DCI- 221

Tunja, 11 de diciembre de 2020

Doctor
ÓSCAR HERNÁN RAMÍREZ
Rector
Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia

Ref. Informe Gerencial de Auditoría Interna combinada al Sistema Integrado de Gestión 2020.

Doctor Óscar, reciba un cordial saludo.

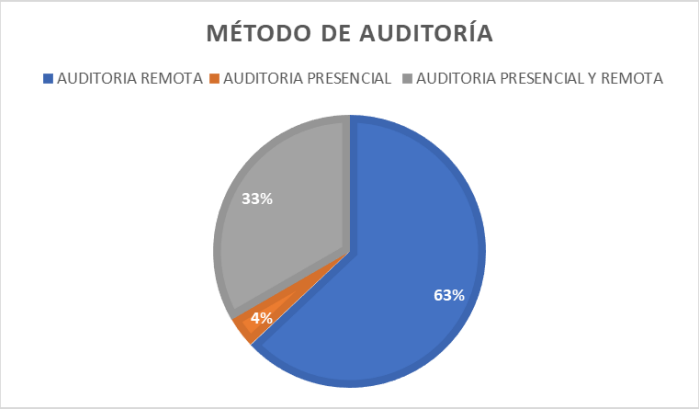
En cumplimiento del Programa Anual de Auditoria para la vigencia 2020, aprobado por el Comité Coordinador del Sistema de Control Interno, presentó informe resultado de la auditoria combinada al Sistema Integrado de Gestión, llevada a cabo entre el 17 de noviembre y el 09 de diciembre de 2020.

Que el periodo de tiempo auditado fue de 01 enero al 30 de octubre de 2020.

Así, mismo se retroalimento a los líderes y/o jefes de los procesos auditados la información aquí suministrada con el propósito de tomar acciones que garanticen la mejora y el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Metodología:

Teniendo en cuenta la emergencia ocasionada por la pandemia COVID-19, los métodos de auditoría utilizados fueron:



Auditoría remota: 17 procesos
Auditoría presencial: 1 proceso
Auditoría presencial y remota: 9 procesos.
.
.

El desarrollo de esta auditoria se realizó de acuerdo con el procedimiento de Auditoria Interna de la Universidad y las "Directrices para la Auditoria al Sistema Integrado de Gestión- NTC ISO 19011:2018", la cual dio inició con la planificación de las diferentes estrategias a utilizar según la contingencia determinando los riesgos generales y fortalezas así como la comunicación de la misma a los líderes de los diferentes procesos del Sistema Integrado de Gestión con el fin entre otros de conocer el alcance y objetivo.

Es así que se ejecutó el trabajo de campo con la participación activa de líderes y sus equipos de trabajo, este acercamiento se dio a través de entrevista a través de la plataforma meet, de igual manera se obtuvieron evidencias documentales (registros) a través del correo electrónico institucional, se hizo revisión de la información allegada y observaciones in situ en aquellos proceso que así lo ameritaban, con el objetivo de evaluar los registros (evidencias), frente a los criterios de auditoria.

Que como resultado de ello se logró evaluar y consolidar el informe de cada uno de los procesos que fueron auditados, lográndose con ello cumplir en un 100% con el alcance y objeto de la auditoria.

Auditor Principal:
CLAUDIA RUBIELA BÁEZ SORA

Equipo Auditor

PROCESO	AUDITORES
Planeación Institucional	Yolette Cecilia Romero Bohórquez Claudia Cristina Duarte Lizarazo
Comunicación Pública	Laura Natalia Medina Aguilar Dolly Engrith Gamboa Morales
Direccionamiento del SIG	Sandra Milena Pinilla Bautista Neidy Andrea Pérez Ramírez
Gestión de Programas Académicos	Deisy Milena Pérez Nuché Cristina Viviana Sánchez Álvarez
Programación Académica	Deisy Milena Pérez Nuché Cristina Viviana Sánchez Álvarez
Admisiones y Control de Registro Académico	Diana Sofía Gómez Rodríguez Gloria Yaneth Ramos Piñeros
Educación Virtual	Sandra Milena Pinilla Bautista Cristina Sánchez Álvarez Diego Rodríguez Jiménez
Formación Postgraduada	Keila Patricia Poveda Gulfo Manuel Fernando Fonseca Ávila
Gestión, fortalecimiento y productividad de la investigación	Henry Armando Rodríguez Bernal Gustavo Adolfo González Largo
Gestión de relaciones internacionales y cooperación interinstitucional	Edgar Yesid Márquez Amaya Daissy Yohanna Cortes Salamanca
Gestión de servicios de extensión	Claudia Cristina Duarte Lizarazo Lina Marisol Moreno Fonseca
Gestión de Servicios de clínica	Claudia Cristina Duarte Lizarazo

veterinaria	Sandra Milena Pinilla Bautista Martha Patricia Vargas Guerra Nelly Yaneth Lara Novoa
Gestión de Servicios de bienestar universitario	Yolette Cecilia Romero Bohórquez José Isidro Maldonado Valderrama María Alejandra Becerra Sánchez
Gestión de talento humano	Diana Carolina Moreno Niño Gloria Yaneth Ramos Piñeros Edwin López Ávila
Gestión financiera	Claudia Cristina Duarte Lizarazo Lina Marisol Moreno Fonseca
Gestión de servicios generales institucionales	Sandra Milena Pinilla Bautista Nelly Yaneth Lara Novoa
Gestión de Recursos informáticos	Paola Iveth Rodríguez Contreras Herman Alberto Rueda Ulloa Luis Alberto Lozano Álvarez Dolly Engrith Gamboa Morales
Gestión de Bibliotecas	Cristina Viviana Sánchez Álvarez José Luis Acuña Sánchez
Gestión de Laboratorios	Henry Armando Rodríguez Bernal Gustavo Adolfo González Largo
INCITEMA	Nelly Hernández Rivera Keila Patricia Poveda Gulfo
Servicios docente asistenciales	Gloria Susana Báez Roa José Luis Acuña Sánchez
Gestión Normativa	Sandra Milena Núñez Gómez Margarita Carolina Goyeneche Cepeda Gloria Susana Báez Roa
Gestión electoral, documental y de peticiones	Sandra Milena Núñez Gómez Margarita Carolina Goyeneche Cepeda
Unidad de servicios de salud-UNISALUD	Gloria Susana Báez Roa José Luis Acuña Sánchez
Gestión de supervisión y control	Laura Natalia Medina Aguilar Luis Orlando Fonseca Míguez Henry Armando Rodríguez Bernal
Gestión de contratación	Dolly Engrith Gamboa Morales Sandra Milena Núñez Gómez Laura Natalia Medina Aguilar
Evaluación Independiente	Diego Rodríguez Jiménez Alex Eduardo Rojas Figueredo

Objetivo:

Verificar el cumplimiento de los requisitos legales, reglamentarios y técnicos del Sistema Integrado de Gestión, para lograr los resultados previstos.

Criterios:

Requisitos legales aplicables a cada proceso.
NTC ISO 9001: 2015
NTC ISO 14001:2015
NTC ISO 45001:2018
NTC ISO 20000-1:2012 numeral 4.1.2 Política de Gestión del Servicio.
NTC ISO 27001: 2013 numeral 5.2 Política de Seguridad de la Información.
Procedimientos documentados de cada proceso.

Alcance:

El programa de auditoria interna se desarrolló de acuerdo al mapa de proceso que hacen parte del Sistema Integrado de Gestión durante el periodo comprendido entre el 01 de enero y el 31 de octubre de 2020.

Fortalezas

Dentro de las principales fortalezas tenemos:

1. Fortalecimiento de las competencias y habilidades de los auditores internos en formación de auditores internos en un Sistema de Gestión de Calidad.

2. La actualización de los documentos para desarrollar el programa de auditoria interna (manual de auditorías, procedimiento y formatos)

3. Equipo de trabajo comprometido con el proceso, se observó disposición tanto del líder como de los uncionarios encargados de cada procedimiento, para atender la auditoria.

4. Los procesos del Sistema Integrado de Gestión, han venido realizando un trabajo en equipo en medio de la emergencia sanitaria ocasionada por COVID-19, con el fin de darle continuidad a las actividades documentadas de cada procedimiento, lo que les ha permitido alcanzar los objetivos del proceso.
5. Los procesos relacionados con el tema de Acreditación Institucional de programas académicos, han desarrollado su trabajo de autoevaluación de una manera comprometida con la Institución.
6. Se resalta el esmero por sacar adelante las metas del proceso y el acompañamiento a estudiantes nacionales y extranjeros durante la pandemia. Resultado importante de esta gestión se logró la adopción de un plan de contingencia suscrito mediante la resolución rectoral No 1867 del 2020 que busca el apoyo a estos estudiantes bajo estas circunstancias.
7. Organización por áreas de trabajo, que permite un mejor desempeño y aumentar la capacidad del proceso para atender las necesidades de las partes interesadas.
8. La utilización de herramientas tecnológicas para el control de las actividades desarrolladas al interior de los procesos en la Universidad.

9. La implementación de Bienestar Virtual, http://www.uptc.edu.co/bienestar_universitario/08_bienvirtual/, que ha permitido extender servicios y programas de Bienestar Universitario a la comunidad Upetecista desde consejerías, conversatorios, hasta recursos digitales educativos de autoaprendizaje en diferentes áreas, coherente con la realidad que vivimos.
10. Compromiso por parte de los funcionarios en el desarrollo de las actividades presenciales, cumpliendo con las medidas de bioseguridad.
11. El proceso Gestión de Bibliotecas, frente a la adaptación al cambio producto de la COVID 19, se ha mantenido vigente en la prestación de sus servicios a través de la BIBLIOTECA DIGITAL, y con el cumplimiento de sus demás funciones, a través de la coordinación y trabajo en equipo, proponiendo, innovando y aportando cada uno a partir de su conocimiento y experiencia y capacitándose para un óptimo resultado frente a las nuevas perspectivas.
12. El proceso de comunicación pública ha sido fundamental en la divulgación de las diferentes estrategias desarrolladas por la Universidad, con el fin de darlas a conocer y lograr en gran parte los objetivos que se buscan con cada una de ellas. Es importante destacar el compromiso y dedicación tanto del líder del proceso como de sus funcionarios, lo que demuestra un engranaje entre líder y equipo lo cual favorece en gran medida los resultados de cada actividad.

CONSOLIDACIÓN RESULTADOS DE AUDITORIA INTERNA

La presente tabla muestra el consolidado de HALLAZGOS (no conformidades y OPORTUNIDADES DE MEJORA, identificados por los auditores en el desarrollo de la Auditoria Combinada al Sistema Integrado de Gestión.

No.	PROCESO	NO CONFORMIDADES	OPORTUNIDADES DE MEJORA
1	Planeación Institucional.	3	5
2	Comunicación Pública.	2	0
3	Direccionamiento del SIG.	13	4
4	Gestión de Programas Académicos	0	5
5	Programación Académica.	2	8
6	Admisiones y Control de Registro Académico.	1	2
7	Educación Virtual.	2	1
8	Formación Postgraduada	0	3
9	Gestión fortalecimiento y productividad de la investigación	1	1
10	Gestión de relaciones internacionales y cooperación interinstitucional	0	2
11	Gestión de Servicios de Extensión.	5	4
12	Gestión de servicios de clínica veterinaria	3	3
13	Gestión de servicios de Bienestar Universitario.	1	6

14	Gestión de Talento Humano.	1	1
15	Gestión Financiera	1	3
16	Gestión de Servicios Generales Institucionales.	7	2
17	Gestión de Recursos Informáticos.	2	7
18	Gestión de bibliotecas	0	3
19	Gestión de Laboratorios.	4	0
20	INCITEMA	4	9
21	Servicios docente asistenciales	0	4
22	Gestión Normativa.	5	5
23	Gestión Electoral, Documental y de Peticiones.	2	5
24	Unidad de Servicios de Salud – UNISALUD.	0	1
25	Gestión de Supervisión y Control.	1	6
26	Gestión de Contratación.	1	7
27	Evaluación Independiente.	0	1
TOTAL		**61**	**98**

CONSOLIDADO DE OPORTUNIDADES DE MEJORA

No.	PROCESO	OPORTUNIDADES DE MEJORA	TOTALES
1	Planeación Institucional.	1. Fortalecer el Procedimiento para la Construcción de Información Estadística P-PI-P04, para evitar al mínimo la manipulación de los datos y considerar la inclusión de nuevas variables de medición, que permitan la toma de decisiones, con base en información más amplia y que además sirvan de insumo para construcción de los informes de autoevaluación de programas e institucional. 2. Considerar incluir en el Procedimiento Programación Presupuestal P-PI-P06, tiempos específicos para cada una de las etapas previas de la elaboración del anteproyecto, para garantizar que se da cumplimiento a los artículos 14 y 15 del Acuerdo 119 de 1997 – Estatuto Presupuesta de la UPTC. 3. Definir en el Procedimiento de Legalización y Formalización de Edificaciones, el tiempo con el que cuenta la Dirección de Planeación, para adelantar el trámite ante Almacén y Contabilidad para realizar los ajustes a los valores una vez se surte el proceso de liquidación del contrato en caso de mejoras y de	**5**

		escrituración en el caso de obra nueva. 4. Teniendo en cuenta que la Dirección Jurídica emitió concepto de viabilidad, de fecha 30 de agosto de 2019, para el proyecto de Acuerdo de Por el Cual se expide el Estatuto de Planeación de la UPTC, adelantar las gestiones pertinentes para su aprobación ante el Consejo Superior Universitario. 5. Adelantar la consulta ante la Dirección Jurídica, frente si el Acuerdo 037 de 2019, modificó el Acuerdo 001 de 2018 Estructura Orgánica, en el sentido de asimilar el Comité de Unidades Básicas de Planeación al Comité Consultivo de Planeación, establecido en el Acuerdo 066 de 2005 – Estatuto General.	
3	Direccionamiento del SIG.	1. Actualizar el protocolo de ingreso y salida de la universidad publicando en la página web de la universidad ya que en la descripción que Sede Duitama no corresponde el ingreso vehicular y el ingreso peatonal con la dirección de la misma. 2. Se observa que la actualización de la matriz de SST se realizó el 17 de abril de la actual vigencia, sin embargo, la publicación de la misma se realizó el 21/11/2020 para la sede central, por lo tanto, se recomienda realizar la actualización y publicación de la matriz de SST y ambiente de las diferentes áreas de forma oportuna y pertinente. 3. Se recomienda realizar una identificación de condiciones inseguras continua y proactiva y no solo esperar a los reportes de estas por parte de los funcionarios. 4. Se recomienda establecer tiempos límite para aprobar documentos del sistema, cuando se programan auditoria combinada.	4
4	Gestión de Programas Académicos	1. Actualizar los procedimientos y documentación del proceso de acuerdo a la legislación aplicable vigente, ejemplo: Decreto 1330 de 25/07/2019 "Por el cual se sustituye el Capítulo 2 y se suprime el Capítulo 7 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 1075 de 2015 “Único Reglamentario del Sector Educación". 2. Actualizar los actos administrativos ligados al proceso, teniendo en cuenta que en el Marco Legal de los procedimientos aún se encuentra el Decreto 1075 de 2015, así como los actos administrativos que se suscribieron teniendo en cuenta este Decreto.	5

		3. Se recomienda incluir en la Reforma Académica que se está trabajando lineamientos para crear, modificar, extender o ampliar la cobertura de programas académicos, lo anterior teniendo en cuenta que no se evidenció que se tiene establecido como procedimiento más no como Política Institucional. 4. Se recomienda reducir la periodicidad de medición del indicador del proceso, de tal manera qué frente al análisis respectivo de los resultados, permita tomar las decisiones oportunas y que aporten a la gestión del proceso. 5. Se recomienda modificar el ALCANCE del procedimiento D-GPA-P03 AUTO EVALUACIÓN DE PROGRAMAS DE PREGRADO, teniendo en cuenta que el mismo está documentado hasta la Actividad 7 "TERMINA CON LA PREPARACIÓN DE VISITA DE PARES" pero sus actividades en realidad terminan en la Actividad 8 "REALIZA SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS DE AUTOEVALUACIÓN EN LOS PROGRAMAS ACADÉMICOS DE PREGRADO Y DETERMINA ACCIONES PARA GARANTIZAR EL LOGRO DE LAS ACTIVIDADES PROPUESTAS EN CADA PROGRAMA ACADÉMICO".	
5	Programación Académica.	1. Documentar los criterios normativos de revisión de la actividad académica (guía, check list, etc), dónde se cuente con las diferentes variables que se deben controlar en el procedimiento D-PA-P01: ASIGNACIÓN ACTIVIDAD ACADÉMICA y pueda ser divulgada desde las primeras etapas del mismo. 2. Modificar el ALCANCE del procedimiento D-PA-P01: ASIGNACIÓN ACTIVIDAD ACADÉMICA, teniendo en cuenta que el mismo está planeado hasta la Actividad 9 "Analiza, verifica, controla y evalúa, la Asignación de la Actividad Académica" pero sus actividades en realidad terminan en la Actividad 13 "Elabora actos administrativos de contratación a los docentes… (...) Remite los actos administrativos al Departamento de Talento Humano para su respectiva legalización". 3. Estandarizar los tiempos acordes con el desarrollo de las etapas del procedimiento D-PA-P01: ASIGNACIÓN ACTIVIDAD ACADÉMICA de la Actividad 7 a la Actividad 13, dado que se observa acumulación de trabajo (control de la actividad académica institucional y asesorías) y las etapas a cumplir cuentan con tiempos muy reducidos. *Ver. Resolución 048 de 2020.* Tener en cuenta los tiempos de cada una de las dependencias	8

		que participan en el procedimiento (Comités de Currículo, Consejos de Facultad, Vicerrectoría Académica, Consejo Académico, Comité Docente, Elaboración de Contratos, Dirección de TIC´S, Secretaría General y Talento Humano) realizando planeación hacia atrás. 4. Es importante documentar en el Sistema Integrado de Gestión la inducción que se realiza a Directores de Escuela y Asesores de Facultad con el fin que repose dentro del procedimiento D-PA-P01: ASIGNACIÓN ACTIVIDAD ACADÉMICA, ya que es un aporte importante en procura de la mejora continua. 5. Incluir en el sistema SIRA un punto de control o alerta que permita garantizar el completo diligenciamiento de la información requerida (ejemplo: tipo de vinculación docente, horarios, etc.) para el correcto desarrollo del procedimiento D-PA-P01: ASIGNACIÓN ACTIVIDAD ACADÉMICA e incluir parámetros normativos y alertas en el software, con el objetivo de facilitar y agilizar el control de la programación de la actividad académica. 6. Se recomienda ejercer un control frente a los soportes de casos especiales frente al ARTÍCULO CUARTO de la parte resolutiva de la Resolución 058 de 2009 por medio de la cual se modifica la Resolución 040 de 2008, que señala: “El número mínimo para abrir un grupo en el Área General será de 44 estudiantes. Los casos especiales serán aprobados por el Vicerrector académico”. 7. Establecer un punto de control en el procedimiento D-PA-P01: ASIGNACIÓN ACTIVIDAD ACADÉMICA teniendo en cuenta que es posible hacer estudio de puntaje a docentes que no cuenten con actividad académica en el sistema SIRA. 8. Modificar el alcance del procedimiento D-PA-P03: MONITORIAS teniendo en cuenta que está proyectado hasta la actividad 4 del mismo, sin embargo, en realidad el procedimiento finaliza en la actividad 18 con el informe final.	
6	Admisiones y Control de Registro Académico.	1. Es necesario que el proceso verifique como está haciendo la evaluación de sus indicadores (Producto no Conforme) 2. Socializar la política y objetivos del Sistema integrado de gestión con todos los servidores públicos del proceso.	2

7	Educación Virtual.	1. Se recomienda revisar y si es necesario actualizar la identificación del riesgo operativo, con el fin de establecer acciones que permitan su control.	1
8	Formación Postgraduada	1. Se evidenció que al ingresar al link http://www.uptc.edu.co/universidad_mapa_sitios/index.html descrito en la actividad No 7 del Procedimiento Autoevaluación de posgrados código D-FP-P02, no se direcciona a la página web de la Universidad debido a que "no existe en el portal". 2. Al realizar revisión de la ejecución de lo descrito en la actividad No 1 del Procedimiento Autoevaluación de posgrados código D-FP-P02, los auditados evidencian el uso del formato "Control y seguimiento renovación del registro calificado", el cual es enviado por correo electrónico a los directores de escuela de Posgrados de cada Facultad. El uso de este registro no se encuentra codificado. 3. No fue posible revisión de indicadores en sistema debido que según lo informado por la Jefe de Departamento, presenta inconvenientes para el ingreso a la plataforma. No se evidenció reporte a Dirección de Tics de lo referido.	3
9	Gestión fortalecimiento y productividad de la investigación	1. Se recomienda revisar y realizar indagación de los recursos que ingresan al proceso por concepto de convenios. en especial. respecto al recurso del CRE. Se evidencia un saldo que no ha sido utilizado en varias vigencias atrás y es preferible devolver.	1
10	Gestión de relaciones internacionales y cooperación interinstitucional	1. Actualizar los procedimientos acordes a la nueva dinámica institucional, con las acciones implementadas por COVID 19. 2. Gestionar a través del correo institucional y otros medios institucionales, todos los requerimientos de estudiantes y demás partes interesadas.	2
11	Gestión de Servicios de Extensión.	**1.** Socializar con todos los funcionarios del proceso la política y objetivos del Sistema Integrado de Gestión y políticas de Seguridad de la información. **2.** Ajustar los procedimientos del proceso para adaptarlos a la nueva dinámica institucional, relacionada con la virtualidad, ocasionada por la pandemia COVID-19. **3.** Mejorar la comunicación entre las diferentes áreas que le aportan al proceso. 4. Actualizar el inventario general de equipos de la Granja Tunguavita, debido a que, desde segundo semestre de 2017, no se realiza.	4

12	Gestión de servicios de clínica veterinaria	1. Se recomienda capacitar a las funcionarias del laboratorio clínico acerca del manejo de extintores. 2. Verificar que los extintores no se encuentren vencidos y que se encuentren en óptimas condiciones en caso de ser necesario su uso. 3. En cuanto al riesgo Operativo es necesario revisar y ajustar para incluir la credibilidad e imagen.	3
13	Gestión de servicios de Bienestar Universitario.	**1.** Revisar y actualizar la información que se encuentran en el Sistema Integrado de Información de Bienestar Universitario –SIIB. **2.** Revisar y definir qué formatos de los procedimientos pueden ser migrados al Sistema Integrado de Información de Bienestar Universitario –SIIB. **3.** Solicitar concepto de almacén para cuando se requiera la salida de equipos de cómputo a las residencias de los funcionarios y a la Dirección de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, sobre las directrices en este particular, para minimizar el riesgo de pérdida de información, para dar cumplimiento a las políticas del manual de políticas de seguridad de la información. 4. Adelantar las gestiones pertinentes para poner en funcionamiento una línea gratuita para atender las asesorías psicológicas y de acompañamiento, para facilitar el acceso de los estudiantes a estos servicios. 5. Analizar el Proceso, de manera que se puedan identificar los procedimientos que tendrán componentes virtuales y presenciales y actualizarlos. 6. Considerar realizar la convocatoria de residencias, antes del inicio del semestre académico una vez los estudiantes se han matriculado, para minimizar los riesgos a que esto conlleva	6
14	Gestión de Talento Humano.	1. Revisar y actualizar los procedimientos del proceso de acuerdo a las nuevas dinámicas institucionales.	1
15	Gestión Financiera	1. Socializar con todos los funcionarios del proceso la política y objetivos del Sistema Integrado de Gestión y políticas de Seguridad de la información. 2. Generar una estrategia o convenio con las Empresas de Servicios Públicos, para el pago oportuno y evitar el pago de intereses o reconexión. 3. Revisar la partida conciliatoria por concepto de estampilla que a octubre tiene un saldo por identificar de $ 1.199.690.806.61, que no se han sido entregadas en físico, por consignaciones que no han hecho llegar a la universidad.	3

16	Gestión de Servicios Generales Institucionales.	1. Se recomienda continuar y finalizar la actividad de revisión, actualización y eliminación en caso de ser necesario de los procedimientos, formatos, instructivos y demás documentación pertinente de mejora. 2. Aunque se está realizando inspección de extintores mediante formato diseñado por el proceso de servicios generales, este no se encuentra en los documentos del SIG, por lo cual, al momento de ser creado por el proceso del Direccionamiento del SIG en el sistema, se recomienda su uso para la inspección y recargue de los extintores de manera oportuna y en los tiempos establecidos por la empresa encargada del cargue de los mismos.	2
17	Gestión de Recursos Informáticos.	1. El proceso debería asegurar la asignación de roles y responsabilidades. Lo anterior genera una no conformidad de implementación. 2. El proceso de Gestión de Recursos Informáticos debería asegurar la comunicación de la política del SGSI. Lo anterior genera una observación de implementación 3. El proceso de Gestión de Recursos Informáticos debería hacer la evaluación de los datos reportados y poder tomar las decisiones pertinentes 4. El proceso de Gestión de Recursos Informáticos debería asegurar la información sobre los procesos de consulta y participación en SG-SST 5. El proceso de Gestión de Recursos Informáticos debería asegurar las acciones conducentes a minimizar los riesgos establecidos en la matriz de identificación de peligros valoración de riesgos y determinación de controles, lo cual aportaría significativamente a la salud de los integrantes del proceso y por ende a una mejor gestión 6. El proceso de Gestión de Recursos Informáticos debería asegurar la socialización de la información sobre la gestión de los riesgos y oportunidades del proceso. 7. El proceso de Gestión de Recursos Informáticos debería fortalecer los procesos necesarios para responder ante situaciones de emergencia.	7
18	Gestión de bibliotecas	1. Es importante que dentro de las reuniones o talleres de gestión se haga extensiva la Política de Seguridad de la Información. 2. En procura de la mejora continua del proceso, se requiere que previo estudio de pertinencia se ingrese a los procedimientos del Proceso Gestión de Bibliotecas	3

		las actividades que realizan y no se ven reflejadas en los mismos, así mismo las actividades que se consideren que ya no son funcionales quitándolas de los procedimientos. 3. En concordancia con la visión del proceso es importante documentarlo respecto la Ley 1915 de 2018 por la cual se modifica la ley 23 de 1982 y se establecen otras disposiciones en materia de derecho de autor y derechos conexos.	
19	INCITEMA	1. No se evidencia el establecimiento de requisitos específicos para las acciones de contingencia referentes a la prestación del servicio. Numeral 8.2.1 2. Se evidencia que el formato Compromiso de imparcialidad y Confidencialidad de la Información, Código A-IN-P07-F02, se encuentra diligenciado con fecha 20 de mayo del 2020 y de acuerdo al mapa de procesos, el formato está aprobado el 21 de septiembre de 2020. Numeral 7.5 3. Se evidenció que el formato A-IN-P09-F02, Gráficos de control, en la columna fecha de análisis se encuentra diligenciado con fechas anteriores a la aprobación del formato en el mapa de procesos. Numeral 7.5 4. Se evidencia que en el formato A-IN-P14-F11, Acta de socializaciones, en el objetivo hace referencia a "revisar y establecer que cargos pueden llevar a cabo parte o totalidad de sus tareas y responsabilidades en la modalidad de teletrabajo". Se pregunta a los entrevistados si alguno de los trabajadores está contratado como teletrabajador, a lo cual ellos responden que no. Numeral 7.5 5. Se observa uso incorrecto de las bolsas rojas, las cuales deben ser utilizadas para depositar residuos peligrosos. En Laboratorio de análisis de falla, se evidenció residuos de lijas contenidos en bolsas rojas. En Laboratorio de corrosión se evidenció caneca verde con bolsa roja y caneca roja sin bolsa. Numeral 7.3 6. Se evidencia falta de extintores en el segundo piso del Edificio INCITEMA. En el laboratorio de corrosión se evidencia extintor vencido desde el mes de marzo del presente año. Numeral 8.2 7. El personal entrevistado manifestó que no se le realizó inducción como contratistas por prestación de servicios, además no se encuentran capacitados para el manejo de extintores y respuesta ante emergencias. Numeral 5.4 y Numeral 8.2 8. En el Laboratorio 4 preparación de muestras se evidencia botiquín incompleto con elementos vencidos	9

		y termómetros de mercurio. En el laboratorio de análisis de falla el botiquín se encuentra incompleto con elementos vencidos. Numeral 5. Numeral 8.2 9. Se evidenció cajas de gran volumen en el pasillo, que según los entrevistados contiene equipos donados por INDUTEXA, se solicita la respectiva documentación referente a donaciones y nos mencionan que la donación no está legalizada y el tema de donaciones no está establecido en ningún procedimiento. Numeral 7.5 y Numeral 8.1.2	
20	Servicios docente asistenciales	1. Solicitar capacitación en lo relacionado con aspectos generales (política, objetivos, programas del SST, Ambiental…) de las normas ISO 9001:2015, 45001:2018 14001:2015, 20000-1:2012 y 27000:2013 2. Revisión de la ficha de caracterización del proceso, en relación con actualización según el nuevo Plan de Desarrollo Institucional 2019-2022 y en la parte de requisitos Legales. 3. Implementar nuevas metodologías que permitan medir la satisfacción del usuario, teniendo en cuenta la imposibilidad del diligenciamiento de formatos de manera presencial. 4. Realizar controles efectivos para garantizar el correcto diligenciamiento del formato A-SDA-P01-F03 ENCUESTA PARA MEDIR LA SATISFACCION DEL USUARIO.	4
21	Gestión Normativa.	1. Solicitar capacitación en lo relacionado con aspectos generales de la norma de gestión Ambiental ISO 14001: 2015 (programas de Gestión ambiental (Gestión integral de Residuos.) 2. Que todos los documentos proferidos por la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia sean adaptados de conformidad al Manual de Identidad Grafico de la UPTC. 3. En el procedimiento defensa judicial A-GN-P07, se recomienda incluir o adicionar una actividad posterior a la numero 15, en la que se estipule el trámite a seguir en los eventos en que la Universidad, sea condenada a pagar sumas de dinero (Cumplimiento y pago de sentencia). Igualmente, en lo que respecta a Convenios, no se evidencia procedimiento alguno, es preciso	5

		establecer el procedimiento pertinente, en el cual se determine claramente, el proceso responsable, el rol y la actividad que ejecuta cada uno de los intervinientes al igual que los términos o tiempos que requiere cada actividad. 4. Teniendo en cuenta las medidas de contingencia dadas para la presente vigencia, es preciso se inserte dentro de los contratos de prestación de servicios, una cláusula que determine el cumplimiento preciso a los protocolos de bioseguridad y/o demás responsabilidades legales que poseen los contratistas frente a la implementación de los sistemas de gestión de la Universidad. 5. Es necesario que, los documentos sean firmados en su integridad a fin de ser legalizados y archivados de forma consecutiva.	
22	Gestión Electoral, Documental y de Peticiones.	1. Con el objeto de salvaguardar los archivos de la Universidad y dar cumplimiento de manera unificada a la función archivística institucional, es necesario realizar capacitaciones periódicas a todas las dependencias productoras de documentos. 2. Realizar acciones documentadas que evidencien gestiones tendientes al cumplimiento de los procedimientos y del proceso mismo. 3. Realizar trabajo conjunto, tener activa y constante comunicación con los demás procesos, de quienes depende el cumplimiento de las actividades de los procedimientos pertenecientes a Gestión electoral, documental y de peticiones. 4. En el procedimiento de quejas reclamos y consultas, es necesario se implemente un sistema que permita realizar seguimiento a todas las solicitudes que se radiquen en la UPTC, lo anterior con el fin de que previamente al vencimiento de términos se reitere la necesidad de dar respuesta oportuna y se dé cumplimiento a la norma Ley 1755 de 2015, *"por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental de Petición y se sustituye un título del*	5

		Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo", publicada en el Diario Oficial No. 49.559 de 30 de junio de 2015. 5. El formato A-ED-P03 se encuentra titulado ELECCIONARIO INSTITUCIONAL, sin embargo, al abrir el documento se denomina como PROCEDIMIENTO DEL SISTEMA razón por la cual se recomienda modificar el documento.	
23	Unidad de Servicios de Salud – UNISALUD.	1. En los procedimientos se establecen correos institucionales de funcionarios, por lo cual se recomienda crear correos que garanticen la confidencialidad de la información y sean utilizados para la actividad establecida dentro de los diferentes procedimientos.	1
24	Gestión de Supervisión y Control.	1. Formular un formato o lista de chequeo de visita a obras, en el procedimiento de Supervisión A-DSC-P01 Versión 1, en la cual se incluyan los requisitos pertinentes a verificar, en cuanto a la calidad del producto, a Seguridad y Salud en el Trabajo y al área ambiental, con la finalidad de conocer el estado de cumplimiento de los proveedores y contratistas, durante la ejecución de los proyectos, y así tomar medidas preventivas y correctivas, de acuerdo a lo observado. 2. Realizar de forma periódica la socialización del procedimiento y cambios correspondiente al tema relacionado en Interventoría Externa con código: A-DSC-P02 Versión 1, a los contratistas, con el propósito de dar a conocer las actividades que lo componen, y así se ejecutar y entender el acuerdo a lo establecido en dicho procedimiento. 3. Determinar las medidas necesarias para que el contratista del Proyecto de construcción del Edificio de Postgrados, de la UPTC Sede Seccional Tunja, cumpla con el diligenciamiento correcto de los formatos, la gestión documental y cumplimiento de los lineamientos establecidos desde el Sistema de Gestión, con el propósito de que se controle de manera eficiente dicha información. 4. Generar una estrategia que permita a la líder del proceso el control eficiente del cumplimiento por parte de su equipo de trabajo frente a lo establecido en los protocolos de seguridad de la Universidad. 5. Es importante controlar la documentación que se genera	6

		de los diferentes contratos que desde allí se manejan y teniendo en cuenta el trabajo de manera virtual en el que se encuentra el proceso, es importante que se solicite el apoyo en la construcción de un sistema tecnológico que respalde la documentación de los proyectos que permita acceso seguro y fácil a la información. 6. Se recomienda que establecer visitas periódicas a las obras y modificar los formatos A-DSC-P01-F19 y A-DSC-P01-F20 , con el fin de soportar los informes de comités de obra en temas que incluyan la gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo y Gestión Ambiental.	
25	Gestión de contratación	1. Se recomienda realizar un trabajo conjunto con los procesos que intervienen en la ejecución de los procedimientos de Compras y servicios, con el fin de identificar y evaluar en cada proceso la responsabilidad y actividades propias que le aplican. Lo expuesto se fundamenta en que actualmente todo el procedimiento es del proceso de gestión de contratación, sin embargo muchas actividades son responsabilidad del proceso de gestión normativa y otros procesos, razón por la cual no cuentan con todos los soportes pertinentes para el cumplimiento total del procedimiento. 2. Es preciso revisar el indicador que mide la evaluación a proveedores en el sentido que la misma refleje el comportamiento real del proveedor durante el proceso de compra, de esta manera se contaría con filtro eficaz para identificar y contar con una base de datos que permita contratar a la mejor empresa (cumplimiento de plazos y condiciones del producto o servicio y demás condiciones establecidas en el contrato). 3. Generar un control, en el cual se identifique desde la solicitud del producto o servicio, o en su defecto dentro del proceso de compra, los riesgos asociados a la entrega o prestación del servicio, esto con el fin de generar medidas preventivas en los trabajadores de la Universidad, evitando accidentes y/o enfermedades laborales o afectaciones al medio ambiente. Para lo anterior es importante tener en cuenta las recomendaciones del fabricante y del contratista.	7

		4. Reforzar los conocimientos de manera periódica, a los funcionarios del área de almacén general, en temas relacionados con atención a emergencias, emergencias ambientales y manejo seguro de sustancias químicas. 5. Realizar de manera constante revisión a la ficha de caracterización, procedimientos, formatos y guías que hacen parte del proceso, adaptándolas a las condiciones y actividades actuales. 6. Con el objeto de garantizar la idoneidad de los documentos, es preciso que los mismos sean debidamente suscritos. 7. Se sugiere hacer una revisión general de los documentos y actualizarlos de acuerdo con los lineamentos del SIG, socializados en el mes de junio.	
26	Evaluación Independiente.	1. Ajustar los procedimientos que se requiera, para adaptarlos a la nueva dinámica institucional, relacionada con la virtualidad.	1
TOTAL			**98**

CONSOLIDADO NO CONFORMIDADES

La presente tabla relaciona los procesos, con las NO CONFORMIDADES y los requisitos que incurrieron los hallazgos.

No.	PROCESO	NO CONFORMIDADES	TOTAL
1	Planeación Institucional.	1. No se encontró asociados a ningún procedimiento los documentos que dan cuenta de la elaboración de proyectos de inversión que requiere la Universidad en coordinación con las dependencias, como lo indica el literal j) del artículo 8 del Acuerdo 001 de 2018. Además, si bien se encuentra que se cumple con la emisión de conceptos técnicos de soporte para la toma de decisiones como el Consejo Superior o la rectoría (literal d), estos tampoco se encuentran incorporados a los	3

		procedimientos. **Evidencia:** Ficha de caracterización P-PI-Z, versión 9. **Incumplimiento:** Numeral 4.4 de ISO 9001-2015. Sistema de Gestión de Calidad y sus Procesos. 2. Revisadas las actas del Comité Consultivo de Planeación, 001 a 005 de 2020 de fechas 22 de enero, 7 de mayo, 14 de mayo, 23 de junio y 27 de julio de 2020, se encontró que las mismas no se encuentran suscritas por sus integrantes, que según Acuerdo 037 de 2019, se encuentra conformado por los vicerrectores académico, administrativo y financiero y de Investigación y extensión y los representantes ante el Consejo Superior, de los graduados, estudiantes, profesores y directivas académicas, bajo la coordinación del Director de Planeación. **Evidencia:** Actas 001 a 005 de 2020 de fechas 22 de enero, 7 de mayo, 14 de mayo, 23 de junio y 27 de julio de 2020, del Comité Consultivo de Planeación. **Incumplimiento:** Artículo 331 del Decreto Ley 019 de 2012 "**ACTAS DE LAS ENTIDADES PÚBLICAS**. Las decisiones de los consejos superiores o de los cuerpos colegiados de la administración pública se harán constar en actas aprobadas por los mismos, o por las personas que se designen en la reunión para tal efecto, y firmadas por quien la presida y por quien sirva de secretario, en las cuales deberá indicarse, además, los votos emitidos en cada caso. 3. No se encontró que se haya dado cumplimiento a la actividad No 1, del Procedimiento Programación Presupuestal P-PI-P06, que indica que el Director de Planeación convoca a: Rector y Vicerrector Administrativo y Financiero, para definir criterios generales, tanto de incremento como	

		de distribución y de techos presupuestales en cada uno de los rubros del presupuesto; las decisiones se deben consignar en acta y en el cronograma presentado para la construcción del proyecto de Presupuesto para la vigencia 2021, se indica que éste será socializado con el Comité Consultivo de Planeación, acta que tampoco fue allegada. **Evidencia:** Entrevista con los funcionarios y no se presentaron actas. **Incumplimiento:** Actividad 1. Procedimiento Programación Presupuestal P-PI-P06	
2	Comunicación Pública.	1. El proceso debería asegurar la creación y actualización de la documentación. **Evidencia:** Se revisó la ficha de caracterización código P-CP-Z, versión 9 del 12/09/2018, la cual debería incluir la gestión de riesgos operativos, aun se hace referencia al plan maestro de desarrollo-Lineamiento 6, se evidencian las normas desactualizadas y se sugiere incluir el total de las entradas del Proceso. **Incumplimiento:** ISO 9001:2015 numeral 7.5.2 Creación y actualización, literal c. 2. El proceso de Comunicación Pública, debería hacer la evaluación de los datos reportados y poder tomar las decisiones pertinentes. **Evidencia:** Al hacer la revisión del indicador P-CP-D04, Nivel de Cumplimiento de la Difusión de la Información se evidencia que no se tienen en cuenta sino aspectos relacionados con piezas de comunicación, se debería replantear el indicador y tener en cuenta otras actividades que desarrolla el proceso, ya que cuentan con informes como fuente de información que puede fortalecer las mediciones en el cuanto al impacto. **Incumplimiento:** ISO 9001: 2015 numeral 9.1.2. evaluación del desempeño**,** literales a,	2

		b**.**	
3	Direccionamiento del SIG.	1. El proceso no asegura la evaluación realizada a los procesos al momento de implementar cambios. **Evidencia:** Al indagar la creación del proceso de Gestión de Servicios de la Clínica Veterinaria E-CV, no se evidencia la evaluación realizada a los procesos con el fin de determinar la necesidad de implementar los cambios necesarios. **Incumplimiento:** ISO 9001:2015 en el literal g) del numeral 4.4 en el cual define “La Organización debe determinar los procesos necesarios para el Sistema de Gestión de Calidad y su aplicación a través de la organización y debe: g) evaluar estos procesos e implementar cualquier cambio necesario para asegurarse de que estos procesos logran los resultados previstos.” ISO 9001:2015 en el literal b) del numeral 4.4.2 en la cual se define: “En la medida en que sea necesario, la organización debe: b) conservar la información documentada para tener la confianza de que los procesos se realizan según lo planificado. 2. El proceso no asegura la planificación de los objetivos **Evidencia:** Al indagar sobre la planificación para el logro de los objetivos de calidad, no se evidencia dicha planificación. **Incumplimiento:** ISO 9001:2015 en el numeral 6.2.2 en el cual define “Al planificar cómo lograr sus objetivos de la calidad, la organización debe determinar: que se va hacer, que recursos se requerirán, quien será responsable. Cuando se finalizará, cómo se evaluarán los resultados”. 3. El proceso no asegura el control de salidas no conformes. **Evidencia:** Al realizar una revisión documental del proceso, no se	13

		evidencia un documento que contenga los aspectos necesarios para el control de las salidas no conformes. **Incumplimiento:** ISO 9001:2015 en el numeral 8.7 en el cual define "La organización debe asegurarse de que las salidas que no sean conformes con sus requisitos se identifican y controlan para prevenir su uso o entrega no intencionada. 4. El proceso no garantiza el desarrollo de las inspecciones ambientales ni de las de SyST en todas las áreas identificadas por la Universidad. **Evidencia:** Al verificar el cronograma de inspecciones se evidencia que éstas no se realizaron en el 100% de las áreas de la Universidad como lo establece el procedimiento P-DS-P13 Identificación de aspectos y valoración de impactos ambientales versión 8 de 24/09/2018, además al revisar el formato P-DS-P13-F05 Inspección ambiental versión 2 de 19/06/2019 se observa que ninguno de ellos se encuentra firmado por el personal involucrado. **Incumplimiento:** ISO 14001:2015 en el numeral 7.5 en el cual define "El sistema de gestión ambiental debe incluir…" ISO 45001:2018 numeral 6.1.1. 5. La Universidad no asegura la comunicación del Plan para la Prevención y Gestión del Riesgo y del Desastre y por lo tanto tampoco se ha garantizado la comunicación del módulo 3 Manejo de la emergencia, en este módulo se incorporan los planes de preparación y respuesta ante emergencias **Evidencia:** Al revisar el manual P-DS-M01 Manual Integrado de Gestión versión 35 de 22/11/2020 y demás documentos del proceso, no se evidencia que los planes de preparación y respuesta ante emergencias estén documentados en el Sistema, así como	

		tampoco se evidencia comunicación de los mismos. **Incumplimiento:** ISO 45001:2018 en su numeral 8.2 en el cual define "La organización debe establecer, implementar y mantener procesos necesarios para prepararse y para responder ante situaciones de emergencias potenciales según se identifica en el apartado 6.1.2.1, …" 6. Al planificar el sistema de gestión de SST**,** el proceso no asegura los requisitos de las partes interesadas. **Evidencia:** Al indagar sobre cómo se realizó la identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles, no se evidencia se haya realizado las consultas con las partes interesadas como lo establece el procedimiento P-DS-P10 Identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles versión 11 de 22/11/2020. **Incumplimiento:** ISO 45001:2018 en el numeral 6.1.1 en el cual define "Al planificar el sistema de gestión de la SST, la organización debe considerar las cuestiones referidas en el apartado 4.1 (contexto), los requisitos referidos en los apartados 4.2 (partes interesadas) …" 7. El proceso no asegura la actualización del procedimiento de Selección, uso, mantenimiento, reposición y disposición final de EPP **Evidencia:** Al indagar acerca de la entrega de EPP, no se evidencia la actualización del procedimiento A-DS-P12 Selección, uso, mantenimiento, reposición y disposición final de EPP versión 8 de 05/07/2018, de acuerdo a las actuales dinámicas institucionales como resultado de la pandemia por COVID-19. **Incumplimiento:** ISO 9001:2015 en su numeral 7.5.2 en el cual define "Al crear y actualizar la información	

		documentada. 8. El proceso no garantiza el cumplimiento de los protocolos de bioseguridad. **Evidencia:** Al realizar visita a las instalaciones de la biblioteca en la Sede Seccional Duitama se observó funcionarios consumiendo alimentos dentro de las instalaciones que no se encuentran **Incumplimiento:** ISO 45001:2018 en el numeral 8.1.2 en el cual define "La organización debe establecer, implementar y mantener procesos para la eliminación de los peligros y la reducción de los riesgos para la SST…". Protocolos de bioseguridad. 9. El proceso no garantiza la actualización del procedimiento P-DS-P07 Evaluaciones medicas ocupacionales. **Evidencia:** Al revisar el procedimiento P-DS-P07 Evaluaciones medicas ocupacionales Versión: 13 de 19/07/2019, no se evidencia la actividad, responsable y momento en el que aplique los siguientes formatos:: P-DS-P07-F27 Identificación de población con factores de riesgo para mitigar el COVID-19 versión 8 de 11/06/2020 P-DS-P07-F28 Autorización de ingreso versión 1 de 26/06/2020 P-DS-P07-F29 Formato de ingreso a laboratorios de investigación y extensión versión 2 de 25/06/2020 P-DS-P07-F30 Control de ingreso de personal a las instalaciones de la UPTC Versión 1 de 15/07/2020 P-DS-P07-F31 Identificación de estudiantes con factores de riesgo para mitigar el COVID-19 versión 1 de 18/08/2020P-DS-P07-F32 Seguimiento diario de limpieza de áreas y lavado de manos versión 2 de 09/11/2020 P-DS-P07-F33 Seguimiento integral de salud versión 1 de 12/11/2020. **Incumplimiento:** ISO 9001:2015 en su numeral 7.5.2 en el cual define "Al crear y actualizar la información documentada, la	

		organización debe asegurarse …”. 10. El proceso no garantiza el manejo de residuos especiales. **Evidencia.** En el desarrollo de la visita de campo en las Instalaciones de la Sede Seccional Duitama, se observa residuos especiales (luminarias y balastros) sin el debido embalaje y almacenamiento adecuado. **Incumplimiento:** ISO 14001:2015 en el numeral 8.1 en el cual define “La organización debe establecer, implementar, controlar y mantener los procesos necesarios para satisfacer los requisitos del sistema de gestión ambiental…” 11. El proceso no asegura el aforo en los espacios de la Sede Seccional Duitama **Evidencia.** En el recorrido de las instalaciones se observa que varios de los espacios no cuentan con el aforo para cada espacio. **Incumplimiento:** ISO 45001:2018 en el numeral 8.1.2 en el cual define “La organización debe establecer, implementar y mantener procesos para la eliminación de los peligros y la reducción de los riesgos para la SST…”. **12.** El proceso no garantiza la competencia de las personas que laboran en el SIG. **Evidencia.** En entrevista con los auditados de la Sede Seccional Duitama, no se evidencia que el proceso haya tomado acciones para adquirir y mantener la competencia necesaria de quienes laboran en este proceso. **Incumplimiento:** ISO 45001:2018 en literal c) el numeral 8.2 en el cual define “La organización debe: c) cuando sea aplicable, tomar acciones para adquirir y mantener la competencia necesaria y evaluar la eficacia de las acciones tomadas; …” ISO 9001:2015 en literal c) el numeral 7.2 en el cual define “La organización debe: c) cuando sea aplicable, tomar acciones para adquirir la competencia necesaria y evaluar la eficacia de las acciones tomadas; …” 13. El proceso no asegura la asignación, comunicación y entendimiento de las responsabilidades y autoridades para los	

		roles pertinentes. **Evidencia:** Al indagar a la líder del proceso de Servicios Generales y a la Administrativa de la Sede Seccional Sogamoso acerca de las responsabilidades y autoridades frente al SIG, se evidencia que la misma no ha sido comunicada y entendida de manera eficaz. **Incumplimiento** ISO 9001:2015, ISO 14001:2015 e ISO 45001: 2018 en el numeral 5.3 en el cual define "La alta dirección debe asegurarse de que las responsabilidades y autoridades para los roles pertinentes se asigne, se comuniquen y se entiendan en toda la organización.	
4	PROGRAMACIÓN ACADEMICA	1. En el Acuerdo N.° 069 de 2000 no se estableció el horario a cumplir por parte de los Docentes adscritos a la Facultad de Estudios a Distancia. **Evidencia:** Mediante entrevista al equipo de trabajo, indagando sobre normatividad al respecto. **Incumplimiento:** NORMA ISO 9001:2015 numeral 7.2 ítem "d) conservar la información documentada apropiada como evidencia de la competencia" 7.5 ítem "b) la Información documentada para la eficacia del sistema de gestión de calidad".- Acuerdo 069 de 2000 "por medio del cual se reglamentan las jornadas de trabajo para los docentes vinculados a la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia" 2. No se evidencia documentación en el sistema *SIPEF-Plan de Mejora, Indicadores y Acta de Taller de Gestión,* sobre las acciones correctivas implementadas en búsqueda de lograr el diligenciamiento de la evaluación docente en sus tres etapas: autoevaluación, evaluación institucional y evaluación de los estudiantes, en los casos aplicables de acuerdo con la normatividad vigente. **Evidencia:** Mediante entrevista al equipo de trabajo, indagando sobre documentación al respecto. **incumplimiento:** ISO 9001:2015 numeral 4.4 Sistemas de Gestión de Calidad y sus Procesos. ítem "h) mejorar los procesos y el sistema de gestión de calidad".	2
5	Admisiones y Control de Registro Académico.	1. El proceso Admisiones y Control de Registro no mantiene actualizados sus requisitos	1

		legales, relacionados con la cancelación de semestre con reserva de cupo o cancelación parcial de asignaturas por parte de los estudiantes. **Evidencia:** Al revisar el procedimiento D-AR-P04 Cancelación de semestre, reingreso y Retiro definitivo, no se encuentra actualizado el Marco Legal. **Incumplimiento:** ISO 9001:2015 numeral 6.1.3. Determinación de Requisitos Legales y otros requisitos literales a) Determinar y tener acceso a los requisitos legales y otros requisitos actualizados.	
6	Educación Virtual.	1. El proceso no asegura la revisión, actualización y eliminación en caso de ser necesario del formato D-EV-P01-F02 Registro de revisión del funcionamiento del servidor. **Evidencia:** Al solicitar información acerca de la revisión del funcionamiento del servidor y del diligenciamiento del formato D-EV-P01-F02 Registro de revisión del funcionamiento del servidor en su versión 4 de 02/12/2015; se evidencia que esta actividad no se está realizando y por lo tanto no hay un registro en dicho formato. **Incumplimiento:** ISO 9001:2015 en su numeral 7.5.2 en el cual define “Al crear y actualizar la información documentada, la organización debe asegurarse …” 2. El proceso no asegura el control de las salidas no conformes. **Evidencia:** Durante la entrevista acerca de la identificación y control de las salidas no conformes, se evidencia que no se garantiza la identificación y control de estas salidas para prevenir su uso o entrega no intencionada. **Incumplimiento:** ISO 9001:2015 en su numeral 8.7.1 en el cual define: “La organización debe asegurarse de que las salidas que no sean conformes con sus requisitos se identifican y controlan para	2

		prevenir su uso o entrega no intencionada.”	
7	Gestión fortalecimiento y productividad de la investigación	1. El proceso no asegura que la información documentada que la organización determina como necesaria para la eficacia del SGC, se cumpla. **Evidencia:** Realizando trazabilidad al procedimiento I-FP-P03, Gestión proyectos, se evidencia que después del proceso de conciliación si no se cumplen las condiciones acordadas, el caso no pasa al Comité de investigaciones como lo contempla el procedimiento, si no que se realiza un acuerdo nuevamente para que se cumplan con los criterios pactados frente a los proyectos. El proceso refiere que a la fecha se está realizando una actualización de sus procedimientos en el sistema y que se tendrá en cuenta esta aclaración para que se contemple en el procedimiento. **Incumplimiento:** ISO 9001: 2015 numeral 7.5.1. Generalidades, literal a, b.	1
8	Gestión de Servicios de Extensión.	**1.** No se observa interiorización y conceptualización de la política y objetivos del Sistema Integrado de Gestión, y de las políticas de Seguridad de la información, en el proceso. **Evidencia:** Entrevista con funcionarios del proceso a través de la plataforma meet. **Incumplimiento:** Numeral 7.3 “toma de conciencia” de las normas ISO 9001:2015, 14001:2015 y 45001:2018 y numeral 5.2 de la norma ISO 27001:2013. **2.** No se encontró el registro de vinculación docente y de estudiantes en los formatos E-SE-P06-F06 y E-SE-P06-F07. **Evidencia:** Entrevista con funcionarios del procedimiento E-SE-P06 “Educación continuada”, donde manifiestan que estos formatos no se están diligenciando. **Incumplimiento:** numeral 7.5.3 “control de la información documentada” de la norma ISO 9001:2015 y actividad 09 del procedimiento E-SE-P06. **3.** Se evidenció que no se está llevando un adecuado control de los insumos para el desarrollo de las actividades diarias en la Granja Tunguavita. **Evidencia:** Al solicitar los registros de control de insumos en el formato	5

		E-SE-P04-F02, no se está diligenciando tal como lo exige el procedimiento. **Incumplimiento:** numeral 7.5.3 Control de la información documentada de la norma ISO 9001:2015, actividad 9 procedimiento E-SE-P04 Utilización de bienes de granja y jardín botánico. **4.** No se evidenció la planeación de la siembra anual, no existen actas ni otro documento que soporte esta actividad. **Evidencia:** Se solicitó el registro y no fue posible evidenciarlo. **Incumplimiento:** numeral 7.5.3 Control de la información documentada de la norma ISO 9001:2015 y actividad 11 del procedimiento E-SE-P04 Utilización de bienes de granja y jardín botánico. **5.** Se encontró que la casa de rotantes en la granja Tunguavita, se encuentra en malas condiciones para ser habitada en cuanto a infraestructura física y mobiliario, lo que puede ocasionar incidentes o accidentes a los estudiantes rotantes, dentro del inmueble. **Evidencia:** Registro fotográfico, techo, ventana y paredes rotos, instalaciones eléctricas en mal estado (exploto un bombillo), cableado expuesto, invasión de mosquitos, nevera dañada. **Incumplimiento:** Numeral 8.1.2 “eliminar peligros y reducir riesgos para SST” de la norma ISO 45001:2018, numeral 7.1.3 “infraestructura” de la norma ISO 9001:2015.	
9	Gestión de servicios de clínica veterinaria	1. El proceso no asegura el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos del laboratorio de la Clínica Veterinaria **Evidencia:** Al solicitar los soportes de los mantenimientos de calibración de los equipos de laboratorio, se evidencia que el último mantenimiento de los mismos fue realizado en el año 2018 y por lo tanto no se ha cumplido con el mantenimiento preventivo y/o correctivo de la totalidad de estos equipos, a pesar de haber realizado las respectivas solicitudes. **Incumplimiento:** ISO 9001:2015	3

		en el numeral 7.1.5.1 en el cual define “La Organización debe determinar y proporcionar los recursos necesarios para asegurarse de la validez y la fiabilidad de los resultados cuando se realice el seguimiento o la medición para verificar la conformidad de los productos y servicios con los requisitos”. 2. Se evidencia reactivos vencidos en el laboratorio clínico. **Evidencia:** Al revisar el laboratorio clínico se evidencia reactivos vencidos y otros cercanos a su vencimiento debido a que los equipos están fuera de servicio debido a la falta de mantenimiento preventivo y correctivo de los mismos. **Incumplimiento:** norma ISO 14001:2015 en el numeral 8.1 en el cual define “La Organización debe establecer, implementar, controlar y mantener los procesos necesarios para satisfacer los requisitos del sistema de gestión ambiental …”. 3. Se encontró que el nombre del formato que se encuentra en el SIG no coincide con el nombre del registro impreso. El registro no está totalmente diligenciado, faltan datos. Este documento y todos los que manejen datos personales deben contener el consentimiento Política de Tratamiento y protección de datos personales, según Resolución 3842 del 2013 de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Encuesta de satisfacción del Usuario E-SE–P12-F09 corresponde a Gestión de Servicios de Extensión y la información no se ajusta con los servicios de la Clínica Veterinaria **Evidencia:** Registro Ingreso temporal de datos y autorizaciones iniciales del servicio-E-CV-P01-F01, Registro Encuesta de satisfacción del Usuario E-SE–P12-F09 corresponde a Gestión de Servicios de	

		Extensión. **Incumplimiento:** NTC ISO 9001:2015 numeral 7.5 Información documentada.	
10	Gestión de servicios de Bienestar Universitario.	1. Se encontró que los servicios que se prestan a través de bienestar virtual, no se encuentran asociados a los procedimientos del proceso de Bienestar Universitario. **Evidencia:** Procedimientos Gestión de Bienestar Universitario **Incumplimiento:** Numeral 4.4 de ISO 9001-2015. Sistema de Gestión de Calidad y sus Procesos y numeral 7.5.3 de ISO 9001 2015 y 14001:2015.	1
11	Gestión de Talento Humano.	1. El proceso Gestión de Talento Humano no lleva la historia laboral de los funcionarios de acuerdo con lo establecido en su procedimiento Apertura y Manejo de Hojas Laborales. **Evidencia:** Al revisar la hoja de vida de una funcionaria la Evaluación por competencias correspondiente al año 2018 y 2019 no se encuentran en la carpeta, después fueron enviadas para revisión de los auditores pero no están firmadas, al igual que el formato de Cumplimiento de Requisitos A-GH.P02-F16. La hoja de vida solo se está foliada hasta el folio 154, el registro Historia Laboral Hoja de control A-GH-P04-F01 no está firmado por funcionario responsable del manejo de la historia laboral. En la hoja de vida de uno de los ingenieros de la Dirección de Planeación se encontraban oficios de permiso solicitado y tramitado que corresponden a otro funcionario de esa misma Dirección. En los folios 100 y 101. Otra hoja de vida revisada de una funcionaria de Extensión no se encuentra foliada y no tiene el registro Historia Laboral Hoja de control A-GH-P04-F01. **Incumplimiento:** ISO 9001:2015 numeral 7.5.3.2 Control de la información documentada. Para el control de	1

		la información documentada la organización debe aprobar las siguientes actividades según corresponda a) esté disponible y sea idónea para su uso, donde y cuando se necesite. b) almacenamiento y preservación, incluida la preservación de legibilidad c) control de cambios d) conservación y disposición. La información documentada se debe identificar…y controlar.	
12	Gestión Financiera	1. Se observó que existen actividades que se están realizando dentro de los procedimientos, las cuales no están documentadas, así mismo dentro de la actualización de procedimientos que se realice es necesario incluir normatividad y otros aspectos generados con la nueva dinámica institucional de virtualidad ocasionada por la pandemia por COVID-19. **Evidencia:** no se ha incluido dentro del procedimiento el tema de facturación electrónica (resolución 042 de 2020 emitida por la DIAN), actualización de instructivos. **Incumplimiento:** numeral 7.5.2 creación y actualización de la norma ISO 9001:2015.	1
13	Gestión de Servicios Generales Institucionales.	1. El proceso no garantiza el desarrollo de un adecuado mantenimiento a la infraestructura de la Sede Seccional Sogamoso, ya que no cuenta con el personal suficiente para el desarrollo de la misma. **Evidencia:** En el desarrollo de la entrevista acerca de las personas asignadas a las actividades de mantenimiento, se informa por la auditada que solo están asignadas dos personas y además tienen un contrato por Orden de Prestación de Servicios. **Incumplimiento:** ISO 9001:2015 en el numeral 7.1.3 en el cual define “La organización debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para la operación de sus procesos	7

		y lograr la conformidad de los productos y servicios.” ISO 9001:2015 en el numeral 7.1.2 en el cual define “la organización debe determinar las personas necesarias para la implementación eficaz de su sistema de gestión de calidad y para la operación y control de sus procesos 2. El proceso no garantiza el control a los procesos contratados externamente. **Evidencia:** Durante el trabajo de campo realizado en la Sede Seccional Sogamoso y una vez revisado el lugar destinado para el almacenamiento de sustancias de limpieza y desinfección, se observa que dicho espacio no cuenta con el adecuado almacenamiento de estas sustancias. **Incumplimiento:** ISO 14001:2015 en el numeral 8.1 en el cual define … “La organización debe asegurarse de que los procesos contratados externamente estén controlados o que se tenga influencia sobre ellos.” 3. El proceso no asegura centro de acopio temporal correspondiente para escombros y para vidrio según sea el caso. **Evidencia:** Durante el recorrido realizado en la Sede Seccional Sogamoso y Duitama se observa que no se da cumplimiento con lo establecido en el instructivo A-SG-P01-I02 Directrices generales para el manejo de escombros, versión 1 de 23/11/2017. **Incumplimiento:** ISO 14001:2015 en el numeral 8.1 en el cual define “La organización debe establecer, implementar, controlar y mantener los procesos necesarios para satisfacer los requisitos del sistema de gestión ambiental …” 4. El proceso no garantiza el cumplimiento del Protocolo de ingreso y salida de universidad	

		en las Sede Seccional Sogamoso y Duitama. **Evidencia:** Al momento del ingreso de las auditoras en las instalaciones de las Sedes Seccional Sogamoso y Duitama se observa incumplimiento en la verificación de los datos de quienes ingresan, no se realizó verificación del diligenciamiento del formato P-DS-P07-F28 Autorización de ingreso versión 1 de 26/06/2020, así como tampoco se verificó cumplimiento a la autoevaluación de síntomas COVID-19 (alista). **Incumplimiento:** ISO 45001:2018 en el numeral 8.1.2 en el cual define "La organización debe establecer, implementar y mantener procesos para la eliminación de los peligros y la reducción de los riesgos para la SST…". Protocolo de ingreso y salida de universidad. 5. El proceso no garantiza la evaluación del desempeño del 100% de los proveedores externos **Evidencia:** Al revisar la evaluación a proveedores en el sistema SIPRO, no se evidencia la evaluación realizada a la empresa de aseo Serviespeciales. **Incumplimiento:** ISO 9001:2015 en el numeral 8.4.1 en el cual define "La organización debe determinar y aplicar criterios de evaluación, selección, seguimiento del desempeño y la reevaluación de los proveedores externos, basándose en su capacidad para proporcionar procesos o productos y servicios de acuerdo con los requisitos". 6. El proceso no asegura el control de la inspección pre-operacional de vehículos de la UPTC .**Evidencia:** Al realizar trazabilidad a la solicitud realizada el día 1/07/2020 para el traslado de 980 portátiles para atender y mitigar los efectos negativos del COVID-19, mediante registro del formato A-SG-P02-F01	

		Solicitud de servicio de trasporte en la versión 7 de 19/11/2020, por lo cual se solicita los formatos A-SG-P02-F05 Autorización de salida y verificación de transporte versión 6 de 11/10/2017, A-SG-P06-F03 Inspección pre-operacional de vehículos UPTC versión 1 de 11/10/2017 y formato A-SG-P02-F06 Relación de desplazamientos de vehículos oficiales versión 3 de 11/10/2017, como resultado no se evidencia diligenciamiento de dichos formatos. **Incumplimiento:** ISO 45001:2018 en su numeral 8.1.2 en el cual define: "La organización debe establecer, implementar y mantener procesos de eliminación de los peligros y la reducción de los riesgos para la SST…" 7. El proceso no asegura el control de las funciones y procesos contratados externamente **Evidencia:** Al revisar los formatos de entrega de EPP a los funcionarios de la empresa de aseo en la Sede Seccional de Sogamoso, no se evidencia entrega de estos elementos de protección personal en cantidades adecuadas puesto que para el caso de tapabocas se realizó entrega de 3 para el mes de noviembre. **Incumplimiento:** ISO 45001:2018 en su numeral 8.1.4.3 en el cual define: "La organización debe asegurarse de que las funciones y los procesos contratados externamente estén controlados. La organización debe asegurarse de que sus acuerdos en materia de contratación externa son coherentes con los requisitos y con alcanzar los resultados del sistema de gestión de la SST" …	
14	Gestión de Recursos Informáticos.	1. El proceso no asegura la creación y actualización de la documentación. Lo	2

		anterior genera una no conformidad de implementación. **Evidencia:** Se revisó la ficha de caracterización código A-RI-Z, versión 9 del 16/11/2018, la cual no incluye la gestión de riesgos operativos, hace referencia al plan maestro de desarrollo, se evidencian las normas desactualizadas, Así mismo en el Manual A-RI-M02, no está actualizada la Declaración de Aplicabilidad del SGSI. **Incumplimiento:** ISO 9001: 2015 numeral 7.2. Creación y actualización, literal c. 2. El proceso de Gestión de Recursos Informáticos no asegura el control en los cambios. Lo anterior genera una no conformidad de implementación. **Evidencia:** Se solicitó la evidencia en la aplicación de controles para la migración de la base de datos de los correos electrónicos, teniendo en cuenta los traumatismos generados en el flujo de información entre dependencias y funcionarios, a lo cual se responde que no se ha terminado de realizar el proceso de soporte. **Incumplimiento:** A.12.1.2 Gestión de cambios ISO 27001:2013 Se deben controlar los cambios a la organización, procesos de negocio, instalaciones de procesamiento de información y los sistemas que afecten la seguridad de la información.	
15	Gestión de Laboratorios	**1.** El proceso no asegura que al crear y actualizar la información documentada sea apropiada la revisión y aprobación con respecto a la conveniencia y adecuación. **Evidencia:** Se evidencia un formato que es una lista de chequeo que no está dentro del SIG (Seguimiento y Verificación, Aplicación Formatos SIG), pero que es operativo para el proceso, al momento de analizar los procedimientos aplicables a cada uno de los laboratorios de la Universidad. **Incumplimiento:** ISO 9001: 2015 numeral 7.5.2. Creación y actualización Cuando se crea y actualiza información documentada, la organización debe	4

		asegurarse de c) la revisión y aprobación con respecto a la idoneidad y adecuación. **2.** El proceso no asegura la implementación de los controles para reducir riesgos para la SST. Hallazgo de Implementación. **Evidencia:** Los funcionarios de los laboratorios LN506, laboratorios de suelos y aguas y laboratorio de investigación e innovación agroalimentaria, refieren mediante entrevista que no se les ha entregado los elementos de protección personal adecuados para su labor, identificados previamente al momento de identificar peligros, valorar riesgos y determinar controles para la SST Verificando los EPP del funcionario del laboratorio de Nutrición Animal Néstor Julián Pulido Suárez, se evidencia que utiliza mascarilla media cara, con filtros para gases ácidos, pero estos filtros tienen más de 8 meses de uso, los que significa que están vencidos. Al verificar las actividades del trabajador en su laboratorio se evidencia un manejo constante de químicos diferentes, como lo es el manejo de diferentes ácidos, evidenciado en un alto grado en el ambiente del laboratorio y alrededores, el líder Jorge Moreno refiere que se ha reiterado en varias ocasiones a la alta dirección, la gestión de recursos para adquirir una campana extractora para el laboratorio, pero sin éxito alguno. **Incumplimiento:** ISO 45001:2018 numeral 8.1.2 Eliminar Peligros y Reducir Riesgos para la SST. literal e) La organización debe establecer, implementar y mantener procesos para la eliminación de los peligros y la reducción de los riesgos para la SST, utilizando la siguiente jerarquía de los controles…e) Utilizar equipos de protección personal adecuados. **3.** Los laboratorios de investigación no establecen, implementan, mantienen y mejoran continuamente el Sistema de Integrado de Gestión. **Evidencia:** Mediante entrevista a Zenaida Gómez Gómez coordinadora de los laboratorios de la Facultad seccional Duitama, se solicita un listado de laboratorios que estén en funcionamiento, ella refiere una programación para desarrollar laboratorios de posgrado y como muestra se eligen los laboratorios de investigación e innovación agroalimentaria y Laboratorio de Ensayos Electromecánicos. En el laboratorio de investigación e innovación agroalimentaria, la contratista Carmen Rosa Quintero, refiere desconocer los procedimientos del	

		SIG, no evidencia conocimiento respecto al mapa de procesos de la Universidad, demuestra suficiencia técnica, pero el laboratorio no asegura la implementación del SIG. En el laboratorio de Ensayos Electromecánicos, el ingeniero líder del laboratorio Juan Carlos Castro Galeano, al indagar sobre los procedimientos aplicados por el laboratorio, refiere que ellos no necesitan del Sistema Integrado de Gestión, puesto que ellos aplican a la norma NTC ISO 17025:2017 que es más rigurosa, al solicitar los procedimientos que utilizan, se encuentra que son procedimientos del sistema de información SIG, que se acoplan al contexto del laboratorio, evidenciando la no implementación del SIG en el laboratorio. **Incumplimiento**: ISO 9001:2015 ISO 14001:2015, ISO 45001:2018, Numeral 4.4 de las normas mencionadas anteriormente. **4.** No se evidencia realización de mantenimiento correctivo y preventivo de equipos de los laboratorios de extensión, investigación y docencia. No se encuentran los documentos firmados de acuerdo a los requerimientos establecidos en los mismos. **Evidencia:** Se hace trazabilidad a los mantenimientos de los quipos de laboratorios de la Universidad. Verificando la realización de los mantenimientos de equipos en el laboratorio de suelos y aguas (extensión). Se solicita inventario y de acuerdo a él se solicita certificado de mantenimiento de Espectrofotómetro N° de inventario A247558, evidencia mantenimiento del 6 de agosto de 2020, no se encuentra firmado el recibido a satisfacción del certificado por el laboratorista ni el supervisor del contrato. Luego se pide documentos que certifiquen mantenimiento del equipo agitador magnético N° inventario A30903 se evidencia mantenimiento de equipo. Se solicita información respecto a mantenimientos del agitador mecánico para ensayos hidrométricos N° 23098, se evidencia mantenimiento de equipos. Indagando sobre el tema de mantenimiento, los equipos se encuentran debidamente inventariados, así mismo tienen una planeación respecto a los mantenimientos que se deben realizar (trimestral, semestral y anual), dichos mantenimientos no fueron Realizados; profundizando en el tema se encuentra que ,el proceso de gestión de laboratorios radicó la solicitud de mantenimiento en contratación el día 17 de febrero de 2020, posteriormente, el día 08 de marzo de 2020 la	

		profesional Diana Catalina Torres Peraza del laboratorio clínico de la clínica veterinaria mediante SCOD solicita el día 31 de agosto de 2020, información de la etapa en la que se encuentra el proceso de mantenimiento de equipos de los laboratorios de la UPTC, acción que suscita solicitud por parte de la líder del proceso de gestión de laboratorios al departamento de contratación respecto al estado del proceso. El departamento de contratación responde que se solicitó cotización a varios proveedores para realizar inspección de los equipos, los cuales respondieron que teniendo en cuenta la pandemia no era posible la presencialidad en la Universidad, y que el jefe de contratación tiene conocimiento de las ofertas recibidas y el proceso de contratación quedó suspendido teniendo en cuenta la suspensión actual tanto académica como económica de la Universidad. **Incumplimiento:** numeral 7.1.5. ISO 9001:2015,	
16	INICTEMA	**1.** No se evidencia ningún reporte de residuos peligrosos generados mediante el formato P-DS-P13-I01-F04 Control de Generación de Residuos Peligrosos, el cual debe ser diligenciado por cada área generadora de acuerdo a lo descrito por el instructivo P-DS-P13-I01. **Evidencia:** El área solo cuenta con los registros diligenciados en formato de la empresa gestora EMIR. **Incumplimiento:** Numeral 7.5 ISO 14001:2015. 2. No se evidencia la señalización de peligro en etiquetado de los frascos de alcohol. **Evidencia:** Se evidenció recipiente grande con ácido clorhídrico, el cual no contiene ficha de seguridad. Se evidenció galón de varsol sin etiquetado. Se evidenció envases con muestras de crudo sin etiquetado de sustancias químicas. Todo lo anterior se observó en los laboratorios de las instalaciones del edificio de INCITEMA. El laboratorio de corrosión se evidenció recipiente con varsol sin etiquetado de sustancias químicas. **Incumplimiento:** Numeral 7.3 ISO 14001:2015. 3. Se evidenció condiciones inseguras en las instalaciones de INCITEMA. **Evidencia:** campana extractora cables expuestos sin recubrimiento para encender el equipo, en el	4

		auditorio uno del edificio INCITEMA, se evidenció cables expuestos colgando del techo. En la oficina de la Coordinadora de análisis se observó cableado expuesto sin recubrimiento por canaleta, oficina de la recepción se observa cable eléctrico colgado en el techo por el retiro del sistema de iluminación, oficina del Director se observa tubos sueltos de PVC en zona de desplazamiento, primer piso se observó gabinetes de gran tamaño obstruyendo el paso. **Incumplimiento** Numeral 6.1.2 y Numeral 8.1.2 ISO 45001:2018. **4.** Se evidencia el desconocimiento y ubicación del Manual de Políticas de Seguridad de la Información A-RI-M03-V06. **Evidencia:** Se solicitó a los auditados, descripción de la política de gestión de medios removibles cuando los equipos de cómputo son devueltos al almacén y estos contienen información confidencial, a lo cual indicaron que eliminan la información del disco únicamente y posteriormente son entregados al área encargada la cual no tenían claro cuál era. Se solicita la descripción del procedimiento a seguir en caso de recibir correos electrónicos con mensajes o link que presenten formularios donde se les requiera diligenciar información personal o de la institución, a lo que respondieron que ellos llenan el formulario, teniendo en cuenta que si llega al correo institucional es información confiable. **Incumplimiento:** Numeral 5.2 ISP 27001:2013.	
17	Gestión Normativa.	1. No se evidencia, actualización de la normatividad de los procedimientos. **Evidencia:** Actividad 4 del Procedimiento de Asesoría y Asistencia Jurídica A-GN-P02, en la casilla correspondiente a la descripción, señala: "…*tiene un término legal de treinta (30) días hábiles, contados a partir de la recepción de la solicitud, para emitir el concepto jurídico. (Numeral 2 articulo 14 Ley 1437 de 2011)* al respecto es preciso indicar que dicha normatividad fue modificada por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, *"por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental*	5

		de Petición y se sustituye un título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo", publicada en el Diario Oficial No. 49.559 de 30 de junio de 2015. El marco legal del A-GN-P03 - procedimiento contestación de acciones de tutela y derechos de petición, es preciso se actualice, se evidencia que el Decreto 2591 de 1991 , fue modificado por el decreto 1834 de 2015 (septiembre 16) por el cual se adiciona el decreto número 1069 de 2015, decreto único reglamentario del sector de justicia y del derecho, y se reglamenta parcialmente el artículo 37 del decreto número 2591 de 1991, en lo relativo a las reglas de reparto para acciones de tutela masivas. Teniendo en cuenta las modificaciones realizadas al Acuerdo 074 de 2010 "*Por el cual* ***se expide el Estatuto de Contratación*** *de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia",* es necesario que se actualicen los procedimientos e inserten en su marco legal el acuerdo 064 de 2019 "*por el cual se modifica y actualiza parcialmente el acuerdo 074 de 2010 estatuto de contratación Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia"* **Incumplimiento:** Norma ISO 9001-2015 Numeral 8.2.3 Revisión de los requisitos para los productos y servicios.8.2.3.1 Literal d), Procedimiento de Asesoría y Asistencia Jurídica A-GN-PO2, Marco legal procedimiento contestación de acciones de tutela y derechos de petición A-GN-PO3 2. No se evidencia medición y análisis al indicador del proceso A-GN-P02 EFICACIA EN LA ASISTENCIA Y ASESORIA JURIDICA, y seguimiento al plan de mejoramiento de Auditoría Interna combinada año 2019. **Evidencia:** La ficha del indicador establece meses de medición y análisis enero y febrero, se solicitaron los documentos pertinentes y no fueron allegados (No evidencia el análisis del indicador en el Acta de Taller de Gestión). Y Sistema SIPEF	

		planes de Mejoramiento. **Incumplimiento:** Norma ISO 9001-2015 Numeral 9.1.3 Análisis y Evaluación y Norma ISO 9001-2015 Numeral 10 literal b) corregir, prevenir o reducir los efectos no deseados. 3. No se evidenció cumplimiento a protocolos de bioseguridad por parte de los funcionarios del proceso de Gestión Normativa que se encontraban dentro de las instalaciones de la oficina Dirección Jurídica UPTC. **Evidencia**: Funcionario que recibió auditoria sin uso de tapabocas y distanciamiento social, grabación de auditoria Meet. **Incumplimiento:** Plan de Gestión COVID -19 – Protocolos de Bioseguridad – Acceso y permanencia dentro de las Oficinas y de la Universidad. Resolución 666 del 24 de abril de 2020 *"Por medio de la cual se adopta el protocolo general de bioseguridad para mitigar, controlar y realizar el adecuado manejo de la pandemia del coronavirus COVID-19"*; Plan de Gestión Covid-19 ISO 45001:2018 Numeral 7.3 Toma de Conciencia 4. En la auditoría realizada, se solicitaron los expedientes judiciales a fin de ser revisados; frente a lo cual el auditado manifestó que, en la instalación de la Dirección Jurídica no se encontraban la totalidad de estos, por cuanto los mismos estaban bajo custodia de los abogados externos- contratistas. Teniendo en cuenta lo informado por las personas designadas para la auditoria, se evidencia que los expedientes físicos pertenecientes al procedimiento Defensa Judicial A-GN-P07, no se encuentran en el lugar de archivo del proceso de Gestión y Normativa, si no en poder de abogados contratistas; igualmente no se evidenció poder de representación otorgado por el representante legal de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. **Evidencia:** Auditoria - Grabación Mett; solicitud verbal y respuesta dada por el auditado en el transcurso de la autoría. y Expedientes, AC-T Consecutivo 10581, AC-T 2020 00081-00, AC-T 2020-0058.	

		Incumplimiento: Procedimiento A-GN-P07, Procedimiento A-GN-P07- 5. Registros-Almacenamientos – Lugar de Archivo, ISO 9001:2015 Numeral 7.5.3 Control de la Información Documentada e ISO 9001:2015 Numeral 7.2, Procedimiento A-GN-P03 Contestación de Acciones de Tutela y Derechos de Petición. 5. Se evidenció incumplimiento en el término para dar respuesta a derecho de petición, incidente de desacato en Sentencia proferida el 19 de febrero de 2020, término otorgado por el juzgado Primero Promiscuo de Familia de la ciudad de Duitama, para dar trámite de fondo a la petición interpuesta por el señor CESAR OLMEDO. **Evidencia:** Expediente AC-T 2020-026. **Incumplimiento:** ISO 9001:2015 Numeral 7.2	
18	Gestión Electoral, Documental y de Peticiones.	1. El procedimiento titulado ELECCIONARIO INSTITUCIONAL, no se ejecutó durante la vigencia 2020. **Evidencia:** En el transcurso de la autoría, se revisó e indago al equipo auditado, frente al procedimiento que se dio desde el 01 de enero a 31 de octubre de 2020, en lo que concierne al Eleccionario institucional, encontrando que dadas las medidas de contingencia presentadas por la Covid-19, no fue posible dar cumplimiento al mencionado procedimiento, por cuanto la Universidad aún no cuenta con un sistema alterno que permita sufragar el voto de forma electrónica; Igualmente los entrevistados manifiestan y presentan documentos que soportan la necesidad de contar con un sistema electivo, no obstante la ejecución y efectividad del procedimiento requiere de trabajo conjunto con el proceso de Gestión de Recursos Informáticos; se exhorta de carácter urgente el funcionamiento del voto electrónico ya que actualmente no existen representantes para de todos los estamentos que integran la Universidad (Vacantes a falta de elección).**Incumplimiento:** procedimiento A-	2

		ED-P03, Concepto MEN 2020-EE-125484, Acuerdo 035-2020, Acuerdo 042-2020, Resolución 1756-2020 2. No se evidencia cumplimiento respecto al procedimiento de la TRANSFERENCIA DOCUMENTAL, la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia "UPTC" no cuenta con espacio físico para recibir la transferencia documental principalmente en el archivo central – sede Tunja; igualmente el proceso auditado carece de soportes documentados que evidencien gestión dentro del periodo 01 de enero a 31 de octubre de 2020, en lo que respecta a la implementación del archivo central y/o proyecto para lograr el acceso a una instalación adecuada y conforme a las exigencias del archivo general de la Nación, función administrativa institucional. **Evidencia:** Los funcionarios del proceso auditado, informan que la Universidad no cuenta con un espacio que cumpla con los lineamientos legales requeridos en archivo, razón por la cual no es posible dar cumplimiento al procedimiento de TRANSFERENCIA DOCUMENTAL; a la par exponen que en algunas ocasiones han manifestado la necesidad y urgencia de un archivo idóneo (conforme a la normatividad legal), no obstante el proceso no presenta evidencia o soporte que acredite lo anterior, razón por la cual es trascendental que los procesos de GESTION ELECTORAL, DOCUMENTAL Y DE PETICIONES y PLANEACION INSTITUCIONAL, realicen trabajo mancomunado que ofrezca una solución efectiva y conforme a los parámetro legales establecidos para el tema. **Incumplimiento:** Ley 594 de 2020 "*Por medio de la cual se dicta la Ley General de Archivos y se dictan otras disposiciones.*",	

		Acuerdo 042 de octubre 31 de 2002 "*Por el cual se establecen los criterios para la organización de los archivos de gestión en las entidades públicas y las privadas que cumplen funciones públicas, se regula el Inventario Único Documental y se desarrollan los artículos 21, 22, 23 y 26 de la Ley General de Archivos 594 de 2000",* Procedimiento A-ED-P02 Transferencia Documental, ISO 9001:2015 Numeral 7.5.3 Control de la Información Documentada.	
19	Gestión de Supervisión y Control.	1. Es suministrado por el auditado de manera remota, unos formatos A-DSC-P01-F19 Y A-DSC-P01-F20, que están utilizando en el seguimiento de los contratos. Una vez revisadas las actividades del procedimiento, se solicitaron por parte del equipo auditor, los formatos A-DSC-P01-F01 de Control de Documentos y el Oficio de asignación de supervisor del contrato No. 026 de 2020 y no los tenían disponibles., de igual forma en el formato A-DSC-P01-F03 Acta de Compromisos del Contratista, en lo concerniente al compromiso N°11 de vehículos, no se tiene disponible la información solicitada. Igualmente, en la revisión documental realizada al proceso no se encuentra actualizada la ficha de caracterización y los procedimientos cuentan con formatos que no se encuentran registrados en las actividades del procedimiento. **Evidencia:** Al revisar el procedimiento de Supervisión **A-DSC-P01 Versión 2**, los formatos A-DSC-P01-F19 y hasta el A-DSC-P01-F25 no se encuentran registrados en las actividades ni en el numeral 5 REGISTROS de dicho procedimiento. De igual manera no se evidencia el uso del formato A-DSC-P01-F01 de Control de Documentos y tampoco el Oficio asignación de supervisor,	1

		asimismo en el formato A-DSC-P01-F03 Acta de Compromisos del Contratista, en lo concerniente al compromiso N°11 de vehículos, no se tiene disponible la información solicitada, del contrato No. 026, lo que representa un incumplimiento al procedimiento **A-DSC-P01 Versión 2**. **Incumplimiento:** Incumple el requisito 7.5.2 Creación y actualización numeral **c**, Incumple el requisito 7.5.3.1. Control de la información documentada numeral **a.**	
18	Gestión de Contratación.	1. El proceso de Gestión de Contratación no conserva información y tratamiento frente a salidas no conformes, para controlar o prevenir su uso o entrega no intencionada de acuerdo a los requisitos que se identifican en el proceso de compra. **Evidencia:** Al revisar la orden de compra 038 de fecha 31 de enero de 2020 y su respectiva solicitud compra 122 del 20 de febrero de 2020, con plazo de ejecución de 60 días, se evidencia una entrega del producto en fecha 17 de junio de la misma anualidad. Lo anterior refleja incumplimiento por parte del contratista en lo que respecta a la entrega, al revisar la justificación en el incumplimiento del plazo, no es posible evidenciar gestión ni trazabilidad en el tratamiento de este tipo de inconformidades; además, de lo expuesto en la entrevista realizada al responsable del almacén general, se puede extraer que no se realiza tramite al respecto, simplemente reciben el producto sin tener en cuenta los plazos establecidos previamente en el contrato y no soportan las inconformidades como devoluciones, cambios y demás, los cuales pueden afectar la satisfacción al cliente. Es preciso indicar que, al carecer de registro frente a las inconformidades, la evaluación a proveedores no refleja realmente	1

		el comportamiento del contratista, ya que no se tienen en cuenta este tipo de registros. **Incumplimiento**: NTC-ISO 9001:2015, Numeral 8.7 Control de salidas no conformes (8.7.1 -8.7.2).	
TOTAL			**61**

Conclusiones y recomendaciones de auditoría:

Una vez ejecutada la auditoria al Sistema Integrado de Gestión de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia vigencia 2020, se puede concluir que:

1. A pesar de la contingencia y el nuevo método de auditoria (remota), se logró cumplir a cabalidad con el objetivo y alcance de la misma, lo anterior a razón del compromiso que se tuvo tanto de los líderes de los procesos auditados, de sus equipos de apoyo en atender las diferentes sesiones de trabajo, como de los auditores.

2. Se cuenta con un recurso humano (auditores) comprometido con el desarrollo de auditorías, aunque es preciso seguir en procesos de capacitación continua, atendiendo a la situación de anormalidad en la presencialidad de la universidad, lo que nos da a entender que se continuará con el método de auditoria remota para el año 2021.

3. Los líderes y demás funcionarios que hacen parte de los diferentes procesos conocen a grandes rasgos el Sistema y principalmente lo correspondiente a su propio proceso, lo que permite y demuestra compromiso por mantener el Sistema Integrado de Gestión vigente y en mejoramiento continua.

4. El Sistema Integrado de Gestión, se encuentra implementado, pero es necesario realizar un proceso de engranaje con las sedes Seccionales, adelantándose un proceso de actualización y de capacitación de los funcionarios con la asesoría y acompañamiento de los profesionales del Sistema Integrado de Gestión- SIG.

5. Se hace necesario y prioritario realizar la revisión de todos los procesos del Sistema Integrado, con el fin de ser actualizado el Marco legal y normativos aplicable a cada uno. En lo referente a estructura orgánica, funciones y especialmente lo relacionado con la nueva dinámica institucional ocasionada por la pandemia por COVID-19.

6. Fortalecer la comunicación interna y externa entre los procesos y partes interesadas, cuando un procedimiento se actualice el proceso debe socializarlo con sus mismos integrantes y demás procesos que interactúen con él.

7. Es prioritario revisar el tema de Gestión documental en la universidad, debido a las necesidades actuales, ocasionadas por la pandemia COVID-19, así mismo, actualizar las Tablas de Retención Documental y el tema de archivo físico en el Archivo Central, debido a la insuficiencia de espacio para su almacenamiento, se requiere revisión y actualización de

normatividad en el manejo de documentos digitales, y emitir las correspondiente directrices con destino a los proceso con el fin de lograr un manejo efectivo y en lo posible unificar criterios.

8. Se debe reforzar la capacitación y socialización de la política y objetivos del Sistema Integrado de Gestión, así como las establecidas por la universidad frente a las normas ISO 20000-1:2012 e ISO 27001:2013 de Seguridad de la información y Servicios.

9. Los procesos que presentaron No conformidades y aspectos por Mejorar, deberán suscribir los respectivos planes de mejoramiento, a fin de evitar que las situaciones detectadas por los equipos auditores vuelvan a presentarse. Es importante que los líderes de proceso, principalmente aquellos que presentaron No Conformidades, una vez cerradas las acciones correctivas, preventivas o de mejora, continúen haciendo mantenimiento a su cumplimiento para que de verdad se garantice el mejoramiento continuo de los procesos y por ende el de la entidad.

10. Fortalecer el acompañamiento con los diferentes supervisores de contratos, con el objetivo de lograr el control eficiente y eficaz sobre los requisitos de seguridad y salud en el trabajo con el fin de prevenir posibles enfermedades laborales y/o accidentes de trabajo.

Atentamente,

CLAUDIA RUBIELA BÁEZ SORA
Directora de Control Interno

c.c. Ingeniera Paola Iveth Rodríguez Contreras, líder proceso Direccionamiento del SIG.