



**Bureau Veritas Certificación**  
**Certificación de Sistemas de Gestión**  
Informe de Auditoría de  
**Certificación**  
**ISO 9001:15**

**Bureau Veritas Certificación**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA**

Información de la Organización						
Nombre de la Organización	UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA					
Dirección	Cra 45 No. 26 - 85 EDIFICIO URIEL GUTIÉRREZ Piso 5º, Of. 566					
Teléfono No.	316 5000 Ext: 18218/	Sitio web		<a href="http://www.unal.edu.co">www.unal.edu.co</a>		
Contrato(s) No(s).	CS-CO-2019-0802					
Información de Contacto						
Nombre persona contacto	Ing.Gloria Inés Cardona Giraldo	Teléfono No.		3007739486		
Dirección e-mail	gicardonag@unal.edu.co / siga_nal@unal.edu.co					
Información de la Auditoría						
Norma(s)	ISO.9001.2015	0	0	0	0	Integrada: <input type="checkbox"/>
Código(s)	37					
						Combinada: <input type="checkbox"/>
Nº de Empleados			Nº Turnos:			
Tipo de Auditoría	Certificación					
Alcance de Auditoría	TODOS LOS PROCESOS QUE CUBREN EL ALCANCE DE LA CERTIFICACION					
Fecha Inicio Auditoría fase 1 o seguimiento:	22/01/2024	Fecha Fin Auditoría fase 1 o seguimiento:		24/01/2024		
Fecha Inicio Auditoría fase 2:	12/02/2024	Fecha Fin Auditoría fase 2:		1/03/2024		
Próxima visita antes de:	FEBRERO DE 2025	Duración (días) de la próxima visita:		8,5 DIAS		
Información del Auditor						
Auditor Líder:	CLAUDIA USECHE M		Iniciales Líder:		CCU	
Auditor (es) (Miembros de	LILIANA PINILLA	0		NA		
Observador(es) y/o traductor(es):	NA					
Horario de los Turnos de la Organización	Turno 1: Hora Inicio: 8:00 AM - Hora fin: 5:00 PM (Administrativo y operativo)	Turno 2: NA	Turno 3: NA	Turno 4: NA	Turno 5: NA	Turno 6: NA
Si se trata de una auditoria "multi-site", se establece un Apéndice relacionando todos los emplazamientos relevantes y/o centros remotos establecidos y anexos al informe de auditoría.						
Distribución	Cliente / Equipo Auditor / Oficina BV Certification					

Resumen de los hallazgos de la auditoria					
No. De No conformidades registradas:		Mayor	0	Menor	3
¿Se requiere una Auditoría Extraordinaria?	NA	Duración de la Auditoría Extraordinaria:		NA	día(s)
Fechas reales de la auditoria extraordinaria:		Inicio:	NA	Final:	NA
Observaciones auditoria extraordinaria:		NA			
Recomendación del equipo Líder					
Normas (s)		Recomendación			
ISO.9001.2015		CERTIFICAR AL CIERRE ADECUADO DE LOS HALLAZGOS			
0		0			
Auditor Líder:		Auditor(es) Miembros del equipo			
CLAUDIA USECHE M	LILIANA PINILLA	0	0		
	CAROLINA VERANO	0	0		
	0	0	0		
	0	0	0		
	0	0	0		
Alcance de Certificación junto con la no aplicabilidad (declaración de alcance debe ser verificada y aparecerá en el siguiente espacio)					
Alcance General:	Planeación, ejecución y apoyo administrativo para el Diseño y prestación de los servicios de educación superior: formación, extensión e investigación en ciencias humanas y sociales, ciencias agropecuarias, ingenierías, artes y arquitectura, ciencias de la salud y ciencias puras.				
Alcance Sitio 1:	Planeación, ejecución y apoyo administrativo para el Diseño y prestación de los servicios de educación superior: formación, extensión e investigación en ciencias humanas y sociales, ciencias agropecuarias, ingenierías, artes y arquitectura, ciencias de la salud y ciencias puras.				
Alcance Sitio 2:	Planeación, ejecución y apoyo administrativo para el Diseño y prestación de los servicios de educación superior: formación, extensión e investigación en ciencias humanas y sociales, ciencias agropecuarias, ingenierías, artes y arquitectura, ciencias de la salud y ciencias puras.				
Alcance Sitio 3:	Planeación, ejecución y apoyo administrativo para el Diseño y prestación de los servicios de educación superior: formación, extensión e investigación en ciencias humanas y sociales, ciencias agropecuarias, ingenierías, artes y arquitectura, ciencias de la salud y ciencias puras.				
Alcance Sitio 4:	Planeación, ejecución y apoyo administrativo para el Diseño y prestación de los servicios de educación superior: formación, extensión e investigación en ciencias humanas y sociales, ciencias agropecuarias, ingenierías, artes y arquitectura, ciencias de la salud y ciencias puras.				
Alcance Sitio 5:	Planeación, ejecución y apoyo administrativo para el Diseño y prestación de los servicios de educación superior: formación, extensión e investigación en ciencias humanas y sociales, ciencias agropecuarias, ingenierías, artes y arquitectura, ciencias de la salud y ciencias puras.				
Acreditación:					
Idiomas:					
Instrucciones Adicionales (instrucciones adicionales para el certificado o información para la oficina):					

## RESUMEN DE AUDITORIA

### Objetivos de la auditoria:

#### Objetivos generales:

- a) Determinar la conformidad del sistema de gestión de la organización, o parte de dicho sistema, con los criterios de auditoría.
- b) Evaluar la capacidad del sistema de gestión para asegurar que la organización cumple con los requisitos legales, reglamentarios y contractuales asociados al sistema de gestión objeto de auditoría.
- c) Evaluar la eficacia del sistema de gestión para asegurar que la organización es capaz de cumplir los objetivos especificados del sistema de gestión.
- d) Identificar las áreas en las que la organización puede tener mejoras potenciales del sistema de gestión.

#### Objetivos de la fase 1:

- a) Revisar la información documentada del sistema de gestión de la organización.
- b) Evaluar las condiciones específicas del sitio e intercambiar información con el personal de la organización con el fin de determinar el estado de preparación para la etapa 2.
- c) Revisar el estado de la organización y su grado de comprensión de los requisitos de la norma, en particular en lo que concierne a la identificación del desempeño clave o de aspectos, procesos, objetivos y funcionamiento significativos del sistema de gestión.
- d) Recopilar la información necesaria correspondiente al alcance del sistema de gestión, que incluye:
  - las ubicaciones de la organización.
  - los procesos y equipos empleados.
  - los niveles de controles establecidos.
  - los requisitos legales y reglamentarios aplicables al sistema de gestión.
- e) Revisar la asignación de recursos para la etapa 2 y acordar con la organización los detalles de ésta.
- f) Proporcionar un enfoque para la planificación de la etapa 2 mediante la comprensión suficiente del sistema de gestión de la organización y de las operaciones del sitio en el contexto de la norma del sistema de gestión u otros documentos normativos.
- g) Evaluar si las auditorías internas y la revisión por la dirección se planifican y realizan, y si el nivel de implementación del sistema de gestión confirma que la organización está preparada para la etapa 2.

#### Objetivos de la fase 2:

Evaluar la implementación, incluida la eficacia del sistema de gestión de la organización incluyendo:

- a) La información y evidencia de la conformidad con todos los requisitos de la norma de sistemas de gestión aplicable u otros documentos normativos.
- b) La realización de seguimiento, medición, informe y revisión con relación a los objetivos y metas de desempeño clave.
- c) La capacidad del sistema de gestión de la organización y su desempeño en relación con el cumplimiento de requisitos legales, reglamentarios y contractuales aplicables a éste.
- d) El control operacional de los procesos de la organización.
- e) Las auditorías internas y la revisión por la dirección.
- f) La responsabilidad de la dirección en relación con las políticas de la organización.
- g) Relación entre los requerimientos normativos, política, objetivos de desempeño y metas ( consistente con las expectativas en la norma del sistema de gestión aplicable u otro documento normativo), cualquier requerimiento legal aplicable, responsabilidades, competencias de personal, operaciones, procedimientos, datos de rendimiento y hallazgos de auditoría interna y conclusiones.
- h) Para sistemas de gestión de seguridad y salud en el trabajo confirmar que todos los peligros identificados como significantes son controlados dentro del sistema de gestión.
- i) Verificar que el personal legalmente responsable en sistemas de gestión de seguridad y salud en el trabajo con responsabilidades en cuanto al monitoreo de la salud de los trabajadores, representante de los trabajadores y otras responsabilidades en cuanto al sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo participaron en la reunión de cierre. En caso de ausencia debe quedar registrada la justificación respectiva.

**Objetivos de la auditoría de seguimiento:**

El alcance del seguimiento es asegurar el cumplimiento del sistema de gestión del cliente certificado de los requerimientos específicos con respecto a la norma. Este debe incluir:

- a) Auditorías internas y revisión por la dirección.
- b) Una revisión de las acciones tomadas en las no conformidades identificadas durante la auditoría previa.
- c) Tratamiento de quejas.
- d) Efectividad del sistema de gestión revisando el logro de los objetivos del cliente certificado
- e) Progreso de actividades planeadas enfocadas al mejoramiento continuo
- f) Control operacional continuo
- g) Revisión de cualquier cambio, y
- h) Uso de logo y/o cualquier otra referencia de la certificación.

**Objetivos de la auditoría de recertificación:**

El alcance de la auditoría de recertificación es evaluar el cumplimiento continuo de todos los requerimientos de la norma del sistema de gestión (u otro documento normativo relevante). El propósito de la auditoría de recertificación es confirmar la conformidad continua y efectividad del sistema de gestión como un todo y su relevancia continua y aplicabilidad para el alcance de la certificación.

Esto debe incluir lo siguiente:

- a) La efectividad del sistema de gestión en su totalidad, a la luz de los cambios internos y externos y su relevancia continua y aplicabilidad al alcance de la certificación.
- b) Compromiso demostrado de mantener la efectividad y mejora del sistema de gestión para maximizar el rendimiento de la organización.
- c) Revisar si la operación del sistema de gestión certificado contribuye al logro de la política y objetivos de la organización.

Nº de no conformidades de la anterior auditoría:	Mayores	0	Menores	0
Nº de no conformidades cerradas:	Mayores	0	Menores	0
Nº de no conformidades abiertas de nuevo:	Mayores	0	Menores	0
Las conclusiones de la revisión de las NC (o áreas de Preocupación identificadas en Fase 1) inmediatamente anteriores son:	NA			
Verificación del ciclo completo previo de informes de Auditoría de Bureau Veritas Certificación	NA			
Insumos básicos y planificación inicial: (Actividades/locaciones/procesos/funciones de la organización basados en el plan de auditoría que fue presentado y se acordó con el auditado antes de la auditoría y fueron cubiertos y enumerados en la Sección de Resumen de Auditoría (Matriz de Auditoría) del informe)	El auditor realizó una auditoría presencial. La auditoría se basó en los procesos según la planificación centrada en los aspectos significativos, riesgos y objetivos. La metodología de esta consistió en realizar entrevistas, observación de las instalaciones de la base, del proyecto y de la oficina y algunos equipos en tiempo real y la revisión de documentos y registros. La Auditoría inició con una Reunión de Apertura, con la asistencia de la dirección y demás personal responsable de los procesos. Se desarrolló el plan de auditorio enviado previamente y revisado en la reunión de Apertura que incluyó las actividades, procesos y funciones de la organización. Estos fueron cubiertos y enumerados en la Sección de Resumen de Auditoría de este informe.			

## Hallazgos de Auditoria

El equipo auditor ha realizado una auditoría basada en los procesos, centrada en los aspectos significativos, riesgos y objetivos. La metodología de auditoría empleada ha consistido en entrevistas, observación de las actividades y revisión de documentos y registros

La Auditoría en sitio inició con una Reunión de Apertura, contando con la asistencia de altos directivos de la organización.

Los hallazgos de auditoría fueron comunicados a la Dirección de la Organización durante la Reunión de Cierre, al igual que las conclusiones finales referentes a los resultados de la auditoría y recomendaciones dadas por el equipo auditor.

Adecuación de la documentación del sistema de gestión:	La estructura documental del Sistema de Gestión de Calidad se basa en la declaración de una política integral y de sus objetivos, documentados en el proceso de planeación y gerencia estratégica. La información documentada se encuentra desarrollada en todos los documentos, ya sean procedimientos, manuales, instructivos, documentos de apoyo, registros, formatos o cualquier tipo de documento pertinente.
--	---

Validación de alcance:	<p><b><u>ALCANCE: Planeación, ejecución y apoyo administrativo para el Diseño y prestación de los servicios de educación superior: formación, extensión e investigación en ciencias humanas y sociales, ciencias agropecuarias, ingenierías, artes y arquitectura, ciencias de la salud y ciencias puras.</u></b></p> <p>Visto acuerdo 04 de 2023 calendario académico sede Palmira y de trámites y solicitudes estudiantiles para pregrado y posgrado, correspondientes al período 2024-1S. Incluye cargue de calificaciones y homologaciones, generación publicaciones, inscripción de asignaturas, solicitud cupo por estudiantes, fechas de pago de recibos, semanas de inducción, inicio de clases, adiciones y cancelaciones, semana santa, finalización de clases hasta 1.jun.2024.</p> <p>Puntaje básico de matrícula, se analiza con documentos en plataforma Universitas.</p> <p>Reliquidación y cálculo del PBN</p> <p>A partir de qué período 2024 2 (ingresan el recálculo)</p> <p>Recibo sale con nuevo PBN</p> <p>Pregrado: Parametrizado con acuerdo 100 del 1993. Y circular 001 de 2024 con valores de punto para el año 2024.</p> <p>Muestra # 1: Pregrado. Programa Ing. Agrícola. Visto liquidación en plataforma, con confirmación de datos de pensión, estrato, ingresos de la familia: total PBM 35 puntos. 1,56 de salario mínimo.</p> <p>Jean Escobar. TI. 1.108.335.535, registro civil, carta del colegio con valor de pensión Monseñor José Manuel Salcedo del 17.nov.2023, resultados de pruebas saber 242/500, cédula mamá, cédula papá, recibo publico – energía estrato 2, certificado de ingresos de no declarante, certificado de afro del 15.nov.2023, certificado de catastro nacional no cuenta con vivienda propia, certificación EPS Sanitas, certificado de ingresos y retenciones del padre, formato de matrícula.</p>
------------------------	--

No Aplicabilidad de Requisitos (Justificación):	no se evidencia no aplicabilidad de causas
---	--

Nivel de Integración: (En caso de una auditoria de sistemas de gestión integrado)	NA
---	----

Cumplimiento de los compromisos de la Política y Objetivos:	La estructura documental del Sistema de Gestión se basa en la declaración de una política integral y de sus objetivos, documentados en el proceso de planeación y gerencia estratégica. La información documentada se encuentra desarrollada en todos los documentos, ya sean procedimientos, manuales, instructivos, documentos de apoyo, registros, formatos o cualquier tipo de documento pertinente.
---	--

### Uso de tecnología de la información y comunicación (TIC) para fines de auditoría/evaluación

Las TIC utilizadas durante el ejercicio de auditoria fueron eficaces y efectivas:	NA
---	----

## Descripción de la conformidad y capacidad del sistema de gestión:

ºAnálisis de contexto: Se inicio en el 2018, definió metodología prospectiva: cada sede aplicaba en sus equipos la propuesta, en 2019 fase de mesas de trabajo en sede: fase I, construcción del proyecto cultural y colectivo de nación, fase I análisis técnico de tendencias documento base visión 2034, expertos evaluación.  
Fase III: mesas de trabajo sedes.  
Fase IV: se seleccionaron sobre los documentos por consensos: gran deliberación nacional: se incluyeron foros plei 2034: sostenibilidad financiera, ciencias abiertas, evaluación científica y divulgación del conocimiento, universidad paz y territorio, codificando el futuro (digital), gobierno, gobernabilidad y democracia.  
Fase V: construcción del plan global de desarrollo 2022-2024: proyecto cultural, científico y colectivo la Nación.  
Revisa el consejo superior: ministra de Educación, 2 delegados del Gobierno (productivo- egresado), representante exrectores, miembro del consejo académico, estudiantes y profesores, y representante de SESU. Versión 2.0 aprobada. Se evidencia documento PLEI 2034 plan estratégico institucional versión 2.0, se debían establecer rutas o indicadores, se evidencia documento físico y documento digital.  
Análisis de contexto: PLEI institucional Plei2024, se construye a nivel nacional, se realizan mesas técnicas, claustros y colegiaturas; se recogen necesidades y expectativas; resultados de proyectos anteriores. Presentación de antecedentes y estadísticas. Escenarios a 2034,  
Se cuenta con plan global de desarrollo por periodos de las rectorías.  
Se definen cuatro capítulos: 1. Plan estratégico institucional, 2. Aspectos metodológicos, 3. Aproximación a contexto histórico 4: contexto presente de la universidad, 5. Resultado de ejercicio prospectivo a nivel nacional.  
Se establecen núcleos para la planeación: de gestión del conocimiento, liderazgo colectivo, núcleo de sostenibilidad financiera, núcleo de gobernanza universitaria, núcleo bienestar universitario, núcleo de cultura organizacional y gestión académica administrativa (calidad), núcleo de campus sustentable: cada uno de los núcleos establece su descripción, tendencia, propósitos orientadores, escenarios y apuestas.  
Se cuenta con la construcción de las hojas de ruta entregado a octubre 2023, se establecen 7 núcleos y por cada núcleo 17 rutas: liderazgo colectivo e incidencia en la sociedad, sostenibilidad financiera, gobernanza universitaria, bienestar universitario, cultura organizacional y gestión académica- administrativa, campus sustentables, gestión del conocimiento.  
Se evidencian correos masivos de difusión "email 24/10723 a todas las dependencias se indica donde consultarlo por medio de unimedios.  
Muestra palmira: Debilidades: no contar con presupuesto para suplir necesidades; mayoría de estudiantes de zonas apartadas (brindar apoyo de parte educativa); Fortalezas: sistemas de información -SARA; personal competente (profesionales); Amenazas: información en físico sea tomada del original.

ºSe cuenta con infografía de partes interesadas teniendo en cuenta aspectos: estratégico, académico, administrativo, comercial, contractual, político, social, económico, legal, salud. Instancias: alta dirección (rectoría Dolly Montoya y vicerrectoría general – Pablo Abril); cuerpos colegiados; jefes y directivas; oficinas y dependencias, procesos institucionales, facultades, centros e institutos.  
Cada sede cuenta con un coordinador del SGC. Usuarios de Comunidad Universitaria: estudiantes, egresados, docentes, empleador, administrativos, servidores públicos, trabajadores oficiales, educadores y pensionados.  
Otras posibles partes interesadas: personas naturales y jurídicas, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales; entidades de control regualción; vigilancia y despachos judiciales, gremios, entre otros. Cada proceso cuenta con identificación de usuarios y partes interesadas a través de documento CUPI que incluye: contexto, usuario, características y descripción, necesidades, expectativas, productos o servicios relacionados, nivel de relevancia; medios o canales de comunicación; estrategia de relacionamiento.  
Muestra: Gestión Administrativa de apoyo a la Formación. Visto en SoftExpert. Caracterización de usuarios y partes interesadas. CUPI.05.007 Fecha: 19.dic.2023. Se incluye: docentes, dependencias administrativas de apoyo a la formación, exalumno, egresado, admitido, aspirante. Por cada usuario se especifica características sociodemográficas de usuarios: edad, género, nivel educativo, discapacidad, etnia, enfoque diferencial, ubicación geográfica, conocimientos requeridos, intereses o preferencias relacionadas.  
Revisar cuando se realice la auditoría en el proceso, porque en la CUPI solamente dice se identifica, pero no el mecanismo mediante el cual se cumple. Auditados manifiestan que información se encuentra en ISYSDNA.  
Partes interesadas: organismos de regulación, control y vigilancia; Ministerio de Educación Nacional; Consejo Nacional de Acreditación; Funcionarios y Servidores públicos.  
Muestra: -Admitido a programas de pregrado o posgrado. Necesidad: adquirir la calidad de estudiante activo de un programa académico. Expectativa: reducción en tiempos de respuesta, actualización en los sistemas de información, optimización en los procesos administrativos, ampliación de oferta de productos y servicios. Productos o servicios relacionados: comités, consultas, eventos, convocatorias, socializaciones, jornadas de trabajo, reuniones talleres. Nivel de relevancia: alto. Medios o canales de comunicación: presencial, virtual, telefónico, correo electrónico, página web, comunicados oficiales. Estrategia de relacionamiento: plataformas de sistemas de información, comités, consultas, eventos, convocatorias, socializaciones, jornadas de trabajo, reuniones talleres.  
ºSe evidencia documento caracterización de usuarios y partes interesadas, se incluye en formulario soft expert, se incluyen dependiendo el contexto interno y externo, grupo de interés, necesidades, expectativas, productos o servicios relacionados, poder, interés, total y nivel, medios o canales de comunicación y retroalimentación, se incluyen: sociedad, ecosistema de educación ciencia y tecnología (estado): cumplimiento de lineamiento sobre políticas de planeación, gestión institucional y seguimiento., procesos de mejoramiento o de la gestión, consejo sede, consejo superior, consejo académico todos los procesos, comunidad universitaria. Incluye para el caso de sede palmira: órganos de control, Consejo de sede, todos los procesos, comunidad universitaria.

muestra palmira: - Consejo de sede. Visto programación del 11.ago.2023. Proyecto Subcomponente 607-C5S1 Adquisición de materi bibliográfico. Dirigido a Bibliotecóloga de la Universidad.

ºSe evidencia mejora gestión integral del riesgo, se incluye emisión y divulgación de Marco integral para la gestión de Riesgo, despliegue MIGR, parametrización de los ajustes metodológicos, consolidación de la cultura GIR se emitieron piezas graficas: sobre la política, objetivos generales y específicos, beneficios de la gestión, ciclo de gestión del riesgo, marco integral de la gestión del

General:  
(Descripción general de la Organización, de su contexto y de las acciones para abordar los riesgos y oportunidades, también debe mencionar los sitios y locaciones cubiertos en la auditoría)

<p>Contiúa mejora:</p>	<p>Se validan acciones correctivas del proceso de mejora: repositorio de acciones, portal del proceso, acción número Se evidencia acción 1786 actualización de módulo de ocurrencia y plan de acción de aplicativo softexpert, formulado por siga, programa 13 se finalizó en febrero de 2023, se definieron 5 actividades con responsable y fecha. Se actualiza actividad, de procedimiento se actualizo el procedimiento acciones correctivas, preventivas y de mejora, versión 7 modulo documentos, se asocia el documento. Se indica el cambio planes de encuentran sistematizados, se incluyó el flujo de trabajo, vigente desde el 9/02/24.</p> <p>Acción de Componentes indicadores en el 2020 de prueba piloto a despliegue. Anualmente se actualiza la gestión año 2023 la cualificación, actividades de hojas de vida quedaron en marzo investigación, mejora y talento humano, actividades de sensibilización a todos los procesos, área de cultura en implementación en sede. Prueba piloto 7 procesos y prioritario control interno, 11 procesos.</p> <p>Mejora bienestar</p> <p>Área de alianzas estratégicas:</p> <p>Se realizo a base de datos municipios con la universidad nacional. En el sistema SIBU se realizó estadística para informar a municipios, se evidencia documento de 28/11/2023: intención de celebrar convenio con la alcaldía de Manizales, se indican que hay 2.341 estudiantes de Manizales, se indican las áreas de bienestar universitario con las que se cuenta. Se evidencia respuesta de sabaneta del 11/01/2024, se solicita agendamiento para las alcaldías. Base de datos del SIA, por municipios, identificación. Fondo de apoyo estudiantil: se manejará con administrador del convenio. Se valida información de base de datos se validó el municipio de Zipaquirá 245.</p> <p>Se han implementado mejoras de formato de seguimiento a rutas críticas; consolidación de manual de mantenimiento; plan específico de mantenimiento.</p> <p>Muestra: Visto documentación den formato de acciones correctivas y preventivas. NC. Falta de mantenimiento de infraestructura y equipos electromecánicos. Fecha: 22.nov.2022. Creación de manual de mantenimiento y plan específico. Visto avance de manual de mantenimiento preventivo y correctivo para sede Palmira.</p> <p>Se han implementado mejoras de formato de seguimiento a rutas críticas; consolidación de manual de mantenimiento; plan específico de mantenimiento.</p> <p>Muestra: Visto documentación den formato de acciones correctivas y preventivas. NC. Falta de mantenimiento de infraestructura y equipos electromecánicos. Fecha: 22.nov.2022. Creación de manual de mantenimiento y plan específico. Visto avance de manual de mantenimiento preventivo y correctivo para sede Palmira.</p>
	<p>Se valida revisión por la dirección, vicerrectoría general, de circular 01 de 2023, fecha 22 de febrero de 2023. Se indican los lineamientos para revisión y que información se debe contar, se indicó que a 30 de abril de 2023, se entreguen información de la revisión.</p> <p>Se cuenta con los resultados de la gestión integral, se cuenta con etapas de sistema de quejas y reclamos. Se evidencia informe de la vigencia de 2022, de fecha julio de 2023, se validan entradas de la revisión actividades del periodo anterior, las propuestas se realizan a través de los proyectos BPUN, se incluye satisfacción del cliente.</p> <p>Visto informe de revisión por la dirección del 27. septiembre 2023. Participantes: Marcela Aristizábal – Coordinador SGC. Jaime Muñoz – Vicerrector Sede Palmira. Incluye: satisfacción de usuarios, retroalimentación de usuarios (PQRS), desempeño de los procesos (CMSGP); conformidad de los productos y servicios (SNC), No conformidades y acciones correctivas (Mejoramiento continuo); resultados de evaluaciones internas; adecuación de recursos; eficacia de acciones para abordar riesgos y oportunidades.</p> <p>Acción de mejora: tiempos de recolección de información por parte de las áreas para consolidar el informe de revisión gerencial.</p> <p>Visto informe de revisión por la dirección con información de 2022. Fecha: junio 2023.</p> <p>Incluye: estados de acciones previas, cambios en las cuestiones externas e internas del SGC; desempeño y eficacia del SGC, satisfacción de los uruarios; retroalimentación de los usuarios (pqrs, cupi), logro de objetivos de calidad; desempeño de los procesos; conformidad de productos y toma servicios; NC, AC y mejoramiento continuo; resultados de evaluaciones, desmpañeo de los proveedores, adecuación de recursos. Se diligencian los apartados correspondientes al proceso de Mejoramiento Continuo. Salidas: Proyecto de inversión relacionado con fortalecimiento del SGC.</p>
<p>Áreas de preocupación Fase 1:</p>	<p>na</p>
<p>Conclusiones fase 1 (Seleccionar de la lista desplegable):</p>	
<p>Recomendación de Fase 1:</p>	<p>na</p> <p>No Aplica</p>
<p><b>Fortalezas</b></p>	
<p>Planeación y estructuración del sistema de gestión</p>	
<p>Mejoramiento del sistema según los resultados de la auditoria interna</p>	
<p>la formalizacion de metodologias en las diferentes areas o procesos</p>	

No Conformidades					
NCR 1: (numeral de la norma)	9.1.1	Auditor: (3 iniciales- mayúscula)	CCU	Norma(s):	ISO.9001.2015
Área: (Proceso)	12.011 Gestión Administrativa de Bienes y Servicios	03.003 Divulgación Cultural			
Clasificación:	Menor				
REQUERIMIENTO ESTÁNDAR AUDITADO	9.1 SEGUIMIENTO, MEDICIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN. 9.1.1 Generalidades La organización debe determinar: a) qué necesita seguimiento y medición; b) los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación necesarios para asegurar resultados válidos; c) cuándo se deben llevar a cabo el seguimiento y la medición; d) cuándo se deben analizar y evaluar los resultados del seguimiento y la medición. La organización debe evaluar el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad. La organización debe conservar la información documentada apropiada como evidencia de los resultados.				
DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	la organización determina que requiere seguimiento y medicion, pero no se asegura que todos los procesos cuenten la informacion de medicion, asi como la determinacion de metas adecuadas a la mejora continua.				
EVIDENCIA OBJETIVA PARA DECLARAR LA NC Y JUSTIFICACIÓN DEL GRADO (MAYOR O MENOR)	Indicador: se valida inventario de indicadores: número de asistentes a los museos adscritos a la dirección, frecuencia anual, meta de 2000 a 16000 asistentes al año de los museos, meta 2000, resultado 2023: 50.058. analisis adecuados. No se evidencia que la meta es acorde con la medición. Indicador de divulgación cultural: participación de la comunidad universitaria a los diferentes eventos de la dirección de patrimonio cultural. Indicador anual. Indicador anual de 1000 a 8000 asistentes al semestre. La meta no es acorde con la trazabilidad de datos y línea base: la meta de 2000, resultado para el 2022, 83125 y 2023 50.058. *Se valida indicador de la planeación de la contratación de bienes y servicios código del indicador U.1.12.002.001, alcance: nivel nacional, sede facultad y unidades especiales, semestral, normal 0-10%, resultado de 1 semestre 2022 7,5% - 2 semestre 10,51%, se incluye el analisis de resultados. No se evidencia informa anual de resultados: facultad de arquitectura en Medellín: 15,7%, se cuenta con datos de varias facultades, pero no se evidencia el consolidado de información que alimenta para primer semestre de 2023 de todas las facultades y datos generales para 2do semestre 2023. Es de caracter menos por que incumple parcialmente el numeral.				
NCR 2: (numeral de la norma)	6,3	Auditor: (3 iniciales- mayúscula)	CCU	Norma(s):	ISO.9001.2015
Área: (Proceso)	06.005 Gestión de la Extensión	03.001 Divulgación de la Información Oficial			
Clasificación:	Menor				
REQUERIMIENTO ESTÁNDAR AUDITADO	PLANIFICACIÓN DE LOS CAMBIOS. Cuando la organización determine la necesidad de cambios en el sistema de gestión de la calidad, estos cambios se deben llevar a cabo de manera planificada (véase 4.4). La organización debe considerar: a) el propósito de los cambios y sus consecuencias potenciales; b) la integridad del sistema de gestión de la calidad; c) la disponibilidad de recursos; d) la asignación o reasignación de responsabilidades y autoridades.				
DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	la organización no asegura que los cambios se lleven a cabo de manera planificada, donde se considere: -el propósito de los cambios y sus consecuencias potenciales; - la integridad del sistema de gestión de la calidad; - la disponibilidad de recursos; - la asignación o reasignación de responsabilidades y autoridades.				
EVIDENCIA OBJETIVA PARA DECLARAR LA NC Y JUSTIFICACIÓN DEL GRADO	*Proceso extensión el cambio sproject no se evidencia documentado según los lineamientos del SGC: Cambios en la forma de gestionar, cambios en la estructura del equipo: Se estableció un organigrama nuevo entre otros. *En el proceso de divulgación información oficial: Se cuenta con proyecto de diseño de APP para mejorar la gestión legal con los estudiantes proyecto 474 de modernización de la gestión académica. Meta 1.2 actividad 1.2.5 diseñar la app normativa para 2019 -				

<p style="text-align: center;">NOTA</p>	<p>Las no conformidades detalladas en este documento se abordarán a través del proceso de acción correctiva de la organización, de acuerdo con los requisitos de acción correctiva relevantes del estándar de auditoría, en acciones para evitar que vuelva a ocurrir y se mantengan registros completos.</p> <p>Las acciones correctivas para abordar las principales no conformidades identificadas se llevarán a cabo de inmediato. Nuestro auditor realizará una visita de seguimiento dentro de los 90 días para confirmar las acciones tomadas, evaluar su efectividad y determinar si se puede otorgar o continuar la certificación.</p> <p>Se llevarán a cabo acciones correctivas para abordar las no conformidades menores identificadas y se mantendrán registros con evidencia de apoyo.</p> <p>Las respuestas a las no conformidades pueden ser en copia impresa o electrónicamente usando el NCR en este documento (preferido) y enviadas a la oficina de Certificación de BV.</p> <p>En la próxima visita de auditoría programada, el equipo de auditoría de BV Certification hará un seguimiento de todas las no conformidades identificadas para confirmar la efectividad de las acciones correctivas tomadas y cerrarlas.</p> <p>Todos los servicios ofrecidos bajo la Acreditación UKAS son realizados bajo el control de gestión de Bureau Veritas Certificación Holding SAS - Sede Reino Unido.</p> <p>Todos los servicios ofrecidos bajo la Acreditación ONAC son realizados bajo el control de gestión de BVQI Colombia Ltda.</p>
<p style="text-align: center;">NO CONFORMIDADES</p>	<p>La revisión de no conformidades se realiza a través una revisión de oficina. Sin embargo, dependiendo de la severidad de los hallazgos, el auditor puede realizar una auditoría de seguimiento para confirmar las acciones tomadas, evaluar su efectividad y determinar si se recomienda otorgar la certificación o su continuidad, según corresponda.</p> <p>Es recomendable que el cliente provea de una respuesta temprana a fin de que haya tiempo para revisiones adicionales en caso de ser necesarias.</p> <p>Para recertificaciones, el plazo para el tratamiento de no conformidades será definido por el líder del equipo auditor a fin de que las acciones correctivas sean implementadas previo al vencimiento del certificado.</p> <p>b. Contenido previsto de la respuesta</p> <p>La respuesta del cliente ante una NC debe ser revisada por el líder del equipo auditor en tres partes: corrección, análisis de causa raíz y acciones correctivas.</p> <p><u>Corrección</u> Asegurarse de que la corrección responda a la pregunta “¿Es este un caso aislado o no?”, en otras palabras “¿Hay algún riesgo de que esto pueda volver a ocurrir en los otros sitios / departamentos?”.</p> <p><u>Análisis de Causa Raíz</u> Asegúrese de que la causa raíz responda la pregunta “¿Qué aspecto del sistema tuvo que fallar para que el problema ocurra?”.</p> <p><u>Acción Correctiva</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La acción correctiva o el plan de acción correctivo tratan la/s causa/s raíz/raíces determinada/s en el análisis de causa raíz. De no haber definido una verdadera causa raíz no podrá prevenir la repetición del problema.</li> <li>2. Para poder ser aceptado, el plan debe incluir: <ul style="list-style-type: none"> <li>- acciones para tratar la o las causas raíz.</li> <li>-identificación de los responsable por las acciones</li> <li>-un cronograma (con fechas) para su implementación</li> <li>-siempre debe incluir un “cambio” en el sistema. Capacitación y/o la publicación de un boletín, generalmente no son cambios en el sistema.</li> </ul> </li> </ol>
<p>OBSERVACIONES</p>	
<p>NUMERO DE RIESGOS IDENTIFICADOS – RESPONSABILIDAD- SEGUIMIENTO</p> <p>DEFINICION DE INDICADORES – FICHAS - METAS Y RANGOS DE CUMPLIMIENTO</p> <p>DEFINICION CLARA DE LAS ETAPAS DE MANEJO DE PROVEEDORES: SELECCIÓN -EVALUACIÓN- SEGUIMIENTO AL DESEMPEÑO Y REEVALUACIÓN PARA PERSONA NATURAL O JURIDICA EN LOS DIFERENTES PROCESOS CONTRACTUALES EJECUTADOS EN LA UNIVERSIDAD</p> <p>LOS MECANISMOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA LOS INDICADORES EN SU ACCESO Y SOPORTE</p> <p>ESTÁNDAR DE ACTIVIDADES – PROCEDIMIENTOS - GUÍAS EN LOS DIFERENTES PROCESO Y EN ESPECIAL EN EL PROCESO DE EGRESADOS</p>	
	<p>El equipo de auditoría explicó a la organización durante la reunión de cierre de la auditoría, información pertinente a la política y las pautas de Bureau Veritas para el uso de la marca de</p>

<p>Uso del Logo:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> El logo se utiliza en Informes de inspección, laboratorio o calibración. Certificados E.j: Certificados de labores o trabajo, certificados de ensayos, certificados de calibración, certificados de competencias, certificados de aprobación de productos, conceptos técnicos, etc. o cualquier documento que evidencie evaluación, conformidad o aprobación.</li> <li><input type="checkbox"/> El logo se utiliza en Contratos y/o Facturas.</li> <li><input type="checkbox"/> El logo se utiliza sobre el producto, etiqueta, empaque, manual o ficha técnica de producto</li> <li><input type="checkbox"/> El logo se utiliza en Tiquetes o boleterías de juegos de azar y/o similares.</li> <li><input type="checkbox"/> El logo se utiliza en Documentación Legal (decretos, resoluciones, etc).</li> <li><input type="checkbox"/> El logo se utiliza en Placas y Trofeos.</li> <li><input type="checkbox"/> La Organización no ha hecho uso de los logos de Organismos de acreditación.</li> </ul>
<p>Comentarios adicionales sobre uso del logo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> El uso del logo, según lo evaluado previamente se observa en concordancia con el Manual de Uso de la Marca Bureau Veritas Certification.</li> <li><input type="checkbox"/> El equipo auditor detectó casos de uso indebido del logotipo de BV y los notificó a la organización; también se planteó como una no conformidad sobre el uso del logotipo.</li> <li><input type="checkbox"/> No Aplica. La organización no hace uso de la Marca de Certificación Bureau Veritas.</li> </ul>
<p>Incertidumbre / Obstáculos que podrían afectar la confiabilidad de las conclusiones de la auditoria:</p>	

Opiniones divergentes (discrepancias)  
sin resolver entre el Equipo Auditor y  
el Auditado:

<p>Modificaciones del programa y/o plan de auditoría y Justificación respectiva/ Actividades de seguimiento acordadas:</p>	
<p>Conclusiones:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se ha demostrado la conformidad de la documentación del Sistema de Gestión, con los requisitos de la norma auditada y dicha documentación proporciona estructura suficiente para apoyar la implantación y mantenimiento del sistema de gestión,</li> <li>• La Organización ha demostrado la efectiva implantación y mantenimiento / mejora de su Sistema de Gestión.</li> <li>• La Organización ha demostrado el establecimiento y seguimiento de adecuados objetivos y metas clave de desempeño, y ha realizado el seguimiento del progreso hacia su consecución.</li> <li>• El programa de auditorías internas ha sido implantado en su totalidad y demuestra su eficacia como herramienta para mantener y mejorar el Sistema de Gestión.</li> <li>• A través del proceso de auditoría, se ha demostrado la total conformidad del Sistema de Gestión con los requisitos de la norma auditada.</li> </ul>
<p>Recomendaciones:</p>	<p>El Equipo Auditor ha realizado una auditoría basada en los procesos, centrada en los aspectos/riesgos significativos y objetivos requeridos por la(s) norma(s). La metodología de auditoría empleada ha consistido en entrevistas, observación de actuaciones, muestreo de las actividades y revisión de documentos y registros.</p> <p>El desarrollo de la auditoría se realizó de acuerdo al plan de auditoría y a la matriz de procesos auditados incluidos en los apéndices de este informe resumen de auditoría.</p> <p>El equipo auditor llega a la conclusión de que la Organización ha establecido y mantenido su sistema de gestión de acuerdo a los requisitos de la(s) norma(s) y ha demostrado la capacidad del sistema para lograr que se cumplan los requisitos para los productos y/o servicios incluidos en el alcance, así como la política y los objetivos de la Organización.</p> <p><u>Declaración de descargo de responsabilidad:</u> la auditoría se basa en un proceso de muestreo de la información disponible y la confirmación del cumplimiento de los objetivos de la auditoría.</p> <p>Por lo tanto, el equipo de auditoría, basado en los resultados de esta auditoría y el estado de desarrollo y madurez demostrado del Sistema, recomienda que la certificación de este Sistema de Gestión sea (Seleccione del listado desplegable):</p>
<p>ISO.9001.2015</p>	
<p>0</p>	
<p>0</p>	
<p>0</p>	
<p>0</p>	
<p><i>Este informe es confidencial y su distribución está limitada al equipo auditor, la propia Organización y la oficina de BV Certificación</i></p>	