

1. INFORMACIÓN GENERAL				
LUGAR	Sede principal Bucaramanga vía TEAMS. Unidades Tecnológicas de Santander			
DURACIÓN AUDITORÍA	FECHA DE INICIO	Junio 8 de 2021	FECHA FINALIZACIÓN	Julio 07 de 2021
PROCESO(S) AUDITADO(S)	NOMBRE DE PROCESO	RESPONSABLE O LÍDER DE PROCESO		
	Seguimiento y Control	Adriana Vanegas Aguilar Jefe Oficina de Planeación		
	Docencia	<ul style="list-style-type: none"> • Orlando Orduz Corredor Decano Facultad de Ciencias Socioeconómicas y Empresariales • Norelba Hernández Mendoza Coordinadora Programa de Administración de Empresas • William Gualdrón Rivera Director de Regionalización • Jaime Leonardo Santamaría Ariza Coordinador Campus Vélez • Yesid Alberto García León Coordinador Campus Barrancabermeja 		
	Investigación	Javier Mauricio Mendoza Paredes Director de Investigaciones y Extensión		
	Extensión Institucional	Ismael Enrique Ibáñez Peñuela Coordinador Grupo de Extensión Institucional		
	Admisiones y Matriculas	María Eugenia Carvajal Gamarra. Coordinadora Grupo de Admisiones, Registro y Control Académico.		
	Gestión Administrativa	<ul style="list-style-type: none"> • Sonia Yaneth García Benítez Directora Administrativa de Talento Humano • Sandra Milena Fernández Gómez Coordinadora Grupo Atención al Ciudadano • Claudia Milena Torres Fiallo Coordinadora Grupo de Seguridad y Salud en el Trabajo 		
	Gestión Documental	EDGAR PACHON Coordinador Grupo Gestión Documental		
	Internacionalización	Isabel Zoraida Villa Villa Jefe Oficina de Relaciones Interinstitucionales e Internacionales		
	Control de Evaluación	Dra. Luz Mildred Suarez Moreno Jefe Oficina Control Interno		
	Soporte al Sistema Integrado de Gestión	Adriana Vanegas Aguilar Jefe Oficina de Planeación- Representante de la Dirección		
EQUIPO AUDITOR	EQUIPO AUDITOR	ROL		
	Andrea Mantilla Cardona María del Pilar Zuluaga. Adriana Vanegas Aguilar Sergio Rubio Castillo Emilse Helena Chávez	Auditor Líder Auditor por procesos Auditor por procesos Auditor en Formación Auditor en Formación		

OBJETIVO DE LA AUDITORÍA	Verificar el cumplimiento de los requisitos aplicables del Sistema Integrado de Gestión SIG, acorde con la Norma ISO 9001: 2015, su implementación y mantenimiento eficaz, a través del proceso de auditorías internas como la eficacia de las acciones tomadas para eliminar las causas de las No Conformidades reales y potenciales detectadas en el proceso a través de auditorías de seguimiento.
ALCANCE DE LA AUDITORÍA	Ejecución del programa de auditorías internas a los siguientes procesos del Sistema de Gestión de Calidad de las Unidades Tecnológicas de Santander – UTS: Seguimiento y Control, Docencia, Investigación, Extensión Institucional, Admisiones y Matriculas, Gestión Administrativa, Gestión Documental, Internacionalización, Control de Evaluación y Soporte al SIG.
CRITERIOS DE LA AUDITORÍA:	Se realizará la auditoría con enfoque al Sistema Integrado de Gestión de Calidad basado en el cumplimiento de los requisitos establecidos en las normas NTC ISO 9001:2015. Manual de Calidad y Documentación Interna. MA-GD-02 Manual de Archivo y Correspondencia. Tablas de Retención Documental, Ley 594 de 2000, Ley General de Archivo.

2. DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

Dando cumplimiento con el numeral 9.2 Auditoría Interna establecido en la NTC ISO 9001:2015 por la cual se encuentra certificada las Unidades Tecnológicas de Santander UTS, el Comité Institucional de Gestión y Desempeño MIPG realiza aprobación al Programa de auditorías internas de calidad vigencia 2021 mediante Acta No. 04 del 31 de mayo de 2021.

Se realizó reunión de apertura de auditorias internas el día 08 de Junio de 2021 contando con la participación de los lideres de los dieciocho (18) procesos que conforman el sistema integrado de gestión de Calidad, se socializó que se realizaría auditoria a diez (10) procesos: Seguimiento y Control, Docencia, Investigación, Extensión Institucional, Admisiones y Matriculas, Gestión Administrativa, Gestión Documental, Internacionalización, Control de Evaluación y Soporte al SIG. Así mismo se presentó el equipo auditor y se socializó nuevamente el programa, alcance, objetivo y criterios de verificación. La reunión fue grabada y se puede acceder a través del siguiente link: https://unidadestecno-my.sharepoint.com/:v/g/personal/soportesiguts_correo_uts_edu_co/ESWYoPsUXQ5Fn9U7sXVXn8wB7cXfZswN_4XWxgpznnqCKQ?e=Yn1COB

Las auditorías internas de Calidad inician desde el día 09 de Junio hasta el 7 de Julio de 2021, de manera remota a través de la plataforma Microsoft Teams, cumpliendo con los protocolos de seguridad COVID 19.

Requisitos Auditados:

- 4.1. Comprensión de la Organización y su contexto
- 4.2. Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas.
- 4.4. Sistema de Gestión de la calidad y sus procesos.
- 5.2. Política
- 6.1. Acciones para abordar riesgos y oportunidades.
- 7.5. Información documentada.
- 8.7 Control de las salidas no conformes
- 9.1. Seguimiento y medición de los procesos.
- 10. Mejora

A continuación, se relaciona el tiempo estimado en horas invertidas para el desarrollo de las entrevistas a los diferentes líderes de proceso, grupo o dependencias:

PROCESO A AUDITAR	DURACIÓN	NOMBRE DE AUDITORES
PROCESO MISIONAL Extensión Institucional	2 Horas 11 Minutos	Andrea Mantilla Cardona (AL) Emilse Helena Chávez – (AF)
PROCESO ESTRATÉGICO Seguimiento y Control	2 Horas	María del Pilar Zuluaga.(AP)
PROCESO MISIONAL Investigación	2 Horas 05 Minutos	Andrea Mantilla Cardona (AL) Sergio Rubio Castillo (AF)
PROCESO MISIONAL Docencia - Decano Facultad de Ciencias Socioeconómicas y Empresariales Coordinadora Programa Administración de Empresas.	1 hora 45 minutos	Andrea Mantilla Cardona (AL) Sergio Rubio Castillo (AF)
PROCESO MISIONAL Docencia - Director de Regionalización. Coordinador Campus Barrancabermeja Coordinador Campus Vélez	1 hora 55 minutos	Andrea Mantilla Cardona (AL) Sergio Rubio Castillo (AF)
PROCESO DE APOYO Admisiones y Matriculas	2 Horas 11 Minutos	Andrea Mantilla Cardona (AL) Sergio Rubio Castillo (AF)
PROCESO DE APOYO Gestión Administrativa	2 Horas 21 Minutos	Andrea Mantilla Cardona (AL) Emilse Helena Chávez – (AF)
PROCESO DE APOYO Gestión Documental	2 Horas 10 Minutos	María del Pilar Zuluaga. (AP) Adriana Vanegas Aguilar (AP)
PROCESO DE EVALUACIÓN Y CONTROL Control de Evaluación	1 hora 30 minutos	María del Pilar Zuluaga. (AP) Adriana Vanegas Aguilar (AP)
PROCESO DE APOYO Internacionalización	2 Horas 20 Minutos	Andrea Mantilla Cardona (AL) Emilse Helena Chávez – (AF)
PROCESO DE EVALUACIÓN Y CONTROL Soporte al Sistema Integrado de Gestión	2 Horas	María del Pilar Zuluaga.(AP)
TOTAL	22 Horas 28 Minutos	

Al culminar las entrevistas con los líderes de cada proceso el equipo auditor elaboró y presentó el Informe de auditoría interna por proceso a través del formato "F-SIG-39", el cual es revisado y aceptado mediante firma digital y envió a través de los correos electrónicos institucionales por los líderes de los procesos.

Se recordó el derecho a presentar replica, los lideres de los procesos presentaron sus observaciones las cuales fueron atendidas por el equipo Auditor en los términos previstos en el procedimiento de Auditorias internas de las UTS.

Partiendo del alcance definido para el desarrollo de las auditorías, y mediante el uso y aplicación del ciclo PHVA identificado en las listas de chequeo y teniendo en cuenta los principios, el enfoque en procesos, pensamiento basado en riesgos, herramientas de seguimiento y control y la mejora continua institucional.

Teniendo en cuenta las entrevistas realizadas de manera remota con los líderes y equipo de trabajo de cada proceso auditado, se obtienen los siguientes resultados:

PROCESOS ESTRATEGICOS.

1. SEGUIMIENTO Y CONTROL.

El equipo auditor resalta que la caracterización es adecuada para el proceso que compone, así como es adecuada para la realidad institucional permitiendo el logro oportuno de los indicadores de gestión y la identificación a tiempo de acciones de mejora en los diferentes procesos con los cuales interactúa; mostrándose eficaz en el logro de los objetivos de acuerdo al numeral 10.3 de la NTC ISO 9001:2015.

Se evidencia adecuado uso y gestión de la información documentada a través de las tablas de retención documental y su conservación en One Drive.

HALLAZGOS

Tipo: Oportunidades de Mejora (OP), Se detectaron tres (3),

Causa: Relacionadas con el fortalecimiento de la Matriz de Riesgos del proceso.

Tipo: NO Conformidades (NC), Se identificaron tres (3)

Causa: Relacionadas con la actualización del mapa de riesgos y la documentación o registros del proceso.

PROCESOS MISIONALES.

2. DOCENCIA.

El equipo auditor destaca el empoderamiento y sincronización del proceso cumpliendo con responsabilidad las actividades estipuladas, apoyando el cumplimiento de las metas de las UTS. Teniendo en cuenta los cambios de dieron lugar a la virtualización de las clases de los diferentes programas académicos se evidencia que en el proceso es necesario analizar y revisar la articulación de las actividades y evidencias con la documentación del Sistema Integrado de Gestión de la Calidad de las UTS.

La importancia de actualizar la identificación del producto y servicio no conforme, en aras de mitigar la liberación de servicios de calidad inconforme, especialmente con los procesos de la cadena de valor de las UTS.

Las observaciones detectadas ayudarían a la mejora continua institucional teniendo en cuenta que están relacionadas con la actualización de la documentación del proceso.

HALLAZGOS

Tipo: Oportunidades de mejora (OP), Se detectaron tres (3).

Causa: Información documentada desactualizada.

Tipo: NO Conformidad (NC), Se identificó una (1).

Causa: Relacionada con el incumplimiento de las fechas de los planes de acción de las acciones de mejora documentadas del proceso.

3. INVESTIGACIÓN.

El equipo auditor identifica que en las Unidades tecnológicas de Santander UTS, el desarrollo y fortalecimiento de la investigación, ha venido fortaleciendo una cultura investigativa y sus grupos de investigación, con unos aportes claros a la generación de conocimiento, el desarrollo de la innovación y favoreciendo los procesos de transferencia, una producción intelectual visible y

reconocida por sus pares académicos y COLCIENCIAS. Por lo anterior es importante la articulación con los procesos que forman la cadena de valor de las UTS, Extensión y Docencia, promoviendo de esta manera la constante motivación hacia la investigación y generando mayor reconocimiento en la institución.

Se deja la recomendación de actualizar la identificación del producto y servicio no conforme, en aras de mitigar la liberación de servicios de calidad inconforme.

HALLAZGOS

Tipo: Oportunidades de mejora (OP), Se detectaron tres (3).

Causa: corresponden al mejoramiento de la documentación del proceso, así mismo la revisión de la satisfacción del cliente que interviene en el proceso y finalmente la articulación con docencia y extensión mencionada anteriormente.

4. EXTENSIÓN INSTITUCIONAL.

El equipo auditor observa que el proceso realizó actualización de la documentación del proceso mediante una planificación de cambios propuesta en el formato F-SIG-36 teniendo en cuenta el cambio en la denominación del proceso, permitiendo y garantizando la integridad del Sistema de Gestión de Calidad y manteniendo la integridad de los documentos correspondientes al sistema como Matriz de Partes interesadas, caracterización y demás documentación necesaria para su funcionamiento.

HALLAZGOS

Tipo: Oportunidades de mejora (OP), Se detectó una (1).

Causa: Relacionada con los resultados obtenidos en la satisfacción del cliente según los servicios prestados, estos ayudarían a la mejora continua institucional.

PROCESOS DE APOYO

5. ADMISIONES Y MATRICULAS.

El equipo auditor evidencia un proceso que inicia su gestión usando el principio de planeación, sincronizándose con el calendario académico y determinando la secuencia de sus actividades dando a cumplimiento a los objetivos institucionales. Se resalta el uso de las tecnológicas de información y comunicación TIC, al interior del proceso, lo cual ha permitido se ejecuten las actividades y obteniendo resultados favorables desde la virtualidad.

HALLAZGOS

Tipo: Oportunidades de mejora (OP), Se detectaron tres (3).

Causa: Información documentada desactualizadas, estas apoyan con la actualización de la documentación del proceso.

6. GESTIÓN ADMINISTRATIVA.

En el proceso de Gestión Administrativa fueron auditados los siguientes grupos de trabajo: Dirección de Talento Humano, Coordinación de Atención al Ciudadano y Coordinación de Seguridad y Salud en el trabajo.

El equipo auditor observa que el proceso inicia su gestión usando el principio de planeación, sincronizándose con el calendario académico y determinando la secuencia de sus actividades dando cumplimiento a los objetivos institucionales, partiendo desde la Dirección y sus grupos de trabajo.

Demuestra conocimiento del seguimiento, medición y análisis de los indicadores de gestión a través de la Matriz F-SIG-44 con el fin de asegurar los resultados deseados en el proceso.

HALLAZGOS

Tipo: Oportunidades de mejora (OP), Se detectaron cuatro (4).

Causas: Se observa necesidad de actualización de la documentación del proceso, como Matriz de riesgos, caracterización y procedimientos del proceso. Adicional, la revisión de estrategias para fortalecer el proceso de Atención al ciudadano.

7. GESTIÓN DOCUMENTAL.

El equipo auditor resalta la conveniencia de este proceso para la aplicación de la Norma ISO NTC 9001:2015, su caracterización es adecuada para el proceso que compone, así como es adecuada para la realidad institucional. Se realizan recomendaciones para el control documental y ajuste en algunos procedimientos. Lo que se plasma en la tabla de Oportunidades de Mejora hacia el logro de los objetivos del Sistema de Gestión de la Calidad de acuerdo al numeral 10.3 de la NTC ISO 9001:2015

HALLAZGOS

Tipo: Oportunidades de mejora (OP), Se detectaron cinco (5).

Causa: Enfocadas en la mejora continua institucional teniendo en cuenta que están relacionadas con la actualización de la documentación del proceso motivando a complementar y ajustar procedimientos y formatos.

Tipo: NO Conformidad (NC), Se establecieron seis (6).

Causas: Corresponden a la necesidad de actualización de la información documentada para el proceso y existencia de registros que demuestran el desarrollo de actividades establecidas en los procedimientos del proceso.

8. INTERNACIONALIZACIÓN.

El equipo auditor identifica que el proceso muestra articulación con los procesos misionales, Gestión Jurídica y Admisiones y Matricula, en aras de promover la movilidad y la gestión de los convenios y alianzas interinstitucionales.

HALLAZGOS

Tipo: Oportunidades de mejora (OP), Se detectaron cinco (5)

Causas: Estas corresponden a mejoramiento de la documentación propia del proceso y revisión de estrategias de satisfacción del cliente.

PROCESO DE EVALUACIÓN Y CONTROL

9. CONTROL DE EVALUACIÓN

El equipo auditor resalta la conveniencia de este proceso para la aplicación de la Norma ISO NTC 9001:2015, lo cual magnifica la importancia de la actualización permanente de sus requisitos se acuerdo a la Norma Internacional y la adecuada gestión de los riesgos institucionales.

Es importante que el proceso de Control de Evaluación analice la necesidad de incorporar procedimientos que den cuenta de las nuevas disposiciones legales vigentes sobre la presentación de informes de ley que incluyan el FURAG.

HALLAZGOS

Tipo: Oportunidades de mejora (OP), Se detectaron tres (3).

Causas: Enfocadas en la revisión de la documentación del proceso y las Tablas de Retención Documental.

Tipo: NO Conformidad (NC) Se detectan tres (3)

Causas: Falta de registros de actividades contempladas en los procedimientos, así mismo la necesidad de actualizar documentación normativa incluida en la Matriz de requisitos legales del proceso documentada en el Sistema Integrado de Gestión de Calidad de las UTS.

10. SOPORTE SIG

El equipo auditor resalta la conveniencia de este proceso para la aplicación de la Norma ISO NTC 9001:2015, lo cual magnifica la importancia de la actualización permanente de sus requisitos de acuerdo a la Norma Internacional y la adecuada gestión de los riesgos institucionales.

HALLAZGOS

Tipo: Oportunidades de mejora (OP), Se detectaron tres (3)

Causas: Información documentada desactualizada y el fortalecimiento a la mejora continua institucional teniendo en cuenta que están relacionadas con los lineamientos estratégicos del sistema.

En el siguiente punto se presentan los hallazgos detectados durante la auditorias internas anteriormente mencionadas las cuales fueron socializadas durante la auditoria y presentadas al líder de cada proceso a través del informe de cada proceso, estos hallazgos fueron aceptados por los lideres de cada proceso.

El día 13 de Julio se realiza reunión de cierre de auditorias internas 2021.

3. HALLAZGOS

RESULTADOS GENERALES:

PROCESO	OPORTUNIDADES DE MEJORA	NO CONFORMIDADES	TOTAL
Seguimiento y Control	3	3	6
Docencia	3	1	4
Investigación	3	0	3
Extensión Institucional	1	0	1
Admisiones y Matriculas	3	0	3
Gestión Administrativa	4	0	4
Gestión Documental	5	6	11
Internacionalización	5	0	5
Control de Evaluación	3	3	6
Soporte al Sistema Integrado de Gestión	3	0	3
TOTAL	33	13	46

OPORTUNIDADES DE MEJORA (OM):

No	DESCRIPCIÓN	PROCESO
1	Verificar las categorías redactadas en el formato F-PL-13 Matriz Mapa de Riesgo de Gestión del proceso Seguimiento y Control, con el fin de confirmar que estas, sean coherentes con las definiciones planteadas en el instructivo que acompaña dicho Mapa de Riesgo de Gestión. E incluir las acciones de mitigación realizadas con relación al Riesgo de Gestión “Cruce de Información Estadística” a la fecha de esta auditoría interna.	Seguimiento y Control
2	Verificar frente al instructivo el Riesgo de Seguridad digital definido en el Mapa del Riesgo de Gestión del proceso auditado, el cual cuenta con un control Manual de acuerdo al instructivo relacionado, aunque el control existente es guardar en la nube, por lo que se considera pertinente revisarlo y confirmar la pertinencia de dicho control.	Seguimiento y Control
3	Realizar seguimiento y actualización de las acciones de mitigación implementadas planteadas en el Riesgo de Gestión “Diferencia en el cruce de información estadística”, formulado en el Mapa de Riesgo en el año 2020 las cuales se repiten en el Mapa de Riesgo del año 2021, so pena de llegar a afectar el cumplimiento de los numerales 4.1, numeral 5.1.2 literal b, numeral 6.1.1 literales a, b, c y d, numeral 6.1.2 literal b-1, numeral 6.2.1 literal e de la NTC ISO 9001:2015.	Seguimiento y Control
4	Se sugiere realizar actualización de la Matriz de Partes Interesadas del proceso de docencia documentada a través del formato F-SIG-40, teniendo en cuenta que su última fecha de actualización fue en la vigencia 2017. Numeral 4.2 NTC ISO 9001:2015.	Docencia
5	Se observa que en el proceso de control de asistencia de los estudiantes se manejan documentos de trabajo internos que no se encuentran estandarizados en el sistema, se recomienda formalizar formatos que se encuentran sin codificación del Sistema Integrado de Gestión. Numeral 7.5 NTC ISO 9001:2015.	Docencia
6	Se recomienda realizar revisión de los procedimientos del proceso e identificar necesidades de actualización toda vez que existen algunos cuya última fecha de actualización fue en las vigencias 2010 a 2015: P-DC-07 Asignación de aulas y control de asistencia Docente P-DC-12 Procedimiento para la revisión de los requisitos legales y planificación de la prestación del servicio educativo P-DC-01 Asignación de la carga académica y hoja de vida Docente P-DC-02 Transferencia interna, cambio de jornada y transferencia externa P-DC-08 Seguimiento y control de las tutorías P-DC-09 Readmisión P-DC-10 Aprobación de asignaturas mediante examen de autosuficiencia P-DC-11 Revisión y recalificación de notas. P-DC-14 Curso de vacaciones Numeral 7.5 NTC ISO 9001:2015	Docencia
7	Realizar revisión de las preguntas planteadas en la encuesta de satisfacción en aras de llegar con mayor precisión a los encuestados para el mejoramiento de la percepción del proceso.	Investigación
8	Crear estrategias de trabajo colaborativo con los procesos misionales de Extensión y Docencia generando reconocimiento de los servicios que se brindan desde Investigación a la comunidad en general.	Investigación

9	Realizar actualización de la documentación existente en la base documental para el proceso, teniendo en cuenta la caracterización y procedimientos.	Investigación
10	Realizar revisión de las preguntas planteadas en la encuesta de satisfacción en aras de llegar con mayor asertividad a los encuestados, adicional de mantener estrategias para el optimo reconocimiento de los servicios que brinda el proceso de Extensión Institucional a la comunidad en general.	Extensión Institucional
11	Se sugiere realizar actualización de Mapa de Riesgos, teniendo en cuenta las acciones de mitigación que previenen la materialización de los mismo.	Admisiones y Matriculas
12	Es conveniente realizar actualización de la documentación del proceso ya que se observa que existen cuatro (4) procedimientos que desde el 2017 no se actualizan. El procedimiento P-AM-03 Proceso Grado relaciona documentos en estado obsoleto (F-DC-16 – FDC-17 y F-PS-01) y así mismo en estos procedimientos no se incluye el hacer desde la virtualidad. Adicionalmente se deja recomendación de incluir en sus procedimientos el manejo que se da para el programa de Generación E, igualmente, la caracterización del proceso y la matriz de controles	Admisiones y Matriculas
13	Se recomienda revisar la Matriz de indicadores para que se contemplen actividades que nos permita medir la percepción del servicio teniendo en cuenta la oportunidad de respuesta oportuna al cliente	Admisiones y Matriculas
14	Se sugiere realizar actualización de Mapa de Riesgos, teniendo en cuenta las acciones de mitigación que previenen la materialización de los mismos, además teniendo en cuenta que su última actualización fue en la vigencia 2019. Numeral 6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades. NTC ISO 9001:2015.	Gestión Administrativa
15	Se recomienda la actualización de la Caracterización del proceso de Gestión Administrativa teniendo en cuenta la nueva versión 5.0. Numeral 4.4. Sistema de Gestión de Calidad y sus procesos, Numeral 7.5.2 Creación y actualización. NTC ISO 9001:2015.	Gestión Administrativa
16	Es conveniente realizar actualización de procedimientos del proceso ya que se observa que existe documentos desactualizados y que no incluyen la normatividad legal vigente y los nuevos métodos de hacer producto de los cambios en el contexto global. Como lo son: P-GA-01 Inducción y Reinducción, última actualización 2016. Incluir temas de virtualidad, desde el momento de la creación de la necesidad hasta la evaluación de la satisfacción; P-GA-06 Vinculación del personal de carrera Administrativa Ultima actualización en 2009; I-GA-01 Tramite de permisos laborales, última actualización 2016 y P-GA-05 Procedimiento para la contratación de prestación de servicios este debe incluir las nuevas necesidades del SECOP II y articulación con el proceso de gestión Financiera, en lo concerniente al trámite de cuentas. Numeral 7.5.2 Creación y actualización. NTC ISO 9001:2015.	Gestión Administrativa
17	Se evidencia a través del informe de PQRSDf un incremento considerable en las quejas y reclamos en la vigencia 2020, se deja como recomendación analizar la implementación de estrategias generales para crear oportunidades de fortalecer nuestro servicio y seguir en el camino hacia la excelencia, además de lograr una eficiente y eficaz en la atención del servicio solicitado por la comunidad Uteísta. Numeral 9.1.2 Satisfacción del cliente NTC ISO 9001:2015.	Gestión Administrativa

18	Revisar si el numeral 5.1 del P-GD-05 “Procedimiento para la organización y control de los archivos de gestión y archivo central” se puede complementar con la actividad 1, 2 y 1. 3 del P-GD-01 “Procedimiento transferencias documentales al archivo central” dado que el procedimiento P-GD-01 de junio de 2018, fue subsumido por el procedimiento P-GD-05 V.3 de 2019.	Gestión Documental
19	Completar el formato F-SIG-42 Matriz de Requisitos Legales con normatividad interna puesto que al revisar dicho formato se da cuenta solo de normatividad externa (de ley). El proceso cuenta con algunas resoluciones como: la Resolución 02-476 de 2017 por la cual se conforman los grupos internos de trabajo, Artículo sexto, numeral VII Grupo de Gestión documental. La Resolución 02-420 de 2019 por el cual se adoptó el programa de Gestión Documental para las Unidades Tecnológicas de Santander	Gestión Documental
20	Incluir en la Matriz de Comunicaciones la actividad número 9 del P-GD-11 “Procedimiento de valoración de documentos”, que hace referencia a publicar las Tablas de Valoración Documental TVD en la página Web institucional.	Gestión Documental
21	Ajustar la forma de evaluar los resultados de las capacitaciones de acuerdo al tipo de competencia laboral que es práctica. Lo cual puede potenciar resultados positivos al considerar los auditados que las capacitaciones no han logrado el impacto esperado al observar que algunos procesos no aplican las Tablas de Retención Documental.	Gestión Documental
22	Cerrar el ciclo del procedimiento P-GD-07 “Procedimiento de producción de documentos” numeral 5.2 sobre la recepción de correspondencia. No está claro el paso a seguir cuando se determine que la misma no es de competencia de la institución (UTS), de alguna área, proceso, oficina o grupo interno de trabajo.	Gestión Documental
23	Se considera pertinente afianzar los conocimientos del Sistema de Gestión de Calidad y las herramientas de medición y apoyo al interior del proceso y sus grupos de trabajo como una estrategia de fortalecimiento institucional Numeral 4 “Contexto de la Organización” de la NTC ISO 9001:2015	Internacionalización
24	Es conveniente realizar actualización de la caracterización del proceso toda vez que se evidencia que existen actividades con cargos desactualizados. Numeral 7.5. “Información Documentada” de la norma ISO 9001:2015	Internacionalización
25	Se sugiere realizar actualización de la Matriz de Requisitos legales F-SIG-42 aplicables para el proceso teniendo en cuenta que existe normatividad legal vigente que no se tiene incluida en la misma. Numeral 7.5. “Información Documentada” de la norma ISO 9001:2015	Internacionalización
26	Es conveniente realizar actualización de la documentación del proceso ya que se observa que existen cuatro (4) procedimientos que no se incluye el hacer desde la virtualidad, así mismo el procedimiento P-INT-03 Acuerdo Práctica Empresarial, actualizado en 2019 relaciona formato F-DC-89 Requerimientos prácticas, el cual se encuentra obsoleto. Numeral 7.5.2 Creación y actualización. NTC ISO 9001:2015	Internacionalización
27	Se deja como recomendación analizar la implementación de estrategias generales para crear oportunidades de fortalecer el servicio y seguir en el camino hacia la excelencia, además de lograr una eficiente y eficaz reconocimiento por parte de la comunidad Uteísta. Numeral 9.1.2 Satisfacción del cliente NTC ISO 9001:2015	Internacionalización

28	Involucrar al equipo del proceso Soporte al Sistema Integrado de Gestión SIG, en el P- SIG-02 Procedimiento para la revisión de los requisitos legales y reglamentarios que en su numeral 4.1, actividad 1 dice "Se debe realizar mensualmente la consulta a estas fuentes y las que el proceso considere, para identificar nuevos requisitos o si los existentes han sido modificados o derogados" teniendo como responsable al responsable del Proceso. De forma que no se deje a la libre determinación de los líderes de los procesos favoreciendo así el cumplimiento legal actualizado por parte de la institución y controlando la materialización de algún posible riesgo no identificado.	Soporte SIG
29	Documentar las mediciones con las cuales comprueban que las acciones correctivas establecidas dentro de una No Conformidad realmente fueron eficaces. Así como evidenciar por parte del proceso el análisis de la causa raíz y su coherencia con las acciones establecidas como parte de cierre de las mismas.	Soporte SIG
30	Definir con la alta dirección acciones a implementar en el caso hallazgos sistemáticos o recurrentes, como consecuencia del poco interés de algún líder de proceso para implementar oportunamente las acciones de mejora o correctivas.	Soporte SIG
31	Apropiar la Matriz de Identificación y Evaluación de Partes Interesadas formato F-SIG- 41, en aras de lograr las interacciones necesarias con otros procesos hacia el alcance de los indicadores de gestión institucionales.	Control de evaluación
32	Gestionar en su Tabla de Retención Documental el código 12-21 Derecho de petición y solicitudes, para la gestión de los PQRS. El cual no se evidenció en la auditoría. A la fecha de la auditoria no cuentan con PQRS, pero la líder del proceso hace referencia a solo un caso recibido, pero no lo tiene documentado.	Control de evaluación
33	Establecer elementos diferenciadores con el proceso Seguimiento y Control que hace parte de los procesos estratégicos de la institución. Pues se identificó en el formato F- SIG-24 Mapa de Controles del Proceso de Control de Evaluación, un procedimiento denominado Seguimiento y Control de la Gestión Institucional lo cual puede inducir a errores de interpretación, de monitoreo o de gestión por parte de los procesos involucrados que podrían ir en contra del Sistema Integrado de Gestión y sus indicadores institucionales.	Control de evaluación

NO CONFORMIDADES (NC):

No	DESCRIPCIÓN	REQUISITO INCUMPLIDO	PROCESO
1	No se evidencia la firma del responsable del diligenciamiento de la información en el formato F-SC-05 Matriz de Seguimiento y Evaluación del Plan de Acción Anual. Se manifiesta que dicho formato no lleva rubrica, la cual es necesaria como una forma de proteger el documento contra modificaciones no intencionadas. Incumpliendo el numeral 7.5.3 literal b.	Numeral 7.5.3 literal b	Seguimiento y Control

2	<p>No se evidencia documentación sobre la ejecución y seguimiento del control en el Mapa de Riesgos de Gestión en el Riesgo de Gestión “Diferencia en el cruce de información estadística” formulado en el Mapa de Riesgo en el año 2020 y el cual continua al año 2021. Se manifiesta su no aplicación dada la no materialización del riesgo, generándose un nuevo posible riesgo con relación al no alcance de uno de los Objetivos del Sistema Integrado de Gestión SIG literal a. “Divulgar oportunamente la información pertinente a la comunidad institucional, debidamente validada por la autoridad competente”. Incumpliendo el numeral 6.2.1 literal e, numeral 8.5.1 literales f y g, numeral 9.1.1 literal b de la NTC ISO 9001:2015.</p>	<p>Numeral 6.2.1 literal e, numeral 8.5.1 literales f y g, numeral 9.1.1 literal b de la NTCISO 9001:2015.</p>	<p>Seguimiento y Control</p>
3	<p>No se evidencia que el proceso cuente con la información documentada sobre el perfil y requerimiento del personal especializado para la gestión del Riesgo de Gestión “Cruce de información estadística” formulado en el Mapa de Riesgos 2020 y 2021, ante la alta dirección. Aun cuando el Mapa de Riesgos establece como una de las posibles causas para las diferencias en la información estadística a fallas humanas. Incumpliendo el numeral 7.2 literales a y d, de la NTC ISO 9001:2015</p>	<p>Numeral 7.2 literales a y d de la NTC ISO 9001:20015</p>	<p>Seguimiento y Control</p>
4	<p>No se evidencia cumplimiento en las fechas establecidas en el plan de acción correspondiente a las acciones de mejora documentadas del proceso de docencia resultado de la auditoria de la vigencia 2020.</p>	<p>10.1 Mejora Generalidades literal (a, b y c)</p>	<p>Docencia</p>
5	<p>No se evidencia actualización del procedimiento P-GD-05 “Procedimiento para la organización y control de los archivos de gestión y archivo central”, el cual contempla dentro del punto 5.1 las actividades 8 y 9 evidenciadas con el registro F-PL-11 “Cronograma de actividades” a través del cual las dependencias elaboran el calendario de transferencias documentales; el formato ya no hace parte de la Base Documental. Se evidencia un incumplimiento de la Norma NTC ISO 9001:2015 Numeral 6.1.1. literal c. Numeral 7.5 y el Numeral 7.5.2.</p>	<p>Norma NTC ISO 9001:2015. Numeral 6.1.1 “Acciones para abordar riesgos y oportunidades” literal c, Numeral 7.5 “Información documentada” y el Numeral 7.5.2” Creación y actualización”</p>	<p>Gestión Documental</p>
6	<p>No se evidencia un Plan de Acción que ataque la causa raíz del hallazgo realizado en el Informe Final de Auditorías Internas en la vigencia 2020 “El proceso de Gestión Documental debe planificar, implementar y controlar que sus actividades logren los resultados previstos, dado que se evidenció que, en la mayoría de los procesos auditados, existe desconocimiento sobre la existencia de las Tablas de Retención</p>	<p>Norma NTC ISO 9001:2015. Numeral 10.2.1 “No conformidad y acción correctiva” literales b y d</p>	<p>Gestión Documental</p>

	Documental y las políticas de archivo adoptadas por la institución”. Incumpliendo la Norma NTC ISO 9001:2015 Numeral 10.2.1 literal b y d.		
7	No se evidencia el cumplimiento del procedimiento P-GD-12 “Procedimiento para entrega y/o devolución de archivos por parte de los funcionarios públicos de las UTS”, en el 1er semestre de 2021. Se presenta parcialmente una evidencia en la auditoria sobre el Sr. Manuel Jaimes Parra, se solicita enviar información completa al correo electrónico de los auditores, pero se envía la información de la Sra. Melissa Aguirre Cajias, donde no se evidencia el inicio del procedimiento por parte de la Dirección Administrativa de Talento Humano. Incumpliendo la Norma NTC ISO 9001:2015 en el Numeral 4.4.1 literal a y b y el Numeral 7.5.3 literal a.	Norma NTC ISO 9001:2015 Numeral 4.4.1 “Sistema de gestión de la calidad y sus procesos” literal a y b y el Numeral 7.5.3 “Control de la información documentada” literal a.	Gestión Documental
8	No se evidencia el cronograma de actividades tendiente a la conservación y manejo archivístico de la institución planteado en la Matriz de Caracterización del Proceso formato F-SIG-19. Incumpliendo la Norma NTC ISO 9001:2015 en su Numeral 4.4.1 literal a y Numeral 4.4.2 literal a y b.	Norma NTC ISO 9001:2015. Numeral 4.4. “Sistema de gestión de la calidad y sus procesos”, numeral 4.4.1. literal a y Numeral 4.4.2 literal a y b	Gestión Documental
9	No se evidencia durante la auditoria, documentación que soporte la acción de mitigación “Solicitar a la alta dirección la contratación de personal id neo para la aplicación y desarrollo de la ley de archivo” redactada en el formato F- PL-13 Mapa de Riesgos. Incumpliendo la Norma NTC ISO 9001:2015 en su Numeral 6.1.1 literales a, b, c y d. Numeral 7.5.3 literal a.	Norma NTC ISO 9001:2015 en su Numeral 6.1.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades” literales a, b, c y d. Numeral 7.5.3 “Control de la información documentada” literal a.	Gestión Documental
10	No se evidencia un protocolo que oriente el proceso de eliminación de documentos de forma que se logre controlar proveedores para el traslado de la documentación a eliminar, entidad que presta el servicio y mecanismos de etiquetado para diferenciar los documentos a eliminar de los documentos sensibles. Incumpliendo la Norma NTC ISO 9001:2015 Numeral 8.5.1 literales b, c, d, e, g y h y el Numeral 8.5.2	Norma NTC ISO 9001:2015 Numeral 8.5.1 “Control de la producción y de la provisión del servicio” literales b, c, d, e, g y h y el Numeral 8.5.2 “Identificación y trazabilidad”	Gestión Documental

11	No se evidenció actualización de los procedimientos P-EV-02 Seguimiento y Control a la Gestión Institucional, el P-EV-04 Evaluación Anual al Sistema de Control Interno, el P-EV-05 Seguimientos de Control Interno, P-EV-06 Auditorias de Control Interno, el P-EV-07 Autoevaluación de Control y Autoevaluación de Gestión el P-EV-09 Elaboración, ejecución y Seguimiento del Plan de Mejoramiento. Incumpliendo la Norma NTC ISO 9001:2015 el Numeral 7.5.2. literal b.	Norma NTC ISO 9001:2015 Numeral 7.5.2 "Creación y actualización" literal b	Control de Evaluación
12	No se evidencia el Plan Anual de auditorias a realizar durante la vigencia 2021, ni se evidencia la verificación al cronograma de visitas para realizar seguimiento al plan de acción institucional de las áreas estratégicas elaborado por la Oficina de Planeación. Actividades que se encuentran identificadas en la documentación estandarizada en el proceso. Incumpliendo con la norma NTC ISO 9001:2015 Numeral 7.5.3 "Control de la información documentada"	Norma NTC ISO 9001:2015 Numeral 7.5.3 "Control de la información documentada"	Control de Evaluación
13	No se evidencio control documental sobre el formato F-SIG-42 Matriz de Requisitos legales siendo la norma más vigente expedida en el año 2017, excluyendo la normatividad vigente con relación a la transparencia, integridad, el manual de contratación versión 13 de 2018, normatividad sobre evaluación de desempeño y la emergencia sanitaria entre otras. Incumpliendo la NTC ISO 9001: 2015 Numeral 4.1. Numeral 5.1 literal a, c, d, e, g, h, i, j y el numeral 6.1. literales a ,b ,c y d.	Norma NTC ISO 9001:2015 NTC ISO 9001: 2015 Numeral 4.1. "Comprensión de la Organización y su contexto. Numeral 5.1 "Liderazgo y compromiso" literal a, c, d, e, g, h, i, j y el numeral 6.1. "Acciones para abordar riesgos y oportunidades" literales a ,b ,c y d.	Control de Evaluación

BUENAS PRÁCTICAS (BP):

NO.	DESCRIPCIÓN	PROCESO (S)
1	Se observa como fortaleza la gestión oportuna de la información y documentos controlados en el One Drive adaptándose a las condiciones externas del contexto como lo son los lineamientos nacionales generados por el Covid 19, en cumplimiento de las diferentes Emergencias Sanitarias emanadas por el gobierno nacional y los lineamientos institucionales para la no presencialidad.	Seguimiento y Control
2	Adaptarse a los cambios viendo como oportunidad en el manejo de las tecnologías TIC, para el buen funcionamiento del proceso, sin afectar la calidad y apoyando la continuidad de la misión institucional	Docencia, Gestión Administrativa, Admisiones y Matriculas e Internacionalización

3	Gestionar y replantear el buen uso de los recursos financieros, promoviendo la eficiencia en diversas actividades, mediante la realización de otros proyectos generando continuidad al proceso.	Investigación
4	Como estrategia el constante uso de las herramientas de comunicación Institucional, para el reconocimiento del proceso.	Extensión Institucional
5	El proceso de Gestión Documental demuestra haberse adaptado a la virtualidad impuesta por el COVID 19, logrando satisfacer las necesidades de sus partes interesadas (usuarios) en el trámite de información. Utilizando canales como el correo electrónico, la página Web www.uts.edu.co y el DRIVE.	Gestión Documental
6	El equipo de trabajo muestra adecuada organización de su información, uso de las Tablas de Retención Documental y habilidad para el acceso a la base documental en la página web www.uts.edu.co para la gestión de su proceso.	Gestión Documental
7	El equipo de trabajo muestra uso de las Tablas de Retención Documental y actualización permanente de sus registros. De igual forma el fácil acceso del equipo a la información organizada en el DRIVE.	Soporte SIG
8	Se ha acogido la oportunidad de mejora planteada en la auditoría interna 2020, sobre el análisis y uso de los informes de trimestrales de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias PQRS entregados por la Oficina de Atención al Ciudadano como estrategia para la mejora continua en la prestación del servicio y el fortalecimiento del Sistema Integrado de Gestión de la institución.	Soporte SIG

ASPECTOS POSITIVOS (AP):

NO	DESCRIPCIÓN	PROCESO
1.	La adecuación locativa realizada en el sótano del edificio A, de la sede principal de las UTS en la ciudad de Bucaramanga, del cual se trasladaron unas oficinas quedó solo para atender el archivo central, favoreciendo las acciones de mitigación para el control de riesgos de inundación.	Gestión Documental
2.	El concepto favorable por parte del Ministerio de Educación Nacional que obtuvo el Campus Barrancabermeja sobre las condiciones de calidad institucionales en aspectos como: cultura de autoevaluación, estructura administrativa y académica, programa de egresados, modelo de bienestar, entre otros factores que garantizan el cumplimiento de las metas	Docencia
3.	La celebración del convenio entre Ecopetrol y las UTS, que demuestra la confianza y ratificando la calidad académica de nuestros estudiantes permitiendo ser parte de Ecopetrol para realizar las practicas.	Internacionalización

4. CONCLUSIONES

En términos generales y como resultado del ciclo de auditorías internas efectuado, el Sistema de Gestión de Calidad implementado en la institución es conforme con las disposiciones planificadas, con los requisitos de la NTC ISO 9001:2015, y se ha implementado y se mantiene de manera eficaz, eficiente y efectivo con sus correspondientes observaciones y acciones de mejora identificadas generadas por las auditorías realizadas.

Se dio cumplimiento con el plan y programa de auditorías internas vigencia 2021, se identificaron treinta y tres (33) Oportunidades de Mejora y trece (13) No conformidades. Cabe resaltar que debido a la presentación de replicas sobre los informes de las auditorías por procesos se extendió la fecha de entrega del informe final de auditorías.

El sistemas denota su madurez, los lideres de procesos cada vez mas involucrados y familiarizados con el sistema.

El fortalecimiento de los conocimientos frente al Sistema Integrado de Gestión en los diferentes procesos, demostrando mejora continua, lo cual se puede evidenciar en los resultados de la auditoría.

Se debe propender por aplicar el principio de planificación y mejora continua en la gestión de los procesos, mediante el uso de las diferentes herramientas del Sistemas, como lo son F-SIG – 36 Planificación de cambios y F-SIG.33 Acciones Correctivas y de Mejora.

Es importante continuar con el proceso de sensibilización sobre el uso de las Tablas de Retención documental (TRD), lo cual se puede mejorar no solo a través de capacitaciones sino de actividades de seguimiento con los diferentes procesos, creando mecanismos para que los lideres y el personal que apoya la gestión en cada proceso, utilicen las TRD y se de aplicabilidad a la eficiente gestión documental.

RECOMENDACIONES:

- Mantener la documentación de cada proceso con la información necesaria y actualizada según sus necesidades, aplicando el principio de economía y eficiencia.
- Atender las oportunidades de mejora y no conformidades descritas en cada una de los informes, que permitirán orientar la mejora continua del Sistema de Gestión de Calidad de la institución.
- Es importante que los líderes de los procesos que tienen preguntas relacionadas con el proceso en la encuesta de satisfacción, tengan en cuenta que una vez socializados los resultados semestrales, los que no alcancen la meta establecida deben implementar acciones correctivas o de mejora, asegurando que sea documentado el tratamiento.
- Es necesario realizar seguimiento a los planes de acción documentados a través del formato F-SIG-33 Acciones Correctivas y de Mejora, toda vez que a la fecha se encuentran acciones vencidas en estado abierto; así mismo el conocimiento sobre las evidencias que dan cumplimiento con los planes de acción.
- Que todas las acciones estén encaminadas a la mejora continua y se mantengan las evidencias necesarias.

LECCIONES APRENDIDAS:

Las lecciones aprendidas corresponden a la suma de todo conocimiento obtenido por experiencia o entendimiento, que pueden ser positivas o negativas. Durante el desarrollo de las entrevistas con los procesos auditados, se identificaron las siguientes:

Todos los procesos: El mantener la base documental actualizada genera rapidez y eficiencia en el desarrollo de las actividades de los diferentes procesos, especialmente en estos momentos de contingencia sanitaria, es aquí donde se ve la aplicabilidad de los principios de la calidad,

Fecha de aprobación informe final de auditoría interna: Agosto-05-2021

EQUIPO AUDITOR	FIRMA
Líder de Auditoría Nombre: Andrea Mantilla Cardona	
Auditor proceso: Nombre: María del Pilar Zuluaga.	
Auditor proceso: Nombre: Adriana Vanegas Aguilar	Adriana Vanegas. A .
REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN	FIRMA
Nombre: Adriana Vanegas Aguilar Cargo: Jefe Oficina de Planeación	Adriana Vanegas. A .