría únicamente a la Organización y no será divulgado a terceros sin autorización de la Organización.*

## INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMAS DE GESTIÓN



<b>11. RECOMENDACIÓN DEL EQUIPO AUDITOR DE ACUERDO CON EL ES-R-SG-001</b>				
Se recomienda renovar el certificado y ampliar alcance del Sistema de Gestión				
Se recomienda renovar el certificado y reducir alcance del Sistema de Gestión				
Se recomienda ampliar el alcance del certificado del Sistema de Gestión				
Se recomienda ampliar el alcance del certificado del Sistema de Gestión				
Se recomienda ampliar el alcance y actualizar a nueva versión				
Se recomienda reducir el alcance del certificado				
Se recomienda reducir el alcance y actualizar a nueva versión				
Se recomienda reactivar el certificado				
Se recomienda restaurar el certificado, una vez finalice el proceso de renovación				
Se recomienda suspender el certificado				
Se recomienda cancelar el certificado				
Se recomienda no otorgar el certificado				
Se recomienda no renovar el certificado				
Se recomienda no ampliar el alcance certificado				
Se recomienda no reactivar el certificado				
Se recomienda no restaurar el certificado				
Nombre del auditor líder: LUIS IGNACIO JIMENEZ JAIMES	Fecha	2017	04	19

*Este informe es propiedad de ICONTEC y se comunicará después de la auditoría únicamente a la Organización y no será divulgado a terceros sin autorización de la Organización.*