



**Antonio José
Camacho**
INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA



INFORME AUDITORÍAS INTERNAS 2022

Institución Universitaria Antonio José Camacho

Oficina Asesora de Planeación
Área de Calidad Institucional
Febrero de 2023

Contenido

1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. PROGRAMA DE AUDITORÍAS INTERNAS.....	4
3. REQUISITOS NO APLICADOS EN LA UNIAJC (Norma ISO 9001:2015).....	9
4. CAPACITACIÓN, SELECCIÓN Y EVALUACIÓN DE AUDITORES INTERNOS	9
5. RESULTADOS DE AUDITORÍAS INTERNAS.....	11
5.1. Fortalezas y Debilidades.....	11
5.2. Recomendaciones de Mejora	15
5.3. Observaciones y No Conformidades.....	18
6. HALLAZGOS REITERATIVOS.....	20
7. RECOMENDACIONES GENERALES.....	21
8. CONCLUSIONES	21

1. INTRODUCCIÓN

En cumplimiento del numeral 9.2 Auditorías Internas, de la norma ISO 9001:2015, durante los meses de noviembre 2022 a febrero de 2023, se realizó el ciclo de Auditorías Internas para determinar si en la vigencia 2022, los procesos del SIGO fueron conformes con los requisitos institucionales y de esta norma, y si se mantiene eficazmente mejorando su desempeño.

En este documento se describen el “Programa Auditorías Internas 2022”, el requisito de la norma ISO 9001:2015 que no aplica en la UNIAJC, el proceso de selección de auditores, los hallazgos de las auditorías, así como las conclusiones sobre la conformidad, implementación y mantenimiento del SIGO.

Por lo descrito en los párrafos anteriores, es importante la socialización de este informe para que todos los procesos conozcan no solo sus resultados sino los resultados de los otros procesos y así puedan apoyarse mutuamente en lo que sea pertinente.

2. PROGRAMA DE AUDITORÍAS INTERNAS

El “Programa Auditorías Internas 2022” que se presenta a continuación; contiene además de los Objetivos, Alcance y Criterios de la auditoría, los recursos necesarios para las mismas, así como los riesgos y su tratamiento y el cronograma general que se movió en algunas fechas cuando fue necesario. El documento fue aprobado por el Rector y socializado por la Profesional de Calidad Institucional en reunión de Desarrollo Organizacional realizada el lunes 21 de noviembre.

El método de auditoría aplicado fue mixto, dado que se realizaron algunas entrevistas presenciales y otras "A distancia" con una interacción humana bastante alta, porque la revisión documental y análisis de datos previos por parte de los auditores internos fueron validadas mediante entrevistas con los Líderes y Gestores de los procesos. Se anexa a este informe el “Programa Auditorías Internas 2022”.

Programa Auditorías Internas 2022

1. OBJETIVO GENERAL

Proporcionar información acerca de si el SIGO es conforme con los requisitos de la norma ISO 9001:2015 (SG Calidad).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.1 Determinar la conformidad del SIGO con los requisitos de la norma ISO 9001:2015 (SG Calidad).
- 1.2 Validar la vigencia/actualización de la Información Documentada en el Software ISOLUCIÓN, la Gestión de Riesgos, Oportunidades, SNC, Sistema PQRSFD, Satisfacción de estudiantes, Avance en Planes de Mejoramiento y el Análisis de resultados de Indicadores de Gestión.

2. ALCANCE

Se auditarán todos los procesos con relación a su gestión y desempeño en la vigencia 2022, según están descritos en la Resolución 337 (Julio 27 de 2020), por requisitos de las normas a evaluar.

El método de auditoría aplicable será mixto, de tal forma que la revisión documental se realice "A distancia", y la interacción humana podrá ser reducida según acuerden los equipos auditores con sus auditados, pero también se podrán realizar entrevistas "En sitio", con los Líderes y Gestores de los procesos, para validar los hallazgos documentales, identificar nuevos hallazgos y dar mayor claridad a las Fortalezas, Debilidades y Oportunidades de Mejora.

3. CRITERIOS

Norma ISO 9001:2015 (SG Calidad), Resolución 337:2020, Manual del SIGO, Información Documentada e Indicadores en ISOLUCIÓN, Gestión de Riesgos, Oportunidades y SNC, Planes de Mejoramiento, Informes de Auditorías Internas anteriores, Informes de Satisfacción, Informes de PQRSFD y de Revisión por Dirección.

4. RECURSOS NECESARIOS

Computadores, disponibilidad de conectividad a Internet por parte de auditores y auditados, Software ISOLUCIÓN y tiempo del equipo auditor y de los auditados.

5. IDENTIFICACIÓN Y TRATAMIENTO A LOS RIESGOS DEL PROGRAMA DE AUDITORIAS

Evento Potencial	Tratamiento (Evitar y Solucionar)
Objetivo y Alcance del Programa de Auditoría, no conformes con la política y objetivos del SIGO.	<ul style="list-style-type: none"> - Aprobación del Programa de Auditoría por parte del Rector y con VoBo de la Jefe de Planeación. - Presentación del programa, y especialmente del método de auditoría a Auditores y Auditados.

<p>Afectación en la Confidencialidad y en la Factibilidad de la Auditoría mixta "A distancia" e "In situ", en términos de acceso a la documentación, disponibilidad tecnológica, conexión a internet, permisos de acceso y capacidad del equipo auditor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Asegurar la confidencialidad de la información (Seguridad y protección de datos), realizando todo el proceso auditor en el Módulo de Auditorías del Software Isolución (planeación, ejecución, informe, planes de mejoramiento y seguimiento de las auditorías), por parte del Administrador de Auditorías y los Auditores internos. - De acuerdo a reporte de Calidad Institucional el 100%, de la información documentada y de los Indicadores de lo procesos de la UNIAJC se encuentran en el Software Isolución, el cual se puede acceder externamente desde cualquier computador con conexión a internet, si se cuenta con los respectivos usuarios (Auditor y Líder/Gestor de proceso). - La Administradora de auditoría entregará a los auditores, otra información de base para la auditoría, mediante links a One Drive Institucional (Gestión de riesgos, Planes de mejoramiento, Indicadores de gestión, Normograma, Informes de PQRSFD, Satisfacción y Revisión x Dirección), así como los usuarios de auditor en el Software Isolución. - Comunicación directa y permanente por WhatsApp (dispositivos móviles de Auditores y Líderes/Gestores de proceso con planes de datos personales), para realizar la auditoría usando herramientas como Wapp Web o Video llamadas grupales. - El Área de Calidad Institucional apoyará técnicamente a los auditores (reinducción y soporte), en la revisión de la información y en el uso el Módulo de Auditorías para reportar en el Software Isolución.
<p>Auditores internos que no cuenten con Independencia del equipo auditado y/o con las competencias necesarias, en términos de principios, procesos y métodos, Norma del SG a auditar, Institución y su contexto, Requisitos legales y reglamentarios, y TIC.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Programar los auditores evitando relaciones jerárquicas con el proceso auditado y/o asegurando que en los equipos auditores, otros los suplan cuando se presenten conflictos de interés. - Asegurar que los Auditores internos cuenten con su respectivo certificado por ente externo. - Revisión de los principios y proceso de auditoría, método a utilizar, contexto institucional actual, Normograma, Módulo de Auditorías en el Software Isolución y uso de Htas. comunicativas (Meet, Teams, Zoom y Wapp), para la seguridad y protección de datos. - Acompañamiento del Administrador de Auditorías (Profesional de Calidad Institucional), en la planeación, ejecución e informes de auditorías, según sea solicitado por los auditores internos.
<p>No realizar un adecuado muestreo de las evidencias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Adecuar las listas de verificación por requisitos según la norma a evaluar y aplicando criterios de muestreo. - Programar las auditorías según el orden de los requisitos en las normas, procurando auditar primero procesos Misionales, seguidos de Apoyo y terminar con Evaluación y Direccionamiento.

6. CRONOGRAMA GENERAL DE AUDITORÍAS INTERNAS

Actividad	Recursos	Fecha	Responsable	Observaciones
Preparación del Programa de Auditorías Internas	Hoja de Cálculo	21-nov-22	Administra-dora de Auditoría	La Administradora de Auditoría es la Profesional de Calidad Institucional

Aprobación del Programa de Auditoría por parte del Rector	WhatsApp y Correo electrónico	22-nov-22	Rector	Inicialmente se explica en Formato de Excel y posteriormente se carga y aprueba en Software ISOLUCIÓN
Socialización del Programa de Auditoría al Equipo Auditor	WhatsApp, Google Meet	22-nov-22	Administra-dora de Auditoría	Tres auditores que no se incluyen en el Cronograma, apoyarán las consultas a usuarios y la migración de la información a Isolución.
Socialización del Programa de Auditoría al Equipo Auditado	Zoom	24-nov-22		Mediante correo electrónico adjuntando el Programa en PDF. Con aclaraciones en el DO el 28 de noviembre.
Revisión documental y análisis de información	Computadores, WhatsApp, Zoom y/o	23-nov-22 a 2-dic-22	Auditores Internos	Diligenciamiento de listas de verificación con hallazgos preliminares de tipo documental
Entrega de los Planes de Auditoría por proceso	Google Meet, ISOLUCIÓN y tiempo de	28-nov-22	Auditores Internos	Con aclaraciones durante reunión de DO.
Ejecución de auditorías en Sitio o a Distancia.	Auditores y Auditados	5-dic-22 a 20-ene-23	Auditores y Auditados	Aclaración de hallazgos, suministro de evidencias y hallazgos definitivos
Entrega de Informes definitivos de auditoría a cada proceso	WhatsApp y Software ISOLUCIÓN	23-ene-23	Auditores y Auditados	No Aplica
Evaluación de Auditores	Software ISOLUCIÓN	27-ene-23	Líderes de Proceso Auditados	No Aplica
Definición de Acciones	Computadores, ISOLUCIÓN y tiempo de Auditores y Auditados	30-ene-23	Auditados - Prof. y Tecn. de Calidad Institucional	Planificación de C, AC y AM e inicio de su implementación (Los Auditores Líderes validan las acciones propuestas)
Presentación de Informe Institucional de Auditoría a Alta Dirección	Sala de Rectoría y Software ISOLUCIÓN	31-ene-23	Administra-dora de Auditoría	No Aplica
Seguimiento a las acciones	Tiempo del equipo auditor y Software ISOLUCIÓN	10-feb-23	Equipos Auditores	Los Auditores reportan a Calidad Institucional, según se evidencie en Isolución.

7. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN AUDITORÍAS INTERNAS

Proceso	Auditado	Gestores Proceso	Equipo Auditor	Fecha	Lugar y Hora
2. Docencia	Zoraida Palacio	Decanos, Dir. Ciencias Básicas, Idiomas, UNIAJC Virtual y OARA	Carlos D. Restrepo (Líder) Yasmin David y Helman Meneses (Apoyo) Patricia Parra (Req. 4y5) Lady Muñoz (Req. 9y10)	5-dic-22	Virtual 8:30am a 12:30pm

4. Proyección Social	Yesenia Perea	Jefe ORI y Enc. Edu. Cont. y Egresados	Esperanza Zapata (Líder) Patricia Parra (Req. 4y5) Lady Muñoz (Req. 9y10)	6-dic-22	Virtual 2:00pm a 6:00pm
5. Gestión Financiera	Mónica Gómez	Jefes Jurídica, Comp. e Inv., Contador y Tesorera	Luz S. Castaño (Líder) Patricia Parra (Req. 4y5) Lady Muñoz (Req. 9y10)	7-dic-22	Sala de Rectoría 8:30am a 12:30pm
6. Gestión del Bienestar Humano	Vanessa Panesso	Dir. Bienestar Universitario, Jefe Adm. Pers y Prof. Enc. Desarrollo Profesional	Luz N. Quiñones (Líder) Luis A. Vanegas (Req. 4y5) Fernando Gómez (Req. 9y10)	5-dic-22	Sala de Bien.Univ. 2:00pm a 6:00pm
7. Gestión de Infraestructura	Patricia Parra	Jefes Inf. Física, Serv. Grales., DTIC, Bbtk., Coord.Acad. y Enc. Laborat	Sandra M. Calderón (Líder) Luis A. Vanegas (Req. 4y5) Fernando Gómez (Req. 9y10)	6-dic-22	Sala de Planeación 8:00am a 12:00pm
3. Investigación	Juan Carlos Cruz	No Aplica	Luz E. Ortiz (P.3) Luis A. Vanegas (Req. 4y5) Vanessa Orozco (Req. 9y10)	18-ene-23	Decanato de Investigaciones 8:00am a 12:00pm
1. Direccionamiento Estratégico	Hugo Alberto González	Sec. Gral., Jefes Planeación, Comunicaciones, Mercadeo, Archivo y Prof. Bco	Ruby Cano (Líder) Luis A. Vanegas (Req. 4y5) Fernando Gómez (Req. 9y10)	19-ene-23	Sala de Rectoría 8:00am a 12:00pm
8. Evaluación y Mejoramiento	Diana Carolina Rodríguez	Jefe Cr, Asesor Calidad Acad., Prof. SST y Amb. y Prof. Gest. Inf. Estad	Yorny Lenis (Líder) Patricia Parra (Req. 4y5) Lady Muñoz (Req. 9y10)	20-ene-23	Virtual 8:00am a 12:00pm

Elaboró



Diana C. Rodríguez Ordóñez
Prof. Calidad Institucional
21-nov-22

Revisó y aprobó



Hugo A. González López
Rector
22-nov-22

3. REQUISITOS NO APLICADOS EN LA UNIAJC (Norma ISO 9001:2015)

La UNIAJC no aplica los requisitos referidos en el Numeral 7.1.5.2 Trazabilidad de las Mediciones, porque los equipos de seguimiento y medición con los que cuenta para la prestación de su servicio educativo, son de carácter netamente pedagógico, por tanto, no afectan la conformidad del servicio con los requisitos; sin embargo, a estos equipos se les hace mantenimiento preventivo y correctivo.

4. CAPACITACIÓN, SELECCIÓN Y EVALUACIÓN DE AUDITORES INTERNOS

No se adelantó un proceso adicional de capacitación previa a este ciclo de auditorías internas por haberse iniciado a tan solo un año de la "Formación de auditores internos en sistemas de gestión integrados HSEQ y sector público", la cual fue recibida entre el 12 de octubre y el 2 de diciembre de 2021 de ICONTEC, y contó con una intensidad de 64 horas y el siguiente contenido:

- Competencias Básicas para la Gestión de la Calidad (8 horas)
- Competencias Básicas para la Gestión Ambiental (8 horas)
- Elementos Estructurales NTC ISO 45001:2018 (8 horas)
- Fundamentación en el MIPG (16 horas)
- Auditorías combinadas al SGI (24 horas)

Del grupo de funcionarios certificados, se seleccionaron los auditores para este ciclo, y se asignaron para auditar por numerales de la norma, siempre asegurando el principio de "independencia" (ISO 19011:2018), para evitar conflictos de intereses con los procesos auditados.

Posterior al cierre de las Auditorías internas, los auditores fueron evaluados por los auditados (Líderes y Gestores de proceso), obteniendo un promedio máximo de **5,00** en los siguientes criterios:

1. Fue Puntual y Cumplido
2. Fue Amable
3. Fue Respetuoso
4. Inspiró Confianza
5. Manejó la Confidencialidad y Discreción
6. Aplicó diligencia y buen juicio al auditar
7. Mostró Seguridad en sus conocimientos de auditoría y del proceso auditado
8. Informó verazmente hallazgos y conclusiones
9. Informó verazmente obstáculos y opiniones divergentes (si los hubo).

Los auditores de apoyo en el proceso 2. Docencia, Yasmín David y Helman Meneses, no fueron evaluados por los auditados porque no tuvieron interacción con el proceso (entrevista), sino que participaron en la planeación de la auditoría. Semejante ocurrió con los auditores Mauricio Gómez, Cielo Escobar y Cristian Montilla quienes se encargaron de digitalizar, aplicar y evaluar los instrumentos para consultar la percepción de los usuarios y/o proveedores internos de los procesos auditados, con el objetivo de identificar en ellos, fortalezas y debilidades que pudiesen representar puntos fuertes y oportunidades de mejora.

Las puntuaciones obtenidas se evidencian en los Informes de Auditoría de cada proceso y considerando los excelentes resultados, no se diseñan acciones, sino que solamente se resumen en la siguiente tabla:

Auditor	Prom. Calif.	Enlace a Instrum. Eval. UyP
AL. Ruby Cano	5,0	https://forms.office.com/r/1VKgxQx0L6
AA. Luis A. Vanegas	5,0	
AA. Fernando Gómez	5,0	
A.A Patricia Parra	5,0	https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSevwGxJt4jMeuw4-aem0tYE-FntMc0kB18V-5BwHAsrO5UJ5A/viewform
AA. Lady Muñoz	5,0	
AL. Carlos Darío Restrepo	5,0	https://forms.gle/8fZ9FLEL2CTVqGuD8
AL. Luz Elena Ortiz	5,0	
A.A Vanessa Orozco	5,0	https://view.genial.ly/638e53c164e88d0010652e48/presentation-presentacion-formas-basica
AL. Esperanza Zapata	5,0	
AA. Lady Muñoz	5,0	
AA. Patricia Parra	5,0	
AA. Cielo Escobar	4,89	https://forms.office.com/r/dFZbp7Tn6q
AL. Luz Stella Castaño	5,0	
AA. Patricia Parra	5,0	
AA. Lady Muñoz	5,0	https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdKjD0qgEqbiP7zqF-HWCSPT2RUQ7PuRG-j_U3u6ZabOH6KAQ/viewform?usp=sf_link
AL. Luz Nayibí Quiñones	5,0	
AA. Fernando Gómez Rico	5,0	https://forms.office.com/r/nNtbSLbPEm
AL. Sandra M. Calderón	5,0	
AA. Luis A. Vanegas	5,0	
AA. Fernando Gómez Rico	5,0	
AA. Cielo Escobar	5,0	https://forms.office.com/r/9zf8k4qCV2
AA. Yorni Lenis	5,0	
AA. Patricia Parra	5,0	
AA. Lady Muñoz	5,0	
AA. Mauricio Gómez	5,0	
Promedio por Criterio	5,00	

Fuente: Construcción propia Área de Calidad Institucional, con base en Informes de Auditorías a los procesos.

5. RESULTADOS DE AUDITORÍAS INTERNAS

Se detectaron 1 No Conformidades y 6 Observaciones. Los Líderes y Gestores de proceso (Auditados), deberán definir las acciones en los respectivos Planes de mejoramiento: Correcciones y Acciones Correctivas, para las No Conformidades y Observaciones detectadas, y Acciones Preventivas y de Mejora, para las Recomendaciones recibidas; estas últimas, sólo si lo consideran necesario o conveniente en los mismos Planes de Mejoramiento o incluso en las Actas de Seguimiento a Revisión por Dirección de cada Proceso. Los Auditores Líderes (quienes auditaron los numerales 6 a 8 en cada proceso, según el “Programa de Auditorías Internas 2022”), deben “avaluar” las acciones diseñadas, procurando que se evite a futuro, un hallazgo similar, y posteriormente también es su responsabilidad hacer seguimiento al avance y cumplimiento de las acciones.

El detalle de los Hallazgos que se presenta en las siguientes tablas (incluyendo las Fortalezas y Debilidades detectadas), se puede evidenciar en los Informes de Auditoría y Listas de Verificación por Proceso ubicados en One Drive Institucional [Auditorías internas 2022](#)

5.1. Fortalezas y Debilidades

Proceso	Fortalezas	Debilidades
1. Dir. Estrat.	De acuerdo a la encuesta de DETECCIÓN DE FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES DE MEJORA EN EL PROCESO DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO, los participantes reconocen el liderazgo de los directivos a cargo del proceso	Al la fecha, no hay evidencias de la existencia y análisis del informe de Revisión por la Dirección vigencia 2022.
	Dominio amplio del panorama interno y externo de la Institución que, junto con la estrategia del DO, aportan elementos valiosos para mantener un liderazgo estable, controlar riesgos, adaptarse a los requerimientos del entorno y facilitar la mejora continua.	La UNIAJC presenta una dependencia significativa de ingresos provenientes de subsidios del estado.
	Se evidencia compromiso y disposición de los directivos que conforman el proceso de DE para atender la auditoria interna, así como el dominio de la Información del SIGO y su aplicación a nivel Institucional.	
	El dinamismo e inmediata adaptación al cambio, identificación de riesgos y oportunidades que se generan en los entornos de relación externa.	

	Se evidencia compromiso del proceso de DE en la implementación y seguimiento de su respectivo plan de mejoramiento.	
2. Docencia	Se evidencia compromiso y disposición de los integrantes del proceso (directores de programa, decanos, directores de unidades académicas, entre otros) para atender auditoría interna, así como dominio de la Información del SIGO y su aplicación a nivel Institucional.	Se evidencia falta de fluidez de la información de Riesgos y Salidas No Conformes entre la Líder y los gestores del proceso hasta los Directores de programa
	Se evidenció el logro de articulación de las distintas oficinas del proceso a raíz de la resignificación curricular para alcanzar los objetivos propuestos en el PED 2020-2030.	
3. Investigación	(4.2) Amplia comprensión y claridad sobre las partes interesadas y sus requisitos pertinentes, lo cual les facilita implementar el enfoque al usuario para su satisfacción.	De acuerdo con la información recibida en la encuesta a profesores investigadores y semilleristas identifican como debilidades: - La difusión y motivar a estudiantes para participar en grupos de semilleristas e investigación, - Falta de recursos. - Poca inclusión de la sede sur para realizar los eventos de investigación.
	(5.2) Se apropia y divulga a través de diferentes medios la política del SIGO y lineamientos para facilitar la acción de todas las partes interesadas.	
	(7.1.4) Se maneja entre el equipo de trabajo una comunicación efectiva que permite alcanzar objetivos en conjunto, y fortalecer el ambiente laboral. Incluso hay motivación y superación tanto en lo personal como en lo profesional.	
	(7.3) Compromiso con las actividades del SIGO, al realizar las entregas de acuerdo con la programación de la Oficina Asesora de Planeación.	
	Los profesores investigadores y semilleristas destacan que el DAI ha fortalecido sus acciones en el siguiente orden: - La gestión para el proceso de investigaciones y publicaciones. - El acompañamiento para el desarrollo de proyectos. - La calidad de personal e - importancia a la problemática social.	

	<p>Los profesores investigadores y semilleristas consideran que en el DAI, los factores de mayor impacto positivo en la gestión de la investigación son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Habilidades a la gestión. - Calidad en los servicios. - La tecnología. 	
<p>4. Proyección Social</p>	<p>La disposición de todo el equipo en la atención y la claridad en sus respuestas en las entrevistas de auditoría interna.</p> <p>En la encuesta de los egresados destacan la oportunidad de cualificación y vinculación en actividades y eventos de la Institución y desean seguir participando en seminarios, diplomados, especializaciones y cualificación en general.</p> <p>Se realizó una encuesta para conocer la percepción de los usuarios internos como:</p> <p>FORTALEZAS: Los directores y decanos resaltan la oferta de convenios diversos con las instituciones, la buena comunicación y disposición para atender los requerimientos.</p> <p>OPORTUNIDADES DE MEJORA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fortalecer los recursos para el apoyo económico a los estudiantes que participan en movilidad. - Continuar en el apoyo de actualización de las competencias de los egresados. - Alinear el calendario de las actividades de las facultades para facilitar la participación de los egresados y estudiantes de educación continua. 	<p>No detecta</p>
<p>5. Gestión Financiera</p>	<p>Se evidencia la falta de articulación del proceso con las demás dependencias institucionales que tienen relación directa con el programa de G.E., como Bienestar Universitario y Registro Académico</p> <p>Se evidenció el procedimiento que se lleva a cabo con el fin de minimizar el impacto económico que provoca el programa de Gratuidad en la Educación, para aquellos estudiantes que terminan el semestre sin resultar beneficiados y quedan con una deuda a favor de la Institución. Se evidencia el formato en Isolución y su cumplimiento.</p>	<p>Se evidencia la falta de articulación del proceso con las demás dependencias institucionales que tienen relación directa con el programa de G.E., como Bienestar Universitario y Registro Académico</p>

	<p>Se evidencia el conocimiento del SIGO y su articulación con los objetivos institucionales en la mayoría de las dependencias entrevistadas.</p>	
	<p>Se evidencia compromiso y disposición de los auditados para atender el proceso auditor, así como dominio de la Información del SIGO y su articulación con los Objetivos Estratégicos (PED 2020-2030).</p>	
<p>6. Gestión Bienestar Humano</p>	<p>El equipo auditado muestra alto compromiso con el proceso auditor.</p>	<p>El trabajo en equipo al interior del proceso requiere mayor integración, ya que se evidencia más trabajo individual, lo que dificulta el cumplimiento de los objetivos del proceso en el marco de las necesidades institucionales y requerimientos de la norma técnica.</p>
	<p>Según resultados de la encuesta a usuarios del proceso se resaltan las siguientes fortalezas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compromiso y buen desempeño en las diferentes actividades de integración de la Unicamacho. - Trabajo constante en pro de la mejora continua para el beneficio de la comunidad universitaria - La atención y disposición de Bienestar Universitario de servicio hacia los estudiantes, logrando un alto porcentaje de permanencia a través de sus programas académicos (PMA), socioeconómicos y psicosociales. - En Desarrollo profesoral la continuidad en el Diplomado en Pedagogía Universitaria y otras actualizaciones para los profesores. - En Administración de Personal la utilización de herramientas digitales para la entrega de documentos para la contratación 	<p>Según resultados de la encuesta a usuarios del proceso se resaltan las siguientes debilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deficiencia de personal para atender las diferentes actividades que demanda el proceso en las diferentes sedes de la Unicamacho. <p>El análisis de seguimiento, implementación y resultados de las acciones adelantadas para la gestión de los indicadores y de planes de mejoramiento, ya que no se evidencia el detalle, las fechas de control y los impactos generados de los resultados.</p>
<p>7. Gestión de Infraestructura</p>	<p>Se observa una buena lectura del ambiente externo e interno, así como un buen grado de respuesta al regreso a la presencialidad</p>	<p>Las demoras o imprevistos en el desarrollo de algunas obras de infraestructura que pueden generar</p>

	atendiendo todos los factores estratégicos DOFA de manera integral.	inconformidades por parte de los clientes internos.
	Se atendieron observaciones y recomendaciones de la auditoría interna realizada en marzo del 2022 y se aprovecharon oportunidades externas, lo cual muestra mejora continua, enfoque en las necesidades del cliente y liderazgo efectivo en el proceso	
	Se evidencia buena gestión por parte del proceso en las acciones para mejorar las condiciones cuando se materializan los riesgos asociados al proceso.	
	Se evidencia un alto compromiso con la mejora continua de sus diferentes dependencias en el sistema de gestión de calidad	
8. Evaluación y Mejoramiento	Se evidencia el conocimiento del SIGO y su articulación con los objetivos institucionales	Las fechas establecidas de cierre en el Plan de Mejoramiento están requiriendo de aplazamientos, lo que evidencia una falta de planeación en los tiempos.

Fuente: Construcción propia Área de Calidad Institucional, con base en Informes de Auditoría a los procesos.

5.2. Recomendaciones de Mejora

Proceso	Descripción de las Recomendaciones de Mejora
1. Dir. Estrat.	<ol style="list-style-type: none"> Una vez se emita el informe de Revisión x Dirección, se deberá socializar para la realización de acciones por parte de los procesos respectivos, y hacerle seguimiento a su ejecución y resultados. Mejorar la comunicación bidireccional generando espacios de participación activa de los participantes en el DO. (Definida en la encuesta de DETECCIÓN DE FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES DE MEJORA EN EL PROCESO DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO). El proceso, muestra conformidad con los requisitos aplicables de los numerales 4 y 5 de la norma ISO 9001:2015, no obstante se sugiere planear con mayor detalle, proyectar y delegar la atención al tema del espacio físico reglamentario de almacenamiento en archivo central. Revisión de la caracterización ya que el procedimiento de REVISION POR LA DIRECCION se enumera entre los documentos asociados al proceso y esté ya no se utiliza ni se encuentra en ISOLUCION

1. Dir. Estrat.	<p>5. Se recomienda ampliar la fecha de cierre de la acción de revisión y actualización del normograma ya que de acuerdo a lo expuesto por los gestores del proceso, se está haciendo una revisión exhaustiva que toma bastante tiempo.</p> <p>6. El indicador de pérdida de información viene sin cumplir su meta desde el 2019. Se recomienda replantear la meta, o el indicador a o establecer un plan de mejora que permita llegar a la meta propuesta.</p> <p>7. Se debe ajustar el nombre del indicador "Redes Sociales", ya que dicha denominación están en términos plurales pero su medición solo se realiza para Facebook.</p>
2. Docencia	<p>Como recomendaciones, es importante fortalecer deficiencias encontradas, con el fin de contribuir a la mejora continua del proceso, para lo cual es importante usar el registro en el Plan de Mejoramiento, identificando causas y diseñando las respectivas acciones correctivas. Algunas de las recomendaciones puntuales son las siguientes:</p> <p>1. Continuar con el trabajo documental y hacer seguimiento a la prestación del servicio educativo prestado externamente por la Fundación UNIAJC, para evitar una desviación en las condiciones establecidas del servicio.</p> <p>2. Revisar y actualizar los indicadores del proceso conforme a la normatividad y lineamientos institucionales, el nombre del indicador, la formula y las variables deben ser coherentes con la información relacionada en el análisis, lo anterior, debe permitir al lector comprender los resultados, sin probabilidad de una interpretación diferente a la esperada.</p> <p>3. Revisar como fluye la información hacia los directores de programa, para evitar una desviación en las condiciones establecidas del servicio.</p> <p>4. Se recomienda actualizar los procedimientos, instructivos y formatos que se encuentran relacionados con la resignificación curricular nombrada en las dos auditorías anteriores, con los cuales se hace seguimiento y evaluación de la prestación del servicio.</p>
3. Investigación	<p>1. Se sugiere revisar el formulario interno donde toman las encuestas de evaluación de los servicios del DAI para evaluar la viabilidad y beneficios de estandarizarlo con apoyo SIGO.</p> <p>2. Se sugiere revisar las SNC para fortalecer la identificación o ajustes de las mismas, de tal forma que el cumplimiento de este requisito, contribuya al mejoramiento continuo del proceso y sus resultados.</p> <p>3. Se sugiere utilizar todas las herramientas institucionales disponibles (correos electrónicos, WhatsApp y recomendar difundir a todo contacto), para dar a conocer los productos digitales (revistas, publicaciones, programa radial), cada vez que se lleve a cabo su publicación o producción.</p>
4. Proyección Social	<p>1. Deben efectuarse mejoras en la Información Documentada y los Indicadores de Gestión en el Software ISOLUCIÓN.</p>

<p>5. Gestión Financiera</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Continuar fortaleciendo la gestión documental, especialmente en los SNC de tesorería y jurídica 2. Se sugiere un trabajo más articulado con las otras dependencias que tienen relación con la política de gratuidad en la educación, como Bienestar Universitario y registro académico. 3. Se recomienda tener claro los indicadores publicados por el proceso para las auditorias que se realizan.
<p>6. Gestión Bienestar Humano</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pendiente evaluar en una próxima auditoría, para el numeral 7.5, los siguientes puntos: <ul style="list-style-type: none"> - Bienestar universitario realizará revisión de los documentos en el Software Isolución para evaluar la pertinencia de los mismos, adicionalmente podrían incluir en la Información documentada del SIGO el documento del PAI. - La Ficha candidato preseleccionado y control de etapa (BH - F - 001), no se encuentra con firma y argumenta que solo se debe firmar si es administrativo por lo cual se hace la observación de tener un formato que cumpla con todas las características según la necesidad (administrativo o docente) para no presentar esta inconsistencia. 2. Adelantar acciones para fortalecer la claridad del personal perteneciente al proceso sobre los objetivos del PED. 3. Llevar al plan de mejoramiento del proceso la observación en el numeral 7.2 sobre el Plan de Capacitación (Des. Hum.), porque las capacitaciones son muy generales y no evidencia mecanismo para consolidar los requerimientos de capacitación por lo jefes, para diversificar los temas y obtener retroalimentación. 4. Implementar estrategias que permitan articular las actividades de las dependencias que conforman el proceso, para el logro de los resultados. 5. Institucionalmente se recomienda capacitar al personal en temas de comunicación asertiva, medición y seguimiento de indicadores de gestión y temas inherentes a la gestión pública.
<p>6. Gestión Bienestar Humano</p>	<ol style="list-style-type: none"> 6. Establecer un proceso de seguimiento para aquellas áreas que no responden a la solicitud de necesidades de capacitación. 6. Establecer un proceso de seguimiento para aquellas áreas que no responden a la solicitud de necesidades de capacitación. 7. El proceso 6. Bienestar Humano tiene identificados los principales cambios en su gestión (6.3) se sugiere que valide con Calidad institucional una metodología que permita planificar estos cambios para integrarlos al SIGO+. 8. El proceso de Bienestar Humano, debe fortalecer el análisis del seguimiento, ejecución y los resultados de los indicadores de gestión y de los planes de mejoramiento teniendo en cuenta, el detalle de las acciones que adelanta para dicho cumplimiento, además, del impacto que genera en la comunidad académica en su implementación.

7. Gestión de Infraestructura	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se recomienda que el Plan de Mantenimiento de Servicios Generales las actividades sean planificadas mediante cronograma y se lleve control de ejecución de las mismas, al igual que el cumplimiento del porcentaje en la vigencia, con el fin de tener un mejor cumplimiento al requisito 7.1.3. 2. Se deben revisar los indicadores de biblioteca, actualizar la ficha con la nueva métrica y la información para el 2022. 3. Se debe fortalecer el análisis de los indicadores de gestión no solo en el cumplimiento de las acciones realizadas, sino en el impacto de los resultados en la comunidad académica.
8. Evaluación y Mejoramiento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aunque se evidencia la publicación y socialización de las políticas y objetivos de SIGO, SST y Ambiental, se recomienda ampliar el proceso de socialización de éstas, utilizando las diferentes plataformas digitales con que cuenta la Institución. 2. Digitalizar el formato de solicitudes de servicios estadísticos para facilitar su acceso y uso. 3. Concertar tanto con los líderes de proceso, como con los auditores el desarrollo de un plan de auditoria que considere la posibilidad de ser flexible a las disponibilidades de ambos. 4. Es recomendable que la definición de los indicadores sea coherente (nombre, variables y formula), así como el análisis, para que el lector no tenga probabilidad de interpretaciones inadecuadas. Cabe aclarar que durante la auditoría el proceso tomó las acciones correspondientes. 5. Es importante reportar con mayor periodicidad los avances el PM del proceso y procurar no aplazar los cierres sino planearlos con suficiente holgura para que el instrumento sea efectivo y se pueda evidenciar la mejora continua.

Fuente: Construcción propia Área de Calidad Institucional, con base en Informes de Auditoría a los procesos.

5.3. Observaciones y No Conformidades

Proceso	Observaciones y No Conformidades
1. Dir. Estrat. 2 Obs.	<p>Obs. 7.4 En la página institucional existe un enlace denominado "CALENDARIO ACADÉMICO", el cual da acceso directo al mismo y no se encuentra actualizado a la fecha de realización del cierre de la auditoria. Se debe acceder a este a través de otro enlace denominado "DOCUMENTOS INSTITUCIONALES".</p> <p>"La Institución utiliza diferentes medios de comunicación con la comunidad académica, entre ellos se cuenta: DO, página institucional, televisores, correo institucional, pautas publicitarias, entre otras. De igual forma se cuenta con la matriz de comunicación que establece las entradas y salidas."</p> <p>Obs. 7.5 Se evidencia la existencia de diferentes documentos en ISOLUCION que requieren aprobación y/o actualización. Se presenta la documentación por dependencia que debe actualizarse</p>

	<p>en ISOLUCION: Mercadeo DE-F-063. FICHA TÉCNICA DE PROGRAMA. Sin proceso asignado. Identificado igual en auditoria anterior. DE-F-065. Monitoreo Atención Telefónica. Sin proceso asignado. Oficina de Comunicaciones - PLAN DE COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL 2022. Documento no encontrado Secretaria General DE-I-009. SOLICITUDES A SECRETARIA GENERAL. Archivo en borrador desde sep/22 DE-P-001. REVISION POR DIRECCION. Documento no encontrado (eliminar de caracterización)</p>
<p>2. Docencia 1 Obs.</p>	<p>Obs. 7.5.1 La documentación manejada en el proceso 2. Docencia (formatos, instructivos y procedimientos), se encuentra registrada en Isolución con sus respectivas aprobaciones, sin embargo, en revisión realizada, se encuentra que se encuentra un instructivo de inscripciones a grados que aún no está relacionado en el procedimiento, por otra parte la auditoria es realizada por el Academusoft al ser un requisito para la inscripción. Incumpliendo de esta manera lo establecido en la Norma ISO 9001:2015, numeral 7.5.2 Creación y actualización (de la información documentada).</p>
<p>4. Proyección Social 1 NC</p>	<p>NC. 7.5.3 Se evidencian documentos desactualizados en el proceso: - El formato PS-F-015 Encuesta Satisfacción Educación Continua tiene como última fecha de actualización 27 de febrero 2019, versión 1.0 - 2018 presenta tres puntos y durante la auditoria se menciona que se han hecho ajustes y la información es diferente a la que se encuentra en Isolución. https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfXdH1Sh9frvrD6Tszs2Rx7pBwv9aUUP87iPw8hTV1PXVXtNw/viewform. - El procedimiento de Educación continua PS-P-002 Educación continua_V2 se encuentra desde el 12 de septiembre en borrador (en el caso movilidad no se indica si se está actualizando). Con lo anterior se incumple el requisito 7.5.3, porque su disponibilidad no es idea para su uso y no se puede garantizar el acceso a la información.</p>
<p>5. Gestión Financiera 1 Obs.</p>	<p>Obs. 8.7 Deben de trabajar en la actualización de sus SNC según las instrucciones del SIGO. Las dependencia de Jurídica y contabilidad deben de actualizar sus SNC. Expedición de CDP y RP para Contabilidad Recepción de facturas o documentos equivalentes a la factura, con las actas contractuales que las soportan, en el área de jurídica.</p>

<p>6. Gestión Bienestar Humano 1 Obs.</p>	<p>Obs.7.2 En el Plan de Capacitación adelantado por Desarrollo Humano, se evidencia que algunos temas son muy generales, limitando dar respuesta a las necesidades de las diferentes dependencias e institución. Adicionalmente, no cuenta con un mecanismo para consolidar los requerimientos de los jefes de oficina con respecto al personal administrativo a su cargo, con el fin de realizar retroalimentación del plan y dinamizar la gestión institucional con la diversificación de capacitaciones, limitando así, el cumplimiento del requisito 7.2 c), en cuanto a tomar acciones para adquirir la competencia necesaria y evaluar la eficacia de las acciones tomadas.</p>
<p>7. Gestión de Infraestructura a 1 Obs.</p>	<p>Obs. 7.1.3 En cuanto al Plan de Mantenimiento de Servicios Generales se evidencia falta de planificación de las actividades y seguimiento de las mismas, lo cual puede generar el riesgo de que no se mantenga la infraestructura física necesaria para la operación de los procesos institucionales.</p>
<p>8. Evaluación y Mejoramiento</p>	<p>No detecta</p>

Fuente: Construcción propia Area de Calidad Institucional, con base en Listas de Verificación para Auditoría a los procesos.

6. HALLAZGOS REITERATIVOS

En esta auditoría, al igual que en la del año pasado, se volvieron a presentar Observaciones (2) y No conformidades (1) con relación al requisito 7.5, por lo cual se continuarán fortaleciendo estos aspectos mediante el seguimiento cuatrimestral a la Revisión por Dirección:

7.5 Información documentada por "Creación y actualización" o por "Control" de ésta. En la vigencia 2021 era necesario actualizar los documentos de acuerdo con los cambios aplicados (generalmente por el uso de herramientas tecnológicas en la gestión académica y administrativa), y en esta oportunidad (vigencia 2022), porque hace falta revisar y actualizar la documentación registrada en el aplicativo Isolución.

7. RECOMENDACIONES GENERALES

- a) Socializar a los Auditores internos las Charlas Virtuales que ofrece ICONTEC, así como los Webinars que ofrece Isolución, procurando al menos se destinen 2 horas quincenales para ello.
- b) Mantener y controlar desde Calidad Institucional que en cada nuevo documento o actualización de documento tipo Manual, Procedimiento o Instructivo en el software Isolución, se diligencie el campo "Fecha de vencimiento" en la sección "Encabezado", programando de esta forma, la fecha en que deberá revisarse obligatoriamente (cada año), para identificar si es necesario actualizarlos y en ese caso proceder con la actualización. El software generará automáticamente la alerta con un "aviso de vencimiento de documento" en la página de inicio desde el módulo de "Mis Tareas".
- c) En procura de realizar una mejor planeación de los ciclos de auditorías internas, se recomienda realizar las siguientes acciones:
 - Crear un instrumento que permita consultar a Auditores, Líderes y Gestores de procesos, el trimestre que se les facilite para ejecutar el proceso auditor.
 - Planear y socializar el ciclo de auditoría con al menos, 6 meses de antelación a su realización.
 - Constituir un "Comité de auditoría" conformado por representantes de los auditores y los procesos académicos y administrativos, que se encargue de planear, administrar y controlar los ciclos de auditoría.

8. CONCLUSIONES

1.1 El desempeño de los procesos evidencia la conformidad del SIGO con los requisitos de la norma ISO 9001:2015 (SG Calidad).

1.2 Es adecuada y vigente la Información Documentada en el Software ISOLUCIÓN, la Gestión de Riesgos, Oportunidades, SNC, Sistema PQRSFD, Satisfacción de estudiantes, Avance en Planes de Mejoramiento y el Análisis de resultados de Indicadores de Gestión, aunque presentan algunas oportunidades de mejora que se relacionan en este informe y que deben atenderse en el transcurso de la vigencia 2023.