

Fecha del informe: 22 de junio de 2017

Fecha de la auditoria: La auditoría al Sistema de Gestión Integral-SGI y los procesos que lo comportan se ejecutaron entre el 05 y el 16 de junio de 2017. La reunión general de cierre se realizó el día 21 del mismo mes.

Auditoria N°: 01-2017

En este informe se muestran los resultados generales de auditoría correspondientes a la ejecución programada y aprobada por el Comité Coordinador del SGI el día 03 de abril de 2017. La auditoría se desarrolló aplicando el ciclo PHVA.

Objetivos de la auditoria:

Evaluar y verificar el cumplimiento del Sistema de Gestión Integral-SGI, frente a los requisitos de la NTCGP 1000:2009, MECI 2014, ISO 9001:2015, normatividad aplicable al proceso, requisitos acordados con los clientes, SISTEDA (Ley 489 de 1998), Criterios de Calidad para programas de educación superior y las IES (Ley 1488 de 2008, Decreto 1075 del 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Educación antes Decreto 1295 de 2010).

Presentar los resultados de las auditorías internas realizadas in situ entre el 05 el 16 de junio de 2017, a los procesos Estratégicos, Misionales, Apoyo y de Evaluación caracterizados por la Institución Universitaria de Envigado.

Alcance:

La auditoría aplica a todos los procesos definidos en el Sistema de Gestión Integral de la IUE y cubre todos los requisitos definidos en las normas que les sean aplicables.

Criterios de la auditoria:

Los criterios fueron la normatividad vigente para cada proceso auditado, norma ISO 9001:2015, NTCGP 1000:2009, MECI 2014, manual, política y objetivos del Sistema de Gestión Integral-SGI, 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, entre otros.

Compromisos de los Líderes de los Procesos: Identificar la causa raíz de las No Conformidades reales o potenciales detectadas, 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 y al proceso.

La acción de inclusión en el Plan de mejoramiento debe realizarse a más tardar el 22 de junio de la presente anualidad.

Hallazgos de Auditoría

NIVEL	PROCESO	NO CONFORMIDADES NC	ASPECTOS POR MEJORAR	IMPACTO MAS RELEVANTE
1. ESTRATEGICOS	Direccionamiento Institucional-DI	1	3	Se observa los indicadores de DI, sin embargo, no se evidenció un resultado consolidado y el análisis general para el año 2016 de acuerdo con la frecuencia establecida para el indicador, incumpliendo con los requisitos 8.2.3 seguimiento y medición y 8.4 literal c análisis de datos.
	Comunicación Institucional-CI	6	4	Las acciones ejecutadas como resultado del análisis de datos y evaluación de la información deben estar registradas en el respectivo plan de mejoramiento del proceso. (ISO 9001:2015 10).

NIVEL	PROCESO	NO CONFORMIDADES NC	ASPECTOS POR MEJORAR	IMPACTO MAS RELEVANTE
2. MISIONALES	Docencia-PD	6	23	<p>En el proceso de docencia se han implementado una serie de acciones para el cumplimiento actividades académicas conforme a lo establecido en las cartas descriptivas, pero estas se realizan al final, se recomienda implementar acciones que permitan el control y seguimiento a lo largo del periodo académico, en lo que se refiere a desarrollo de contenidos de formación y cumplimiento de horario de clase y actividades evaluativas de acuerdo con el pacto pedagógico.</p> <p>El proceso de docencia se ha implementado instrumentos para la evaluación al desempeño docente, de acuerdo con los resultados algunos requerirán plan de mejoramiento, se sugiere, "dejar por escrito las acciones que se toman de acuerdo a la evaluación de los docentes"</p> <p>No se evidencian las actas del Comité Curricular (Acuerdo No 366 del Consejo Directivo) dado que este no ha operado, por tal razón se requiere evaluar su pertinencia y la dependencia idónea para tomar esta decisión, recomendación efectuada en la auditoría de 2016.</p> <p>En el 2013 los indicadores del proceso de docencia fueron actualizados, dado los cambios y dinámicas de la educación superior, se sugiere verificar la pertinencia de la medición de los actuales, de tal manera que le permitan tomar decisión y ayuden en la mejora del proceso.</p>

NIVEL	PROCESO	NO CONFORMIDADES NC	ASPECTOS POR MEJORAR	IMPACTO MAS RELEVANTE
	Ciencias Jurídicas y Políticas			<p>En el Caso de la Facultad de Ciencias Sociales, Ingenierías y Ciencias Jurídicas y Políticas en el Registros SGI se evidencia el control del servicio para 2016, así como los servicios no conforme y su tratamiento. Para la Facultad de Ciencias Sociales, Ingenierías y Ciencias Jurídicas y Políticas para 2017, el control de servicio está actualizado hasta mayo de 2017, pero no se evidencia el registro de los servicios no conformes ni su tratamiento. Como acciones de mejora actualizar la información correspondiente a 2017 para dar cumplimiento al numeral 8.7 de la norma ISO 9001:2015</p>
	Ingenierías			<p>En el caso de las cartas descriptivas de los programas de la Facultad de Ingeniería se sugiere revisar las referencias bibliográficas conforme a los libros y bases de datos que dispone la biblioteca, así como las referencias en lengua extranjera.</p>
	Ciencias Empresariales			<p>En la Facultad de Ciencias Empresariales, no fue evidenciado el registro de producto No Conforme de 2016 y 2017, que dé cuenta de un control en la ejecución del proceso, incumpliendo el numeral 8.7 de la norma ISO 9001:2015.</p> <p>En el seguimiento a los indicadores del proceso de docencia, en los programas de las Facultad de Ciencias Empresariales, no se han registrado los resultados de Saber Pro para 2016 del programa de los programas adscritos a dichas Facultades, incumpliendo el requisito 9.1.3 de la norma ISO 9001:2015.</p> <p>En la Facultad de Ciencias Empresariales no se evidencia la identificación de riesgos y su inclusión en un plan de mejoramiento que dé cuenta de la evolución del proceso, mediante acciones de mejora continua.</p>

NIVEL	PROCESO	NO CONFORMIDADES NC	ASPECTOS POR MEJORAR	IMPACTO MAS RELEVANTE
	Ciencias Sociales			<p>En el seguimiento a los indicadores del proceso de docencia, en los programas de las Facultad de Ciencias Sociales, no se han registrado los resultados de Saber Pro para 2016 del programa de los programas adscritos a dichas Facultades, incumpliendo el requisito 9.1.3 de la norma ISO 9001:2015.</p> <p>En Registros SGI no se evidencia el diligenciamiento del plan de mejoramiento de la Facultad de Ciencias Sociales as incumpliendo el requisito 10.3 de la norma ISO 9001:2015.</p> <p>No se evidencia el seguimiento a los riesgos en el Plan de mejoramiento de la Facultad de Ciencias Sociales en el 2016. Al momento de la auditoria se encuentra publicado en Registros SGI el archivo denominado: Plan de Mejoramiento del Riesgo Facultad de Ciencias Sociales, que corresponde al año 2012, por lo tanto, incumple el procedimiento P-DI-03 y el requisito 10.3 de la norma ISO 9001:2015</p>
	Educación Tecnológica			<p>En la Oficina de gestión Tecnológica no se evidencia la identificación de riesgos y su inclusión en un plan de mejoramiento que dé cuenta de la evolución del proceso, mediante acciones de mejora continua.</p> <p>En el momento no se ha definido el procedimiento para identificar las necesidades y expectativas desde el componente virtual. Se sugiere realizar una campaña para motivar e ilustrar a los docentes de todas las facultades sobre las ventajas de incluir un componente virtual como apoyo a las clases presenciales.</p> <p>El plan de Mejoramiento de la gestión de la virtualización, se encuentra diligenciado y correctamente actualizado en el equipo de la auxiliar de la oficina,</p>

NIVEL	PROCESO	NO CONFORMIDADES NC	ASPECTOS POR MEJORAR	IMPACTO MAS RELEVANTE
				este debe ser publicado en Registros- SGI
	Ciencias Básicas, Humanidades e Idiomas			<p>En Registros -SGI no se evidencia el diligenciamiento del plan de mejoramiento de la Escuela de Idiomas incumpliendo el requisito 10.3 de la norma ISO 9001:2015.</p> <p>Se recomienda a la Oficina de Humanidades poner a disposición en el SGI Registros, lo concerniente al Programa de Permanencia, la divulgación que hasta el momento se ha realizado con la comunidad académica y resultados obtenidos.</p>
	Posgrados			<p>En Registros SGI, no se evidencia la gestión de los resultados de la auditoría anterior en el plan de mejoramiento por parte de la Coordinación de Posgrado, incumpliendo los numerales numeral 8.7 y 10.3 de la norma ISO 9001:2015.</p> <p>Se deben generar mecanismos de integración del área de postgrados con las demás unidades administrativas y académicas, de tal manera que haya una comprensión y cumplimiento de los diferentes</p>

NIVEL	PROCESO	NO CONFORMIDADES NC	ASPECTOS POR MEJORAR	IMPACTO MAS RELEVANTE
				requerimientos de manera coherente a nivel institucional.
	Proyección Social y Extensión-PE	4	2	No se evidencia una planeación de actividades que haga viable el seguimiento de indicadores y planes de mejoramiento, que respondan a las necesidades y exigencias del quehacer diario, para el adecuado cumplimiento de la prestación del servicio de extensión, incumpliendo el requisito 7.1 de la NTCGP 1000:2009.
	Bienestar Universitario-BU	0	10	Se evidencia la integración con la Oficina de Equidad de Género, sin embargo, debe estar explícito en la caracterización del proceso de Bienestar Universitario. (ISO 9001:2015 4-4)
	Servicios de Biblioteca-SB	4	11	El proceso no cuenta con una batería de indicadores acorde a la gestión del proceso y los existentes se encuentran desactualizados.
	Investigación-PI	4	9	Se debería generar los mecanismos pertinentes para que el líder y el equipo de mejoramiento posean un conocimiento pertinente acerca de la aplicabilidad del pensamiento basado en riesgos del proceso y sus implicaciones. (ISO 9001:2015 8; 8.2; 8.4)

NIVEL	PROCESO	NO CONFORMIDADES NC	ASPECTOS POR MEJORAR	IMPACTO MAS RELEVANTE
3. APOYO	Admisiones y Registro-AR	1	5	De acuerdo con lo establecido en el Artículo Primero de la resolución de Rectoría No.1824 del 23 de febrero de 2010, los Equipos de Mejoramiento del Proceso (comités), deben reunirse mínimo una vez al mes sin embargo, se pudo evidenciar que el equipo de mejoramiento del proceso, no tiene registro de reuniones desde el mes de marzo de 2016.
	Gestión Humana-GH	1	5	De acuerdo con lo establecido en la ley general de archivo 594 de 2000, se pudo evidenciar que el proceso de Gestión Humana, no se ajusta a las exigencias de Gestión Documental.
	Servicios Generales-SG	0	3	Debido a que, por situaciones ajenas al equipo de trabajo, no siempre se puede cumplir a tiempo la prestación del servicio, se recomienda generar un sistema de alertas para que no queden pendientes por mucho tiempo solicitudes no atendidas o aplazadas. Esto contribuirá al mejoramiento general de la prestación del servicio y de la evaluación misma del indicador. El registro de los bienes devolutivos no corresponde a ningún procedimiento que se registre dentro del SGI, el mismo se hace a través de unas planillas que se gestionan digitalmente y cuyo original reposa en carpetas. Para un mayor control debería incluirse en el SGI o en la mesa de ayuda. Especialmente porque de este procedimiento depende el actuar del comité de compras.

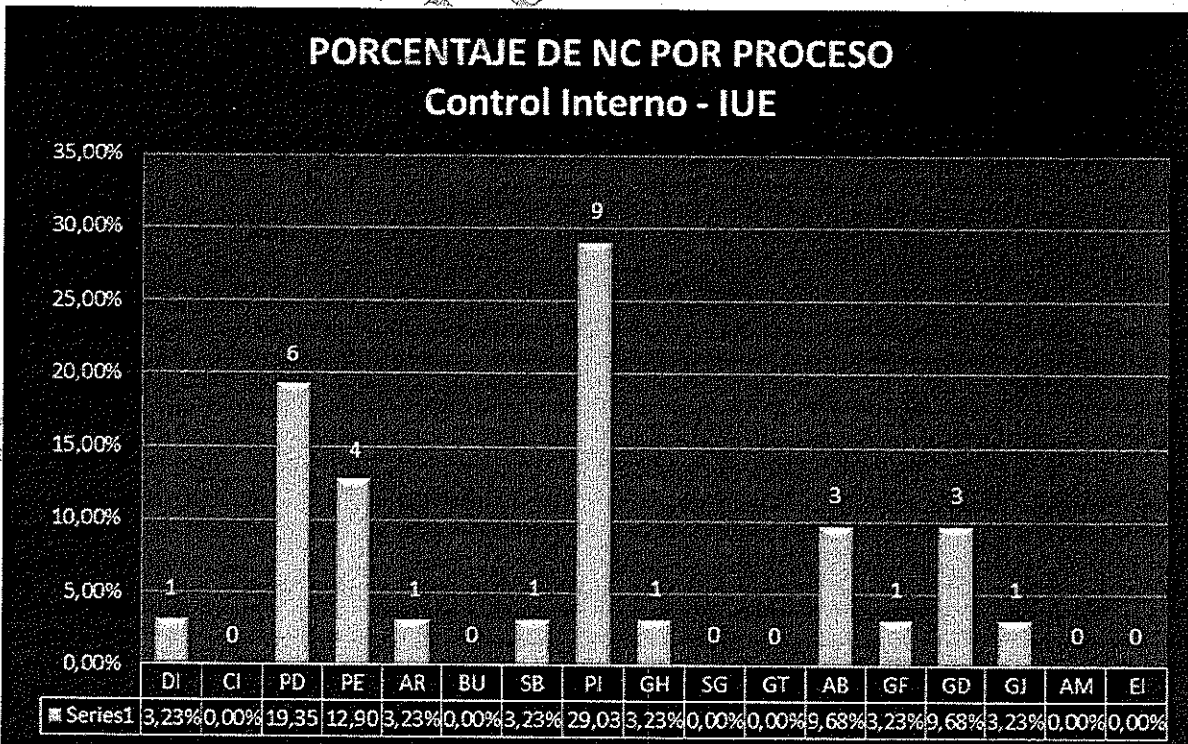
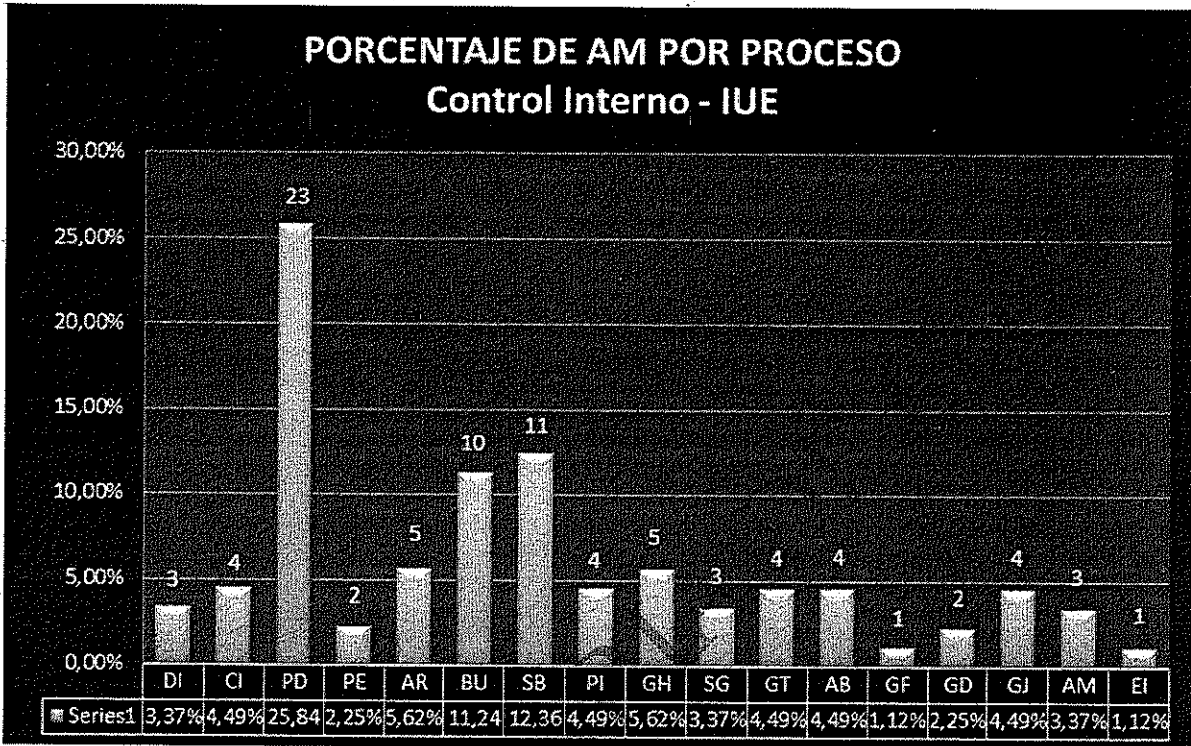
NIVEL	PROCESO	NO CONFORMIDADES NC	ASPECTOS POR MEJORAR	IMPACTO MAS RELEVANTE
	Gestión Tecnológica-GT	0	4	Se debería revisar los resultados de los indicadores del proceso de GT, ya que no se evidenció un resultado consolidado y el análisis de datos para el segundo semestre de 2016 de acuerdo a la frecuencia establecida por los indicadores. 9.1.3
	Adquisición de Bienes y Servicios-AB	3	4	Se observa que el Manual de Contratación y el Manual de Interventoría están desactualizados, lo que generaría ineficiencia del proceso.
	Gestión Financiera-GF	1	1	Algunos procedimientos se encuentran desactualizados, a pesar de que el Comité de Mejoramiento tiene aprobada la actualización de algunos procedimientos no se ha realizado efectivamente. Esta no conformidad está en la auditoría del año 2016. NTCGP 1000:2009 4.2.3 MECI 3)
	Gestión Documental-GD	3	2	No se tiene tabla de Valoración Documental-TVD No se evidencia el Plan institucional de archivo PINAR No se evidencia Programa de Gestión Documental Actualizado. (ISO 9001:2015 7.5, Decreto 2609 de 2012)
	Gestión Jurídica-GJ	1	4	De acuerdo a lo establecido en la ley general de archivo 594 de 2000, art 11.12.14 se pudo evidenciar, que el Proceso de Gestión Jurídica, no cuenta con un debido cuidado de la información, de acuerdo con los lineamientos de ley. Lo cual, implica un riesgo referente a la conservación de la información, y aumenta el riesgo de pérdida de la misma.

NIVEL	PROCESO	NO CONFORMIDADES NC	ASPECTOS POR MEJORAR	IMPACTO MAS RELEVANTE
4.EVALUACIÓN	Autoevaluación y Mejoramiento Continuo-AM	0	3	Proporcionar capacitaciones referidas a Acreditación y Calidad que propicien unos espacios de reflexión y concientización para que haya una comprensión en el cumplimiento de los requisitos de manera coherente. (9001:2015 7.3)
	Evaluación Independiente-EI	0	1	Se recomienda que los diferentes procesos reporten de manera eficiente y eficaz la información pertinente al proceso de EI para la generación de los informes a las respectivas partes interesadas, tanto internas como externas. Lo que evita sanciones institucionales. (ISO 9001:2015 4.4)

RELACIÓN DE NC Y AM POR PROCESOS

PROCESOS	NÚMERO DE NC	%	NÚMERO DE AM	%
Direccionamiento Institucional- DI	1	3,45%	3	3,19%
Comunicación Institucional- CI	0	0,00%	4	4,26%
Docencia- PD	6	20,69%	23	24,47%
Proyección Social y Extensión- PE	4	13,79%	2	2,13%
Admisiones y Registro- AR	1	3,45%	5	5,32%
Bienestar Universitario- BU	0	0,00%	10	10,64%
Servicios de Biblioteca- SB	4	13,79%	11	11,70%
Investigación- PI	4	13,79%	9	9,57%
Gestión Humana- GH	1	3,45%	5	5,32%
Servicios Generales- SG	0	0,00%	3	3,19%
Gestión Tecnológica- GT	0	0,00%	4	4,26%
Adquisición de Bienes y Servicios- AB	3	10,34%	4	4,26%
Gestión Financiera- GF	1	3,45%	1	1,06%
Gestión Documental- GD	3	10,34%	2	2,13%
Gestión Jurídica- GJ	1	3,45%	4	4,26%
Autoevaluación y Mejoramiento Continuo- AM	0	0,00%	3	3,19%
Evaluación Independiente- EI	0	0,00%	1	1,06%
TOTAL	29	100%	94	100%

NC: No conformidades AM: Aspecto por mejorar o riesgo



Autocontrol: Revisar el cumplimiento de las acciones en los **Planes de mejoramiento**

Las conclusiones de la auditoría pueden indicar la necesidad de implementar acciones correctivas, preventivas o de mejora. Dichas acciones, deben ser emprendidas por el auditado en un intervalo de tiempo acordado, mismo que de conformidad con la reunión de cierre y como se dijo anteriormente, se acordó el 22 de junio.

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.

Se evidenciaron aspectos positivos en cada uno de los procesos auditados, así como No conformidades y aspectos por mejorar en requisitos específicos, los cuales deben ser incluidos en los diferentes planes de mejoramiento.

Los hallazgos con mayor frecuencia son los correspondientes a los requisitos que se enuncian a continuación:

NUMERAL DE LA NORMA ISO 9001:2015	DESCRIPCIÓN
7.1.2 Personas 7.2 Competencia 7.3 Toma de conciencia	Desconocimiento del SGI, y de la mitigación y de su importancia en el logro de objetivos institucionales. Así mismo, la generación de acciones pertinentes para la formación y desarrollo de competencias necesarias para la prestación del servicio.
8.1 Planificación y control operacional	Planteamiento de objetivos, planes de trabajo relacionados con el proceso.
9.1.2 Satisfacción del cliente	Herramientas y medios para la recopilación de la información con respecto a la satisfacción del cliente.
9.1.3 Análisis y evaluación	Indicadores, seguimiento a objetivos y acciones (riesgos y planes de mejoramiento)
9.1.3 Análisis y evaluación	Medición de las características del servicio, seguimiento y medición de lo ejecutado frente a lo

NUMERAL DE LA NORMA ISO 9001:2015	DESCRIPCIÓN
	planeado.
8.7 Control de las salidas no conformes	} Identificación de dificultades en cuanto a características en la prestación del servicio.
9.1.3 Análisis y evaluación	} Análisis cuantitativo y cualitativo de indicadores y resultados de evaluaciones y encuestas, con un enfoque proactivo.
10.2 No conformidad y acción correctiva	} Planteamiento de acciones correctivas de distintas fuentes, identificación de causas, seguimiento de acciones-eficacia de las mismas y que estas 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:

- ✓ Como resultado de las auditorías internas y en cumplimiento del numeral 9.2 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 123 hallazgos, de los cuales 29 son NC y 94 son aspectos por mejorar.
- ✓ 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 Módulo 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.
- ✓ Asegurar la aplicación del principio del Sistema de Gestión Integral-SGI "Enfoque de procesos".
- ✓ El apoyo de la alta Dirección en cuanto a asignación de recursos humanos, tecnológicos y físicos para todos los procesos de la Institución permiten el mejoramiento continuo y el logro y cumplimiento de los objetivos misionales. Lo anterior significa, una mejora en la eficacia, una mejora en el desempeño institucional y previene los efectos negativos.

- ✓ 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.
- ✓ Es de suma importancia para los procesos caracterizados, tener claramente identificada la definición de cada indicador, su propósito, meta, resultado y las fuentes de donde se toma y tabula la información, así mismo, se debe asegurar la conveniencia y relación de los indicadores con los objetivos definidos.
- ✓ Asegurar el registro y la implementación sistemática del seguimiento periódico y análisis de los indicadores, así como el establecimiento de acciones correctivas o preventivas derivadas del análisis.

Es importante anotar que la NTCGP 1000, en su capítulo "3. Términos y definiciones" define lo siguiente:

Eficacia: "grado en el que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados".

Eficiencia: "relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados".

Efectividad: "medida del impacto de la gestión tanto en el logro de los resultados planificados, como en el manejo de los recursos utilizados y disponibles".

En coherencia con lo anterior, podemos decir que:

- ✓ **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.
- ✓ En términos generales y como resultado del ciclo de auditorías ejecutado, el Sistema de Gestión Integral-SGI de la Institución Universitaria de Envigado es conforme con las disposiciones planificadas, con los requisitos de la norma ISO 9001:2015, NTCGP 1000:2009, MECI 2014, SISTEDA y demás normas reglamentarias y estatutarias que le son aplicables, y que se ha

implementado y se mantiene de manera eficaz, eficiente y efectiva, con sus correspondientes observaciones y acciones de mejora generadas por los procesos caracterizados y por diferentes auditorías realizadas.

Gestión de Riesgos

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.

Evaluación de Auditores

Los auditados evaluaron el desempeño de los auditores y el proceso auditor, encuesta que se consolidó y en promedio se obtuvo una calificación de 4.8 y 4.7 respectivamente, como aspecto a fortalecer se evidenció la entrega oportuna de los informes por parte de los auditores líderes.

Recomendaciones:

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.

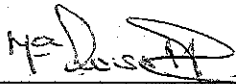
Es recomendable evaluar la posibilidad de realizar análisis de impacto en los procesos que tocan directamente al cliente y grupos de interés.

Es importante que los líderes de los procesos tengan en cuenta que, una vez analizados los indicadores, y por diferentes razones no se alcancen los resultados planificados deben llevarse a cabo correcciones y acciones correctivas. Además, deben asegurarse que las mismas se documenten.

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.

Retos 2017:

El propósito de la Institución durante la presente vigencia continuará siendo el crecimiento sostenible, manteniendo adecuados márgenes de mejoramiento continuo de los procesos en los que se soporta el desempeño de la Institución, para "Desarrollar acciones para posicionar a la IUE como un Proyecto Social de Alta Calidad, impactando el territorio en el ámbito social, económico y cultural".



María Luisa Molina Pajón
Jefe Oficina Asesora de Control Interno
Coordinadora Auditorías Internas

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIADO