



**Antonio José  
Camacho**  
INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA



SC-CER  
115543

# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA 2023

Institución Universitaria Antonio José Camacho

**Oficina Asesora de Planeación  
Área de Calidad Institucional**

## TABLA DE CONTENIDO

1.	INTRODUCCIÓN.....	4
2.	OBJETIVO DE LA AUDITORÍA.....	5
2.1	Objetivo Específico.....	5
3.	ALCANCE.....	5
4.	CRITERIOS.....	5
5.	RIESGOS.....	5
6.	MODELO DE OPERACIÓN.....	6
7.	SELECCIÓN DE AUDITORES.....	7
8.	PROGRAMA DE AUDITORÍA.....	7
9.	PLANES DE AUDITORÍA.....	7
10.	EJECUCIÓN DE LA AUDITORÍA.....	7
10.1	Reunión de apertura.....	9
10.2	Reunión de Cierre.....	9
11.	RESULTADOS GENERALES DE LA AUDITORÍA.....	10
11.2	Fortalezas.....	10
11.2	Debilidades.....	10
11.3	Oportunidades de Mejora.....	11
11.4	No Conformidades.....	11
12.	CONCLUSIONES DE LA AUDITORIA.....	14

## 1. INTRODUCCIÓN

El proceso de auditoría interna aporta a la Institución Universitaria Antonio José Camacho – UNIAJC, la verificación del cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015, de acuerdo con las Prioridades Estratégicas, particularmente al ser una organización innovadora que implementa, evalúa y mejora permanentemente sus procesos para servirle mejor a toda la comunidad universitaria y a la sociedad en general, mediante la generación de mayor “Valor Público”.

Las auditorías internas dan cumplimiento al requisito 9.2 de norma ISO 9001:2015, que busca garantizar que el Sistema de Gestión de la Calidad se ha implementado y se mantiene de manera adecuada, conveniente y eficaz. La Implementación de estas como una herramienta de mejora continua en un Sistema de Gestión de la Calidad busca tener beneficios en:

- Procesos eficientes (evitar reprocesos y optimizar el uso de los recursos).
- Satisfacción de los Usuarios y Partes Interesadas
- Mejor imagen, seguridad y confianza de la institución
- Aumentar productividad y competitividad
- Promover la comunicación entre los diferentes niveles

El presente informe describe el objetivo que se trazó para la realización del ejercicio de auditoría realizado al 100% de los procesos establecidos por la institución. En su modelo de operación, los criterios utilizados para evaluar las evidencias que durante el proceso auditor fueron recopiladas para determinar el cumplimiento de dichos criterios, contiene el Programa de Auditoría, los planes de Auditoría para cada proceso. Además, se contiene la trazabilidad de la ejecución de cada una de estas auditorías, relacionando aspectos importantes en la reunión de apertura, la ejecución en campo y el cierre el Proceso.

En la sesión de resultados se describen las Fortalezas, Debilidades, Oportunidades de Mejora y Hallazgos identificados (No Conformidades), como resultado de la diferencia en la comparación de los criterios utilizados y la evaluación de las evidencias aportadas.

El informe cierra con los compromisos de los Líderes de Proceso en el cierre de las no conformidades y unas conclusiones importantes sobre el sistema de Gestión de Calidad Implementado en el Institución.

## 2. OBJETIVO DE LA AUDITORÍA

Proporcionar información acerca de la conformidad del SIGO+ con los requisitos de la norma ISO 9001:2015 (SG Calidad).

### 2.1 Objetivo Específico

Determinar la mejora continua del SIGO+ a través de los requisitos de la norma ISO 9001:2015 (SG Calidad).

## 3. ALCANCE.

Se auditarán todos los procesos con relación a su gestión y desempeño en la vigencia 2023, según están descritos en la Resolución 337 (Julio 27 de 2020), por requisitos de la norma a evaluar.

El método de auditoría aplicable será mixto, mediante entrevistas "En sitio", con los Líderes y Gestores de los procesos posterior a una revisión documental "A distancia". Alguna información adicional se podrá allegar mediante correos electrónicos o videoconferencias.

## 4. CRITERIOS

Norma ISO 9001:2015 (SG Calidad), Resolución 337:2020, Manual del SIGO, Información Documentada e Indicadores en ISOLUCIÓN, Gestión de Riesgos, Oportunidades y SNC, Planes de Mejoramiento, Informes de Auditorías Internas y externas anteriores, Informes de Satisfacción, Informes de PQRSFD y de Revisión por Dirección.

## 5. RIESGOS.

Adicional a los Riesgos identificados en el Programa de Auditoría establecido por la Institución para este ejercicio de Auditoría Interna, se identificaron los siguientes que fueron valorados como potenciales y se les estableció un plan de control (tratamiento):

Evento Potencial	Tratamiento (Evitar y Solucionar)
Incumplimiento del objetivo de la Auditoría	- Selección adecuada de los auditores asignados a cada proceso.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preparación adecuada del equipo auditor asignado a cada proceso.</li> <li>- La muestra tomada debe ser representativa con respecto al producto o el servicio que genere el proceso auditado.</li> <li>- Monitoreo permanente por parte del Líder del Proceso de Auditoría al cumplimiento del Programa de Auditoría</li> </ul>
Manejo inadecuado de la Tecnología	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Previo al inicio de la Auditoría hacer evaluación de la calidad de la conexión.</li> <li>- Verificar que tanto el Auditor como el auditado están de acuerdo con el uso de las TIC.</li> <li>- Disponibilidad de soporte técnico en TIC durante la auditoría (de ser posible).</li> <li>- Que el Auditado cuente con los permisos necesarios para ingresar a los aplicativos donde se encuentren las evidencias.</li> </ul>
Falta de Objetividad del Informe de la Auditoría	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preparación de la Auditoría por parte del Equipo Auditor.</li> <li>- Consolidar evidencias suficientes y necesarias que permitan emitir juicios ajustados a los aspectos legales y normativos evitando la Inferencia o subjetividad.</li> <li>- Aplicación por parte del auditor de los principios de auditoría (Integridad- Imparcialidad-Cuidado Profesional-Independencia-Enfoque en la Evidencia y Enfoque en riesgos), esto genera confianza y evita que el Auditado omita información relevante para el ejercicio de Auditoría.</li> </ul>

## 6. MODELO DE OPERACIÓN.

La Auditoría involucro al 100% de los Procesos (8), los cuales están clasificados en Estratégicos (1), Misionales (3), de Apoyo (3) y de Evaluación (1), según el **Mapa de Procesos** institucional que se copia a continuación:



Fuente: Página web Institucional

## 7. SELECCIÓN DE AUDITORES

Para la Vigencia 2023, la UNIAJC decidió realizar las Auditorías internas mediante la contratación de una empresa externa, con lo cual se ejecutó el contrato DJC-MC-08.04.02-288-2023 con la empresa GRUPO GC CONSULTORES LTDA – Nit. 9000.227.017-4 por valor de \$3.200.000, mediante el cual se solicitó que “*El contratista debe auditar con profesionales que demuestren estudios y experiencia auditando SGC ISO 9001:2015 (evidenciado con certificados)*”, lo cual se demuestra en la HV del auditor suministrada por el contratista, la cual se puede encontrar en el enlace [Doctos Contrato](#).

## 8. PROGRAMA DE AUDITORÍA

El Programa de Auditorías Internas para la Vigencia 2023 contempló todos los procesos establecidos en el modelo de Operación Institucional, y en éste se incluyeron tres elementos importantes que son el Objetivo, el Alcance, los Criterios de la Auditoría, además de los Riesgos y los Cronogramas General y de Ejecución de las auditorías en sitio a los procesos, generando por estos últimos una segunda versión por aplazamiento de algunas fechas. El Programa de Auditorías se puede evidenciar en el enlace [Programa de Auditoría](#).

## 9. PLANES DE AUDITORÍA

Los planes de Auditoría facilitaron la ejecución del ejercicio de Auditoría de manera eficiente y eficaz, permitiendo al auditado tener una aproximación de los puntos a revisar y los tiempos estimados para su revisión. Los Planes de Auditorías establecidos para cada uno de los Procesos se puede evidenciar en el enlace [Archivos por proceso](#).

## 10. EJECUCIÓN DE LA AUDITORÍA

La auditoría se realizó por toma de muestra de evidencias de las actividades y resultados de la gestión Institucional al no ser posible verificar toda la información documentada, por ello tiene asociada la incertidumbre.

Se verificó la capacidad de cumplimiento de los requisitos legales y reglamentarios aplicables en el alcance del sistema de gestión, establecidos mediante su identificación, la planificación de su cumplimiento, la implementación y la verificación de su aplicación y mejora por parte de la UNIAJC.

Se evidenció la justificación de “No Aplicabilidad” del requisito 7.1.5 “Recursos de seguimiento y medición” en la Norma ISO 9001:2015 del Sistema de Gestión de Calidad Auditado y los siguientes requisitos fueron auditados de manera transversal en todos los procesos de la Institución:

7.3. Toma de conciencia

7.4. Comunicación

7.5.2. Creación y actualización

7.5.3. Control de la información documentada

9.1.1. Seguimiento, Medición, Análisis y Evaluación - Generalidades

10. Mejora.

La auditoría se ejecutó de acuerdo con lo establecido en cada uno de los 8 planes que hacen parte de este informe (uno por cada proceso), dando cumplimiento a los objetivos establecidos y se desarrollaron en la sede norte (Avenida 6N No 28N-102 y Casa de Poyección Social) y en la sede sur (Cl. 25 #127-220).

Las entrevistas a cada uno de los procesos fueron realizadas al responsable del proceso y al equipo de trabajo que hace parte de las diferentes actividades del proceso. La información que se compartió, se utilizó con el único propósito de verificar el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015 que hace parte de la certificación del sistema y el auditor la manejó en forma confidencial y eliminó la entregada en medio digital, solicitada antes y durante el proceso de auditoría.

Se verificaron las acciones tomadas resultado de las Auditoría Interna y Externa anteriores, evidenciando las acciones realizadas con sus respectivos seguimientos, así como las acciones tomadas para atender los puntos identificados y priorizados en las reuniones de Desarrollo Organizacional – DO que adelanta el Rector con los directivos acaémicos y administrativos.

Previo a la ejecución de la auditoria y con base en cada uno de los Planes de auditoria, el Auditor Líder hizo la preparación de la Auditoria en campo a través de las la elaboración de las Listas de verificación con el fin de establecer un orden en la realización de la auditoría en campo.

La auditoría se desarrolló con base en la metodología de la norma ISO 19011:2018 “Directrices para la auditoría de los Sistemas de Gestión”. Se realizó de manera híbrida (virtual y presencial). Virtualmente el Proceso de Investigación, además de las actividades de Planificación y preparación.



## 10.1 Reunión de apertura

En esta reunión que se realizó el 27 de noviembre, se dio a conocer a todos los auditados, la metodología para el desarrollo del ejercicio de Auditorías.

La agenda presentada fue la siguiente:

- Validación del Objetivo de la Auditoría
- Validación de alcance
- Validación de los criterios de Auditoría
- Procesos y horarios
- Metodología para la verificación del cumplimiento de los requisitos en campo.
- Los Riesgos identificados
- Reporte de hallazgos
- Confidencialidad de la Información



## 10.2 Reunión de Cierre

Una vez terminadas todas las auditorías programadas, se realizó la reunión de cierre el 24 de enero 2024, la cual contó con la siguiente agenda:

- Agradecimiento al auditado
- Retroalimentación general del proceso de auditoría
- Confirmación de objetivo, criterios y alcance de auditoría
- Método de reporte de hallazgos
- Fortalezas y oportunidades de mejora
- Hallazgos (No Conformidades y Observaciones)
- Conclusiones de la auditoría
- Compromisos

Es importante resaltar que una vez terminado cada ejercicio de auditoría en los diferentes procesos, siempre se hizo la retroalimentación del proceso al auditado y su equipo de trabajo.

## 11. RESULTADOS GENERALES DE LA AUDITORÍA

Es pertinente implementar acciones que disminuyan el impacto de las Debilidades y potencien las Fortalezas y Oportunidades de Mejora detectadas en los procesos.

### 11.2 Fortalezas

- El compromiso que tiene la alta dirección y sus directivos con el Sistema Integrado de Gestión Organizacional – SIGO+ implementado en la institución.
- La infraestructura física (auditorios y otros espacios académicos en Sede Sur, proyectos de desarrollo en la nueva sede norte en Yumbo).
- La revisión, análisis y socialización que hizo cada Proceso durante la Revisión por Dirección – RxD, con respecto al cumplimiento de metas asociados a los productos del Sistema de Gestión.
- Las reuniones de Desarrollo Organizacional – DO, las cuales son una estrategia importante para la identificar necesidades coyunturales de los procesos y plantear soluciones, definiendo responsables y tiempos para su cumplimiento.
- La cultura de seguimiento, medición, análisis y evaluación, relacionada con la satisfacción de los clientes y las metas institucionales.
- El seguimiento a los registros calificados de los programas académicos, su verificación y evaluación del cumplimiento de las condiciones de calidad por parte de la institución.
- La documentación del Sistema de Gestión la cual contine los conocimientos explícitos a nivel institucional.
- El acceso a la información Institucional a través de la página web.
- Dentro de la estrategia de racionalización de trámites se resalta la información dispuesta para el Proceso de admisión de los estudiantes.

### 11.2 Debilidades

- En las caracterizaciones se identifican las partes interesadas, sin embargo, es importante que se aclare cuál es la necesidad y expectativa de cada una de ellas.
- La Institución gestiona y produce conocimiento, sin embargo, la metodología que utiliza no integra completamente entre otros, los siguientes elementos que sugiere el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG (ver [Gestión del Conocimiento MIPG.docx](#)):
  - o La Planeación de la gestión del conocimiento y la innovación
  - o La Generación y producción del conocimiento
  - o La Generación de herramientas de uso y apropiación del conocimiento
  - o La Generación de una cultura propicia para la gestión del conocimiento y la innovación
  - o La Analítica institucional para la toma de decisiones.

- La Institución gestiona los cambios mediante las reuniones directivas de Desarrollo Organizacional - DO, pero en las actas respectivas no se evidencia claramente la planificación de estos donde se consideren entre otros los siguientes aspectos:
  - a) el propósito de los cambios y sus consecuencias potenciales;
  - b) la integridad del sistema de gestión de la calidad;
  - c) la disponibilidad de recursos;
  - d) la asignación o reasignación de responsabilidades y autoridades.
- La no Integración de los Sistemas de Gestión que se implementan en la Institución puede aumentar la carga administrativa, lo que le puede restar eficiencia operativa a los diferentes procesos establecidos, donde dichos sistemas tengan algún impacto.

### 11.3 Oportunidades de Mejora

- Es pertinente que se revise a nivel Institucional la construcción de una política integrada del Sistema de Gestión, que involucre todos los sistemas o subsistemas que tiene implementados o están en proceso de implementación en la Institución (Calidad, Ambiental, Seguridad y Salud en el Trabajo, Seguridad del Información, entre otros).
- Es conveniente que se establezca una metodología institucional para la planificación de los cambios que involucre varios actores (ej. los procesos, la tecnología, el talento humano y las comunicaciones).
- Aunque la institución si gestiona el conocimiento, es importante que se revisen los ejes para su gestión (Generación y producción del conocimiento, Analítica Institucional, Cultura de compartir y difundir y Herramientas de uso y apropiación).
- Es importante que se establezcan los mecanismos que permitan validar la eficacia de las acciones correctivas implementadas a nivel institucional.
- Dada la madurez del sistema de calidad y evidenciado en la auditoria que hay procesos estratégicos y de apoyo que ya no tienen identificadas o que han reducido las Salidas No Conformes, sería importante validar que éstas se gestionen sólo en los procesos que entregan servicios a las partes interesadas (Procesos Misionales).

### 11.4 No Conformidades

Con base en los criterios establecidos para la realización de la Auditoria a nivel general, fueron identificados 3 hallazgos los cuales se puntualizan a continuación, con base en el requisito que se incumple y el proceso en el cual fue identificado.

RESULTADOS AUDITORÍA INTERNA								
NO CONFORMIDADES CICLO DE AUDITORÍA 2023								
PROCESO	RESULTADOS AUDITORIA INTERNA							
	NUMERALES ISO 9001:2015							
	CAP 4	CAP 5	CAP 6	CAP 7	CAP 8	CAP 9	CAP 10	TOTAL Nc
	4.1	5.2	6.1	7.1.3	8.3.6	9.1	10.1	
Direccionamiento Estratégico								0
Evaluación y Mejoramiento								0
Docencia				1	1			2
Investigación						1		1
Proyección Social								0
Gestión Financiera								0
Gestión de Infraestructura								0
Gestión del Bienestar Humano								0
<b>TOTAL Nc</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>3</b>

TOTAL NO CONFORMIDADES	
NO CONFORMIDADES POR PROCESO:	3



Fuente: Grupo GC Consultores Ltda.

Las No Conformidades deben llevarse al Plan de Mejoramiento establecido institucionalmente para el respectivo proceso, con el objetivo de realizar el análisis de causas y establecer las correcciones (acciones) coherentes con el análisis de causas.

### Proceso Docencia

**NC menor:** En el procedimiento de Diseño y Actualización Curricular, para los programas académicos, no se garantiza la trazabilidad de los cambios a la planificación del diseño establecidos toda vez que estos no se dejan documentados. Lo anterior incumple lo establecidos en la norma ISO 9001:2015, numeral 8.3.6 “Cambios del Diseño y Desarrollo” que indica: “La organización debe identificar, revisar y controlar los cambios hechos durante el diseño y desarrollo de los productos y servicios, o posteriormente en la medida necesaria para asegurarse de que no haya un impacto adverso en la conformidad con los requisitos.

La organización debe conservar la información documentada sobre:

- los cambios del diseño y desarrollo;
- los resultados de las revisiones;
- la autorización de los cambios;
- las acciones tomadas para prevenir los impactos adversos”

**NC menor:** Si bien es cierto que la Institución no aplica en su Sistema de Calidad el requisito 7.1.5 “Recursos de seguimiento y medición” para los temas de calibración y Verificación, en la justificación se deja claro, que lo que si se hace a estos equipos es el mantenimiento preventivo y durante el ejercicio auditor en la Sede Sur, se evidenciaron 17 equipos en el laboratorio de Química (3 Estereoscopio Marca PHYSIS, 3 Microscopios binocular Marca PHYSIS, 4 Microscopios binocular marca LEICA, 4 microscopios trilocular marca OPTIKA y 3 balanzas marca LEXUS MIX), los cuales reportan mantenimiento realizado en el año 2019 y según recomendaciones de del proveedor de mantenimiento se debía hacer un año después. A la fecha no fueron evidenciados dichos mantenimientos incumpliendo lo establecido en la norma ISO 9001:2015 en el numeral 7.1.3 “La organización debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para la operación de sus procesos y lograr la conformidad de los productos y servicios.

NOTA La infraestructura puede incluir:

- a) edificios y servicios asociados;
- b) equipos, incluyendo hardware y software;
- c) recursos de transporte;
- d) tecnologías de la información y la comunicación

### Proceso de Investigación

**NC menor:** En la Auditoría realizada al proceso no se pudo evidenciar como se hace el seguimiento a los planes de trabajo semestrales establecidos para los semilleros de investigación. Con lo anterior de incumple lo establecido en la norma ISO 9001:2015, en el numeral 9.1 Seguimiento, Medición, Análisis y Evaluación “9.1.1 Generalidades” La organización debe determinar:

- a) qué necesita seguimiento y medición;
- b) los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación necesarios para asegurar resultados válidos; c) cuándo se deben llevar a cabo el seguimiento y la medición;
- d) cuándo se deben analizar y evaluar los resultados del seguimiento y la medición. La organización debe evaluar el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad.

La organización debe conservar la información documentada apropiada como evidencia de los resultados.”

## 12. CONCLUSIONES DE LA AUDITORIA

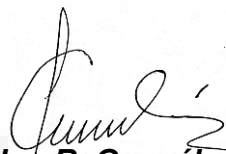
El Sistema Integrado de Gestión de Organizacional – SIGO+ implementado y mantenido en la UNIAJC con base en la Norma ISO 9001:2015, es conforme y mejora continuamente.

El personal entrevistado mostró disposición para atender la auditoria.

El equipo de trabajo demuestra las competencias para realizar las actividades asignadas en los diferentes procesos.

Se evidencia liderazgo y compromiso con respecto al SIGO+.

Elaborado



**Carlos R. González Contreras**  
Auditor Interno  
Registro IRCA A17929

Revisado



**Diana C. Rodríguez Ordóñez**  
Administradora Auditorías Internas