

1. INFORMACIÓN GENERAL		
ORGANIZACIÓN		
Institución Universitaria de Envigado		
SITIO WEB: www.iue.edu.co		
LOCALIZACIÓN: Carrera 27 B No. 39 A SUR – 57 Envigado – Antioquia - Colombia		
Dirección del sitio permanente Incluyendo al sitio principal	Localización (ciudad - país)	Actividades del alcance o procesos desarrollados en este sitio
Sede Administrativa	Carrera 27 B No. 39 A SUR – 57 Envigado – Antioquia - Colombia	Todos los procesos del alcance de certificación
ALCANCE DE LA CERTIFICACION:		
Diseño y prestación de servicios educativos de docencia en el nivel de pregrado, investigación, proyección social y extensión.		
Design and prestation of educational services to the programs in undergraduate teaching, Investigation and extension		
EXCLUSIONES JUSTIFICADAS (En el caso de sistema de gestión de calidad)		
N. A.		
CÓDIGO SECTORIAL IAF: C-37-0		
REQUISITOS DE CERTIFICACIÓN: Norma ISO 9001/2008 NTC GP 1000/2009		
REPRESENTANTE DE LA DIRECCION		
Nombre:	John Jairo Cifuentes Correa.	
Cargo:	Jefe oficina de calidad.	
Correo electrónico	john.cifuentes@iue.edu.co	
TIPO DE AUDITORIA:	<input type="checkbox"/> Otorgamiento <input checked="" type="checkbox"/> Seguimiento <input type="checkbox"/> Renovación <input type="checkbox"/> Ampliación de alcance <input type="checkbox"/> Reducción de alcance <input type="checkbox"/> Extraordinaria	
	FECHA	DURACIÓN (días – auditoría)
PREPARACIÓN Y PLANIFICACIÓN DE LA AUDITORÍA	2014-07-07	0.5
AUDITORIA EN SITIO	2014-07-28 y 29	2.0
AUDITORIA COMPLEMENTARIA (Si aplica)		
EQUIPO AUDITOR		
Auditor líder	Rodrigo Mejía G.	
Auditor	N. A.	
Experto Técnico	N. A.	
DATOS DEL CERTIFICADO		
Código asignado por ICONTEC	SC-7191-1	GP-185-1
Fecha de aprobación inicial	2010-08-25	2010-08-25

1. INFORMACIÓN GENERAL		
Fecha vencimiento:	2016-08-24	2016-08-24

2. OBJETIVOS DE LA AUDITORIA
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la conformidad del sistema de gestión con los requisitos de la norma de sistema de gestión. • Evaluar la capacidad del sistema de gestión para asegurar el cumplimiento de los requisitos. legales y reglamentarios aplicables al alcance del sistema de gestión y a la norma de requisitos de gestión • Determinar la eficaz implementación y mantenimiento del sistema de gestión • Identificar oportunidades de mejora en el sistema de gestión

3. ACTIVIDADES DESARROLLADAS
<p>3.1 Se realizó evaluación del manual de calidad para verificar su cumplimiento con los requisitos de las Normas ISO 9001/2008 y NTC GP 1000/2009 y se envió a la Institución el día 2014-07-07.</p> <p>3.2 Los días 2014-07-28 y 29, se desarrolló la auditoria en las instalaciones de la Institución Universitaria y se cumplió con la agenda propuesta.</p> <p>3.3 Se verificó la capacidad de cumplimiento de los requisitos legales y reglamentarios aplicables, mediante su identificación, la planificación de su cumplimiento, la implementación y la verificación por la organización de su cumplimiento: Ley 30/92. Ley 115/94. Ley 594/2000. Ley 872/2003. Decreto 1295/2009. Acuerdo 044 de 1996 – 11- 28 del Concejo Municipal de Envigado por medio del cual se oficializa la creación de la Institución Universitaria de Envigado. Ley 80 de 1993. Ley 1150 de 2007, Decreto 1510/2013. Ley 1188/2008.</p> <p>3.4 Se auditaron los procesos: Direccionamiento institucional, Admisiones y Registros, Gestión Humana, Comunicación institucional, Extensión, Servicios generales, Docencia, Adquisición de bienes y servicios, y Autoevaluación y mejoramiento continuo.</p> <p>3.5 Se realizó reunión de apertura el día 2014/07/28, según lo planificado, se informó acerca de los servicios del ICONTEC, de la planificación y ejecución del proceso de auditoría; con asistencia de Vicerrectores, Secretaria General, Director de calidad, Decanos, Asesores de procesos, Jefes de oficina, Profesionales especializados, la coordinación de calidad y los líderes de los procesos</p> <p>3.6 Se realizó reunión de cierre, el día 2014-07-29, según lo planificado, y se informó, de manera verbal, los aspectos relevantes y los aspectos por mejorar.</p> <p>3.7 La auditoria se realizó a través de la metodología del ciclo PHVA.</p> <p>3.8 La auditoria se realizó por muestreo selectivo de evidencias de las actividades y resultados de la organización y por ello tiene asociado incertidumbre por no haber verificado todos los documentos y registros.</p> <p>3.9 El equipo auditor retorna a la Organización toda la documentación solicitada durante el proceso, en cumplimiento del procedimiento ES-P-SG-002, numeral 7.5.2.</p> <p>3.10 El diseño curricular se evaluó para el programa de Psicología, versión 2012-08-15, aprobación Acuerdo del Consejo Académico No. 005.</p>

3. ACTIVIDADES DESARROLLADAS

- 3.11 No se tenían acciones correctivas pendiente de evaluación, correspondientes a auditorías externas anteriores.
- 3.12 No se presentaron cambios en la prestación del servicio de auditoría, que pudiese afectar la calidad del mismo.
- 3.13 La institución se encuentra en la implementación de los siguientes cambios:
- Se asegura la gestión financiera superando así, el déficit fiscal de anteriores períodos.
 - Se reciben recurso CRE por parte del gobierno.
 - Se invierte en laboratorios de ingeniería.
 - Se planifica la inversión en infraestructura deportiva.
 - Se sistematizará la documentación de la Universidad.
 - Se realiza ponencia para la estampilla municipal de la Universidad.
 - Se obtuvieron registros calificados para todos los programas de especialización.
 - Se hace énfasis en la oferta de programas de especialización, para lo cual se han realizado estudios prospectivos.
 - Se han logrado los recursos de la estampilla departamental.
 - Se ha implementado el estatuto anticorrupción Ley 1464/2011 Decreto reglamentario 019/2012
- 3.14 Es aplicable el muestreo por múltiple sitio?: Si No X.

4. CONFORMIDAD DEL SISTEMA DE GESTIÓN

Número de no conformidades detectadas en esta auditoria	Mayores	0
	Menores	0
Número de no conformidades pendientes de solución de la anterior auditoria	Mayores	N. A.
	Menores	N. A.
Número de no conformidades solucionadas en esta auditoría (se incluyen las no conformidades menores pendientes de la auditoría anterior y las no conformidades mayores identificadas en esta auditoría)	Mayores	N. A.
	Menores	0
Número total de no conformidades pendientes	Mayores	0
	Menores	0

5. ASPECTOS QUE APOYAN LA CONFORMIDAD Y EFICACIA DEL SISTEMA DE GESTIÓN

- 5.1 Es importante resaltar el compromiso por parte de la Institución en la realización de procesos de investigación aplicada, como aporte al desarrollo de la productividad de los sectores económicos atendidos.
- 5.2 Los resultados de la gestión financiera ejecutada por la institución en el último período, ha permitido superar el déficit fiscal de períodos anteriores, además de asegurar recursos económicos a través del recaudo de impuestos por estampillas municipales y departamentales; lo que demuestra la capacidad de gestión y el compromiso con la sostenibilidad.
- 5.3 Las mejoras en la infraestructura locativa, en función del fortalecimiento del ambiente de trabajo para el proceso docente, demuestra el compromiso por parte de la alta dirección con el cliente y con la calidad.

5. ASPECTOS QUE APOYAN LA CONFORMIDAD Y EFICACIA DEL SISTEMA DE GESTIÓN

5.4 El proyecto de revisión del mapa de procesos como estructura del sistema, con fines de fusión entre componentes y simplificación del mismo, evidencia el grado de interiorización y entendimiento por parte del equipo de dirección, lo que demuestra igualmente la madurez de éste.

6. OPORTUNIDADES DE MEJORA

6.1 Revisar los textos asignados a los objetivos de los procesos, con el fin de responsabilizarlos por resultados reales para la Organización, que se convierta en criterio de medición de la eficacia posterior.

6.2 Dado el compromiso institucional de concentrarse en la promoción de programas de posgrado, como directriz de la Administración Municipal, es importante desarrollar estrategias de benchmarking de categoría mundial, para el diseño de nuevas ofertas diferenciadoras, que se conviertan en reconocimientos de la comunidad en términos de valor agregado.

6.3 Revisar la actual ponderación de los indicadores de gestión asociados a los objetivos de calidad y éstos, en relación con la política de calidad, con el fin de evitar la determinación y análisis con base en promedios aritméticos, dado que éstos, subvencionan resultados poco exitosos y castigan los muy buenos, lo que conduce a la toma de decisiones y acciones no siempre pertinentes.

6.4 Revisar el objetivo de calidad de: “verificar cumplimiento de requisitos legales”, dado que éstos se convierte en un imperativo de obligatoriedad, evitando así, el establecimiento de cualquier posible desviación que conduzca a incumplimientos riesgosos para la institución.

6.5 Asociar un objetivo de calidad que comprometa el “desarrollo de competencias”, para los servidores de la institución, como fuente para el aseguramiento del conocimiento requerido por los procesos sustantivos, que permitan gestionar el largo plazo institucional.

6.6 Revisar el listado con la naturaleza de las no conformidades, para que se tipifiquen los posibles incumplimientos de requisitos en la prestación del servicio, con el fin de motivar el registro, el control y la posterior análisis de frecuencia, como fuente para la toma de acciones correctivas orientadas a la eliminación de las causas raíz de aquellos de mayor repetitividad, asegurando así, la conformidad del servicio, la satisfacción de los usuarios y la eficacia del sistema. En la tipificación de eventos, tener en cuenta la asignación de responsabilidades, realmente donde corresponda.

6.7 Dada la madurez del sistema y en respuesta al compromiso de calidad en el servicio, considerar, la opción de realizar los análisis de resultado de la medición de satisfacción, sólo desde la variable 5/5, evitando así, la sumatoria de 4 y 5.

6.8 Revisar los criterios determinados para construir a modo de conclusión, acerca de la eficiencia, eficacia, efectividad, adecuación y conveniencia del sistema, de tal forma que se concreten las evidencias que se han analizado para de cada uno de dichos criterios, evitando así, las generalizaciones que pueden conducir a ambigüedades.

6.9 Como insumo de información para la Alta Dirección, documentar la matriz que contiene el estado de las acciones correctivas y preventivas, con su correspondiente fuente, la eficacia de éstas y su aporte al sistema; con el fin de identificar si éste, es más correctivo que preventivo y más gestionado desde la capacidad de autogestión y/o por dependencias de las auditorías.

6.10 Considerar la complementación de medición del indicador de oportunidad en la atención de las PQRS por evaluaciones de eficacia, que permita identificar elementos de retroalimentación para el sistema.

6. OPORTUNIDADES DE MEJORA

- 6.11 Revisar el criterio de medición de imagen institucional, que hoy se realiza desde las evaluaciones de satisfacción, para acudir a escenarios en los cuales interesa conocer el grado de conocimiento de la institución dentro de un grupo más amplio de instituciones de educación superior.
- 6.12 Evaluar el indicador de “población impactada” a través de eventos institucionales, por el crecimiento de la demanda de estudiantes para los programas ofertados por la Institución, que dé respuesta real a la imagen corporativa.
- 6.13 Evitar la determinación de frecuencias anuales para los indicadores de gestión, con el fin de evitar la identificación de sorpresas al final de los períodos fiscales, además de facilitar la toma de decisiones y acciones de mejora de manera ágil y oportuna.
- 6.14 Establecer un mecanismo formal por parte de la coordinación académica de los diplomados ofertados por parte del proceso de proyección Social y Extensión, que permita asegurar que la planificación se ha cumplido durante la ejecución del mismo y complementar por medio de la evaluación de pertinencia posterior (no por autoevaluación, que responde más a percepción); lo anterior con el fin de identificar elementos de retroalimentación desde los componentes pedagógico y didáctico de la gestión curricular.
- 6.15 Es importante planificar y realizar auditorías independientes, por parte de profesiones competentes, a las historias clínicas provenientes de la atención clínica en psicología, por parte del proceso de proyección social y extensión, que evalúe la “pertinencia” del tratamiento, como criterio de eficacia, en respuesta a la solución correcta de cada caso, una vez se considere atendido el motivo de consulta por parte de los estudiantes.
- 6.16 Agilizar la implementación del nuevo modelo de indicadores para el proceso de docencia, que incluye la medición de “pertinencia”, con el fin de identificar elementos de retroalimentación desde las dimensiones pedagógica y didáctica de la gestión curricular.
- 6.17 Determinar mecanismos formales para realizar el seguimiento por parte de la coordinación de programas, a la planificación de aula por parte del docente, de tal forma que se facilite la identificación de cualquier posible desviación, que deba ser controlada oportunamente, asegurando así, los compromisos expresados en el pacto pedagógico con estudiantes.
- 6.18 Concretar en los textos asignados a los diferentes temas de capacitación, el resultado real deseado para la institución, que se convierta en criterio de medición de la eficacia posterior; acumular los logros obtenidos y llevarlo como un nuevo indicador de gestión para el proceso de gestión humana, que complemente y/o sustituya las mediciones de percepción.
- 6.19 Es importante articular los instrumentos de evaluación del desempeño con la documentación determinada en los perfiles de cargos, con el fin de evitar la subjetividad por parte de quien evalúa.
- 6.20 Agilizar, hasta donde las circunstancias lo permitan, la implementación de la reestructuración administrativa, de tal forma que se evite el incurrir en posibles incumplimientos de requisitos, por demoras injustificadas en el cumplimiento del cronograma predeterminado.

7. RESULTADO DE LA REVISIÓN DE LAS CORRECCIONES Y ACCIONES CORRECTIVAS PENDIENTES DE LA AUDITORIA ANTERIOR

Sé evidenciaron no conformidades pendientes de la auditoría anterior?: Si No X	
Se implementaron los planes de correcciones y acciones correctivas aceptados por ICONTEC? N. A.	SI NO
La organización modificó los planes de correcciones y acciones correctivas acordados con ICONTEC? N. A.	<input type="checkbox"/> SI NO
Se evidencia eficacia de los planes implementados? N. A.	SI NO

8. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

8.1. Análisis de la eficacia del sistema de gestión certificado

8.1.1 Incluir las tendencias de la medición del nivel de satisfacción:

Año	2011	2012	2013
Satisfacción del afiliado	66.0 %	73.0%	80.00%

8.1.2 Se cuenta con un procedimiento documentado para la atención de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones, se encuentra en la versión 02, permite controlar la numeración consecutiva en orden de llegada, a través del aplicativo IUE y tomar el tratamiento correspondiente.

- En el año 2013 se registraron 1307 eventos, que se clasifican así: 1147 peticiones, 106 quejas, 37 reclamos, 15 sugerencias y 2 felicitaciones.
- Del total de peticiones, su repetitividad se identifica, así: 143 Solicitud de examen especial, 117 solicitud de información, 83 homologación de materias, 75 saldo a favor, 71 adición de materias, 66 cambio de horario, 63 solicitud de incentivo académico, 42 devolución de dinero, 40 cancelación de ateria, 40 devolución de matrícula, 37 devolución de dinero.
- Del total de quejas, su repetitividad se identifica, así: 40 por deficiencias de información, 25 por docentes, 15 por problemas con la red.
- Del total de reclamos, su repetitividad se identifica, así: 6 por devolución de dinero, 7 por saldo a favor, 7 por solicitud de información, 5 adición de materias.
- De lo transcurrido del año 2014 (junio 30), se han registrado 296 eventos, que se clasifican así: 258 peticiones, 27 quejas, 3 reclamos, 5 sugerencias y 3 felicitaciones.
- Del total de peticiones, su repetitividad se identifica, así: 20 Solicitud de examen especial, 18 solicitud de información, 19 homologación de materias, 17 saldo a favor, 16 adición de materias, 20 cambio de horario, 14 solicitud de incentivo académico, 10 devolución de dinero, 9 cancelación de ateria, 10 devolución de matrícula, 9 devolución de dinero.
- Del total de quejas, su repetitividad se identifica, así: 7 por deficiencias de información, 5 por docentes, 4 por problemas con la red.
- En lo transcurrido del año 2014, se ha dado una manifestación por parte de estudiantes, con alcance de tutela, cuyo motivo fue la solicitud de devolución de dineros provenientes de matrícula, que fue atendido por parte de Juez de competencia en 2014-07-28.

8. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

8.1.3 Los objetivos de calidad se han monitoreado y se encuentran en los siguientes resultados: 73.88%

- Formar integralmente a los profesionales: 54.71%
- Mejora continua del sistema: 66%
- Verificar cumplimiento de requisitos legales: 95%
- Satisfacer necesidades y expectativas de la comunidad universitaria: 80%

8.1.4 Se han presentado comunicaciones con las partes interesadas, incluyendo, si es pertinente, la de organismos de vigilancia y que estén relacionadas con la actividad del sistema de gestión correspondiente? Sí: X

- Visita de control por parte del equipo auditor de la Contraloría Municipal, 2014-05-26 al 28, con fines de revisión del contrato de compra del Gimnasio Fitwell Gym Ltda y al contrato de compra de software y hardware. No se dejaron registro de inconsistencias en dicha evaluación.

8.2. Recurrencia de no conformidades detectadas en auditorías previas del ciclo de certificación

A partir de la auditoría de otorgamiento o renovación, indicar contra cuales requisitos se han reportado no conformidades y si existe recurrencia a algún requisito en particular

Auditoría	Número de no conformidades	Requisitos
Renovación 2013	1 Mayor	7.2.3
2ª de seguimiento del ciclo 2012	0	
1ª de seguimiento del ciclo 2014	0	

Sé evidencia recurrencia de no conformidades detectadas en las auditorías de ICONTEC el ciclo de certificación:
 Si No

8.3. Uso del certificado de sistema de gestión y autenticidad del certificado:

- El logo de certificación se usa en publicidad de acuerdo a lo establecido en el reglamento ES-R-SG-001 y al Manual de Imagen de ICONTEC?
 Si X No .
- Sé evidencia la adecuación de la información contenida en el certificado (vigencia del certificado, logos de acreditadores de acuerdo a lo establecido en el ES-I-SG-001, razón social, direcciones, alcance, etc.)?
 Si X No .



10. REGISTRO DE NO CONFORMIDADES, CORRECCIONES Y ACCIONES CORRECTIVAS							
#	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	CLASIFICACIÓN (MAYOR O MENOR)	REQUISITO(S) DE LA NORMA	CORRECCIÓN PROPUESTA Y FECHA DE IMPLEMENTACIÓN	ANÁLISIS DE CAUSAS (INDICAR LAS CAUSAS RAÍCES)	ACCIÓN CORRECTIVA PROPUESTA Y FECHA DE LA IMPLEMENTACIÓN	ACEPTACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN POR AUDITOR LIDER
	No se identifican hallazgos de no conformidad en la presente auditoría						SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha:
							SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha:
							SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha:

11. CONCEPTO DEL AUDITOR LIDER DE ACUERDO CON EL ES-R-SG-01				
Se recomienda otorgar la Certificación del Sistema de Gestión				
Se recomienda no otorgar la Certificación del Sistema de Gestión				
Se recomienda renovar la Certificación del Sistema de Gestión				
Se recomienda reactivar la Certificación del Sistema de Gestión				
Se recomienda ampliar / reducir la Certificación del Sistema de Gestión				
Se recomienda no ampliar la Certificación del Sistema de Gestión				
Se recomienda suspender la Certificación del Sistema de Gestión				
Mantener la Certificación del Sistema de Gestión				X
Se recomienda cancelar o retirar la Certificación del Sistema de Gestión				
Comentarios adicionales:				
<p>Se concluye que el sistema de gestión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es conforme con las disposiciones planificadas. - Es conforme con los requisitos de la norma auditada. - Es conforme con los requisitos del sistema de gestión establecidos por la organización. - Se ha implementado. - Se mantiene de manera eficaz - Proporciona información a la dirección sobre los resultados de las auditorías. 				
	Rodrigo Mejía Gómez	FECHA:	2014	07 29

12. RELACIÓN DE REGISTROS ADICIONALES QUE SE DEBEN CARGAR EN BPM (marcar con una x los documentos que se anexan) – para uso interno de Icontec	
Plan de muestreo (obligatorio para otorgamiento, renovación y siempre que se hagan cambios al plan de muestreo en los seguimientos).	
Programa de auditorías (obligatorio para otorgamiento, renovación y siempre que se hagan cambios al plan de muestreo en los seguimientos). Este documento se debe anexar al plan de auditoría	
No conformidades firmadas por el cliente (se anexan al informe)	
Cuestionario de evaluación de FSSC 22000 (solo aplica para este esquema)	

Este informe es propiedad de ICONTEC y se comunicará después de la auditoría únicamente a la empresa y no será divulgado a terceros sin autorización de la empresa.