



## **Bureau Veritas Certification**

### **Certificación de Sistemas de Gestión Informe de Auditoría de Seguimiento No 2 Bajo las Normas ISO 9001:2008 y NTCGP 1000:2009**

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA  
UTP**

Información de la Organización			
Nombre de la Organización	UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA		
Dirección	Vereda la Julita	Ciudad	Pereira - Colombia
Teléfono No.	(6) 3137324	Fax No.	(6) 3137324
Página Web	<a href="http://www.utp.edu.co">http://www.utp.edu.co</a>		
Contrato(s) No(s).	CS-2015-0197		
Información de Contacto			
Nombre y cargo persona contacto	Adriana Soto Botero	Teléfono No.	3147101830
Dirección e-mail	<a href="mailto:asoto@utp.edu.co">asoto@utp.edu.co</a> <a href="mailto:calidad@utp.edu.co">calidad@utp.edu.co</a>		
Información de la Auditoría			
Norma(s)	ISO 9001:2008 - NTC GP1000:2009		
Código(s) Actividad Industrial	PQC:37		
Nº de Empleados	281	Nº Turnos	1
Tipo de Auditoría	Visita de Seguimiento No 2		
Fecha Inicio Auditoría	Abril 28-15	Fecha Fin Auditoría	Abril 29-15
Fecha Próxima Auditoría	Marzo de 2016	Duración próxima auditoría	4 días
Información del Auditor			
Auditor Líder	Mariluz Alzate Pérez (MLA)		
Auditor (es) (Miembros de Equipo)	N.A.		
Especialista	N.A.		
Horario de los Turnos	8 am a 12 m 2 pm a 6 pm		
Si se trata de una auditoría "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		

<b>Resumen de los Hallazgos de la Auditoría:</b>					
Número de No Conformidades registradas:		Mayores:	0	Menores:	3
¿Se requiere una Auditoría Extraordinaria?	No	Duración de la Auditoría Extraordinaria		N.A.	día(s)
Fecha(s) real(es) de la Auditoría Extraordinaria			Inicio: N.A	Fin: N.A.	
Observaciones de la Auditoría Extraordinaria: No Aplica					
<b>Recomendación del Equipo Líder</b>					
Norma(s)	Recomendación				
ISO 9001:2008	Se recomienda mantener, sujeto a aprobación del plan de acción para el cierre de las No Conformidades evidenciadas				
NTC GP1000:2009	Abril 29 de 2015				
	Mariluz Alzate Perez (MLA)				
Equipo Líder (1):	Auditor (es) (Miembros de Equipo)				
Mariluz Alzate Perez (MLA)	NO APLICA				
<b>Alcance</b> (el Alcance debe ser verificado y se refleja en el espacio inferior)					
<b>ALCANCE ESPAÑOL :</b>					
<p>Procesos 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>					
<b>Acreditación</b>	----	-----	-----	-----	-----
<b>Nº de Certificados requeridos</b>	----	-----	-----	-----	-----
<b>Idiomas</b>	----	-----	-----	-----	-----
<b>Motivo para emitir el Certificado</b>	No aplica emisión de certificados				
<b>Instrucciones Adicionales (instrucciones adicionales para el certificado o información para la oficina) :</b>					
Especificar los cambios en la Organización (alcance, número de empleados, emplazamientos, dirección, gestión, organización...). Ver coherencia con la Solicitud de Certificación					
No aplica					

## Resumen de la Auditoría

### 1. Objetivos, Criterios y Alcance de la Auditoría

#### 1.1 Objetivos de la Auditoría

Los Objetivos de esta auditoría son:

1. Confirmar que el Sistema de Gestión cumple todos los requisitos aplicables de la(s) norma(s) auditada(s), los procesos definidos y los documentos del sistema de gestión establecidos por la organización.
2. Confirmar que la Organización tenga establecido y cumple con los requisitos legales, reglamentarios y contractuales que le aplique.
3. Confirmar que la Organización ha implementado eficazmente las disposiciones planificadas.
4. Confirmar que el Sistema de Gestión es capaz de cumplir la política y alcanzar los objetivos de la Organización.
5. Identificar que la Organización tenga áreas potenciales de mejora, cuando aplique.

#### 1.2 Criterios de la Auditoría

Evaluar el cumplimiento de los requisitos establecidos en las Normas ISO 9001:2008 y NTC GP 1000:2009, así como la conformidad del SG de la empresa frente a los criterios de auditoría, su capacidad para asegurar el cumplimiento de los requisitos legales, reglamentarios y contractuales aplicables, su eficacia para asegurar que se cumplen continuamente los objetivos de la empresa e identificar áreas de mejora potencial del mismo.

#### 1.3 Alcance de la Auditoría

El alcance de la auditoría incluye:

1. Extensión y límites de la auditoría.
2. Ubicación física, unidades organizacionales, actividades y procesos a auditar.

#### Alcance:

Procesos 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.

### 2. Resultados de la Auditoría Previa

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	1	Menores	0
Nº de no conformidades cerradas	Mayores	1	Menores	0
Nº de no conformidades abiertas de nuevo	Mayores	-	Menores	-

Las conclusiones de esta revisión son:

- Cualquier No Conformidad identificada durante las auditorías previas se ha corregido y la acción correctiva continua siendo eficaz.

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

La Auditoría de recertificación tendrá en cuenta el desempeño del Sistema de Gestión durante el período de certificación a verificar

- Eficacia de todo el Sistema de Gestión considerando cambios internos y externos, la importancia continua del Sistema de Gestión y aplicabilidad del alcance de gestión.
- Demostrar compromiso en mantener la eficacia y la mejora del Sistema de Gestión con el fin de mejorar el desempeño general.
- Si el funcionamiento del Sistema de Gestión certificado contribuye al logro de la Política y Objetivos de la Organización.

Se hace revisión al seguimiento al cierre de las NC evidenciadas durante el último ciclo de certificación de BVQI, siendo los siguientes resultados:

### Auditoría de Seguimiento 1 – Año 2014

- **NCm 1:** Uso Inadecuado del Logo de Bureau Veritas en acta de grado. Plan de acción adecuado. La Institución ha decidido no hacer más uso del logo de BVQI

Cada una de las No Conformidades relacionadas, han sido cerradas de manera eficaz.

### 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 AUDITORIA - UTP	
<b>Auditor Líder:</b> Mariluz Alzate P.	<b>Tipo de Auditoría:</b> Seguimiento No 2:2
<b>Auditor(es):</b> Ninguno	<b>Fecha de inicio de auditoría:</b> Abril 28 de 2015
<b>Objetivos de la Auditoría:</b> Evaluar el cumplimiento de los requisitos establecidos en las Normas ISO 9001:2008 y NTC GP1000:2009, así como la conformidad del SIG de la empresa frente a los criterios de auditoría, su capacidad para asegurar el cumplimiento de los requisitos legales, reglamentarios y contractuales aplicables, su eficacia para asegurar que se cumplen continuamente los objetivos de la empresa e identificar áreas de mejora potencial del mismo	<b>Fecha de finalización de auditoría:</b> Abril 29 de 2015
<b>Criterios de la Auditoría:</b> ISO 9001:2008, NTC GP1000:2009	<b>Alcance:</b> Procesos 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.

Fecha	Hora	Lugar	Actividad	Proceso	Auditor		
Abril 28 de 2015	8:00	Vereda la Julita	Reunión de Apertura	Representante por la dirección Líderes de procesos	M	L	A
	8:30	Vereda la Julita	Auditoria	Gestión de calidad	M	L	A
	11:00	Vereda la Julita	Auditoria	Gestión de Documentos	M	L	A
	1:00	- - -	Receso para el Almuerzo	- - -	-	-	-
	2:30	Vereda la Julita	Auditoria	Vicerrectoría académica (Revisión por la dirección)	M	L	A
	4:00	Vereda la Julita	Auditoria	Planeación	M	L	A
	5:30	Vereda la Julita	Retroalimentación parcial al cliente	Representante por la dirección	M	L	A
Abril 29 de 2015	8:00	Vereda la Julita	Auditoria	Vicerrectoría Académica	M	L	A
	10:00	Vereda la Julita	Auditoria	Secretaría General	M	L	A
	11:00	Vereda la Julita	Auditoria	Sistemas	M	L	A
	12:30	- - -	Receso para el Almuerzo	- - -	M	L	A
	2:00	Vereda la Julita	Auditoria	Vicerrectoría Responsabilidad Social y Bienestar Universitario	M	L	A
	4:00	Vereda la Julita	Consolidación de la información	- - -	M	L	A
	5:00	Vereda la Julita	Reunión de Cierre	Representante por la dirección Líderes de procesos	M	L	A

**4. Personas claves entrevistadas / involucradas**

Nombre	Departamento/Proceso
DIANA ARISTIZABAL – COORDINADOR SISTEMA INTEGRAL DE CALIDAD ADRIANA SOTO – PROFESIONAL SISTEMA INTEGRAL DE CALIDAD	CALIDAD
CARLOS ANDRÉS CABRERA – AUXILIAR ADMINISTRATIVO LUIS FERNANDO GUZMAN BETANCOUR- AUXILIAR ADMINISTRATIVO DIEGO FERNANDO ESPINOZA RAMIREZ – ASISTENCIAL ADMINISTRATIVO HUGO ARMANDO PEREZ ORTEGÓN – AUXILIAR ADMINISTRATIVO BERTA LUCIA ARANGO – PROFESIONAL UNIVERSITARIO GLORIA YAMILE PARRA MARIN – PROFESIONAL UNIVERSITARIO I ADRIANA SOTO – PROFESIONAL SISTEMA INTEGRAL DE CALIDAD	GESTIÓN DE DOCUMENTOS
FERNANDO NOREÑA – VICERRECTOR ADMINISTRATIVO DIANA ARISTIZABAL – COORDINADOR SISTEMA INTEGRAL DE CALIDAD	VICERRECTORIA ADMINISTRATIVA / REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN
MARCELA CARMONA – PROFESIONAL DE APOYO FRANCISCO ANTONIO URIBE – JEFE DE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN ADRIANA SOTO – PROFESIONAL SISTEMA INTEGRAL DE CALIDAD DELANY RAMIREZ DEL RIO – PROFESIONAL AIE JAIME ANDRÉS RAMIREZ ESPAÑA – PROFESIONAL ASESORIA PARA LA PLANEACION ACADEMICA JULIAN ANDRÉS VALENCIA QUINTERO – PROFESIONAL PROYECTOS PDI XIMENA SANCHEZ – ARQUITECTA CONTRATISTA	GESTION DE PLANEACIÓN

Nombre	Departamento/Proceso
MATEO GOMEZ GALLEGO – INGENIERO DE SISTEMAS Y COMPUTACIÓN	
DIANA LUCIA OVALLE – PROFESIONAL VICERRECTORIA ACADEMICA DANIELA GOMEZ – DOCENTE Y ASESORA DE LA VICERRECTORIA JENNY MARCELA MEZA - PROFESIONAL VICERRECTORIA ACADEMICA BEATRIZ ADRIANA TANGARIFE - PROFESIONAL VICERRECTORIA ACADEMICA CAROLINA AGUIRRE - PROFESIONAL VICERRECTORIA ACADEMICA	VICERRECTORÍA ACADÉMICA / REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN
LILIANA ARDILA – SECRETARIA GENERAL PAULA ANDREA GOMEZ VANEGAS – AUXILIAR ADMINISTRATIVA GLORIA YAMILE PARRA – PROSIONAL UNIVERSITARIO DINA LUCIA MOLINA HURTADO – AUXILIAR ADMINISTRATIVO GRADO 23	SECRETARÍA GENERAL
DIANA PATRICIA JURADO RAMIREZ – JEFE DEGESTION DE TECONOLIGAS INFORMATICAS Y SISTEMAS DE INOFMRACION LAURA ALVAREZ- PROFESIONAL DE GESTION DE CALIDAD ISABEL CRISTINA LOPEZ SALAZAR – PROFESIONAL UNIVERSITARIO MIGUEL ANGEL GOMEZ CALDERON - TECNICO	SISTEMAS
WALDINO CASTAÑEDA LOZANO – PROFESIONAL UNIVERSITARIO DIANA PATRICIA GOMEZ BOTERO – VICERRECTORA RESPONSABILIDAD SOCIAL Y BIENESTAR UNIVERSITARIO MARTHA LUCIA VILLABONA BALLONA – PROFESIONAL UNIVERSITARIO LUIS ALBERTO ROJAS FRANCO - PROFESIONAL UNIVERSITARIO LUZ ESTELA LOPEZ RAMIREZ- TRABAJADORA GESTION MARIA PATRICIA LOPEZ GOMEZ - PROFESIONAL UNIVERSITARIO JULIAN PIEDRAHITA – PROFESIONAL DE APOYO ELIANA PRADO BRAND – INGENIERA INDUSTRIAL GLORIA YAMILE PARRA – PROSIONAL UNIVERSITARIO	VICERRECTORÍA RESPONSABILIDAD SOCIAL Y BIENESTAR UNIVERSITARIO

## **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.

### **5.1 Adecuación del Manual**

Se evidencia manual de calidad con código SGC-MC-001, vs 11 y fecha: 2014-04-22, el cual contiene el alcance a certificar, las exclusiones al SGC, el mapa de procesos, política de calidad, objetivos de calidad y la descripción general de cumplimiento a cada uno de los requisitos de las normas a certificar.

Cada proceso cuenta con una caracterización, las cuales se encuentran estructuradas bajo la metodología del ciclo PHVA. El mapa de procesos y las caracterizaciones, muestran claramente la interacción entre los procesos

#### **Caracterizaciones de los procesos.**

Se evidencia una caracterización por cada uno de los procesos identificados en el mapa, cada una de ellas enmarcadas en la metodología de la mejora continua: P-H-V-A

Se evidencia el cumplimiento documental de los procedimientos obligatorios requeridos por la norma ISO 9001:2008, Siendo estos:

CODIGO	PROCEDIMIENTO
SGC-PRO-003	Control de Registros
SGC-PRO-002	Control de los documentos
SGC-PRO-006	Acciones Correctivas y Preventivas
SGC-PRO-005	Control de Producto o Servicio No Conforme
SGC-PRO-007	Auditorías Internas

### Política Integral De Gestión

La Política integral de gestión de la Universidad Tecnológica de Pereira, desarrolla la cultura de servicio basada en el conocimiento y entendimiento de las necesidades y expectativas de nuestra comunidad universitaria y partes interesadas, brindando confianza a través de un direccionamiento estratégico, que se soporta en tecnología adecuada, oportuna gestión de riesgos, seguridad en el manejo de la información y aplicación de normas técnicas. Trabaja en procesos de mejoramiento continuo, cuya responsabilidad está en todos los niveles, generando una cultura organizacional transparente.

La Universidad Tecnológica de Pereira está comprometida con el cumplimiento de la normatividad legal y contractual, que nos permite planear, evaluar, controlar, asegurar y dar continuidad a nuestros procesos, de manera eficiente, eficaz y efectiva, en concordancia con la Misión y Objetivos Institucionales.

Para el cumplimiento cabal de esta política, se establecen los siguientes parámetros:

- Compromiso continuo por parte de los funcionarios de cada proceso, en la gestión, implementación y desarrollo del Sistema de Gestión de Calidad y el cumplimiento de los requisitos de la Norma NTC-ISO 9001:2008 y la Norma NTC-GP 1000:2009.
- Gestión del Desarrollo del Talento Humano de la Universidad.
- Todos aquellos aspectos que se requieran para el mejoramiento continuo de la calidad.
- Revisar continuamente los objetivos de calidad acordes con esta política.

### 5.2 Validación del Alcance y Exclusiones

#### Alcance del Certificado:

- Procesos 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.



### **Exclusiones:**

No se cuenta con exclusiones a las normas ISO 9001:2008 y NTC GP1000:2009

El Equipo auditor ha validado el alcance de certificación de la siguiente manera:

**Diseño:** La organización desde sus procesos de Estratégicos controlan el cumplimiento de cada una de las etapas del diseño y desarrollo de sus proyectos y piezas publicitarias respectivamente. Para ello se han documentado los procedimientos de formulación de proyectos de inversión código y elaboración de campañas de promoción.

**Fabricación / Manufactura:** La organización ha establecido caracterizaciones para sus procesos misionales y en cada uno de ellos ha establecido la metodología para asegurar el control y seguimiento de éstos. De igual forma ha documentado procedimientos e instructivos, conforme a las actividades particulares que se desarrollan en cada proyecto. La organización cuenta con experiencia, recursos y personal competente para el desarrollo de sus actividades.

**Suministro:** La organización a través de sus procesos de apoyo, provee los recursos que son necesarios en los procesos estratégicos, misionales y de evaluación.

La organización cuenta con un soporte documental que permite asegurar el control y seguimiento a cada uno de los procesos cubiertos en el alcance

**Gama de Productos/servicios:** Los procesos de la U.T.P., tienen como misión fundamental de la administración; planear, gestionar, evaluar y controlar sus procesos de manera eficiente, eficaz y oportuna, con respuestas concretas a las demandas fundamentales que se generan en los campos de acción de la ciencia, tecnología, las artes y humanidades enmarcadas en la docencia, investigación, innovación, extensión, gestión y proyección social, que influyen en la calidad de los servicios y/o productos que la Universidad proporciona a sus usuarios.

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

La organización ha documentado e implementado procedimientos aplicables a los requisitos de las normas ISO 9001:2008 y NTC GP1000:2009 con un alto nivel de integración.

### **5.4 Cumplimiento de los Compromisos de Política y Objetivos**

La organización ha diseñado los siguientes objetivos, los cuales se han derivado de la **Política de Calidad** establecida

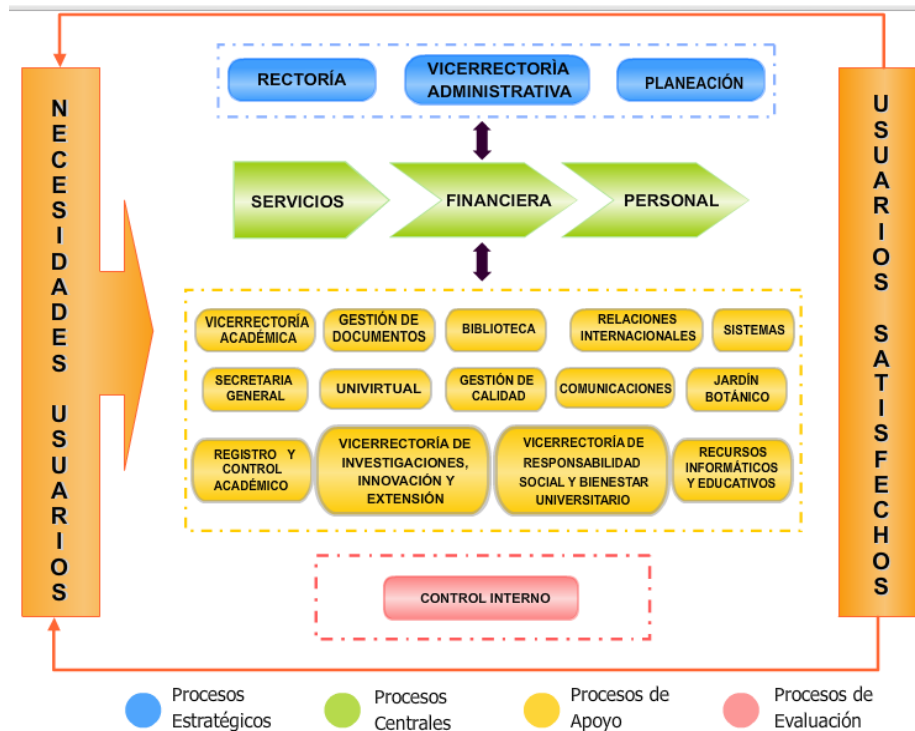
1. Satisfacer los requisitos y necesidades de los usuarios en cumplimiento de la Misión Institucional.
2. Contar con procesos administrativos que garanticen la efectividad institucional.
3. Fomentar el Sistema de Gestión del Talento Humano Administrativo de la Universidad, bajo el modelo de competencias, generando en la administración el compromiso con el desempeño efectivo.
4. Consolidar la cultura de la planeación y auto evaluación permanente, orientada a la obtención de resultados.
5. Fortalecer la autonomía financiera de la institución mediante la gestión y consecución de recursos.
6. Asegurar el desarrollo sostenible del campus universitario.
7. Fomentar el uso permanente de nuevas tecnologías y procesos de innovación tecnológica.

Se evidencia matriz de medición y seguimiento a objetivos de calidad, con análisis de resultados y plan de acción adecuado.

### 5.5 Descripción de la conformidad y capacidad del Sistema

#### 5.5.1 General

La organización, ha implementado un sistema de gestión basado en procesos y ha determinado los que se documentan en el Mapa de procesos



#### 5.5.2 Planificación

Se evidencia documentado un sistema de gestión acorde con los requerimientos de las normas ISO 9001:2008 y NTC GP1000:2009

La organización ha documentado la **Política de gestión integral** en el manual de calidad de igual forma ha establecido los objetivos en relación con la política de calidad establecida de igual forma cuenta con la identificación de los requerimientos legales y demás aplicables para asegurar el cumplimiento de los procesos establecidos por la organización; de igual forma cuenta con perfiles de cargos, y ha establecido la estructura organizacional mediante la cual se ha constituido la determinación de la responsabilidad y autoridad que corresponde a cada cargo.

#### 5.5.3 Implementación y Operación

La organización cuenta con una documentación y control en cada uno de sus procesos, que garantiza el cumplimiento de los objetivos de cada uno.

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

#### **5.5.4 Seguimiento y Medición**

Cada proceso tiene determinados los criterios para realizar el seguimiento y medición cuando aplica en cada uno de los procesos determinados por la organización; se evidencia la implementación de acciones correctivas y preventivas en los procesos

#### **5.5.5 Mejora**

Está determinada a través de la encuesta de satisfacción del cliente, aplicación de los indicadores de gestión, auditorías internas, evaluación y reevaluación de proveedores y las etapas diseñadas en las caracterizaciones de los procesos que a través de la trazabilidad evidencian la verificación de la labores hasta alcanzar la prestación del servicio con los requisitos planteados por el cliente

Cada caracterización cuenta con las actividades debidamente separadas en las que corresponden al Planear, Hacer, Verificar y al actuar, lo cual garantiza la aplicación de la metodología establecida por la norma

Se evidencia procedimiento Control de Producto o Servicio No Conforme, código SGC-PRO-005 versión 7 del 27/01/2014

Se evidencia que la organización, cuenta con herramientas que le permiten asegurar la implementación acciones que aportan a la mejora continua, como lo es el diligenciamiento de acciones de tipo correctivo y preventivo, la medición y seguimiento de los procesos y el análisis de los datos generados durante estas mediciones.

#### **5.6 Fortalezas del Sistema**

8.5.1.	Se evidencia un proceso altamente ordenado en cuanto a sus registros y seguimiento a actividades sensibles. El personal auditado trabaja en equipo y muestra competencia en el manejo tanto de aplicativos, como de procedimientos aplicables.
6.2.2.	El personal auditado es muy receptivo a las oportunidades para mejora y fortalecimiento de su sistema de gestión, se evidencia un alto trabajo en equipo y competencia en cada uno en el manejo de los registros (físicos y del aplicativo Isolucion)
4.2.4.	Se evidencia registros ordenados y fáciles de trazar, lo cual facilita el control del proceso y desarrollo de la auditoria.
4.2.3.	Se observa adecuada organización y disposición de la página web de la entidad, así como claridad en la información allí publicada

7.5.3	El indicador de Índice de Construcción que se mide en el proceso de Planeación, muestra una detallada trazabilidad en su resultado y la información tomada como fuente para su cálculo. Es conveniente unificar esta metodología en la medición de todos los indicadores, a fin de mejorar el tiempo de consecución de registros requeridos para validar la fuente de los datos plasmados en cada indicador, especialmente cuando un funcionario se encuentra ausente de la organización.
5.1.	Aunque se cuenta con varios líderes de procesos muy nuevos en sus cargos, éstos muestran un alto grado de competencia, manejo del aplicativo documental, conocimiento de sus procedimientos y contenido y en general, muestran un alto grado de compromiso con el SIG

### 5.7 No Conformidades

#### **NCR 1: CONTROL DE LOS REGISTROS – 4.2.4.**

**Área:** CALIDAD

**Clasificación:** MENOR

**Descripción:** El listado maestro de registros correspondiente al proceso de Sistemas, refleja las siguientes inconsistencias en el aplicativo en línea de administración documental.

- 1) Registros duplicados en versión 01, con igual nombre e igual código, pero diferentes fechas de vigencia:**
  - 135-F01 – Fechas de vigencia: 2009/07/17 y 2012/06/20
  - 135-F02 – Fechas de vigencia: 2009/07/17 y 2012/06/20
  - 135-F07 – Fechas de vigencia: 2009/07/17 y 2012/06/20
  - 135-F017 – Fechas de vigencia: 2009/07/17 y 2012/06/20
  
- 2) Registros con campos sin diligenciar:**
  - 135-F03 / F05 / F08 / F09 / F14 / F15 / en vs 01 del 2009/07/17: Les falta información de responsable de manejo, responsable de archivo, lugar de almacenamiento, tiempo de retención, recuperación y/o disposición final
  
- 3) Registros duplicados con diferentes nombres, diferentes fechas de vigencia, pero igual código e igual versión:**
  - 135-F13 vs 01 del 2009/07/17: Donación (formato)
  - 135-F13 vs 01 del 2012/06/20: Donación o bajas (registro)
  
  - 135-F16 vs 01 del 2009/07/17: Inconsistencias equipos de cómputo (formato)
  - 135-F16 vs 01 del 2012/06/20: Inconsistencias de equipos (registro)
  
  - 135-F17 vs 01 del 2009/07/17: Hoja de vida de periféricos (formato)
  - 135-F17 vs 01 del 2012/06/20: Ficha técnica de periféricos (registro)
  
- 4) Relación no consistente entre la versión del registro y la fecha de su vigencia:**
  - 135-F11 vs 02 con fecha de vigencia del 2010/07/06 - Solicitud soporte académico y administrativo
  - 135-F11 vs 01 con fecha de vigencia del 2012/06/20 (posterior a la vs 02)
  
  - 135-F12 vs 02 con fecha de vigencia del 2010/06/01 – Mantenimiento preventivo de equipos de computo
  - 135-F12 vs 01 con fecha de vigencia del 2012/06/20 (posterior a la vs 02)
  
- 5) El registro 135-F04 vs 03 del 2013/04/22, tiene establecido un tiempo de 0 para su retención, pero en la casilla de recuperación y/o disposición final se ha documentado como permanente.**

**NCR 2: GENERALIDADES - 8.1.**

**Área:** GESTIÓN DE DOCUMENTOS

**Clasificación:** MENOR

**Descripción:** El procedimiento de control de archivos de gestión vs 02 del 2012-08-01 código 1122-ACE-14, establece en su actividad No 2: "Programar visita de verificación sobre la aplicación de conceptos y normas establecidas con los responsables de la gestión documental de cada dependencia"

Como programación de estas visitas de inspección se evidencia memorando 02-1122-383 del 9 de octubre de 2014, con agendamiento de visitas a las dependencias para el 27 y 28 de octubre de 2014. Al validar el cumplimiento de esta programación, no se halló registro de las visitas de inspección programadas al Planetario y al Laboratorio de aguas y alimentos

**NCR 3: CONTROL DE LOS DOCUMENTOS - 4.2.3**

**Área:** CALIDAD

**Clasificación:** MENOR

**Descripción:**

- 1) No se evidencia aprobación de los siguientes procedimientos del proceso de vicerrectoría académica y publicados en la red:
  - 121-VD-01 vs 1 del 27 -01-2006 Concurso docentes de planta
  - 121-VD-02 vs 1 del 27 -01-2006 Vinculación de docentes transitorios y hora catedrática
  - 121-TA-01 vs 4 del 19-08-2014 Gestión presupuestal para la capacitación docente
  - 121-TA-15 vs 01 05-06-2012 programación necesidad y ejecución de recursos presupuestales.
  - 121-VM-01 vs 01 27 -01-2006 del Contratación de monitores área académica
  - 121-TA-14 vs 05-07-2012 administración programa extranjeros en Colombia, profesores invitados icetex.
  - 12-TA-02 vs 05 del 5-06-2012 Administración institucional de la capacitación docente
  
- 2) No se evidencia aprobación de los siguientes procedimientos del proceso de Vicerrectoría Responsabilidad Social y Bienestar Universitario y publicados en la red:
  - 136-PSA-03 vs 1 del 2014-11-19 administración del programa club de la salud
  - 136-AI-06 vs 01 del 24 de agosto de 2011 - Vinculación de la comunidad universitaria en proyectos de servicio social y de voluntariado (sin evidencia de aprobación)
  - 136-FRS-06 vs Administración para la inclusión de la población en situación de discapacidad 02 del 26 de noviembre de 2014
  
- 3) El listado maestro de documentos del proceso de Calidad en el filtro de "Obsoletos", no muestra la anterior del procedimiento de Auditorías internas al sistema de gestión de calidad SGC-PRO-007, es decir falta la versión Obsoleta N° 14 y se reflejan dos copias obsoletas en vs 13

**Nota:**

En caso que se hayan presentado no conformidades, éstas 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** o solicitará el envío de las evidencias de implementación en un plazo de 90 días para confirmar las acciones tomadas, evaluar su eficacia y determinar si la certificación puede ser concedida o mantenida.

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 enviadas 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 debe ser enviado al correo [documentacion.bvc@co.bureauveritas.com](mailto: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 ([documentacionbvc@co.bureauveritas.com](mailto:documentacionbvc@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. Determina 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 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.
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.

INFORME DE NO CONFORMIDADES

## 5.8 Observaciones

### Calidad

4.2.3.	Aunque se evidencia el control de acceso por parte de los funcionarios de la UTP a la documentación Obsoleta del SGC, es necesario garantizar que dicha información se encuentra adecuadamente identificada en el aplicativo; ya que se encuentran dos versiones obsoletas del procedimiento Auditorías internas al sistema de gestión de calidad SGC-PRO-007 en vs 13, pero no se encuentra el registro de la versión obsoleta No 14 (nota: el procedimiento actualmente se encuentra en vs 15)

4.2.4.	La estructura del listado maestro de registros de la Institución, tienen documentados en la misma casilla los controles de Recuperación y de disposición final, unidos con el conector y/o. No es conveniente realizar dicha unificación ya que la recuperación de registros tiene como intención conocer el orden de almacenamiento de los registros, es decir si archivan por número consecutivo, por fecha, por orden alfabético, etc. Y la disposición final se refiere a las lo que se hará con el registro, una vez terminado con el tiempo de retención previamente establecido.
--------	---

#### Gestion De Documentos

4.1. g NTC GP100 0	El mapa de riesgos del proceso de gestión de documentos, establece como uno de los controles el Capacitar a todo el personal, el personal del proceso manifiesta que su labor real es la de ofrecer formación a todo el personal, ya que su asistencia es voluntaria. Por tanto es necesario revisar los términos utilizados las acciones a realizar para mitigar el riesgo, de tal manera que reflejen la realidad y lleven a la organización a mitigar el riesgo
-----------------------------	--

#### Gestion De Planeación

4.1. g NTC GP1000	El mapa de riesgos del proceso de planeación, determina entre sus controles la actividad de realizar de manera bimestral el respaldo de los activos de la información. Al efectuar seguimiento al cumplimiento de esta actividad, se evidencia que al activo Mosaico de la UTP, no se le aplica dicha frecuencia, adicionalmente durante los primeros tres meses del año, no se realiza esta labor a ninguno de los activos. Estas salvedades o exclusiones, no se encuentran documentadas.
-------------------------	---

#### Vicerrectoría Académica

4.2.4.	Se evidencia tabla de retención documental impresa publicada correspondiente al proceso de vicerrectoría académica con fecha de elaboración del 3 de diciembre del año 2012, ésta tabla relaciona tres informes: informes de concursos, informes de ascensos e informes de incorporaciones escalafón docente. En la realidad esto no son informes generados, sino que son las guías para manejar la correspondencia de vinculación. Es conveniente revisar y adecuar la información
8.4.	Se evidencia programación y ejecución de cursos para capacitación a los docentes. Se evidencia aplicación de encuesta de satisfacción capacitación código 12-F-11 vs 01 del 2 de agosto de 2010. No se cuenta con análisis de estos resultados, correspondientes a los cursos realizados en el segundo semestre del año 2014

#### Secretaría General

7.2.3. literal c)	Respuesta a Luisa Fernanda Tabares de su caso: Respuesta inicial de manera telefónica a la estudiante, posteriormente se le informó de manera telefónica y no quedo evidencia de la comunicación al cliente como lo establece el numeral
7.2.1.	Se evidencia parte de la historia clínica de Luisa Fernanda, sin autorización expresa de ella, de acuerdo al tratamiento de datos sensibles, establecido por la Ley 1581 de 2015

#### Vicerrectoría Responsabilidad Social y Bienestar Universitario

4.2.3	Es conveniente recordar al personal, el procedimiento adecuado que se debe seguir para implementar nuevos cambios en el sistema de gestión, posterior a su aprobación.
-------	--



### 5.9 Oportunidades de Mejora

#### **Calidad**

4.1.	En la caracterización del proceso del sistema de calidad 1313-F01 vs 04, se encuentra documentada la siguiente actividad de verificación: "seguimiento a quejas y reclamos". El líder del proceso manifiesta que son responsable solo por el seguimiento a sus quejas, más no por las de toda la institución. Es conveniente detallar el alcance de las actividades a ejecutar descritas en las caracterizaciones de procesos.
------	--

#### **Gestion De Documentos**

7.2.1. c)	Es conveniente determinar claramente las actividades a desarrollar inherentes a la nueva legislación aplicable identificada, esto con la finalidad de realizar un seguimiento y control a su total cumplimiento
-----------	---

#### **Revisión Por La Dirección**

5.6.3.	Aunque se evidencia decisiones y acciones tomadas por la alta dirección, como resultado de la revisión semestral que se hace al Sistema Integral, es conveniente dejarlas documentadas más claramente en las actas de la revisión por la dirección, tal como lo establece la norma en el capítulo 5.6.
--------	--

#### **Gestion De Planeación**

5.4.2.	Para mejorar el control del proceso, es conveniente establecer frecuencias para ejecución de actividades críticas documentadas en los procedimientos del Sistema de Gestión
8.2.4.	En el proceso de Gestión de Planeación, se mide el objetivo de Estudio de Patrimonio y el seguimiento a su ejecución se realiza tomando como base el número de semanas transcurridas / el total de semanas asignadas para su ejecución. Es conveniente analizar si es más productivo para la Institución, realizar seguimiento a este objetivo por cumplimiento de actividades planificadas, más que por cumplimiento de tiempos.

#### **Sistemas**

5.4.2.	Es conveniente mejorar la planificación de los mantenimientos preventivos de los equipos de cómputo, determinando claramente la placa o ID de cada uno y hacer seguimiento a su reprogramación y/o cancelación de actividad. Actualmente la organización realiza control a los mantenimientos por total de equipos atendidos, independientemente de la necesidad inicialmente identificada
8.5.1.	Es conveniente documentar las políticas de operación de los procesos, que no se encuentran documentadas en los diferentes procedimientos, como es el caso de la excepción a los mantenimientos preventivos de los equipos cómputo portátiles.
6.3	Establecer una metodología que permita controlar la realización de copias de seguridad a los equipos de cómputo, actividad de la cual es responsable cada funcionario. (Ej. Reporte periódico desde el líder del proceso al líder de sistemas, sobre las copias realizadas a los equipos a su cargo)

### 5.10 Uso del Logo

Actualmente la UTP no está haciendo uso del logo de BVQI en su papelería, fue retirado

Para cada utilización específica del logo deben enviar la solicitud de aprobación al correo [gerencia.tecnica@co.bureauveritas.com](mailto:gerencia.tecnica@co.bureauveritas.com)

## **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**

Ver anexo formato SF17

## **9. Conclusión:**

- Se ha demostrado la conformidad de la documentación del Sistema de Gestión, con los requisitos de las normas ISO 9001:2008 y NTC GP1000:2009 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.

## **10. Recomendación final**

El Equipo Auditor ha realizado una auditoría basada en los procesos, centrada en los aspectos/riesgos significativos y objetivos requeridos por ISO 9001:2008 y NTC GP1000:2009. 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 ISO 9001:2008 y NTC GP1000:2009 y ha demostrado la capacidad del sistema para lograr que se cumplan los requisitos para los productos y servicios incluidos en el alcance, así como la política y los objetivos de la Organización.

Por lo tanto, el equipo auditor, basado en los resultados de esta auditoría y el estado de desarrollo y madurez demostrado del Sistema establece que la certificación de este Sistema de Gestión sea:

- **Mantenida, 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 9001:2008 – GP 1000:2009**

Exclusiones / Justificación		Proceso / Actividad / Departamento																	INC T O T A L E S			
		Rev Doc																				
No se registra excusiones		Cumplimiento (S/N) Ver comentarios abajo																				
Auditor Mariluz Alzate P. (MLA)																						
Cláusula	Descripción																					
4.1	Requisitos generales		X	X		X	X	X	X	X												
4.2	Requisitos de la documentación	N	2	X		X	X	X	X												2	
5.1	Compromiso de la Dirección	S	X		X																	
5.2	Enfoque al cliente																					
5.3	Política de la calidad		X																			
5.4	Planificación		X	X		X	X	X	X	X												
5.5	Responsabilidad, autoridad y comunicación							X														
5.6	Revisión por la dirección	S			X																	
6.1	Provisión de recursos						X															
6.2	Recursos Humanos	S		X	X		X															
6.3	Infraestructura	S							X													
6.4	Ambiente de trabajo																					
7.1	Planificación de la realización del producto	S				X			X													
7.2	Procesos relacionados con el cliente	S		X		X		X														
7.3	Diseño y desarrollo	S																				
7.4	Compras																					
7.5.1	Control de la producción y de la prestación del servicio	S						X	X	X												
7.5.2	Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio	S								X												
7.5.3	Identificación y trazabilidad	S				X	X		X													
7.5.4	Propiedad del cliente	S																				
7.5.5	Preservación del producto	S																				
7.6	Control de los dispositivos de seguimiento y medición																					
8.1	Medición, análisis y mejora/Generalidades	N		1																	1	
8.2.1	Satisfacción del cliente	S						X	X													
8.2.2	Auditoría interna	S	X																			
8.2.3	Seguimiento y medición de los procesos		X	X		X																
8.2.4	Seguimiento y medición del producto	S				X	X	X	X													
8.3	Control del producto no conforme	S																				
8.4	Análisis de datos	S	X			X	X															
8.5.1	Mejora continua	S		X	X				X													
8.5.2	Acción correctiva	S	X																			
8.5.3	Acción preventiva	S	X																			
	Uso del Logo	S																				

**Observaciones a la Revisión de la Documentación :**

**Solicitud de Certificación / Revisión de la Documentación**  
**Cláusula / Descripción y Comentarios**

INFORME DE NO CONFORMIDAD			
FECHA	ORGANIZACIÓN	REF CONTRATO	INFORME N°
Abril 29 de 2015	UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA	CS-2015-0197	1 / 3
	NORMA	ISO 9001:2008 NTC GP1000:2009	
NO CONFORMIDAD OBSERVADA DURANTE		AUDITORIA DE SEGUIMIENTO N° 2 ISO 9001 – NTC GP1000	
NO CONFORMIDAD OBSERVADA EN EL PROCESO		CALIDAD	
REQUISITO			
CONTROL DE LOS REGISTROS			4.2.4.
NO CONFORMIDAD – DESCRIPCIÓN DE LA EVIDENCIA OBJETIVA:			
<p>El listado maestro de registros correspondiente al proceso de Sistemas, refleja las siguientes inconsistencias en el aplicativo en línea de administración documental.</p> <p><b>6) Registros duplicados en versión 01, con igual nombre e igual código, pero diferentes fechas de vigencia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 135-F01 – Fechas de vigencia: 2009/07/17 y 2012/06/20</li> <li>- 135-F02 – Fechas de vigencia: 2009/07/17 y 2012/06/20</li> <li>- 135-F07 – Fechas de vigencia: 2009/07/17 y 2012/06/20</li> <li>- 135-F017 – Fechas de vigencia: 2009/07/17 y 2012/06/20</li> </ul> <p><b>7) Registros con campos sin diligenciar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 135-F03 / F05 / F08 / F09 / F14 / F15 / en vs 01 del 2009/07/17: Les falta información de responsable de manejo, responsable de archivo, lugar de almacenamiento, tiempo de retención, recuperación y/o disposición final</li> </ul> <p><b>8) Registros duplicados con diferentes nombres, diferentes fechas de vigencia, pero igual código e igual versión:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 135-F13 vs 01 del 2009/07/17: Donación (formato)</li> <li>- 135-F13 vs 01 del 2012/06/20: Donación o bajas (registro)</li> <li>- 135-F16 vs 01 del 2009/07/17: Inconsistencias equipos de cómputo (formato)</li> <li>- 135-F16 vs 01 del 2012/06/20: Inconsistencias de equipos (registro)</li> <li>- 135-F17 vs 01 del 2009/07/17: Hoja de vida de periféricos (formato)</li> <li>- 135-F17 vs 01 del 2012/06/20: Ficha técnica de periféricos (registro)</li> </ul> <p><b>9) Relación no consistente entre la versión del registro y la fecha de su vigencia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 135-F11 vs 02 con fecha de vigencia del 2010/07/06 - Solicitud soporte académico y administrativo</li> <li>- 135-F11 vs 01 con fecha de vigencia del 2012/06/20 (posterior a la vs 02)</li> <li>- 135-F12 vs 02 con fecha de vigencia del 2010/06/01 – Mantenimiento preventivo de equipos de computo</li> <li>- 135-F12 vs 01 con fecha de vigencia del 2012/06/20 (posterior a la vs 02)</li> </ul> <p><b>10) El registro 135-F04 vs 03 del 2013/04/22, tiene establecido un tiempo de 0 para su retención, pero en la casilla de recuperación y/o disposición final se ha documentado como permanente.</b></p>			
GRADO	AUDITOR LIDER	AUDITOR	REPR. ORGANIZACIÓN
MENOR	Mariluz Alzate P.	N.A.	

A COMPLEMENTAR POR BVC

	<b>RESOLVER ANTES DE</b>	(MLA)		
	90 días a partir de la fecha			
<b>A COMPLETAR POR LA ORGANIZACIÓN</b>	<b>ANÁLISIS CAUSA RAÍZ (¿Qué ha fallado en el sistema para que esta NC ocurra?)</b>			
	<b>CORRECCIÓN (acciones inmediatas para resolver el problema)</b>			
	<b>ACCIÓN CORRECTIVA (¿Qué se hace para prevenir su repetición)</b>			
	<b>VERIFICACIÓN DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS</b>	<b>FECHA DE RESOLUCIÓN</b>		
		<b>REPRESENTANTE ORGANIZACIÓN</b>		
<b>BVC</b>	<b>VERIFICACIÓN DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS</b>	<b>FECHA</b>	<b>STATUS</b>	<b>AUDITOR</b>
	<b>COMENTARIOS DEL AUDITOR</b>			

INFORME DE NO CONFORMIDAD					
A COMPLEMENTAR POR BVC	FECHA	ORGANIZACIÓN	REF CONTRATO	INFORME N°	
	Abril 29 de 2015	UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA	CS-2015-0197	2 / 3	
		NORMA	ISO 9001:2008 NTC GP1000:2009		
	NO CONFORMIDAD OBSERVADA DURANTE		AUDITORIA DE SEGUIMIENTO N° 2 ISO 9001 – NTC GP1000		
	NO CONFORMIDAD OBSERVADA EN EL PROCESO		GESTIÓN DE DOCUMENTOS		
	<b>REQUISITO</b>				
	GENERALIDADES				8.1.
	<b>NO CONFORMIDAD – DESCRIPCIÓN DE LA EVIDENCIA OBJETIVA:</b>				
	<p>El procedimiento de control de archivos de gestión vs 02 del 2012-08-01 código 1122-ACE-14, establece en su actividad No 2: “Programar visita de verificación sobre la aplicación de conceptos y normas establecidas con los responsables de la gestión documental de cada dependencia”</p> <p>Como programación de estas visitas de inspección se evidencia memorando 02-1122-383 del 9 de octubre de 2014, con agendamiento de visitas a las dependencias para el 27 y 28 de octubre de 2014. Al validar el cumplimiento de esta programación, no se halló registro de las visitas de inspección programadas al Planetario y al Laboratorio de aguas y alimentos</p>				
	<b>GRADO</b>		<b>AUDITOR LIDER</b>	<b>AUDITOR</b>	<b>REPR. ORGANIZACIÓN</b>
MENOR		Mariluz Alzate P. (MLA)	N.A.		
<b>RESOLVER ANTES DE</b>					
90 días a partir de la fecha					
A COMPLEMENTAR POR LA ORGANIZACIÓN	<b>ANÁLISIS CAUSA RAÍZ (¿Qué ha fallado en el sistema para que esta NC ocurra?)</b>				
	<b>CORRECIÓN (acciones inmediatas para resolver el problema)</b>				
	<b>ACCIÓN CORRECTIVA (¿Qué se hace para prevenir su repetición)</b>				
VERIFICACIÓN DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS		<b>FECHA DE RESOLUCIÓN</b>			
		<b>REPRESENTANTE ORGANIZACIÓN</b>			
BVC	VERIFICACIÓN DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS	<b>FECHA</b>	<b>STATUS</b>	<b>AUDITOR</b>	
	COMENTARIOS DEL AUDITOR				

INFORME DE NO CONFORMIDAD				
FECHA	ORGANIZACIÓN	REF CONTRATO	INFORME N°	
Abril 29 de 2015	UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA	CS-2015-0197	3 / 3	
	NORMA	ISO 9001:2008 NTC GP1000:2009		
NO CONFORMIDAD OBSERVADA DURANTE		AUDITORIA DE SEGUIMIENTO N° 2 ISO 9001 – NTC GP1000		
NO CONFORMIDAD OBSERVADA EN EL PROCESO		CALIDAD		
REQUISITO				
CONTROL DE LOS DOCUMENTOS			4.2.3	
NO CONFORMIDAD – DESCRIPCIÓN DE LA EVIDENCIA OBJETIVA:				
A COMPLEMENTAR POR BVC	<p>1) No se evidencia aprobación de los siguientes procedimientos del proceso de vicerrectoría académica y publicados en la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 121-VD-01 vs 1 del 27 -01-2006 Concurso docentes de planta</li> <li>• 121-VD-02 vs 1 del 27 -01-2006 Vinculación de docentes transitorios y hora catedrática</li> <li>• 121-TA-01 vs 4 del 19-08-2014 Gestión presupuestal para la capacitación docente</li> <li>• 121-TA-15 vs 01 05-06-2012 programación necesidad y ejecución de recursos presupuestales.</li> <li>• 121-VM-01 vs 01 27 -01-2006 del Contratación de monitores área académica</li> <li>• 121-TA-14 vs 05-07-2012 administración programa extranjeros en Colombia, profesores invitados icetex.</li> <li>• 12-TA-02 vs 05 del 5-06-2012 Administración institucional de la capacitación docente</li> </ul>			
	<p>2) No se evidencia aprobación de los siguientes procedimientos del proceso de Vicerrectoría Responsabilidad Social y Bienestar Universitario y publicados en la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 136-PSA-03 vs 1 del 2014-11-19 administración del programa club de la salud</li> <li>• 136-AI-06 vs 01 del 24 de agosto de 2011 - Vinculación de la comunidad universitaria en proyectos de servicio social y de voluntariado (sin evidencia de aprobación)</li> <li>• 136-FRS-06 vs Administración para la inclusión de la población en situación de discapacidad 02 del 26 de noviembre de 2014</li> </ul>			
	<p>3) El listado maestro de documentos del proceso de Calidad en el filtro de “Obsoletos”, no muestra la anterior del procedimiento de Auditorías internas al sistema de gestión de calidad SGC-PRO-007, es decir falta la versión Obsoleta N° 14 y se reflejan dos copias obsoletas en vs 13</p>			
GRADO	AUDITOR LIDER	AUDITOR	REPR. ORGANIZACIÓN	
MENOR	Mariluz Alzate P. (MLA)	N.A.		
RESOLVER ANTES DE				

	90 días a partir de la fecha			
<b>A COMPLETAR POR LA ORGANIZACIÓN</b>	<b>ANÁLISIS CAUSA RAÍZ (¿Qué ha fallado en el sistema para que esta NC ocurra?)</b>			
	<b>CORRECCIÓN (acciones inmediatas para resolver el problema)</b>			
	<b>ACCIÓN CORRECTIVA (¿Qué se hace para prevenir su repetición)</b>			
	<b>VERIFICACIÓN DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS</b>	<b>FECHA DE RESOLUCIÓN</b>		
		<b>REPRESENTANTE ORGANIZACIÓN</b>		
<b>BVC</b>	<b>VERIFICACIÓN DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS</b>	<b>FECHA</b>	<b>STATUS</b>	<b>AUDITOR</b>
	<b>COMENTARIOS DEL AUDITOR</b>			



**DESEMPEÑO DEL SISTEMA DE GESTION HASTA LA FECHA ACTUAL**

Inf. Visita Ref.	Grado	Estado	Resumen de los Hallazgos	Proceso/División	Fecha	Norma	Cláusula
Seguim. N° 2	Menor	Abierto	CONTROL DE LOS REGISTROS	CALIDAD	Abril 29 de 2015	ISO 9001:2008 GP1000:2009	4.2.4.

**Detalles del Hallazgo:**

El listado maestro de registros correspondiente al proceso de Sistemas, refleja las siguientes inconsistencias en el aplicativo en línea de administración documental.

**1) Registros duplicados en versión 01, con igual nombre e igual código, pero diferentes fechas de vigencia:**

- 135-F01 – Fechas de vigencia: 2009/07/17 y 2012/06/20
- 135-F02 – Fechas de vigencia: 2009/07/17 y 2012/06/20
- 135-F07 – Fechas de vigencia: 2009/07/17 y 2012/06/20
- 135-F017 – Fechas de vigencia: 2009/07/17 y 2012/06/20

**2) Registros con campos sin diligenciar:**

- 135-F03 / F05 / F08 / F09 / F14 / F15 / en vs 01 del 2009/07/17: Les falta información de responsable de manejo, responsable de archivo, lugar de almacenamiento, tiempo de retención, recuperación y/o disposición final

**3) Registros duplicados con diferentes nombres, diferentes fechas de vigencia, pero igual código e igual versión:**

- 135-F13 vs 01 del 2009/07/17: Donación (formato)
- 135-F13 vs 01 del 2012/06/20: Donación o bajas (registro)
- 135-F16 vs 01 del 2009/07/17: Inconsistencias equipos de cómputo (formato)
- 135-F16 vs 01 del 2012/06/20: Inconsistencias de equipos (registro)
- 135-F17 vs 01 del 2009/07/17: Hoja de vida de periféricos (formato)
- 135-F17 vs 01 del 2012/06/20: Ficha técnica de periféricos (registro)

**4) Relación no consistente entre la versión del registro y la fecha de su vigencia:**

- 135-F11 vs 02 con fecha de vigencia del 2010/07/06 - Solicitud soporte académico y administrativo
- 135-F11 vs 01 con fecha de vigencia del 2012/06/20 (posterior a la vs 02)
- 135-F12 vs 02 con fecha de vigencia del 2010/06/01 – Mantenimiento preventivo de equipos de computo
- 135-F12 vs 01 con fecha de vigencia del 2012/06/20 (posterior a la vs 02)

- 5) El registro 135-F04 vs 03 del 2013/04/22, tiene establecido un tiempo de 0 para su retención, pero en la casilla de recuperación y/o disposición final se ha documentado como permanente.

**Acciones Correctivas:**


Seguim. N° 2	Menor	Abierto	GENERALIDADES	GESTIÓN DE DOCUMENTOS	Abril 29 de 2015	ISO 9001:2008 NTC GP1000:2009	8.1.
<b>Detalles del Hallazgo:</b> El procedimiento de control de archivos de gestión vs 02 del 2012-08-01 código 1122-ACE-14, establece en su actividad No 2: "Programar visita de verificación sobre la aplicación de conceptos y normas establecidas con los responsables de la gestión documental de cada dependencia"							
Como programación de estas visitas de inspección se evidencia memorando 02-1122-383 del 9 de octubre de 2014, con agendamiento de visitas a las dependencias para el 27 y 28 de octubre de 2014. Al validar el cumplimiento de esta programación, no se halló registro de las visitas de inspección programadas al Planetario y al Laboratorio de aguas y alimentos							
<b>Acciones Correctivas:</b>							


Seguim. N° 2	Menor	Abierto	CONTROL DE LOS DOCUMENTOS	CALIDAD	Abril 29 de 2015	ISO 9001:2008 GP1000:2009	4.2.3.
<b>Detalles del Hallazgo:</b>							
1) No se evidencia aprobación de los siguientes procedimientos del proceso de vicerrectoría académica y publicados en la red:							
<ul style="list-style-type: none"><li>• 121-VD-01 vs 1 del 27 -01-2006 Concurso docentes de planta</li><li>• 121-VD-02 vs 1 del 27 -01-2006 Vinculación de docentes transitorios y hora catedrática</li><li>• 121-TA-01 vs 4 del 19-08-2014 Gestión presupuestal para la capacitación docente</li><li>• 121-TA-15 vs 01 05-06-2012 programación necesidad y ejecución de recursos presupuestales.</li><li>• 121-VM-01 vs 01 27 -01-2006 del Contratación de monitores área académica</li><li>• 121-TA-14 vs 05-07-2012 administración programa extranjeros en Colombia, profesores invitados icetex.</li><li>• 12-TA-02 vs 05 del 5-06-2012 Administración institucional de la capacitación docente</li></ul>							
2) No se evidencia aprobación de los siguientes procedimientos del proceso de Vicerrectoría Responsabilidad Social y Bienestar Universitario y publicados en la red:							
<ul style="list-style-type: none"><li>• 136-PSA-03 vs 1 del 2014-11-19 administración del programa club de la salud</li><li>• 136-AI-06 vs 01 del 24 de agosto de 2011 - Vinculación de la comunidad universitaria en proyectos de servicio social y de voluntariado (sin evidencia de aprobación)</li><li>• 136-FRS-06 vs Administración para la inclusión de la población en situación de discapacidad 02 del 26 de noviembre de 2014</li></ul>							
3) El listado maestro de documentos del proceso de Calidad en el filtro de "Obsoletos", no muestra la anterior del procedimiento de Auditorías internas al sistema de gestión de calidad SGC-PRO-007, es decir falta la versión Obsoleta N° 14 y se reflejan dos copias obsoletas en vs 13							
<b>Acciones Correctivas:</b>							

ODM / Obs.
<b>Detalles del Hallazgo :</b>

OFI / Obs.
<b>Detalles del Hallazgo :</b>



 <b>PLAN AUDITORÍAS SEGUIMIENTO ISO 9001</b>		<b>APENDICE</b>				
<b>Organización / Contrato No.</b> - UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA CS-2015-0197 (y emplazamiento si aplicable)						
ISO 9001	Departamento / Actividad / Proceso	Seguimiento				
		1	2	3	4	5
4.2	Documentación Calidad (Manual, Procedimientos)	*	*	*	*	*
4.2.3	Control Documentación (Proceso)	*		*		*
5.6	Revisión Dirección (Actividad)	*	*	*	*	*
8.2.1	Satisfacción Cliente (Actividad)	*		*		*
8.2.2	Auditorías Internas (Actividad)	*	*	*	*	*
8.5.1	Mejora Continua (Actividad)	*	*	*	*	*
5.4	Objetivos, Planificación y Control de Cambios (Actividad)	*	*	*	*	*
4.2.4	Control de Registros			X		
5.1	Compromiso de la Dirección			X		
5.2	Enfoque al cliente			X		
5.3	Política de Calidad			X		
5.5	Responsabilidad, Autoridad y comunicación			X		
6.1	Gestión de recursos			X		
6.2	Recursos humanos			X		
6.3	Infraestructura			X		
6.4	Ambiente de trabajo			X		
7.1	Planificación de los procesos de la producción			X		
7.2	Procesos relacionados con el cliente			X		
7.3	Diseño y Desarrollo			X		
7.4	Compras			X		
7.5.1	Control de los procesos de la producción			X		
7.5.2	Validación de los procesos de la producción			X		
7.5.3	Identificación y trazabilidad			X		
7.5.4	Propiedad del cliente			X		
7.5.5	Preservación del producto			X		
7.6	Control de dispositivos de seguimiento y medición			X		
8.1	Mejora continua			X		
8.2.3	Seguimiento y medición de procesos			X		
8.2.4	Seguimiento y medición de producto			X		
8.3	Control de producto no conforme			X		
8.4	Análisis de datos			X		
8.5.2/8.5.3	Acciones correctivas/ preventivas			X		
	Uso del Logo			X		
	<b>Nº de PERSONAS-DÍA ASIGNADOS</b>			<b>1-4</b>		
	<b>Nº de EMPLAZAMIENTOS</b>			<b>0</b>		
<b>Nota Especial:</b>	<i>Para multi-site, ej: más de un sitio, la Oficina Principal se visitará en cada auditoría de seguimiento.</i>	<b>(Items Marcados con *= Elementos a Auditar Obligatoriamente)</b>				
<b>Seguimiento 1 y 2 preparado por:</b>		<b>Comentarios:</b>				
<b>NOMBRE:</b>						
<b>FECHA:</b>						
<b>Seguimiento 4 y 5 preparado por:</b>		<b>Comentarios:</b>				
<b>NOMBRE:</b>						
<b>FECHA:</b>						

 <b>BUREAU VERITAS</b>	<b>EMPLAZAMIENTOS</b>  (incluidos en el alcance de la auditoría)	<b>APÉNDICE</b>
<b>Nombre de la Organización / Contrato No.:</b> - UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA CS-2015-0197		
<b>Nomb. Empl.</b>	Luis Fernando Gaviria Trujillo - Rector	OC
<b>Dirección</b> <b>Ciudad</b> <b>Cód. Postal</b> <b>Provincia</b>	Vereda la Julita Pereira Colombia	
<b>Nomb. Empl.</b>		
<b>Dirección</b> <b>Ciudad</b> <b>Cód. Postal</b> <b>Provincia</b>		
<b>Nomb. Empl.</b>		
<b>Dirección</b> <b>Ciudad</b> <b>Cód. Postal</b> <b>Provincia</b>		
<b>Nomb. Empl.</b>		
<b>Dirección</b> <b>Ciudad</b> <b>Cód. Postal</b> <b>Provincia</b>		
<b>Nomb. Empl.</b>		
<b>Dirección</b> <b>Ciudad</b> <b>Cód. Postal</b> <b>Provincia</b>		
<b>Nomb. Empl.</b>		
<b>Dirección</b> <b>Ciudad</b> <b>Cód. Postal</b> <b>Provincia</b>		
<b>Nomb. Empl.</b>		
<b>Dirección</b> <b>Ciudad</b> <b>Cód. Postal</b> <b>Provincia</b>		
<b>Nomb. Empl.</b>		
<b>Dirección</b> <b>Ciudad</b> <b>Cód. Postal</b> <b>Provincia</b>		
<b>Nomb. Empl.</b>		
<b>Dirección</b> <b>Ciudad</b> <b>Cód. Postal</b> <b>Provincia</b>		