

Fecha del informe: Abril 28 de 2016

Fecha de la auditoria: Abril 11 al 22 de 2016

Auditoria N°: 01

Objetivo del Informe General de Auditoria Interna:

Presentar el resultado de las auditorías internas realizadas a los procesos caracterizados al interior de la Institución Universitaria de Envigado, Sistema de Gestión Integral-SGI, realizadas del 11 al 22 de abril del 2016 a los procesos Estratégicos, Misionales, de Apoyo y Evaluación acorde al programa de auditoria aprobado por Comité Coordinador del Sistema de Gestión Integral-SGI el día 16 de marzo para la presente vigencia.

Teniendo en cuenta lo anteriormente descrito, se presenta el estado de los procesos caracterizados al interior de la Institución Universitaria de Envigado, teniendo como base los resultados de las auditorías internas.

Objetivo de la Auditoria Interna:

El objetivo de la auditoria fue evaluar y verificar la eficacia y mantenimiento del Sistema de Gestión Integral, con el fin de identificar oportunidades de mejora frente a los requisitos Norma ISO 9001:2008, NTCGP 1000:2009, MECI, considerando adicionalmente los procedimientos relacionados a los procesos, riesgos, controles, indicadores y planes de mejora.

Las auditorías internas son un medio para identificar aspectos del sistema que requieren ser mejorados y sirven como insumo y preparación para futuras auditorías externas.

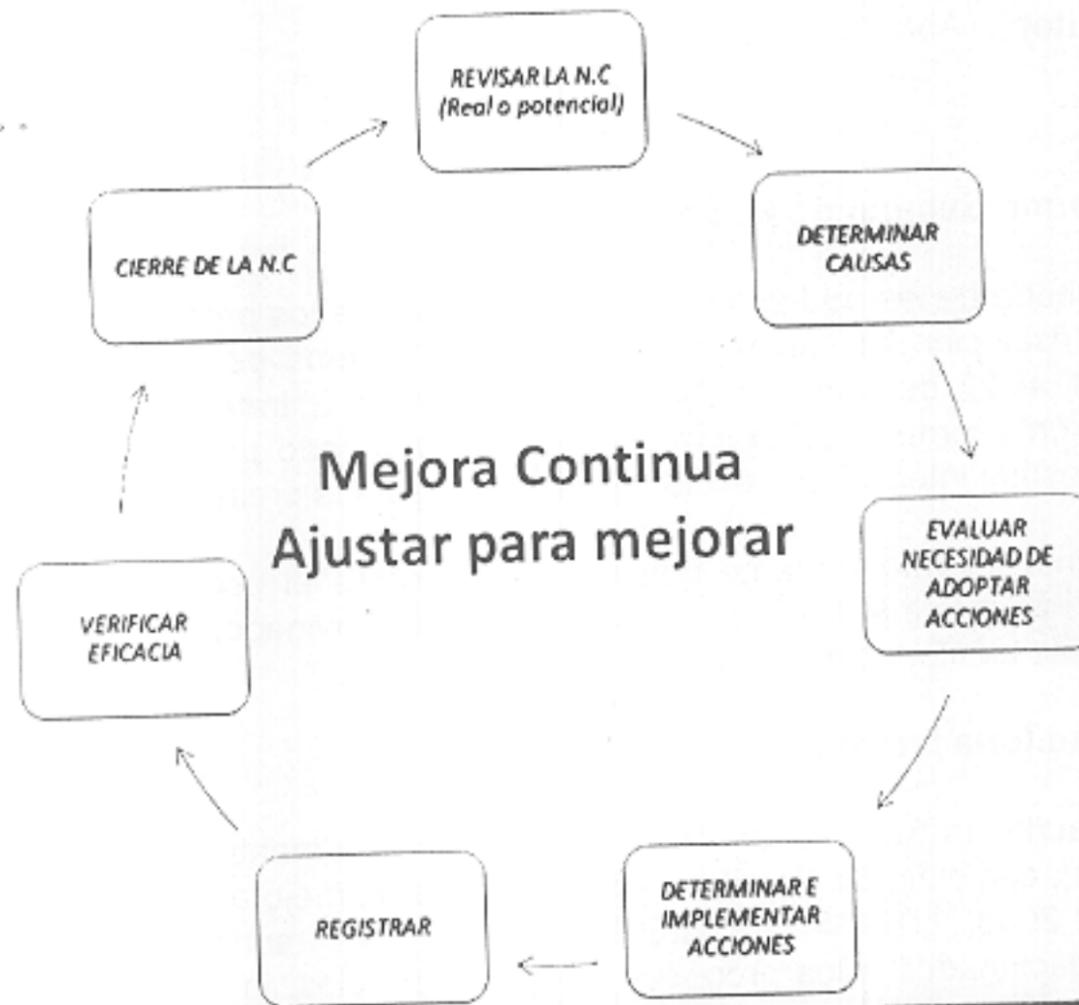
Criterios de la auditoria:

Los criterios fueron la normatividad vigente para cada proceso auditado, norma ISO 9001:2008, NTCGP 1000:2009, MECI, manual, política y objetivos de calidad, caracterización de los procesos, procedimientos relacionados con los mismos, 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), acciones implementadas derivadas de auditorías anteriores, entre otros.

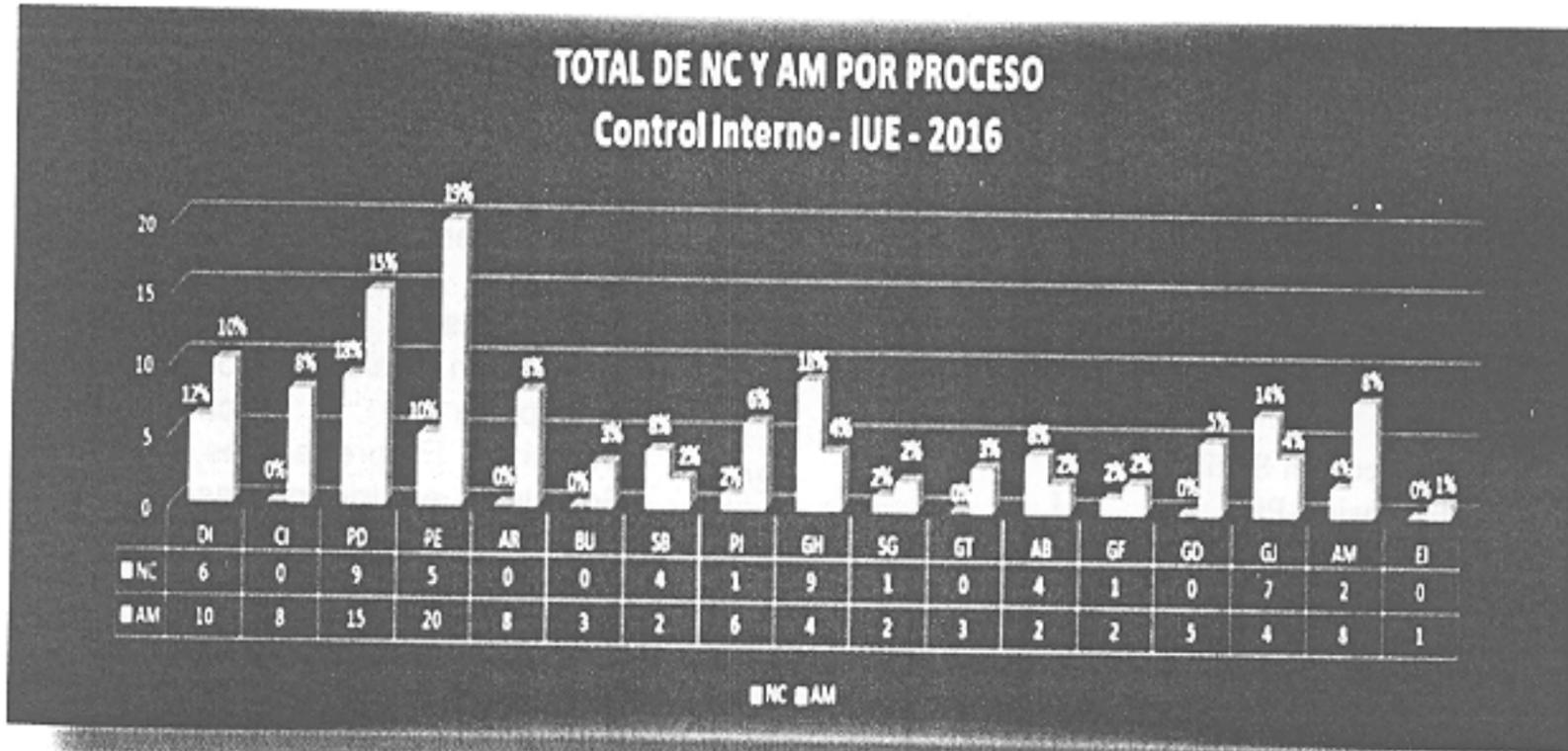
Compromisos de los Líderes de los Procesos:

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, esta acción debe realizarse teniendo en cuenta la **Secuencia de las Acciones Correctivas y Preventivas** que se detalla a continuación.

Lo anterior debe reflejarse en los planes de mejoramiento de cada uno de los procesos a más tardar el día 29 del presente mes:



Alcance	Relación de hallazgos y aspectos por mejorar			
	# NC	% NC	# AM	% AM
Proceso				
Direccionamiento Institucional	6	12%	10	10%
Comunicación Institucional	0	0%	8	8%
Docencia	9	18%	15	15%
Proyección Social y Extensión	5	10%	20	19%
Admisiones y Registro	0	0%	8	8%
Bienestar Universitario	0	0%	3	3%
Servicios de Biblioteca	4	8%	2	2%
Investigación	1	2%	6	6%
Gestión Humana	9	18%	4	4%
Servicios Generales	1	2%	2	2%
Gestión Tecnológica	0	0%	3	3%
Adquisición de Bienes y Servicios	4	8%	2	2%
Gestión Financiera	1	2%	2	2%
Gestión Documental	0	0%	5	5%
Gestión Jurídica	7	14%	4	4%
Autoevaluación y Mejoramiento Continuo	2	4%	8	8%
Evaluación Independiente	0	0%	1	1%
TOTAL	49	100%	103	100%



A continuación se describen las No conformidades y los aspectos por mejorar que comportan un mayor impacto para los procesos y por consiguiente para la Institución:

	PROCESO	NC	ASPECTOS POR MEJORAR	IMPACTO MAS RELEVANTE
1. ESTRATÉGICOS	Direccionamiento Institucional-DI	6	10	No se evidencia la formulación de un plan de mejoramiento institucional integral, que evidencie como componente del módulo de control y seguimiento, el mejoramiento continuo y el cumplimiento de objetivos, éste, debe contemplar entre otros, hallazgos y compromisos suscritos con los entes de control.
	Comunicación Institucional-CI	0	8	Actualizar los manuales de imagen, protocolo y carteleras de manera permanente, a través de comunicados, circulares, entre otros, para dar de baja de manera oportuna información obsoleta y lograr una mejor sensibilización y socialización de las comunicaciones a la comunidad académica en general.

2. MISIONALES	Proyección Social y Extensión-PE	5	20	La NO respuesta a los requerimientos de la información para la planificación de las actividades de extensión y proyección social al proceso de PE por parte de la Facultades de: Ciencias Empresariales, Ciencias Sociales e Ingenierías, lo que genera limitación y alcance de la disponibilidad de recursos e información necesarios para apoyar la planeación, operación y control del proceso.
	Bienestar Universitario-BU	0	3	Como acción de mejora, se recomienda realizar una socialización más amplia del plan de bienestar universitario y recoger información de los públicos. De hecho la evaluación que se hace de la satisfacción por parte de los usuarios además de alimentar el plan de mejoramiento debería servir como motivo de reflexión en la comunidad y de construcción de propuestas integrales de bienestar.
	Admisiones y Registro-AR	0	8	Se requiere eliminar de los formatos activos del SGI, el denominado F-AR-02 formato de entrevista y actualizar el procedimiento P-AR-02 Procedimiento para la inscripción y admisión de estudiantes, debido a que desde el presente año ya no se realiza entrevista para los programas de pregrado.
	Docencia-PD	9	15	En el Plan de Mejoramiento del proceso de docencia del 2015, no se incluyeron las acciones correctivas y de mejora derivadas de los compromisos de la Reunión por la Dirección de 2015, la auditoria de ICONTEC de 2015 y las sugerencias del CNA de apreciación de

			<p>condiciones iniciales, así mismo no se evidencia un seguimiento en el segundo semestre de 2015, conforme a lo establecido en el 8.5 de la NTCGP 1000:2009.</p> <p>Con la actualización del PEI en el 2015 y las nuevas dinámicas de la Institución, obligan a la dirección del proceso de Docencia, a la reestructuración de los Proyectos Educativos de Facultad, en la definición de criterios hacia el mejoramiento continuo y la innovación, de tal manera que permita la planeación y desarrollo de los procesos necesarios para la realización del servicio educativo por parte de la facultad, conforme a lo establecido en 7.1 de la NTCGP 1000:2009.</p> <p>El programa de Administración de Negocios internacionales y Derecho efectuaron cambios curriculares en el 2015 y 2016 respectivamente, no se evidencia documental o digital en Registros SGI, de las Actas de colectivos docentes que participaron en la reforma y la conformación del equipo de trabajo, dando cumplimiento del procedimiento P-PD-01 gestión de programas académicos y conforme a lo establecido en el 7.3.7 de la NTCGP 1000:2009.</p> <p>Al programa de Administración de Negocios Internacionales le fue aprobada una reforma curricular en el 2015 y a Tecnología en Gestión de Redes en el 2014, no se evidencia la actualización de los proyectos educativos para dichos programas por parte de los equipos de trabajo de la Facultad.</p>
Ciencias Empresariales			<p>En las actas del Consejo de Facultad no se evidencia la definición y planeación de la "carga</p>

			<p>docente para los periodos académicos 2015-2 y 2016-1, conforme a los establecido en el Acuerdo CD 02 de 2014 y Acuerdo CD N° 163-2003, artículo 70, literal I, para su respectiva aprobación por parte del Rector(a).</p> <p>El análisis de los indicadores del proceso de docencia de los Programas de Administración de Negocios Internacionales y Contaduría Pública, no registra datos ni análisis para el 01 y 02 de 2015, conforme a lo establecido en el 8.4 de la NTCGP 1000:2009, de manera que le permita tomar decisión acerca de evolución de los programas académicos.</p> <p>El registro del control del servicio y servicios no conformes, no se encuentran identificados en los Programas de Administración de Negocios Internacionales y Contaduría Pública, para el año 2015 y lo transcurrido en el 2016, conforme a lo establecido en el 8.3 de la NTCGP 1000:2009.</p> <p>Al programa de Administración de Negocios Internacionales le fue aprobada una reforma curricular en el 2015, no se evidencia la actualización de los proyectos educativos para dicho programa por parte de los equipos de trabajo de la Facultad.</p>
	Ciencias Sociales		<p>En las actas del Consejo de Facultad, no se hace evidencia de la socialización de la evaluación al desempeño docente para los periodos 01 y 02 de 2015, por parte de los Coordinadores de Programa, conforme a lo establecido en el Acuerdo CD N° 09 de 2011. (Aplica para todas las facultades).</p>
	Derecho		<p>En la Facultad, no se evidencia el</p>

			<p>diligenciamiento del informe final de asignatura para los periodos 01 y 02 de 2015, conforme a lo establecido en el Procedimiento 01, gestión de programas académicos, lo que permitirá el seguimiento del proceso de formación con relación a lo establecido en la carta descriptiva y el pacto pedagógico. (Aplica para la Escuela de idiomas).</p>
Ingenierías			<p>En las actas del Consejo de Facultad, no se evidencia la definición y planeación de la "carga docente para los" periodos académicos 2015-2 y 2016-1, conforme a lo establecido en el Acuerdo CD 02 de 2014 y Acuerdo CD N° 163-2003, artículo 70, literal I, para su respectiva aprobación por parte del Rector(a).</p> <p>Al programa de Tecnología en Gestión de Redes le fue aprobada una reforma curricular en el 2014, no se evidencia la actualización de los proyectos educativos para dicho programa por parte de los equipos de trabajo de la Facultad.</p>
Educación Tecnológica			<p>Se recomienda efectuar una redefinición en los Perfiles de Cargos de la Oficina de Educación Tecnológica acordes al P-PD-02 Procedimiento para la Gestión de la Virtualización, actualmente el mismo equipo de trabajo ejecuta diferentes roles.</p>
Ciencias Básicas y Humanidades			<p>Desde la Oficina de Ciencias Básicas y Humanidades, se vienen realizando actividades de inducción a los estudiantes, se sugiere hacer la publicación en Registros SGI de los contenidos que se desarrollan en cada periodo y las evaluaciones que se realiza desde el Vicerrectoría Académica de estos procesos.</p> <p>Desde la Oficina de Humanidades,</p>

				se viene direccionando el programa de Permanencia, se recomienda la publicación en Registros SGI y divulgación a la comunidad académica, de los avances en el proyecto que vienen ejecutando y los registros de información, los cuales sirven de base para la toma de decisión en la prestación del servicio educativo.
	Posgrados	2	5	El responsable de la dependencia no evidencia acción alguna llevada a cabo para dar tratamiento a 3 de 4 no conformidades reportadas en el informe de la auditoría interna realizada el 21-05-2015.
	Servicios de Biblioteca-SB	4	2	En la caracterización de servicios de biblioteca se viene trabajando con el acuerdo 005 de 1998, derogado por el acuerdo 002 de 2011. Acuerdo referenciado en los procedimientos.
	Investigación-PI	1	6	Se presenta incumplimiento en la asignación del interventor académico-administrativo, por parte de los Comité de Investigación de cada Facultad en los proyectos de investigación, según está descrito en el procedimiento -PI-01 "Gestionar proyectos de Investigación", en la actividad 8.

3. APOYO	Gestión Humana-GH	9	4	<p>No existe coherencia en el procedimiento para la selección y vinculación de docentes de tiempo completo- P-GH-05 conforme a los criterios y lineamientos relacionados en el Acuerdo del Consejo Directivo No.006 del 16 de junio de 2011 y la Resolución No.000909 del 04 de diciembre de 2015.</p> <p>No se han formulado y suscrito los planes de mejoramiento individuales, de acuerdo con los requisitos del MECI: Módulo de Control de Evaluación y Seguimiento-Componente Planes de Mejoramiento. La norma requiere que se debe implementar las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua al proceso.</p>
	Servicios Generales-SG	1	2	<p>Se evidencia que no están dando cumplimiento a lo ordenado en la Resolución 1824 de 2010, con respecto a las reuniones mensuales del equipo de mejoramiento bajo responsabilidad del líder del proceso.</p>
	Gestión Tecnológica-GT	0	3	<p>Aunque para el cálculo de los indicadores se tiene en cuenta la encuesta de satisfacción de estudiantes que se realiza sobre el uso de las salas de informática y soporte técnico, no se están teniendo en cuenta los resultados de la encuesta de autoevaluación y Satisfacción que realizaron los estudiantes para el año 2015, es fundamental incluir dichos resultados para obtener un cálculo de indicadores más real.</p>
	Adquisición de Bienes y Servicios-AB	4	2	<p>Se evidencia que ante hallazgos encontrados en anteriores auditorías no se realizaron acciones que tendieran a la adecuación del proceso.</p> <p>No se evidenció un plan de</p>

			mejoramiento de acuerdo con los resultados presentados en la anterior auditoría.
Gestión Financiera-GF	1	2	Se evidencia que los procedimientos están desactualizados, razón por la cual es necesario ajustarlos conforme a los actuales lineamientos institucionales.
Gestión Documental-GD	0	5	Si bien el Plan Institucional de Archivo (PINAR) es exigido en el decreto 2609 de 2012- artículo 8- literal D, no se establecen tiempos mínimos para su desarrollo o implementación, se recomienda en la medida de las posibilidades y asignación de recursos, acelerar su operacionalización por parte del Proceso y la Institución.
Gestión Jurídica-GJ	7	4	Se evidencia el incumplimiento en el control de los riesgos del proceso. Se verifica que no se existen evidencias acerca de la revisión y actualización de riesgos al proceso relacionado. De acuerdo con la norma, se deben establecer controles sobre los riesgos identificados y valorados que puedan afectar la satisfacción del cliente y el logro de los objetivos institucionales. solo figura relacionado diligenciado la planilla 2014-1. No se evidencia la actualización de los compromisos en los Planes de Mejoramiento. Se observa que el Plan de Mejoramiento registra una última actividad a 24 de abril de 2015. Según la norma, la entidad debe mejorar continuamente la eficacia, eficiencia y efectividad del Sistema de Gestión de la Calidad mediante el uso de la política de la calidad, los objetivos de la calidad, los resultados de las auditorías internas, el análisis de datos, las acciones correctivas y preventivas y la revisión por la dirección.

4. EVALUACIÓN	Autoevaluación y Mejoramiento Continuo-AM	2	8	El plan de mejoramiento del proceso se encuentra desactualizado. Se recomienda alimentar el plan de mejoramiento con las fuentes que generan acciones de mejora – periodo 2013-2014-2015, realizar los seguimientos por año y cerrar o escalonar las acciones pendientes con más de un año de reporte.
	Evaluación Independiente-EI	0	1	Con la vinculación de un profesional con las competencias pertinentes para el apoyo a las acciones que desarrolla el proceso, se generaría un aumento en la capacidad de la eficacia, eficiencia y efectividad en el alcance del proceso, obtener mejores resultados y prevenir los efectos negativos en el cumplimiento de los logros planificados por la institución.

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 identificar y controlar los mismos.

Por lo anterior es necesario tener especial cuidado y vigilancia en los cambios normativos, tanto internos como externos, para efectos de realizar alertas tempranas en aquellos cambios que puedan afectar el servicio prestado.

Decreto Anti trámites:

Esta norma tiene mucha relevancia, ya que a partir de la misma se deriva la necesidad de ajustar procedimientos, frente a trámites que de manera general fueron eliminados.

Retos 2016:

El propósito de la Institución durante la presente vigencia continuará siendo el crecimiento sostenible y por lo tanto de sus ingresos propios, manteniendo adecuados márgenes de mejoramiento continuo de los procesos en los que se soporta el desempeño de la Institución.

El reto más importante es gestionar adecuadamente el servicio, esto es, de manera integral, considerando la relación con nuestros usuarios, es decir, que sin importar el motivo de contacto, sientan una experiencia de servicio única, cambiar la percepción que tienen nuestros usuarios sobre la Institución y construir una relación fuerte con ellos, donde seamos reconocidos por la proactividad y el compromiso. Trabajar con responsabilidad social por el desarrollo de una cultura de mejoramiento y excelencia en la prestación del mismo, lo cual se deberá ver reflejado en el aumento de la satisfacción del usuario y partes interesadas, mediante el cumplimiento de los requisitos del cliente.

Tener presente que...

- Cualquier modificación a los documentos del sistema requiere de una solicitud.
- El líder del proceso realiza la solicitud, adjuntando el documento soporte en formato digital. Si la solicitud es para retirar un documento del sistema se envía el requerimiento por correo a la oficina de Calidad.
- El documento objeto de solicitud es revisado (forma y coherencia), por el Jefe de Calidad.

De acuerdo con los informes de cada uno de los procesos, los hallazgos con mayor frecuencia son los correspondientes a los requisitos que se detallan a continuación:

6.2.2 Competencia, formación y toma de conciencia: desconocimiento del SGI y de su importancia en el logro de objetivos institucionales (Política y objetiva del SGI). Así mismo, la generación de acciones pertinentes para la formación y desarrollo de competencias necesarias para la prestación del servicio.

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, como también iniciativas para facilitar oportunidades para aumentar la satisfacción de las partes interesadas.

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, tener en cuenta en la medición la satisfacción del usuario.

8.3 Control del Servicio No Conforme: identificación de dificultades o conflictos en el desarrollo de los procesos (parámetros del proceso) y el cumplimiento de las características en la prestación del servicio.

8.4 Análisis de datos; no se realiza medición de los indicadores establecidos, esto es el análisis de la información relacionada a la gestión del proceso, es decir, análisis cuantitativo y cualitativo de indicadores y resultados de evaluaciones y encuestas, con un enfoque más 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 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 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 152 hallazgos, de los cuales 49 son NC y 103 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 9001:2008, NTCGP 1000:2009, MECI, SISTEDA 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.
- ✓ Asegurar la aplicación del principio del SGI "Enfoque de procesos".
- ✓ 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.
- ✓ Asegurar el registro y la implementación sistemática del seguimiento periódico del servicio No conforme y análisis de los indicadores, así como el establecimiento de acciones correctivas o preventivas derivadas del análisis, esto es, establecer estrategia para promover el análisis de datos y la documentación de planes de mejoramiento.
- ✓ Evaluación de Auditores, los auditados evaluaron el desempeño de los auditores, el cual se consolidó y en promedio se obtuvo una calificación de 4.9/5.0, como aspecto a fortalecer se evidencio la entrega oportuna de los informes.
- ✓ Es necesario realizar la revisión y actualización de los procedimientos relacionados con el proceso de investigaciones, biblioteca, gestión documental, direccionamiento, gestión Humana y Bienestar.
- ✓ **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 procesos e indicadores de los mismos, y dejar solamente los necesarios y apropiados para medir el desempeño y eficacia de cada uno.
- ✓ **En relación con la efectividad:** retroalimentar periódicamente (gestión del cambio) los programas de capacitación en trabajo en equipo, habilidades de servicio al cliente, liderazgo, supervisión.

Recomendaciones:

Control Interno recomienda tener en cuenta el resultado de las auditorías internas, ya que estos permiten a la Alta Dirección y a los Líderes de los procesos tomar decisiones oportunas y efectivas para la mejora del sistema.

Se recomienda igualmente, que este escenario sirva de base para que se lleve a cabo la documentación en el plan de mejoramiento respectivo de las acciones institucionales de mejora y se determinen las orientaciones a seguir para asegurar la adecuación, la conveniencia, eficiencia, eficacia y efectividad del sistema.

La interrelación y secuencia de los procesos servirá para definir canales de comunicación, y a su vez garantizará que oportunamente se conozcan los lineamientos, cambios en los procedimientos y que los resultados de encuestas de satisfacción sobre servicios prestados a los diferentes grupos de interés sean un insumo para la mejora continua de los procesos y del sistema de Gestión Integral implementado por la Institución.

Las reuniones de los líderes de los procesos con los equipos de mejoramiento, en cumplimiento de lo ordenado en la Resolución 1824 de 2010, fortalecen la cultura del Autocontrol, Autoevaluación y Autogestión, estas propuestas como un espacio de seguimiento, evaluación integral y fortalecimiento a la gestión y al control de los procesos para beneficio de los estudiantes y partes interesadas. Como resultado del seguimiento y medición los líderes de los procesos deben implementar las acciones preventivas y correctivas según corresponda para garantizar el logro de los resultados planeados.

Se recomienda al Proceso de Direccionamiento Institucional, definir controles oportunos para que las dependencias responsables reporten la información de los indicadores con sus respectivos análisis de datos y ejecución presupuestal de los proyectos y las acciones que dan cumplimiento de las estratégicas del plan de desarrollo.

Capacitar a los auditores en la redacción de hallazgos, que estos sean claros, precisos y en forma constructiva. Estar orientados a erradicar la causa raíz detectada y consecuentemente a minimizar sus efectos.

El adecuado uso de documentos y formatos, garantizará que la Institución aplique con efectividad los controles definidos y cumpla con los requisitos establecidos para el Sistema de Gestión y partes interesadas.

Evaluar la idoneidad y objetividad de la evaluación del desempeño y la suscripción y seguimiento de los acuerdos de gestión, y definir un plan de capacitación acorde con las necesidades institucionales, que contenga entre otras lo evidenciado desde las evaluaciones del desempeño al personal de carrera, provisionales y los acuerdos de gestión de los gerentes públicos.

La Institución debe definir disposiciones claras y específicas sobre el procedimiento para la identificación, tratamiento y control del servicio No Conforme y las responsabilidades de los líderes de los procesos frente a las mismas.



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