




Bureau Veritas Certification

Certificación de Sistemas de Gestión Informe de Auditoría de Seguimiento # 1 / 2 Bajo las Normas ISO 9001:2008 y NTCGP 1000:2009 de

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA

Información de la Organización			
Nombre de la Organización	UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA		
Dirección	Vereda La Julita	Ciudad	Pereira (Colombia)
Teléfono No.	(57-6) 313 7324	Fax No.	(57-6) 313 7324
Página Web	www.utp.edu.co		
Contrato(s) No(s).	2012-1822		
Información de Contacto			
Nombre persona contacto	Diana Milena Aristizábal	Teléfono No.	(57-6) 313 7324
Dirección e-mail	calidad@utp.edu.co		
Información de la Auditoría			
Norma(s)	ISO 9001:2008 / NTCGP 1000:2009		
Código(s) Actividad Industrial	35		
Nº de Empleados	281	Nº Turnos	1
Tipo de Auditoría	Visita de Seguimiento # 1 / 2		
Fecha Inicio Auditoría	29-ABR-2014	Fecha Fin Auditoría	30-ABR-2014
Fecha Próxima Auditoría	11-MAR-2015	Duración	V/S: 2 Días auditor cada una
Información del Auditor			
Auditor Líder	Alejandro Medina (AMH)		
Auditor (es) (Miembros de Equipo)			
Especialista			
Horario de los Turnos	8:30 AM – 5:30 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 Auditoría:					
Número de No Conformidades registradas:		Mayores:	1	Menores:	0
¿Se requiere una Auditoría Extraordinaria?	N.A	Duración de la Auditoría Extraordinaria		N.A	día(s)
Fecha(s) real(es) de la Auditoría Extraordinaria			N.A	N.A	
Observaciones de la Auditoría Extraordinaria:					
N.A					
Recomendación del Equipo Líder					
Norma(s)	Recomendación				
ISO 9001:2008	Se recomienda continuidad de la certificación posterior al cierre de la no conformidad detectada.				
NTCGP 1000:2009					
Equipo Líder (1):	Auditor (es) (Miembros de Equipo)				
A Medina (AMH)					
Alcance (el Alcance debe ser verificado y se refleja en el espacio inferior)					
Alcance 1					
<p>PROCESOS ADMINISTRATIVOS DE LA UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA, QUE REALIZAN LABORES DE PLANEACIÓN, GESTIÓN, EVALUACIÓN Y CONTROL EN CONCORDANCIA CON LA MISIÓN INSTITUCIONAL: RECTORÍA, VICERRECTORÍA ADMINISTRATIVA, VICERRECTORÍA ACADÉMICA, VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIONES, INNOVACIÓN Y EXTENSIÓN, SECRETARÍA GENERAL, PLANEACIÓN, CONTROL INTERNO, SERVICIOS, PERSONAL, FINANCIERA, SISTEMAS, BIENESTAR UNIVERSITARIO, BIBLIOTECA, REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO, RECURSOS INFORMÁTICOS Y EDUCATIVOS, UNIVIRTUAL, RELACIONES INTERNACIONALES, COMUNICACIONES, JARDÍN BOTÁNICO, GESTIÓN DE DOCUMENTOS Y GESTIÓN DE CALIDAD. ASESORÍA, DISEÑO, DESARROLLO, SOPORTE-MANTENIMIENTO Y COMERCIALIZACIÓN DE SOFTWARE. MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO A EQUIPOS DE CÓMPUTO. ASESORÍA EN LA ADQUISICIÓN DE SOFTWARE Y HARDWARE. DETERMINACIÓN DE PERFILES GENÉTICOS Y ESTUDIOS DE FILIACIÓN.</p>					
Alcance 2					

Acreditación	----	----	----	----	----
Nº de Certificados requeridos	----	----	----	----	----
Idiomas	----	----	----	----	----
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 la Auditoría

1. Objetivos de la Auditoría

Los Objetivos de esta auditoría son :

1. Confirmar que el Sistema de Gestión cumple todos los requisitos aplicables de las normas auditadas;
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.

2. Resultados de las Auditorías 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	2
Nº de no conformidades cerradas	Mayores	0	Menores	2
Nº de no conformidades abiertas de nuevo	Mayores	-	Menores	-

Las conclusiones de esta revisión son:

Se observa que se han implementado las acciones correctivas derivadas de las no conformidades detectadas en la pasada auditoría.

2.1 Verificación del ciclo completo previo de informes de Auditoría de Bureau Veritas Certification

Este punto es aplicable para la auditoría de Re- Certificación.

3. Insumos Básicos y Planificación Inicial

Actividades/locaciones/procesos/funciones de la organización basados en el plan de auditoría 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.

PLAN DE AUDITORIA

Auditor Líder: Alejandro Medina (AMH) Auditor(es):	Tipo de Auditoría: Visita de Seguimiento # 1 / 2 Fecha Inicio Auditoría: 29-ABR-2014 Fecha Fin Auditoría: 30-ABR-2014 Auditoría a ser realizada según la(s) siguiente(s) norma(s) 1. ISO 9001:2008 2. NTCGP 1000:2009 3. 4.
---	--

NOTA: En este plan se observa que la hora de inicio de la auditoría es a las 11:30 am debido a inconvenientes presentados por el cierre del aeropuerto de Pereira que no permitieron la llegada del auditor a la hora planificada inicialmente. Este tiempo se compensa contemplando finalizar la auditoría el primer día a las 6:00 pm e iniciando el segundo día a las 7:00 am.

Fecha	Hora	Actividad	Proceso	Auditor (Iniciales)						
29-04-2014	11:30 12:30	ELABORACION DEL PLAN DE AUDITORIA CON GESTION DE CALIDAD Y VERIFICACIÓN PROCESO DE GESTIÓN DE CALIDAD	GESTIÓN DE CALIDAD	A	M	H				
	12:30 13:30	ALMUERZO		A	M	H				
	13:30 14:00	VERIFICACIÓN PROCESO DE GESTIÓN DE CALIDAD	GESTIÓN DE CALIDAD							
	14:00 14:30	REUNION DE APERTURA	TODOS	A	M	H				
	14:30 16:00	AUDITORIA A PROCESOS	GESTIÓN DE CALIDAD / COMUNICACIONES	A	M	H				
	16:00 18:00		PERSONAL	A	M	H				
				A	M	H				
30-04-2014	07:00 08:00	AUDITORIA A PROCESOS	RECURSOS INFORMATICOS Y EDUCATIVOS	A	M	H				
	08:00 10:00		REGISTRO Y CONTROL ACADEMICO	A	M	H				
	10:00 12:30		FINANCIERA (COMPRAS) / SERVICIOS	A	M	H				
	12:30 14:00	ALMUERZO		A	M	H				
	14:00 15:00	AUDITORIA A PROCESOS	ALTA DIRECCION	A	M	H				
	15:00 16:30	ELABORACION DE INFORME		A	M	H				
	16:30 17:30	REUNION DE CIERRE	TODOS	A	M	H				

4. Personas claves entrevistadas / involucradas

Nombre	Departamento/Proceso
FERNANDO NORENA	VICERRECTOR ADMINISTRATIVO
GERMAN LOPEZ	VICERRECTOR DE INVESTIGACIONES
DIANA MILENA ARISTIZABAL	COORDINADORA GESTION DE CALIDAD
SANDRA YAMILE CALVO	JEFE DE CONTROL INTERNO (ENCARGADA)
MARIA PATRICIA LOPEZ	DIRECTORA DE COMUNICACIONES
JAIRO ORDILIO TORRES	JEFE DE DIVISION DE PERSONAL
LINA CONSTANZA OROZCO	LIDER GESTION HUMANA
MARCELA LOPEZ	AUXILIAR III
MARTHA ISABEL MONROY	PSICÓLOGA
OSWALDO AGUDELO	DIRECTOR CENTRO DE RECURSOS INFORMATICOS Y EDUCATIVOS
JOHNIER GUZMAN	PROFESIONAL ADMINISTRACION DE LA RED
SUANY VARGAS	TECNICA ADMINISTRAVA
LINA MARIA SALAZAR	TRANSITORIO ADMINISTRATIVO
DIEGO OSORIO	DIRECTOR REGISTRO Y CONTROL ACADEMICO
CARLOS FERNANDO CASTAÑO	JEFE DIVISION FINANCIERA
MARTHA PIEDAD RAMOS	JEFE DE BIENES Y SUMINISTROS
AURA LILIANA DUQUE	PROFESIONAL BIENES Y SUMINISTROS
ORLANDO CAÑAS	JEFE DIVISION DE SERVICIOS
JAIME ZARATE	JEFE DE ALMACEN

5. Hallazgos de Auditoría

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

La Auditoría en sitio inició con una Reunión de Apertura, contando con la asistencia de altos directivos de la organización.

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.

Validación del Alcance y Exclusiones

A través de esta auditoría, se valida que el sistema de gestión se mantiene implementado con base en el alcance establecido.

Nivel de Integración (en caso de una Auditoría de Sistema de Gestión Integrado)

El sistema de gestión se encuentra integrado desde su planificación hasta sus procedimientos con base en los requisitos de las normas NTCGP 1000 e ISO 9001.

Cumplimiento de los Compromisos de Política y Objetivos

Se evalúa a través de la revisión por la Dirección.

Descripción de la conformidad y capacidad del Sistema

Planificación

Se evidencia a través de:

- Política y objetivos de calidad.
- Mapas de riesgos para los procesos de la Universidad.
- Definición de procedimientos para la ejecución de los procesos.
- Definición de responsabilidades y autoridades.

Implementación y Operación

Se evidencia a través de:

- Ejecución de los procesos con base en lo establecido en los procedimientos del Sistema de Gestión.
- Identificación y trazabilidad en los procesos. Para el proceso de Registro y Control Académico se lleva a cabo a través del número de identificación de los estudiantes.
- Respaldo y preservación de la información a través de back ups, que contempla tanto la información de los estudiantes como de la ejecución de los procesos.
- Controles para evaluación y selección de proveedores.
- Competencia del personal.

Seguimiento y Medición

Se evidencia a través de:

- Indicadores de gestión.
- Auditorías internas.
- Evaluación de la satisfacción de los clientes.
- Revisión por la Dirección.

Mejora

Se evidencia a través de:

- Acciones correctivas y preventivas.

Fortalezas del Sistema

- Compromiso directivo y del personal por el mantenimiento y mejora del sistema de gestión.
- Ejecución de los procesos de manera planificada y controlada.
- Las instalaciones con las que cuenta la Universidad que proporcionan un ambiente de trabajo adecuado para el personal.
- El enfoque hacia la satisfacción de los clientes y la prevención de los riesgos.

No Conformidades

NCR

Área: Sistema de Gestión de Calidad

Clasificación: Mayor

Descripción: Se evidencia el uso del logo de Bureau Veritas Certification en la papelería membretada y en la cual se hace impresión de actas de grado. Se observa acta de grado con fecha del 23-ABR-2014 como evidencia de esta situación. En esta papelería membretada se indican las versiones 2000 de ISO 9001 y 2004 de NTCGP 1000. La Universidad determinó finalizar el stock de esa papelería. En la nueva papelería no se utiliza el logo.

Las no conformidades relacionadas anteriormente, serán tratadas mediante el proceso de acciones correctivas de la Organización, de acuerdo con los requisitos relevantes de la norma de auditoría, relativos a las acciones correctivas, con acciones que prevengan su repetición y conservando registros completos de las mismas.

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

La Organización deberá hacer llegar a Bureau Veritas Certification un Plan de Acciones Correctivas para tratar las no conformidades **menores** identificadas en un plazo máximo de 90 días, este Plan será llevado a la práctica por la Organización que mantendrá registros con evidencias de ello.

La respuesta a las no conformidades puede ser enviada bien sea mediante documentos en soporte papel o en soporte electrónico (preferentemente), utilizando el formato de No conformidad incluido en el informe que debe ser enviado al Auditor Líder.

Esta información deberá ser enviada al correo documentacion.bvc@co.bureauveritas.com con copia al Auditor Líder.

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.

INFORME DE NO CONFORMIDADES

Las no conformidades aquí detalladas deberán ser tratadas a través del proceso para acciones correctivas de la organización y en acuerdo con los requerimientos para acciones correctivas para el estándar auditado. Las mismas deberán ser respondidas y enviadas al auditor en los formularios SF02 incluidos en el informe de la auditoría.

A continuación encontrará los requerimientos de Bureau Veritas Certification para:

- a. Plazos previstos para el tratamiento de no conformidades
- b. Contenido de la respuesta

a. Plazos previstos para el tratamiento de no conformidades

Las acciones correctivas para tratar no conformidades mayores que se hayan detectado deben llevarse a cabo de forma inmediata. La corrección, el análisis de causa raíz y el plan de acciones correctivas, junto con evidencias de implementación satisfactorias, deben presentarse dentro de los 30 días para no conformidades mayores y 90 días para no conformidades menores desde el último día de auditoría (reunión de cierre), excepto que Bureau Veritas Certification y el cliente acuerden un período de tiempo menor.

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.

En el caso de no conformidades menores, la corrección, el análisis de causa raíz y el plan de acción correctivo deben ser aprobados por el líder del grupo. La verificación de la implementación y efectividad de la acciones correctivas tomadas se llevarán a cabo en la próxima visita.

Es recomendable que el cliente provea de una respuesta temprana a fin de que haya tiempo para revisiones adicionales en caso de ser necesarias.

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.

Toda respuesta a las no conformidades que detectadas debe realizarse en formato utilizando el formulario SF02 incluido en el informe de la auditoría y enviado a Bureau Veritas Certification (documentacion.bvc@co.bureauveritas.com).

b. Contenido previsto de la respuesta

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. En la revisión de estas tres partes, el auditor busca un plan y la evidencia de que dicho plan se esté implementando.

Corrección

1. La extensión de la no conformidad fue determinada (la NC fue corregida y el cliente examinó el sistema para identificar si había otros ejemplos que necesitaban ser corregidos).

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?”.

2. Si la corrección no puede ser inmediata; será apropiado diseñar un plan para corregir la NC (responsable y fecha)
3. Evidencia de la corrección se implementó o de que el plan está siendo implementado.

Análisis de Causa Raíz

1. La Causa Raíz no debe simplemente repetir el hallazgo, tampoco debe hacerlo la causa directa del problema.
2. Un análisis profundo para determinar la verdadera causa raíz, ej. Que alguien no haya seguido un proceso puede ser una causa directa. Determinar por qué alguien no siguió un proceso conducirá a la verdadera causa raíz.
3. La declaración de la causa raíz debe hacer foco en un solo problema sin ninguna pregunta obvia de “por qué”.
Si una pregunta de “por qué” puede razonablemente ser preguntada sobre el análisis de causa raíz, es un indicativo de que el análisis no es lo suficientemente profundo.
4. Asegúrese de que la causa raíz responda la pregunta “¿Qué aspecto del sistema tuvo que fallar para que el problema ocurra?”.
5. Culpabilizar al empleado no será aceptado como la única causa raíz.
6. Abordar problemas con el proceso al igual que identificar qué sistema de detección falló.

Acción Correctiva

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:
 - acciones para tratar la o las causas raíz.
 - identificación de los responsables 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.
 3. Para que la evidencia de su implementación sea aceptada debe cumplir:
 - a. Se debe proveer evidencia suficiente para demostrar que el plan está siendo implementado según lo detallado en la respuesta (y de acuerdo al cronograma).
- b. Nota: En algunos casos, no se requiere de evidencias completas para el cierre de la NCR; alguna evidencia puede ser revisada durante una auditoría futura cuando se revisen las acciones correctivas.

Observaciones

Gestión de Calidad:

Dentro del mapa de riesgos para Gestión de Calidad, el más alto corresponde a la pérdida de la información de los procesos. Como controles se encuentran definidos los siguientes:

Copias de seguridad en el servidor.

Copias de seguridad de instructivos y formatos en la oficina.

Se define como indicador el número de eventos de pérdidas de información de los procesos, sin embargo no se cuenta con la medición correspondiente.

El Procedimiento de Administración de Riesgos establece en el numeral 4.2.1-D, que se debe formular un indicador que permita monitorear el comportamiento del riesgo respecto al tratamiento y las acciones emprendidas, aunque no establece el requisito de registrar esta medición.

Oportunidades de Mejora

A pesar de que el personal de la Universidad tiene conocimiento de la política de calidad, se debe mejorar el proceso de inducción sobre la misma, asegurando que el personal nuevo la reciba inmediatamente es vinculado. Así mismo, a pesar de que varios funcionarios conocen sobre la actualización que tuvo la política, es importante asegurar que la totalidad de los colaboradores saben cuáles fueron las modificaciones.

Uso del Logo

Se evidencia el uso del logo de Bureau Veritas Certification en la papelería membretada y en la cual se hace impresión de actas de grado. Se observa acta de grado con fecha del 23-ABR-2014 como evidencia de esta situación. En esta papelería membretada se indican las versiones 2000 de ISO 9001 y 2004 de NTCGP 1000. La Universidad determinó finalizar el stock de esa papelería. En la nueva papelería no se utiliza el logo. Se genera hallazgo sobre esta situación y se exponen al cliente las razones técnicas de esta determinación.

6. Incertidumbre / Obstáculos que podrían afectar la confiabilidad de las conclusiones de la auditoría

Ninguna.

7. Opiniones divergentes (discrepancias) sin resolver entre el Equipo Auditor y el Auditado

Ninguna.

8. Actividades de Seguimiento acordadas

Ninguna.

9. Conclusión:

- Se ha demostrado la conformidad de la documentación del Sistema de Gestión, con los requisitos de la norma auditada 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 las normas auditadas.

10. Recomendación final

El Equipo Auditor ha realizado una auditoría basada en los procesos, centrada en los aspectos/riesgos significativos y objetivos requeridos por las normas. La metodología de auditoría empleada ha consistido en entrevistas, observación de actuaciones, muestreo de las actividades y revisión de documentos y registros.

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.

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 las normas 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.

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:

- Mantenido, sujeta a un plan de acciones correctivas satisfactorio

Este informe es confidencial y su distribución está limitada al equipo auditor, la propia Organización y la oficina de BV Certification

INFORME RESUMEN DE LA AUDITORÍA PARA ISO 9001

Exclusiones / Justificación		Proceso / Actividad / Departamento												
N.A		Rev Doc										INC T O T A L E S		
		Satisfactorio (S/N) Ver comentarios abajo	GESTIÓN DE CALIDAD	COMUNICACIONES	PERSONAL	RECURSOS INFORMATICOS Y EDUCATIVOS	REGISTRO Y CONTROL ACADEMICO	FINANCIERA (COMPRAS)	SERVICIOS	ALTA DIRECCION				
Cláusula	Descripción													1
4.1	Requisitos generales					X	X							X
4.2	Requisitos de la documentación						X							X
5.1	Compromiso de la Dirección										X			X
5.2	Enfoque al cliente			X			X							X
5.3	Política de la calidad		X			X	X		X			X		
5.4	Planificación		X	X								X		
5.5	Responsabilidad, autoridad y comunicación				X							X		
5.6	Revisión por la dirección									X		X		
6.1	Provisión de recursos							X		X		X		
6.2	Recursos Humanos				X							X		
6.3	Infraestructura					X						X		
6.4	Ambiente de trabajo		X									X		
7.1	Planificación de la realización del producto						X					X		
7.2	Procesos relacionados con el cliente						X					X		
7.3	Diseño y desarrollo													
7.4	Compras							X	X			X		
7.5.1	Control de la producción y de la prestación del servicio						X					X		
7.5.2	Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio						X					X		
7.5.3	Identificación y trazabilidad						X					X		
7.5.4	Propiedad del cliente						X					X		
7.5.5	Preservación del producto						X					X		
7.6	Control de los dispositivos de seguimiento y medición													
8.1	Medición, análisis y mejora/Generalidades		X									X		
8.2.1	Satisfacción del cliente		X				X					X		
8.2.2	Auditoría interna		X									X		
8.2.3	Seguimiento y medición de los procesos		X		X		X					X		
8.2.4	Seguimiento y medición del producto						X					X		
8.3	Control del producto no conforme						X					X		
8.4	Análisis de datos		X		X		X					X		
8.5.1	Mejora continua		X									X		
8.5.2	Acción correctiva		X									X		
8.5.3	Acción preventiva		X			X						X		
	Uso del Logo		1				X					1		

Observaciones a la Revisión de la Documentación :

Satisfactoria

INFORME DE NO CONFORMIDAD				
FECHA	ORGANIZACIÓN	REF CONTRATO	INFORME N°	
30-ABR-2014	UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA	CS 2012-1822	1 / 1	
	NORMA	ISO 9001:2008 NTCGP 1000:2009		
NO CONFORMIDAD OBSERVADA DURANTE		Visita de Seguimiento # 1 / 2		
NO CONFORMIDAD OBSERVADA EN EL PROCESO		Sistema de Gestión de Calidad		
REQUISITO				
Políticas de Uso del Logo de Bureau Veritas Certification				
NO CONFORMIDAD – DESCRIPCIÓN DE LA EVIDENCIA OBJETIVA :				
Se evidencia el uso del logo de Bureau Veritas Certification en la papelería membretada y en la cual se hace impresión de actas de grado. Se observa acta de grado con fecha del 23-ABR-2014 como evidencia de esta situación. En esta papelería membretada se indican las versiones 2000 de ISO 9001 y 2004 de NTCGP 1000. La Universidad determinó finalizar el stock de esa papelería. En la nueva papelería no se utiliza el logo.				
GRADO	AUDITOR LIDER	AUDITOR	REPR. ORGANIZACIÓN	
MAYOR	A Medina (AMH)			
RESOLVER ANTES DE				
30 DÍAS				
ANÁLISIS CAUSA RAÍZ (¿Qué ha fallado en el sistema para que esta NC ocurra?)				
VER ANEXO				
CORRECCIÓN (acciones inmediatas para resolver el problema)				
VER ANEXO				
ACCIÓN CORRECTIVA (¿Qué se hace para prevenir su repetición)				
VER ANEXO				
VERIFICACIÓN DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS	FECHA DE RESOLUCIÓN			
	REPRESENTANTE ORGANIZACIÓN			
VERIFICACIÓN DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS	FECHA	STATUS	AUDITOR	
BVC	COMENTARIOS DEL AUDITOR			