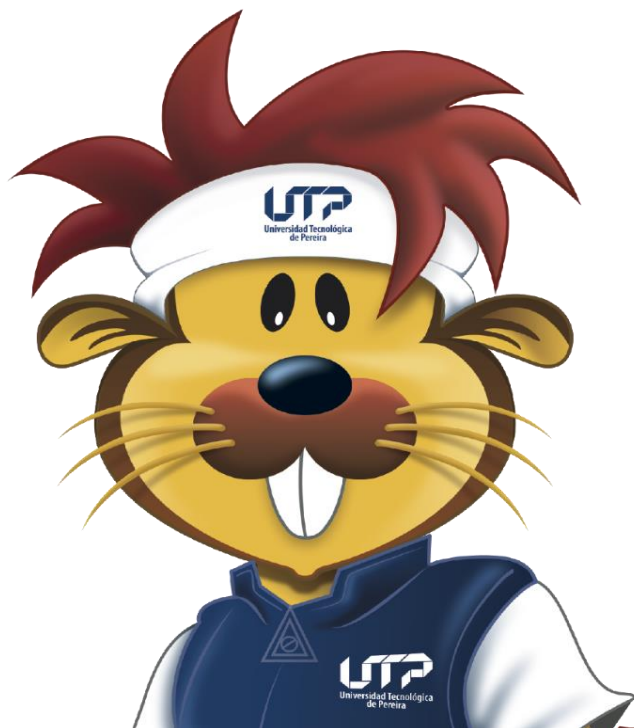


AÑO 2019

# INFORME GENERAL DE AUDITORÍAS INTERNAS SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN



## Introducción

Con el propósito de evaluar la eficacia del Sistema Integral de Gestión de la Universidad Tecnológica de Pereira y continuar con el mejoramiento continuo, se realizó el ciclo de auditorías internas conforme a lo propuesto para el año 2019, tomando como lineamientos las normas NTC-ISO 9001:2015, Decreto 1072:2015, NTC-ISO/IEC 17025:2017, NTC-ISO 27001:2013, los procedimientos internos definidos por la Universidad y los requerimientos legales aplicables, para lo cual se contó con el compromiso del equipo de auditores internos quienes muy profesionalmente estuvieron realizando las diferentes auditorías, así como el compromiso y liderazgo de todos los auditados. Se tuvo un cumplimiento total del programa de auditoría interna.

El presente informe refleja los resultados obtenidos durante el ejercicio como fortalezas, oportunidades de mejora y aspectos catalogados como no conformes.

### Objetivo

El programa de auditoría en términos de calidad se centró en evaluar el cumplimiento de los requisitos de cada una de las normas, la capacidad del personal auditado para determinar sus partes interesadas, su contexto, los riesgos y la identificación de acciones para tratarlos, para el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo se verifica el cumplimiento conforme al Decreto, para los Organismos Evaluadores de la Conformidad se busca contribuir a la mejora del sistema con base a los requisitos de la norma, y con relación al Sistema de Gestión de Seguridad de la información se evalúa la capacidad de los controles de seguridad establecidos con el fin de proteger los activos de información.

### Alcance:

Se establece de acuerdo al mapa de procesos de la Universidad Tecnológica de Pereira, los métodos de ensayo y magnitudes acreditadas para el caso particular de los Laboratorios. Los requisitos a auditar de cada una de las normas se establecieron en los programas de auditoría interna correspondientes.

### Documentos de referencia:

Los documentos de referencia fueron las NTC-ISO 9001:2015, Decreto 1072, NTC-ISO/IEC 17025:2017, NTC-ISO 27001:2013, los manuales internos código: SGC-MC-001 SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD - MANUAL DE CALIDAD ISO 9001:2015, código: SGC-MC-002 MANUAL DE CALIDAD 17025, código: 1313-MGD-01 SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN - MANUAL GENERAL DE DIRECTRICES y el procedimiento de auditorías internas código SIG-PRO-007 Auditorías internas y externas para la revisión de procesos y OEC.

Además, se revisó la normatividad legal aplicable a la Universidad, las políticas y procedimientos internos aplicables a cada dependencia a auditar.



Se verificó previamente la independencia de los auditores con el área a auditar con el fin de que no auditasen su propio trabajo. La selección de los auditores y la realización de las auditorías aseguró la objetividad e imparcialidad del proceso de auditoría interna.

Se tomó en consideración el estado y la importancia de las dependencias, cambios que afecten a la Universidad, los resultados de auditorías previas, los documentos del sistema de gestión, y para los OEC las actividades de ensayo y calibración y criterio del número de ensayos a testificar.

## Resultados Auditoría Interna ISO 9001:2015

A continuación, se hace referencia al total de aspectos No Conformes y Oportunidades de Mejora identificadas durante el ejercicio por requisito de norma, encontrando que los requisitos dónde se concentraron los aspectos por mejorar fueron: #6. Planificación, #7. Apoyo, #9. Evaluación de Desempeño y #10. Mejora.

CUADRO RESUMEN		
REQUISITO	NC	OM
4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN	0	4
5. LIDERAZGO	0	2
6. PLANIFICACION	1	8
7. APOYO	0	13
8. OPERACIÓN	0	3
9. EVALUACION DEL DESEMPEÑO	2	5
10. MEJORA	3	9
	6	44

Puntualmente los 6 aspectos No Conformes se identificaron en los siguientes ítems de la norma:

Requisito	No Conformidad
10. Mejora	1
9.1 Seguimiento medición análisis y mejora	1
10.2 No conformidad y acción correctiva	1
9.2.2 Auditoría interna	1
6.1.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades	2



## Fortalezas ISO 9001:2015

### Admisiones, Registro y Control Académico

- Reconocimiento del contexto de sus procesos y partes interesadas.
- Conocimiento de los riesgos y seguimiento a los controles establecidos.
- Herramientas de gestión (Planificación, organización y seguimiento del trabajo) tales como: Tablero de mando y hojas de ruta de memorandos y correspondencia.
- Identificación de acciones de mejora y las actividades para llevarlas a cabo.

### Biblioteca e Información Científica

- La dependencia cuenta con personal comprometido, es notorio el enfoque al cliente de todos sus colaboradores. Es de resaltar la buena práctica que tiene al interior del área en la cual publican la política de calidad en una cartelera con información de interés para los colaboradores.
- Conocimiento de los procesos del área por parte de los integrantes del equipo.

### Comunicaciones – Rectoría

- Se evidencia la implementación de mejoras en Comunicaciones en cuanto a la emisora y en campús informa.

### Control Interno Disciplinario

- Alto conocimiento de los procedimientos, formatos y documentación relacionada.
- Personal competente.
- Alta disposición y apertura para recibir la auditoría.
- Adecuada organización de la documentación y de los registros asociados generando un ambiente de confianza y de agilidad para realizar la auditoría.
- Compromiso con la mejora continua.

### Control Interno

- Al contar con una página de control interno dónde se evidencia la programación, los planes y los informes permite establecer para la institución transparencia en la función de control interno.
- El conocimiento por parte del equipo de trabajo de la caracterización del proceso, el mapa de riesgos del proceso, partes interesadas hace que la información actualizada y los cambios efectuados se realicen con el propósito del mejoramiento continuo.

CRIE



- Contar con un liderazgo que se centra en los fines de la organización manteniendo su carácter humanista y la búsqueda de oportunidades para el cumplimiento de la Misión, el desarrollo Colectivo y el Desarrollo Individual de los integrantes del equipo.
- El equipo muestra disposición a la mejora continua, organización, respeto, profesionalismo y compromiso, lo cual se identifica en las acciones de mejora desarrolladas y en la actitud hacia la búsqueda de mejores resultados en el desarrollo de sus procedimientos y actividades, lo que se ve reflejado en los impactos de su labor.
- El equipo mediante su funcionamiento articulado genera innovación permanente en la administración de los recursos que están a su cargo, promoviendo el progreso de toda la organización porque se trata de un proceso de apoyo que es vital para el mantenimiento y desarrollo de la misma.
- Es evidente la capacidad técnica del talento humano y el reconocimiento del contexto la cual soporta procesos neurálgicos para el funcionamiento de la organización desde la administración, la academia y la investigación que presenta un alto nivel de complejidad y de cobertura.

#### **Egresados - Vicerrectoría Académica**

- Se evidencia conocimiento por parte del personal auditado, proporcionando en la auditoría la contextualización y respuesta oportuna en cada punto evaluado.
- Están en constante mejora continua, de acuerdo a las necesidades identificadas para la prestación de los servicios y las herramientas de trabajo.
- Se resalta las mejoras de la infraestructura, en lo relacionado con la distribución de puestos de trabajo, permitiendo tener un ambiente de trabajo más agradable para el desarrollo de sus funciones.

#### **Facultad de Ingeniería Mecánica**

- Conocimiento del Sistema de gestión de calidad, los procesos a los que pertenece la facultad y sus partes interesadas.
- Reconocimiento de los riesgos y acciones para llevar a cabo los controles.
- Acciones para el mejoramiento de su gestión, tales como elaboración de encuesta para el conocimiento de las necesidades de cada uno de los docentes.

#### **Facultad de Bellas Artes y Humanidades**

- Organización documental para realizar trazabilidad a los procesos y procedimientos.
- Disposición y conocimiento de los funcionarios de los procesos, procedimientos y trámites dentro de la facultad.
- Dentro de la planeación de actividades y temas pendientes se tiene tablero dónde se indica pendiente-en trámite-hechos para identificar prioridades.

#### **Facultad de Ciencias Agrarias y Agroindustria**



- Se percibe y se evidencia el empoderamiento del decano con todos los temas relacionados con el Sistema Integral de Gestión.
- La planeación que se tiene de la facultad y la proyección de la misma hace que sus funcionarios estén comprometidos y dispuestos a desarrollar su trabajo con calidad.
- Los convenios actuales de la facultad con Universidades de otros países permitirán a los estudiantes y egresados una muy buena proyección en su vida laboral.

#### **Facultad de Ciencias Ambientales**

- Organización documental para realizar trazabilidad a los procesos y procedimientos
- Disposición y conocimiento de los funcionarios en cuanto a los procesos, procedimientos y trámites dentro de la facultad, conocimiento pleno del Sistema Integral de Gestión por parte del decano.
- Mejoramiento en la infraestructura de la facultad: modernización de baños- embellecimiento de la facultad- salones con medios audiovisuales- renovación de sala de profesores- sala para catedrático- renovación área estudio para estudiantes- renovación laboratorios de docencia- zona de bodega.

#### **Facultad de Ciencias Básicas**

- Conocimiento de sus partes interesadas y del contexto, así como enfoque al estudiante, evidenciando un compromiso tanto en su proceso de formación académica como humana.
- Se resalta el compromiso por parte del equipo de facultad hacia el mejoramiento de sus procesos y organización de su área.

#### **Facultad de Ciencias de la Educación**

- Se evidencia un proceso eficaz en su parte misional, que puede mejorar en cuanto a la interiorización del sistema de gestión de calidad.

#### **Facultad de Ciencias de la Salud**

- El equipo Directivo de la Facultad tiene gran compromiso y capacidad para el fortalecimiento de los procesos que adelantan.
- Se ha avanzado en el ejercicio detallado de caracterización y sistematización de todas las actividades de la Facultad, lo cual sirve de insumo para la actualización del Sistema Integral de Gestión.
- Se identificó en el equipo claridad en los roles, sentido de pertenencia, responsabilidad y empoderamiento por parte del cuerpo administrativo.
- Se ejerce un ejercicio de liderazgo que genera orden, motivación y capacidad técnica con sentido humano; las tareas son delegadas y el liderazgo se concentra en acciones de orden estratégico, comunicacional, de gestión y de organización.



### **Facultad Ciencias Empresariales**

- Se evidencia un proceso fortalecido, debidamente documentado, cuya trazabilidad puede evidenciar todas las etapas del diseño y desarrollo.
- Se evidencia un personal comprometido y bastante conocedor del proceso.

### **Facultad de ingenierías**

- Se evidencia compromiso e interés al conocer el impacto de la Facultad en el SG
- Se evidencia el conocimiento y dominio del tema del sistema integral de gestión por parte del equipo de trabajo
- Se resalta la Acreditación Internacional de Alta Calidad en 3 programas académicos (Maestría en Ingeniería Eléctrica, Ingeniería de sistemas de computación y pregrado en Ingeniería Eléctrica) abarcando el alcance de profesores, estudiantes, contenido de asignaturas y de programas.

### **Facultad de Tecnologías**

- Se evidencia un personal totalmente comprometido con las actividades y metas del proceso. Su líder, particularmente, conoce claramente los roles y las responsabilidades del talento humano con el que cuenta y orienta todos sus esfuerzos en la consecución de los objetivos planteados.
- Se encuentran las evidencias con rapidez y fácil acceso, se cumple el ciclo PHVA y se evidencia capacidad para conseguir las metas trazadas.

### **Gestión de Documentos**

- Al momento de la auditoría todos los funcionarios se encontraban dispuestos para la realización de ésta, lo que facilitó el ejercicio, adicionalmente se evidencia compromiso por parte del jefe del proceso y se resalta que se encuentren en actualización algunos procedimientos y formatos
- Una fortaleza para la dependencia es el orden, organización documental y empoderamiento de los funcionarios. Así como la articulación del personal en los diferentes procesos de la dependencia.
- Se resalta el impacto e importancia del proceso para la institución.
- Se evidencia la articulación y gestión con otras dependencias para atender y solucionar las necesidades de infraestructura que faciliten y garanticen la prestación del servicio.
- Se resalta que se realizan Procesos de mejoramiento continuo en todas las acciones, lo que refleja la mejora de los procesos y resultados.

### **Gestión de Servicios Institucionales**

- Es un proceso que tiene la responsabilidad de todo el servicio de infraestructura, servicio básico que requiere una comunidad universitaria y la parte logística.
- Quienes lideran el proceso conocen independiente de las actividades están de la mano con el S.G.C.



- Cuentan con varios líderes en el proceso, pero están comprometidos alguno de ellos tiene formación como Auditores internos S.G.C.
- Además, tienen muy bien definido el mapa de riesgos y su seguimiento que les permite tomar acciones de retro alimentación y prevención y corrección en los procesos.
- Con relación al liderazgo se logró que los vigilantes descansan los días sábados y tomen y las rotaciones de turno cada dos días. Las vacaciones colectivas esto se dio mediante un acto administrativo.
- Está en construcción un manual de bienes de inventario en acompañamiento de oficina jurídica y control interno.
- Se encuentra actualizado el formato de registro de vehículos diarios.
- Se tiene Formato de evaluación de proveedores externos se va registrar ante el S.G.C

### **Gestión Financiera**

- Se resalta la disposición y compromiso del equipo de trabajo de la para la atención de la auditoria interna, así como para el desarrollo de cada una de las actividades propias de los procesos a su cargo, lo que facilitó el desarrollo de la auditoría, logrando contextualización del equipo auditor y presentación de evidencias en cada uno de los temas abordados.
- Se evidencia competencia y empoderamiento del personal auditado con respecto a los procesos que tienen bajo su responsabilidad.
- Se ha implementado una buena práctica en los diferentes procesos internos de la dependencia, en cuanto a la transferencia del conocimiento entre los diferentes colaboradores, a fin de proporcionar apoyo en el momento de mayor volumen de actividades de la dependencia, ausencia o retiro de alguna de las personas de la dependencia.

### **Gestión del Talento Humano**

- La organización de los funcionarios con la información y las mejoras implementadas en los procesos.
- Clara definición de los procesos dentro del área y reconocimiento por parte de los funcionarios.

### **Gestión de Tecnologías Informáticas y Sistemas de Información**

- Líder comprometida con la organización, los procesos y las personas de su dependencia, lo que se percibe en sus resultados y ambiente laboral.
- Disposición de todo el equipo de trabajo por llevar a cabo sus labores de la mejor manera y buscando el camino de mejorar en los aspectos débiles o falencias que se puedan presentar.
- Gran capacidad técnica en el equipo de trabajo, algo primordial para este proceso que es transversal y crítico para la organización.





### **Jurídica**

- Equipo comprometido, donde la Líder no solo delega, sino que también se involucra con el proceso y realiza las mismas actividades.
- El equipo tiene una buena distribución de las tareas pensadas en brindar un buen servicio a sus usuarios y las cuales han divulgado.

### **Laboratorio de Genética Médica**

- Es un proceso muy organizado aporta mucho desde lo científico, el proceso es muy organizado desde su liderazgo como el compromiso del todo el personal administrativo, técnico y profesionales.

### **Planeación**

- Liderazgo por parte del jefe y de los profesionales que coordinan.
- Personal comprometido con el desarrollo de los procedimientos con calidad y el mejoramiento continuo.
- Planeación, seguimiento y control en todas las actividades realizadas.
- Plan de acción de oportunidades de mejoras identificadas, las cuales son analizadas y ejecutadas, permitiendo disminución de reprocesos y de hallazgos u observaciones por parte de entes de control.
- Plan de comunicación definido, que permite dar a conocer y socializar todos sus procedimientos y trámites.
- Revisión y análisis de información del contexto.

### **Rectoría**

- Procesos de planeación articulados (PDI – Plan de gobierno – PEI – Acreditación de programas académicos).
- Seguimiento permanente a los procesos a través de los indicadores establecidos en el PDI.
- Generación de espacios de articulación y relacionamiento con los interesados (docentes, estudiantes, administrativos y sector externo)
- Compromiso por parte del rector con el sistema de gestión de la institución, lo que permite y dinamiza el proceso de mejoramiento continuo.
- Oportunidades externas identificadas y gestionadas.

### **Relaciones Internacionales**

- Al momento de la auditoría todos los funcionarios se encontraban dispuestos para la realización de ésta, lo que facilitó el ejercicio, adicionalmente se evidencia compromiso por parte del jefe del proceso.
- Una fortaleza para la dependencia es el orden, organización documental y empoderamiento de los funcionarios.



- Se resalta el impacto e importancia del proceso para la institución.
- Se evidencia la articulación y gestión con otras dependencias para el cumplimiento del objetivo “Internacionalización”.
- Se resalta que se realizan Procesos de mejoramiento continuo en todas las acciones, lo que refleja la mejora de los procesos y resultados.

#### **Secretaría General**

- Compromiso por parte de los auditados para la atención de la auditoría interna, se mostraron con un alto compromiso y una excelente actitud durante el desarrollo de la auditoría interna.
- Se resalta de la auditoría el conocimiento, dominio, objetividad y organización de la información suministrada por parte de los auditados, facilitando la contextualización y respuesta oportuna en cada punto revisado en la auditoría.
- Es notable la búsqueda constante de mejorar los procesos internos de la dependencia.

#### **Sistema Integral de Gestión**

- El SIG maneja un buen sistema de información
- El personal que conforma el SIG es altamente capacitado
- El SIG cuenta con sistema organizado, maduro y robusto que permite el mejoramiento continuo de la organización
- Cuenta con un personal comprometido y abierto a los cambios
- El SIG cuenta con buena asignación de recursos para la realización de actividades de apoyo lo cual evidencia el compromiso de la alta dirección.

#### **Univirtual**

- El cambio constante en el diseño y en la búsqueda de mejores soluciones para los usuarios en sus estudios por medio de la educación virtual.

#### **Vicerrectoría Académica**

- Reconocimiento del contexto en el marco del proyecto educativo institucional – PEI.
- Conocimiento de las partes interesadas de sus procesos.
- Seguimiento a las acciones y controles para gestionar los riesgos identificados.

#### **Vicerrectoría Administrativa y Financiera**

- Se evidencia un personal conocedor de los procesos en los cuales interviene la Vicerrectoría administrativa y financiera, claramente ubican sus responsabilidades y sus roles dentro del sistema de gestión, se encuentran comprometidos con la mejora continua y propenden por el fortalecimiento del conocimiento y el afianzamiento de los recursos con los que cuentan.

#### **Vicerrectoría de Investigaciones, Innovación y Extensión**

- Se identificó en el equipo de la Vicerrectoría de Investigaciones, Innovación y Extensión gran claridad en los roles, con empoderamiento por parte de las profesionales responsables de cada



proceso, lo cual resulta del ejercicio de liderazgo que realiza la Señora Vicerrectora Líder del Proceso al delegar las tareas de nivel táctico y operativo generando en sus colaboradores confianza y respaldo, al tiempo que ella se dedica a adelantar acciones estratégicas como la gestión de recursos y la generación de alianzas para el fortalecimiento del proceso, además se observa en el equipo sentido de pertenencia, responsabilidad y competencias específicas para el manejo de sus roles y cargos. Durante la auditoria también se observó fluidez en la comunicación entre las profesionales que utilizaron elementos tecnológicos como las redes para cumplir con mayor eficiencia el desarrollo de sus tareas, se observa además el aprovechamiento de diversos recursos como la web, el diseño de cartillas e instructivos para mantener la comunicación y el direccionamiento de los grupos de investigación institucionales.

#### **Vicerrectoría de Responsabilidad Social y Bienestar Universitario**

- Los líderes de los procesos desarrollan sus actividades con entrega, profesionalismo y conocimiento del impacto que tiene su labor para la consecución de los objetivos de la VRSBU; así La dependencia cuenta con talento humano idóneo para el desarrollo de los procesos.
- La toma de decisiones basada en datos e información obtenida en tiempo real se constituye en una fortaleza para la dependencia que propende por cada vez dar respuesta más oportuna y efectiva a los usuarios.
- La gestión de recursos externos es notable, lo que denota un aprovechamiento de las oportunidades identificadas en el contexto de la organización para el logro de los objetivos institucionales.

### **Oportunidades de mejora ISO 9001:2015**

#### **Admisiones, Registro y Control Académico**

- Se evidencia la información que apoya los procesos, sin embargo, no se debe dejar espacios en el cuadro de tareas establecido en las actas institucionales, con el fin de realizar modificaciones posteriores a las firmas. (numeral 7.5.3.2. La información documentada conservada como evidencia de la conformidad debe protegerse contra modificaciones no intencionadas).

#### **Comunicaciones – Rectoría**

- Se evidencia que el plan operativo es el reflejo del objetivo de la Oficina de comunicaciones, sin embargo, es recomendable actualizar la caracterización del proceso para que muestre fielmente lo que se realiza internamente.
- Es necesario realizar gestión del conocimiento, que quede documentación dentro del sistema de gestión integral.



### Control Interno Disciplinario

- El personal de la dependencia no ha recibido la socialización de la Política de Calidad establecida en febrero 04 de 2019 y que se encuentra disponible en la página web de la Universidad. Sugerencia: Se debe solicitar a la Oficina de Calidad la socialización de la Política de Calidad, para todos los funcionarios de la dependencia de Control Interno Disciplinario.
- Se debe realizar una Proyección económica para las adecuaciones de infraestructura que deben realizarse antes del año 2020, para cumplir con los requerimientos establecidos en la Ley 1952 año 2019 Código General Disciplinario.

### CRIE

- RIESGO 2: INTRUSIÓN A EQUIPOS Y SERVICIOS DE RED. CONTROL.  
Se ha realizado un plan a tres años para la compra de los equipos y software necesario para realizar el control al riesgo, también se aborda con diferentes alternativas para minimización como la detección de ataques informáticos, sin embargo, mientras no se cuente con las tecnologías adecuadas, el riesgo sigue latente y puede tener efectos bastante negativos sobre la seguridad informática de la institución.

### Egresados - Vicerrectoría Académica

- Se cuenta con mapa de riesgo, se tiene identificado un riesgo y actualmente se tiene controlado. Durante la auditoría se habla del ejercicio realizado en el 2018 “Retos del PEI 2020 – 2018”, donde se obtuvo unos factores críticos, identificados por los Egresados, Estudiantes, Docentes, Administrativos, Empresarios, entre otros, con respecto a la oficina de egresados. De este ejercicio se desprenden las estrategias registradas en el archivo “Construcción Direccionamiento Estratégico Egresados” que se proyectan para mejorar dichos factores. Se recomienda actualizar el mapa de riesgos, con los insumos de “Retos PEI 2020 – 2028” y el archivo “Construcción Direccionamiento Estratégico Egresados”.

### Facultad de Ciencias Agrarias y Agroindustria

- Es conveniente una buena comunicación con el proceso de S.G.C para recibir las asesorías que permita tener una buena trazabilidad con el sistema ya que el programa tiene 2 años de construido y que cada día requiere estar más sincronizado con el sistema.
- Es importante evaluar la necesidad de personal docente y Administrativos con otra modalidad de contratación ya que todos son por orden de servicio. Docentes para programas de Investigación Extensión, Tener docentes puedan atender los 4 Programa de facultad, 2 tecnologías y a futuro Maestría y Doctorado como también se requiere una planta de personal Administrativa que pueda apoyar todas las necesidades de la Facultad.

### Facultad de Ciencias Básicas

- Riesgos: Se evidencia la identificación de los riesgos en el mapa de cada proceso:  
Docencia.
  - No renovación del registro calificado de un programa académico



- Incremento de la deserción estudiantil
- Bajo desempeño de los estudiantes en las pruebas Saber PRO

Extensión y Proyección social.

- Disminución de las actividades de extensión que la Facultad realiza

Administración institucional.

- Incumplimiento con el plan de trabajo docente.
- Falta de infraestructura física para los diferentes departamentos y programas de la facultad.

Se recomienda solicitar al grupo de riesgos ([grupogestionriesgos@utp.edu.co](mailto:grupogestionriesgos@utp.edu.co)) asesoría y acompañamiento para el seguimiento efectivo de los controles e identificación de otros riesgos, con el fin de prevenir o reducir efectos no deseados y lograr la mejora, numeral 6.1.1).

- En cuanto a la información documentada se recomienda utilizar el formato 000 - F02 Acta de Reunión del Sistema de Gestión de Calidad.
- Se revisó informe de auditoría interna del año 2018, en cuanto a las oportunidades de asesoría y acompañamiento para el seguimiento efectivo de los controles e identificación de otros riesgos, con el fin de prevenir o reducir efectos no deseados y lograr la mejora, numeral 6.1.1). En cuanto a los planes de mejoramiento establecidos en la facultad se recomienda documentarlos a través del formato 1313-F10 Plan de mejoramiento; esto debido a que la Facultad cuenta con un Decano nuevo.

### **Facultad de ingenierías**

- Se evidencia el uso de los formatos de asistencia del SIG, sin embargo, las versiones utilizadas se encuentran en una versión obsoleta (uso de versión 1 y en la página esta la versión 3), Igual pasa con el formato de acta de reuniones.

### **Gestión de Documentos**

- No se mide el proceso puntualmente, se mide la Secretaría General pero no se ven reflejados en la encuesta de satisfacción del usuario.  
En el año 2018 solicitaron a la oficina de Calidad que midieran el proceso en la medición de satisfacción de calidad de usuario, se envió email solicitando incluirse el 1 de marzo de 2018, se respondió desde calidad el mismo día y nuevamente se remite email donde se solicita que se mida el proceso por tratarse de un servicio transversal a la institución y de gran importancia, adicionalmente porque es un insumo necesario para establecer procesos de mejoramiento continuo.
- Se explica todo el procedimiento y se analiza el ítem 6. solicitar a las dependencias los faltantes documentales, se hace telefónicamente. El procedimiento documentando difiere de las actividades desarrolladas actualmente por lo que se requiere actualización.  
La líder del proceso explica el funcionamiento del procedimiento y se revisa un caso puntual sobre las solicitudes de cambio, se revisó el doctorado en Ciencias se solicitó por el docente la creación en el aplicativo, se responde desde Gestión de documentos que primero se debe crear



la tabla de retención documental (15 de enero de 2019). Se revisa el formato 1122- F31 versión 3 del 22 de Nov de 2016.

Se revisa la Maestría en educación y arte se evidencia el email con la propuesta de tabla de retención documental (26 de julio de 2018) enviado al docente responsable

El formato asociado al procedimiento no se diligencia 1122-F18 Evaluación aplicación tablas de retención documental. Este formato se aplica para visitas de inspección en algunas oficinas. No está asociado al procedimiento.

### Gestión Financiera

- Se recomienda revisar la Caracterización de Procesos para realizar actualización de la misma, identificando claramente las Actividades Macro realizadas en los procesos internos, dando mayor claridad al lector sobre las diferentes actividades realizadas, sin necesidad de obtener una explicación puntual por parte de las personas que hace parte del proceso. Igualmente, generar actualización en cuanto a algunas dependencias o procesos que ya no existen como es el caso de Unidad de Cuentas y que se encuentran relacionadas en el documento.
  - En las entrevistas a los colaboradores de los diferentes procesos, aunque se evidencia conocimiento de las actividades propias de su área, no se tiene tanta claridad con respecto a la ubicación e interpretación de la caracterización del proceso, por lo tanto, se hace necesario reforzar la socialización del Sistema de Gestión de Calidad y sus componentes al interior de la dependencia.
  - Al indagar a siete (7) personas de la dependencia que apoyan el desarrollo de las actividades de los procesos desde el nivel operativo y profesional, se evidencia que sólo tres (3) de ellas conocen a qué objetivo institucional contribuye directamente Gestión Financiera. Por tal razón se hace necesario compartir este conocimiento desde los Jefes y líderes a sus equipos de trabajo, para lograr mayor articulación con el cumplimiento de este objetivo.
- El riesgo que se tiene establecido es realizar un seguimiento a los hechos económicos, lo cual es difícil de controlar porque es una dependencia receptora que no tiene conocimiento de actividades que se realicen en todas las dependencias y proyectos de la Universidad. Por tanto, una de las acciones implementadas es registrar todo lo que se recibe por ventanilla, día a día. Sin embargo, esto no evita que se presenten hechos no reportados a contabilidad.
  - Las políticas contables se actualizaron en diciembre de 2018 y aun no se ha socializado porque con los hallazgos de la Contraloría se hace necesario actualizar nuevamente las políticas. Siendo este uno de los controles establecidos en el mapa de riesgos.
  - El equipo auditor considera pertinente revisar la posibilidad de identificar en el mapa de riesgos de la dependencia, otros riesgos que se generen el proceso contable y sobre los cuales se puedan implementar acciones y controles que se encuentren al alcance de los colaboradores de la dependencia o de la Institución.
- Se hace necesario fortalecer en el equipo de trabajo el conocimiento de los diferentes aspectos relacionados con el Sistema de Gestión de Calidad, como es la caracterización del proceso Administración Institucional. Una vez encuentran el documento, los colaboradores tienen claridad de los aspectos allí relacionados.



- Dentro de los riesgos que se puedan presentar estaría que se realicen registros sin la debida disponibilidad y que estos CDP no tengan la debida apropiación, pero para ello el sistema controla este tipo de situaciones y genera las alertas respectivas. Sólo se dan CDP manual al inicio del año, antes de cargar la apropiación del presupuesto, pero estos se verifican ante la resolución de apropiación del presupuesto. Otro riesgo que puede presentarse es el de “Tramitar un hecho cumplido”, para lo cual ejercen controles de revisión por varias personas que participan en el trámite de la solicitud. Se recomienda evaluar si es preciso incluir algunos de estos riesgos en el mapa de riesgos institucional, para que desde allí se establezcan controles que puedan minimizar la probabilidad de ocurrencia de alguno de ellos.
- A la fecha se tienen resultados de 6 evaluaciones de proveedores de 20 evaluaciones que debían realizarse. Por tanto, aun no puede evaluarse la eficacia del plan de acción definido para el cierre de la No Conformidad generada por Bureau Veritas.
  - Se recomienda realizar articulación con Jurídica y Secretaría General para actualizar la normatividad interna, en cuanto a este proceso de evaluación y reevaluación de proveedores, lo que permitirá tener un mayor control del proceso por parte de Gestión de Compras de Bienes y Suministros.
  - Se evidencia solicitud al área de Jurídica el 8 de febrero de 2019 para actualizar la Resolución de Rectoría No. 4005 de 2006, pero hasta el momento no se ha obtenido respuesta por parte de Jurídica para actualizar el documento.
- Se indagó a siete (7) colaboradores con respecto al conocimiento de la política integral del Sistema de Gestión, evidenciando falencias en cuanto a su ubicación en la página web Institucional y conocimiento de la generalidad del mismo, al leerla interpretan adecuadamente su contribución desde las actividades realizadas. Por lo tanto, se hace necesario recalcar el empoderamiento del personal con relación al Sistema de Gestión de Calidad.

### **Gestión del Talento Humano**

- Es conveniente que se registre las mejoras implementadas dentro del proceso de Administración Institucional y Bienestar Institucional.

### **Gestión de Tecnologías Informáticas y Sistemas de Información**

- Se tiene el procedimiento “Coordinación de labores especializadas por contrato de prestación de servicios”, el cual solo se utiliza para la contratación del personal del área “Administración de servicios Informáticos”. Dado que este tipo de contrataciones también se realiza para los desarrolladores, se sugiere revisar la posibilidad de que este sea un procedimiento para toda la dependencia.
- En el riesgo “No disponibilidad de las aplicaciones por fallos en los servidores”, se tienen 3 controles de los cuales hay 2 que hacen referencia al mismo control. El primero es “Software de monitoreo de los servidores”, el cual es la herramienta con la cual se monitorean y el segundo es “Verificación de servicios y restablecimiento de los mismos”, cuyo objetivo es revisar la herramienta de monitoreo y realizar una acción si se detecta un servidor o servicio caído. Ambos controles son en realmente uno. Se sugiere replantearlos para que se registren como un solo control.





### Laboratorio de Genética Médica

- Es conveniente verificar la pertinencia de una visita de los funcionarios de S.S. T y la A.R.L para verificar puestos de trabajos y la parte ergonómica, como también como verificar las temperaturas internas del edificio.

### Rectoría

- Se realiza la trazabilidad de los procedimientos 111-GSR-07 - Manejo caja menor y 111-GSR-05 - Solicitud de reserva de tiquetes aéreos, restaurantes y sitios especiales, identificando la necesidad de ser actualizados, debido a que se han cambiado las actividades por las dinámicas propias de la institución.

### Relaciones Internacionales

- Infraestructura. Se recomienda evaluar la necesidad para el mejoramiento de las condiciones físicas en cuanto a espacio, teniendo en cuenta que actualmente se comparte el espacio con la oficina de SUEJE.

### Sistema Integral de Gestión

- En el SIG, existe el Procedimiento toma de acciones SGC-PRO-006, Versión 17, el cual incluye plan de mejoramiento, acciones correctivas, oportunidades de mejora ahí se registran las no conformidades. 1313-F-10-Plan de mejoramiento versión 3 Procedimiento para toma de acciones SGC-PRO-006.  
-Solamente se evidencian acciones correctivas durante el año 2018. (Los ejemplos de mejora pueden incluir corrección, acción correctiva, mejora continua, cambio abrupto, innovación y reorganización).
- Existe el procedimiento para toma de acciones SCG-PRO-006, en la Pág. 3 habla de revisión, seguimiento y **efectividad** de acciones.  
-En el registro de plan de mejoramiento se revisa la ejecución de la actividad más no la eficacia.  
-Se revisa no conformidad del proceso de Servicios, no se tiene codificación la acción correctiva.
- Se solicita revisión de la alta dirección del año 2018, acta No 2 del 2-10-2018, la cual culmina con 7 compromisos y se revisa el acta No 1 del 28-01-2019, en donde se tratan otros temas y no se evidencia la revisión del estado de las revisiones previas. Estas revisiones se encuentran en el acta No 2 del 18-02-2019.
- Está el ítem de objetivos de calidad, pero no se evidencia el grado de cumplimiento en acta de revisión por la dirección No. 1 del 19 y 26 de enero de 2018.
- Acta No. 1 de 2019 no existe el tema puntual de acciones. Sin embargo, se ligan a los resultados de las auditorias (Existen otras fuentes diferentes a las auditorías para la generación de acciones).
- Se verifica listado de normas que aplican al sistema y su disponibilidad:  
-1313-DE-06, Se evidencia norma, pero no tiene código ya que es de la biblioteca.
- Se revisa caracterización del proceso aseguramiento de la calidad institucional. No se deja evidencia de la revisión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas.





### **Univirtual**

- Se evidencia nueva página en construcción para la formación continua, pero no se tiene el registro de esta mejora dentro del plan de mejoramiento.

### **Vicerrectoría Académica**

- Se evidencia conocimiento de los resultados de la encuesta de medición de la satisfacción del usuario y socialización a funcionarios del área y al Vicerrector Académico el día 17 de junio de 2019, sin embargo, se recomienda indagar más a la oficina de calidad, con el fin de realizar acciones de mejora en los procesos con menor puntaje, debido a que los funcionarios del área manifiestan desconocimiento sobre el detalle de la misma.
- En cuanto a la documentación externa, está pendiente actualizar el documento 121- DE -07 y el activo de información - Resoluciones - ya que la información es "CLASIFICADA" está registrado como "PÚBLICO".

### **Vicerrectoría Administrativa y Financiera**

- Revisar y actualizar Procedimiento para elaboración y aprobación de presupuesto de proyectos especiales y Procedimiento para capacitación administrativa (ver detalles en columna "Reporte")
- Revisar Instructivo para PQRS y definir responsabilidad para analizar No conformidades repetitivas por quejas y establecer acciones correctivas.

### **Vicerrectoría de Responsabilidad Social y Bienestar Universitario**

- Sería pertinente tratar de identificar de manera centralizada, las partes interesadas de cada uno de los procesos, debido a su efecto o efecto potencial en la capacidad de la dependencia para proporcionar servicios que satisfagan los requisitos del cliente, los legales y reglamentarios.
- Es conveniente con la existencia de procedimientos de gestión estratégica y procedimientos para gestión logística y administrativa, denotan que se han identificado procesos necesarios para el sistema de gestión de calidad, que sería conveniente caracterizarse al igual que los demás procesos existentes.
- Es conveniente aplicar criterios para la evaluación y la reevaluación de los contratistas y conservar información documentada de estas actividades.
- Es pertinente seguir el procedimiento SGC-PRO-006 Procedimiento para la toma de acciones para registrar las mejoras desarrolladas por la dependencia.
- Es pertinente conservar información documentada como evidencia de la naturaleza de las no conformidades, cualquier acción tomada y los resultados de la acción correctiva.



## Resultados Auditoría Interna SGSST -Decreto 1072:2015

A continuación, se relacionan los hallazgos de acuerdo con los requisitos del Decreto 1072:2015:

Artículos de referencia	Hallazgo NC
Decreto 1072 de 2015 Artículo 2.2.4.6.32	1
Resolución 1401 de 2007	
Decreto 1072 de 2015 Artículo 2.2.4.6.28	2
Decreto 1072 de 2015 2.2.4.6.11 parágrafo 2	1
Estándar 1.1.7 Anexo Resolución 0312 de 2019 Decreto 1072 de 2015 Artículo 2.2.4.6.14 Numeral 2 Estándar 1.1.6 Anexo Resolución 0312 de 2019	2
Resolución 0312 de 2019 artículo 32	1
Decreto 1072 de 2015 Artículo 8 parágrafo	1
Decreto 1072 de 2015 artículo 2.2.4.6.25	1
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>

### Fortalezas SG -SST

- Se cuenta con un equipo interdisciplinario para la implementación del SG SST.
- Se puede realizar fácilmente trazabilidad, ya que la información está diseñada de tal manera que se conecta el plan de trabajo con los objetivos, metas e indicadores.
- Se avanzó en las acciones de mejora respecto de los hallazgos relacionados con el proceso de auditoría del año 2018.
- Se tienen conformados debidamente los diferentes comités.
- Se resaltan los esfuerzos realizados por parte del equipo en cuanto a la sensibilización y capacitación en temas del SG SST.
- Se evidencia articulación del área de compras con el área de SST.

### Oportunidades de mejora SG-SST

- Se hace observación de fortalecer Registros de gestión del cambio con cambios en la legislación.
- Se hace la observación de tener una copia firmada y fechada de la Política Integral, como lo solicita el Decreto reglamentario y con sus directrices.



- Se hace observación de llevar resumen de mediciones de impacto de SST a Grupo de Apoyo de la UTP, cuando sea necesario tomar decisiones.
- Adicional a las responsabilidades establecidas en el decreto, se evidencian las del equipo de SST, quienes expresan que tienen la delegación de la rendición de cuentas por parte de la Alta dirección, sin embargo, según la Resolución 1701 de 2019, artículo 9, esta responsabilidad es exclusiva del Rector y de esta manera se encuentra realizada en julio 2019. Se hace observación.
- Se hace observación de culminar proceso de actualización de Acto administrativo del Comité de Emergencias.
- Se recomienda revisar el formato de Reporte de accidentes con el fin de incluir los campos que sean necesarios.
- Se hace observación de escribir fechas de cumplimiento y verificación en el formato de investigación de accidentes de estudiantes en práctica.
- Se evidencia entrega de botiquines con el formato normalizado, pero también en otro sin normalizar.
- Se recomienda que cuando se llevan a cabo proyectos especiales de personal en otras empresas, se verifique que dicha empresa tenga su plan de emergencias, al igual que para los estudiantes en práctica.
- Se recomienda aunar esfuerzos con los estudiantes de APH para fortalecer el componente de medicina preventiva.
- En cuanto a la Matriz de Peligros y riesgos se evidencia matriz de calor diferente a la publicada en página. Se hace observación de publicar, para su conocimiento por parte del personal.
- Se evidencian indicadores diferentes tanto en el procedimiento como en el texto del PVE de riesgo osteomuscular, se hace la observación de unificar y definir.
- Se hace observación de tener más referencias de los sitios a los cuales se vayan a realizar visitas académicas, teniendo en cuenta sitios endémicos donde no se solicita cuadro de vacunas para docentes y sea zona de enfermedades tropicales.
- Se tiene una metodología aplicada para el análisis de riesgo de salidas académicas. Se recomienda que la valoración del riesgo para estudiantes sea realizada por el área competente, ya que estos no son el objetivo del Decreto de SST. En este orden de ideas, se recomienda tener listado de estudiantes que tenga una columna de Afiliación a E.P.S y un número telefónico en caso de emergencia.
- Se evidencia que se reciben muchas solicitudes para visitas académicas por parte de los programas, se hace observación de verificar de manera minuciosa que se cumplan los requisitos aplicables a SST establecidos en la Resolución de rectoría que regula dichas visitas.



## Resultados Auditoría Interna ISO/IEC 17025:2017

A continuación, se relacionan los hallazgos de acuerdo con los requisitos de la norma ISO 17025:2017:

Numeral	Hallazgo NC
5. Requisitos relativos a la estructura	1
6.2 Personal	2
6.3 Instalaciones y condiciones ambientales	2
6.4 Equipamiento	3
6.5 Trazabilidad metrológica	3
6.6 Productos y Servicios Suministrados Externamente	2
7.2 Selección, Verificación y Validación de Métodos	4
7.4 Manipulación de los ítems de ensayo o calibración	2
7.5 Registros Técnicos	1
7.6 Evaluación de la Incertidumbre de Medición	1
7.7 Aseguramiento de la validez de los resultados	3
7.8 Informe de resultados	2
8.3 Control de documentos del sistema de gestión	1
8.7 Acciones correctivas	1
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>

### Fortalezas ISO/IEC 17025:2017

#### Laboratorio de Genética Médica:

- Se evidencia alto compromiso y participación del personal del Laboratorio con el Sistema de Gestión de Calidad.
- Se encuentra un Sistema de Gestión muy organizado, bien estructurado conforme a los requisitos de la norma ISO/IEC 17025:2017.
- Los diferentes esquemas que tienen implementados para el cumplimiento legal del Laboratorio fortalece al sistema y al personal en cuanto al dominio de ejercicios de auditoría.

#### Laboratorio de Aguas y Alimentos:



- Compromiso y disponibilidad por parte de los responsables de las actividades del laboratorio.
- Se cuenta con un sistema de gestión robusto y bien estructurado conforme a los requisitos de la norma ISO/IEC 17025:2017
- Se evidencia que en su totalidad la documentación presentada se encuentra vinculada al sistema de gestión.

#### **Grupo de Investigación de Aguas y Saneamiento:**

- El GIAS cuenta con una clara distribución de las actividades del personal.
- Los colaboradores demuestran compromiso con el servicio y las actividades relacionadas con la acreditación del laboratorio.
- Las instalaciones se encuentran debidamente organizadas y delimitadas para garantizar la prestación del servicio.
- La documentación del GIAS permite realizar adecuados ejercicios de trazabilidad y revisión.

#### **Laboratorio de Ensayos No Destructivos:**

- Alta disposición y apertura para recibir la auditoría.
- Buena organización de la documentación y de los registros asociados.
- Alto Conocimiento de la documentación del proceso.
- Compromiso con la mejora continua.

#### **Laboratorio de Ensayos para Equipos de Aire Acondicionado**

- El LPEA cuenta con una clara distribución de las actividades del personal.
- Los colaboradores demuestran compromiso con el servicio y las actividades relacionadas con la acreditación del laboratorio.
- Las instalaciones se encuentran debidamente organizadas y delimitadas para garantizar la prestación del servicio.
- La documentación del LPEA permite realizar adecuados ejercicios de trazabilidad y revisión.

#### **Laboratorio de Metrología Dimensional:**

- Competencia técnica para realizar las actividades de calibración.
- Compromiso con la mejora continua del sistema de gestión de calidad.

#### **Laboratorio de Metrología de Variables Eléctricas:**

- El laboratorio mantiene una organización de todos sus procedimientos, así como de su documentación, de tal forma que se puede realizar fácilmente trazabilidad a su servicio. SGC muy organizado, bien estructurado conforme a los requisitos de la norma ISO/IEC 17025:2017



- Las profesionales del laboratorio (Directora y profesional administrativo), dado su conocimiento técnico y administrativo pueden realizar ambas labores, permitiendo cubrir cualquier necesidad del laboratorio.
- Compromiso y disponibilidad por parte de los responsables de las actividades del laboratorio.
- Se evidencia que en su totalidad la documentación presentada se encuentra vinculada al sistema de gestión.

#### **Sistema Integral de Gestión:**

- Se evidencia el compromiso del personal a cargo del Sistema Integrado de Gestión, por conocer y gestionar adecuadamente las actividades del proceso.

### Oportunidades de mejora ISO/IEC 17025:2017

#### **Laboratorio de Genética Médica:**

- Es pertinente implementar controles que fortalezcan el control de los registros de gestión, se evidenciaron registros incompletos como el acuerdo de confidencialidad de Marlon Ceballos sin fecha, control de hoja de vida de Gloria sin la selección de los registros, registro de entrenamiento de Gloria sin fecha de calificación. Numeral 8.3.2
- Se cuenta con la evaluación del proveedor Especialistas en Metrología S.A.S, sin embargo, no se encuentra relacionado en el acta de aprobación de proveedores. Sería importante considerar en el manual de calidad al final del ítem 6.6 que no solo los proveedores que se relacionan en el acta de inicio de año son los considerados aceptados para ese año. Numeral 6.6
- Es pertinente dar continuidad a la socialización de los cambios a los documentos transversales a los Laboratorios vía correo electrónico, ejemplo los realizados a las políticas de los Laboratorios. Numeral 4.1.2
- Dejar constancia de todo lo que le ocurre al equipo (no sólo mantenimientos y calibraciones) en operaciones del equipo. Numeral 6.
- Actualizar la declaración sobre la determinación del intervalo de recalibración del termociclador y secuenciador ABI fecha marzo 1 de 2012 (utilización del equipo baja 30 paternidades/mes) con el nuevo volumen de trabajo (aproximadamente 50 casos/mes). Numeral 6.

#### **Laboratorio de Aguas y Alimentos:**

- La balanza analítica Placa: 313325 y el Espectrofotómetro UV/VIS THERMO scientific Evolution 201, no tiene instructivos para su uso, se tiene disponible los manuales del fabricante, sería conveniente revisar la pertinencia de documentarlo. Numeral 6.4.3
- La Bureta Digital Brand placa: 321069 cuenta con un el cálculo del intervalo de calibración mal efectuado que propone una fecha de calibración próxima de 2,33 años, cuando realmente es de



0,81 años. Se recomienda hacer una adecuada revisión del Procedimiento para Manejo de Equipos SGC-PRO-009 V11 numeral 4.7.2. Contrastado con el Numeral 6.4.13 de la norma ISO/IEC 17025:2017.

- Cuando se evidencia vencimiento del MRC es conveniente verificar el estado del reactivo y su identificación como vencido. Numeral 6.5.2.b
- Se recomienda revisar si el documento “Capacidad del laboratorio” permite determinar si el laboratorio no está excediendo la aceptación de servicios y describir el formato que se usa en el procedimiento. Numeral 7.1.1
- En conveniente revisar la pertinencia de documentar que el laboratorio cuenta con metodologías diferentes al IDC para liberar el trabajo de los analistas; así mismo recopilar y documentar toda evidencia que soporta que los métodos de ensayo bajo las condiciones de nuevos analistas continúan bajo control y su desempeño cumple con el fin previsto. Numeral 7.2.1.5 - 7.7.1
- En la verificación del método de Sulfatos y Cloruros sólo se incluyó agua natural, se recomienda realizar la verificación del método para todos los tipos de agua que se analizan habitualmente: agua natural, potable, envasada, piscinas, para asegurar que se abarca todo el alcance que tiene el método. Numeral 7.2.1.5
- En la verificación del método de nitratos es conveniente que el laboratorio en la declaración del método justifique el valor del 10%. Numeral 7.2.1.7
- Sería conveniente dejar el registro de la medición de pH para los ensayos de cloruros, Nitritos y Aluminio. Numeral 7.5.1
- De acuerdo con la metodología utilizada por el laboratorio para realizar el cálculo de incertidumbre, es recomendable incluir dentro de las fuentes de incertidumbre para metales, las asociadas a la incertidumbre del Material de Referencia usado para la preparación de las curvas y de igual manera la incertidumbre por preparación de patrones. De igual forma el cálculo de incertidumbre no incluye la incertidumbre por uso de una probeta para la medición de muestras aun teniendo en cuenta que los resultados para los metales corresponden a concentraciones muy bajas que podrían verse afectada por la medición del volumen de muestra con material volumétrico de baja exactitud. Numeral 7.6.1
- Se recomienda que el laboratorio documente los controles que se usan para salvaguardar la información recopilada por el laboratorio. Como por ejemplo la periodicidad del back up, informar que el back up lo efectúa la universidad, cuál es la información que queda con Back Up. Numeral 7.11.3
- Revisar la pertinencia de reducir la frecuencia de seguimiento al cumplimiento de los objetivos que permita tomar acciones oportunamente. Numeral 8.2.2
- Revisar la pertinencia de considerar otros requisitos de la norma ISO/IEC 17025:2017 para el ejercicio de identificación de riesgos. Numeral 8.5
- Se recomienda revisar las acciones definidas para uno de los riesgos con valoración “Moderado” ya que éstas corresponden a los mismos controles. Numeral 8.5





- Es prudente dar continuidad a la actualización de la herramienta de Excel utilizada para el tratamiento de los riesgos donde se evidencie el impacto de la valoración de los controles. Numeral 8.5
- Es conveniente revisar las acciones preventivas definidas para el riesgo #6. “Utilización de un método de ensayo inadecuado” Numeral 8.5
- Revisar el criterio que se tiene para la clasificación de la columna denominada “situación del riesgo luego del seguimiento” y considerar incluirlo ya sea en la metodología o en el instructivo, dado que no es claro al momento de realizar la clasificación. Numeral 8.5
- Se evidencia en el formato plan de mejoramiento el tratamiento a las oportunidades de origen auditoría interna y externa, sería pertinente considerar otras fuentes para la identificación de oportunidades. Numeral 8.5

#### **Grupo de Investigación de Aguas y Saneamiento:**

- Es importante considerar que la actualización en la nube puede representar un riesgo de la información (ISO 27001), sería conveniente tener un control al respecto (Numeral 4.2.4).
- Sería conveniente que el laboratorio defina las condiciones de almacenamiento y de operación de los equipos, tanto en el laboratorio, como en los lugares de muestreo, basado en el equipo más crítico (Numeral 6.3.2).
- Se utiliza el criterio de no realizar la corrección a la temperatura debido a que el error es muy bajo según indicación del proveedor de la calibración; es importante registrar esta decisión mediante un acta o registro. Sería conveniente emplear otro termohigrómetro para las salidas de campo, no se cuenta con respaldo (Numeral 6.3.3).
- Es importante establecer la importancia de renovar equipos de vidrio para evitar pérdidas (Numeral 6.4.1).
- Es importante registrar la verificación/calibración inicial antes de ser puesto en funcionamiento (Numeral 6.4.4).
- Es importante evidenciar el certificado de acreditación del proveedor del servicio. Es conveniente tener claridad de los criterios para la selección de los proveedores, sobre todo el registro (Numeral 6.5.2).
- Es importante definir el criterio para establecer el periodo o condición para cuando se aplica una nueva verificación de los métodos de ensayos (7.2.1.5).
- La declaración de aptitud se identifica como una observación en la cual los rangos de aplicación están definidos por los criterios del método normalizado y no según los resultados de la capacidad analítica del laboratorio (7.2.1.6).
- Es conveniente revisar el instructivo muestra compuesta documento de referencia utilizado es la guía para el monitoreo de vertimientos, aguas superficiales y subterráneas, en el procedimiento para muestra compuesta se estipula la toma con el Qp, el laboratorio debería utilizar esta fórmula para el cálculo de este valor (Numeral 7.3.1).





- Es conveniente revisar el registro que corresponde con 123-GIAS-F03, no se identifica en uno de ellos el uso de este procedimiento para el registro de la corrección del tiempo de toma de las muestras para los tiempos 11:30 y 11:40am (Numeral 7.5.2).

#### **Laboratorio de Ensayos No Destructivos:**

- Un aspecto que amerita revisión es el mejoramiento del confort térmico en la sala de supervisión y control debido a la disipación térmica de los equipos reguladores de voltaje. Debe implementarse una mejor ventilación de este espacio a fin de brindar confort térmico al personal técnico del Laboratorio. (Numeral 6.3.1).
- Es importante validar el impacto de la placa deflectora en los resultados de la prueba mediante el levantamiento de un reporte técnico que evidencia numéricamente el efecto de la placa deflectora en los resultados de la prueba (Numeral 6.4.1).
- Es importante hacer esta revisión del formato utilizado para la verificación, se hace en un formato diferente al establecido por el LPEA en el SIG y el registro del plan de verificación (7.2.1-7.2.1.6).

#### **Laboratorio de Metrología Dimensional:**

- Se recomienda dejar evidencia de cómo la dirección del LMD asegura que se comunica la eficacia del SG y la importancia de cumplir los requisitos del cliente, los requisitos legales y reglamentarios
- Se evidencia el Plan de aseguramiento de la calidad 123-LMD-F12, se recomienda incluir el registro de la planificación para el R&R.

#### **Laboratorio de Metrología de Variables Eléctricas:**

- Es importante incluir en el contrato de órdenes de servicio lo referente al compromiso de confidencialidad. Numeral 4.2
- Es pertinente que Mariana López Auxiliar del Laboratorio reciba la capacitación en 17025 por parte de la oficina de calidad, así mismo que Marcela Botero Directora del Laboratorio realice la actualización de la norma ISO/IEC 17025 en la nueva versión 2017. Numeral 6.2.2
- Considerar ajustar en las responsabilidades el cumplimiento de la norma 17025 en su nueva versión, se hace referencia a la versión 2005. Numeral 6.2.2
- Se revisó el listado de proveedores autorizados soportados en el acta de 2018, sin embargo, en el acta no se considera el proveedor de ensayos de aptitud (Proficiency Testing, Inc.) de Estados Unidos seleccionado para el 2019. Numeral 6.6.1
- Al revisar las verificaciones de los métodos de calibración se encontró que estas están actualizadas con la última versión de los métodos de calibración aplicados, sin embargo, en el instructivo de verificación no se hace referencia a la repetición de la verificación cuando cambia la norma aplicada para el método de calibración. Numeral 7.2.1.5



- El laboratorio cuenta con el instructivo de informe de resultados 123-LME-INT-06 V11 de 2019-02-22 donde se describe la forma en que se realiza la declaración de la conformidad y cómo se aplica en los resultados, sin embargo, no contempla el informar al cliente sobre la regla de decisión aplicada. Numeral 7.8.6.2
- Revisar la pertinencia de reducir la frecuencia de seguimiento al cumplimiento de los objetivos que permita tomar acciones oportunamente. Numeral 8.2
- Como control a uno de los riesgos se tiene definido el cumplimiento al plan de calibraciones, sin embargo, es pertinente revisar el registro al cumplimiento de los mantenimientos y comprobaciones intermedias planificadas para el año 2019. Numeral 8.5



## Resultados Auditoría Interna ISO 27001:2013

### Pruebas de vulnerabilidad áreas TI de la Universidad

Se realizaron pruebas de vulnerabilidad a los activos de información y la infraestructura tecnológica de las siguientes áreas: Gestión de Tecnologías Informáticas y sistemas de Información y Recursos Informáticos y Educativos de la Universidad Tecnológica de Pereira, la información acaecida de las pruebas es tratada como clasificada por esta razón no está desagregada en este informe.

### Visita de verificación de cumplimiento de directrices

#### Fortalezas ISO 27001:2013

- El personal que atiende la auditoria tiene buena disposición para la ejecución de la misma, adicionalmente reconoce y es consciente de las necesidades con que cuenta el área para la implementación de algunos puntos que se exige en las directrices.

#### Oportunidades de mejora ISO 27001:2013

- Es conveniente que GTI&SI defina y socialice con el CRIE, Univirtual y demás áreas que desarrollen software en la universidad, los lineamientos en referencia al desarrollo de Software institucional y para intercambio de información de aplicativos con terceros.
- Se evidencian los controles de acceso, sin embargo, no se evidencia dentro de los procedimientos de GTI&SI, procedimiento control de acceso tal como lo menciona la directriz "La complejidad de las claves está definidas en el procedimiento control de acceso" Es pertinente revisar el punto con el grupo técnico de seguridad de la información.
- Es conveniente aclarar la responsabilidad de la suspensión de correo en la directriz "*Se suspenderán los correos electrónicos a los contratistas cuando el supervisor solicite la Suspensión o si transcurridos 3 meses y no se ha renovado el contrato*" ya que actualmente no se está llevando a cabo" Es pertinente revisar el punto con el grupo técnico de seguridad de la información.
- Es pertinente establecer periodicidad de las copias físicas de respaldo para salvaguardar la información digitalizada ya que si el equipo se daña se corre el riesgo de perder información, o solicitar periódicamente copias de seguridad al CRIE.
- Es conveniente revisar con el grupo técnico de seguridad de la información la pertinencia de incluir o referenciar en la directriz los procedimientos de Respaldo de la información física a través del área de Gestión de documentos.



## Recomendaciones

Se percibe que se debe dar especial atención y revisión a los procedimientos internos de la Universidad, de forma que garantice que estén actualizados y apropiados a las actividades realizadas.

Es necesario que la información que se encuentra en el aplicativo “Administración Documental y en el Administrador de la página web” surja un proceso de depuración.

Retroalimentación por parte de Auditores:

- ❖ Documentos desactualizados
- ❖ Falta claridad en procesos internos según Estructura Organizacional.
- ❖ Se recomienda continuar con la incorporación de expertos técnicos, específicamente para las normas ISO/IEC 17025 e ISO 27001.
- ❖ Es conveniente ajustar los tiempos de ejecución de la auditoría para algunos OEC, con el fin de desarrollar a satisfacción cada uno de los numerales de la norma.
- ❖ Es importante socializar los resultados de la auditoría de Seguridad y Salud en Trabajo al grupo de apoyo.



## Conclusiones

- Dando cumplimiento al objetivo del ciclo de auditorías internas, se logró verificar el estado de los requisitos establecidos en el Sistema de Gestión de Calidad, el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, Sistema de Gestión de Seguridad de la información y los Organismos Evaluadores de la Conformidad, basados en los lineamientos de la NTC-ISO 9001:2015, Decreto 1072, NTC-ISO/IEC 17025:2017, NTC-ISO 27001:2013”, igualmente se logró identificar el mejoramiento en las dependencias, y verificar el estado de los requisitos legales y reglamentarios aplicables.
- El Sistema Integral de Gestión se ha implementado y se mantiene de manera eficaz. Se hace necesario trabajar y lograr el cierre efectivo de los hallazgos encontrados.
- Se logró realizar un ciclo de auditorías sistemático bajo el ciclo PHVA, objetivo e independiente de los dependencias y actividades. A partir de las evidencias obtenidas se identificaron desviaciones, ajustes y mejoramientos en las actividades para finalmente formular las debidas acciones correctivas y/o de mejora que permitan minimizar el impacto de las desviaciones.
- La Universidad cuenta con una metodología para la gestión de riesgos, la cual considera la identificación, valoración y tratamiento de los mismos. Se cuenta con la directriz del área de Control Interno para el acompañamiento en la identificación, valoración y establecimiento de las acciones para abordar los riesgos que así lo requieran. Sin embargo, se hace necesario trabajar con las dependencias que no cuentan con mapa de riesgos actualizado y en aquellas que no realizan oportunamente el seguimiento a los riesgos.
- Es de resaltar la labor realizada por los auditores internos, los resultados obtenidos en las evaluaciones demuestran un desempeño excelente, todos estuvieron dentro de los límites de una calificación entre 40-42 lo cual significa que continúan como auditores.
- Dada a la implementación de nuevos esquemas implementados como las acreditaciones de programas académicos se hace necesario enfocar esfuerzos que apunten hacia la Consolidación (Integración) de los Sistemas de Gestión implementados en la Universidad.

Elaboró: Jhenin Marcela Osorio  
Profesional I Sistema Integral de Gestión  
2019-12-13

Aprobó: Gloria Yamile Parra  
Coordinador Sistema Integral de Gestión

