



Bureau Veritas Certification

Certificación de Sistemas de Gestión

ISO 9001:2008

Bureau Veritas Certification

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE COLOMBIA

Información de la Organización						
Nombre de la Organización	UNIVERSIDAD TECNOLOGICA DE COLOMBIA					
Dirección	CRA 27 10-02 LOS ALAMOS		Ciudad	PEREIRA		
Teléfono No.	576- 3137300		Fax No.	576-3213206		
Página Web	www.utp.edu.co					
Contrato(s) No(s).	2015-0013					
Información de Contacto						
Nombre persona contacto	DIANA MILENA ARISTIZABAL		Teléfono No.	3148145551		
Dirección e-mail	dianaaristi@utp.edu.co					
Información de la Auditoría						
Norma(s)	ISO 9001:2008	GP 1000:2009	0	0	0	
Código(s)	37	37				
Nº de Empleados			Nº Turnos		1	
Tipo de Auditoría	Re-certificación					
Fecha Inicio Auditoría fase 1 o seguimiento:	29.02.15		Fecha Fin Auditoría fase 1 o seguimiento:		04.03.15	
Fecha Inicio Auditoría fase 2:			Fecha Fin Auditoría fase 2:			
Proxima visita antes de:	mar-17		Duración (días) de la proxima visita:		2 DIAS	
Información del Auditor						
Auditor Líder:	Leila Constanza Ñustes		Iniciales líder:	LCÑ		
Auditor (es) (Miembros de Equipo)	N/A	0	0	0	0	
	0	0	0	0	0	
	0	0	0	0	0	
Especialista	N/A					
Horario de los Turnos	8:00 A.M. a 5:00 PM					
Si se trata de una auditoria "multi-site", se establece un Apéndice relacionando todos los emplazamientos relevantes y/o centros remotos establecidos y anexos al informe de auditoría.						
Distribución	Cliente / Equipo Auditor / Oficina BV Certification					

Resumen de los hallazgos de la auditoria				
No. De No conformidades registradas:	Mayores:	2	Menores:	1
¿Se requiere una Auditoría Extraordinaria?	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	Duración de la Auditoría Extraordinaria:	N/A	día(s)
Fechas reales de la auditoria extraordinaria:	Inicio:		Final:	
Observaciones auditoria extraordinaria:	N/A			
Recomendación del equipo Líder				
Normas (s)	Recomendación			
ISO 9001:2008	Tramitada, sujeta a un plan de acciones correctivas satisfactorias			
GP 1000:2009	Tramitada, sujeta a un plan de acciones correctivas satisfactorias			
0				
0				
0				
Equipo Líder (1):	Auditor (es) Miembros del equipo			
Leila Constanza Ñustes	N/A	0	0	0
	0	0	0	0
	0	0	0	0
	0	0	0	0
	0	0	0	0
Alcance (el alcance debe ser verificado)				
Procesos Administrativos de la Universidad Tecnológica de Pereira, que realizan labores de Planeación, Gestión, Evaluación y Control en concordancia con la Misión Institucional. Determinación de Perfiles Genéticos y Estudios de Filiación				
El documento de existencia legal concuerda con la dirección y nombre de la empresa:	<input type="checkbox"/>	El objeto social tiene relacion con el alcance del Sistema de Gestion.		<input checked="" type="checkbox"/>
Comentarios de la revisión del documento de existencia legal:				
Acreditación:	9001:2008	GP1000:2009		
Nº de Certificados requeridos:	2	2		
Idiomas:	ESPAÑOL	ESPAÑOL		
Motivo para emitir el Certificado:				
Instrucciones Adicionales (instrucciones adicionales para el certificado o información para la oficina): Especificar los cambios en la Organización (alcance, número de empleados, emplazamientos, dirección, gestión, organización...). Ver coherencia con la Solicitud de Certificación				

RESUMEN DE AUDITORIA

Objetivos de la auditoria:

FASE 1:

1. Validar el alcance.
2. Confirmar la adecuación de la documentación de la Organización.
3. Determinar el estado de preparación para la auditoria de la etapa 2.
2. Confirmar que el Sistema de Gestion cubre adecuadamente todos los requerimientos de la norma auditada.
3. Confirmar que los elementos fundamentales del Sistema de Gestión son implementados incluyendo al menos un ciclo de auditorías internas y revisión por la dirección.
4. Revisar la asignación de recursos para la auditoria de etapa 2 obteniendo una comprensión suficiente del SG y la operación.
5. Recolectar la información relevante para la efectiva planificación de la auditoría al Sistema completo.

FASE 2

1. Confirmar que el Sistema de Gestión cumple todos los requisitos aplicables de la norma auditada asi como requisitos legales;
2. Confirmar que la Organización ha implementado efectivamente las disposiciones planificadas
3. Confirmar que el Sistema de Gestión es capaz de cumplir la política y alcanzar los objetivos de la Organización.
4. Confirmar el desempeño del sistema de gestión.
5. Validar el uso del logo de BVQi.

Resultados de las auditorias previas.

Los resultados de la última auditoría de este Sistema han sido revisados, en particular para asegurar que se han implantado las adecuadas correcciones y acciones correctivas para tratar cualquier no conformidad identificada

Nº de no conformidades de la anterior auditoría:	Mayores	0	Menores	3
Nº de no conformidades cerradas:	Mayores	0	Menores	3
Nº de no conformidades abiertas de nuevo:	Mayores	0	Menores	0

Las conclusiones de la revisión de las NC inmediatamente anteriores son:	Se verificó eficacia de acciones para tratar 3 no conformidades del seguimiento 2 de certificación.
--	---

Verificación del ciclo completo previo de informes de Auditoría de Bureau Veritas Certification	Se verificó la eficacia de las acciones implementadas en auditorias anteriores.
---	---

<p>Insumos basicos y planificación inicial:</p> <p><small>(Actividades/locaciones/procesos/funciones de la organización basados en el plan de auditoria que fue presentado y se acordó con el auditado antes de la auditoría y fueron cubiertos y enumerados en la Sección de Resumen de Auditoría (Matriz de Auditoría) del informe)</small></p>	Ver plan de auditoría
---	-----------------------

Personas Claves Entrevistadas / Involucradas	
Nombre y Apellido	Departamento / Proceso
DIANA ARISTIZABAL	GESTION CALIDAD
SANDRA YAMILE CALVO CATAÑO	CONTROL INTERNO
LINA MARIA VALENCIA	GESTION DE DOCUMENTOS
FRANCISCO ANTONIO URIBE	PLANEACIÓN
PATRICIA IDARRAGA	PQRS
JAIRO ORDILIO TORRES	PERSONAL
MARIA CRISTINA VALDERRAMA	RELACIONES INTERNACIONALES
ORLANDO CAÑAS MORENO / JAIME ZARATE ARIAS	SERVICIOS
CARLOS FERNANDO CASTAÑO / LUZ DARY SEPULVEDA	FINANCIERA
ANGELA MARIA VIVAS C.	RECURSOS INFORMATICOS Y EDUCATIVOS
ELIANA PRADO	Vicerrectoría de responsabilidad social y bienestar universitario
JULIETA HENAO	LABORATORIO DE GENETICA MEDICA
CARLOS ALFONSO ZULUAGA	REGISTRO Y CONTROL ACADEMICO
CAROLINA AGUIRRE	VICERRECTORIA ACADEMICA
MARGARITA FAJARDO	BIBLIOTECA
JORGE LOZANO / ANDRES MUÑOZ / CAROLINA LOPEZ	UNIVIRTUAL
DIANA PATRICIA JURADO	SISTEMAS
MARIA PATRICIA LOPEZ	COMUNICACIONES
JORGE HUGO GARCIA / NATALIA OSPINA	JARDIN BOTANICO
FERNANDO NOREÑA	REVISION GERENCIAL
Hallazgos de Auditoría	
<p>El equipo auditor ha realizado una auditoría basada en los procesos, centrada en los aspectos significativos, riesgos y objetivos. La metodología de auditoría empleada ha consistido en entrevistas, observación de las actividades y revisión de documentos y registros</p> <p>La Auditoría en sitio inició con una Reunión de Apertura, contando con la asistencia de altos directivos de la organización.</p> <p>Los hallazgos de auditoría fueron comunicados a la Dirección de la Organización durante la Reunión de Cierre, al igual que las conclusiones finales referentes a los resultados de la auditoría y recomendaciones dadas por el equipo auditor.</p>	
Adecuación del Manual:	Se evidenció el manual de calidad SGC.MC.01 V12 actualizado el 01.02.16. integrado con las normas ISO 9001:2008 y GP1000:2009, no se contemplan exclusiones, se define alcance del sistema de gestión.
Validación de alcance y exclusiones con las justificaciones:	<p><u>Validación de alcance:</u></p> <p>Procesos Administrativos de la Universidad Tecnológica de Pereira, que realizan labores de Planeación, Gestión, Evaluación y Control en concordancia con la Misión Institucional: SE VALIDO EN TODOS LOS PROCESOS AUDITADOS.</p> <p>Determinación de Perfiles Genéticos y Estudios de Filiación: SE VALIDO EN EL PROCESO LABORATORIO DE GENETICA</p> <p>No se excluyen requisitos de norma.</p>

Nivel de Integración: (En caso de una auditoría de sistemas de gestión integrado)	N/A
Cumplimiento de los compromisos de la Política y Objetivos:	Se evidenció el seguimiento al cumplimiento de objetivos, componentes y proyectos del plan de desarrollo institucional, se miden aspectos cualitativos y cuantitativos. Al 23 de febrero de 2016 se presentaron los resultados a nivel de los 7 objetivos, 94.23% logro de objetivos, el 94.95% de los componentes, logro de proyectos 95.82% y una ejecución presupuestal del 95.74%.
Descripción de la conformidad y capacidad del sistema de gestión:	
General: (Descripción general de la Organización)	La UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA es un establecimiento académico del orden nacional con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente vinculada al ministerio de educación nacional que ofrece programas de pregrado, postgrado y actividades de investigación y de extensión.
Planificación:	<p>Se implementaron y se mantienen controles para cumplir los requisitos de la documentación incluido los registros.</p> <p>Se identifica política y objetivos de gestión de calidad: Política de calidad documentada en manual de calidad la cual define el compromiso con la calidad institucional y el cumplimiento de la normatividad. los objetivos de calidad alineados con la política de calidad y objetivos estratégicos.</p> <p>Se identifican requerimientos legales y otros</p> <p>Se ha establecido estructura organizacional</p> <p>Se identifican y controlan los riesgos de la institución, se verifica seguimiento al mapa de riesgos de procesos administrativo y contexto estratégico, periodicidad de reporte anual, Se verifica informe a junio de 2015, resultado de indicadores de controles, no se han materializado riesgos. El informe se presenta ante el comité de riesgos.</p>
Implementación y operación:	<p>Se evidenció aplicación del enfoque PHVA en todos los procesos auditados.</p> <p>Se verificó el diseño y desarrollo de software en el proceso de sistemas conforme a los requisitos de las normas.</p> <p>Se programa y ejecuta el mantenimiento a la infraestructura física y tecnológica de la universidad.</p> <p>Se plantean e implementan controles y actividades de seguimiento para la ejecución de los procesos.</p>
Seguimiento y medición:	<p>Se evidenció la medición de la satisfacción de los clientes mediante encuesta virtual dirigida a estudiantes (595), docentes (307), administrativa (662), Egresados (56), Otros (22). Se obtuvo resultados del 80% entre excelente y bueno en el nivel de satisfacción; se divulgaron las oportunidades de mejora identificadas para el respectivo tratamiento a las diferentes áreas de la universidad.</p>

Mejora:	<p>Se evidenció la ejecución de auditoría interna de calidad realizada en febrero de 2016, se identificaron fortalezas y oportunidades de mejora, 35 hallazgos de no conformidad; el equipo auditor está conformado por 21 auditores internos y 1 externo debidamente capacitados.</p> <p>Se verificó el seguimiento a las acciones correctivas y preventivas.</p> <p>Se verificó la mejora en la gestión de los procesos mediante actividades de medición y seguimiento.</p> <p>Se evidenció el compromiso de la dirección mediante entrevista con el vicerrector de la universidad el cual sustentó los resultados de la revisión al sistema de gestión de calidad según actas No. 1 del 8 de abril al 24 de abril de 2015 y No.2 del 29 de octubre de 2015. Se trataron los siguientes temas: seguimiento a revisiones previas, se modifica y aprueba cambios a la política de calidad, revisión objetivos de calidad, retroalimentación del cliente, resultados auditorías internas, desempeño de los procesos, conformidad del producto, cambios del sistema como nuevo mapa de procesos, recomendaciones para la mejora, estado de acciones correctivas, gestión de riesgos.</p>			
	Recomendación de Fase 1 es:	<input type="checkbox"/> Continuar con fase 2	<input type="checkbox"/> NO Continuar con fase 2	<input checked="" type="checkbox"/> No Aplica
	Fortalezas			
	El compromiso de la dirección para el mantenimiento del sistema de gestión			
El compromiso y competencia demostrado por el personal auditado				
El enfoque a la satisfacción del cliente				
el enfoque a la mejora continua				
No Conformidades				
NCR 1: (numeral de la norma)	4.2.4.	NORMA(s):	ISO 9001:2008 / GP 1000:2009	
Area: (Proceso)	GESTIÓN DE DOCUMENTOS /CONTRATACIÓN			
Clasificación:	MAYOR			
Descripción:	<p>Aunque se evidenció en el proceso de GESTIÓN DE DOCUMENTOS la elaboración y publicación en diciembre de 2015 del Programa de Gestión Documental; no se evidenció la aprobación del respectivo programa por parte del comité de gestión documental. Lo anterior es un requerimiento del decreto 2609 de 2002 art. 11.</p> <p>En el proceso de CONTRATACIÓN se evidenciaron carpetas de archivo de gestión de los contratos No. 5994 y No. 5668 sin la respectiva marcación de series y subseries definidas en las tablas de retención documental de la universidad.</p> <p>Lo anterior genera incumplimiento al requisito 4.2.4 de las normas ISO 9001:2008 y GP1000:2009.</p>			

NCR 2: (numeral de la norma)	4.1.	NORMA(s):	GP 1000:2009
Area: (Proceso)	PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS / FINANCIERA / RECURSOS INFORMATICOS E INFRAESTRUCTURA		
Clasificación:	MENOR		
Descripción:	<p>No se evidenció identificación y gestión de riesgos para la actividad de PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS.</p> <p>No se logró evidenciar en el proceso FINANCIERA la implementación del control "formalizar en los manuales de funciones la responsabilidad en el manual de funciones y responsabilidades la obligación de reportar los hechos económicos y financieros".</p> <p>Lo anterior genera incumplimiento del requisito 4.1. de la norma GP 1000:2009 (g) "establecer controles sobre los riesgos identificados y valorados que puedan afectar la satisfacción del cliente y el logro de los objetivos de la entidad".</p>		
NCR 3: (numeral de la norma)	LOGO	NORMA(s):	LOGO
Area: (Proceso)	LABORATORIO DE GENÉTICA MÉDICA		
Clasificación:	MAYOR		
Descripción:	Se evidenció uso del logo de Bureau Veritas en INFORME DE RESULTADOS DE LABORATORIO DE GENÉTICA MÉDICA examen No. 4220 del 08 de febrero de 2016 y examen No. 4219 de febrero 09 de 2016. Lo anterior incumple las políticas de uso del logo de Bureau Veritas en cuanto a no utilizarlo en producto o lo que se semeje a producto.		
NOTA	<p>Las no conformidades de este informe, serán tratadas mediante el proceso de acciones correctivas de la Organización, de acuerdo con los requisitos relevantes de la norma auditada; con acciones que prevengan su repetición y conservando registros completos de las mismas.</p> <p>Las acciones correctivas para tratar las no conformidades mayores identificadas, serán llevadas a la práctica de manera inmediata y se notificará a Bureau Veritas Certification de dichas acciones, en un plazo de 30 días. Nuestro auditor podrá llevar a cabo una auditoría extraordinaria en un plazo de 90 días para confirmar las acciones tomadas, evaluar su eficacia y determinar si la certificación puede ser concedida o mantenida.</p> <p>La Organización hará llegar a BV Certification un Plan de Acciones Correctivas para tratar las no conformidades menores identificadas, este Plan será llevado a la práctica por la Organización que mantendrá registros con evidencias de ello.</p> <p>La respuesta a las no conformidades puede ser enviadas bien sea mediante documentos en soporte papel o en soporte electrónico (preferentemente), utilizando el formato de No conformidad incluido en el informe. Esta información deber ser enviado al correo documentacion.bvc@co.bureauveritas.com con copia al Auditor Líder.</p> <p>En la próxima auditoría programada, el equipo auditor de BV Certification realizará el seguimiento de todas las no conformidades identificadas previamente, para confirmar la eficacia de las acciones correctivas tomadas.</p>		

NO CONFORMIDADES	<p>La revisión de no conformidades se realiza a través una revisión de oficina. Sin embargo, dependiendo de la severidad de los hallazgos, el auditor puede realizar una auditoría de seguimiento para confirmar las acciones tomadas, evaluar su efectividad y determinar si se recomienda otorgar la certificación o su continuidad, según corresponda.</p> <p>Es recomendable que el cliente provea de una respuesta temprana a fin de que haya tiempo para revisiones adicionales en caso de ser necesarias.</p> <p>Para recertificaciones, el plazo para el tratamiento de no conformidades será definido por el líder del equipo auditor a fin de que las acciones correctivas sean implementadas previo al vencimiento del certificado.</p> <p>b. Contenido previsto de la respuesta</p> <p>La respuesta del cliente ante una NC debe ser revisada por el líder del equipo auditor en tres partes: corrección, análisis de causa raíz y acciones correctivas.</p> <p><u>Corrección</u> Asegurarse de que la corrección responda a la pregunta "¿Es este un caso aislado o no?", en otras palabras "¿Hay algún riesgo de que esto pueda volver a ocurrir en los otros sitios / departamentos?".</p> <p><u>Análisis de Causa Raíz</u> Asegúrese de que la causa raíz responda la pregunta "¿Qué aspecto del sistema tuvo que fallar para que el problema ocurra?".</p> <p><u>Acción Correctiva</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La acción correctiva o el plan de acción correctivo tratan la/s causa/s raíz/raíces determinada/s en el análisis de causa raíz. De no haber definido una verdadera causa raíz no podrá prevenir la repetición del problema. 2. Para poder ser aceptado, el plan debe incluir: <ul style="list-style-type: none"> - acciones para tratar la o las causas raíz. - identificación de los responsable por las acciones - un cronograma (con fechas) para su implementación - siempre debe incluir un "cambio" en el sistema. Capacitación y/o la publicación de un boletín, generalmente no son cambios en el sistema.
Observaciones:	NO SE PRESENTARON
Oportunidades de mejora:	NO SE PRESENTARON
Uso del Logo:	Ver reporte de no conformidad

Incertidumbre / Obstáculos que podrían afectar la confiabilidad de las conclusiones de la auditoría:	N/A
Opiniones divergentes (discrepancias) sin resolver entre el Equipo Auditor y el Auditado:	N/A
Actividades de seguimiento acordadas:	Vistas de seguimiento anual
Conclusiones:	<ul style="list-style-type: none"> • Se ha demostrado la conformidad de la documentación del Sistema de Gestión, con los requisitos de la norma (s) auditada (s) y dicha documentación proporciona estructura suficiente para apoyar la implantación y mantenimiento del sistema de gestión, • La Organización ha demostrado la efectiva implantación y mantenimiento / mejora de su Sistema de Gestión. • La Organización ha demostrado el establecimiento y seguimiento de adecuados objetivos y metas clave de desempeño, y ha realizado el seguimiento del progreso hacia su consecución. • El programa de auditorías internas ha sido implantado en su totalidad y demuestra su eficacia como herramienta para mantener y mejorar el Sistema de Gestión. • A través del proceso de auditoría, se ha demostrado la total conformidad del Sistema de Gestión con los requisitos de la norma auditada.
Recomendaciones:	<p>El Equipo Auditor ha realizado una auditoría basada en los procesos, centrada en los aspectos/riesgos significativos y objetivos requeridos por la(s) norma(s). La metodología de auditoría empleada ha consistido en entrevistas, observación de actuaciones, muestreo de las actividades y revisión de documentos y registros.</p> <p>El desarrollo de la auditoría se realizó de acuerdo al plan de auditoría y a la matriz de procesos auditados incluidos en los apéndices de este informe resumen de auditoría.</p> <p>El equipo auditor llega a la conclusión de que la Organización ha establecido y mantenido su sistema de gestión de acuerdo a los requisitos de la(s) norma(s) y ha demostrado la capacidad del sistema para lograr que se cumplan los requisitos para los productos y/o servicios incluidos en el alcance, así como la política y los objetivos de la Organización.</p> <p>Por lo tanto, el equipo de auditoría, basado en los resultados de esta auditoría y el estado de desarrollo y madurez demostrado del Sistema, recomienda que la certificación de este Sistema de Gestión sea:</p>
Tramitada	<input type="checkbox"/>
Tramitada, sujeta a un plan de acciones correctivas satisfactorias	<input checked="" type="checkbox"/>
Mantenida.	<input type="checkbox"/>
Mantenida, sujeta a un plan de acciones correctivas satisfactorias.	<input type="checkbox"/>
Suspendida hasta que se completen unas acciones correctivas satisfactorias.	<input type="checkbox"/>
Retirada, (se recuerda a la Organización el Procedimiento de Apelaciones definido en las Condiciones de Contrato)	<input type="checkbox"/>
Este informe es confidencial y su distribución está limitada al equipo auditor, la propia Organización y la oficina de BV Certification	