

INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMAS DE GESTIÓN



1. INFORMACIÓN GENERAL		
1.1. ORGANIZACIÓN		
UNIVERSIDAD DEL TOLIMA		
1.2. SITIO WEB: www.ut.edu.co		
1.3. LOCALIZACIÓN DEL SITIO PERMANENTE PRINCIPAL: Barrio Altos de Santa Helena, Ibagué, Tolima, Colombia		
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
UNICA SEDE	N.A.	N.A.
1.4. ALCANCE DE LA CERTIFICACION:		
<p>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.</p> <p>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.</p>		
1.5. CÓDIGO IAF: 37		
1.6. REQUISITOS DE SISTEMA DE GESTION: NTC ISO 9001:2015 + GP 1000:2009		
1.7. GERENTE O DIRECTOR DE LA ORGANIZACIÓN		
Nombre:	Julio César Rodríguez Acosta	
Cargo:	Jefe Oficina Desarrollo Institucional	
Correo electrónico	sgc@ut.edu.co	
1.8. TIPO DE AUDITORIA: SEGUIMIENTO + ACTUALIZACION ISO 9001:2015		
Aplica toma de muestra por multisitio: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		
Auditoría combinada: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		
Auditoría integrada: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		

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.

1. INFORMACIÓN GENERAL		
1.9. Tiempo de Auditoría	FECHA	Días de auditoría)
Etapa I (Si aplica)	N.A.	N.A.
Preparación de la auditoría en sitio y elaboración del plan	2018-05-07	0,5
Auditoría en sitio	2018-05-28, 29 y 30	5,0
1.10. EQUIPO AUDITOR		
Auditor líder	José Fernando Ruíz Ruíz	
Auditor:	Mónica Isaza Jaramillo	
1.11. DATOS DEL CERTIFICADO DE SISTEMA DE GESTIÓN		
Código asignado por ICONTEC	SC CER289437	GP CER291190
Fecha de aprobación inicial	2014-01-29	2014-01-29
Fecha de próximo vencimiento:	2020-01-28	2020-01-28

2. OBJETIVOS DE LA AUDITORIA	
2.1	Determinar la conformidad del Sistema de Gestión con los requisitos de la norma de Sistema de Gestión.
2.2	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.
2.3	Determinar la eficacia del Sistema de Gestión para asegurar que la Organización puede tener expectativas razonables con relación al cumplimiento de los objetivos especificados.
2.4	Identificar áreas de mejora potencial del Sistema de Gestión

3. ACTIVIDADES DESARROLLADAS	
3.1	Los criterios de la auditoría incluyen la norma de requisitos de Sistema de Gestión ISO 9001:2015, la información documentada del Sistema de Gestión establecida por la Organización para cumplir los requisitos de la norma, otros requisitos aplicables que la Organización suscriba y documentos de origen externo aplicables.

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.

3. ACTIVIDADES DESARROLLADAS

- 3.2 El alcance de la auditoría, las unidades organizacionales o procesos auditados se relacionan en el plan de auditoría, que hace parte de este informe.
- 3.3 La auditoría se realizó por toma de muestra de evidencias de las actividades y resultados de la Organización y por ello tiene asociada la incertidumbre, por no ser posible verificar toda la información documentada.
- 3.4 Se verificó la capacidad de cumplimiento de los requisitos legales o reglamentarios aplicables en el alcance del Sistema de Gestión, establecidos mediante su identificación, la planificación de su cumplimiento, la implementación y la verificación por parte de la Organización de su cumplimiento.
- 3.5 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.
- 3.6 Al haberse ejecutado la auditoría de acuerdo con lo establecido en el plan de auditoría, se cumplieron los objetivos de ésta.
- 3.7 ¿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 N.A
- 3.8 Si se aplicó toma de muestra de múltiples sitios, indicar cuáles sitios permanentes se auditaron y en que fechas
Si No N.A
- 3.9 ¿En el caso del Sistema de Gestión auditado están justificadas las exclusiones o requisitos no aplicables acorde con lo requerido en el respectivo referencial?
Si No N.A
Todos los requisitos de la norma son aplicables
- 3.10 ¿Se auditaron actividades en sitios temporales o fuera del sitio de acuerdo al listado de contratos o proyectos entregados por la Organización?
Si No N.A
- 3.11 ¿Es una auditoría de ampliación o reducción?
Si No
- 3.12 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?
Si No N.A
El requisito fue verificado en el diseño de los programas de formación de la Universidad: Plan de estudios de los programas de formación auditados Ingeniería Agronómica, Medicina y Maestría en Educación.
- 3.13 ¿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?:

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.

3. ACTIVIDADES DESARROLLADAS

Si No N.A

La Universidad está vigilada por el Ministerio de Educación Nacional.

3.14 ¿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, cambios en el alcance de la certificación diferentes a ampliación o reducción, entre otros?

Si No N.A

3.15 ¿Se auditaron actividades en turnos nocturnos?

Si No N.A.

3.16 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

Sí No N.A.

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

Si No

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

Si No

La actualización a la versión 9001:2015

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

Si No

3.20 ¿Aplica restauración para este servicio?

Si No N.A.

3.21 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.

Si No N.A.

En la auditoría anterior no se presentaron no conformidades.

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
	N.A.	N.A.	

En caso de que no se haya solucionado una o más no conformidades menores pendientes, se debe realizar verificación complementaria.

4. HALLAZGOS DE LA AUDITORÍA

Hallazgos que apoyan la conformidad del Sistema de Gestión con los requisitos

- 4.1 Los avances y desarrollo del plan de mejoramiento requerido por el Ente de Control Ministerio de Educación; para el cual se adelantan las acciones necesarias para dar cumplimiento a los planes de acción propuestos en las fechas planificadas, que darán lugar a evidenciar la debida gestión y cumplimiento de la normatividad aplicable a la Institución.
- 4.2 Las mejoras realizadas a la infraestructura de la Universidad; como son el invernadero de suelos, el laboratorio de ecología molecular, el polideportivo, adecuación de la colección zoológica, terrazas para el programa de artes plásticas, entre otras obras que han permitido dar un impulso importante de recursos a los temas que en cada caso se tratan, en beneficio de todas las Partes interesadas.
- 4.3 La Acreditación institucional; que a la fecha registra aprobación de las condiciones iniciales por parte del Consejo Nacional de Acreditación, lo que permite que continúe el proceso de alcanzar el objetivo de lograr este reconocimiento a la labor que desarrollan las áreas de la Institución, los programas y cada Unidad de trabajo de la Universidad.
- 4.4 La Comunicación Institucional; para lo cual se han adelantado acciones tendientes a fortalecer los canales y mecanismos de comunicación interna y externa, de manera que se logre mantener el flujo adecuado y oportuno de la información que se requiere para lograr la eficacia del Sistema de Gestión de Calidad y sus procesos.
- 4.5 Las acciones implementadas para optimizar la administración de los recursos institucionales; como son la creación del Comité de política fiscal, el enfoque de mantener la austeridad del gasto y el control de los ingresos, la gestión sobre el Plan Anual de Caja, el control sobre la expedición de los Certificados de Disponibilidad Presupuestal, renegociación con la banca de las acreencias financieras, seguimiento a la ejecución presupuestal y de los recursos con destinación específica como recursos CREE, estampilla Pro UT, centralización de la ordenación del gasto en cabeza del Rector, proyecto de Estatuto presupuestal, formulación del plan de saneamiento financiero e implementación de las NIIF, entre otras acciones que han permitido tener un mayor control en todos los ámbitos del desempeño financiero y administrativo de la Universidad, necesario para asegurar el cumplimiento normativo aplicable.
- 4.6 La gestión realizada en el Centro de Idiomas; con los programas que se ofertan a los estudiantes de la Universidad, público en general y por proyectos específicos como son la formación a los docentes de la Secretaría de Educación del municipio, a los exportadores de café y otros grupos de interés que confían en el buen desarrollo del programa de enseñanza de los idiomas de la Institución.
- 4.7 La mejora continua en la Clínica de pequeños animales; evidente en aspectos como la consolidación de sede a nivel de infraestructura y disponibilidad de equipos, la definición de su propio Sistema de Gestión de la Calidad, en el que se incluye la identificación de sus procesos, definición de los objetivos de calidad, elaboración de la información documentada aplicable, implementación de mecanismos para hacer seguimiento y medición de las variables críticas que evidencian que los procesos cumplen los objetivos planificados, entre otros aspectos que dan cuenta de la dinámica de la gestión en la Clínica y el interés del equipo de trabajo por mejorar y realizar la proyección social a la Comunidad ofreciendo servicios con la calidad esperada.

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.

4. HALLAZGOS DE LA AUDITORÍA

- 4.8 La gestión realizada en las facultades; orientada siempre hacia la mejora continua en todas las áreas de desempeño, investigación, proyección social y formación, para lo cual los equipos de trabajo con base en los estándares normativos aplicables y el conocimiento adquirido en las diferentes áreas del saber, desarrollan su actividad misional y formulan además planes, programas y proyectos enfocados en aumentar su capacidad para generar y transferir el conocimiento disciplinar de cada facultad.
- 4.9 La dinámica de la Investigación en la Universidad y la visibilidad que ha tenido por los trabajos realizados y presentados en los diferentes ámbitos educativos, lo que permitió ser mencionada como destacada en los indicadores Mide U del Ministerio de Educación Nacional.
- 4.10 Las diferentes actividades de la Proyección social que se realizan en cada una de las Facultades de la Universidad, generan impacto positivo en las comunidades intervenidas y dinamizan además la gestión pedagógica por la aplicación del conocimiento universitario en escenarios comunitarios.
- 4.11 La creación de nuevos programas académicos a nivel de posgrados; para lo cual cada facultad es dinámica y proactiva en generar la iniciativa y llevarla a cabo, atendiendo las necesidades del mercado laboral, la demanda del sector productivo y el interés general de las Partes interesadas
- 4.12 La acreditación de programas a distancia, evidencian el compromiso del equipo de trabajo por mejorar continuamente los procesos de formación, marcar un diferenciador con la oferta educativa similar en el país, motivar el mejor desempeño docente como el de los estudiantes para lograr altos estándares de calidad en la educación impartida a través de esta modalidad.
- 4.13 Las mejoras implementadas en la gestión con los egresados; para lo cual las facultades han tenido una mayor actividad en la búsqueda e identificación de los egresados de la Universidad, a fin de obtener de ellos información importante que retroalimente la gestión, generar vínculos de permanencia, aporte y beneficios mutuos en el ámbito de la formación y en las relaciones con el sector productivo.
- 4.14 Las actividades de Bienestar Universitario; para lo cual la Universidad ha dispuesto de un equipo de trabajo importante para gestionar los diferentes aspectos del bienestar de los estudiantes como son el Centro cultural universitario, el programa PICA, los deportes, el servicio de restaurante, el acompañamiento académico, los servicios del Centro de salud, entre otros servicios que ofrece la Universidad como parte integral del proceso de la formación de los estudiantes.
- 4.15 Los servicios de la biblioteca; para lo cual la Universidad cuenta con la disponibilidad de una infraestructura física adecuada que permite dar el espacio y ambiente necesario para que los estudiantes tengan disponible y consulten todo el material y recursos bibliográficos que se les ofrece a fin de mantener un adecuado y eficaz desempeño académico.
- 4.16 En el proceso de Gestión de admisiones, registro y control académico:
- La actualización de los procedimientos establecidos por el proceso, evidencian metodología eficaz con respecto al control y seguimiento en las actividades definidas y la gestión operativa del área
 - Los convenios establecidos con diferentes Centrales de recaudo, como Pago PSE, Cadena Éxito, Efecty, Gana - Gana, entre otras, con el fin de facilitar al estudiante / candidato hacer el pago del pin de inscripción y/o matrícula.

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.

4. HALLAZGOS DE LA AUDITORÍA

- La metodología establecida en el proceso para la recepción de los documentos para la inscripción vía magnética, con el fin de facilitar la conservación y custodia de los mismos, además de agilizar el proceso de inscripción y matrícula.
- El punto de atención Multiservicios establecido para facilitar la gestión de pagos a realizar por los estudiantes de acuerdo con los requerimientos que realiza el estudiante según su necesidad.

4.17 En el proceso del Laboratorio LASEREX

- La implementación del Sistema globalmente armonizado, el cual busca clasificar los reactivos, acoplar las normas de bioseguridad e identificar los riesgos existentes, para hacer su respectivo control y seguimiento.
- La actualización de los procedimientos operativos de las prácticas y métodos de uso de los instrumentos, equipos y demás elementos requeridos para los desarrollos específicos en el enfoque que posee el laboratorio.
- La alta competencia del personal que participa tanto en las actividades operativas, como técnicas al interior del laboratorio, de manera que se asegura efectividad y excelencia en los resultados.

Oportunidades de mejora

- 4.18 La gestión de proyectos en la Universidad; para que la iniciativa de implementar una nueva estructura para la administración de los proyectos que se generan en los diferentes programas académicos, la investigación y la proyección social, se consolide con la puesta en marcha de las acciones tendientes a definir con precisión las responsabilidades frente al desarrollo de los proyectos, los mecanismos y procedimientos para administrarlos eficientemente, el enfoque de centralizar parte de la administración y el mantenimiento de un sistema de información, entre otros aspectos necesarios para lograr mayor eficacia en la consecución de los resultados planificados de cada proyecto. Al respecto se sugiere implementar una oficina conforme a la propuesta del PMO (Project management Institute), la cual sugiere lineamientos claros, adecuados y eficientes para lograr el mejor desempeño en la administración de proyectos.
- 4.19 La identificación de las mejores prácticas administrativas aplicables a la Universidad; para que realizando un estudio de las existentes y de las analizadas a través de estrategias como el benchmarking, se considere analizar, evaluar y adaptar las mejores prácticas, que conlleve a lograr mayores eficiencias administrativas en el manejo y uso de los recursos disponibles, fortalecer el apoyo a las áreas misionales y lograr los objetivos planificados en el Direccionamiento estratégico.
- 4.20 Las auditorías de gestión (Control Interno); para que en la planificación del ejercicio se considere adoptar el enfoque de riesgo, del cual parte la identificación de las prioridades de la Institución para auditar y hacer seguimiento a la gestión, que aunado a las demás perspectivas que establece la Alta Dirección desde el Direccionamiento estratégico, proporcionan una orientación clara para el uso del recurso humano del área, centrando los esfuerzos en lo que es realmente crítico para la Institución.
- 4.21 Un mayor protagonismo del área de Desarrollo Institucional de la Universidad; para lo cual es conveniente en primera instancia fortalecer el propósito del área relacionado con el planeamiento Institucional y el seguimiento y verificación de cumplimiento de las acciones del plan de desarrollo de

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.

4. HALLAZGOS DE LA AUDITORÍA

la Universidad, para con base en este y la asignación, comunicación y entendimiento de la autoridad y responsabilidad asignadas, se requiera de las diferentes áreas de la Universidad cumplir con los planes establecidos desde el Direccionamiento estratégico Institucional.

- 4.22 La propuesta de rediseño del mapa de procesos de la Universidad, en línea con el Direccionamiento estratégico; para que la iniciativa se consolide y se lleven a cabo las acciones propuestas que incluyen además una revisión y ajuste de la información documentada establecida en los procesos, con enfoque de lograr mayores eficiencias y eficacia en el cumplimiento de los objetivos Institucionales.
- 4.23 Un proceso de Tecnología en el Sistema de Gestión de calidad; para que las actividades que se desarrollan con relación al soporte, mantenimiento, administración de las Tecnologías de la información y las comunicaciones, se consoliden en un proceso que describa en detalle cada uno de los elementos del ciclo PHVA de la calidad y se fortalezca de esta manera el enfoque de Sistema para las TIC de la Universidad.
- 4.24 Los riesgos de seguridad de la información; para que en el análisis correspondiente se fortalezca la observación de este tipo de eventos / riesgos que pueden afectar la integridad, disponibilidad y accesibilidad de la información que se conserva en medio magnético, así como las acciones de control requeridas para garantizar que las herramientas de tecnología mantienen la seguridad que evita la afectación, daño, pérdida de los datos. A manera se referencia se sugiere consultar y aplicar lineamientos de la norma ISO 27001:2013 Sistema de Gestión para la Seguridad de la Información.
- 4.25 La metodología para la Gestión del cambio en la Universidad; para que la definida en el Sistema de Gestión de calidad se fortalezca, considerando elaborar un procedimiento e incluir un registro / formato que pueda ser usado en las áreas / procesos de la Universidad para describir entre otros aspectos los elementos del cambio, la justificación, los riesgos, el plan de trabajo y al final la conclusión de los resultados obtenidos, con lo cual es posible evidenciar con mayor facilidad los controles aplicados para la implementación de cambios en la gestión de los procesos.
- 4.26 En el Centro de Idiomas:
- Fortalecer el registro de la Gestión del cambio llevada a cabo en relación con la metodología del programa de Inglés Person, a una nueva que a consideración del equipo de trabajo brinda otras oportunidades de aprendizaje a los estudiantes, a fin de evidenciar la trazabilidad del proceso que se realizó y facilitar el análisis y la conclusión si lo planificado corresponde a los resultados alcanzados.
 - Implementar Indicadores de gestión propios del Centro de idiomas, con el fin de facilitar el seguimiento a los procesos del área, evaluar su desempeño y recopilar información cuantitativa que permita determinar si los objetivos planificados se cumplen y se identifican nuevas oportunidades de mejora para la gestión.
 - Implementar como buena práctica de control y seguimiento las visitas a la clase de los docentes / instructores, a fin de verificar el cumplimiento de los estándares establecidos por el Centro de idiomas para aplicar en la metodología de la enseñanza e identificar a su vez oportunidades de mejora que aumenten la eficacia en la realización de los cursos.
 - Implementar la norma NTC 5580:2011 "Programas de formación para el trabajo en el área de idiomas, Requisitos", la cual provee lineamientos específicos para asegurar la calidad en los Centros de Idiomas, con relación al diseño del programa y los aspectos inherentes a su

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.

4. HALLAZGOS DE LA AUDITORÍA

desarrollo, con lo cual es posible orientar la gestión de manera eficiente y eficaz e incluso obtener una certificación de calidad en reconocimiento al cumplimiento de los estándares normativos aplicables al sector educativo.

4.27 El registro de las complicaciones, eventos adversos, incidentes, accidentes que se puedan presentar en los procedimientos de atención que realiza la Clínica de pequeños animales; para que en su Sistema de Gestión de Calidad se implemente el registro de este tipo de situaciones, el análisis de los datos y cuando sea conveniente la implementación de acciones de mejora a partir de esta información que permite aumentar la eficacia de la prestación del servicio que se oferta al público en general.

4.28 La aplicación del enfoque de la norma ISO 9001:2015 en cada facultad;

- Para que a partir del plan de desarrollo de la Universidad se formule un plan estratégico u operativo a nivel de facultad, en el que se plasme la orientación para alcanzar su propia visión en relación al proceso de acreditación, reconocimiento nacional e internacional de los programas, fortalecimiento de los procesos de la formación, desarrollo de proyectos de investigación, mejoras en la infraestructura, proyectos de proyección social, entre otros objetivos que se identifiquen a partir del análisis de contexto y que son del interés de cada facultad, guardando en todo caso y siempre la línea con el plan de desarrollo institucional.
- Realizar un ejercicio de análisis de riesgos con la participación del equipo de trabajo de las áreas, que permita identificar posibles eventos de riesgo particulares y propios de la gestión académica de cada facultad, así como planes de acción de mejora que eviten la materialización de tales situaciones.

4.29 La completitud de los registros Acuerdo pedagógico que se diligencian en el proceso de la formación; para que se asegure y se revise periódicamente que se diligencian y se llevan de conformidad con los campos establecidos en el formato y las demás directrices establecidas por la Universidad, a fin de evidenciar que se cumplió el propósito de informar oportunamente a los estudiantes las condiciones para el desarrollo de las asignaturas a cursar.

4.30 El Diseño / rediseño de los programas de formación; para que se considere:

- Revisar el procedimiento de Creación / diseño / rediseño / mejora de los programas de formación, de manera que dé respuesta explícita a los lineamientos de los requisitos de diseño y desarrollo de la norma ISO 9001:2015.
- Precisar y entender que el objeto o lo que se diseña es el Currículo de los programas de formación y no el documento maestro que se elabora como requisito a cumplir para el registro calificado o la acreditación de los programas de formación.
- Considerar en el procedimiento del diseño y desarrollo que son los docentes el equipo de trabajo protagonista quienes desarrollan las actividades para cumplir el propósito del mismo.
- Identificar con claridad en el procedimiento cuál es la información documentada que soporta y evidencia que se han cumplido todas las etapas del diseño y desarrollo, la revisión de cada una estas etapas, la verificación y la validación.

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.

4. HALLAZGOS DE LA AUDITORÍA

- Incluir en el procedimiento la importancia de elaborar previo al inicio de las actividades, un cronograma de trabajo que describa adicional a los tiempos requeridos para el diseño de los productos malla curricular y plan de estudios, los recursos y responsables en el equipo interdisciplinario, entre otros aspectos requeridos para llevar a cabo eficazmente las actividades del diseño de los programas.
- Considerar la pertinencia que desde el área de Desarrollo organizacional se realice una actividad de sensibilización / capacitación en todas las facultades a los directores de programa, en los temas asociados al diseño / rediseño / mejora del plan de estudios, a fin de dar claridad al procedimiento, asegurar su aplicación sistemática y obtener así los beneficios de control y mejora continua que brinda la aplicación de la metodología propuesta en la norma de calidad.

4.31 En el control de los proveedores de bienes y servicios críticos;

- Asegurar en la selección de los proveedores, que se realiza una evaluación que concluye según aplique sobre su capacidad jurídica, financiera, técnica, operativa, administrativa, ambiental y de Seguridad y salud en el trabajo, para proporcionar bienes y servicios que cumplen las especificaciones técnicas, las reglamentarias aplicables y los requerimientos establecidos por la Institución, manteniendo en todos los casos los soportes documentales necesarios para evidenciar el cumplimiento de los criterios aplicados
- Definir criterios específicos para realizar la evaluación y re evaluación de los proveedores según el bien o servicio a adquirir, con el fin de calificar en cada caso las variables que objetivamente son aplicables.
- Fortalecer el seguimiento al desempeño de los proveedores, según aplica el grado de importancia y de impacto del bien o servicio adquirido en la gestión de la Institución, garantizando con evidencias soportadas en documentos, que se cumplen todos los requisitos contractuales.
- Considerar para los proveedores en los cuales la Institución tiene responsabilidad solidaria en el servicio realizado (proveedores que prestan sus servicios en las instalaciones de la Universidad), verificar que tales Contratistas cumplen todos los requisitos aplicables de la Seguridad y Salud en el trabajo, a fin de mitigar el riesgo que ante situaciones de Accidentes de trabajo o enfermedad laboral, la Institución tenga que responder solidariamente por situaciones atribuibles a los Contratistas.
- Considerar en la vinculación de los proveedores aplicar criterios asociados al control y prevención del lavado de activos y financiación del terrorismo, siendo esta una política de gobierno importante que si bien hasta la fecha no es obligatoria para la Universidad, es importante contribuir a este propósito, además que es una acción de mitigación de riesgos de perdida de imagen / credibilidad por causa de vinculación con proveedores o Partes interesadas involucradas en este tipo de situaciones.

4.32 En la gestión de los laboratorios de la Universidad:

- De acuerdo con el número importante de laboratorios existente en la Universidad (cerca de 67) es imperioso plantear alternativas para la gestión, sistematización, control de los recursos existentes (básicamente radioactivos) de manera que se optimicen los procesos de compra, custodia, almacenamiento y control de los materiales, con el fin de favorecer la gestión de

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.

4. HALLAZGOS DE LA AUDITORÍA

compras y el control de los mismos tanto para el almacén como para los procesos administrativos y de control.

- Definir y establecer la información necesaria para garantizar la implementación del Sistema de Gestión de Calidad en los laboratorios asociados a las facultades, de manera que se facilite y controle la gestión y los resultados. Respetando su autonomía y su enfoque, es importante considerar que hay actividades de control y seguimiento generales asociadas a la calidad de la gestión que pueden ser unificadas a nivel institucional
- Asegurar la calibración / verificación de equipos de seguimiento y medición en todos los laboratorios de la Universidad que se utilizan con fines de investigación, para lo cual es conveniente revisar, verificar y auditar continuamente el cumplimiento de los procedimientos aplicables para el control de estos equipos, de modo que se garantice que las mediciones tomadas mantienen en todo momento la trazabilidad respectiva con los patrones nacionales e internacionales.

4.33 En el proceso de la Gestión Humana

- Incluir en el manual de cargos, los roles adicionales que se generan por el desarrollo e implementación de otros Sistemas de gestión como el de Seguridad y salud en el trabajo, Seguridad de la información, administrativo y Financiero, a fin de asegurar claridad en la asignación de roles a todos los colaboradores.
- Incluir o describir en el mismo manual u otro documento del Sistema de Gestión, cuál es la autoridad o nivel de atribución que es delegada por la Alta Dirección a cada cargo, para tomar decisiones que orientan la gestión e impactan el cumplimiento de los objetivos planificados. De esta manera cada persona que ocupe un determinado cargo tendrá claridad del alcance de su responsabilidad para tomar decisiones y sus implicaciones.
- Fortalecer los mecanismos de evaluación de la eficacia de la capacitación, considerando en esta determinar cuál es el grado de aplicación o uso del conocimiento adquirido en el desarrollo de sus actividades laborales, con lo cual se determina de igual manera si se cumplen los objetivos para los cuales se desarrollan estas actividades de formación

4.34 La gestión del conocimiento; para que en un documento de la Organización se describan cuáles son los elementos que componen su Sistema de gestión de conocimiento y las políticas que establece para que cada uno funcione o se desarrolle, asegurando que este conocimiento se mantiene en la Institución y se pone a disposición de las Partes interesadas en la medida que sea necesario. Entre otros elementos considerar: la capacitación interna, la capacitación externa, la memoria de los proyectos exitosos, la memoria de las lecciones aprendidas, la memoria de las experiencias significativas propuestas por los colaboradores, los documentos que surgen de las actividades de los proyectos de investigación, la base de datos de las acciones correctivas y de mejora, entre otros.

5. INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL DESEMPEÑO Y LA EFICACIA DEL SISTEMA DE GESTION		
5.1. Análisis de la eficacia del Sistema de Gestión certificado		
5.1.1. Quejas y Reclamos		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Con el fin de mantener el control de las quejas y reclamos presentados por los clientes / estudiantes / Partes interesadas la Institución tiene establecido un procedimiento en el Sistema de Gestión de Calidad. ✓ El procedimiento establece que para la recepción de las PQRS se elabore un registro documentado que permite controlar todas las etapas para la recepción, el trámite interno y el envío de la respuesta. ✓ Los canales de comunicación con los clientes / estudiantes / Partes interesadas son el medio telefónico, la página web, personalmente, correo electrónico. ✓ Los datos de las quejas y reclamos se analizan en los ejercicios de Revisión por la Dirección, para proponer con base en esta información acciones de mejora para la prestación del servicio y la eficacia del Sistema de Gestión de Calidad. 		
Número de Quejas o reclamaciones	Principal causa	Acciones tomadas
<p>301</p> <p>Corte Primer trimestre de 2018</p>	<p>203 peticiones 54 quejas 31 reclamos 8 sugerencias 5 denuncias</p> <p>Las peticiones tienen un origen aclaratorio de diferentes situaciones académicas con respecto a las inscripciones para el semestre A de 2018 y administrativas que buscan precisar información para el usuario sobre servicios, trámites o acciones de la institución Las quejas y reclamos hacen alusión a usuario y contraseña, información general, expedición de certificados, inscripciones, devolución de dinero, verificación de título, registro de calificaciones, grados en convenio, reintegro, cambio de Cread y estudios de homologación</p>	<p>En cada una de las áreas de mayor registro de PQR, Oficina de gestión tecnológica, Secretaría académica del IDEAD, Oficina de admisiones, registro y control académico, Oficina de matrículas, Secretaría general y la Vicerrectoría académica, se han tomado las acciones puntuales para dar respuesta a cada requerimiento. El mayor porcentaje de las PQR corresponden a aclaraciones que se dan a los estudiantes y Partes interesadas y no son incumplimientos por parte de la Universidad. En este sentido las acciones de mejora se enfocan en ofrecer una mejor información a los estudiantes a través de los diferentes canales de comunicación de la Universidad.</p>
5.1.2. 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.		

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.

5. INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL DESEMPEÑO Y LA EFICACIA DEL SISTEMA DE GESTION		
5.1.3. ¿Existen quejas de usuarios de la certificación recibidas por ICONTEC durante el último periodo evaluado? (Aplica a partir del primer seguimiento) Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> N.A <input type="checkbox"/>		
5.1.4. ¿Se evidencia la capacidad del Sistema de Gestión para cumplir los requisitos aplicables y lograr los resultados esperados?: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> .		
5.1.5. ¿Los riesgos identificados por la Organización, en el alcance de su Sistema de Gestión, se han controlado de manera eficaz? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N.A. <input type="checkbox"/> ¿En caso positivo la eficacia de control se basa en disminuir la probabilidad del riesgo? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> .		
5.1.6. ¿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 <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> .		
5.2. Relación 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
Otorgamiento / Renovación ISO 9001:2008	8	4.2.4 – 6.2 - 7.5.1 – 8.2.1 – 8.2.2 - 8.2.3 - 8.3 – 8.5.2
1ª de seguimiento del ciclo ISO 9001:2008	0	0
2ª de seguimiento del ciclo ISO 9001:2015	7	5.3 – 6.1 – 7.1.4 – 7.1.3 - 7.1.6 – 8.4.1 – 8.5.1
¿Se evidencia recurrencia de no conformidades detectadas en las auditorías de ICONTEC en el último ciclo de certificación? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Las No conformidades detectadas en la auditoria de renovación con base en la norma ISO 9001:2008 son diferentes a los temas de las No Conformidades de la presente auditoria realizada con base en la norma ISO 9001:2015		
5.3 Análisis del proceso de auditoría interna		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ La Institución cuenta con un procedimiento documentado que establece las directrices para la realización de las auditorías internas de calidad. ✓ Se elabora un cronograma anual de auditorías que es llevado a aprobación por parte de la Dirección, dando alcance a todos los procesos incluidos en el Sistema de Gestión de Calidad. ✓ Para dar cumplimiento al programa establecido y aprobado por la Dirección, se realizó un ciclo de auditoría del 15 al 18 de Mayo de 2018, por parte del equipo de auditores internos, quienes cumplen los requisitos de competencia definidos por la Institución 		

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.

<p>5. INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL DESEMPEÑO Y LA EFICACIA DEL SISTEMA DE GESTION</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ En el ejercicio se registraron ocho (8) No conformidades, observaciones y Oportunidades de mejora, para las cuales se han planteado las acciones de tratamiento necesarias. ✓ Los registros de las auditorías evidencian la observación del ciclo PHVA en los procesos.
<p>5.4 Análisis de la revisión del Sistema por la dirección</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ La Organización realiza la Revisión por la Dirección una vez al año con la participación de la Alta Dirección y los líderes de los procesos. El último ejercicio registrado es de fecha 2018-05-23 que comprende el periodo de desempeño 2017-09-29 al 2018-05-21 ✓ Para realizar el ejercicio el equipo de calidad prepara un informe para la Revisión por la Dirección, que incluye todos los temas requeridos por la norma de calidad ✓ El Acta de la Revisión evidencia que se tuvo en cuenta la información de entrada requerida para evaluar el desempeño del Sistema de Gestión de calidad. Se presenta un documento de Acta / Informe en el que se registran los elementos de entrada, análisis de cada aspecto y los planes de acción que formula la Alta Dirección para la mejora continua. ✓ El documento hace énfasis en el análisis de los aspectos relacionados con la retroalimentación de las Partes interesadas, los indicadores de gestión, las auditorías internas, planes de acción de mejora por proceso, entre otros aspectos. ✓ Una vez realizado el ejercicio de revisión, la Dirección concluye que el Sistema de Gestión de calidad implementado en la Organización es adecuado, conveniente y eficaz.

<p>6. USO DEL CERTIFICADO DE SISTEMA DE GESTION Y DE LA MARCA O LOGO DE LA CERTIFICACION</p>
<p>6.1 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?) Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N.A. <input type="checkbox"/></p> <p>6.2 ¿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? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N.A. <input type="checkbox"/></p> <p>6.3 ¿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? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> N.A. <input type="checkbox"/></p> <p>6.4 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.?) Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N.A. <input type="checkbox"/></p>

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.

7. RESULTADO DE LA REVISIÓN DE LAS CORRECCIONES Y ACCIONES CORRECTIVAS PARA LAS NO CONFORMIDADES MAYORES DETECTADAS EN ESTA AUDITORIA, MENORES QUE GENERARON COMPLEMENTARIA Y, MENORES DETECTADAS EN ESTA AUDITORIA QUE POR SOLICITUD DEL CLIENTE FUERON REVISADAS			
<p>✓ ¿Se presentaron No Conformidades Mayores? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> N.A. <input type="checkbox"/></p> <p>✓ ¿Se presentaron No Conformidades menores de la auditoria anterior que no pudieron ser cerradas en esta auditoria? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> N.A. <input type="checkbox"/></p> <p>✓ ¿Se presentaron no conformidades menores detectadas en esta auditoría que por solicitud del cliente fueron revisadas durante la complementaria? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> N.A. <input type="checkbox"/></p> <p>Fecha de verificación de la complementaria: N.A.</p>			
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
No Conformidades mayores identificadas en esta auditoria			
	N.A.		
No Conformidades pendientes de la auditoria anterior que no se solucionaron			
	N.A.		
No conformidades detectadas en esta auditoría que fueron cerradas			
	N.A.		
Si las acciones tomadas no fueron eficaces después de la realización de la verificación complementaria, se debe proceder de acuerdo con lo establecido en el Reglamento ES-R-SG-001.			

8. RECOMENDACIÓN DEL EQUIPO AUDITOR DE ACUERDO CON EL ES-R-SG-001				
Se recomienda otorgar la Certificación del Sistema de Gestión				
Se recomienda mantener el alcance del certificado o del Sistema de Gestión				X
Se recomienda renovar el certificado del Sistema de Gestión				
Se recomienda ampliar el alcance del certificado del Sistema de Gestión				
Se recomienda reducir el alcance del certificado				
Se recomienda reactivar el certificado				
Se recomienda actualizar el certificado del Sistema de Gestión (a la nueva versión de la norma)				X
Se recomienda restaurar el certificado, una vez finalice el proceso de renovación				
Se recomienda suspender el certificado				
Se recomienda cancelar el certificado				
Nombre del auditor Líder: José Fernando Ruíz Ruíz	Fecha	2018	06	26

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



9. ANEXOS QUE FORMAN PARTE DEL PRESENTE INFORME		
Anexo 1	Plan de auditoría ES-P-SG-02-F-002	1
Anexo 2	Información específica de esquemas de certificación de Sistema de Gestión	N.A.
Anexo 3	Correcciones, análisis de causa y acciones correctivas Aceptación de la organización firmada.	7

ANEXO 1

Plan de Auditoria

EMPRESA:	UNIVERSIDAD DEL TOLIMA		
Dirección del sitio:	Altos de Santa Helena, Ibagué – Tolima, Colombia		
Representante de la organización:	Julio Cesar Rodríguez Acosta		
Cargo:	Jefe de Oficina de desarrollo Institucional	Correo electrónico	sgc@ut.edu.co
Alcance 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.			
CRITERIOS DE AUDITORÍA NTC ISO 9001:2015 + NTC GP 1000:2009 + la documentación del Sistema de Gestión			
Tipo de auditoría: <input type="checkbox"/> INICIAL U OTORGAMIENTO <input checked="" type="checkbox"/> SEGUIMIENTO <input type="checkbox"/> RENOVACION <input type="checkbox"/> AMPLIACIÓN <input type="checkbox"/> REDUCCIÓN <input type="checkbox"/> REACTIVACIÓN <input type="checkbox"/> EXTRAORDINARIA <input checked="" type="checkbox"/> ACTUALIZACIÓN <input type="checkbox"/> RESTAURACION			
Aplica toma de muestra por multisitio		<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	
Existen actividades/procesos que requieran ser auditadas en turno nocturno:		<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	
<p>Con un cordial saludo, enviamos el plan de la auditoría que se realizará al Sistema de Gestión de su Organización. Por favor indicar en la columna correspondiente, el nombre y cargo de las personas que atenderán cada entrevista y devolverlo al correo electrónico del auditor líder. Así mismo, para la reunión de apertura de la auditoría le agradezco invitar a las personas del grupo de la alta dirección y de las áreas/procesos/actividades que serán auditadas.</p> <p>Para la reunión de apertura le solicitamos disponer de un proyector para computador y sonido para video, si es necesario, (sólo para auditorías de certificación inicial y actualización).</p> <p>En cuanto a las condiciones de Seguridad y salud ocupacional aplicables a su Organización, por favor informarlas previamente al inicio de la auditoría y disponer el suministro de los equipos de protección personal necesarios para el equipo auditor.</p>			

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



EMPRESA:	UNIVERSIDAD DEL TOLIMA		
<p>La información que se conozca por la ejecución de esta auditoría será tratada confidencialmente, por parte del equipo auditor de ICONTEC.</p> <p>El idioma de la auditoría y su informe será el español.</p> <p>Los objetivos de la auditoría son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la conformidad del sistema de gestión con los requisitos de la norma de sistema de gestión. • Determinar la capacidad del sistema de gestión para asegurar que la organización cumple los requisitos legales, reglamentarios y contractuales aplicables al alcance del sistema de gestión y a la norma de requisitos de gestión. • Determinar la eficacia del sistema de gestión para asegurar que la organización puede tener expectativas razonables con relación al cumplimiento de los objetivos especificados. • Identificar áreas de mejora potencial del Sistema de gestión. <p>Las condiciones de este servicio se encuentran indicadas en el Reglamento de certificación de sistemas de gestión R-SG-001.</p>			
Auditor Líder:	José Fernando Ruiz (JFR)	Correo electrónico	jruiz@icontec.net 310 2324128
Auditor:	Mónica Isaza Jaramillo (MIJ)	Correo electrónico	misaza@icontec.net

Fecha/ Sitio (si hay más de uno)	Hora de inicio de la actividad auditoría	Hora de finalización actividad auditoría	PROCESO / REQUISITOS POR AUDITAR	EQUIPO AUDITOR	CARGO Y NOMBRE (Todas las personas que serán entrevistadas en la auditoría)
2018-05-28	08:00	08:30	Reunión de Apertura	JFR MIJ	Todos los auditados
2018-05-28	08:30	10:30	Gestión de la Planeación Institucional ISO 9001:2015 4.1 – 4.2 – 4.3 – 4.4 – 5.2 – 6.1 – 6.2 – 6.3 – 9.2 – 10 NTC GP 1000:2009 4.1 - 5.1 - 5.2 - 5.3 - 5.4 - 5.5 - 5.6	JFR	Julio Cesar Rodríguez Acosta Nubia Bermúdez Varón, Ramiro Quintero Garcia, Sandra Milena Gracia, Jairo Marceliano López, Yanet Gil y Jorge Iván Solanilla. Oficina de Desarrollo Institucional.
2018-05-28	08:30	10:30	Gestión de Admisiones, registro y control académico ISO 9001:2015 8.1 – 8.2 – 8.5 – 8.6 – 8.7 NTC GP 1000:2009 7.1 - 7.2 - 7.5 - 8.3	MIJ	Yolanda Acosta Angarita Jefe Oficina de Admisiones, Registro y Control Académico
2018-05-28	10:30	12:30	Gestión del Mejoramiento Continuo ISO 9001:2015 4.2 – 4.3 – 4.4 - 5.2 – 6.1 – 6.3 – 7.1 – 9.1 – 9.2 – 10 NTC GP 1000:2009 4.1 - 4.2 - 5.3 - 7.2.3 - 8.1 - 8.2.1 - 8.2.2 - 8.5	JFR	Ethel Margarita Carvajal, Julio César Rodríguez Acosta y los funcionarios Nubia Bermúdez Varón, Ivonne Palma Fernández, Beatriz Eugenia González y Jorge Iván Solanilla.
2018-05-28	10:30	12:30	Laboratorios de Investigación Facultad de Ciencias	MIJ	Dr. Gustavo Adolfo Vallejo Dr. Gladys Reinoso

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



Fecha/ Sitio (si hay más de uno)	Hora de inicio de la actividad auditoría	Hora de finalización actividad auditoría	PROCESO / REQUISITOS POR AUDITAR	EQUIPO AUDITOR	CARGO Y NOMBRE (Todas las personas que serán entrevistadas en la auditoría)
			Parasitología Tropical Bioterio de Experimentación Animal ISO 9001:2015 8.1 – 8.2 – 8.5 – 8.6 – 8.7 NTC GP 1000:2009 7.1 – 7.2 – 7.3 – 7.5 – 8.3		
2018-05-28	12:30	14:00	Receso (Almuerzo)	JFR MIJ	
2018-05-28	14:00	16:00	Laboratorio LASEREX ISO 9001:2015 8.1 – 8.2 – 8.5 – 8.6 – 8.7 NTC GP 1000:2009 7.1 – 7.2 – 7.5 – 8.3	MIJ	Luis Oveimar Barbosa, Giann Carlos Peñaloza, Edgar Villanueva.
2018-05-28	16:00	17:30	Gestión Documental ISO 9001:2015 7.5 NTC GP 1000:2009 4.2	MIJ	Luz Nidia Bermúdez Varón y María Cristina Muñoz, Jorge Iván Solanilla Rodríguez.
2018-05-28	14:00	17:30	Proyección Social Consultorio Jurídico Centro de Idiomas Clínica de Pequeños Animales ISO 9001:2015 8.1 – 8.2 – 8.5 – 8.6 – 8.7 NTC GP 1000:2009 7.1 – 7.2 – 7.5 – 8.3	JFR	Henry Rengifo Sánchez Jhon Jairo Peña Erika Sheyla González Ñungo. Gloria Milena Castellanos Diego Fernando Echeverry Bonilla
2018-05-29	08:00	10:30	Formación Docencia Facultad de Ingeniería Agronómica Pre grado Laboratorio de Entomopatología ISO 9001:2015 8.1 – 8.2 – 8.3 - 8.5 – 8.6 – 8.7 NTC GP 1000:2009 7.1 – 7.2 – 7.3 – 7.5 – 8.3	JFR	Carlos Omar Patiño Torres decano, María Bianney Bermúdez Cardona , Félix Moreno, Melanie Ramírez, Yenny Urrego, Leopoldo Hernández
2018-05-29	10:30	12:30	Gestión de Bienes y servicios ISO 9001:2015 8.4 NTC GP 1000:2009 7.4	JFR	Helmer Alfonso Huertas Aramendiz y Alexandra Bustamante.
2018-05-29	08:00	10:30	Formación Docencia	MIJ	Yazmith de los Ríos Bermúdez

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



Fecha/ Sitio (si hay más de uno)	Hora de inicio de la actividad auditoría	Hora de finalización actividad auditoría	PROCESO / REQUISITOS POR AUDITAR	EQUIPO AUDITOR	CARGO Y NOMBRE (Todas las personas que serán entrevistadas en la auditoría)
			Facultad de Ciencias de la Salud Programa Medicina Pre grado Investigación ISO 9001:2015 8.1 – 8.2 – 8.3 - 8.5 – 8.6 – 8.7 NTC GP 1000:2009 7.1 – 7.2 – 7.3 – 7.5 – 8.3		
2018-05-29	10:30	12:30	Formación Docencia Facultad de Ciencias de la Educación Programa Maestría en Educación Post grado Educación Continuada ISO 9001:2015 8.1 – 8.2 – 8.3 - 8.5 – 8.6 – 8.7 NTC GP 1000:2009 7.1 – 7.2 – 7.3 – 7.5 – 8.3	MIJ	Luis Alberto Malagón Plata
2018-05-29	12:30	14:00	Receso (Almuerzo)	JFR MIJ	
2018-05-29	14:00	16:00	Formación Instituto de Educación a Distancia ISO 9001:2015 8.1 – 8.2 – 8.3 - 8.5 – 8.6 – 8.7 NTC GP 1000:2009 7.1 – 7.2 – 7.3 – 7.5 – 8.3	JFR	Carlos Arturo Gamboa Bobadilla Director Instituto de Educación a Distancia
2018-05-29	16:00	18:00	Gestión de Desarrollo Humano (Bienestar Universitario) ISO 9001:2015 8.1 – 8.2 – 8.5 – 8.6 – 8.7 NTC GP 1000:2009 7.1 – 7.2 – 7.5 – 8.3	JFR	Enrique Alirio Ortiz Güiza Francisco Javier Álzate Santos, Jaime Cuartas Chacón, Ana Delia Sáenz, Olga Patricia Pulido, Oscar Fernando Troncoso, Bellanira Colo, Diana Moreno, Pilar Roa, Efrain Osorio, Aida Lucia Romero, Victoria Rojas, Fabio Arvey Sanchez Luz Dary Sanchez.
2018-05-29	14:00	16:00	Formación Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas	MIJ	Carlos Hernán Cubillos Calderón, Juan Pablo Saldarriaga, María Ligia Rubio Olarte, Daniel Alberto Gómez

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



Fecha/ Sitio (si hay más de uno)	Hora de inicio de la actividad auditoría	Hora de finalización actividad auditoría	PROCESO / REQUISITOS POR AUDITAR	EQUIPO AUDITOR	CARGO Y NOMBRE (Todas las personas que serán entrevistadas en la auditoría)
			Especialización en Dirección de Organizaciones Post grado Educación Continuada ISO 9001:2015 8.1 – 8.2 – 8.3 - 8.5 – 8.6 – 8.7 NTC GP 1000:2009 7.1 – 7.2 – 7.3 – 7.5 – 8.3		Ortiz y Mario Ricardo López Ramírez
2018-05-29	16:00	17:30	Balance Auditor	MIJ	
2018-05-30	08:00	11:00	Gestión del Talento Humano ISO 9001:2015 5.3 – 7.1.2 – 7.1.4 – 7.1.6 - 7.2 – 7.3 – 7.4 NTC GP 1000:2009 6.2.1 – 6.2.2	JFR	Gloria Yolanda Ospina Pacheco Jefe División de Relaciones Laborales y Prestacionales
2018-05-30	11:00	12:30	Gestión de la Comunicación ISO 9001:2015 7.4 – 8.2.1 NTC GP 1000:2009 5.5.3 – 7.2.3	JFR	Diana Alexandra Torres Macana
2018-05-30	12:30	14:00	Receso (Almuerzo)	JFR	
2018-05-30	14:00	15:30	Gestión Logística ISO 9001:2015 7.1 NTC GP 1000:2009 6.3	JFR	Fabián Mauricio Lautero Bernal Jefe División de Servicios Administrativos. Claudia patricia Clavijo, Mauricio Rodríguez
2018-05-30	15:30	16:30	Balance Auditor	JFR	
2018-05-30	16:30	17:30	Reunión de Cierre	JFR	
Observaciones:					
Observaciones: La metodología de la auditoría será mediante el uso del ciclo PHVA. En la reunión de apertura se precisarán los horarios detalladamente. La duración de las entrevistas puede variar dependiendo del tema y hallazgos de la auditoría. Se verificará el cumplimiento del Reglamento de la Certificación ICONTEC de Sistemas de Gestión y en los Manuales de Imagen y Aplicación de los Certificados. Se verificará la integridad del original del Certificado ICONTEC de Sistema de Gestión entregado a la empresa. Se hará el seguimiento a las acciones correctivas planteadas para las no conformidades pendientes y a los aspectos por mejorar establecidos en la auditoría anterior, por lo que se requieren las evidencias documentadas de las acciones realizadas para efectuar el cierre respectivo. Se solicitará un listado de los documentos y registros del sistema de gestión para la auditoría. Se verificarán los registros de las quejas y reclamaciones recibidas de los clientes.					
Los requisitos de la norma ISO 9001:2015 [4.2][5.2][6.1][6.3][7.1][7.3][7.4][7.5][9.1][10] se verificarán durante la auditoría en todos los procesos.					
Los requerimientos de GP 1000:2009 relacionados con 4.1 - 4.2 - 5.3 - 6.1 - 6.3 - 6.4 - 8.1 - 8.2.3 - 8.4 - 8.5 serán revisados durante el transcurso de la auditoría en todos los procesos					

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.

Fecha de emisión del plan de auditoría:	2018-05-07
---	------------

ANEXO 2

Información Específica de Esquemas de Certificación Sistemas de Gestión

No Aplica

ANEXO 3

CORRECCIONES, ANALISIS DE CAUSAS Y ACCIONES CORRECTIVAS

- ✓ Se recibió la propuesta de correcciones, análisis de causas y acciones correctivas para la solución de No conformidades el 2018-06-22 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 2018-06-24

INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMAS DE GESTIÓN



SOLICITUD DE ACCIÓN CORRECTIVA		No. 1 de 7		
<input type="checkbox"/> No - Conformidad Mayor <input checked="" type="checkbox"/> No - Conformidad Menor	Norma(s): NTC ISO 9001:2015	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Requisito(s):</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">6.1</td> </tr> </table>	Requisito(s):	6.1
Requisito(s):				
6.1				
Descripción de la no conformidad:				
<p>No se evidencia que la Institución haya planificado la manera de evaluar la eficacia de las acciones para abordar los riesgos</p>				
Evidencia:				
<p>La Institución no evidencia que haya evaluado la eficacia de las acciones para abordar los riesgos definidos en el primer semestre de 2017 en los procesos de Formación.</p>				
Corrección	Evidencia de Implementación	Fecha		
Realizar seguimiento a los mapas de riesgo por proceso, determinando la eficacia de las acciones propuestas para su tratamiento.	Actas de reunión en la que se evidencia la revisión	Trimestral		
Descripción de la (s) causas (s)				
<p>No se tiene definida una política de riesgos que permita tratar y manejar los riesgos y definir el control y seguimiento.</p> <p>Porque el procedimiento documentado omite aspectos fundamentales para la gestión de los riesgos tales como: roles y responsables; tiempos de evaluación de los controles y acciones definidas para la mitigación de los riesgos; trazabilidad de los cambios; evaluación de la eficacia de las acciones.</p> <p>Porque no se ha apropiado la gestión de los riesgos por parte de los líderes de proceso y sus equipos de trabajo.</p>				
Acción correctiva	Evidencia de Implementación	Fecha		
Formular la política de administración de riesgos institucional y presentarla para aprobación	Política presentada al Comité Institucional de Control Interno para aprobación.	29-06-2018		
Revisar y aprobar la Política de Administración del Riesgo	Acta del Comité Institucional de Control Interno. Acto Administrativo	30-07-2018		
Publicar y difundir de la política de administración del riesgo a la comunidad universitaria.	Boletín UT al día	17-08-2018		
Actualizar el procedimiento para la gestión del riesgo	Procedimiento actualizado	30-07-2018		
Adelantar actividades de capacitación, de los temas asociados a la gestión del riesgo.	Actas de reunión	30-11-2018		

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



SOLICITUD DE ACCIÓN CORRECTIVA		No. 2 de 7
<input type="checkbox"/> No - Conformidad Mayor <input checked="" type="checkbox"/> No - Conformidad Menor	Norma(s): NTC ISO 9001:2015	Requisito(s): 5.3
Descripción de la no conformidad: La Organización no asegura que las autoridades para los roles pertinentes se asignan, comunican y entienden en la Organización.		
Evidencia: Para los cargos de docentes, no se evidencia que se haya definido la autoridad, en concordancia con las funciones y responsabilidades descritas en el manual de funciones.		
Corrección	Evidencia de Implementación	Fecha
En el Marco del Proyecto de Rediseño Organizacional, conforme a la Estructura Organizacional que se adopte, se definirán y establecerán los cargos de dirección académica, a los cuales deben aplicarse cada uno de los criterios formulados por el ICONTEC en la No Conformidad Menor. De igual forma hacer extensiva dicha aplicación a los demás cargos que lo requieran conforme a la Nueva Planta de Cargos de la Institución. Presentar el Proyecto y Productos del Rediseño Organizacional	Acuerdo de Adopción de la Estructura Organizacional de la Universidad del Tolima, autorizada por el Consejo Superior. Acuerdo de Adopción de la Nueva Planta de Cargos de la Universidad del Tolima, autorizada por el Consejo Superior.	2º- Semestre del 2018 (Conforme la Agenda que establece el Consejo Superior)
Ajustar el nuevo Manual de Funciones y Competencias que se encuentra en elaboración, en el Marco del Proyecto de Rediseño Organizacional, que actualmente adelanta la Universidad del Tolima. Una vez se autorice por el máximo Órgano de Dirección: Consejo Superior y su posterior implementación. Presentar el Proyecto y Productos del Rediseño Organizacional.	Resolución de Rectoría de la Adopción del Manual de Funciones y Competencias. Manual de Funciones y Competencias	2º- Semestre del 2018 (Conforme la Agenda que establece el Consejo Superior)
Descripción de la (s) causas (s) Los cargos de Dirección Académica del actual Manual de Funciones, no tienen plena la identificación de los mismos, por cuanto en el esquema que se maneja, en muchos de los casos los desempeñaban funcionarios administrativos y se tenía plena identificación de ellos a través de la denominación de los cargos. La actual administración previo análisis y consideraciones presentadas y aprobadas por el Consejo Superior, estableció que estos cargos de Dirección Académica: Secretario Académico – Jefes de Departamento y Directores de Programa de las modalidades presencial y a Distancia deben ser desempeñados por Docentes en comisión.		
Acción correctiva	Evidencia de Implementación	Fecha
Identificación de la Nueva Estructura Organizacional que se apruebe, Nuevo Mapa de Procesos y Procedimientos, donde se identifican los perfiles de los cargos y la funciones que conforman el Nuevo Manual de Funciones y Competencias. Presentar el Proyecto y Productos del Rediseño Organizacional	Estructura Organizacional debidamente aprobada por el Consejo Superior	2º- Semestre del 2018 (Conforme la Agenda que establece el Consejo Superior)
Elaboración del Nuevo Manual de Funciones y Competencias, estableciendo los cargos de Dirección Académica y aplicando los criterios recomendados por el ICONTEC y el Decreto 1083 de 2015, teniendo en cuenta además nuestra institucionalidad en relación con la prestación de los procesos misionales de la Universidad y la prestación de los servicios de Educación Superior, establecidos por Constitución y por la Ley 30 de 1992. Presentar el Proyecto y Productos del Rediseño Organizacional	Manual de Funciones y Competencias debidamente adoptado por Resolución de Rectoría.	2º- Semestre del 2018 (Conforme la Agenda que establece el Consejo Superior)

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



SOLICITUD DE ACCIÓN CORRECTIVA		No. 3 de 7		
<input type="checkbox"/> No - Conformidad Mayor <input checked="" type="checkbox"/> No - Conformidad Menor	Norma(s): NTC ISO 9001:2015	<table border="1"> <tr> <td>Requisito(s):</td> </tr> <tr> <td>7.1.6</td> </tr> </table>	Requisito(s):	7.1.6
Requisito(s):				
7.1.6				
Descripción de la no conformidad: La Organización no aplica los mecanismos para mantener los conocimientos necesarios para la operación de sus procesos.				
Evidencia: En los procesos administrativos de apoyo, no se evidencia que se implementen mecanismos para asegurar que el conocimiento adquirido por fuentes externas, lecciones aprendidas de los fracasos, proyectos exitosos, se ponen a disposición en la medida necesaria y requerida para asegurar la conformidad del servicio.				
Corrección	Evidencia de Implementación	Fecha		
Establecer un Plan de Trabajo para abordar la gestión del conocimiento en la institución.	Plan de Trabajo	Julio 30 de 2018		
Descripción de la (s) causas (s) No se ha realizado una identificación general de la gestión del conocimiento en la Institución y de su articulación en los procesos. No se tienen identificados los mecanismos e instrumentos para obtener, organizar, sistematizar, guardar y compartir datos e información de la entidad				
Acción correctiva	Evidencia de Implementación	Fecha		
Identificar el conocimiento crítico de la Institución (conocimiento más importante para el logro de los objetivos de la institución).	Actas de Reunión	30-08-2018		
Identificar los medios, mecanismos, instrumentos, procedimientos y procesos para obtener, clasificar y organizar, sistematizar, guardar y compartir el conocimiento de la institución.	Actas de Reunión	30-09-2018		
Elaborar un inventario de los conocimientos tangibles (documentos, registros digitales, datos, páginas de internet, etc.)	Actas de Reunión	30-10-2018		
Determinar un programa de gestión del conocimiento con objetivos a corto, mediano y largo plazo para atender las necesidades de conocimiento.	Programa Documentado	30-11-2018		

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



SOLICITUD DE ACCIÓN CORRECTIVA		No. 4 de 7
<input type="checkbox"/> No - Conformidad Mayor <input checked="" type="checkbox"/> No - Conformidad Menor	Norma(s): NTC ISO 9001:2015	Requisito(s): 7.1.4
Descripción de la no conformidad: La Organización no mantiene el ambiente necesario para la operación de sus procesos		
Evidencia: No se evidencia en la Institución que se hayan realizado acciones eficaces para gestionar los factores psicológicos asociados a la gestión de los procesos.		
Corrección	Evidencia de Implementación	Fecha
Elaborar el diagnóstico de los aspectos psicosociales intra y extra laborales del personal de la Universidad del Tolima.	1. Acta de seguimiento 2. Registros de aplicación 3. Resultados 4. Aplicación de recomendaciones	30 de octubre
Descripción de la (s) causas (s) -No se han asignado los recursos necesarios para la implementación y cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST. -Desconocimiento de la normatividad legal vigente.		
Acción correctiva	Evidencia de Implementación	Fecha
1. Elaboración de la información documentada del SG- SST	Listado maestro de documentos	30 julio de 2018
2. Ejecución y plan de mejoramiento del SG-SST (Fase Resolución 1111/15)	Plan anual de SST año 2018	Diciembre 2018
3. Seguimiento y plan de mejora al SG-SST	1. Autoevaluación inicial conforme a los estándares mínimos 2. Establecer Plan de mejora conforme a la autoevaluación inicial 3. Formula el plan anual del SG-SST año 2019	Enero a marzo de 2019

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



SOLICITUD DE ACCIÓN CORRECTIVA		No. 5 de 7
<input type="checkbox"/> No - Conformidad Mayor <input checked="" type="checkbox"/> No - Conformidad Menor	Norma(s): NTC ISO 9001:2015	Requisito(s): 8.5.1
Descripción de la no conformidad: La Institución no asegura que la prestación del servicio se lleve a cabo bajo condiciones controladas.		
Evidencia: No se evidencia la aplicación de métodos apropiados para identificar el estado de los reactivos existentes y las fechas de vencimiento de los mismos, en el almacén del laboratorio LASEREX.		
Corrección	Evidencia de Implementación	Fecha
Se realizará la modificación del procedimiento PS-I04, incluyendo la descripción del manejo y control de reactivos	Procedimiento	14/06/2018
Descripción de la (s) causas (s) No existe un procedimiento donde estén descritas las actividades en cuanto al manejo y control de fechas de vencimiento y cantidades disponibles de reactivos utilizados en las determinaciones realizadas en LASEREX		
Acción correctiva	Evidencia de Implementación	Fecha
Determinación de los parámetros a modificar en la lista de reactivos existentes y establecer	Acta de reunión	14/06/2018
Reorganización de la lista de reactivos teniendo en cuenta el sistema globalmente armonizado y añadiendo al listado las columnas (fecha de vencimiento, cantidad existente, cantidad utilizada y cantidad que ingresa)	Documento construido en Excel con los parámetros anteriormente mencionados	14/12/2018

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



SOLICITUD DE ACCIÓN CORRECTIVA		No. 6 de 7
<input type="checkbox"/> No - Conformidad Mayor <input checked="" type="checkbox"/> No - Conformidad Menor	Norma(s): NTC ISO 9001:2015	Requisito(s): 8.4.1
Descripción de la no conformidad: No se evidencia que la Organización aplique criterios para evaluar el desempeño de los proveedores		
Evidencia: Para el proveedor Fundación Adrenalina, no se evidencia en los registros Informes del Supervisor de Contrato u otros del Sistema de Gestión de calidad, que se haya realizado el seguimiento al desempeño del proveedor de la construcción del muro de escalar y montañismo, para determinar si se cumplieron las especificaciones técnicas, entre otras la viga de confinamiento de 3000 PSI, que son requisitos contractuales.		
Corrección	Evidencia de Implementación	Fecha
Para que evidencie la información del seguimiento del contrato en el respectivo expediente contractual, es necesario que en el momento de la recepción de las cuentas que se allegan a la oficina de contratación, el supervisor del contrato aporte las evidencias del cumplimiento y que corresponden a la labor de seguimiento del desempeño del proveedor. En razón de esto se emite circular con la exigencia respectiva.	Circular Publicada (Circular No. 06 de 2018)	6 de Junio de 2018
Descripción de la (s) causas (s) No se encuentra en el expediente contractual, las exigencias que realiza el supervisor del contrato en cuanto al seguimiento del desempeño del proveedor, conforme a los requerimientos técnicos del contrato, pese a que cada supervisor los solicite, no son aportados al expediente, y por tanto no deja evidencia documentada, por lo que se requiere dar orientaciones claras a los supervisores de los contratos, para que quede documentado todas las actuaciones que ejercen en virtud de la supervisión.		
Acción correctiva	Evidencia de Implementación	Fecha
Establecer una Guía o Manual para supervisores e interventores del contrato, para que desarrollen toda la actividad de seguimiento al desempeño de los proveedores, y documenten dicha información, con el fin de que repose en el expediente contractual.	Manual para supervisores e interventores, publicado, documentado e implementado	30 de noviembre de 2018.
Revisar y actualizar el procedimiento elaboración de contratos BS- P03 y el procedimiento de adquisición de bienes por órdenes de compra BS-P01, con el fin de determinar la necesidad de suprimir, incluir o modificar los registros, procedimientos o manuales que se requieran para garantizar que se documente la evaluación del desempeño de los proveedores.	Procedimiento actualizado	30 de diciembre de 2018.

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



SOLICITUD DE ACCIÓN CORRECTIVA		No. 7 de 7
<input type="checkbox"/> No - Conformidad Mayor <input checked="" type="checkbox"/> No - Conformidad Menor	Norma(s): NTC ISO 9001:2015	Requisito(s): 7.1.3
Descripción de la no conformidad: La Institución no determina la infraestructura necesaria para la operación de sus procesos.		
Evidencia: No se evidencia en el Sistema de Gestión de Calidad de la Institución, la implementación de los controles y seguimiento necesarios para asegurar que la infraestructura de hardware y software, se mantiene y opera conforme a los requisitos técnicos aplicables.		
Corrección	Evidencia de Implementación	Fecha
Aprobación de los procedimientos de Gestión de TI, para poder evidenciar los seguimientos, evaluación y correctivos de los mismos.	Información documentada, aprobada y publicada GTI-P01 ADMINISTRACIÓN DE SOFTWARE GTI-P02 ASIGNACIÓN Y SOPORTE DE EXTENSIONES IP GTI-P03 GESTIÓN DE BASE DE DATOS GTI-P04 GESTIÓN DE ACCESO A PLATAFORMA GTI-P05 GESTIÓN DE APLICATIVOS GTI-P06 MANTENIMIENTO DE EQUIPOS DE COMPUTO GTI-P07 USO DE SALAS DE SISTEMAS GTI-P08 CREACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PAGINAS WEB GTI-P09 ADMINISTRACIÓN DE REDES	30-07-2018
Descripción de la (s) causas (s) La Institución no cuenta dentro de su mapa de procesos para la gestión de la calidad, con un proceso que agrupe, documente y evalúe los procedimientos propios de la gestión de las Tecnologías de la Información con los que cuenta la universidad.		
Acción correctiva	Evidencia de Implementación	Fecha
Solicitar al Grupo Directivo del Sistema Integrado de Gestión la inclusión del proceso de Gestión de TI dentro del mapa de procesos institucional.	Oficio formal de solicitud de actualización e inclusión del proceso y procedimientos de TI.	30-06-2018
Aprobación por parte del Grupo Directivo del Sistema Integrado de Gestión, de los procedimientos que componen el proceso de Gestión de TI.	Envío vía correo electrónico de los documentos revisados correspondientes a los procedimientos de Gestión de TI.	30-07-2018

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.