



SC-CER  
115543

Institución de Educación Superior sujeta a inspección y vigilancia por el Ministerio de Educación Nacional

# INFORME AUDITORÍAS INTERNAS 2021

Institución Universitaria Antonio José Camacho

Oficina Asesora de Planeación  
Área de Calidad Institucional

Marzo 31 de 2022

## Tabla de contenido

1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. PROGRAMA DE AUDITORÍAS INTERNAS.....	4
3. REQUISITOS NO APLICADOS EN LA UNIAJC (Norma ISO 9001:2015).....	5
4. CAPACITACIÓN, SELECCIÓN Y EVALUACIÓN DE AUDITORES INTERNOS.....	5
5. RESULTADOS DE AUDITORÍAS INTERNAS.....	7
5.1. Fortalezas y Debilidades.....	7
5.2. Recomendaciones de Mejora.....	11
5.3. Observaciones y No Conformidades.....	14
6. HALLAZGOS REITERATIVOS.....	17
7. RECOMENDACIONES GENERALES.....	18
8. CONCLUSIONES.....	18

## 1. INTRODUCCIÓN

En cumplimiento del numeral *9.2 Auditorías Internas*, de la norma ISO 9001:2015, durante el mes de marzo de 2022 se realizó el ciclo de Auditorías Internas para determinar si en la vigencia 2021, el SIGO fue conforme con los requisitos institucionales y de esta norma, y si se implementa y mantiene eficazmente.

Adicionalmente, y con el objetivo de aprovechar al máximo la oportunidad del "*Acompañamiento en la Integración SIAC y otros SG - Convenio MEN-U.Valle*", y el avance de la Profesional de Calidad Institucional con una matriz en que se interrelacionan las 4 normas ISO 9001:2015 (SG Calidad), ISO 14001:2015 (SG Ambiental), ISO 45001:2018 (SG SST) e ISO 27001:2013 (SG Seg. de la Inform.), estas Auditorías Internas sirvieron para hacer un diagnóstico inicial del cumplimiento en otros Sistemas de Gestión con base en esas normas.

En este documento se describen el "Programa Auditorías Internas 2021", el requisito de la norma ISO 9001:2015 que no aplica en la UNIAJC, el proceso de selección de auditores, los hallazgos de las auditorías, así como las conclusiones sobre la conformidad, implementación y mantenimiento del SIGO.

Por lo descrito en los párrafos anteriores, es importante la socialización de este informe para que todos los procesos conozcan no solo sus resultados sino los resultados de los otros procesos y así puedan apoyarse mutuamente en lo que sea pertinente.

## 2. PROGRAMA DE AUDITORÍAS INTERNAS

El "Programa Auditorías Internas 2020" que se presenta a continuación; contiene además de los Objetivos, Alcance y Criterios de la auditoría, los recursos necesarios para las mismas, así como los riesgos y su tratamiento y el cronograma general que podría moverse en algunas fechas si fuera necesario, pero eso debía evitarse al máximo para evitar contratiempos. El documento fue aprobado por el Rector y socializado por la Profesional de Calidad Institucional en reunión de Desarrollo Organizacional realizada el lunes 28 de febrero.

El método de auditoría aplicado fue mixto porque se realizaron algunas entrevistas presenciales y otras "A distancia" pero la interacción humana fue alta, porque la revisión documental y análisis de datos previos por parte de los auditores internos, fueron validadas mediante entrevistas con los Líderes y Gestores de los procesos.

El 2 de marzo se emitió una segunda versión del Programa de auditorías para corregir el Líder de un proceso y eliminar unos auditores internos que no pudieron participar en este ciclo, por atender algunas situaciones específicas en sus áreas de trabajo. Se anexa a este informe el "Programa Auditorías Internas 2021\_V2".

### 3. REQUISITOS NO APLICADOS EN LA UNIAJC (Norma ISO 9001:2015)

La UNIAJC no aplica los requisitos referidos en el Numeral 7.1.5.2 *Trazabilidad de las Mediciones*, puesto que los equipos de seguimiento y medición con los que cuenta UNIAJC para la prestación de sus servicios académicos, son de carácter netamente pedagógico, por tanto, no afectan la conformidad del servicio con los requisitos; sin embargo, se les hace mantenimiento preventivo y correctivo.

### 4. CAPACITACIÓN, SELECCIÓN Y EVALUACIÓN DE AUDITORES INTERNOS

Entre el 12 de octubre y el 2 de diciembre de 2021, 18 funcionarios de la UNIAJC recibieron la "Formación de auditores internos en sistemas de gestión integrados HSEQ y sector público" con ICONTEC, y recibieron certificados de "**Asistencia y aprobación**" del programa con una intensidad de 64 horas y el siguiente contenido<sup>1</sup>:

- Competencias Básicas para la Gestión de la Calidad (8 horas)
- Competencias Básicas para la Gestión Ambiental (8 horas)
- Elementos Estructurales NTC ISO 45001:2018 (8 horas)
- Fundamentación en el MIPG (16 horas)
- Auditorías combinadas al SGI (24 horas)

Del grupo de funcionarios certificados<sup>2</sup>, se seleccionaron los auditores para este ciclo, excluyendo a 2 que por motivos laborales no pudieron participar<sup>3</sup> y se

<sup>1</sup> Adicionalmente, otros 2 funcionarios recibieron certificados de "**Asistencia**" a los 4 primeros cursos de la formación. El Área de Calidad Institucional reportó los certificados a Administración de Personal, para anexarlos a las respectivas Hojas de Vida de los funcionarios.

<sup>2</sup> La auditora Sandra Calderón suministró certificado de asistencia al Diplomado "SISTEMAS DE GESTION INTEGRADOS NTC ISO 9001:2015, NTC ISO 14001: 2015 Y NTC ISO 45001:2018", por lo cual se incluyó en el Programa de auditoría 2021 como Auditora Líder del proceso 7. Gestión de Infraestructura.

<sup>3</sup> Otros 2 auditores certificados que si se incluyeron en el Programa de auditoría 2021\_V2, no pudieron participar efectivamente en el ciclo; Yasmín David (#4-5), por atender asuntos laborales, y Cristhiam Montilla (#6-8) por inconvenientes de salud.

asignaron para auditar los procesos por numerales de la norma para cubrir las 4 normas, pero asegurando el principio de "*independencia*" (ISO 19011:2018) de los procesos auditados y así evitar conflictos de intereses.

Posterior al cierre de las Auditorías internas, los auditores fueron evaluados por los Líderes y Gestores de proceso obteniendo un promedio de **4,92** en los siguientes criterios:

1. Fue Puntual y Cumplido
2. Fue Amable
3. Fue Respetuoso
4. Inspiró Confianza
5. Manejó la Confidencialidad y Discreción
6. Aplicó diligencia y buen juicio al auditar
7. Mostró Seguridad en sus conocimientos de auditoría y del proceso auditado
8. Informó verazmente hallazgos y conclusiones
9. Informó verazmente obstáculos y opiniones divergentes (si los hubo).

Las puntuaciones obtenidas se evidencian en los Informes de Auditorías de cada proceso y considerando que los resultados son muy positivos, no se diseñan acciones, sino que solamente se resumen en la siguiente tabla:

Auditor	Prom. Calif.
Jaqueline Díaz (AL.P1)	5,00
Carlos D. Restrepo (AL.P2)	5,00
Luz E. Ortiz (AL.P3)	5,00
Esperanza Zapata (AL.P4)	5,00
Luz Stella Castaño (AL.P5)	5,00
Sandra M. Calderón (AL.P7)	5,00
Patricia Parra (A.4-5 en 4P)	5,00
Lady Muñoz (A.9-10 en 3P)	4,96
Yorny Lenis (AL.P8)	4,94
Fernando Gómez (A.9-10 en 4P)	4,92
Luz Nayiby Quiñonez (AL.P6)	4,83
Luis A. Vanegas (A.4-5 en 4P)	4,83
Vanessa Orozco (A.9-10 en 3P)	4,81
Helman Meneses (A.6-8 en 1P)	4,56
<b>Promedio Calificación Auditores</b>	<b>4,92</b>

**Fuente:** Construcción propia Área de Calidad Institucional, con base en Informes de Auditorías a los procesos.

Con el objetivo de mejorar las competencias del equipo auditor, sería conveniente que pudieran acceder a más información y conocimiento sobre los asuntos y actividades principales del SIGO y los Procesos, por lo tanto, se solicitará en Revisión por Dirección que se les autorice disponer de tiempo dentro de sus funciones laborales, para asistir a capacitaciones mensuales en estos temas, incluyendo las Charlas Virtuales que ofrecen ICONTEC e Isolución.

## 5. RESULTADOS DE AUDITORÍAS INTERNAS

Se detectaron **2** No Conformidades y **12** Observaciones. Los Líderes y Gestores de proceso (Auditados), deberán definir las acciones en los respectivos Planes de mejoramiento: Correcciones y Acciones Correctivas, para las No Conformidades y Observaciones detectadas, y Acciones Preventivas y de Mejora, para las Recomendaciones recibidas; estas últimas, sólo si lo consideran necesario o conveniente en los mismos Planes de Mejoramiento o incluso en las Actas de Seguimiento a Riesgos de cada Proceso. Los Auditores Líderes (quienes auditaron los numerales 6 a 8 en cada proceso, según el "Programa de Auditorías Internas 2021\_V2"), deben "avaluar" las acciones diseñadas, procurando que se evite a futuro, un hallazgo similar, y posteriormente también es su responsabilidad hacer seguimiento al avance y cumplimiento de las acciones.

El detalle de los Hallazgos que se presenta en las siguientes tablas (incluyendo las Fortalezas y Debilidades detectadas), se puede evidenciar en los Informes de Auditoría y Listas de Verificación por Proceso ubicados en One Drive Institucional: [Audit. Internas 2021](#).

### 5.1. Fortalezas y Debilidades

Proceso	Fortalezas	Debilidades
1. Dir. Estrat.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ El proceso formula, ejecuta y evalúa las acciones que permiten a la UNIAJC trabajar en pro de sus objetivos propuestos en el PED 2020-2030.</li> <li>✓ La estrategia de la Reunión de Desarrollo Organizacional (D.O) facilita la mejora continua y la adaptación rápida a los cambios en el entorno.</li> <li>✓ Se evidencia compromiso y disposición de los auditados para atender el proceso auditor, así como dominio de la Información del SIGO y su aplicación a nivel Institucional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La Alta Dirección aún no ha realizado ejercicio de Revisión x Dirección para la vigencia 2021.</li> <li>✓ Seguimiento a los controles de los riesgos que se están materializando en el proceso.</li> <li>✓ El proceso evidenció que tiene identificada una amenaza relacionada con la</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ El dinamismo e inmediata adaptación al cambio por parte de las directivas de la universidad en el momento de asumir la virtualidad. (Identificada mediante la encuesta de DETECCIÓN DE FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES DE MEJORA EN EL PROCESO DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO)</li> </ul>	<p>alta dependencia a los apoyos económicos o estrategias del Estado, como principal fuente de financiación, y viene desarrollando acciones al respecto. Se recomienda que las acciones queden documentadas (con responsable y fechas de entrega), para facilitar el control de su ejecución y resultados.</p>
2. Docencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Se evidencia compromiso y disposición de los integrantes del proceso para atender auditoría interna, así como dominio de la Información del SIGO y su aplicación a nivel Institucional.</li> <li>✓ Con el proyecto de resignificación curricular se busca articular todas oficinas del proceso en los planes de acción permitiendo a la UNIAJC alcanzar los objetivos propuestos en el PED 2020-2030.</li> <li>✓ El dinamismo e inmediata adaptación al cambio por parte de los integrantes del proceso en el momento de asumir la virtualidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Se recomienda para evitar un servicio no conforme mejorar la documentación acorde al diseño, actualización y evaluación curricular en los diplomados que se ofrecen en la Fundación UNIAJC.</li> <li>✓ Se recomienda actualizar los procedimientos y relacionar en los documentos los formatos de "CONTROLES Y/O REGISTROS RELACIONADOS", con los cuales se hace seguimiento y evaluación de la prestación del servicio.</li> </ul>
3. Invest.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ (4.2) Amplia comprensión y claridad sobre las partes interesadas y sus requisitos pertinentes, lo cual les facilita implementar el enfoque al usuario para su satisfacción.</li> <li>✓ (5.2) Se apropia y divulga a través de diferentes medios la política y lineamientos para facilitar la acción de todas las partes interesadas.</li> <li>✓ (7.1.4) Se maneja entre el equipo de trabajo una comunicación efectiva que permite alcanzar objetivos en conjunto, y fortalecer el ambiente laboral.</li> <li>✓ (7.3) Compromiso con las actividades del SIGO, al realizar las entregas de acuerdo con la programación de la Oficina Asesora de Planeación.</li> </ul>	<p>No se detectan.</p>
4. Proy. Soc.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La disposición en la atención y la sinceridad en sus respuestas en las entrevistas de auditoría interna.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Falta de análisis en los indicadores de gestión calculados de Movilidad,</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Alta formación académica y experiencia que tienen los funcionarios en todos los niveles desde asistenciales hasta los de dirección, se evidencia empoderamiento en el proceso al cual pertenecen y el empoderamiento.</li> <li>✓ Se destaca la amplia comprensión que tiene el proceso del contexto (Numeral 4.1), que le ha permitido la estructuración de la "Matriz de Servicios del Proceso Misional de Proyección Social" la cual se ha construido con la participación del equipo de trabajo de la Oficina de Proyección Social y la correspondiente retroalimentación por parte de la Oficina de Mercadeo, Oficina de Comunicaciones, Facultad de Ingeniería, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Facultad de Educación a Distancia y Virtual y el Decanato Asociado de Investigaciones, y que se encuentra articulada con las diferentes líneas de acción que hacen parte del objetivo Estratégico "Incrementar el impacto de la proyección social aprovechando el reconocimiento de la Institución en el entorno"</li> </ul>	<p>convenios y proyectos ORI, que den información argumentativa del resultado.</p>
<p>5. G. Fra.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Se evidencia la implementación de acciones para reducir la probabilidad de ocurrencia del riesgo de pérdida de la información en la Oficina Jurídica, centralizando la información en una sola estación con usuario y contraseña de administración en la nube.</li> <li>✓ Se evidencia la implementación de mejoras valiosas en el proceso (especialmente en Tesorería y Jurídica), a fin de agilizar y simplificar todas las actividades que permitan una mejor comunicación y atención al cliente.</li> <li>✓ Se evidencia una revisión y actualización constante de los procedimientos de la Oficina Jurídica en Isolución, aportando a la mejora continua y la atención y oportunidad del servicio al cliente.</li> <li>✓ El proceso ha contemplado la creación de un comité para la revisión de los indicadores, con el fin de articularlos con los diferentes planes institucionales.</li> <li>✓ Se evidencia el conocimiento del SIGO y su articulación con los objetivos institucionales en la mayoría de las dependencias entrevistadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Poco acercamiento del proceso con los Sistemas de SST y Ambiental, especialmente en las compras, en procura de que los proveedores cumplan con requisitos en estos aspectos.</li> <li>✓ Los espacios físicos de trabajo, la obsolescencia de los equipos de cómputo y del mobiliario dificulta la gestión del proceso y sus resultados.</li> </ul>
<p>6. G. Bien. Hum.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ El proceso muestra alto compromiso por parte de sus gestores, capacidad de adaptación rápida a las condiciones cambiantes del entorno en 2021 aprovechando las ayudas tecnológicas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ El trabajo en equipo al interior del proceso requiere mayor integración, ya que se evidencia más</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ El proceso ha adelantado acciones efectivas que mantienen vigente la aplicación de condiciones exigidas de SST y GA por parte de entes de control externo.</li> </ul>	<p>trabajo individual, lo que dificulta el cumplimiento de los objetivos del proceso en el marco de las necesidades institucionales y requerimientos de la norma técnica.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ El seguimiento al plan de mejoramiento no garantiza la eficacia de algunas acciones tomadas para las situaciones detectadas en los diferentes procesos de evaluación.</li> </ul>
7. G. Infra.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La capacidad de adaptación rápida a los cambios del entorno, tanto en la virtualidad como en la presencialidad.</li> <li>✓ La integralidad asociada a la diversidad de experticias del personal del proceso y su participación en diferentes comités, equipos o proyectos de participación voluntaria.</li> <li>✓ Se evidencia buena gestión en las acciones para mejorar las condiciones cuando se materializan los riesgos asociados al proceso.</li> <li>✓ La contratación proveedores externos de tecnología, certificados con el fin de subsanar falencias en Seguridad de la Información.</li> <li>✓ Cumplimiento de los objetivos del proceso frente a las capacitaciones y actividades a realizar con los estudiantes, lo cual se evidenció en la emergencia sanitaria donde se todas las actividades tuvieron un valor agregado orientadas al acompañamiento continuo de los estudiantes y al mejoramiento en la parte académica y administrativa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Falta de Infraestructura física y personal para la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información.</li> </ul>
8. Eval y Mej.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Se evidencia compromiso y disposición de los auditados para atender el proceso auditor, así como dominio de la Información del SIGO y su articulación con los Objetivos Estratégicos (PED 2020-2030).</li> <li>✓ Coherencia en las fórmulas de los indicadores con el nombre del indicador y el resultado esperado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La obsolescencia de los equipos de cómputo del personal que brinda apoyo al Área Estadística teniendo en cuenta que las bases de datos que esta maneja son bastante pesadas.</li> <li>✓ Falta de personal calificado que brinde apoyo al Área de Calidad Académica.</li> </ul>

**Fuente:** Construcción propia Área de Calidad Institucional, con base en Informes de Auditoría a los procesos.

## 5.2. Recomendaciones de Mejora

Proceso	Descripción de las Recomendaciones de Mejora
1. Dir. Estrat.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Soportar las estrategias y acciones implementadas en el marco a la Gestión de Riesgos y Oportunidades.</li> <li>2. Hacer seguimiento continuo al plan de mejoramiento debido a que en algunos casos no se registra el cumplimiento a las metas planteadas, y de continuar así, podría derivarse en una No Conformidad.</li> <li>3. Una vez se emita el informe de Revisión x Dirección, se deberá socializar para la realización de acciones por parte de los procesos respectivos, y hacerle seguimiento a su ejecución y resultados.</li> <li>4. Fortalecer la comunicación interna, a partir de la actualización de las políticas que involucran procesos que afectan una o más áreas, para que una vez concluida una actividad sea conocida y/o continuada por otra área dentro de un período tiempo previamente establecido. (Definida en la encuesta de DETECCIÓN DE FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES DE MEJORA EN EL PROCESO DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO).</li> </ol>
2. Docencia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Documentar y hacer seguimiento continuo a la prestación del servicio educativo prestado externamente por la Fundación UNIAJC, para evitar una desviación en las condiciones establecidas del servicio.</li> <li>2. Actualizar la fecha de cierre en el Plan de Mejoramiento. Al identificar en los seguimientos que no se cumplirá con la fecha establecida para la acción, es importante solicitar la ampliación del plazo con su debida justificación.</li> <li>3. Revisión y actualización de los indicadores del proceso conforme a la nueva normatividad y lineamientos institucionales, y publicar el cálculo de los indicadores conforme a la periodicidad establecida en el proceso, esto permite contar con información suficiente y relevante para las diferentes áreas para la toma de decisiones.</li> </ol>
3. Invest.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se sugiere revisar la identificación de riesgos del proceso, considerando que, a pesar de la emergencia de salud, se mantienen los mismos de hace tres años.</li> <li>2. Es importante reportar a Calidad Institucional las normas legales que regulan la investigación y aplican a la UNIAJC, de tal forma que se actualice el Normograma Institucional.</li> <li>3. Se sugiere revisar los indicadores con el acompañamiento del Área de Calidad Institucional, para identificar la posibilidad y pertinencia de reducir su cantidad debido a que el proceso cuenta con ocho (8) indicadores, lo cual puede implicar algún grado adicional de control que podría simplificarse. Igualmente, en este aspecto se podría evaluar la pertinencia y las posibles acciones a considerar, para aumentar el nivel de cumplimiento en la meta del indicador Semilleristas activos.</li> <li>4. Se sugiere revisar con el Área de Calidad Institucional el instrumento para evaluar la satisfacción de los estudiantes.</li> </ol>
4. Proy. Soc.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Análisis de los indicadores de Movilidad, Convenios y Proyectos. El análisis que deja en las actas seguimiento ser debe argumentar, en lo posible redactando la tendencia, acciones realizadas para el cumplimiento de la meta, o en caso contrario acciones realizadas y por qué no se cumplió.</li> <li>2. De haber coherencia entre las fechas de cumplimiento del plan de mejoramiento del proceso y cumplimiento de los indicadores. Si es necesario ajustar las fechas de finalización de las actividades en el Plan de Mejoramiento del</li> </ol>

	<p>proceso, debería justificarse y reportarse en éste, para hacerle trazabilidad y llevar el control de los plazos.</p> <p>3. Para la comunicación con el cliente en el requisito en el numeral 7.4.3, el portal web institucional es uno de los medios principales, sin embargo, en la sección de Educación continua no está visible, la actualización no depende del proceso de Proyección Social, este ajuste depende de otro proceso, se evidencia la gestión a través del correo electrónico, pero a la fecha no está actualizada.</p> <p>4. En el requisito en el numeral 8.1. Planificación y control de operaciones, de acuerdo con la información dada en la entrevista; la elaboración de la "Matriz de Servicios del Proceso Misional de Proyección Social" se recomienda la actualización de los riesgos y los indicadores en coherencia con matriz.</p> <p>5. En el requisito en el numeral 7.1.3 Apoyo, recursos, infraestructura, de acuerdo con la entrevista se debe continuar con la solicitud de la revisión de los puestos de trabajo de los funcionarios y cambio de equipos de funcionarios. (Verificar la ergonomía de los puestos de trabajo, infraestructura tecnológica).</p>
5. G. Fra.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. En la parte tecnológica se debería solicitar a DTIC revisar la demanda de equipos de cómputo necesarios para la apropiada gestión y resultados de las dependencias que conforman el proceso, de forma que dichos requerimientos sean incluidos en el próximo presupuesto de las respectivas compras.</li> <li>2. Así mismo solicitar revisión a DTIC para garantizar que todos los equipos que hacen parte de la oficina jurídica tengan carpeta en la Intranet de PLUTON y en Internet de PLUTON del OneDrive.</li> <li>3. En la oficina de Jurídica es apropiado solicitar a Infraestructura física, revisar las condiciones de espacio para salvaguardar el archivo físico (carpetas con contratos).</li> <li>4. Sería apropiado solicitar a Calidad Institucional que realice Inducción al SIGO, con el Jefe de la Oficina Jurídica para asegurar su conocimiento del tema.</li> <li>5. Se recomienda actualizar, con Calidad Institucional, el usuario y permisos para el Jefe de Jurídica y de Tesorería en Isolución, para la actualización de la información documentada.</li> <li>6. El proceso debería reportar a Secretaría General las normas que le aplican, para la actualización del Normograma y posteriormente atender la socialización que se realice del mismo.</li> <li>7. Actualizar el manual para el manejo de bienes en la Oficina de Compras e Inventarios.</li> <li>8. Diligenciar todos los procesos que correspondan en el formato de apoyo "Tabla para combinar todos los documentos" en la Oficina de Jurídica.</li> </ol>
6. G. Bien. Hum.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Conocer el Normograma y reportar a Secretaría General las leyes aplicables a la gestión de las áreas que pertenecen al proceso, para que este documento sea actualizado permanentemente.</li> <li>2. Hacer seguimiento continuo y soportar con evidencias el plan de mejoramiento y ajustar las acciones implementadas para garantizar su efectividad en relación con los resultados obtenidos y su sostenibilidad.</li> <li>3. Gestionar alternativas que ayuden a cubrir el alto flujo de trabajo en las temporadas altas en el área de Administración de personal.</li> <li>4. En la divulgación de las actividades de sensibilización y capacitación desde las áreas de desarrollo humano, en Gestión SST, Ambiental y de Seguridad de la Información, deberían asegurar mayor alcance o cobertura entre el personal administrativo, docente y la comunidad académica en general.</li> </ol>

	<p>5. La líder del proceso podría tener mayor recursividad para afrontar dificultades técnicas de parte suya o de cualquiera de los colaboradores en el momento de la auditoria.</p>
<p>7. G. Infra.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. En la revisión documental se observó que hay un indicador de la caracterización del proceso (obsolescencia tecnológica) que se reporta con otro nombre (actualización tecnológica) en el informe de indicadores.</li> <li>2. En revisión de los indicadores de gestión del proceso, se sugiere realizar un ejercicio de reflexión, de impacto y revisión para determinar la pertinencia de estos y así mismo, validar la metodología de la métrica que sea coherente para el medir los objetivos para el fin que son diseñados.</li> <li>3. En revisión documental en la oficina de DTIC se evidencio alteración en el Formato GI-F-007, cambiando manualmente la versión de éste, por el año de la vigencia, por lo que se recomienda socializar entre el personal no realizar cambios en los formatos sino manejarlos tal como se descargan de la plataforma Isolución.</li> <li>4. En revisión documental en la Oficina de DITIC, en el formato GI-F-007, se sugiere que también se incluya el espacio para diligenciar el programa académico, ya que, en los procesos de autoevaluación de la Oficina de Calidad Académica, se requiere información a este nivel. Adicionalmente, se recomienda generar un formato para llevar el control de uso de los computadores por parte de los estudiantes en horarios distintos a sus clases, en que se pueda consultar, nombre, cédula, facultad, programa académico y el propósito de la utilización del equipo.</li> </ol>
<p>8. Eval y Mej.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aunque se evidencia la publicación y socialización de las políticas y objetivos de SIGO, SST y Ambiental, se recomienda ampliar el proceso de socialización de éstas, utilizando las diferentes plataformas digitales con que cuenta la Institución.</li> <li>2. Digitalizar el formato de solicitudes de servicios estadísticos para facilitar su acceso y uso.</li> <li>3. Teniendo en cuenta que el Software Isolución ofrece la opción de colocarle fecha de vencimiento a los documentos, se recomienda hacer uso de ella como un mecanismo para controlar la obsolescencia de éstos.</li> <li>4. Se sugiere publicar los indicadores de SST y Ambiental como mecanismo para sensibilizar al personal en el mantenimiento y mejoramiento de estos sistemas de gestión.</li> <li>5. La documentación adicional que se requiera para los nuevos SG que se van a integrar, debe quedar registrada también en Isolución para asegurar su acceso y control</li> <li>6. Revisar la pertinencia de incluir en el indicador "Oportunidad, Completitud y Consistencia en el Reporte de Información" los diferentes reportes a los entes de control.</li> <li>7. Revisar las preguntas del formulario de satisfacción por cada uno de los responsables para mantener el instrumento actualizado, esta acción permite tener un resultado acorde a lo esperado, como mecanismo podría incluirse en el acta de seguimiento a riesgos.</li> <li>8. Identificar mecanismos de cumplimiento, análisis y acciones sobre los informes de PQRSFD.</li> <li>9. Definir el procedimiento para los Planes de Mejoramiento cuando se requiera aplazar el cierre de las acciones con justificación.</li> <li>10. Utilizar la herramienta Isolución para los Planes de Mejoramiento por proceso para todos los sistemas.</li> <li>11. Hacer seguimiento a los compromisos incluidos en las diferentes actas</li> </ol>

	<p>realizadas por el proceso, con el fin de poder verificar el cumplimiento en cada uno de estos.</p> <p>12. El proceso podría generar la directriz de que se registren en los Planes de Mejoramiento de los procesos, los riesgos materializados, para poder evidenciar y hacerle seguimiento y control a las acciones que se diseñen para evitar su materialización a futuro.</p>
--	---

**Fuente:** Construcción propia Área de Calidad Institucional, con base en Informes de Auditoría a los procesos.

### 5.3. Observaciones y No Conformidades

Proceso	Descripción de las Observaciones y No Conformidades
<p>1. Dir. Estrat.</p> <p><b>3 Obs.</b></p>	<p><b>Obs. 7.5.3</b> Se evidencian los siguientes documentos de las áreas del proceso con algún tipo de inconsistencia en el control de éstos, lo cual se describe a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Proceso</u>: La caracterización del proceso evidencia más indicadores de los que presentan en las respectivas fichas</li> <li>- <u>Mercadeo</u>: DE-F-063. FICHA TÉCNICA DE PROGRAMA y DE-F-052. REPORTE PIA Y M. No aparece proceso asignado.</li> <li>- <u>Oficina de Comunicaciones</u>: PLAN DE COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL 2022. Documento actual con versión 1 de 2018. Esta en formato de Prueba.</li> <li>- <u>Secretaría General</u>: DE-I-009. SOLICITUDES A SECRETARIA GENERAL. Archivo no encontrado</li> <li>- <u>Banco de proyectos</u>: El instructivo DE-I-008 CARGUE DE EVIDENCIA DE PI. Falta claridad en los criterios para el manejo de la evidencia y seguimiento de la ejecución en los proyectos de inversión.</li> </ul> <p>Con lo cual se incumple el requisito 7.5.3. control de la información documentada, generando dificultades en el acceso de la información.</p> <p><b>Obs. 8.2.2</b> Se evidencia falta de actualización en el normograma general desde el año 2018. El de SST no cuenta con verificación y estandarización por calidad, así mismo, el normograma de SI, cuenta con una versión del año 2011. Por lo anterior, se incumple con el requisito 8.2.2 Determinación de los requisitos para los productos y servicios, dificultando la información a tiempo y confiable frente a requisitos que deben aplicarse.</p> <p><b>Obs. 9.1</b> Se evidencia debilidad en el diseño, análisis y seguimiento de los siguientes indicadores de gestión:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ingreso de Programas radiales</li> <li>2. Calidad del servicio FB</li> <li>3. Actualización de la Pagina web.</li> <li>4. Crecimiento de descargas podcasts.</li> <li>5. Socializaciones de manuales y actualización de la Oficina de Comunicaciones.</li> <li>6. Disponibilidad de Almacenamientos AC.</li> </ol> <p>Con lo cual se incumple el literal 9.1. Seguimiento, medición, análisis y evaluación del desempeño; limitando la medición de los objetivos para los cuales fueron</p>

	diseñados y generar acciones eficientes para mejorar los resultados.
2. Docencia <b>1 Obs.</b>	<p><b>Obs. 7.5</b> La documentación manejada en el proceso 2. Docencia (formatos, instructivos y procedimientos), se encuentra registrada en Isolución con sus respectivas aprobaciones, sin embargo, en revisión realizada a la migración en el software Isolución, se encuentra que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los procedimientos no se han revisado para actualizarlos considerando el proyecto de Resignificación Curricular, y los formatos de mediación tecnológica utilizados durante la alternancia,</li> <li>- No se encuentra en ISOLUCION el formato "Asignación y modalidad" mencionado y evidenciado como el control de la carga académica.</li> <li>- El documento de Grados no está actualizado en cuanto a la implementación del "Botón de grados en Academusoft desde el 2021-02", sino que indica la "Auditoria de notas a cada estudiante",</li> <li>- La última actualización de la Caracterización del proceso se realizó en octubre 2020 y reporta el indicador "tamaño promedio de grupos (Eficiencia de aula virtuales y presenciales)", pero no se relaciona en las actas donde se reportan los indicadores del proceso,</li> </ul> <p>Incumpliendo de esta manera lo establecido en la Norma ISO 9001:2015, numeral 7.5.2 Creación y actualización (de la información documentada).</p>
3. Invest. <b>1 Obs.</b>	<p><b>Obs. 7.5</b> En la Caracterización del Proceso falta incluir uno de los indicadores que reporta el proceso en los respectivos registros de los indicadores, y en los formatos: IN-F-005 indicadores de resultados e IN-F-007 presupuesto proyecto, no incluían sus respectivos códigos completos, incumpliendo parcialmente de esta manera lo establecido en la Norma ISO 9001, numeral 7.5.3. Control de la información documentada.</p>
4. Proy. Soc. <b>1 Obs.</b>	<p><b>Obs. 9.1</b> Se evidencia debilidad en el análisis de los indicadores de gestión Movilidad ORI, Convenios ORI y Proyectos ORI, con lo cual se incumple el literal 9.1. Seguimiento, medición, análisis y evaluación del desempeño; limitando la medición de los objetivos para los cuales fueron diseñados y generar acciones eficientes para mejorar los resultados.</p>
5. G. Fra. <b>1 Obs.</b>	<p><b>Obs. 7.5</b> No se han documentado las mejoras realizadas en las actividades como la factura electrónica, la nueva forma de solicitar CDP, el uso de formularios digitales, para asegurar la trazabilidad y control de la información, así como cambios en la información que contiene la Caracterización del proceso, con lo cual se incumple el requisito 7.5.2 Creación y actualización (de la información documentada), limitando su conveniencia y adecuación.</p>
6. G. Bien. Hum.	<p><b>Obs. 7.2</b> En el Plan de Capacitación, se evidencia que algunos temas son muy generales, limitando dar respuesta a las necesidades de las diferentes</p>

<p><b>3 Obs. y 1 NC</b></p>	<p>dependencias e institución. Adicionalmente, no cuenta con un mecanismo para consolidar los requerimientos de los jefes de oficina con respecto al personal administrativo a su cargo, con el fin de realizar retroalimentación del plan y dinamizar la gestión institucional con la diversificación de capacitaciones, incumpliendo así el requisito 7.2 c), en cuanto a tomar acciones para adquirir la competencia necesaria y evaluar la eficacia de las acciones tomadas;</p> <p><b>Obs. 7.5</b> Se evidencia en el proceso que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El documento cronograma de actividades no se encuentra codificado.</li> <li>- La caracterización de proceso presenta 9 indicadores y el proceso solo reporta 7.</li> <li>- Bienestar universitario no tiene incluida en la Información del SIGO, el documento del PAI.</li> <li>- La Ficha candidato preseleccionado y control de etapa (BH - F - 001), no se encuentra con firma para un docente, a pesar de que el formato contiene ese espacio</li> <li>- El procedimiento Selección y vinculación de personal (BH-P-006), no es claro con relación al proceso que se debe realizar para la contratación del personal administrativo y docente</li> <li>- Faltan firmas en el documento de selección y vinculación funcionarios administrativos y docentes desde el área de desarrollo humano</li> </ul> <p>Lo cual evidencia incumplimientos al requisito 7.5 en cuanto a la conveniencia y adecuación de la información documentada, limitando la eficacia del SIGO.</p> <p><b>Obs. 9.1</b> Se evidencia debilidad en el diseño, análisis, seguimiento e impacto de los siguientes indicadores de gestión, que no favorecen la medición de los objetivos para los que fueron diseñados, lo que no permitiría generar acciones eficientes para mejorar los resultados de cada área y del proceso en general:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Participación en Actividades Programadas (Hay áreas en que no es muy claro como generan las metas de participación)</li> <li>2. Apoyos económicos</li> <li>3. Evaluación de capacitaciones</li> <li>4. Clima Organizacional.</li> </ol> <p>Con lo cual se incumple el numeral 9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación del desempeño; imposibilitando determinar la frecuencia y los métodos para la evaluación del cumplimiento de los productos y servicios.</p> <p><b>NC 10.2</b> Al revisar la eficacia de las acciones tomadas ante la NCm detectada por ICONTEC en la auditoría anterior: "La organización no ha asegurado la provisión del servicio bajo condiciones controladas que incluya la designación de personas competentes. No se evidenció el contrato de prestación de servicios por hora cátedra para los profesores requeridos en los grupos y asignaturas para el periodo académico 2021-1...", se detectó que las medidas tomadas no permanecieron. De esta forma, se incumple el requisito 10.2.1 f), impidiendo que la provisión del servicio se realice bajo condiciones controladas.</p>
<p><b>7. G. Infra.</b></p>	<p><b>Obs. 9.1.1</b> Se evidencia debilidad en el instrumento, Plan Estratégico de Desarrollo de la TI, su estructura no favorece la medición, análisis, seguimiento, retroalimentación y evaluación del desempeño de este plan, con lo cual se</p>



<p><b>2 Obs.</b></p>	<p>incumple el literal 9.1. Seguimiento, medición, análisis y evaluación del desempeño; imposibilitando determinar la frecuencia, la eficacia y los métodos para la evaluación del cumplimiento de los productos y servicios.</p> <p><b>Obs. 9.1.3</b> Se evidencia debilidad en el diseño, análisis y seguimiento de algunos indicadores de gestión, que no favorecen la medición de los objetivos para el cual fueron diseñados, lo que no permitiría generar acciones eficientes para mejorar los resultados, como:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Disponibilidad de Internet Emcali</li> <li>2. Disponibilidad de Internet Claro</li> <li>3. Consultas de Biblioteca</li> </ol> <p>Con lo cual se incumple el literal 9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación del desempeño; imposibilitando determinar la frecuencia y los métodos para la evaluación del cumplimiento de los productos y servicios.</p>
<p>8. Eval y Mej.</p> <p><b>1 NC</b></p>	<p><b>NC. 7.5</b> La última actualización de la Caracterización del proceso fue en mayo 2020 y el EM-P-015 Reporte de Información al Ministerio de Educación Nacional que fue construido posterior a esta fecha, no se encuentra incluido. Adicionalmente, durante entrevista en Calidad académica se manifiesta que la información se encuentra en el computador de trabajo del profesional del área y de su asistente, pero éstos no se encontraban en la oficina y por tanto no se podía acceder a la información. Estas situaciones evidencian que se incumplen los requisitos 7.5.2 Creación y actualización y 7.5.3.1 disponibilidad para el uso cuando y donde se necesite la información documentada, limitando así su conveniencia, adecuación y utilización.</p>

**Fuente:** Construcción propia Área de Calidad Institucional, con base en Listas de Verificación para Auditoría a los procesos.

## 6. HALLAZGOS REITERATIVOS

En esta auditoría, al igual que en la del año pasado, se volvieron a presentar Observaciones y No conformidades con relación a los requisitos 7.5 y 9.1, pero por diferentes razones, por lo cual se continuarán fortaleciendo estos aspectos mediante el seguimiento cuatrimestral a los riesgos:

- 7.5 Información documentada** (1.NC y 5.Obs.) , sea por "Creación y actualización" o por "Control" de ésta. En la vigencia 2020 fue principalmente porque faltaban documentos por migrar al Software Isolución y en esta oportunidad (vigencia 2021), porque es necesario actualizarlos de acuerdo con los cambios aplicados (generalmente por el uso de herramientas tecnológicas en la gestión académica y administrativa).
- 9.1 Seguimiento, Medición, Análisis y Evaluación** (4.Obs.). En 2020 era por la necesidad de mejorar en "análisis de los indicadores", mientras que en 2021 los hallazgos están relacionados principalmente con la

pertinencia (cantidad y uso para la toma de decisiones), así como la formulación de estos.

## 7. RECOMENDACIONES GENERALES

- a) Solicitar autorización para que los Auditores internos puedan disponer de 2 horas semanales, dentro de sus funciones laborales, para asistir a capacitaciones en diversos temas del SIGO, incluyendo las Charlas Virtuales que ofrecen ICONTEC e Isolución.
- b) En procura de generar soluciones de raíz (acciones correctivas), a los hallazgos reiterativos, desde el Área de Calidad Institucional, se deberían gestionar 2 Acciones Correctivas a partir de la solicitud de cada proceso:
  - **7.5** Gestión de la información documentada: Verificar que en cada nuevo documento o actualización de documento tipo Manual, Procedimiento o Instructivo en el software Isolución, se diligencie el campo "Fecha de vencimiento" en la sección "Encabezado", programando de esta forma, la fecha en que deberá revisarse obligatoriamente (cada año), para identificar si es necesario actualizarlos y en ese caso proceder con la actualización. El software generará automáticamente la alerta con un "aviso de vencimiento de documento" en la página de inicio desde el módulo de "Mis Tareas".
  - **9.1** Seguimiento, Medición, Análisis y Evaluación: Acompañar a los procesos que soliciten un análisis de pertinencia (cantidad y uso para la toma de decisiones), así como de la formulación de sus indicadores, para que mediante reuniones sean revisados y actualizados.

## 8. CONCLUSIONES

**1.1** El desempeño de los procesos evidencia la conformidad del SIGO con los requisitos de la norma ISO 9001:2015 (SG Calidad).

**1.2** Es adecuada y vigente la Información Documentada en el Software ISOLUCIÓN, la Gestión de Riesgos, Oportunidades, SNC, Sistema PQRSFD, Satisfacción de estudiantes, Avance en Planes de Mejoramiento y el Análisis de resultados de Indicadores de Gestión, aunque presentan algunas oportunidades de mejora que se relacionan en este informe y que deben atenderse en el I-2022.

**1.3** El nivel de implementación de las Normas ISO 14001:2015 (SG Ambiental) e ISO 45001:2018 (SG SST) se evidencia más avanzado que en la norma ISO

27001:2013 (SG Seg. de la Inform.), sin embargo, en las 3 se deben desarrollar acciones y en especial, socializar para sensibilizar a la comunidad universitaria para asegurar su compromiso con la implementación y mantenimiento de estos sistemas de gestión articulados al SIGO, por lo cual se hace necesario realizar un diagnóstico más exhaustivo que permita establecer un Plan de Implementación y al hacerle seguimiento definir cuáles normas adicionales se presentarán en 2023 para otorgamiento de los respectivos certificados junto con la renovación en la norma ISO 9001:2015 (SG Calidad).