

DCI - 429

Tunja, 06 de octubre de 2023

Doctor

ENRIQUE VERA LÓPEZ

Rector

Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia

Ref. Informe Gerencial de Auditoría combinada al Sistema Integrado de Gestión 2023.

Cordial saludo.

En cumplimiento del Programa Anual de Auditoría para la vigencia 2023, aprobado por el Comité Coordinador del Sistema de Control Interno, se presenta informe resultado de la auditoría combinada al Sistema Integrado de Gestión, llevada a cabo entre el 04 de septiembre y 06 de octubre de 2023, cuyo alcance corresponde al periodo del 01 enero al 31 de agosto de 2023.

Metodología

El desarrollo de esta auditoría se realizó de acuerdo con el procedimiento de Auditoría Interna de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, dentro del cual se tienen en cuenta las directrices para la Auditoría de los Sistemas de Gestión de la norma NTC ISO 19011:2018.

Por lo tanto, se realizó reunión con los auditores internos formados por la universidad en las normas a auditar, con el fin de dar a conocer entre otros, las generalidades de la auditoría combinada, alcance, objeto, cronograma, así como la distribución de los grupos según los procesos que integran el Sistema de Gestión de la Universidad. De igual manera, se les recordó la importancia de este proceso de evaluación en busca de la mejora y con proyección a recibir la auditoría de recertificación en las normas correspondientes. Dentro de las generalidades, se dio a conocer entre otros, el cumplimiento al código de ética del auditor y la responsabilidad que se tiene en cuanto a la integridad, confianza, objetividad, confidencialidad y la competencia de cada uno.

La auditoría inicia con la planificación de las actividades a realizar y con el objetivo de verificar el cumplimiento de los requisitos de las normas ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de Calidad, ISO 14001:2015 Sistema de Gestión Ambiental e ISO 45001:2018 Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo, requisitos legales, seguimiento a planes de mejoramiento de auditorías internas anteriores, procedimientos documentados, entre otros, posterior a ello, se procedió a comunicar el plan de auditoría a los líderes de los procesos que integran el Sistema Integrado de Gestión.

Se ejecuta el trabajo de campo de manera presencial y remota, según la planificación establecida y coordinada con cada uno de los líderes responsables de cada proceso y el equipo auditor. Se ejecuta la auditoría mediante revisión documental (procedimientos, formatos, entre otros), entrevistas, visitas en sitio, inspección, observación, entre otros, con el propósito de evaluar las evidencias, identificar que actividades se desarrollan según lo esperado, cuáles no y aquellas que son susceptibles de mejora.

Resultado de lo anterior, se logró cumplir con el objetivo y alcance de la auditoria, en el tiempo establecido y bajo los criterios de la norma.

A continuación, se presenta la relación de los procesos auditados; así como los auditores responsables:

1. EQUIPO	
Proceso	Auditores
Planeación Institucional	Sandra Milena Pinilla Bautista Laura Natalia Medina Aguilar Zulma Yamile Montañez Corredor

2. EQUIPO	
Proceso	Auditores
Direccionamiento del SIG	Gloria Yaneth Ramos Piñeros Deisy Milena Pérez Nuché Karen Paola Aragón Guerra

3. EQUIPO	
Proceso	Auditores
Gestión de Programas Académicos	Luis Orlando Fonseca Míguez Yolette Cecilia Romero Bohórquez Leidy Andrea Bernal Garnica

4. EQUIPO	
Proceso	Auditores
Programación Académica	Luis Orlando Fonseca Míguez Yolette Cecilia Romero Bohórquez Leidy Andrea Bernal Garnica

5. EQUIPO	
Proceso	Auditores
Admisiones y Control de Registro Académico	Nelly Yaneth Lara Novoa María Alejandra Becerra Sánchez

6. EQUIPO	
Proceso	Audidores
Educación Virtual	Nelly Hernández Rivera José Alexander Aragón Guerra

7. EQUIPO	
Proceso	Audidores
Formación Postgraduada	Nelly Yaneth Lara Novoa Herman Alberto Rueda Ulloa

8. EQUIPO	
Proceso	Audidores
Gestión, Fortalecimiento y Productividad de la Investigación	Rosa Karen López Eduar Alonso Pirazan Angélica María Ospina Lozano

9. EQUIPO	
Proceso	Audidores
Gestión de Servicios de Extensión	Lina Marisol Moreno Fonseca Claudia Cristina Duarte Lizarazo Erika Alexandra Reyes Talero

10. EQUIPO	
Proceso	Audidores
Gestión de Servicios de la Clínica Veterinaria	Ligia Mercedes Tarazona Sánchez María Anadelina Borda Castro Laura Natalia Medina Aguilar

11. EQUIPO	
Proceso	Audidores
Gestión de Servicios de Bienestar Universitario	Cristina Viviana Sánchez Álvarez Ana Milena Alvarado Suárez Adriana Yasmin Dueñas Contreras

12. EQUIPO	
Proceso	Audidores
Gestión de Talento Humano	Diana Carolina Moreno Niño José Isidro Maldonado Valderrama Andrea María Numpaque Acosta

13. EQUIPO	
Proceso	Audidores
Gestión Financiera	Claudia Cristina Duarte Lizarazo Nubia Esperanza Díaz

14. EQUIPO	
Proceso	Audidores
Gestión de Servicios Generales Institucionales	Cristina Viviana Sánchez Álvarez Zulma Yamile Montañez Corredor Omaira Farfán Corzo

15. EQUIPO	
Proceso	Audidores
Gestión de Recursos Informáticos	Sandra Milena Pinilla Bautista Henry Armando Rodríguez Bernal Lady Alejandra Gómez Torres

16. EQUIPO	
Proceso	Audidores
Gestión de Bibliotecas	Dolly Engrith Gamboa Morales Gina Lorena Jiménez Mendoza

17. EQUIPO	
Proceso	Audidores
Gestión Laboratorios	Daissy Yohanna Cortés Salamanca Claudia Liliana Villamarin Monroy Jorge Rodríguez Molano

18. EQUIPO	
Proceso	Audidores
INCITEMA	Ligia Mercedes Tarazona Sánchez Manuel Fernando Fonseca Ávila Hugo Ruíz Bautista

19. EQUIPO	
Proceso	Audidores
Gestión Normativa	Margarita Carolina Goyeneche Cepeda Ana Milena Alvarado Suárez

20. EQUIPO	
Proceso	Audidores
Gestión Electoral, Documental y de Peticiones	Paola Iveth Rodríguez Contreras Diana Sofía Gómez Rodríguez

21. EQUIPO	
Proceso	Audidores
Gestión de Supervisión y Control	Manuel Fernando Fonseca Ávila Alejandra Alfonso Rojas Elieser Emilio Carvajal Santos

22. EQUIPO	
Proceso	Audidores
Gestión de Contratación	Margarita Carolina Goyeneche Cepeda Edgar Yesid Márquez Amaya

23. EQUIPO	
Proceso	Audidores
Evaluación Independiente	Nelly Hernández Rivera Sandra Patricia Chaparro Acuña

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 - Sistema Gestión de Calidad

NTC ISO 14001:2015 - Sistema Gestión Ambiental

NTC ISO 45001:2018 - Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

Procedimientos documentados de cada proceso.

Seguimiento al cumplimiento de planes de mejoramiento auditoria interna.

Alcance:

Actividades desarrolladas en los procesos del Sistema Integrado de Gestión durante el periodo comprendido entre el 01 de enero y el 31 de agosto de 2023.

RESULTADOS AUDITORIA COMBINADA AL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

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.	0	2
2	Direccionamiento del SIG.	4	1
3	Gestión de Programas Académicos	3	9
4	Programación Académica.		
5	Admisiones y Control de Registro Académico.	0	4
6	Educación Virtual.	0	2
7	Formación Postgraduada	0	2
8	Gestión fortalecimiento y productividad de la investigación	0	1
9	Gestión de Servicios de Extensión.	3	4
10	Gestión de servicios de clínica veterinaria	3	7
11	Gestión de servicios de Bienestar Universitario.	0	1
12	Gestión de Talento Humano.	1	2
13	Gestión Financiera	2	4
14	Gestión de Servicios Generales Institucionales.	0	3
15	Gestión de Recursos Informáticos.	2	4
16	Gestión de Bibliotecas	0	2
17	Gestión de Laboratorios.	5	4

18	INCITEMA	2	3
19	Gestión Normativa.	4	2
20	Gestión Electoral, Documental y de Peticiones.	7	6
21	Gestión de Supervisión y Control.	0	3
22	Gestión de Contratación.	3	1
23	Evaluación Independiente.	0	1
TOTAL		39	68

FUENTE: información tomada de informes de auditoría presentados por los equipos auditores 2023.

A continuación, se relaciona Fortalezas, No conformidades (hallazgos) y Oportunidades de mejora, por cada proceso auditado.

1. PLANEACIÓN INSTITUCIONAL

Fortalezas:

- Se destaca la construcción del Plan de Desarrollo Institucional 2023-2026 y Plan de Acción, liderado y consolidado por la Dirección de Planeación, aunando esfuerzos con todos los estamentos de la universidad, reconociendo el valor profesional y de conocimiento de cada uno de ellos, para lo cual se contó con la asesoría y acompañamiento de ASCUN y GINO A.
- Cabe resaltar el conocimiento, compromiso y experticia por parte de la Directora y su equipo de trabajo en el desarrollo de las actividades y mejoramiento continuo del proceso.
- Se enfatiza el liderazgo desde la Dirección de Planeación para la implementación de la herramienta web para la consulta de información estadística en tiempo real, para lo cual se cuenta actualmente con tres módulos de siete proyectados.
- De conformidad con el cambio normativo se destaca que la Dirección de Planeación, junto con la Vicerrectoría Administrativa y Financiera y el Departamento de Presupuesto aúnan esfuerzos en la consecución del nuevo del catálogo presupuestal en el sistema financiero de la universidad – Goobi.
- Planificación para la implementación de actividades orientadas a la eficiencia energética en las nuevas obras de infraestructura, de conformidad con el Plan de Ordenamiento Físico Espacial de la universidad - POFE

Relación de hallazgos (No conformidades)

No se evidenciaron no conformidades.

Relación de oportunidades de mejora

1. Se recomienda revisar y de ser el caso actualizar la ficha de caracterización a fin de que se incluyan todos los procedimientos que se encuentran documentados identificando sus respectivas entradas, actividades y salidas.
2. Se recomienda revisar los indicadores propuestos con el fin de analizar la pertinencia de los mismos y/o la construcción de otros, que permitan medir las actividades e impacto de las mismas.

2. DIRECCIONAMIENTO DEL SIG

Fortalezas:

- La disposición y acompañamiento en el desarrollo de la auditoria por parte de la líder del proceso.
- El equipo de trabajo tiene alto sentido de pertenencia, conocen los conceptos generales del Sistema Integrado de Gestión, realizan las actividades de trámites correspondientes a su proceso, con pleno conocimiento.
- Como mejoramiento del proceso, fueron eliminados algunos formatos y utilizan la aplicación ALISSTA de la ARL a la cual está afiliada la Universidad, para agilizar trámites a nivel interno y externo.

Relación de hallazgos (No conformidades)

1. Se evidenció que el formato P-DS-P01-F05 Cronograma de Inspecciones NO es un formato del procedimiento P-DS-P01 Revisión por la Dirección. Los documentos exigidos por el sistema de gestión deben ser controlados.

Evidencia: Revisión documental en el proceso.

Incumplimiento: numeral 7.5.3.2, Control de la Información documentada, literal c) de la norma NTC ISO 9001:2015.

2. Se observó que, en el Acta de Revisión por la Dirección, no aparece la evidencia de convocatoria a los líderes de proceso, como está establecido en el procedimiento.

Evidencia: Revisión documental del acta en el proceso.

Incumplimiento: numeral 8.1. literal e “llevar a cabo el proceso de acuerdo con lo planificado”

3. Los contratistas del proceso direccionamiento del SIG, no conocen el rol y la responsabilidad que tienen frente al Sistema Integrado de Gestión (Cuadro de Roles y Responsabilidades, en el Manual Integrado de Gestión).

Evidencia: Entrevista en el proceso.

Incumplimiento: numeral 5.3 Roles responsabilidades y autoridades en la organización, NTC ISO 9001: 2015, NTC ISO 14001:2015 y NTC ISO 45001:2018.

4. No se evidencia la realización de examen médico por cambio de ocupación.

Evidencia: Durante la entrevista con el líder del proceso, se solicitó listado de trabajadores adscritos a la clínica veterinaria, en el cual se encontró que una funcionaria ingresó en el mes de abril de 2023, siendo trasladada del área de biblioteca para realizar actividades de secretaria; se solicitó resultado del examen médico por cambio de ocupación teniendo en cuenta que la Universidad tiene la responsabilidad de realizar evaluaciones médicas al trabajador cada vez que este cambie de ocupación y ello implique cambio de medio ambiente laboral, de funciones, tareas o exposición a nuevos o mayores factores de riesgo, ya que en la clínica la exposición a riesgo biológico es mayor y la funcionaria está en constante exposición directa ya que por su actividad debe recibir ingreso de pacientes y traslado a consultorios y demás lugares con alto riesgo de exposición.

En la entrevista el líder indica que no se ha realizado el examen y que el único documento que allegó el Sistema Integrado de Gestión fue el examen periódico realizado a la funcionaria el 18 de abril de 2023 y enviado a él el día 7 de septiembre por medio correo electrónico, dado las incapacidades constantes por parte de la funcionaria en mención, por lo que no tiene seguimiento de las recomendaciones y no tenía conocimiento de esto.

Incumplimiento: ISO 45001:2018. Numeral 8.1.2. Eliminar peligros y reducir riesgos para la SST.

Resolución 2346 de 2007. *“por la cual se regula la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales y el manejo y contenido de las historias clínicas ocupacionales”.*

Relación de oportunidades de mejora

1. Actualizar el procedimiento P-DS-P05, Reporte e Investigación de Accidentes de Trabajo y Enfermedad Laboral, para incluir en el alcance y la definición lo relacionado con enfermedades laborales

3. GESTIÓN DE PROGRAMAS ACADÉMICOS y PROGRAMACIÓN ACADÉMICA

Fortalezas:

- Encontramos un equipo comprometido y una líder involucrada en el desarrollo y mejora de los procesos y con enfoque en el cumplimiento de los objetivos y de las metas.
- Se evidenciaron múltiples mejoras implementadas y proyectos en desarrollo encaminados a mejorar la manera como se adelantan las actividades.
- Un mi
-
-

- cro sitio
https://www.uptc.edu.co/sitio/portal/sitios/universidad/vic_aca/vic_acad/caldesac/index.html#, de aseguramiento de la calidad, en el que se pueden consultar entre otros los lineamientos para registro calificado y acreditación de programas e institucional y normatividad, desde el que se pueden descargar los formatos. Además de permitir el seguimiento en tiempo real del estado de registro calificado y proceso de autoevaluación en programas académicos.
- La emisión de boletín mensual, que da cuenta de las actividades adelantadas por las diferentes áreas de la Vicerrectoría Académica.
- La utilización de la plataforma virtual Moodle, en la que se está cargando la información de los programas, de manera que asegura la disponibilidad de la misma y a la que se da acceso a los pares académicos, permitiendo registrar la trazabilidad del proceso.
- Se consolidó un documento de acciones de mejora y lecciones aprendidas para del procedimiento de asignación de actividad académica, que fue socializado en jornadas que cubrieron las once facultades y el Instituto Internacional de Idiomas.
- Se evidencia la implementación de herramientas para el monitoreo de los procesos, como lo es la Matriz de Criticidad, para los registros calificados de programas, con fines de acreditación.
- La líder del proceso muestra interés en la capacitación y fortalecimiento de las capacidades de su equipo de trabajo, así mismo el equipo cuenta con una actitud positiva ante el cambio.

Relación de hallazgos (No conformidades)

1. Se evidenció que se ofertaron programas a los que pese haber realizado solicitud de renovación de registro calificado en el sistema NUEVO SASES desde el año 2021, requisito obligatorio y habilitante para que una institución de educación superior, pueda ofrecer y desarrollar programas académicos, solamente llegaron en 2023, lo que ocasionó aplazar temporalmente el ingreso de nuevos estudiantes.

Evidencia: Programas Derecho extensión Aguazul, Licenciatura en Educación Física, Recreación y Deportes de la Sede Central; Técnico profesional en Procesos Agroindustriales, Tecnología en Gestión Agroindustrial, Tecnología en Obras civiles y ciclo profesional en Administración Agroindustrial de la Facultad de Estudios a Distancia, se aplaza el ingreso de nuevos estudiantes.

Incumplimiento: Artículo 1 de la Ley 1188 de 2008, “*Por la cual se regula el registro calificado de programas de educación superior*” y la Resolución 12220 de 2016 del Ministerio de Educación Nacional y numeral 8.2.2 “*Determinación de los requisitos para los productos y servicios*” de ISO 9001:2015.

2. Se evidenció que no se nombra reemplazo a los docentes que les autorizada licencia por enfermedad general (incapacidad), si ésta no supera los 30 días, situación que puede afectar la prestación del servicio.

Evidencia: Entrevista

Incumplimiento: 8.2.1 literal (e) de la ISO 9001:2015

3. Se encontró que los procedimientos asociados al Proceso de Gestión de Programas Académicos, no se ejecuta de acuerdo con lo documentado, las mejoras realizadas no se han incorporado a los procedimientos. Además, el alcance del procedimiento de Autoevaluación de Programas se limita a la acreditación o renovación de la acreditación y no existen dentro el mismo o en otro procedimiento lineamientos para la renovación de registro calificado; tampoco cuenta con actividades que indiquen los pasos a seguir que garanticen el seguimiento y control a los planes de mejoramiento.

Evidencia:

- Resultado del trabajo de campo (entrevista), en la revisión documental del procedimiento D-GPA-P03 Autoevaluación de Programas de Pregrado en versión: 4 del 05/10/2022, se encuentra que:
- No se relaciona en ninguna parte del procedimiento, la guía D-GPA-P03-G01 Proceso de Autoevaluación de las Condiciones de Calidad de los Escenarios de Practica Formativas en la Relación Docencia – Servicio de los Programas de la Facultad Ciencias de la Salud-Uptc, Versión 1 del 06/06/2023.
- El seguimiento semestral al avance de los Procesos de Autoevaluación en los Programas Académicos de Pregrado, se lleva en una matriz que no corresponde al formato mencionado en el procedimiento, formato D-GPA-P03-F02 Versión: 1 de: 05/10/2022. Implementan una matriz con ajustes y nuevos campos que no corresponden a la publicada.
- Oferta de programas con registro académico vencido.
- La ficha de caracterización menciona como una entra el componente 1.1 Formación e innovación para la excelencia académica, que contenía el Plan de Desarrollo que no está vigente desde 2019.

Incumplimiento: numeral 7.5 “*Información documentada*” de la ISO 9001:2015.

Relación de oportunidades de mejora

1. Considerar realizar inducción cada vez que asume un nuevo director de escuela o decano de facultad, sobre el estado de los programas y avance de los procesos de autoevaluación ya sea con fines de renovación de registro calificado o de acreditación de alta calidad.
2. Considerar junto con la Dirección Jurídica realizar estudio de la normatividad, con el objetivo de brindar seguridad sobre la vigencia de las normas, verificar las que pudieron ser derogadas tácitamente sin que se tenga certeza sobre su vigencia y de ser posible incorporar en un solo cuerpo normativo las vigentes, relacionadas con el procedimientos D-PA Programación Académica y así cumplir con facilitar el cumplimiento del principio constitucional de seguridad jurídica y la política de simplificación normativa. (Estudiar la posibilidad de actualizar **el Acuerdo 012 del 1999** por el cual **se reglamenta la actividad Académica Universitaria**, en relación a las políticas vigentes).
3. Solicitar capacitación y/o acompañamiento de la Dirección de las Tecnologías y Sistemas de Información y de las Comunicaciones, para el desarrollo de las herramientas digitales de manera

que se garantice que se cumplen los principios de confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información. Además, requerir espacio de almacenamiento en servidor de la universidad.

4. Considerar reglamentar por resolución la Política de Aseguramiento de la Calidad (Acuerdo 061 de 2022), como lo indica el artículo 8 de la misma norma, de manera que allí se establezcan entre otras cosas: funciones de los integrantes de los equipos docente y técnico, periodicidad de las reuniones, y entre tanto no se modifique el Acuerdo 061 de 2022, cumplir con la presentación del informe de gestión semestral al Consejo Superior de que trata el artículo 6 del Acuerdo dado que el informe remitido corresponde al periodo del 27 de junio al 11 de julio de 2023,
5. Teniendo en cuenta que el Calendario Académico es un documento de la etapa de planeación incluir en el mismo:
 - Fechas de los exámenes médicos ocupacionales de los docentes ocasionales y catedráticos.
 - Fechas límite en que los Consejos de Facultad deben remitir la propuesta de horarios en el sistema SIRA y formatos SIG en medio digital y los formatos SIG, para que se proceda a realizar revisión y análisis.
6. Solicitar concepto jurídico sobre la competencia de la Vicerrectoría Académica para el trámite de incapacidades del personal docente y proceder conforme al resultado.
7. Determinar qué necesita seguimiento y medición en el proceso, junto con los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación necesarios para asegurar resultados válidos.
8. Establecer actividades de planificación, manejo y control de la documentación producida y recibida por el proceso desde su origen hasta el final, con el objeto de facilitar su utilización y conservación.
9. Adelantar las gestiones pertinentes para la creación de la oferta académica para Puerto Boyacá, teniendo en cuenta que la universidad está incurriendo en pagos de impuestos, servicios públicos y nómina.

4. ADMISIONES Y CONTROL DE REGISTRO ACADÉMICO

Fortalezas:

- Se destaca la atención y el compromiso por parte de la líder del proceso, la gestora del proceso y el equipo de trabajo tanto de la sede central como las sedes seccionales, en dar atención oportuna a la auditoría, respondiendo a los requerimientos hechos en aras de mejorar sus procedimientos de acuerdo a los criterios de auditoría.
- El equipo de trabajo identifica la política integrada y como desde su rol y quehacer aportan al cumplimiento de los objetivos de la política de calidad, seguridad y salud en el trabajo y ambiental, y a la misión de la universidad.
- Se resalta la atención a usuarios y la oportunidad en los tiempos establecidos en el procedimiento de la generación de certificados y como mejoras al contar con este proceso sistematizado,

permitiendo dar respuesta oportuna a las solicitudes y controlar las salidas no conformes al punto de eliminarlas.

Relación de hallazgos (No conformidades)

No se evidenciaron hallazgos de no conformidad.

Relación de oportunidades de mejora (para auditoría)

1. Revisar, actualizar y/o eliminar, según análisis de pertinencia, la información documentada del proceso (ficha de caracterización, procedimientos, formatos).
2. Se recomienda incluir en la encuesta lo relacionado al indicador de satisfacción de los usuarios una opción donde puedan seleccionar las sedes y poder establecer los controles y acciones de mejora de acuerdo al contexto.
3. Solicitar Inducción a Contratistas frente al SIG y realizar inducción a los funcionarios que son trasladados desde otras dependencias.
4. Recordar a todo el equipo de trabajo la política de cero papel implementada por la Universidad mediante la Circular 019 de 2013, reducir siempre que sea necesario la impresión de documentos y en caso de hacerlo, realizarlo a doble cara.

5. EDUCACIÓN VIRTUAL

Fortalezas:

- Oportunidad, compromiso, respeto y disposición para la atención de la auditoría por parte del proceso Educación Virtual.
- Se realiza responsable y diligentemente el seguimiento, medición, análisis y evaluación al proceso Educación Virtual.
- Se gestiona responsablemente la aplicación de lo establecido en el Acuerdo No. 022 de 2015 "Por el cual se expide el reglamento de propiedad intelectual de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia".
- Se evidenció un amplio conocimiento en la política, los objetivos y como desde su puesto de trabajo aportan o contribuyen para el cumplimiento de esta política y los objetivos, lo anterior en pro de la Institución.
- Se observa un manejo organizado y diligente en los formatos que hacen parte de los procedimientos del proceso Educación Virtual.
- El proceso Educación Virtual determina y proporciona los recursos necesarios para el establecimiento, implementación, mantenimiento y mejora continua en el sistema de gestión de la calidad, considerando la infraestructura necesaria para la operación del proceso y logrando la conformidad de los productos y servicios con la gestión de herramientas de gestión Aulas Virtuales.

Relación de hallazgos (No conformidades)

No se evidenciaron no conformidades.

Relación de oportunidades de mejora

1. Se recomienda hacer claridad a que se refiere la palabra ROLES en las generalidades del procedimiento D-EV-P06 TRANSMISION, REUNIÓN VIRTUAL O PRODUCCIÓN DE VIDEO, por cuanto no se evidenció la definición de estos roles y los funcionarios auditados explican que el término Roles en el texto hace referencia a una serie de actividades.
2. De acuerdo a la condición insegura identificada y reportada por el proceso Educación Virtual a través de correo electrónico a la Dirección del SIG en el mes de abril del presente año, se sugiere al proceso Educación Virtual tomar una acción inmediata preventiva respecto a la reubicación física del puesto de trabajo y se requiere que el SIG continúe realizando el seguimiento al riesgo reportado hasta verificar el cierre de la condición insegura.

6. FORMACIÓN POSTGRADUADA

Fortalezas:

- Se destaca la atención y el compromiso por parte de la líder, la gestora del proceso y el equipo de trabajo en dar atención oportuna a la auditoría, respondiendo a los requerimientos hechos en aras de mejorar sus procedimientos de acuerdo a los criterios de auditoría.
- El equipo de trabajo identifica la política del sistema integrado de gestión, desde su rol y funciones aportan al cumplimiento de los objetivos de la política de calidad, ambiental y seguridad y salud en el trabajo, y a su vez a la misión de la universidad.
- Se destaca la mejora en los procedimientos que se venían diligenciando en medio impreso a digital, se evidenció la procura de la mejora continua aportando cambios significativos en los procedimientos establecidos y generando así, una respuesta oportuna a las solicitudes y un control adecuado a los procesos.
- Socialización del plan de trabajo con los directores - coordinadores y asistentes de escuelas de posgrados sede central y seccionales.

Relación de hallazgos (No conformidades)

No se identificaron no conformidades para el proceso

Relación de oportunidades de mejora

1. Revisar, actualizar y/o eliminar, según análisis de pertinencia, la información documentada del proceso (ficha de caracterización, procedimientos, formatos).
2. Replantear el indicador, pues el que se tiene establecido y los resultados que arroja, no permite evidenciar el impacto significativo en el proceso.

7. GESTIÓN FORTALECIMIENTO Y PRODUCTIVIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

Fortalezas:

- Se evidencia un compromiso permanente del equipo de trabajo del proceso de Gestión Fortalecimiento y productividad de la Investigación, y el liderazgo del Ing. Jorge, desde la Dirección de investigación, con respecto al proceso y al Sistema Integrado de Gestión. Entregando su conocimiento, experiencia y trabajo en equipo.
- Se resalta y se felicita al equipo de trabajo del proceso de Gestión Fortalecimiento y productividad de la Investigación, por el compromiso Institucional, desarrollo en las diferentes actividades de los procedimientos, a la implementación de la política de investigación y extensión, Acuerdo 007 de 2022, a la actualización de la Pagina web y de los procedimientos, también se evidencia el cumplimiento de los proyectos enfocados a las necesidades de la región, y a compromisos de orden nacional e Internacional, posesionado a la UPTC en los Rankin más altos de la investigación.
- Se tomó como ejemplo la trazabilidad del procedimiento 1-FP-P09 CREACION DE INSTITUTOS DE INVESTIGACION, DESARROLLO TECNOLOGICO O INNOVACION, CENTROS DE INVESTIGACION, DESARROLLO TECNOLOGICO O DE INNOVACION, CENTROS DE CIENCIA O PARQUES CIENTIFICO TECNOLOGICO, donde se evidencio el cumplimiento de todas las actividades con sus respectivos documentos.
- Se evidenció el diligenciamiento de paz y salvo transversal, de todos los proyectos que se realizan en los diferentes procedimientos, llevando a cabo una administración y control los diferentes recursos.
- Se evidenció el desarrollo de diferentes tipos de capacitación que contribuyen al buen desarrollo del proceso.

Relación de hallazgos (No conformidades)

No se evidenciaron incumplimientos.

Relación de oportunidades de mejora

1. Resultado del trabajo de campo entrevista equipo de trabajo, revisión documental, procedimientos, normatividad del proceso, se identifica que es necesario la actualización y transferencia documental de los archivos de la DIN y de mantener actualizados los inventarios

8. GESTIÓN DE SERVICIOS DE EXTENSIÓN

Fortalezas:

- El alto nivel de responsabilidad y entrega de la Líder y la gestora del Proceso, quienes demostraron su interés continuo por el óptimo desarrollo de cada una de las actividades de las dependencias que hacen parte del proceso.
- Se resalta la pertenencia y la entrega del equipo de trabajo del Centro de Conciliación en cabeza de su directora y el nivel de compromiso fortalecido por el área de psicología.

- Video promocional de los servicios que presta la Dirección de Extensión Universitaria, centro de conciliación, consultorio jurídico, convenios y educación continuada...se muestra de una manera dinámica para mayor entendimiento y recordación por parte de las partes interesadas.

Relación de hallazgos (No conformidades)

1. Se observó condiciones inseguras e infraestructura con falta de mantenimiento (goteras, humedad, techo rotos) en el museo casa Rojas Pinilla, lo que puede generar en los funcionarios que allí laboran enfermedades laborales y condiciones inseguras por el estado físico de las instalaciones del museo.

Evidencia: registro fotográfico teja rota, humedad, goteras en diferentes espacios de la casa museo, tapete en mal estado en el auditorio.

Incumplimiento: numeral 8.1.2 “eliminar peligros y reducir riesgos para SST” de la norma ISO 45001: 2018 y numeral 7.1.3 “Infraestructura” de la norma ISO 9001:2015.

2. Se evidenció falta de personal para la prestación del servicio en el Museo Arqueológico de Sogamoso, en el museo Casa Rojas y en la Dirección de Extensión, lo que podría afectar la prestación del servicio y generar una salida no conforme

Evidencia: entrevistas a funcionarios del proceso: falta de personal para el trámite de la contratación de los convenios de investigación y extensión (más de 1.800 CPS), personal para la guianza el museo Arqueológico de Sogamoso y en la casa museo Rojas Pinilla.

Incumplimiento: literal e) numeral 8.5.1 “control de la producción y de la provisión del servicio” y literal e) numeral 5.1 “Liderazgo y compromiso” de la norma ISO 9001:2015.

3. Se evidenció que no se encuentran registros de algunos formatos establecidos dentro de los procedimientos E-SE-P04 “Utilización de bienes de la granja y jardín botánico” y E-SE-P12 “Gestión de museos”

Evidencia: procedimiento E-SE-P04: formato A-GL-P01-F04 “inducción a la normatividad de Laboratorio”, A-GL-P04-F06 “inventario general de equipos” y procedimiento E-SE-P12: formato E-SE-P12-F04 “guianza, asesoría, préstamos de espacios y exposiciones” así mismo, ajustar las actividades que deben documentarse y que el proceso puede controlar, ejemplo la reserva que se hace a los colegios, los registros que deben documentarse, los que no y el medio de conservación (digital, físico).

Incumplimiento: numeral 7.5.3 “control de la información documentada”

Relación de oportunidades de mejora

1. Gestionar servicio de vigilancia en el Museo casa Rojas Pinilla, sin la vigilancia el museo queda inseguro y expuesto al robo o pérdida de elementos de interés cultural y patrimonio histórico, se evidencia el ingreso de vendedores ambulantes, la cámara de seguridad está ubicada en un lugar donde no es posible ser monitoreada de manera permanente y falta personal para cuando hay visitas de colegios donde los visitantes aumentan

significativamente, esta misma situación se evidencia en el consultorio jurídico y centro de conciliación.

2. Coordinar con el proceso Gestión Financiera una estrategia para el recaudo de la boletería de museo, con el fin de minimizar el riesgo de pérdida o hurto del dinero que se recibe, así mismo, actualizar en el sitio web del Museo, las condiciones y requisitos para las visitas programadas y no programadas.
3. Socializar con todos los funcionarios del proceso (Tunja, Seccionales, Granjas y Museos) la política y objetivos del Sistema Integrado de Gestión (Resolución 3478 de 2022), así como el tema de preparación y respuesta ante emergencias en Seguridad y Salud en el Trabajo- SST y gestión ambiental.
4. Actualizar en los procedimientos del proceso el marco legal aplicable, debido a que se encuentran identificadas normas que ya no están vigentes o que han sido modificadas y otras que aplican y no están incluidas (ICA).

9. GESTIÓN DE SERVICIOS DE CLÍNICA VETERINARIA

Fortalezas:

- Los integrantes del proceso conocen y aportan con su gestión, al cumplimiento de la política y de los objetivos del Sistema Integrado de Gestión.
- Se cuenta con conocimiento técnico por parte de los funcionarios del proceso.
- Se resalta el compromiso y la disposición del Líder del proceso y el equipo de trabajo para atender la auditoría.
- Se evidencia la implementación de puntos de control con el propósito de garantizar la rotación de inventarios de sustancias utilizadas en el laboratorio de la Clínica.
- Se observa orden y aseo en las diferentes áreas auditadas de la clínica.

Relación de hallazgos (No conformidades)

1. No se evidencia análisis del indicador del proceso.

Evidencia: Se ingresa al sistema de información documental de indicadores para realizar el seguimiento a la última medición, en la cual se determina que la información analizada no coincide con la medición realizada en cuanto a tiempos de recolección de la información y resultado obtenido.

Incumplimiento: ISO 9001:2015 Numeral 9.1. Seguimiento, medición, análisis y evaluación.

2. No se encuentra controlado los medicamentos (semaforización e inventario) utilizados en la Clínica Veterinaria para la atención de pacientes.

Evidencia: En visita de campo a las instalaciones de la Clínica (oficina médicos) se evidencia almacenamiento de medicamentos para uso de consulta y atención de pacientes; los cuales se encuentran sin control de semaforización para evitar su uso en caso de vencimiento o aproximación del mismo. No se evidencia inventario de medicamentos para control de ingreso y salida de los mismos.

Incumplimiento: ISO 14001:2015 Numeral 6.1.3. Requisitos legales y otros requisitos

Resolución 1403 de 2007
ISO 9001:2015 Numeral 7.5. Información Documentada
Manual de funciones y responsabilidades de la Clínica Veterinaria
Código: E-CV-M01

3. No se evidencia diligenciamiento, control en el diligenciamiento y firmas en los formatos establecidos en el proceso.

Evidencia: Durante la revisión documental se evidencia que los formatos presentados no se encuentran diligenciados y actualizados en su totalidad, al igual que faltan firmas.

A-GL-P04-F01 Hojas de vida de equipos
A-GL-P01-F17 Ingreso de personal
E-CV-P01-F02 Entrega de medicamentos
E-CV-P01-F01 Ingreso temporal de datos

Incumplimiento: ISO 9001:2015 Numeral 7.5. Información Documentada

Relación de oportunidades de mejora

1. Realizar la actualización de la guía E-Cv-P01-G02 Guía de seguridad y salud en el trabajo de la clínica veterinaria.
2. Incluir en el procedimiento E-CV-P01 todas las que se establecieron en el proceso de la Clínica Veterinaria.
3. Incluir todos los formatos en el procedimiento y revisar funcionalidad de las casillas a diligenciar en cada uno.
4. Incluir en los requisitos de contratación de médicos para clínica lo requerido para el cumplimiento de exámenes médicos ocupacional, vacunas y demás requisitos necesarios para su vinculación adecuada y cumplimiento a la normatividad y sistema de gestión en seguridad y salud en el trabajo.
5. Revisar los elementos de protección de radiología y verificar la efectividad de la protección (vida útil del elemento)
6. Realizar seguimiento con periodicidad corta a las solicitudes realizadas a las diferentes dependencias (talento Humano, SIG, Servicios generales, gestión de laboratorios)
7. Realizar seguimiento a las afiliaciones de los estudiantes a la ARL en cuanto al cumplimiento del Decreto 768 de 2022, *Por el cual se actualiza la Tabla de Clasificación de Actividades Económicas para el Sistema General de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones*; lo anterior teniendo en cuenta que tienen rotación por el uso del equipo de radiografía generador de radiación ionizante.

10. GESTIÓN DE SERVICIOS DE BIENESTAR UNIVERSITARIO

Fortalezas:

- Se resalta el compromiso del Líder del Proceso y el equipo de trabajo de las sede central y sedes seccionales, encargados de atender la auditoría del proceso GESTION DE SERVICIOS DE BIENESTAR.

- El proceso GESTION DE SERVICIOS DE BIENESTAR y su equipo de trabajo demostraron que dentro del desarrollo de su proceso se incluyen las políticas, los objetivos y demás generalidades de las normas auditadas y que conforman el Sistema Integrado de Gestión.
- El equipo de trabajo del proceso GESTION DE SERVICIOS DE BIENESTAR, en el desarrollo de sus funciones, ha demostrado un trabajo coordinado desde la sede central con las sedes seccionales, proponiendo, innovando y aportando al mismo, para el buen funcionamiento de sus líneas de acción (salud, cultura, desarrollo humano, deporte, apoyo socioeconómico y actividad física).
- Frente al tema de toma de citas y calificación del servicio, se destaca el uso de códigos QR, facilitando el acceso del servicio, ahorrando tiempo, evita impresión de documentos, comunicación directa con el cliente, entre otros.

Relación de hallazgos (No conformidades)

No se evidenció incumplimiento

Relación de oportunidades de mejora

1. Se hace necesario la revisión del procedimiento: B-U-P20 SERVICIO DE MEDICINA, ODONTOLOGIA, PSICOLOGIA Y ENFERMERIA, teniendo en cuenta que existe una guía B-U-P20-G02 RUTA DE ATENCIÓN EN SALUD PARA PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y ANTICONCEPCIÓN, la cual no está articulada dentro de las actividades de este procedimiento.

11. GESTIÓN DE TALENTO HUMANO

Fortalezas:

- La líder de proceso junto, con su equipo de trabajo, demostró disposición para recibir y atender la auditoría, así como por responder las preguntas del equipo auditor.
- Se observa que el personal tiene conocimiento y se encuentra comprometido con cada una de las actividades del proceso.
- Se evidencia organización en el manejo de la documentación relacionada con hojas de vida y con la vinculación de empleados docentes y no docentes.
- Se está depurando el archivo del proceso, almacenado únicamente los documentos que hacen parte de la hoja de vida de los funcionarios y reglamentados según los procedimientos.
- Durante lo corrido del primer semestre, se han efectuado la mayoría de capacitaciones programadas para la vigencia 2023, de acuerdo con las necesidades de las dependencias.
- Se están implementando mecanismos electrónicos como el nuevo sistema de permisos con miras a agilizar procesos y contribuir con el ahorro de papel.
- Los funcionarios de la dependencia conocen los riesgos a los que están expuestos y aplican los controles necesarios.
- La creación y fortalecimiento de los procedimientos de A-GH-P24 Trabajo en Casa, A-GH-P25 Expedición de Certificación CETIL y A-GH-P26 Comité de Convivencia Laboral.

Relación de hallazgos (No conformidades)

1. Una vez se verifica en el mapa de procesos dentro del proceso Gestión de Talento Humano se evidencia que no se encuentra documentado el procedimiento para la elaboración de la nómina, al preguntar por qué estas actividades no están registradas bajo ningún procedimiento, se nos indica que el registrado con código A-GH- P08 Nómina, fue eliminado por solicitud enviada vía correo electrónico el 27/09/2019 a la dependencia DTIC´S. Se presenta soporte escrito de la comunicación.

Evidencia: Correo electrónico con solicitud para la eliminación del procedimiento.

Incumplimiento: numeral 4.4.2. de la NTC ISO 9001:2015 Literal a y b.

En la medida que sea necesario, la organización debe:

- a) mantener información documentada para apoyar la operación de sus procesos.
- b) conservar la información documentada para tener la confianza de que los procesos se realizan según lo planificado.

Relación de oportunidades de mejora

1. Analizar el indicador establecido por la dependencia, pues según como está planteado no se estaría evaluando el aumento en la competencia de los funcionarios, sino la percepción de los trabajadores frente a las capacitaciones recibidas.
2. Teniendo en cuenta la importancia del proceso de selección de personal docente de la Universidad A-GH-P01, además de otros procedimientos que se tienen en común con Vicerrectoría Académica, es importante que el procedimiento establecido para tal fin se actualice y relacione específicamente las actividades ejecutadas y el área responsable de cada etapa del proceso, de igual manera es relevante, que se construya un canal de comunicación efectivo entre las dos dependencias con el fin de favorecer la ejecución de dichas actividades. En oficio CPD Y AP 235 del 8 de septiembre de 2023, con Ref. Actualización normograma y procedimientos, se evidencia un número significativo de cambios sugeridos al procedimiento A-GH-P01 Selección de Servidores Públicos Docentes y otros procedimientos que tienen en común las dos dependencias, adicionalmente se indica que en el sistema no se encuentra un procedimiento y formato que actualmente se están ejecutando.

12. GESTIÓN FINANCIERA

Fortalezas:

- Compromiso del líder del proceso y su equipo de trabajo para atender la auditoria, así mismo, la formación profesional de los funcionarios que integran la Vicerrectoría Administrativa y Financiera.
- Diseño y desarrollo de un sistema de información articulado con GOOBI en el tema de centros de costo y Plan de Desarrollo Institucional, uso y aprovechamiento de la herramienta GOOBI.
- La campaña “Centavito te cuenta” una forma dinámica y divertida de socializar las actividades del proceso a todas las partes interesadas internas de la universidad.

Relación de hallazgos (No conformidades)

1. Se observó que no se ha dado cumplimiento a las acciones correctivas propuestas para subsanar los hallazgos derivados de auditorías internas de vigencias anteriores, los cuales son repetitivos en esta revisión y no permite evidenciar mejora en el proceso.

Evidencia: revisado el plan de mejoramiento producto de auditorías internas de periodos anteriores se encontró que no se ha cumplido con las acciones propuestas para subsanarlos, es el caso de:

- Cartera por recuperar desde la vigencia 2015 a 2022 por un valor aproximado \$ 388.622.000.00, lo cual por su antigüedad puede generar procesos fiscales por presunto daño al patrimonio.
- Actualizar en los procedimientos del proceso el marco legal aplicable, debido a que se encuentran identificadas normas que ya no están vigentes o que han sido modificadas y otras que no aplican a la universidad (Ley 418-1997).
- Revisar el procedimiento A-GF-P03 “Manejo y control de ingresos” debido a que se relacionan instructivos que no se encuentran referenciados en el procedimiento (instructivo A-GF-P03-I01: inversiones, A-GF-P03-I05: Boletería de museos, A-GF-P03-I07).

Incumplimiento: literal b, numeral 10.1 “Mejora-generalidades” de la norma ISO 9001:2015.

2. No se evidencia la asignación de recursos necesarios para el mantenimiento y calibración de equipos utilizados para la prestación del servicio adecuado en la Clínica Veterinaria.

Evidencia: Durante la entrevista con el líder del proceso, se solicita listado de equipos del laboratorio clínico con sus respectivos mantenimientos y certificados de calibración correspondientes, mostrando carpeta con todos los equipos sin el mantenimiento anual respectivo (desde el año 2018 ultimo mantenimiento). Se informa por parte del líder que se realizó solicitud respectiva y a la fecha no se ha realizado esta actividad.

Incumplimiento: - ISO 9001:2015. Numeral 7.1.5. Recurso de Seguimiento y medición
- ISO 9001:2015. Numerales 5.1 Liderazgo y 8.1.5. Control de la producción y de la provisión del servicio

Relación de oportunidades de mejora

1. Revisar en el procedimiento A-GF-P05 “Generación de estados contables” las actividades relacionadas con las conciliaciones acorde con los tiempos de realización, definiendo periodicidad.
2. Se recomienda tener un control de informes internos y externos en el proceso y en especial los procedimientos que rinden esta información a entidades de vigilancia y control como Contaduría General de la Nación, Contraloría General de la República (DIARI, CHIP y SIRECI)
3. Coordinar con la Dirección de Extensión Universitaria, Dirección Jurídica y otras dependencias que consideren necesarias las acciones a seguir para la recuperación de las cuentas por cobrar que se encuentran pendientes desde la vigencia 2015.
4. En coordinación con el proceso Gestión de Servicios de Extensión, diseñar una estrategia para facilitar el recaudo por venta de boletería en los Museos y controlar el riesgo de hurto del

dinero por este concepto y además la exposición del personal a eventos que pueden poner en peligro su integridad física y moral.

13. GESTIÓN DE SERVICIOS GENERALES INSTITUCIONALES

Fortalezas:

- Se resalta el compromiso de la Líder del Proceso y el equipo de trabajo encargado de atender la auditoría del proceso GESTION DE SERVICIOS GENERALES.
- El proceso GESTION DE SERVICIOS GENERALES y su equipo de trabajo demostraron que dentro del desarrollo de su proceso se incluyen las políticas, los objetivos y demás generalidades de las normas auditadas y que conforman el Sistema Integrado de Gestión.
- El equipo de trabajo del proceso GESTION DE SERVICIOS GENERALES, en el desarrollo de sus funciones, ha demostrado un trabajo coordinado desde la sede central con las sedes seccionales, proponiendo, innovando y aportando al mismo, para el buen funcionamiento y embellecimiento de la Universidad.

Relación de hallazgos (No conformidades)

No se evidenciaron para el proceso.

Relación de oportunidades de mejora

- 1 Se hace necesario la revisión general de los procedimientos: A-SG-P01 Servicios de mantenimiento general: servicio de aseo, cafetería y jardinería, manejo escombros, A-SG-P02 Servicio de transporte, A-SG-P03 Servicio de vigilancia y A-SG-P06 Mantenimiento preventivo y correctivo parque automotor, adaptándolos a la normatividad vigente como es el caso del Plan Estratégico de Seguridad Vial, de tal manera que las actividades sean específicas con la realidad y que al consultarlas sean claras para quienes desarrolla las diferentes labores.
- 2 Es necesario revisar las guías y los instructivos del proceso y adaptarlos a la realidad tanto normativa como de actividad y que los mismos se vean reflejados o anclados al procedimiento al que pertenece. Lo anterior teniendo en cuenta que no son claras frente a la tercerización tanto de aseo como de vigilancia.
- 3 Se requiere que en el desarrollo de los talleres de gestión se integre a las diferentes sedes seccionales.

14. GESTIÓN DE RECURSOS INFORMÁTICOS

Fortalezas:

- Se destaca el componente humano y profesional de quienes laboran en la Dirección de las TICS, por el alto grado de compromiso, conocimiento y experticia en la planificación, ejecución y seguimiento de las actividades de su competencia.

- Alto grado de compromiso por parte del líder del proceso y su equipo de trabajo en el desarrollo y acompañamiento de la auditoria combinada al Sistema Integrado de Gestión, tanto en la sede central como en la sede seccional de Chiquinquirá.
- Planificación, ejecución y elaboración de informe resultado de las auditorías operativas realizadas a los sistemas de información de la universidad, con el objetivo verificar su confiabilidad e implementar las mejoras pertinentes.
- Se resalta el liderazgo y los esfuerzos realizados en garantizar una mayor articulación con las sedes seccionales de Chiquinquirá, Sogamoso y Duitama.
- Cabe resaltar el proceso de implementación de directrices y acciones que buscan garantizar la mejora continua del proceso.
- Cabe señalar que el diseño y pronta publicación del micro sitio web de gobierno digital y de la Dirección de Tecnologías y Sistemas de Información y de las Comunicaciones, garantizará mayor visibilidad de las políticas, directrices y actividades emanadas y ejecutadas por esta Dirección.

Relación de hallazgos (No conformidades)

1. El proceso no determina los métodos de medición, análisis y evaluación necesarios para asegurar resultados válidos.

Evidencia: En revisión de los indicadores A-RI-D09 Satisfacción de los usuarios de recursos informáticos y A-RI-D10 Cumplimiento acuerdos de nivel de servicio, se verifica la ficha del indicador, objetivo, resultados de las últimas mediciones, análisis y soporte subido al sistema SIPEF, en los cuales se evidencia la necesidad de revisar detalladamente la medición de los indicadores y el cumplimiento de estándares estadísticos para obtener resultados que permitan describir o pronosticar el comportamiento de la población con base en información obtenida de una muestra representativa de la misma preferiblemente por sedes y con su respectivo análisis.

Incumplimiento: Literal b numeral 9.1.1 Generalidades de la norma NTC ISO 9001:2015.

2. No se evidencia la identificación, implementación y evaluación de la producción y provisión del servicio bajo condiciones controladas, que garanticen el acceso a las áreas seguras de la Seccional de Chiquinquirá por parte del personal autorizado desde la Dirección de las TICS.

Evidencia: Se realizó inspección a las áreas seguras de la seccional de Chiquinquirá evidenciando lo siguiente: • Centro de cableado g101 rack principal: se observa que esta área cuenta con dos espacios, el primero está destinado al almacenamiento de diferentes elementos y el segundo es el espacio destinado para el rack principal de la sede, estas áreas se encuentran separadas por una puerta que puede ser removible por cualquier persona que acceda a los elementos almacenados en la primera.

- Oficina de registro y control c 210 rack: en este espacio se evidencia que las funcionarias de la oficina de registro y control pueden acceder a esta área para almacenar diferentes elementos de oficina entre otros, sin que se encuentren autorizadas para el acceso permanente o esporádico de este espacio.

Incumplimiento: Numeral 8.5.1 Control de la producción y de la provisión del servicio de la norma NTC ISO 9001:2015. Procedimiento A-RI-P25 Trabajo en áreas seguras

Relación de oportunidades de mejora

1. Aunque se evidencia un avance importante en la documentación requerida por la normatividad legal vigente relacionada con el tema de Gobierno digital, así como el diseño del micro sitio web, se recomienda realizar convocatoria a las reuniones del grupo de gobierno digital, anti trámite y de atención al ciudadano, de conformidad con lo establecido en la Resolución 1350 de 2023, igualmente se recomienda continuar con la elaboración de la documentación requerida (manual de gobierno digital, entre otros), por el Decreto 767 de 2022 “Por el cual se establecen los lineamientos generales de la Política de Gobierno Digital y se subroga el Capítulo 1 del Título 9 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1078 de 2015, Decreto Unico Reglamentario del Sector de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones”.
2. Se recomienda revisar y actualizar las actividades referidas durante el desarrollo de la auditoria, así como analizar y establecer puntos de control eficaces con el fin de garantizar el cumplimiento de actividades descritas en los procedimientos mencionados a continuación: • Procedimiento A-RI-P25 Trabajo en áreas seguras (punto de control socialización de los controles para el acceso de proveedores, personal de aseo, etc...) • Procedimiento A-RI-P30 Licenciamiento de software: establecer estrategia para control de usuarios que tienen permisos de acceso a los diferentes software licenciados y adquiridos por la universidad.
3. Se recomienda evaluar la pertinencia de establecer los tiempos de los acuerdos de nivel para la vigencia del plan de desarrollo institucional, en las diferentes sedes seccionales, así como también, la periodicidad de elaboración y entrega del informe de seguimiento al cumplimiento de los mismos de manera semestral. Igualmente, se recomienda revisar la coherencia entre los objetivos, indicadores y resultado de medición de los mismos.
4. Para el caso de los sistemas de información adquiridos por la universidad, se recomienda revisar y evaluar los controles establecidos para garantizar el cumplimiento de los acuerdos de nivel de servicio y de confidencialidad.

15. GESTIÓN DE BIBLIOTECAS

Fortalezas:

- Políticas y procedimientos: Se encontró que las políticas y procedimientos relacionados con el proceso de biblioteca están documentados y disponibles para el personal. Se encontraron áreas en las que el proceso de biblioteca muestra un buen desempeño y cumple con los estándares establecidos.
- Organización del espacio: Durante la auditoría se observó que el espacio de la biblioteca está optimizado para facilitar el acceso y la búsqueda de los materiales, mejorando la accesibilidad y facilidad de la ubicación de materiales por parte de los usuarios. Durante el recorrido a las instalaciones se observa la adecuación para nuevas áreas como la literata (sala de literatura) y la sala de estudio, espacios silentes apropiados que motivan la lectura.
- Capacitación del personal: Se observó que los miembros del personal están completamente familiarizados con los procedimientos y políticas de la biblioteca. El equipo de trabajo del proceso Gestión de Bibliotecas de la sede central, cuenta con alto sentido de pertenencia y

compromiso con las actividades a cargo y frente al Sistema Integrado de Gestión, liderados por la Dra. Luz Eliana Márquez Barrera.

- En el año 2021, se estableció la Política de Biblioteca para la UPTC, por medio de la cual se direcciona, organiza, ejecuta y ampara la gestión bibliotecaria desde un Sistema de Biblioteca en la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Durante la entrevista a los funcionarios tanto de planta como OPS, se indago sobre el alcance y el objetivo del documento y se evidenció el conocimiento y apropiación de la política. Así mismo, se evidencia la diversificación de ambientes y puestos de lectura, en donde se disfruta del arte a través de exposiciones. Estos espacios motivan la lectura.
- A pesar del alto flujo de visitantes a las instalaciones se observa orden y ambientes propicios para el disfrute de la lectura e investigación.
- Se resalta el compromiso, organización y experiencia de la de la Líder de proceso y sus colaboradores, quienes participaron activamente de la auditoría y conocen los procedimientos establecidos.
- Se realiza entrevista a los funcionarios que se relacionan, y se evidenció que conocen y se apropian de la política y objetivos del SIG, los programas en SST y gestión ambiental, respuesta a emergencias, reporte de incidentes y accidentes de trabajo y en gestión ambiental, identificación de peligros y aspectos, responsabilidades frente al sistema de seguridad y salud en el trabajo y gestión ambiental.

Relación de hallazgos (No conformidades)

No se evidenciaron incumplimientos.

Relación de oportunidades de mejora

- 1- Dentro del procedimiento Servicios al público, (Instructivo Préstamo del Recurso Bibliográfico), identificar un punto de control, en donde se establezcan las condiciones en las cuales el funcionario delegado de la biblioteca, se desplaza a recoger el recurso bibliográfico a otras bibliotecas, ante la necesidad de algún usuario. Se logró evidenciar un formato propio de la biblioteca Luis Ángel Arango, firmado por el Rector de la UPTC, en el cual se delega a un funcionario para el trámite entre las bibliotecas, pero no se identifican las condiciones en las cuales el funcionario va a realizar el desplazamiento externo. Lo anterior en caso de presentarse un caso de incidente o accidente laboral.
- 2- En el instructivo A-GB-P01-I01, numeral 7 se observan identificados puntos de control en las actividades 29 y 30, mas no se identifican dentro de las actividades del procedimiento. Por lo anterior, se solicita revisar en que actividades deben establecerse los puntos de control y así mismo enlistarlos en el numeral 7.

16. GESTIÓN DE LABORATORIOS

Fortalezas:

- Se evidencia por parte de la líder del proceso Gestión de laboratorios conocimiento de las actividades en el área, así como la coherencia en los registros plasmados y que se encuentran señalados en el proceso correspondiente.
- La gestión realizada en el Plan de Fomento de la Calidad aprobado mediante el acuerdo 034 del 2021, con la línea de inversión, dotación, infraestructura tecnológica y adecuación de infraestructura. Proyecto: Dotación de equipos para laboratorios. Recursos PFC:2021 con un monto de mil millones de pesos para la compra de 100 equipos distribuidos en la Escuelas o Decanaturas que cuentan con laboratorios de docencia.
- Durante el desarrollo de las diferentes entrevistas realizadas a los técnicos operativos y profesionales de apoyo se verifico el compromiso en sus labores misionales, en su quehacer diario propenden al mejoramiento continuo y al total cumplimiento de los procedimientos.
- Se resalta el trabajo y compromiso realizado por la joven investigadora y profesoras a cargo del Grupo de Investigación en Citogenética Humana LS 304 Tunja y en la seccional Duitama los Laboratorio Gastronómico, Taller de Marroquinería y Edificio de talleres se observó el cumplimiento del objetivo de la auditoria interna y es de resaltar en el edificio cuenta con la señalización respectivas para el ingreso seguro a los talleres y en las carteleras publicado la normatividad de laboratorios.

Relación de hallazgos (No conformidades)

1. Realizando la verificación documental en el sistema de la universidad se identificó procedimientos y formatos sin ser actualizados desde los años 2013 y 2015.

Durante la verificación del procedimiento A-GL-P32 con 32 formatos se evidencio 6 manuales adicionales codificados LRN-D32-F04 versión 03, LRN-D32-F01 versión 04, LRN-D32-F05 versión 03, entre otros, los cuales está pendiente de aprobación por parte del Ministerio de Minas y Energía para la respectiva licencia de operación, pero estos documentos no cuentan con los parámetros establecidos en la guía P-DS-P04-G01 con respecto al encabezado, codificación y versión. Además, se indago por el cumplimiento a los hallazgos establecidos en el informe de evaluación integral laboratorio de radiaciones nucleares criterio: Normatividad Colombiana en RI emitido por la ARL POSITIVA en el mes de marzo del 2023, en el que establece realizar mejoras que garanticen los cambios y actualizaciones en referencia a lo documentado por no estar involucrado con el SIG de la Universidad ya que esto afecta de manera transversal al sistema.

Adicional, se recomienda independizar el Laboratorio de Radiaciones Nucleares del proceso de Gestión de Laboratorios por la naturaleza del mismo y la documentación, la cual requiere que sea protegida o privada por tener información sensible y por razones de seguridad por medio de un Acuerdo de creación.

Evidencia: Procedimientos ubicados en el sistema de la Universidad
A-GL-E20 Extracción, amplificación y purificación de ADN de Daphnia
A-GL-E21 Gammagrafía Industrial
A-GL-P32 Condiciones Seguras para el Manejo del Laboratorio de Radiaciones Nucleares (LRN)

Incumplimiento: 6.3 Planificación de Cambios con 4.4.2 ISO 9001: 2015 y 7.5 Información documentada ISO 9001: 2015.

2. En la guía A-GL-P01-G01 Normatividad de Laboratorios se identifica en el ítem 5 de precauciones universales la entrega de la copia del Cuadro Completo del Carnet de Vacunación, los cuales no se visualizaron y en el ítem 6 señalización se establece que se debe seguir el *“procedimiento manejo de emergencias con materiales peligrosos (págs. 77-79) del plan de emergencia sede central: plan integral de prevención, preparación y respuesta ante emergencias. La ruta para consultarlo es: Direccionamiento del SIG – Manual P-DS-M01 Manual Integrado de Gestión – Planes de emergencia “ver planes de emergencia” (pág. 7) – Plan de emergencia sede central (Este procedimiento aplica de la misma manera para la Facultad Ciencias de la Salud y Facultades Seccionales)”* el cual no se encontró en el sistema.

Y en la seccional Duitama Laboratorio de CIMADI Centro de Investigación e Innovación para el Desarrollo Tecnológico al verificar la guía en mención se identifica el ingreso al interior de los talleres y laboratorios de la sede de estudiantes de colegio del grado 10 y 11 siendo menores de edad, diligenciando el registro A-GL-P01-F04, visitas las cuales se realiza por requerimientos de profesores. Al verificar las recomendaciones de seguridad frente al ingreso de personal externo dentro de las instalaciones de la seccional Duitama a laboratorios o talleres esta no se evidencio en la Normatividad de Laboratorios. Por lo cual, se establece que la guía no está actualizada.

Evidencia: Guía ubicada en el sistema de la Universidad A-GL-P01-G01 Normatividad de Laboratorios.

Registro A-GL-P01-F04 Inducción a la normatividad de laboratorios del Colegio Agroindustrial la Pradera realizada el 18 de agosto del 2023 con 12 estudiantes.

Colegio Agroindustrial los Andes de fecha 01 de junio del 2023 con 31 estudiantes.

Colegio Nueva Familia Duitama de fecha 13 de Julio del 2023 con 16 estudiantes

Incumplimiento: numerales 6.3 Planificación de Cambios con 4.4.2 ISO 9001: 2015, 7.5 Información documentada ISO 9001: 2015, 6.1.2 Identificación de peligros, y evaluación de los riesgos ISO 45001: 2018, 6.1.3 Determinación de los requisitos legales y otros ISO 45001: 2018, 7.3 Toma de conciencia ISO 45001: 2018

3. En la seccional Duitama Laboratorio de CIMADI Centro de Investigación e Innovación para el Desarrollo Tecnológico se evidencio en funcionamiento cortadora laser la cual genera constante ruido lo que ocasiona molestias al personal que labora en el laboratorio, no se cuenta con estudio de sonometría.

Evidencia: Durante la visita in situ se percibió la incomodidad que genera el equipo cuando se encuentra en funcionamiento.

Incumplimiento: 6.1.2 Identificación de peligros, y evaluación de los riesgos ISO 45001: 2018.

4. Se solicita el listado de laboratorios de docencia, investigación y extensión vigente enviado por la líder de proceso de Gestión de Laboratorios, escogiendo hacer visita in situ en laboratorios de Investigación verificando el diligenciamiento de formatos, conocimiento de procedimientos y temas relacionado con seguridad y salud en el trabajo SST y Gestión Ambiental evidenciando el incumplimiento parcial o total en los laboratorios.

Evidencia: Durante el recorrido se estableció en el Grupo de Catálisis falta diligenciamiento de formatos, firmas, etiquetado de sustancias químicas transvasadas, sustancias químicas en envases de alimentos con la etiqueta original y control de sustancias químicas solo se diligencio en el año 2018, falta de jornadas de orden, limpieza y aseo, reporte de condiciones inseguras por un tubo metálico en el techo.

En el grupo de Grupo de Investigación en Materiales Siderúrgicos, falta la implementación de registros documentales establecido por la Universidad según su necesidad y naturaleza, ubicación de extintor, ubicación de etiqueta de señalización en equipos horno inducción de alta frecuencia, el cual genera altas temperaturas y falta de señalización industrial y de información para su ingreso, área muy pequeña, sustancias químicas en envases de alimentos con la etiqueta original y falta de jornadas de orden, limpieza y aseo.

Y en el Laboratorio de Poscosecha Investigación seccional Duitama falta la implementación del Sistema Integrado de Gestión SIG de la universidad.

Entrevista y observación en Grupo de Catálisis LN 311 adscrito a la Escuela de Química, Grupo de Investigación en Materiales Siderúrgicos Escuela de Ingeniería Metalúrgica y Laboratorio de Poscosecha Investigación seccional Duitama.

Incumplimiento: numerales 5 Liderazgo ISO 9001: 2015 y ISO 45001: 2018, 5.3 Roles, responsabilidades y autoridad en la organización ISO 9001: 2015 y ISO 45001:2018, 7 Apoyo ISO 9001: 2015 y ISO 45001: 2018, 7.5 Información documentada ISO 9001: 2015 y ISO 45001: 2018 - Toma de conciencia ISO 9001: 2015 y ISO 45001: 2018.

5. En el laboratorio de enología se evidenció a dos estudiantes adscritos al Programa Administración Turística y Hotelera, quienes se postularon para la beca de estímulos establecida por el programa sin el cumplimiento de la normatividad nacional y adoptada por la Universidad en referencia a:

- Exámenes de ingreso para manipulador de alimentos que incluye examen físico y exámenes de laboratorio (KOH de uñas, frotis de garganta, coprológico)
- Certificado de manipulación de alimentos.
- Vacunas (Hepatitis B y Covid)
- Uso de los EPP (elementos de protección personal) los cuales deben ser utilizados en todo momento durante la prestación del servicio.

Evidencia: Se realiza verificación documental de gestión realizada previamente donde se evidencia correo de fecha 6 de julio del 2022 enviado por la profesional SIG de la sede dirigido a Decanatura, Dirección de Escuela y Departamento Administrativo y Servicios Generales, donde se notifica el incumplimiento. Además, se valida en el acta de reunión del COPASST de la seccional de fecha 26 de enero del 2023 en proposiciones y varios 4 ítem y se reitera en el acta de fecha 7 de julio de las 2023 proposiciones y varios 4 ítem.

Durante la entrevista con la Estudiante María Paula Silva manifiesta que ellos están prestando este servicio desde el mes de marzo entre 2 o 3 estudiantes y que harían llegar los documentos requeridos al correo electrónico del grupo auditor el día martes 19 de septiembre con plazo a las 6:00 pm sin tener ninguna respuesta.

Se requiere que la escuela como responsable de la supervisión de estas áreas exija y verifique el cumplimiento de los requisitos de calidad y seguridad y salud en el trabajo establecidos por la Universidad para este tipo de actividades.

Notificación por parte del Director de Escuela Jorge Enrique Gamba Niño de fecha 14 de agosto del 2023 a los estudiantes María Paula Silva Fernández Nixon Yesid Chumbe Parra y actas de reunión COPASST.

Incumplimiento: 6.1.2 Identificación de peligros, y evaluación de los riesgos ISO 45001: 2018, 6.1.3 Determinación de los requisitos legales y otros ISO 45001: 2018, 5.3 Roles, responsabilidades y autoridad en la organización ISO 45001: 2018, 7.2 Competencia.

Relación de oportunidades de mejora

1. En la seccional Duitama en el Laboratorio de CIMADI cuanta con una bodega de almacenamiento de sustancias químicas en la que se evidencia espacio reducido, lo que no permite hacer una buena clasificación de sustancias químicas por matriz de compatibilidad de sustancias químicas y a su vez se encuentra una condición insegura ya que en la parte superior están instalados tanques de agua.
2. Igualmente se sugiere jornadas de socialización a todo el personal de laboratorios docencia, investigación y extensión sobre el Sistema Integrado de Gestión SIG, por lo menos una vez al año o cuando se requiera por rotación de personal y mejoramiento continuo del sistema. Aplica transversal al proceso Gestión Fortalecimiento y Productividad de la Investigación
3. En la sede Central en la parte trasera del edificio de Metalurgia se evidencia acumulación de material utilizados en las actividades de docencia, investigación y extensión en áreas verdes las cuales NO son las adecuadas para este tipo de insumos lo que contamina el suelo ocasionando daño a la capa vegetal que allí se encuentra y contaminación visual paisajístico.
4. A el proceso de Gestión Financiera se recomienda incluir una partida presupuestal dentro del plan estratégico de mantenimiento de la Universidad con su correspondiente asignación de recursos destinados para el mantenimiento de la planta física como para el mantenimiento de equipos de laboratorios (preventivo, rutinario o correctivo) y que se vea reflejado durante el próximo cuatrefeño.

17. INCITEMA

Fortalezas:

- Los integrantes del proceso conocen y aportan con su gestión, al cumplimiento de la política y de los objetivos del Sistema Integrado de Gestión.
- Se cuenta con conocimiento técnico por parte de los funcionarios del proceso.
- Se resalta el compromiso del equipo de trabajo para atender la auditoria.
- Se evidencia el compromiso para el cumplimiento de los requisitos del Sistema de Gestión.

Relación de hallazgos (No conformidades)

1. El INCITEMA debe establecer, implementar y mantener procesos para la eliminación de los peligros y la reducción de los riesgos para la SST y gestión ambiental.

Evidencia: En la visita de campo realizada en el área de almacén, se observó que no es exclusivo para sustancias químicas, por lo que se encuentran ubicados elementos de papelería e insumos en general, sin una debida organización ni obedeciendo a directrices de orden y aseo. Además, se observó que se almacenan sustancias químicas sin tener en cuenta la matriz de compatibilidad y se utiliza estantería de madera. Esta estantería está visiblemente deteriorada y se está sobrepasando la capacidad de la misma, al punto que se encontraron entrepaños visiblemente doblados. Lo anterior, incrementa la posibilidad de derrames de sustancias y los efectos negativos que esto pueda traer como la generación de conatos de incendios, reacciones violentas debidas al no cumplimiento de la compatibilidad de almacenamiento y afectaciones graves para la salud de los trabajadores del INCITEMA y demás comunidad universitaria.

Incumplimiento: ISO 45001:2018 Numeral 8.1.2 Eliminar peligros y reducir riesgos para la SST. 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:

- c) utilizar controles de ingeniería y reorganización del trabajo.
- d) utilizar controles administrativos, incluyendo la formación.

ISO 14001:2015 Numeral 8.1 Planificación y control operacional. La organización debe establecer, implementar, controlar y mantener los procesos necesarios para satisfacer los requisitos del sistema de gestión ambiental y para implementar las acciones determinadas en los apartados 6.1 y 6.2, mediante:

-la implementación del control de los procesos de acuerdo con los criterios de operación.

2. INCITEMA no tiene actualizada la información documentada, en relación al procedimiento A-IN-P02 el cual establece *"se deberá registrar en el formato A-IN-P02-F01 todo el equipamiento utilizado por el INCITEMA. Ahora, esta lista será actualizada cuando se adquiera un nuevo equipo o se presenten cambios en alguno de los componentes del equipamiento"*, la cual se determina como necesaria para la eficacia del sistema de Gestión de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.

Evidencia: Se solicita el formato A-IN-P02-F01 *"lista de equipos, materiales de referencia y software"* para analizar la relación de una etiqueta fuera de servicio del equipo impresora 3D con placa A-2021-376901, el cual no se encuentra relacionado en este formato como lo establece el procedimiento A-IN-P02, ítem 1, donde el procedimiento especifica lo siguiente *"esta lista será actualizada cuando se adquiera un nuevo equipo o se presenten cambios en alguno de los componentes del equipamiento"*.

Se solicita el formato A-IN-P02-F02 *"hoja de vida de equipos"* según lo establece el procedimiento A-IN-P02, ítem 2 *"acceso e identificación de los equipos (Parte 2)"* de la impresora 3D y no se encuentra registro sobre este equipo.

Incumplimiento: ISO 9001:2015 Numeral 7.5.1 Generalidades literal B. la información documentada que la organización determina como necesaria para la eficacia del sistema de gestión de la calidad.

ISO 9001:2015 Numeral 7.5.3.1 control de la información documentada literal A esté disponible y sea idónea para su uso, donde y cuando se necesite.

Relación de oportunidades de mejora

1. Adoptar mecanismos para anclar el cilindro de CO₂, el cual se encuentra en el Laboratorio de preparación de muestras.
2. Rotular todos los envases que estén en las diferentes áreas del laboratorio, ya que se encontró un recipiente de tapa azul sin rotular en el Laboratorio de preparación de muestras. Se pregunta al analista y manifiesta que la sustancia que contiene es agua.
3. Actualizar el formato A-IN-P02-F05: Control de Equipos Fuera de Servicio, ya que se encuentra con fecha 2022-08-08 y está señalando equipos a los cuales no se les ha realizado mantenimiento, como es el caso del equipo: Cortadora sinfín con número de inventario: A269988-IN109. Sin embargo, el funcionario responsable del laboratorio de análisis de falla refiere que al equipo ya se le está haciendo mantenimiento y están a la espera del informe por parte de la organización contratada para esta actividad.

18. GESTIÓN NORMATIVA

Fortalezas:

- Resaltar la labor, disposición y compromiso del líder y gestor del proceso, así como de los funcionarios que atendieron la auditoria.
- Se destaca el conocimiento, compromiso y experticia por parte del líder y funcionarios en el desarrollo de las actividades y mejoramiento continuo.
- Se evidencia una mejora general en el manejo documental, en cuanto a los formatos y soportes de los diferentes procedimientos que hacen parte del Proceso Gestión Normativa.
- Se destaca la diligencia y cuidado en la formulación de actividades de mejora, en virtud de hallazgos dejados en auditorias anteriores, lo que permite destacar la efectividad de las mismas y que redundan en la mejora del proceso.
- Los procedimientos del Proceso Gestión Normativa se encuentran debidamente estructurados, según las actividades y funciones del mismo.

Relación de hallazgos (No conformidades)

1. Se evidencia contestación extemporánea en el derecho de petición bajo radicado AT-23-0446.

Evidencia: En revisión documental de manera aleatoria, se realiza revisión del derecho de petición bajo radicado AT-23-0446, cuya referencia es “*solicitud del sindicato*”, la cual se observó radicada en fecha treinta (30) de marzo de 2023 mediante correo electrónico, la respuesta fue dada por la Dirección Jurídica el día 19 mayo de 2023 y enviada al Sindicato Unitario de Trabajadores del Estado- SUNET, y enviada por correo electrónico el día treinta (30) de mayo de 2023.

Incumplimiento: Ley 1755 de 2015 “*Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental de Petición y se sustituye un título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo*”. Artículo 14 Términos para resolver las distintas modalidades de peticiones.

Procedimiento A-GN-P13 Contestación Derecho de Petición

NTC ISO 9001:2015 Numeral 6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades.

2. No se evidencia diligenciamiento del formato A-GN-P02-F02: “*Ficha Técnico Jurídica para la solicitud de concepto jurídico*”, la cual hace parte del procedimiento de “*Asesoría y Asistencia Jurídica*” para la solicitud de conceptos jurídicos, por parte de las diferentes dependencias y/o direcciones de conformidad con la circular 032 de 2020 cuyo objeto: “*Medidas de optimización en la gestión jurídica Universitaria.*”

Evidencia: En revisión documental de manera aleatoria, se requiere el registro del formato A-GN-P02-F02 ficha técnico jurídica para la solicitud de concepto jurídico, observando que este no se diligenció en el radicado AT-23-0788.

Incumplimiento: NTC ISO 9001:2015 Numeral 7.5 Información Documentada
Procedimiento A-GN-P02 Procedimiento de asesoría y asistencia Jurídica

3. Se observa, que las actas del Comité de Conciliación, no se encuentren debidamente legalizadas, pues carecen de las firmas de los integrantes del Comité.

Evidencia: De las nueve (9) sesiones realizadas por el Comité de Conciliación, se levantaron 9 actas respectivamente, de las cuales cinco (5) de ellas no se encuentran legalizadas con las firmas de los integrantes del comité, actas de fecha 06 de febrero, 27 de febrero, 22 de marzo, 15 de mayo 22 de mayo de 2023.

Incumplimiento:

- Decreto 1069 DE 2015 versión integrada con sus modificaciones “*Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Justicia y del Derecho*” Subsección 2. Comités de Conciliación Artículo 2.2.4.3.1.2.6. Comité de Conciliación.
 - NTC ISO 9001:2015 Numeral 7.5 Información Documentada
4. No se evidencia informe sobre los procesos en los cuales se realizaron actuaciones judiciales, donde se evidencia trazabilidad en el sistema e-koqui presentados por el Abogado Externo, y revisando los expedientes de manera aleatoria de los procesos judiciales, se encuentran parcialmente documentados en carpetas físicas.

Evidencia: En entrevista con funcionario de la Dirección Jurídica, se requirió los informes correspondientes a los procesos, en los cuales se realizaron actuaciones judiciales, los cuales no fueron presentados en su totalidad y donde se evidencia que no se anexo al mismo, impresión de captura de pantalla del registro realizado al sistema e-koqui, no dando cumplimiento al Procedimiento Defensa Judicial A-GN-P07 actividad No 16.

En revisión documental, se evidencia que, en el proceso No. 1500133330112210003300, no cuenta con las actuaciones judiciales que deben ser parte integral del expediente físico establecido en el procedimiento, y donde se evidencia que no se está dando cumplimiento al Procedimiento Defensa Judicial A-GN-P07 actividad No 20.

Incumplimiento: NTC ISO 9001:2015 Numeral 7.5.3 Información Documentada, Procedimiento Defensa Judicial A-GN-P07 Actividad No. 16 y 20.

Relación de oportunidades de mejora

1. Se recomienda realizar el análisis del indicador actual, en el que se pueda cuantificar la efectividad relacionada con las actividades registradas en los procedimientos de la dirección jurídica.
2. Se recomienda subir al Sistema de Gestión Documental de la Dirección Jurídica, los documentos pertinentes a fin de realizar el registro y la trazabilidad de las solicitudes radicadas en dicha dirección.

19. GESTIÓN ELECTORAL, DOCUMENTAL Y DE PETICIONES

Fortalezas:

- Se resalta el compromiso de cada uno de los integrantes del proceso Gestión Electoral Documental y de Peticiones para atender la auditoria, se evidencia compromiso y responsabilidad en la gestión del proceso, es clara la apropiación frente al sistema integrado de gestión, lo que permite evidenciar resultados positivos con cada uno de los procedimientos.
- En el proceso se da a conocer que se realizan reuniones trimestrales para verificar que las respuestas dadas a los usuarios si son acordes y cumplen con lo solicitado.
- Se realizó campaña de preguntas frecuentes, dando a conocer a toda la comunidad universitaria las preguntas que más se realizan a la oficina de quejas y reclamos, con su respectiva respuesta.

Relación de hallazgos (No conformidades)

1. No se realiza la solicitud de elementos de protección personal, según formato P-DS-P12-F04.

Evidencia: Solicitudes por correo electrónico a SIG de fechas 15 de mayo y 06 de septiembre de 2023.

Incumplimiento: Procedimiento: selección, uso, mantenimiento, reposición y disposición final de EPP Código: P-DS-P12 ítem 2. LIDERES DE PROCESO, JEFES DE DEPARTAMENTO, DIRECTORES, DECANOS Y DIRECTORES DE ESCUELA Realiza. solicitud de elementos de protección personal, de acuerdo con los funcionarios a cargo, diligenciando el formato P-DS-P12-F04. Posteriormente se envía al proceso direccionamiento de SIG, para la respectiva consolidación.

2. No se cuenta con controles eficientes que garanticen la oportuna transferencia documental por parte de las diferentes dependencias y/o procesos de la Universidad.

Evidencia: En entrevista con la jefe del departamento de archivo manifiesta que no se cuenta con suficiente espacio para recibir la transferencia del departamento de tesorería de la Universidad. Además, Información presentada por la jefe de Archivo en relación a las áreas que a la fecha han cumplido con la transferencia según circular 023 de 2023, en donde solo 20 dependencias han cumplido con la transferencia para la vigencia 2023.

Incumplimiento: Procedimiento transferencia documental A-ED-P02, circular 023 de 2023.

3. Se evidencia desconocimiento de las Políticas de Calidad y objetivos.

Evidencia: Entrevista a los funcionarios del proceso

Incumplimiento: Numeral 7.3. Toma de conciencia de la norma ISO 9001:2015

4. No se encontró asociados a ningún procedimiento el formato A-RI-P03-F01 PROGRAMA CONVOCATORIA ELECCIONARIA, ya que al hacer la revisión del procedimiento A-RI-P03, Eleccionario institucional, no se encuentra asociado a ninguna actividad, pero si se encuentra activo en el sistema de Mapa de Procesos, cabe aclarar que este procedimiento fue modificado hace un año.

Evidencia: formato A-ED-P03-F01 PROGRAMA CONVOCATORIA ELECCIONARIA, versión 1 fecha 27/01/2012 y procedimiento A-RI-P03, Eleccionario institucional, versión 6 fecha 01/10/2022.

Incumplimiento: Numeral 4.4 de ISO 9001- 2015. Sistema de Gestión de Calidad y sus Procesos y el numeral 7.5.2 Creación y actualización, literal c.

5. El proceso no garantiza la actualización del procedimiento P-ED-P04 SISTEMA DE QUEJAS, RECLAMOS Y SUGERENCIAS

Evidencia: Al revisar el procedimiento P-ED-P04 SISTEMA DE QUEJAS, RECLAMOS Y SUGERENCIAS versión 22 del 31/07/2023, no se evidencia la actividad o responsable en donde se apliquen los siguientes formatos: A-ED-P04-F08, GESTIÓN TRIMESTRAL DE REQUERIMIENTOS, versión 3 de fecha 12/04/2016, A-ED-P04-F16, NOTIFICACION POR AVISO DE ACTOS ADMINISTRATIVOS QUE DEFINEN SITUACIONES PARTICULARES versión 2 de fecha 19/01/2015 y A-ED-P04-F17 PUBLICACIÓN DE AVISO versión 1 de fecha 09/11/2013

Incumplimiento: Numeral 4.4 de ISO 9001- 2015. Sistema de Gestión de Calidad y sus Procesos, y el numeral 7.5.2 en el cual define “Al crear y actualizar la información documentada, la organización debe asegurarse...”

6. El proceso no garantiza la actualización y creación de la documentación.

Evidencia: Se revisó el procedimiento A-ED-P03, Eleccionario institucional, versión 6 fecha 01/10/2022. En donde en su actividad No 2 dice “proyecta resolución de convocatoria y tramita ante rectoría para firma, formato A-ED-P03-F02” al revisar el formato diligenciado se evidencia que este tiene versión 1(Resolución 4475 del 4 de septiembre de 2023), y en el sistema el mismo formato esta actualizado con una versión 2, del 4 de diciembre de 2015, es decir hace 8 años no se revisa la información contenida en el mapa de procesos institucional.

Incumplimiento: Numeral 4.4 de ISO 9001- 2015. Sistema de Gestión de Calidad y sus Procesos y el numeral 7.5.2 Creación y actualización, literal c.

7. Desconocimiento del procedimiento A-ED-P01 Control de Registro.

Evidencia: al revisar el procedimiento A-ED-P01 en generalidades en el punto 3.1.3 dice “el líder de cada proceso asigna a un servidor público la responsabilidad de la protección de los registros” al preguntar a la líder del proceso y a la jefe de archivo y correspondencia, no tenían conocimiento de cómo se solicitaba a los líderes hacer la asignación o como llevar un control de la responsabilidad de los registros. además, no se tenía claro quién era el responsable de realizar las actividades descritas en este procedimiento.

Incumplimiento: Numeral 5.3 de ISO 9001- 2015. Roles y responsabilidades de la organización.

Relación de oportunidades de mejora

1. Socializar las generalidades del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo, con el fin identificar claramente los riesgos con sus respectivos controles y conocer claramente los roles y responsabilidades de los servidores públicos y comités.
2. Diseñar un documento, en donde se establezcan las directrices que se deben tener en cuenta para evitar la duplicidad en el archivo, estableciendo las áreas encargadas de conservar los documentos e incluir en las TRD los documentos que deben ser archivados por mínimo 20 años, según decreto 1072 de 2015.
3. Al realizar el registro de modificaciones en los documentos del mapa de procesos es necesario que este registro explique claramente que parte del documento se modificó para llevar una trazabilidad, en el formato A-RI-P03-F02 el registro de modificaciones dice “se cambia formato para actualizar información”
4. Se recomienda hacer una revisión del indicador actual con el fin de poder generar una información general del proceso.
5. Se recomienda hacer una socialización de la matriz de Riesgos Operativos del proceso, para todos los integrantes del proceso.
6. Se recomienda adoptar el procedimiento e instructivo de voto electrónico que se encuentra en el proceso de Gestión de Recursos Informáticos, ya que, desde el proceso de gestión electoral, documental y de peticiones se realiza esta actividad y para evitar duplicidad de información en los sistemas de la Universidad.

20. GESTIÓN DE SUPERVISIÓN Y CONTROL

Fortalezas:

- La dependencia de Supervisión y Control ha demostrado eficacia en la identificación de áreas de mejora y cumplimiento de los estándares de calidad, ambientales y de seguridad y salud en el trabajo.
- Su experiencia y conocimiento en la materia le permite implementar acciones correctivas y preventivas de manera eficiente.
- Cuenta con un equipo capacitado y comprometido, respaldado por la líder del proceso, quienes participaron activamente en la auditoría.

Relación de hallazgos (No conformidades)

No se identificaron hallazgos en el desarrollo de la auditoría

Relación de oportunidades de mejora

1. Solicitar el apoyo al SIG, al área encargada de SST, para la revisión de las fichas de seguridad de los productos de sustancias químicas que se manejan en las obras.
2. Realizar verificación de los registros de entrega de los elementos de protección personal vigentes de todos los trabajadores que estén realizando trabajos en obra, y hacer cumplir el uso adecuado de los EPP durante la ejecución de la obra.
3. Se recomienda tener un control más amplio sobre la generación, almacenamiento y disposición de los RCD Residuos de Construcción y Demolición de cada proyecto que se ejecute al interior de la Universidad, para dar cumplimiento a las políticas ambientales y al SG Ambiental.

21. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN

Fortalezas:

- Se resalta el compromiso del líder y de la gestora del proceso, así como de su equipo de trabajo para atender la auditoría y aprovechar la oportunidad para hacer un autodiagnóstico de la gestión realizada en el periodo auditado.
- El esfuerzo del equipo de trabajo por actualizar los documentos del proceso.
- Se destaca la tarea del gestor del proceso por mantener a su equipo informado sobre las políticas y objetivos del SIG, el marco de referencia y demás requisitos asociados al proceso, mediante la elaboración de un cuestionario como preparación para atender la auditoría.
- El apoyo con los elementos necesarios para llevar a cabo la entrevista en óptimas condiciones.
- El orden del equipo de trabajo en el desarrollo de las funciones encomendadas apoyados con la implementación de recursos tecnológicos físicos y digitales.
- Adopción de herramientas tecnológicas que aportan al nivel de maduración del proceso (SIPRO) y que a su vez contribuye al cuidado del medio ambiente.
- Cuidado y preservación de los elementos físicos y de las áreas de trabajo, así como las medidas adoptadas con el apoyo del SIG para el cuidado de la salud de los funcionarios de la dependencia.

Relación de hallazgos (No conformidades)

1. El proceso de contratación cuenta con el "Manual de Contratación" A-GC-M01 versión 6 del 03/08/2023 publicado en el mapa de procesos del SIG de la UPTC. El objetivo de este documento apunta a su uso por servidores públicos, entes de control y ciudadanía en general durante las diferentes etapas contractuales, sin embargo, no existe registro de su divulgación a las partes allí mencionadas.

Evidencia: revisión documental y entrevista con funcionarios del proceso.

Incumplimiento: Se presenta no conformidad de acuerdo a los requisitos de comunicación establecidos en el numeral 7.4 de la NTC ISO 9001:2015, 7.4.2 y 7.4.3 de la NTC ISO 14001:2015 y 7.4.2 y 7.4.3 de la NTC ISO 45001:2018 respectivamente.

2. El procedimiento A-GC-P08 “Elaboración y Legalización de Contratos” versión 3 del 18/09/2020 define que la elaboración de los contratos está a cargo de la dirección jurídica y se observa que para cuantías menores a 120 SMMLV no se define al responsable de la elaboración del contrato.

Evidencia: En la entrevista fue presentada la minuta del contrato 96 de 2023 observando que su elaboración se realizó por funcionario del departamento de contratación.

Incumplimiento: numeral 7.2 de la NTC ISO 9001:2015. Por otra parte, las actividades 1, 2 y 3 del procedimiento A-GC-P08 indican la siguiente secuencia: Suscribe el contrato – Diligencia acta de adjudicación – elabora el contrato sin guardar una secuencia lógica, la secuencia correcta es adjudicar – elaborar - suscribir.

3. Verificando el cumplimiento de los establecido en el procedimiento Prestación de Servicios Personales código A-GC-P09 actividad 13 donde el *“supervisor de contrato solicita al Sistema Integrado de Gestión - SIG inducción para los nuevos funcionarios de su dependencia, vinculados por Orden de Prestación de Servicios; envía listado que incluya Nombre, número de cédula y correo electrónico.*

El contratista debe realizar la inducción a través de curso virtual, el SIG inscribe a los contratistas en la plataforma y les informa a través del correo electrónico enviado para la inscripción.

El supervisor de contrato será el encargado de verificar el cumplimiento, antes del inicio de labores” no se da cumplimiento a lo anteriormente citado.

Evidencia: Se solicita el certificado de dos funcionarios por OPS, quienes no conocían la obligación de esta inducción y no la realizaron, incumpliendo la circular 029 del 31 de mayo del 2023 Obligaciones del empleador, servidores públicos, trabajadores y contratistas frente al Sistema de Seguridad y Salud en el trabajo.

Incumplimiento: actividad 13 del procedimiento Prestación de Servicios Personales código A-GC-P09.

Relación de oportunidades de mejora

1. El “Manual de Contratación” A-GC-M01 versión 6 del 03/08/2023 publicado en el mapa de procesos del SIG de la UPTC incluye el “CAPITULO II. SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN” en donde se menciona a la Unidad de Interventoría, dependencia que no hace parte de la estructura administrativa de la institución, se recomienda actualizar a la denominación actual Departamento de Supervisión y Control acogiendo al Acuerdo 001 de 2018 que determina la estructura orgánica de la UPTC.

22. EVALUACIÓN INDEPENDIENTE

Fortalezas:

- Oportunidad, compromiso, respeto y disposición para la atención de la auditoría por parte del proceso Evaluación Independiente.
- Amplio conocimiento del Manual Integrado de Gestión y de los documentos controlados del proceso Evaluación Independiente.
- Se observa un manejo organizado y diligente en los formatos que hacen parte de los procedimientos del proceso Evaluación Independiente.
- El proceso Evaluación Independiente determina y proporciona los recursos necesarios para el establecimiento, implementación, mantenimiento y mejora continua en el sistema de gestión de la calidad, considerando el recurso humano como factor importante para la operación del proceso.
- Se evidenció la mejora en los procesos de seguimiento y acompañamiento a las actividades de los diferentes procesos que integran el Sistema de Gestión Integrado.
- El proceso Evaluación Independiente cuenta con un programa de auditorías anual muy organizado, que sirve de fuente para los diferentes planes de auditoría al Sistema Integrado de Gestión.

Relación de hallazgos (No conformidades)

No se evidenciaron incumplimientos.

Relación de oportunidades de mejora

- 1 Se recomienda que todo el equipo de trabajo del proceso Evaluación Independiente conozca los ROLES formulados en el procedimiento V-EI-P03, en atención a que como se evidenció, estos definen el quehacer del proceso.

OBSERVACIÓN GENERAL

En desarrollo del trabajo de campo de la auditoría, en algunos procesos se identificó no conformidades, que por su naturaleza corresponde a otro proceso, por lo que fue necesario direccionar el hallazgo al proceso correspondiente para que se genere la acción correctiva o de mejora para subsanarlo.

CONCLUSIONES

Una vez ejecutada la auditoria al Sistema Integrado de Gestión de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia vigencia 2023, se puede concluir que:

1. Como resultado de la auditoría al Sistema Integrado de Gestión 2023, se evidenciaron **39 no conformidades** y **68 oportunidades de mejora**. Esto demuestra que los planes de mejoramiento suscritos e implementados para subsanar los hallazgos de la vigencia 2022 fueron eficaces, teniendo en cuenta que para la vigencia 2022 se establecieron 60 no conformidades y 115 oportunidades de mejora. Igualmente, los líderes de proceso y su equipo de trabajo son conscientes de la importancia de la formulación de acciones de mejora frente a sus procedimientos, que coadyuven al mejoramiento continuo del Sistema Integrado de Gestión.
2. En cuanto al talento humano, se destaca la receptividad en este proceso de evaluación de los líderes de proceso y sus equipos de trabajo, en la atención oportuna a los equipos auditores, respondiendo con diligencia a cada uno de los requerimientos solicitados, atendiendo las diferentes entrevistas, particularmente el desarrollo de la auditoria, evidenció el compromiso de los líderes, pues de manera general fueron ellos los que atendieron las diferentes entrevistas, lo cual demuestra liderazgo, conocimiento del área, el saber de cada uno de los roles y responsabilidades dentro de su proceso, en tener conocimiento de sus procedimientos, esto hace más fácil una auditoria, en el entendido de aceptar la importancia de estar continuamente mejorando.
3. De manera general, la universidad cuenta con equipos de trabajo comprometidos en el desarrollo de las actividades cotidianas, se logró evidencias en algunos procesos que la auditoria fue recibida por todo el equipo y el talento humano que hace parte del proceso.
4. Se cuenta con una base de auditores internos formados y capacitados en las Normas Técnicas de Calidad, Ambiental y Seguridad y Salud en el Trabajo, que permitió el desarrollo de la auditoria al Sistema Integrado de Gestión conforme al Programa Anual de Auditoría.
5. Se tiene procedimientos documentados con roles y responsabilidades claras, con puntos de control definidos y que se están actualizando periódicamente de acuerdo a las dinámicas de cada proceso, lo que demuestra coherencia entre lo documentado y las modificaciones normativas.
6. Es importante gestionar los recursos financieros, para dar cumplimiento a las necesidades de las diferentes áreas en cuanto a mantenimiento de planta física, mantenimiento de equipos de laboratorio y personal profesional de apoyo para los procesos que lo requieran.
7. Es necesario reforzar la capacitación y verificar la interiorización de la política y objetivos del Sistema Integrado de Gestión, la preparación y respuesta ante emergencias en Seguridad y Salud en el Trabajo y Gestión ambiental y los roles y responsabilidades de cada proceso.
8. Es importante tomar como referencia las experiencias positivas y que son éxito en cada sede y/o seccional y hacerlas extensivas a las demás, para obtener mejores estándares de calidad

y una mayor productividad en las diferentes líneas de acción de bienestar. Así mismo, es fundamental que los líderes de cada proceso, participen y a su vez motiven a su equipo de trabajo para que hagan parte de las diferentes actividades que se generan y/o promocionan desde Bienestar Universitario, en pro de la salud física y psicológica de la comunidad universitaria.

Por lo anterior, se pudo establecer que el Sistema Integrado de Gestión esta acorde a los requerimientos de las normas en las cuales está certificada la universidad, por lo tanto, es:

Conveniente: que es beneficioso, útil, o conforme o de acuerdo para un fin.

Adecuado: que se ajusta a ciertas condiciones o circunstancias.

Eficaz: que produce el efecto esperado.

Conveniente: en razón a que es útil y permite estandarizar las actividades que se realizan en cada proceso de la universidad, para facilitar el trabajo de los funcionarios en las diferentes áreas.

Es **Adecuado**, sin embargo, es necesario adelantar actividades de actualización y capacitación a todos los funcionarios, en cuanto a marco legal aplicable, políticas, procesos, procedimientos, formatos, guías y demás documentación del Sistema, y contar con un acompañamiento permanente del proceso Dirección del SIG.

Es **Eficaz**, al lograr que los procedimientos se puedan desarrollar de una manera estandarizada, buscando ejecutar las actividades con eficiencia y celeridad acorde a los cambios y retos institucionales, logrando así fortalecer el Sistema y cumplir con los resultados previstos por la Institución.

Los procesos que presentaron No conformidades y oportunidades de mejora, deberán suscribir los planes de mejoramiento respectivos, dentro de los cinco (05) días hábiles a partir del recibo del informe de auditoría, conforme al procedimiento de auditoría interna, con el fin de generar acciones que permitan subsanar efectivamente las deficiencias encontradas en el desarrollo de la auditoría.

Atentamente,



CLAUDIA RUBIELA BÁEZ SORA
Directora de Control Interno- Líder auditoría

Reviso y aprobó: Dra. Claudia Rubiela Báez Sora.
Proyecto: CVS/ZYMC/CDL.