

**Fecha del informe:** 31 de julio de 2018

**Fecha de la auditoria:** Se realizaron entre el 16 y el 26 de julio de 2018

**Auditoria N°:** 01-2018

En este informe se muestran los resultados generales de auditoría correspondientes a la ejecución programada para el año 2018.

**Objetivo de la auditoria:**

Evaluar y verificar el cumplimiento del SGI, frente a los requisitos del MECI 2014, ISO 9001:2015, Normatividad aplicable al proceso, requisitos acordados con los clientes, Criterios de Calidad para programas de educación superior y las IES (Ley 1188 de 2008, Decreto 1295 de 2010), entre otros.

Presentar los resultados de las auditorías internas realizadas entre el 16 y el 26 de julio de 2018, a los procesos Estratégicos, Misionales, Apoyo y de Evaluación caracterizados por la Institución Universitaria de Envigado.

**Criterios de la auditoria:**

Los criterios fueron la normatividad vigente para cada proceso auditado, norma ISO 9001:2015, MECI, manual, política y objetivos de calidad, caracterización de los procesos, procedimientos relacionados con los procesos, riesgos, indicadores y planes de mejoramiento, criterios de calidad para programas de educación superior y las IES (Ley 1188 de 2008, Decreto 1295 de 2010), entre otros.

**Compromisos de los Líderes de los Procesos:** Identificar la causa raíz de las No Conformidades reales o potenciales detectadas durante la auditoría, formular las acciones correctivas y preventivas a que haya lugar, siempre considerando los plazos para su cumplimiento e incluirlas en el plan de mejoramiento, con el fin de eliminar las causas y demostrar acciones de mejora al Sistema de Gestión Integral-SGI y al proceso.

La acción de inclusión en el Plan de mejoramiento debe realizarse a más tardar el 02 de agosto de la presente anualidad.

Además de lo anteriormente descrito, los líderes de los procesos deben revisar el cumplimiento de las acciones en los **Planes de mejoramiento**.

En principio puede parecer que una acción correctiva, una acción preventiva y una corrección son lo mismo. ¿Cuáles son las principales diferencias?

**Corrección:** también se le conoce como acción inmediata. Se usa para eliminar una No Conformidad identificada.

**Acción correctiva:** acción tomada para eliminar la causa raíz de una No Conformidad identificada o de cualquier otra situación no deseada. Con este tipo de acciones se previene la repetición del problema.

**Acción Preventiva:** se adopta esta acción para eliminar la causa de una No Conformidad potencial, así como de otra situación potencialmente no deseada

### Beneficios de la auditoría para la Institución

- Verificar el cumplimiento de las leyes y normas internas aplicables.
- Identificar o detectar las oportunidades de mejora.
- Comprobar la existencia e implementación de los controles y si estos son realmente efectivos.
- Evidenciar el nivel de desempeño y madurez de los procesos caracterizados.
- Detectar necesidades de capacitación del personal.
- Analizar la secuencia e interacción de los procesos.
- Es un insumo para el proceso de Revisión por la Dirección y una forma de asegurar la idoneidad, capacidad, efectividad y mejora del Sistema de Gestión Integral-SGI.

### Resultados esperados de la Auditoría

- Conocimiento del funcionamiento de la Institución por los funcionarios.
- Mejor comunicación y relación entre dependencias, usuarios y proveedores de bienes, lo que redundará en la eficiencia de los procesos.
- Confirmación del funcionamiento eficaz del Sistema de Gestión Integral-SGI implementado.
- La interiorización de los resultados por parte de los líderes de los procesos y equipos de trabajo y la adopción de las acciones pertinentes.

	PROCESO	NC	ASPECTOS POR MEJORAR	IMPACTO MAS RELEVANTE
<b>1. ESTRATÉGICOS</b>	Direccionamiento Institucional-DI	0	4	Un riesgo académico encontrado son los limitados recursos que actualmente se pueden disponer para la contratación de doctores o la formación de doctores en los diferentes programas, lo cual es un factor de exigencia por parte del MEN para la aspiración en los procesos de acreditación de programas y la posible solicitud de acreditación Institucional.

	Comunicación Institucional-CI	0	4	<p>Se deben buscar mecanismos de retroalimentación, para medir y valorar el impacto de las campañas, visitas y actividades del proceso, tanto para la población interna como externa.</p> <p>Se deben establecer mecanismos de permitan evaluar el impacto y pertinencia de las diferentes estrategias de comunicación implementadas en el tiempo, para facilitar la toma de decisiones para determinar cuales permanecen en el tiempo, cuales se renuevan y cuales no se debe repetir. De igual manera que permita evaluar los eventos en los que la institución hace presencia de maraca y mercadea sus servicios para buscar el mayor impacto posible acorde a los recursos asignados. (9.1)</p>
2. MISIONALES	Proyección Social y Extensión-PE	2	17	<p>En el plan de mejoramiento se presenta confusión porque hay periodos acumulados desde 2014 hasta la fecha, y no se evidencia registros de otras acciones provenientes de análisis de indicadores, seguimiento a las mejoras del proceso, autoevaluación de programas, y entre otros, de igual manera se identifica la falta de registros de las acciones de mejora generadas desde las unidades que están adscritas a este proceso debido a que estas no las comunican. (Requisito 10 de la norma ISO 9001:2015)</p> <p>Respecto a los servicios no conformes, se identifica que el formato de control de solicitudes de servicios del <b>Consultorio Psicológico</b> se encuentra mal diligenciado, lo que no permite identificar claramente el servicio no conforme. En el formato correspondiente al 2017 (F-AM-05), existen 230 servicios no conformes, que no tienen el tratamiento pertinente. (8.7)</p> <p><b>Aspectos por mejorar:</b></p> <p>Se evidencia que no se utiliza el formato <b>F-PE-65</b> Reporte de cumplimiento evaluación programa de educación continua, en vez de ello, se está utilizando una comunicación interna. Se sugiere revisar el procedimiento y hacer los cambios que sean pertinentes. (8.5.1).</p>
				<p>Respecto a la planeación del proceso: A la <b>Oficina de Egresados</b> se le sugiere hacer un cronograma anual de las actividades propias de la oficina y publicarlo en el espacio de egresados en el portal web y reportarlo a comunicaciones para ser considerado en el cronograma institucional. (8.1).</p>
				<p>Respecto a la planeación del proceso: A la <b>Oficina de Extensión y Proyección Social</b> se le sugiere que, en la primera reunión del Comité de Extensión y Proyección Social, se presente para aprobación el cronograma de actividades para todo el año, ello</p>

				<p>implicaría realizar un proceso previo con las Facultades donde ellos a su vez se comprometan claramente con la cantidad, características, fechas y demás información necesaria sobre las diferentes formas de extensión a realizar. De esta manera, se establece un cronograma de extensión y proyección social anual que podrá ser comunicado a través de la página y que permitirá establecer un brochure para el proceso de mercadeo.</p> <p>Respecto a la planeación del proceso: A la <b><u>Oficina de Empresarismo</u></b> se le sugiere registrar en la primera acta del año con el grupo primario, el cronograma anual de actividades, y durante el transcurso del año a través de las reuniones de seguimiento, realizar las mejoras que se consideren pertinentes. (8.1).</p> <p>En necesario fortalecer el proceso de <b><u>mercadeo y publicidad</u></b> del portafolio de extensión. Se sugiere con mercadeo y comunicaciones realizar un plan de medios que impacte realmente la población objetivo. (8.2.1).</p> <p>Para el proceso de matrícula <b><u>de cursos de inglés</u></b>, de identifica un proceso muy manual lo que hace que en periodos de matrícula se realizan largas filas de estudiantes, por ello, se sugiere contar con una inscripción y generación de liquidación en línea para los cursos de idiomas. La auditada sugiere tener procesos de reliquidación una vez se cierre el grupo y se manejen saldos a favor. (8.5.1).</p> <p>No se evidencia una comunicación fluida con el líder del proceso y demás <b><u>consultorios</u></b> respecto a la planeación de actividades. Se sugiere que semestralmente, disponga en Registro SGI el proceso de planeación para que este sea discutido en el comité de extensión y proyección social. (7.4).</p> <p>En necesario fortalecer el proceso de <b><u>mercadeo y publicidad</u></b> del portafolio de extensión. Se sugiere con mercadeo y comunicaciones realizar un plan de medios que impacte realmente la población objetivo. (8.2.1).</p> <p>Para el proceso de matrícula <b><u>de cursos de inglés</u></b>, de identifica un proceso muy manual lo que hace que en periodos de matrícula se realizan largas filas de estudiantes, por ello, se sugiere contar con una inscripción y generación de liquidación en línea para los cursos de idiomas. La auditada sugiere tener procesos de reliquidación una vez se cierre el grupo y se manejen saldos a favor. (8.5.1).</p> <p><b>Empresarismo y la Escuela de Idiomas</b> no conocen</p>
--	--	--	--	---

			la matriz de riesgos. Se sugiere al líder del proceso realizar reuniones periódicas para socializar y revisar el estado de dichos riesgos. (9.1.3).
Bienestar Universitario-BU	4	7	Verificada la planeación de la <b>Jefatura de Equidad</b> , no se evidencia una planeación de actividades dispuesta para el periodo auditado. (6.1).
Servicios de Biblioteca-SB	0	5	Se debe propiciar que el recién adquirido sistema de información de la biblioteca "KOHA", tenga las interfaces con los demás sistemas de información que dispone la Institución, para que la información esté disponible en tiempo real en los cuatro (4) procedimientos que gestiona la dependencia. (7.1.3) Formular nuevos indicadores acordes a las necesidades y expectativas cambiantes de la comunidad académica, de tal manera, que se fortalezca la capacidad del proceso en el cumplimiento de los requisitos. (9.1.1).
Docencia	8	27	<b>Ciencias Jurídicas y Políticas:</b> No se evidencia la identificación y tratamiento de las Salidas no conformes – SNC. El seguimiento, medición, análisis y evaluación del proceso de docencia aplicado al programa de Derecho no se evidencia lo que genera desconocimiento y estancamiento de su gestión. En el plan de mejoramiento no se evidencia la gestión de acciones producto de análisis de indicadores y otras decisiones aplicables al proceso. (8.7-(9.1.3-10)
			<b>Ciencias Empresariales:</b> <b>Administración de Negocios Internacionales y Contaduría Pública:</b> Inadecuado manejo en la identificación de los criterios pertinentes para el diligenciamiento de las acciones en el plan de mejoramiento lo que limita la revisión del seguimiento del mismo. Los indicadores del proceso aplicados a estos programas están incompletos, es decir, no se presenta el análisis e interpretación, identificación de las causas y la toma de acciones pertinentes. Contaduría Pública, no se identifican las fuentes pertinentes de los hallazgos de manera clara y se modifica la estructura original del formato del plan de mejoramiento. Así mismo, se involucran acciones que no corresponde a la naturaleza de los hechos encontrados. (9.1.3-10).
			<b>Aspectos por mejorar:</b> <b>Facultad de Ciencias Sociales</b> Realizar un monitoreo

				<p>y seguimiento al SNC de tal manera que permita tomar acciones más oportunas con el propósito de fortalecer los procesos sustantivos de la Facultad. (8.7 6.3 8.5.1).</p> <p><b><u>Humanidades y Ciencias Básicas:</u></b> Registrar las acciones para el fortalecimiento del proceso en el plan de mejoramiento. (4.4 8.1 10.3 9.1.3)</p> <p><b><u>Escuela de Idiomas:</u></b> Determinar en los informes de gestión el impacto generado de las inducciones realizadas a los estudiantes del primer semestre académico respecto a la deserción académica con referencia a los cursos de inglés. (4.4 8.5.1 10 9.1).</p> <p><b><u>Aspectos por mejorar:</u></b> <b><u>Educación Tecnológica:</u></b> Formular una política institucional sobre virtualidad que defina las directrices e intenciones de la IUE a este respecto. Debería propiciarse los mecanismos necesarios para un seguimiento y monitoreo de la gestión de la Unidad y su impacto en el desarrollo de la virtualidad en la Institución, como también, de aquellos otros proyectos relacionados en este aspecto por las Facultades. Establecer la secuencia e interacción de manera explícita y tipo de intervención en el proceso de docencia. Establecer estrategias de socialización de los productos y servicios para que sean de conocimiento de toda la comunidad académica y su importancia en el desarrollo de las funciones sustantivas de la IUE para una utilización más efectiva. (5.1 9.1.3 4.4 9.1.3 7.3 7.1 7.4 8.2.1).</p> <p><b><u>Posgrados:</u></b> Se debería propiciar mecanismos para que la Unidad de Posgrados tenga una estructura administrativa con carácter académico independiente de la Oficina de Acreditación dado que el volumen de operaciones y el alcance se ha ampliado y en su defecto, depender directamente de la Vicerrectoría Académica. (5.3 - 10 7.5).</p>
Admisiones y Registro-AR	1	1		<p>Se evidenció incumplimiento en la migración de la información del proceso, de la documentación del SGI a G+, correspondiente a: Procedimientos, normativa y ficha técnica del servicio. (Lineamiento institucional).</p>

			<p><b>Aspecto por mejorar:</b></p> <p>Se podría formular nuevos indicadores, que den respuesta a las necesidades y expectativas cambiantes del proceso y que estén relacionados con el objetivo del mismo. (ISO 9001:2015: 10.3- MECI: 1.2.2; 1.2.4; 1.3.3;2.1.1).</p>
Investigación-PI	8	3	<p>No se evidencia cálculo del indicador, Producción Académica y Científica en el año 2017 y no tiene registrado el análisis de los indicadores: Producción académica y científica, Formación en investigación y Gestión de proyectos en el 2017. (Requisito 9.1.3 de la norma ISO 9001:2015</p> <p>En Registros SGI, no se evidencia el diligenciamiento del control del servicio ni el análisis del servicio no conforme en el 2017 y 2018-01 para la oficina de investigación y grupos y semilleros. (Requisito 8.7 de la norma ISO 9001:2015)</p> <p>No se evidencia la verificación, ni validación interna o externa que permita hacer seguimiento y aceptación de la calidad de los proyectos de investigación (productos) en el proyecto con código 60 por parte de la <b>Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas</b>. (Requisito 8.3.4 de la norma ISO 9001:2015).</p> <p>No se evidencia en Registros SGI el acto administrativo del aval de creación (o continuidad) de los semilleros de investigación en el 2017-2, 2018-1, o los planes de trabajo del semillero del 2018-1, o informes de gestión y registro SNIES del 2018-1 de algunos semilleros de investigación en las facultades de <b>Ingeniería (8) Ciencias Empresariales (7), Ciencias sociales (10) y Ciencias Jurídicas y Políticas (7)</b>. (Procedimiento P-PI-04 e incumpliendo el numeral 8.1 de la norma ISO 9001:2015)</p> <p><b>Conclusión:</b></p> <p>Es importante asumir las responsabilidades de los diferentes actores dentro del proceso de investigación, dado que es un proceso misional en el que intervienen las facultades, poniendo en riesgo una adecuada respuesta, control y conocimiento de la información que se genera, en lo que se refiere a la gestión de proyectos de investigación y grupos y semilleros de investigación.</p>

<b>3. APOYO</b>	Gestión Humana-GH	0	3	El proceso de Gestión Humana por ser transversal y dar soporte fundamental a los demás procesos su procedimiento de planeación tiene que ser más formal y no limitarse a las tareas que aporta en la construcción del PEDI, de esta manera se evitarían los riesgos relacionados con el cumplimiento de lo planeado. (6.1.1).
	Servicios Generales-SG	1	2	No se evidencia el análisis y evaluación de los indicadores correspondientes al año 2017. La Ficha Técnica de Análisis de indicadores del proceso se encuentra incompleta para el año 2017. (9.1.3)
	Gestión Tecnológica-GT	2	2	El sistema implementado para evaluar los servicios del proceso no permite relacionar cada evaluación con el servicio correspondiente. Esto impide en algunos casos la puesta en marcha de las acciones requeridas para mejorar la prestación del servicio. (5.1.2, 9.1.2, 10.3).
	Adquisición de Bienes y Servicios-AB	4	3	No se evidencia en el sistema la actualización de los manuales de contratación y de interventoría, lo que generaría una ineficiencia e ineficacia del proceso. (Lineamientos institucionales y legales). Se evidencia en las actas del comité de contratación el incumplimiento a la Resolución No 00923 del 16 de diciembre de 2016, ya que el comité de contratación debe aprobar en pleno el tipo de la modalidad de contratación para los procesos contractuales, como lo indica la Resolución 00923 del 16 de diciembre de 2016, en su artículo cuarto (funciones del comité de contratación), pues este aspecto lo define la oficina asesora jurídica. (Lineamientos institucionales).
	Gestión Financiera-GF	2	2	No se realiza el seguimiento mensual al plan anualizado de caja –PAC según lo ordenado en el artículo 73 del decreto 111 de 1996 y según Resolución de Rectoría 910 de diciembre 15 de 2017.
	Gestión Documental-GD	1	1	Se evidencia parcialmente la actualización del plan de mejoramiento, toda vez que está en periodo de prueba la construcción de la actualización del programa de gestión documental, al igual que la tabla de valoración documental, toda vez que la oficina no cuenta con personal que apoye la elaboración y actualización de estos instrumentos de archivo. (6.3; 7.1.6; 7.5; 7.5.2; 7.5.3; 9.1.3; 10; 10.3).
	Gestión	0	2	Actualización y ajustes de los procedimientos que

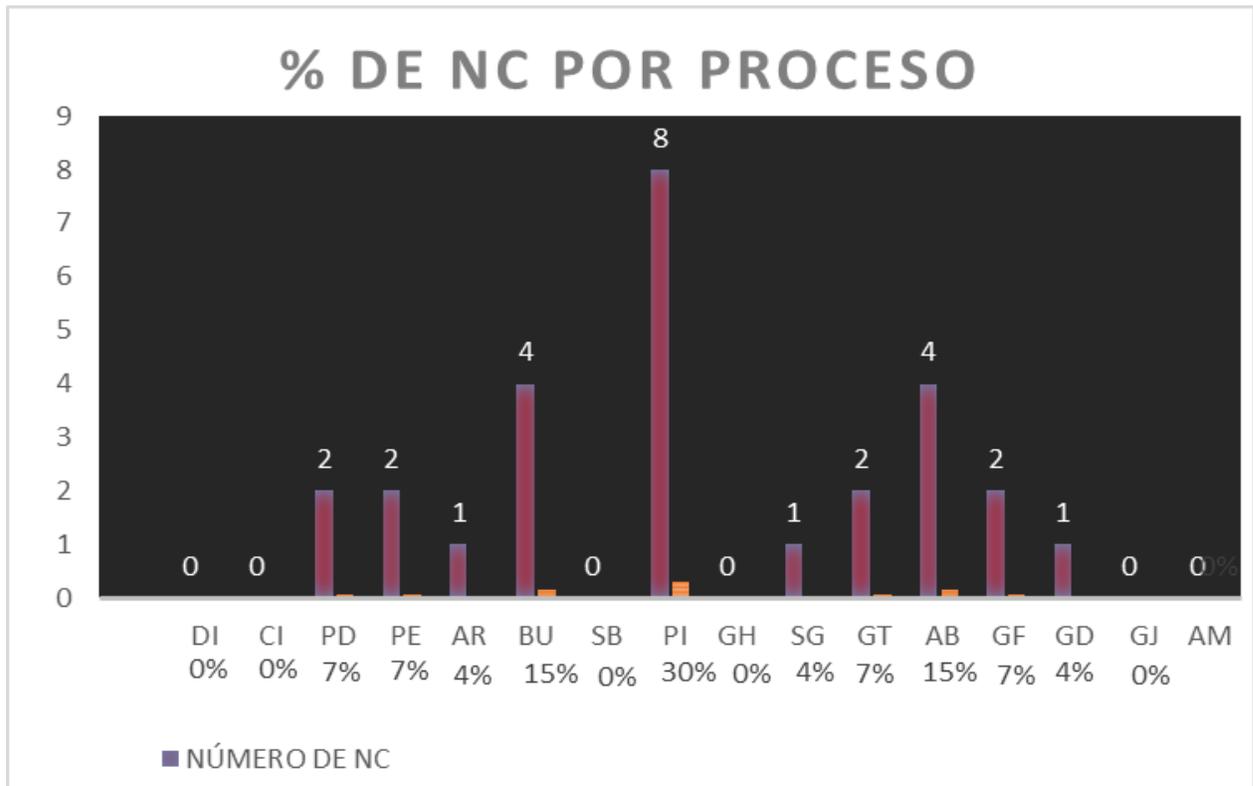
	Jurídica-GJ			integran el proceso de Gestión Jurídica en coherencia con el objeto y alcance del proceso. ( 8.2.1).
<b>4. EVALUACIÓN</b>	Autoevaluación y Mejoramiento Continuo-AM	0	5	<p>Aseguramiento del proceso de seguimiento y revisión de la información que pueden influir sobre la veracidad de los datos que aportan al sistema de gestión; no siempre coincide la información suministrada al proceso, por parte de las dependencias de <b>Admisiones, Tesorería e Informática</b>. (8.1). <b>(Oportunidad, validez y confiabilidad).</b></p> <p>Se requiere mejorar los sistemas de información de aquellas dependencias que suministran los datos manualmente para SNIES, SPADIES, Observatorio Laboral, SACES. (7.1.3).</p> <p>La información de datos solicitados a las diferentes dependencias, por parte del proceso de Autoevaluación y Mejoramiento Continuo, no siempre se entrega cumplidamente, lo cual no aporta al proceso de AM y oportunidad de la información. (8.1).</p>
	Evaluación Independiente-EI	0	0	<p><b>Conclusión:</b> Es indudable el conocimiento y la apropiación que se tiene del Sistema de Gestión Integral por parte de la Funcionaria y cabal cumplimiento ante los entes de control. El apoyo de la Dirección en cuanto a asignación de recursos humanos, tecnológicos y físicos para todos los procesos de la Universidad permiten el logro de los objetivos institucionales, así como una dinámica de mejoramiento continuo en la Institución. Se recomienda que desde el área de Gestión Humana se evalúe la necesidad de crear un equipo multidisciplinario que apoye la gestión del proceso de evaluación independiente.</p>

**RELACIÓN DE NC Y AM POR PROCESOS**

	PROCESOS	NÚMERO DE NC	%	% NC POR PROCESOS	NÚMERO DE AM	%	% AM POR PROCESOS
<b>Estratégicos</b>	Direccionamiento Institucional- DI	0	0%	0,00%	4	5%	9,09%
	Comunicación Institucional- CI	0	0%		4	5%	
<b>Misionales</b>	Docencia- PD	8	24%	69,70%	27	31%	68,18%
	Proyección Social y Extensión- PE	2	6%		17	19%	
	Admisiones y Registro- AR	1	3%		1	1%	
	Bienestar Universitario- BU	4	12%		7	8%	
	Servicios de Biblioteca- SB	0	0%		5	6%	
	Investigación- PI	8	24%		3	3%	
<b>Apoyo</b>	Gestión Humana- GH	0	0%	30,30%	3	3%	17,05%
	Servicios Generales- SG	1	3%		2	2%	
	Gestión Tecnológica- GT	2	6%		2	2%	
	Adquisición de Bienes y Servicios- AB	4	12%		3	3%	
	Gestión Financiera- GF	2	6%		2	2%	
	Gestión Documental- GD	1	3%		1	1%	
	Gestión Jurídica- GJ	0	0%		2	2%	
<b>Evaluación</b>	Autoevaluación y Mejoramiento Continuo- AM	0	0%	0,00%	5	6%	5,68%
	Evaluación Independiente- EI	0	0%		0	0,0%	
<b>TOTAL</b>		<b>33</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>88</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

NC: No conformidades

AM: Aspecto por mejorar o riesgo



Teniendo como base los resultados de la auditoría, los hallazgos con mayor frecuencia son los correspondientes a los siguientes requisitos:

**7.1 Planificación de la realización de la prestación del servicio:** planteamiento de objetivos, planes de trabajo.

**8.2.1 Satisfacción del cliente:** herramientas y medios para la recopilación de la información con respecto a la satisfacción del cliente.

**8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos:** Indicadores, seguimiento a objetivos y acciones (riesgos y planes de mejoramiento).

**8.2.4 Seguimiento y medición del servicio:** medición de las características del servicio, seguimiento y medición de lo ejecutado frente a lo planeado.

**8.3 Control del Servicio No Conforme:** identificación de dificultades en el desarrollo de los procesos y la prestación del servicio.

**8.4 Análisis de datos;** análisis cuantitativo y cualitativo de indicadores y resultados de evaluaciones y encuestas, con un enfoque proactivo.

**8.5.2 Acción Correctiva:** planteamiento de acciones correctivas de distintas fuentes, identificación de causas, seguimiento de acciones-eficacia de las mismas, y que estas

	<b>INFORME GENERAL DE AUDITORÍA INTERNA</b> PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Código: F-EI-06
		Versión:01
		Página 12 de 13

se efectúen de acuerdo a los efectos o impacto de las NC encontradas. (No toda NC lleva a una acción correctiva, se interviene inicialmente a través de correcciones).

### Conclusiones generales para el SGI

- ✓ El propósito de la Institución continuará siendo la acreditación de alta calidad, el crecimiento sostenible, manteniendo adecuados márgenes de mejoramiento continuo de los procesos en los que se soporta el desempeño de la Institución, “Desarrollar acciones para posicionar a la IUE como un Proyecto Social de Alta Calidad, impactando el territorio en el ámbito social, económico y cultural”.
- ✓ Como resultado de las auditorías internas y en cumplimiento del numeral 8.2.2 de la norma, se planificó el programa de auditorías a los procesos caracterizados por la Institución lo que se evidencia en los informes presentados. En total se presentaron 121 hallazgos, de los cuales 33 son NC y 88 son aspectos por mejorar.
- ✓ Como resultado del ciclo de auditorías ejecutado, el Sistema de Gestión Integral-SGI- de la Institución Universitaria de Envigado es conforme con los requisitos de la norma ISO 9001:2015, MECI, y demás normas reglamentarias y estatutarias que le son aplicables.
- ✓ Se deben fortalecer los mecanismos de seguimiento y medición a los procesos, según lo ordenado en la Resolución 1824 de 2010, el numeral 8.2.3 de la NTCGP 1000:2009 y el Modulo de Evaluación y Seguimiento-MECI, que permita evaluar los resultados y el desempeño de los procesos, a través de las reuniones de los equipos de mejoramiento y establecer los compromisos en los planes de mejoramiento. Realizar seguimiento a los compromisos sentados en las actas producto de las reuniones de los equipos de mejoramiento.
- ✓ Si se realiza una adecuada identificación, análisis y seguimiento de Riesgos, la Institución podrá establecer un adecuado mecanismo de identificación de acciones, enfocado hacia la prevención más que a la corrección, con los beneficios que ello conlleva.
- ✓ **En relación con la eficacia:** La Institución al contar con un procedimiento documentado para la auditoría interna asegura la eficacia de la misma, al cerrar las acciones se evalúa la causa y se eliminan estas.
- ✓ **En relación con la eficiencia:** Evaluar el total de indicadores de los procesos y del SGI, y dejar solamente los necesarios y apropiados para medir el desempeño y eficacia de cada uno.
- ✓ **En relación con la efectividad:** Intensificar los programas de capacitación en trabajo en equipo, habilidades de servicio al cliente, liderazgo, supervisión.

### **Recomendaciones:**

El Sistema de Gestión Integral-SGI tiene inmerso un modelo adecuado de tratamiento riesgos que pueden afectar el cumplimiento de los objetivos misionales y el desempeño de los procesos. Es responsabilidad de cada líder de procesos y su equipo de trabajo identificar y controlar los mismos.

De aquí que, se hace necesario tener especial cuidado con la vigilancia, planificación y gestión de cambios, tanto internos como externos, para prevenir los efectos negativos y aprovechar las oportunidades en aquellos cambios que puedan afectar el servicio prestado.

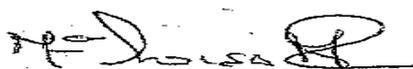
Atender las oportunidades de mejora descritas en cada uno de los informes, para afinar y mejorar el Sistema de Gestión Integral-SGI de la Institución, mirándolos desde la óptica de los riesgos.

Se debe aplicar permanente control sobre los procedimientos, con el fin de garantizar que estos se encuentran ajustados y actualizados en sus actividades, así como la de observar y aplicar las disposiciones sobre la administración y control de documentos y riesgos definidos por la Institución.

Es pertinente hacer los seguimientos, mejorar y mantener la gestión de los procesos para beneficio de los estudiantes, grupos de valor y partes interesadas.

Capacitar un nuevo grupo de auditores y fortalecer a los que ya lo son en la redacción de hallazgos.

Socializar los cambios en las políticas institucionales y normativas mediante jornadas de reinducción, así como la capacitación debe responder a las necesidades de los funcionarios.



---

**María Luisa Molina Pajón**

Jefe Oficina Asesora de Control Interno  
Coordinadora Auditorías Internas