

1. INFORMACIÓN GENERAL				
<b>LUGAR</b>	Bucaramanga			
<b>DURACIÓN AUDITORÍA</b>	<b>FECHA DE INICIO</b>	Marzo-19-2020 (presencial) Julio-21- 2020 (remota)	<b>FECHA FINALIZACIÓN</b>	08 de Septiembre de 2020
<b>PROCESO(S) AUDITADO(S)</b>	<b>NOMBRE DE PROCESO</b>	<b>RESPONSABLES O LÍDER DE PROCESO</b>		
	Comunicación Institucional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Smith Ortega Quintero Coordinadora Grupo de Comunicación e imagen</li> <li>• Jhon Velásquez Ariza Coordinador Grupo de Prensa y Representación Institucional</li> <li>• Ludwing Rengifo Villalba Coordinador Grupo de Mercadeo y Protocolo</li> </ul>		
	Planeación Institucional Soporte SIG	Adriana Vanegas Aguilar Jefe Oficina de Planeación		
	Docencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alberto Serrano Acevedo Vicerrector Académico</li> <li>• Favio Eduardo Solano Castellanos Decano Facultad de Ciencias Naturales e Ingenierías</li> <li>• Cielo Gómez Bustos Jefe Oficina de Autoevaluación y Calidad Académica</li> <li>• Richard Caicedo Rico Jefe Oficina de Desarrollo Académico</li> <li>• Orlando Orduz Corredor Decano Facultad de Ciencias Socioeconómicas y empresariales</li> <li>• Daniel Alexander Velazco Capacho Coordinador Programa de Ingeniería Electrónica</li> <li>• María Delma Pineda Moreno Coordinadora del Programa de Contabilidad Financiera</li> <li>• Marco Antonio Pereira Medina Jefe Oficina Prospectiva Académica e Inteligencia Competitiva</li> </ul>		
	Investigación	Javier Mauricio Mendoza Paredes Director de Investigaciones y Extensión		
	Extensión Institucional	Herman Ramírez Gómez Coordinador Grupo de Extensión Institucional		
	Gestión Administrativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edgar Pachón Arciniegas Secretario General Coordinador Grupo Atención al Ciudadano (E)</li> <li>• Sonnia Yaneth García Benítez Directora Administrativa de Talento Humano</li> <li>• Claudia Milena Torres Fiallo Coordinadora Grupo de Seguridad y Salud en el Trabajo</li> <li>• Juliana Andrea Ortiz Agredo</li> </ul>		

		Jefe Oficina de Control Interno Disciplinario
	Gestión Documental	Sandra Milena Fernández Gómez Profesional Universitario Grupo de Gestión Documental
	Gestión Financiera	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Humberto Rangel Lizcano Vicerrector Administrativo y Financiero</li> <li>• Griselda Pulido Jaimes Jefe Oficina de Contabilidad</li> </ul>
	Gestión Jurídica	Olga Lucia Pineda Villamizar Jefe Oficina Jurídica
	Infraestructura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fredy Arturo Peña Noriega Jefe Oficina Infraestructura</li> <li>• Juan Carlos Diaz Gómez Coordinador Grupo de Recursos Informáticos</li> <li>• Marleny Ruiz Sanabria Coordinadora Grupo de Recursos de Información para la Enseñanza y el Aprendizaje</li> </ul>
<b>EQUIPO AUDITOR</b>	<b>EQUIPO AUDITOR</b>	<b>ROL</b>
	Andrea Mantilla Cardona Lizeth Velandía Mojica Sandra Fernández Gómez Sergio Rubio Castillo	Auditor Líder (AL) Auditor Líder (AL) Auditor por procesos (AP) Auditor en Formación (AF)
<b>OBJETIVO DE LA AUDITORÍA</b>	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.	
<b>ALCANCE DE LA AUDITORÍA</b>	Ejecución del programa de auditorías internas a los siguientes procesos del Sistema de Gestión de Calidad de las Unidades Tecnológicas de Santander – UTS: Planificación Institucional, Comunicación Institucional, Docencia, Investigación, Extensión Institucional, Gestión Administrativa, Gestión Financiera, Gestión Documental, Gestión Jurídica, Infraestructura y Logística, Soporte al Sistema Integrado de Gestión.	
<b>CRITERIOS DE LA AUDITORÍA:</b>	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.	
<b>2. DESARROLLO DE LA AUDITORÍA</b>		
<p>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 2020 mediante Acta N° 02 del 25 de febrero de 2020.</p> <p>Se da inició a las auditorías internas de manera presencial el día 19 de marzo de 2020 con el proceso de Comunicación Institucional, alcanzándose a realizar únicamente al Grupo de Mercadeo y Protocolo antes del inicio de la contingencia sanitaria. Mediante Circular de 24 de marzo, se comunicó a los líderes de los diferentes procesos el aplazamiento de las auditorías internas para la vigencia 2020.</p>		

Se presentó ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño MIPG el nuevo plan y programa de Auditorías Internas, contemplando en esta oportunidad 11 de los 18 procesos, fue aprobado mediante Acta N° 06 el 14 de Julio.

De manera virtual se realizó la reunión de apertura el día 21 de Julio de 2020, se contó con la asistencia de los líderes de los procesos, se presentó al 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://web.microsoftstream.com/video/ebe6be03-7c3e-463f-85db-69291090d2b9>.

Las auditorías internas de Calidad inician desde el día 21 de Julio hasta el 8 de septiembre de 2020, 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.
- 9.1. Seguimiento y medición de los procesos.
- 10. Mejora

Las entrevistas se realizaron teniendo en cuenta el alcance y los requisitos identificados en las listas de chequeo elaboradas por el equipo auditor y estandarizadas en la documentación del SIG bajo el formato “F-SIG-30 Lista de chequeo verificación de requisitos”, las cuales mantienen la estructura del Ciclo PHVA, planear, hacer, verificar y actuar, teniendo en cuenta los principios de auditoría, el enfoque en procesos, pensamiento basado en riesgos, herramientas de seguimiento y control y la mejora continua institucional.

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:

No.	PROCESOS AUDITADOS	TIEMPO ESTIMADO EN HORAS
1.	Comunicación Institucional	8
2.	Planeación Institucional	3
3.	Docencia	21
4.	Investigación	3
5.	Extensión Institucional	3
6.	Gestión Administrativa	13
7.	Gestión Jurídica	3
8.	Gestión Financiera	9
9.	Gestión Documental	3
10.	Infraestructura	9
11.	Soporte SIG	3
<b>TOTAL</b>		<b>78</b>

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 obtienen los siguientes resultados:

## **PROCESOS ESTRATÉGICOS**

### **1. COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL.**

La auditoría se realizó a los tres (3) grupos que conforman el proceso; se verificó la documentación del SIG, evidencias referentes a las pruebas de Orientación Vocacional Profesional OVP, metodología para identificar posibles estudiantes, manejo de la página Web, redes sociales, comunicación interna institucional, mecanismos para documentar noticias en medios externos como prensa, televisión, radio, página Web, entre otros.

La información anteriormente relacionada aportó a la verificación del óptimo desempeño del proceso a lo que se pudo identificar lo siguiente:

Se detectaron tres (3) Oportunidades de mejora, las cuales ayudarían a la mejora continua institucional teniendo en cuenta que están relacionadas con los lineamientos estratégicos del sistema, Matriz DOFA y Documentación del proceso importante para el proceso.

#### **HALLAZGO N.º 1.**

**Tipo:** No Conformidad

**Causa:** Se observó que no cuentan con los soportes que reflejen la aplicación de los controles identificados en el mapa de riesgos, lo cual corresponde a un incumplimiento frente a la generación de acciones para la mitigación de los riesgos y oportunidades.

### **2. PLANEACIÓN INSTITUCIONAL.**

Se revisó la información documentada del sistema y se basó en los conocimientos frente a caracterización, matriz de partes interesadas, matriz del contexto estratégico, matriz de riesgos institucionales.

Se establecieron cinco (5) oportunidades de mejora relacionadas con la actualización de procedimientos y formatos, fortalecimiento de conocimientos del sistema y se realizó la recomendación de unificar el proceso de Planeación Institucional con el proceso de Seguimiento y control.

#### **HALLAZGO N.º 2.**

**Tipo:** No Conformidad

**Causa:** Se identificaron formatos que no se encuentran asociados a los procedimientos existentes, incumpliendo con el principio de mantener actualizada la información documentada para asegurarse que sea apropiada.

## **PROCESOS MISIONALES**

### **3. INVESTIGACIÓN.**

Se realiza auditoría en temas relacionados con el conocimiento del sistema, documentación del proceso, matrices de seguimiento y control de indicadores y riesgos, tratamiento a las acciones identificadas en el proceso y estrategias para la continuidad con la gestión del proceso pese a la contingencia sanitaria.

Se detectaron dos (2) oportunidades de mejora, una para la administración de los riesgos, actualización del mapa y/o creación de nuevas estrategias para el tratamiento y control de las acciones existentes y la segunda acerca al fortalecimiento del conocimiento y actualización de la matriz de partes interesadas, DOFA y articulación con el sistema de Gestión de Calidad Institucional.

#### **4. DOCENCIA.**

Se realizó auditoría a la Vicerrectoría Académica, Decanaturas, oficinas de Desarrollo Académico y Autoevaluación Calidad Académica y a dos Coordinaciones de Programas Académicos, se resalta la labor del proceso de docencia que continuó prestando el servicio pese a la contingencia sanitaria, creando estrategias que generaron oportunidad entre la comunidad Uteista. Verificando las actividades que dan continuidad a la cadena de valor del proceso, el cual mostró sincronización entre los diferentes oficinas, grupos y dependencias viéndose reflejado en la satisfacción del estudiante, y los buenos resultados en las matrículas del segundo semestre 2020.

Se detectaron seis (6) oportunidades de mejora: Análisis y actualización de la matriz DOFA, administración de los Riesgos y estrategias para mitigarlos, identificación de producto o servicios no conforme, necesidades de actualización, eliminación o creación de la documentación del SIG. Por otro lado, existen falencias relacionadas con la falta de conocimiento en el cumplimiento de las directrices del proceso de Gestión Documental en lo referente al manejo de Archivo y Tablas de Retención Documental (TRD) según lo establecido en la Ley General de Archivo 594 del 2000.

#### **5. EXTENSIÓN INSTITUCIONAL.**

Se solicitaron actas de reunión que demostraran la articulación del proceso de extensión institucional con docencia especialmente en lo relacionado con las actividades de formación continua, así mismo, se presentaron soportes desde la presentación de propuestas de formación y de realización de cursos durante la vigencia actual. En cuanto al tema de atención a graduados demostraron con encuestas aplicadas el seguimiento realizado.

Se identificaron tres (3) oportunidades de mejora relacionadas con la pertinencia de los indicadores del proceso, actualización de la matriz de partes interesadas y necesidad de revisión de procedimientos propios del proceso.

#### **HALLAZGO N.º 3.**

**Tipo:** No conformidad.

**Causas:** Se realizó verificación de la planificación de cambios documentada en el proceso a través del formato "F-SIG-36", observando incumplimiento de las actividades en las fechas planteadas.

#### **PROCESOS DE APOYO**

#### **6. GESTIÓN ADMINISTRATIVA.**

Durante la entrevista con los líderes de los diferentes grupos, oficinas y dependencias que integran el proceso se solicitó la siguiente documentación como soporte del desarrollo de las actividades contenidas en cada grupo de trabajo: Informe de atención de PQRSDF, consolidado de Quejas y reclamos recibidas en el periodo correspondiente II Trimestre 2019 y 2020, Plan de Capacitación 2020, Informe de ejecución del plan de capacitación de la vigencia 2020, Presentaciones y listados de asistencia de jornadas de inducción y reinducción. Pantallazos de las herramientas tecnológicas usadas por la Dirección de Talento Humano, Plan de Seguridad y Salud en el trabajo vigencia 2020, Matriz de identificación de riesgos y peligros, Plan de emergencias, soportes de inducción y reinducción en temas de Seguridad y Salud en

el Trabajo, Resultados de la medición del clima laboral, estadísticas de accidentes laborales, evidencias de notificación y aplicación de exámenes de egreso.

Se detectaron ocho (8) oportunidades de mejora: enfocadas en actualizar la documentación del SIG. Así mismo, la importancia de fortalecer los conocimientos referentes al proceso de gestión documental.

## **7. GESTIÓN DOCUMENTAL.**

Teniendo en cuenta la auditoría practicada al proceso de Gestión Documental, donde se verificó, el avance del Plan Institucional de Archivos (PINAR), el Plan de Capacitaciones y demás documentos que fortalecen el inventario documental para el proceso.

El proceso ha procurado por dar continuidad al servicio pese a la contingencia sanitaria, se replanteo de manera rápida y como medida que aporta a la mejora continua de los procesos, considera razonable el proceso de una manera virtual, digitalizando la información e incluyendo firma digital en los documentos, medida que aporta a una entidad con compromiso ambiental en una campaña por minimizar el uso del papel y en términos de ley de archivo dar cumplimiento a lo deseado por el mecanismo de control nacional.

No obstante se dejan identificadas dos (2) oportunidades de mejora en aras de actualizar la documentación como la caracterización y matriz legal incluyendo la Ley 1712 de 2014 o de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional es la herramienta normativa que regula el ejercicio del derecho fundamental de acceso a la información pública en Colombia de igual manera articular el número de procedimientos los cuales podrían estar agrupados y simplificar la información documentada, adicional realizar y mantener un plan de capacitación institucional en aras de generar cultura de conocimiento al interior de los diferentes grupos de trabajo.

### **HALLAZGO NO. 4.**

**Tipo:** No conformidad.

**Causas:** Teniendo en cuenta el pensamiento basado en procesos, se percibió de manera sistémica en las auditorías Internas el desconocimiento y el poco uso de los criterios de Gestión Documental y Archivo en la Institución, razón por la cual se requiere realizar control de las operaciones identificando puntos críticos que permitan dar cumplimiento a los requisitos legales del proceso como también es importante fortalecer el uso de las Tablas de Retención Documental TRD en cada proceso, tanto en el archivo físico como digital, en aras de fortalecer y dar cumplimiento a lo establecido en la Ley General de Archivos 594 del 2000, esto último se tendrá contemplado como No Conformidad del sistema para el proceso de Gestión Documental y se verá reflejado en el presente informe en los hallazgos identificados de manera sistemática según la trazabilidad de las auditorías internas.

## **8. GESTIÓN JURÍDICA.**

La auditoría al proceso de Gestión Jurídica se realiza mediante el análisis de las actividades propias del proceso, el reconocimiento de las fases contractuales y los recursos con los que cuentan para la puesta en marcha de la gestión a lo cual se resalta la labor y los mecanismos de medición y trazabilidad mediante matrices de seguimiento y control de las actividades y sus responsables.

Se verifica el avance de la puesta en marcha del SECOP 2, que mediante convenios interadministrativos con la Gobernación de Santander han podido realizar plan piloto en aras de tomar experiencia de la metodología allí determinada, se deja la recomendación de actualización de la documentación teniendo en cuenta la regulación del Sistema de Información de Contratación Pública SECOP 2 más ahora que la crisis generada a raíz del COVID 19 los procesos se vienen realizando de manera virtual generando una buena práctica y oportunidades de mejora en el proceso.

Se debe realizar actualización de los documentos identificados en la base documental como la caracterización, matriz requisitos legales, procedimientos y formatos, así mismo los manuales de contratación y supervisión e interventoría los cuales deben ser actualizados y cargados en el inventario documental.

Adicionalmente y como medida de control y oportunidad del proceso actualizar la matriz de riesgos y sus controles establecidos.

Se determina una lección aprendida en términos de encontrar en esta contingencia sanitaria una oportunidad en los procesos de virtualidad como lo son la participación y la transparencia en la pluralidad de oferentes en los procesos contractuales.

Lo anterior evidenciado en el informe a través de las dos (2) buenas prácticas y tres (3) oportunidades de mejora.

## **9. GESTIÓN FINANCIERA.**

Se auditó la Vicerrectoría Administrativa y Financiera, la Oficina de Contabilidad y tres (3) grupos de trabajo, que conforman el proceso de gestión financiera. Se verificaron los procedimientos y documentos estandarizados del proceso, se realizaron ejercicios prácticos para revisar su alineación con las actividades diarias de los grupos de trabajo identificando la necesidad de actualizarlos, se solicitó la matriz de indicadores con su respectiva medición y la Matriz de requisitos legales.

Se identificaron cinco (5) oportunidades de mejora enfocadas en actualizar la documentación del proceso, toda vez que no se encuentra acorde con las actividades del día a día del proceso.

### **HALLAZGO N.º 5.**

**Tipo:** No conformidad.

**Causas:** Se detectó un incumplimiento en la actualización del instructivo para recepción de facturas, ya que, al verificar la pertinencia de este documento con las actividades y normatividad vigente, corresponde a un documento obsoleto.

### **HALLAZGO N.º 6.**

**Tipo:** No conformidad.

**Causas:** No se evidenció medición y análisis de los indicadores de gestión del proceso correspondiente al II Semestre de la vigencia 2019, de cinco de los ocho indicadores identificados en la Matriz de Indicadores "F-PL-12".

## **10. INFRAESTRUCTURA Y LOGÍSTICA**

Durante la auditoría se realizó entrevista a la Oficina de Infraestructura y a los (2) grupos de trabajo que conforman el proceso, fueron objeto de verificación los siguientes documentos: Matriz de requisitos legales, Hojas de vida de mantenimiento de equipos, Planes o cronogramas de mantenimiento, Informe de seguimiento de mantenimiento y evidencias de inducciones para acceso a la base de datos virtual con la cual cuenta la Biblioteca de las UTS.

El Grupo de Recursos Informáticos presentó la trazabilidad sobre la atención de las solicitudes la mesa de ayuda habilitada en la institución, demostraron la gestión realizada que permitió la creación de correos institucionales para acceder a la plataforma ATENA.

Se detectaron cuatro (4) oportunidades de mejora, las cuales corresponden a actualización de la información estandarizada del proceso en el SIG.

## **PROCESO DE EVALUACIÓN Y CONTROL**

## 11. SOPORTE SIG

Se solicitó la siguiente documentación: Cronograma de mantenimiento del SIG, cuadro de control de acciones correctivas y de mejora, evidencias de las acciones en estado abierto, manual de calidad, con lo cual se determinó que el proceso se basa en el principio de la planeación para cumplir con las actividades del proceso.

Determinaron cuatro (4) acciones de mejora, enfocadas en mejorar la documentación estandarizada en el sistema.

### HALLAZGO N.º 7.

**Tipo:** No conformidad.

**Causas:** Se identificaron formatos que no se asocian a los procedimientos existentes, incumpliendo con el principio de mantener actualizada la información documentada para asegurarse que sea apropiada.

### HALLAZGO N.º 8.

**Tipo:** No conformidad.

**Causas:** Existen archivos de gestión del sistema de calidad que no se están organizando conforme a la TRD, lo que genera falta de control de información documentada.

### HALLAZGO N.º 9.

**Tipo:** No conformidad.

**Causas:** Se realiza revisión del informe de revisión por la dirección y se percibe que no se está realizando seguimiento de manera efectiva de las peticiones, quejas y reclamos del cliente, incumpliendo con el deber de analizar el grado de percepción y atención de las necesidades y expectativas del cliente.

Al realizar el análisis se presentan en el punto 3. los hallazgos detectados durante las auditorías anteriormente mencionadas y comunicadas a través de los informes individuales por proceso, adicionalmente y partiendo del enfoque basado en procesos se observaron situaciones de manera sistémica lo que permitió identificar acciones que ponen en riesgo el sistema de gestión de calidad, especialmente la documentación y comprensión del SIG (DOFA, Riesgos, misión, visión, objetivos y política de calidad), la estandarización y documentación de cada proceso y el Sistema de Gestión Documental.

El día 18 de septiembre de 2020 se realiza reunión de cierre de auditorías internas 2020, en la cual se presentan los resultados generales, hallazgos y conclusiones del proceso efectuado.

## 3. HALLAZGOS

**RESULTADOS GENERALES:**

PROCESO	OPORTUNIDADES DE MEJORA	NO CONFORMIDADES	TOTAL
Comunicación Institucional	3	1	4
Planeación Institucional	6	1	7
Docencia	6	0	6
Investigación	2	0	2
Extensión Institucional	3	1	4
Gestión Administrativa	8	0	8
Gestión Jurídica	3	0	3
Gestión Financiera	5	2	7
Gestión Documental	2	1	3
Infraestructura y Logística	4	0	4
Soporte SIG	5	3	8
<b>TOTAL</b>	<b>47</b>	<b>9</b>	<b>56</b>

**BUENAS PRÁCTICAS (BP):**

No.	DESCRIPCIÓN	PROCESO
1.	Se identifica como buena práctica del proceso la inclusión de nuevas estrategias que promueven la difusión de actividades, noticias y servicios institucionales dirigidas al público en general mediante franjas de alta visibilidad en prensa, radio y televisión a cero costos.	Comunicación Institucional
2.	Se han desarrollado las actividades del proceso utilizando las diferentes herramientas tecnológicas adaptándose a los cambios generados por la contingencia sanitaria.	Planeación Institucional
3.	Se destaca la creación del Centro de atención y servicio académico CASA, como herramienta diseñada para garantizar la atención oportuna al estudiante, la cual ofrece mesa de ayuda, chat en línea, atención telefónica, videollamadas o emails con coordinadores de los programas académicos.	Docencia
4.	El Programa de Ingeniería Electrónica tiene implementados mecanismos enfocados en orientar a los estudiantes en el proceso de acompañamiento de matrícula, demostrando el liderazgo y compromiso con la satisfacción del cliente.	Docencia
5.	Se resalta el uso de las herramientas tecnológicas de información y comunicación (TIC) en el proceso auditado, las cuales jugaron un papel fundamental para continuar con la prestación del servicio sin afectar la calidad del mismo y manteniendo la satisfacción del cliente a pesar de la situación de emergencia sanitaria presentada a nivel nacional.	Docencia
6.	Mantener herramientas como SICCES para realizar estadísticas, análisis y generación de informes; además de mantener la trazabilidad de la información de la calidad académica.	Docencia

7.	Generar cultura Investigativa en las Unidades Tecnológicas de Santander mediante la dinamización y la creación del conocimiento nuevo, para estimular la actividad investigativa, la apropiación social, la transferencia y la innovación, aplicada a la gestión de cada uno de los programas, a la interacción con los sectores productivos y la comunidad en general, permitiendo aumentar la categoría en la Institución.	Investigación
8.	Se resalta el uso de las herramientas tecnológicas de información y comunicación (TIC) en el proceso auditado, las cuales durante el tiempo de aislamiento preventivo jugaron un papel fundamental para continuar con la prestación del servicio sin afectar la calidad del mismo, logrando una mayor cobertura y sincronización con estudiantes y egresados a través de diferentes seminarios y cursos.	Extensión Institucional
9.	Se identifica como fortaleza la articulación del proceso con los docentes asignados y los diferentes programas académicos, actividad que ha apoyado el proceso de proyección de programas de formación continua enfocados en mejorar los conocimientos de la comunidad Uteista.	Extensión Institucional
10.	A través de los convenios celebrados con el sector empresarial, gremios y fundaciones se han podido determinar necesidades de capacitación y han desarrollado cursos de formación continua para estos.	Extensión Institucional
11.	Se identifican como fortaleza las plataformas implementadas en el proceso como lo son el sistema Información Centralizada (NAS) y (Qsync), con las cuales garantizan un trabajo colaborativo y articulado con todos los integrantes del proceso, así mismo permiten salvaguardar la información referente al personal en las diferentes modalidades de vinculación.	Gestión Administrativa - Dirección de Talento Humano
12.	Se considera como positivo que pese a la pandemia se dio continuidad con las actividades del Plan Institucional de Capacitación de las UTS para la vigencia en curso, donde se fortalecieron temas vitales para continuar con las actividades desde casa del personal que labora en la institución.	Gestión Administrativa - Dirección de Talento Humano
13.	Se destaca que el Grupo de Seguridad y Salud en el trabajo adoptando los lineamientos a nivel nacional e institucionales generados por el COVID 19 y teniendo en cuenta el uso de las tecnologías, se reinventaron y han trabajado de manera mancomunada con la Oficina de Bienestar Institucional, manteniendo comunicación diaria a través de correo electrónico, y dinámicas implementadas de capacitación y acompañamiento informativo referente a la situación sanitaria con los estudiantes, personal docente (tiempo completo u hora catedra), personal administrativo de planta y contratistas, con lo cual se busca garantizar la seguridad, cuidar la salud y mejorar la calidad de vida de la comunidad uteista en tiempos de pandemia	Gestión Administrativa - Grupo de Seguridad y Salud en el Trabajo
14.	Se establece como buena práctica del proceso el espacio habilitado en la página web institucional bajo la ruta: Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo/Mitigación del COVID- 19 que ha permitido durante la contingencia para mantener informada a la comunidad uteista sobre los temas relacionados con protocolos, medidas de aislamiento, informes de	Gestión Administrativa - Grupo de Seguridad y Salud en el Trabajo

	la gestión realizada, recomendaciones para la salud y normatividad interna aplicable.	
15.	Se reconoce como positivo la participación de control interno disciplinario en las jornadas de inducción y reinducción donde se socializan las actividades propias de la Oficina en mención, demostrando la articulación con las demás oficinas y el acercamiento con la comunidad Uteista.	Gestión Administrativa- Oficina de Control Interno Disciplinario
16.	Se resalta el uso de las herramientas tecnológicas de información y comunicación (TIC) en el proceso auditado, las cuales durante el tiempo de aislamiento preventivo jugaron un papel fundamental para continuar con la prestación del servicio sin afectar la calidad del mismo.	Gestión Financiera
17.	Se resalta el uso de las herramientas tecnológicas de información y comunicación (TIC) en el proceso auditado, las cuales durante el tiempo de aislamiento preventivo jugaron un papel fundamental para continuar con la prestación del servicio sin afectar la calidad del mismo y realizando medición de las actividades por parte de los colaboradores.	Gestión Jurídica
18.	Iniciar procesos contractuales, mediante la modalidad de Convenios Interadministrativos utilizando la plataforma SECOP II.	Gestión Jurídica
19.	Se determina como buena práctica la redistribución y re-adequación de espacios de infraestructura en la institución sede Principal de Bucaramanga en aras de agilizar la interacción de los grupos de trabajo y mejorar la eficiencia y efectividad de la gestión.	Infraestructura y Logística - Oficina de Infraestructura
20.	La creación de una mesa de ayuda donde se logró canalizar las solicitudes de la comunidad uteista, y mejorar la oportunidad de la respuesta deseada, lo cual aportó a la mejora continua institucional.	Infraestructura y Logística - Grupo de Recursos Informáticos
21.	Se han desarrollado las actividades del proceso utilizando las diferentes herramientas tecnológicas adaptándose a los cambios generados por la contingencia sanitaria.	Soporte SIG

**ASPECTOS POSITIVOS (AP):**

No.	DESCRIPCIÓN	PROCESO
1.	Se logró obtener en la red social FACEBOOK el reconocimiento institucional, recibiendo la estrella azul que identifica a las UTS como página de carácter público y de cierta relevancia para la sociedad.	Comunicación Institucional
2.	Conocimiento del Sistema de Gestión de Calidad por parte del grupo de trabajo y manejo claro de los procesos.	Planeación Institucional
3.	Existe buena disposición del equipo de trabajo y colaboración para la ejecución de la auditoría y entrega de información solicitada.	Planeación Institucional
4.	La participación de la institución en diferentes escenarios de educación a nivel nacional e internacional resaltando la Guía E-evaluación para el e-aprendizaje, realizada por la Oficina de Desarrollo Académico ODA, como gran ejemplo de técnicas de enseñanza y evaluación lo cual lleva al reconocimiento de las Unidades Tecnológicas de Santander UTS.	Docencia

5.	Se considera como logro de las Unidades Tecnológicas de Santander UTS, el desarrollo del curso de contaduría pública dirigido a un grupo de veinte internos de la cárcel de Bucaramanga, los cuales gracias a los esfuerzos en conjunto cumplieron con la intensidad horaria establecida, demostrando el compromiso de la institución con el fortalecimiento de los conocimientos de la comunidad en general de la región.	Extensión Institucional
6.	La construcción del nuevo edificio y la entrada a la sede principal, generando reconocimiento en la región, permitiendo la oferta de más programas académicos y ampliar la capacidad estudiantil que demandan necesidad de formación en la Institución.	Infraestructura y Logística
7.	Conocimiento del Sistema de Gestión de Calidad por parte del grupo de trabajo y manejo claro de los procesos	Soporte SIG
8.	Existe buena disposición del equipo de trabajo y colaboración para la ejecución de la auditoría y entrega de información solicitada	Soporte SIG

**OPORTUNIDADES DE MEJORA (OM):**

No.	DESCRIPCIÓN	PROCESO
1.	Se considera conveniente realizar actualización sobre la información documentada y estandarizada en el SIG, la cual debe ser necesaria para la eficacia del proceso.	Comunicación Institucional
2.	Es pertinente comprender la organización y su contexto mediante el análisis y seguimiento de la Matriz DOFA, así como la identificación de las necesidades y expectativas de las partes interesadas pertinentes.	Comunicación Institucional
3.	Es necesario determinar las políticas de comunicación institucional las cuales pueden estar identificadas a través del manual de identidad corporativa y/o en los procedimientos asociados al proceso.	Comunicación Institucional
4.	Se identifican los Riesgos a través de Mapa Riesgos y Riesgos Anticorrupción, sin embargo, se evidencia que el procedimiento "P-PL-04" se encuentra desactualizado y no está acorde con la Política Institucional de Gestión Integral del Riesgo. NTC ISO 9001:2015 Numeral 6.1.2, literal b) numeral 1) "Integrar y evaluar las acciones para abordar los riesgos y oportunidades".	Planeación Institucional
5.	Se recomienda actualizar la caracterización del proceso identificada en el formato "F-SIG-19" toda vez que en el documento actual se establecen actividades e instancias que no son acordes a la realidad administrativa organizacional. NTC ISO 9001:2015 Numeral 4.4.1 "Establecer, implementar, mantener y mejorar continuamente un SGC"	Planeación Institucional

6.	Es importante apropiarse del contexto interno y externo (Matriz DOFA) y la comprensión de las partes interesadas, mediante la realización de mesas de trabajo con los líderes de los procesos, lo anterior en aras de fortalecer lo requerido por la NTC ISO 9001:2015 Numeral 4.1 “Comprensión de la Organización y su contexto”	Planeación Institucional
7.	Se sugiere unificar el proceso de PLANEACIÓN INSTITUCIONAL con el proceso de SEGUIMIENTO Y CONTROL por cuanto el segundo contiene las herramientas de Seguimiento, medición, análisis y evaluación del primero. NTC ISO 9001:2015 Numeral 4.4 “Sistema de Gestión de la Calidad y sus procesos”.	Planeación Institucional
8.	Se sugiere relacionar en los procedimientos los diferentes Instructivos y Guías que permitan orientar sobre las herramientas que tiene cada proceso dentro del sistema. NTC ISO 9001:2015 Numeral 7.5.2 “Información Documentada – Creación y Actualización”.	Planeación Institucional
9.	Acompañamiento y sensibilización en cada proceso con el fin de fortalecer los conocimientos referentes a la política de administración del riesgo y revisando la necesidad de replanteando los riesgos y las acciones que dé lugar en cada proceso. NTC ISO 9001:2015 Numeral 6.1 "Acciones para abordar riesgos y oportunidades"	Planeación Institucional
10.	Se recomienda realizar revisión y análisis de la matriz DOFA con el objetivo de realizar actualización de la información sobre las cuestiones internas y externas que son pertinentes y que afectan la capacidad para lograr resultados previstos. Numeral 4.1 NTC ISO 9001:2015.	Docencia
11.	Es conveniente realizar una actualización de los riesgos identificados en el proceso, teniendo en cuenta el contexto actual. Numeral 6.1 NTC ISO 9001:2015.	Docencia
12.	Es importante fortalecer los conocimientos al interior del proceso referente a tratamiento y control de los productos no conformes. Numeral 8.7 NTC ISO 9001:2015	Docencia
13.	Se sugiere realizar revisión de los procedimientos y formatos estandarizados en el SIG, de tal manera que se articulen con los cambios de metodología en el desarrollo de las actividades ejecutadas al interior de los diferentes grupos de trabajo debido a la contingencia sanitaria. Numeral 7.5 NTC ISO 9001:2015	Docencia
14.	Se considera pertinente afianzar los conocimientos del Sistema de Gestión de Calidad al interior del proceso y sus grupos de trabajo como una estrategia de fortalecimiento institucional Numeral 4 NTC ISO 9001:2015	Docencia
15.	Es importante solicitar acompañamiento del proceso de gestión documental en aras de fortalecer el proceso de archivo y se dé cumplimiento con lo establecido en la ley 594 de 2000 “Ley General de Archivo”	Docencia

16.	Se considera conveniente realizar actualización de los riesgos del proceso, así como de las acciones de mitigación establecidas para los riesgos existentes.	Investigación
17.	Es pertinente comprender la organización y su contexto mediante el análisis y seguimiento de la Matriz DOFA, así como la identificación de las necesidades y expectativas de las partes interesadas pertinentes.	Investigación
18.	Es conveniente y recomendable realizar revisión y actualización de los indicadores de gestión identificados en el proceso a través de la matriz de indicadores F-PL-12, toda vez que se evidencian indicadores que pueden ser unificados y metas que están pendientes por ajustar. Numeral 9.1 NTC ISO 9001:2015	Extensión Institucional
19.	Se evidencia que el Formato “F-PS-25” Estadística Empresarios Atendidos, no se encuentra asociado a ningún procedimiento del SIG, se sugiere efectuar la inclusión de este documento en el procedimiento aplicable estandarizados en el proceso por el SIG. Numeral 7.5. ISO 9001:2015	Extensión Institucional
20.	Se recomienda realizar revisión, análisis y actualización de la Matriz de partes interesadas “F-SIG-40”, ya que se considera importante incluir a los egresados o graduados como una parte interesada, teniendo en cuenta que desde el proceso se gestiona la bolsa de empleo que permite atender las necesidades de estos. Numeral 4.2. ISO 9001:2015	Extensión Institucional
21.	Se considera pertinente afianzar los conocimientos del Sistema de Gestión de Calidad al interior del proceso y sus grupos de trabajo como una estrategia de fortalecimiento institucional. Numeral 4 “Contexto de la Organización” NTC ISO 9001:2015	Gestión Administrativa
22.	Es importante solicitar acompañamiento del proceso de Gestión Documental en aras de fortalecer el proceso de archivo y se dé cumplimiento con lo establecido en la ley 594 de 2000 “Ley General de Archivo”.	Gestión Administrativa
23.	Se evidencia I-GA-05 Protocolo Atención al Ciudadano incluye la misión, visión y la estructura organizacional desactualizada, se recomienda realizar actualización del mismo. Numeral 7.5. “Información Documentada” ISO 9001:2015	Gestión Administrativa
24.	Se sugiere documentar acciones correctivas y de mejora frente a los grupos de trabajo, oficinas o dependencias que presentan mayores quejas y reclamos. Lo anterior permitirá evidenciar las acciones enfocadas en mejorar la satisfacción del cliente. Numeral 9.1.2. “Satisfacción del cliente” ISO 9001:2015	Gestión Administrativa - Grupo de Atención al Ciudadano

<p>25.</p>	<p>Se considera pertinente estandarizar en los Formatos del SIG el Plan Institucional de Capacitaciones PIC, así mismo articularlo en el procedimiento Capacitación Administrativa “P-GA-14”. Es importante realizar la eliminación de los formatos: “F-GA-31” Minuta de Otrosí al contrato y “F-GA-14” Instrumento para medir el clima laboral.</p> <p>Se recomienda actualizar el procedimiento de Selección, vinculación y posesión “P-GA-04”, y asociar el formato “F-GA-34” Control de Ingreso de Documentos a la Historia Laboral del personal de planta toda vez que hace parte de los registros que dan evidencia del desarrollo de las actividades contempladas.</p> <p>Lo anterior garantizará la integridad de los documentos del SIG. Numeral 7.5. “Información Documentada” ISO 9001:2015</p>	<p>Gestión Administrativa - Dirección de Talento Humano</p>
<p>26.</p>	<p>Es conveniente actualizar los procedimientos “P-GA-03” Proceso Elección Rector y “P-GA-09” Elección Representantes Estudiantes, Coordinadores y Profesores ya que estos relacionan los formatos F-TH-03, F-TH-13 y F-TH-25 los cuales a la fecha se encuentran obsoletos Numeral 7.5. “Información Documentada” ISO 9001:2015.</p>	<p>Gestión Administrativa - Secretaría General</p>
<p>27.</p>	<p>Se sugiere estandarizar en el SIG, la Matriz de Identificación de Riesgos y Peligros y Plan Anual de SG-SST. Lo anterior garantizará la integridad de los documentos del SIG. Numeral 7.5. “Información Documentada” ISO 9001:2015</p>	<p>Gestión Administrativa - Grupo de Seguridad y Salud en el Trabajo</p>
<p>28.</p>	<p>Se identifica la necesidad de actualizar el Procedimiento Interno Ejercicio Proceso Disciplinario “P-GA-10” con el fin de incluir normatividad aplicable en el mismo. Numeral 7.5. “Información Documentada” ISO 9001:2015</p>	<p>Gestión Administrativa - Oficina de Control Interno Disciplinario</p>
<p>29.</p>	<p>Se considera pertinente afianzar los conocimientos del Sistema de Gestión de Calidad 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</p>	<p>Gestión Financiera</p>
<p>30.</p>	<p>Es importante solicitar al proceso de Gestión Documental capacitación en los conocimientos referentes a las Tablas de Retención Documental, lineamientos del proceso de archivo, en aras de garantizar el cumplimiento con lo establecido en la ley 594 de 2000 “Ley General de Archivo” y aplicabilidad de las Tablas de Retención Documental aprobadas en la institución.</p>	<p>Gestión Financiera</p>
<p>31.</p>	<p>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</p>	<p>Gestión Financiera</p>

32.	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	Gestión Financiera
33.	Se recomienda verificar la aplicabilidad de los formatos del proceso identificados por el equipo auditor que no se encuentran asociados a ningún procedimiento del proceso. Numeral 7.5. “Información Documentada” de la norma ISO 9001:2015	Gestión Financiera
34.	Se considera necesario realizar actualización de la Caracterización del proceso teniendo en cuenta la normatividad legal vigente según lo estipulado en el numeral 4.4.1 NTC ISO 9001 -2015 Sistema de Gestión de Calidad y sus procesos.	Gestión Documental
35.	Es importante realizar capacitaciones sobre el manejo del archivo y el uso eficiente de las TRD a todo el personal de las UTS, además de hacer seguimiento y/o acompañamiento en aras de asegurar que la Gestión Documental logre sus resultados esperados y prevenir reprocesos o reducir efectos no deseados y/o aumentar los efectos deseables, Numeral 6.1.1. NTC ISO 9001 -2015.	Gestión Documental
36.	Es conveniente realizar actualización de la Caracterización del proceso y Matriz de Requisitos Legales F-SIG-42 teniendo en cuenta que existe normatividad legal vigente que no se tiene incluida en la misma. Lo anterior dando cumplimiento al Numeral 7.5.1., de la norma ISO 9001:2015 Información Documentada requerida y actualizada.	Gestión Jurídica
37.	Realizar la inclusión de los manuales de Contratación y el de Supervisión e Interventoría a la Base Documental del SIG, ya que estos se encuentran creados y pendientes de actualización. Numeral 7.5.2., de la norma ISO 9001:2015 Creación y Actualización de la documentación de una manera apropiada para el SIG.	Gestión Jurídica
38.	Es beneficioso realizar actualización de los procedimientos y formatos necesarios y que hacen parte del proceso incluyendo las actividades con la metodología virtual, como de los procesos que se puedan realizar a través de la plataforma SECOP II. Lo anterior teniendo en cuenta lo estipulado en el Numeral 8.1. Planificación y Control Operacional literal b, de la norma ISO 9001:2015 Establecimiento de los criterios para la realización de los procesos.	Gestión Jurídica
39.	Se recomienda realizar revisión y análisis de la matriz DOFA con el objetivo de realizar actualización de la información sobre las cuestiones internas y externas que son pertinentes. Numeral 4.1 “Comprensión de la organización y de su contexto” NTC ISO 9001:2015.	Infraestructura y Logística
40.	Se considera pertinente realizar actualización de Caracterización del proceso “F-SIG-19” y Matriz de partes interesadas “F-SIG-40”, toda vez que estos documentos relacionan el cargo de Jefe de Recursos de Recursos Informáticos y la denominación correcta es Coordinador Grupo de Recursos Informáticos. Numeral 7.5.2 “Creación y Actualización” NTC ISO 9001:2015	Infraestructura y Logística

41.	Es conveniente realizar una actualización de los riesgos identificados en el proceso, teniendo en cuenta el contexto actual. Así mismo, la identificación de Oportunidades. Numeral 6.1 “Acciones para Abordar Riesgos y Oportunidades” NTC ISO 9001:2015.	Infraestructura y Logística
42.	Se sugiere crear y estandarizar en la documentación del SIG, un manual que contenga las instrucciones de acceso a todo el material bibliográfico tanto físico como virtual disponible para consulta al servicio de los estudiantes de la institución. Numeral 7.5.2 “Creación y Actualización” NTC ISO 9001:2015	Infraestructura y Logística- Grupo Recursos de Información para la Enseñanza y el Aprendizaje
43.	Es importante actualizar la caracterización del proceso por cuanto establece actividades e instancias que no son acordes a la realidad administrativa organizacional.	Soporte SIG
44.	Actualizar los procedimientos P-SIG-05 Auditorías internas Y P-SIG-06 Acciones Correctivas, Preventivas, Mejora, y el formato F-SIG-28 Acciones Correctivas Preventivas, por cuanto se observó que no están acordes al lineamiento de la Norma ISO 9001: 2015.	Soporte SIG
45.	Se sugiere apropiarse del contexto interno y externo, ya que se confunde con el concepto de identificación de partes interesadas.	Soporte SIG
46.	Se sugiere relacionar en los procedimientos los diferentes Instructivos y Guías que permitan orientar sobre las herramientas que tiene cada proceso dentro del sistema.	Soporte SIG
47.	Afianzar los conocimientos del Sistema Integrado de Gestión de Calidad a través de jornadas de reinducción, los cuales permiten a la institución fortalecer y garantizar la sincronización de la información del sistema y con la gestión de los procesos.	Soporte SIG

**NO CONFORMIDADES (NC):**

No.	DESCRIPCIÓN	REQUISITO INCUMPLIDO	PROCESO
1.	El proceso cuenta con riesgos definidos y controles establecidos para su mitigación, sin embargo, no se evidencia planificación de las acciones para controlar los riesgos identificados en la ejecución del proceso como herramienta preventiva, incumpliendo con lo establecido en el numeral 6.1.2. de la NTC ISO 9001:2015	Numeral 6.1.2 “Acciones para abordar riesgos y oportunidades” NTC ISO 9001:2015	Comunicación Institucional

<p>2.</p>	<p>Se evidencia la existencia de formatos no citados en la documentación del sistema, es importante realizar actualización de los procedimientos “P-PL-01”; “P-PL-02”, “P-PL-04” e incluir los formatos que dan evidencia del desarrollo de cada actividad.</p> <p>Existen algunos registros que no se encuentran asociados a ningún procedimiento: “F-PL-10” Relación de Proyectos de Inversión, “F-PL-12” Mapa de Indicadores, “F-PL-15” Seguimiento Proyectos de Inversión, “F-PL-25” Lista de Chequeo Seguimiento Proyectos de Inversión Tecnológicas, “F-PL-26” Lista de chequeo de seguimiento proyectos de inversión infra Física.</p>	<p>Numeral 7.5.2 “Información Documentada – creación y actualización” ISO 9001:2015</p>	<p>Planeación Institucional</p>
<p>3.</p>	<p>No se evidencia cumplimiento en las fechas establecidas en el plan de acción correspondiente a la planificación de cambios documentada en el formato F-SIG-36 referente al cambio de la nominación del proceso y los documentos estandarizados al interior de este proceso, incumpliendo con lo establecido en el numeral 6.3. NTC ISO 9001:2015, demostrando falencias en la gestión de los cambios que permiten garantizar la integridad del Sistema de Gestión de Calidad.</p>	<p>Numeral 6.3 “Planificación de Cambios” NTC ISO 9001:2015</p>	<p>Extensión Institucional</p>
<p>4.</p>	<p>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 Documental y las políticas de archivo adoptadas por la institución.</p> <p>Incumpliendo con lo establecido en el Numeral 8.1 "Planificación y control operacional", Numeral 6.1.1. literal c), Numeral 7.5.3.2 literal b) NTC ISO 9001:2015 - Ley General de Archivo 594 de 2000.</p>	<p>Numeral 8.1 "Planificación y control operacional" Numeral 6.1.1 literal c) prevenir o reducir efectos no deseables. Numeral 7.5.3.2 literal b) almacenamiento y preservación, incluida la preservación de la legibilidad.  NTC ISO 9001:2015 Ley General de Archivo 594 de 2000.</p>	<p>Gestión Documental</p>

5.	Se evidencia que el instructivo de revisión de facturas "I-GF-01" tiene última fecha de actualización Marzo de 2009, en las actividades descritas se asignan responsabilidades a la Auxiliar de Tesorería y es una actividad realizada por el Grupo de Contabilidad. Por otro lado, en el documento no se incluye la normatividad legal vigente en el proceso de recepción de facturas. Incumpliendo con el Numeral 7.5.2 "Creación y actualización" de la norma ISO 9001:2015	Numeral 7.5.2 "Información Documentada, creación y actualización" ISO 9001:2015	Gestión Financiera
6.	No se evidencia seguimiento, medición y análisis de los indicadores de gestión identificados en el proceso. Incumpliendo con el Numeral 9.1.3. "Análisis y evaluación" de la norma ISO 9001:2015	Numeral 9.1.3. "Análisis y Evaluación" ISO 9001:2015	Gestión Financiera
7.	Se evidencia la existencia de formatos de registro y registros no citados en la documentación del sistema. Existen algunos formatos que no se encuentran asociados a ningún procedimiento e inclusive existen formatos que no están siendo utilizados dentro del proceso:  F-SIG-17 Correspondencia Externa Recibida F-SIG-16 Control Correspondencia Trámite F-SIG-15 Medición Coherencia Desarrollo Evaluación F-SIG-12 Cronograma Actividades SIG F-SIG-17 Correspondencia Externa Recibida F-SIG-18 Control Correspondencia Despachada V3 F-SIG-25 Medición Cumplimiento Coherencia Plan Asignatura F-SIG-09 Agenda Reunión V6.doc	Numeral 7.5 "Información documentada" NTC ISO 9001:2015	Soporte SIG
8.	Se evidencia que las tablas de retención documental del proceso no se están implementando. Lo incumple lo establecido en el numeral 7.5.3 de la norma ISO 9001:2015 Control de la información documentada.	Numeral 7.5.3 Control de la información documentada. NTC ISO 9001:2015	Soporte SIG

<b>9.</b>	No se está realizando un seguimiento efectivo a los informes trimestrales de Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias (PQRS), ya que solo se limita a recibirlo y relacionarlo en el informe de revisión por la dirección, pero no se realiza un análisis de quejas que pueden generar un producto no conforme por insatisfacción en la prestación del servicio, y proceder a implementar acciones de mejora en beneficio del sistema de gestión de calidad.	Numeral 5.1.2 Numeral 8.2.1 Numeral 9.1.2 Numeral 9.1.3 Numeral 9.3 Numeral 10.2.1 NTC ISO 9001:2015	Soporte SIG
-----------	--	--	-------------

#### 4. CONCLUSIONES

Se planificó y se dio cumplimiento con el plan y programa de auditorías internas 2020, Se presentaron en total cincuenta y seis (56) hallazgos de los cuales nueve (9) corresponden a No Conformidades y cuarenta y siete (47) Oportunidades de mejora. Por otro lado, se identificaron veintiún (21) buenas prácticas y ocho (8) aspectos positivos.

Se cumplieron con las fechas establecidas en el programa de auditorías, sin embargo, se realizó ajuste de fecha y hora según solicitudes recibidas por correo electrónico en las auditorías de los siguientes procesos:

- Gestión Administrativa: Secretaría General, Grupo de Seguridad y Salud en el Trabajo, Oficina de Control Interno Disciplinario.
- Infraestructura y Logística: Grupo de Recursos Informáticos.

Por otro lado, con respecto al equipo auditor se presentó la siguiente novedad durante la ejecución del plan de auditorías internas, a partir del día 25 de Agosto de 2020 se desvinculo de la institución la profesional Marcela Ramírez Barragán quien se encontraba bajo el rol de auditor en formación. Por lo anterior, en los procesos de Gestión Documental y Gestión Jurídica, la auditoría fue realizada por la Auditora Líder asignada, sin contar con auditores con el rol en formación.

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.

Los conocimientos referentes a misión, visión, política de calidad y objetivos, hacen parte de una estrategia de fortalecimiento institucional que requiere ser socializada a todo el personal que hace parte la comunidad Uteista.

Desconocimiento en los periodos de seguimiento y control sobre riesgos institucionales e indicadores, los cuales permiten fortalecer la toma de decisiones.

Se perciben falencias en el conocimiento de las Tablas de Retención documental y mecanismos de archivo en los procesos de la institución.

**RECOMENDACIONES:**

- Se recomienda actualizar la Matriz del contexto estratégico DOFA, teniendo en cuenta las diferentes situaciones presentadas que conllevan a cambios al interior de la institución.
- Dar trámite y cierre de las acciones correctivas y de mejora en estado abierto, así mismo el conocimiento sobre las evidencias que dan cumplimiento con los planes de acción.
- 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 tengan en cuenta, que una vez medidos y analizados los indicadores de gestión identificados, los que no alcancen la meta establecida deben implementar acciones correctivas o de mejora, asegurando que sea documentado el tratamiento.

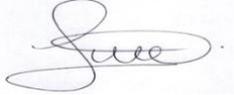
**LECCIONES APRENDIDAS:**

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:** Pese a la contingencia sanitaria se pudo percibir que los procesos que contribuyen con la cadena de valor y tienen contacto directo con nuestro cliente principal “estudiantes” trabajaron mancomunadamente en aras de no suspender la prestación del servicio y no afectar la satisfacción implementando estrategias de fortalecimiento en la comunicación entre la comunidad educativa.
- **Docencia:** Se percibió un incremento en la satisfacción del cliente, representado en que el 85% de los estudiantes matriculados en el segundo semestre 2020 asistieron a las clases a partir de la primera semana de inicio del calendario académico.
- **Docencia:** La fidelización del cliente se reflejó en el aumento de 500 estudiantes matriculados en el segundo semestre 2020, en comparación con el mismo periodo de la vigencia 2019.
- **Gestión Jurídica:** La realización de procesos virtuales de contratación ha permitido la participación de oferentes a nivel nacional contribuyendo con el principio de pluralidad, lo cual genera transparencia en los procesos de adquisición de bienes y servicios en la institución.
- **Docencia:** Falta de cultura en el uso de herramientas tecnológicas o cursos virtuales con los cuales cuenta la institución al servicio de la comunidad educativa, que permiten fortalecer en estos tiempos de crisis el proceso formativo con el estudiante.

Fecha de aprobación informe final de auditoría interna: Septiembre-23-2020

<b>EQUIPO AUDITOR</b>	<b>FIRMA</b>
-----------------------	--------------

Líder de Auditoría Nombre: Andrea Mantilla Cardona	
Líder de Auditoría Nombre: Lizeth Velandia Mojica	
Auditor proceso: Nombre: Sandra Milena Fernández Gómez	
Auditores en formación: Nombre: Sergio Rubio Castillo	
<b>REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN</b>	<b>FIRMA</b>
Nombre: Adriana Vanegas Aguilar Cargo: Jefe Oficina de Planeación Representante de la Dirección	Adriana Vanegas. A .