

1. INFORMACIÓN GENERAL				
<b>LUGAR</b>	Sede principal Bucaramanga. Unidades Tecnológicas de Santander			
<b>DURACIÓN AUDITORÍA</b>	<b>FECHA DE INICIO</b>	17 de abril de 2023	<b>FECHA FINALIZACIÓN</b>	11 de mayo de 2023
<b>PROCESO(S) AUDITADO(S)</b>	<b>NOMBRE DE PROCESO</b>		<b>RESPONSABLE O LÍDER DE PROCESO</b>	
	Planeación Institucional		Erika Tatiana Delgado Gómez Jefe Oficina de Planeación	
	Investigaciones		Javier Mauricio Mendoza Paredes Director de Investigaciones y Extensión	
	Docencia Desarrollo Académico		Daniel Alexander Velasco Capacho Jefe Oficina de Desarrollo Académico	
	Gestión Administrativa Grupo de Seguridad y Salud en el trabajo		Edwin Gamboa Saavedra Coordinador Grupo de Seguridad y Salud en el trabajo	
	Gestión Documental		Edgar Pachón Arciniegas Coordinador Grupo de Gestión Documental	
	Control Interno de Gestión		Argemiro Castro Granados Jefe Oficina Control Interno	
	Sistema Integrado de Gestión		Erika Tatiana Delgado Gómez Representante de la dirección SIG	
<b>EQUIPO AUDITOR</b>	<b>EQUIPO AUDITOR</b>		<b>ROL</b>	
	Sandra Milena Fernández Gómez		Auditor Líder (AL)	
	Carmen Smith Ortega Quintero		Auditor de Proceso (AP)	
	Alejandro Mantilla Cáceres		Auditor de Proceso (AP)	
	Audrey Taidy Casadiegos Gaona		Auditor de Proceso (AP)	
	Rocío Astrid Mozo Cáceres		Auditor de Proceso (AP)	
	Elkin Darío Jaimes Rodríguez		Auditor de Proceso (AP)	
	Juan Carlos Navarro Noriega		Auditor de Proceso (AP)	
	Mayarith Nieves Tavera		Auditor de Proceso (AP)	
	Deisy Johana González Castellanos		Observador	
	Olger Yonatan Cazarán Buitrago		Observador	
	José de Jesús Sánchez		Observador	
	Yamile Andrea Portilla Suarez		Observador	
	Nohora Beatriz Mejía Mora		Observador	
Edwin Rodolfo Téllez Ardila		Observador		
<b>OBJETIVO DE LA AUDITORÍA</b>	Verificar la conformidad del sistema de gestión de las Unidades Tecnológicas de Santander, con los requisitos de la norma ISO 9001:2015, su eficacia y gestión de mejora continua para asegurar que se cumplen con los requisitos legales,			

	reglamentarios y contractuales aplicables en el alcance del sistema de gestión y a la norma de requisitos de gestión, y las necesidades y expectativas de los clientes.
<b>ALCANCE DE LA AUDITORÍA</b>	Ejecución del programa de auditorías internas a los siguientes Procesos- Dependencias del Sistema de Gestión de Calidad de las Unidades Tecnológicas de Santander – UTS: Estratégicos- Planeación Institucional (*Oficina de planeación). Misionales- Docencia (*Oficina de Desarrollo académico), Investigaciones, Apoyo- Gestión administrativa (*Grupo de Seguridad y Salud en el Trabajo), Gestión documental (*Oficina de Gestión documental). Seguimiento y control- Sistema Integrado de Gestión (*Jefe oficina de planeación), Control Interno de Gestión (*Oficina de control interno).
<b>CRITERIOS DE LA AUDITORÍA:</b>	Se realizará la auditoría con enfoque al Sistema de Gestión de Calidad basado en el cumplimiento de los requisitos establecidos en la norma NTC ISO 9001:2015, documentación interna de los procesos auditados, Manual de Archivo y correspondencia MA-GD-02, Tablas de Retención documental y Ley 594 de 2000 "Ley General de Archivo".

**2. DESARROLLO DE LA AUDITORÍA**

Dando cumplimiento con el numeral 9.2 Auditoría Interna establecido en la NTC ISO 9001:2015 por la cual se encuentra certificada las Unidades Tecnológicas de Santander UTS, el Comité Institucional de Gestión y Desempeño MIPG realiza aprobación al Programa de auditorías internas de calidad vigencia 2023 mediante Acta No. 003 del 05 de abril de 2024.

Se realizó reunión de apertura de auditorías internas el día veintidós (22) abril de 2024, contando con la participación de los líderes que conforman el sistema integrado de gestión de Calidad, se socializó el plan de auditoría interna, el alcance, objetivo y criterios de verificación, indicándose los siete (7) procesos a auditar: Planeación Institucional, Dirección de Investigaciones y Extensión , Oficina de Desarrollo Académico, Grupo de Seguridad y Salud en el trabajo, Gestión Documental, Control Interno y Sistema Integrado de Gestión.

Las auditorías internas de Calidad iniciaron el día veintidós (22) abril de 2024, culminando el veintiséis (26) de abril de 2024, de manera presencial.

**Requisitos Auditados:**

- 4.1 Entendiendo la organización y su contexto.
- 4.2. Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas.
- 4.3 Establecimiento del alcance del Sistema de Gestión de Calidad.
- 4.4 Sistema de gestión de la calidad y sus procesos.
- 5.1 Liderazgo y compromiso.
- 5.2 Política
- 5.3 Roles, responsabilidad y autoridad.

- 6.1. Acciones para abordar riesgos y oportunidades.
- 6.2 Objetivos de calidad y planificación.
- 6.3 Planificación y control de cambios.
- 7.1. Recursos.
- 7.2. Competencia.
- 7.3. Toma de Conciencia.
- 7.4. Comunicación.
- 7.5. Información Documentada.
- 8.1. Planificación y control operacional.
- 8.2. Requisitos para los productos y servicios
- 8.3. Diseño y desarrollo de los productos y servicios.
- 8.4 Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente.
- 8.5 Producción y provisión del servicio.
- 9.1. Seguimiento, medición, análisis y evaluación.
- 9.2. Auditorías Internas.
- 9.3. Revisión por la Dirección
- 10. Mejora.

A continuación, se relaciona el tiempo estimado en horas invertidas para el desarrollo de las entrevistas a los diferentes líderes de proceso, grupo o dependencias:

PROCESO A AUDITAR	DURACIÓN	NOMBRE DE AUDITORES
Planeación Institucional	2 Horas	Carmen Smith Ortega Quintero Auditor de Proceso José de Jesús Sánchez Observador
Investigaciones	2 Horas	Rocío Astrid Mozo Cáceres Auditor de Proceso Olger Yonatan Cazarán Buitrago Observador
Docencia Desarrollo Académico	2 Horas	Alejandro Mantilla Cáceres Auditor de Proceso Deisy Johana González Castellanos Observador
Gestión Administrativa Grupo de Seguridad y Salud en el trabajo	2 Horas	Mayarith Nieves Tavera Auditor de Proceso José de Jesús Sánchez Observador
Gestión Documental	2 Horas	Elkin Darío Jaimes Rodríguez Auditor de Proceso Edwin Rodolfo Tellez Observador

Control Interno de Gestión	2 Horas	Audrey Taidy Casadiegos Gaona Auditor de Proceso Nohora Beatriz Mejía Mora Observador
Sistema Integrado de Gestión	2 Horas	Juan Carlos Navarro Noriega Auditor de Proceso Yamile Andrea Portilla Observador
<b>TOTAL</b>	<b>14 Horas</b>	

Al culminar las entrevistas con los líderes de cada proceso el equipo auditor elaboró y presentó el Informe de auditoría interna por proceso a través del formato “F-SIG-39”, el cual es revisado y aceptado mediante firma digital o física y envió a través de los correos electrónicos institucionales por los líderes de los procesos.

Partiendo del alcance definido para el desarrollo de las auditorías, y mediante el uso y aplicación del ciclo PHVA identificado en las listas de chequeo y teniendo en cuenta los principios, el enfoque en procesos, pensamiento basado en riesgos, herramientas de seguimiento y control y la mejora continua institucional.

Como resultado de la auditoría, el equipo auditor declara la conformidad y eficacia del sistema de gestión auditado basados en el muestreo realizado. A continuación, se hace relación de los hallazgos de auditoría.

**HALLAZGOS QUE APOYAN LA CONFORMIDAD DEL SISTEMA DE GESTIÓN CON LOS REQUISITOS.**

**PLANEACÓN:**

Excelente disposición de la líder del proceso y de todo el equipo de trabajo en el desarrollo de la auditoría. Se destaca el profesionalismo de los participantes, conocen perfectamente el proceso. En sus acciones diarias reconocen la importancia de desarrollar su trabajo con un enfoque al cliente, facilitando al interior de la institución la entrega de evidencias de acuerdo a las labores que se desarrollan, las cuales apuntan al cumplimiento de las metas de las Unidades Tecnológicas de Santander.

El proceso hace un buen uso de las Tablas de Retención Documental -TDR, según correspondan a archivo digital en el OneDrive del correo electrónico o de manera física. Se evidencia una organización adecuada del archivo de gestión y de las evidencias del desarrollo de las actividades en el proceso.

El proceso evidencia la realización de un trabajo de cercanía y orientación a sus clientes internos, para ello realiza reuniones generales informativas, en las cuales orientan a las diferentes oficinas o grupos

de trabajo con aspectos útiles para la gestión de las solicitudes de información correspondientes al diligenciamiento de matrices, formatos y demás información requerida en las diferentes líneas de trabajo de la planeación institucional, adicional a esto, se ha intensificado los encuentros con las Coordinaciones de Programas Académicos, para clarificar diversos aspectos en la formulación de proyectos, hecho que ha sido útil proporcionando la realimentación en este tema específico.

Los seguimientos trimestrales, cuatrimestrales y semestrales, llevados a cabo por el proceso de planeación, para la entrega de informes de gestión a la alta dirección de las UTS, les permite controlar de forma oportuna cualquier tipo de desviación o incumplimiento de los indicadores establecidos institucionalmente, y en caso de presentarse alguno, tienen la posibilidad de actuar preventivamente ante ello.

#### **INVESTIGACIONES:**

El líder del proceso está comprometido y promueve la gestión de la calidad del proceso con liderazgo, apoyando a su equipo de trabajo en los que interviene tanto el personal de apoyo y docentes investigadores, socializando los procedimientos y formatos documentados en el sistema de gestión de calidad para los proyectos de investigación, así mismo promoviendo la actualización de formatos y seguimiento de los mismos en cuanto a documentos compartidos con otros procesos.

El proceso de Investigación identifica y reconoce los objetivos de calidad a los cuales le aporta, y que se encuentran articulados con sus indicadores de gestión a través de la matriz F-SIG-44 “Matriz de Indicadores de Gestión”. Sustenta que ayudan al primer objetivo de calidad: “Fortalecer la formación en educación superior con la oferta de programas académicos pertinentes”, al dar cumplimiento a estos indicadores de gestión, cuya medición es cuatrimestral, desde los procedimientos P-IN-01 Gestión de Grupo de Investigación y P-IN-04 Gestión de semilleros de Investigación.

El equipo de trabajo del proceso de investigación tiene claridad y demuestra apropiación de la Política de Calidad de la Institución y su participación como un proceso misional, aportando desde la línea de Excelencia Académica, Ciencias e Investigación y Aseguramiento de la Calidad, del Plan Estratégico de Desarrollo Institucional, al dar cumplimiento de las metas establecidas, según se pudo identificar en los indicadores del Plan de Acción Institucional 2024.

Las actividades de Investigación se respaldan bajo el plan de trabajo Bienal (F-IN-21) para los grupos de investigación y el plan anual de trabajo de los semilleros de investigación. En la gestión del RIUTS (Repositorio Institucional), se plantea una planeación para la publicación de los contenidos intelectuales, se cuenta con trazabilidad del proceso y se implementan controles para el aseguramiento de los productos generados, con acceso restringido para la visibilidad de la producción intelectual académica e investigativa.

#### **DOCENCIA OFICINA DE DESARROLLO ACADEMICO:**

El líder del proceso auditado y su equipo de trabajo reconoce las partes interesadas, así como sus necesidades y expectativas, identifican las necesidades de las partes internas a través de la inducción y reinducción tanto para los docentes como para los estudiantes y según resultados obtenidos se actualizan dichas necesidades y/o expectativas.

La participación activa del jefe de la Oficina de Desarrollo Académico en la auditoria interna, confirma el liderazgo y compromiso en el proceso. Se resalta el conocimiento del rol del en el cumplimiento de la política de calidad de la institución, al participar de forma activa en mejorar la excelencia académica para la formación de profesionales idóneos capaces de afrontar los retos del mercado laboral Nacional.

Desde la gestión curricular, acompañamiento a los estudiantes, profesionalización docente, se da cumplimiento a la política de calidad, implementando procedimientos de autoevaluación y mejoramiento continuo en el desarrollo de las actividades propuestas en los procedimientos del proceso de Docencia.

Se destaca la implementación de un histórico de buenas prácticas metodológicas llevadas a cabo por los docentes y personal administrativo como videos de apropiación de misión y visión de la entidad, fortalecer procesos de acuerdo a lo establecido en las líneas estratégicas y plan de acción anual, mejora de estrategias comunicacionales con la población estudiantil en condición especial. También se hacen exaltación a docentes por su aporte de procesos académicos, administrativos e investigativos.

#### **GESTION ADMINITRATIVA - SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

Disponibilidad y excelente actitud del equipo de trabajo, para atender la auditoría interna. Se evidencia la mejora continua en el proceso ya que se está actualizando la información documentada.

Se evidencia la implementación de la matriz de riesgos y peligros identificados para la UTS, formato F-GA-55 Matriz para la identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos creada a partir del procedimiento P-GA-32 Identificación de Peligros, Valoración de Riesgos y determinación de Controles, se estableció una matriz para la identificación de peligros, evaluación y control de factores de riesgo, asociados a las actividades que desarrolla las Unidades Tecnológicas de Santander, con el fin de prevenir accidentes laborales y monitorear posibles enfermedades laborales de sus trabajadores, actualizada anualmente o cuando se requiera.

Se resalta la socialización y capacitación a la comunidad universitaria sobre la importancia de la aplicación de las diferentes políticas y reglamentos, se han realizado sensibilizaciones sobre el buen uso de los espacios comunes con la ARL, por medio de personajes; se han realizado campañas para la inscripción y participación en las brigadas, se creó un código QR para facilitar la inscripción a las brigadas y se sensibilizó a los estudiantes para su participación a través de las capacitaciones certificadas. Se ha

enfaticado en la importancia del reporte de los accidentes y las patologías presentadas y de la responsabilidad de cada uno respecto al auto cuidado.

Se dio cumplimiento al Plan de Trabajo Seguridad y Salud en el Trabajo UTS 2023, y se están realizando las acciones establecidas en el cronograma del 2024, este año ya se han realizado capacitaciones, simulacros de emergencia en Vélez y Barrancabermeja y se encuentra publicada la Matriz de identificación de peligros, valoración de riesgos y establecimiento de controles Unidades Tecnológicas de Santander Bucaramanga cargada en la página institucional el 15 de diciembre de 2023.

Se evidencia el buen uso de las Tablas de Retención Documental –TDR, la información reposa en el ONE DRIVE del correo institucional para preservarla, y se encuentra organizada.

#### **GESTION DOCUMENTAL**

Se destaca el compromiso y la dedicación del equipo de trabajo en el cumplimiento de las funciones asignadas y de los compromisos con el SIG. Se evidencia el conocimiento de las actividades que se desarrollan en el proceso.

El acceso al archivo central está restringido y supervisado por el personal de la oficina de gestión documental. Se utilizan formatos para solicitar documentos (F-GD-04), lo que garantiza la salvaguarda de los documentos físicos, se destaca como un aspecto positivo y que cumple a cabalidad con la actividad del proceso. El uso obligatorio del formato F-GD-21 controla el acceso a la documentación, permitiendo que solo el personal autorizado pueda consultarla, ya sea en formato digital o físico.

Se destaca la aplicación de las normas de gestión documental en la ejecución de las de recepción, clasificación, organización y ubicación de los archivos de gestión recibidos por transferencias documental. Además, se ha verificado que se lleva a cabo un proceso meticuloso de incorporación y consolidación de todos los documentos recibidos en el inventario del archivo central.

Se evidencia el compromiso del proceso con la gestión documental de alta calidad, asegurando que todos los registros sean recibidos de manera adecuada, organizados de manera eficiente y ubicados en su lugar correspondiente dentro del archivo central. Esta práctica garantiza la integridad y disponibilidad de la información, facilitando la recuperación rápida y precisa de los documentos cuando sea necesario.

#### **CONTROL INTERNO DE GESTION**

Excelente disposición de la líder del proceso y de todo el equipo de trabajo en el desarrollo de la auditoría.

Se evidencia trabajo en equipo, compromiso y comunicación asertiva. Conocimiento y manejo de las actividades y compromisos con el sistema integrado de gestión.

Se destaca como una buena práctica, el proceso de capacitación y entrenamiento que se hace con los funcionarios de reciente ingreso, en el que se incluye el trabajo en pares, a fin de ejercer control sobre la aplicación de los procedimientos en las actividades que se ejecutan; así como el uso adecuado de la documentación del proceso, a través de la inducción en el manejo de la base documental.

El proceso cuenta con soporte digital del archivo de gestión documental. La transferencia del archivo físico a la Oficina de Gestión Documental, se viene realizando de acuerdo a lo definido en las tablas de retención del mismo.

Se evidencio una buena práctica relacionada con el seguimiento interno a través de la implementación de una metodología (semáforo) que asigna actividades, responsables y plazos, asegurando el cumplimiento y cierre de todas las acciones.

#### **SISTEMA INTEGRADO DE GESTION**

El Líder del proceso y su equipo demostraron disponibilidad y una actitud respetuosa al atender la auditoría.

El sistema orienta matrices que permiten el Manejo de Riesgos: identificando fortalezas para el sistema, donde se orientan a los procesos a él buen uso y la no materialización del riesgo, la capacitación y formación que contiene el cronograma del SIG, aporta a los líderes de procesos sobre el manejo de las matrices de riesgo; Este manejo de matrices garantiza la gestión efectiva de los riesgos y una mejor preparación para hacer frente a posibles contingencias.

El uso del formato F-PL-13: "MAPA DE RIESGOS CORRUPCIÓN" y F-PL-13 "MAPA DE RIESGOS GESTIÓN". aporta la acción de mejora al SIG, en cuanto a la diferenciación en la Gestión de Riesgos; la identificación del riesgo, el análisis y el control o seguimiento, ya que el uso hace que se establezcan mecanismos para su diligenciamiento con el fin de garantizar una gestión integral y efectiva de los riesgos organizacionales.

Informe de Revisión por la Dirección: es la fortaleza más eficiente del buen manejo y desarrollo del SIG, el informe de revisión por la dirección se enfoca integralmente en la revisión del Sistema Integrado de Gestión (SIG), teniendo en cuenta otros aspectos relevantes como el cumplimiento de la ley y normatividad vigente, así como los reconocimientos y beneficios del sistema a los procesos misionales específicamente. El alcance del informe de revisión por la dirección, presenta una visión más completa y holística del desempeño del sistema, permitiéndole la toma de decisiones informadas, documentadas y analizadas para establecer estrategias para su mejora continua, convirtiéndolo en un insumo de valor.

El día 17 de mayo de 2024, se realiza reunión de cierre de auditorías internas 2024.

### 3. HALLAZGOS

#### RESULTADOS GENERALES:

PROCESO	OPORTUNIDADES DE MEJORA	NO CONFORMIDADES	TOTAL
Planeación Institucional	3	2	5
Investigaciones	1	0	1
Docencia Desarrollo Académico	1	0	1
Gestión Administrativa Grupo de Seguridad y Salud en el trabajo	1	0	1
Gestión Documental	2	0	2
Control Interno de Gestión	2	0	2
Sistema Integrado de Gestión	2	1	2
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>3</b>	<b>15</b>

#### OPORTUNIDADES DE MEJORA (OM):

No	DESCRIPCIÓN	PROCESO
1	El formato F - SIG - 24 MAPA DE CONTROLES DEL PROCESO se encuentra desactualizado, porque están consignados siete procedimientos y dentro de la documentación del proceso se evidencian cuatro.	Planeación Institucional
2	El procedimiento P – PL – 05 ELABORACIÓN TRÁMITE, APROBACIÓN, SEGUIMIENTO Y ACTUALIZACIÓN DE PROYECTOS DE INVERSIÓN requiere una actualización y revisión en dos aspectos, primero porque relaciona en el punto 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA el instructivo I-PL-01 INSTRUCTIVO PARA LA ELABORACIÓN Y TRAZABILIDAD DE LOS PROYECTOS DE INVERSIÓN, elemento que debería reemplazarse por los planes de acción. En procedimiento relaciona como uno de sus registros el formato F-PL-26 LISTA DE CHEQUEO DE SEGUIMIENTO PROYECTOS DE INVERSIÓN FÍSICA, formato que no se encuentra en la base documental del proceso.	Planeación Institucional

3	En la base documental se debe hacer la revisión para reubicación en otro proceso o eliminación del formato F-PL-18 PLAN DE FORTALECIMIENTO Y MEJORAMIENTO V5 el cual no se encuentra vinculado a ninguno de sus procedimientos.	Planeación Institucional
4	Analizar y definir acciones de control eficaces, para el Seguimiento a los avances de las actividades de investigación de los docentes con horas asignadas, que permitan un tratamiento mitigador o de no ocurrencia a la causa del riesgo de nivel alto: “Falta de seguimiento a las actividades investigativas docentes”.	Investigaciones
5	Se requiere que la oficina de desarrollo académico en conjunto con la Vicerrectoría Académica y el grupo de estadística institucional, definan la responsabilidad compartida de todos los riesgos de gestión y de esa forma se puedan coordinar mejor las acciones, estrategias y controles a implementar para disminuir el riesgo e impacto de los mismo	Docencia Desarrollo Académico
6	El procedimiento P-GA-21 Reporte e Investigación de Enfermedades Laborales, Incidentes y Accidentes de Trabajo Versión: 04, para ir acorde con el alcance del mismo se debe incluir como responsable del reporte del incidente y/o accidente de trabajo tanto a los trabajadores como a los practicantes.	Gestión Administrativa Grupo de Seguridad y Salud en el trabajo
7	Es esencial proporcionar capacitación de inducción al nuevo personal, periódica y específica sobre políticas y procedimientos de gestión documental a todo el personal. Esto asegura que todos estén completamente informados y actualizados sobre las prácticas documentales requeridas. La capacitación debe ser continua para mantener y mejorar el conocimiento y el cumplimiento de las políticas de gestión documental.	Gestión Documental
8	Se recomienda promover una cultura archivística sólida a través de campañas, talleres y comunicaciones regulares. Esto ayudará a aumentar la conciencia sobre la importancia de una gestión documental efectiva y fomentará prácticas responsables en toda la organización.	Gestión Documental
9	Realizar ajustes al alcance de los procedimientos P-CIG-06 y P-CIG-10, ya que no cumplen con lo señalado en el Instructivo para elaborar documentos del SIG.	Control Interno de Gestión
10	Implementar una herramienta para realizar evaluación de la percepción y satisfacción del cliente que les permita determinar en qué medida se cumplen las necesidades y expectativas del mismo.	Control Interno de Gestión
11	Se recomienda, una vez los procesos actualicen la parte normativa y legal, F-SIG-42 Matriz Requisitos Legales y Reglamentarios, (misionales), frente al SIG, Se elabore el control y seguimiento al cumplimiento de las normas vigentes evitando la omisión de las mismas (normas NTC armonizadas para docencia con NTC 9001).	Sistema Integrado de Gestión

12	Se recomienda que una vez el indicador supere la meta establecida 100% , por más de dos periodos consecutivos, se establezcan otras variables e identificación de indicadores a medir.	Sistema Integrado de Gestión
----	--	------------------------------

**NO CONFORMIDADES (NC):**

No	DESCRIPCIÓN	REQUISITO INCUMPLIDO	PROCESO
1	La acción de mejora número 007-2023 de Auditoría Externa no se ha cumplido: El evidenciar la articulación de la nueva Política y Objetivos de Calidad con el Plan de Desarrollo logrando evidenciar en forma más clara su integralidad.	NTC 9001:2015 Numeral 10.2.	Planeación Institucional
2	La acción de mejora número 008-2023 de auditoría interna, no se ha cumplido: Se requiere realizar la actualización de la documentación que se le relaciona a continuación, teniendo presente el numeral 4.4. Sistema de Gestión de Calidad y sus procesos. Numeral 7.5.2 Creación y actualización. NTC ISO 9001:2015: F-SIG-19 Caracterización del proceso. I-PL-01 Instructivo para la elaboración y trazabilidad de los proyectos de inversión. G-PL-02 Guía metodológica para la construcción del plan de desarrollo institucional.	NTC 9001:2015 Numeral 10.2.	Planeación Institucional
3	No conformidad por acciones de mejora abiertas al momento de la auditoria.	NTC 9001:2015 numerales 10, 10.2 y 10.3.	Sistema Integrado de Gestión

**BUENAS PRÁCTICAS (BP):**

NO.	DESCRIPCIÓN	PROCESO (S)
1.	La acción de relacionamiento con su cliente interno, la cual le ha permitido reducir reprocesos en la entrega de evidencias y diligenciamiento de formatos.	Planeación Institucional
2.	Uso correcto de las TDR en la nube y en el archivo físico.	Planeación Institucional
3	Organización de los documentos en One Drive, que permite mantener, asegurar y alimentar la información del proceso en archivo digital, como estrategia efectiva para asegurar y transferir	Investigaciones

	el conocimiento, facilitando el acceso y la apropiación del personal nuevo que ingresa al equipo de la Oficina de Investigación.	
4	Uso de Lista de Verificación, como formato propio de apoyo para realizar la validación del documento elaborado de Condiciones 5 y 6 en Procesos de Registros Calificados, según requisitos legales de cumplimiento.	Investigaciones
5	Buenas prácticas metodológicas llevadas a cabo por los docentes y personal administrativo como videos de apropiación de misión y visión de la entidad, fortalecer procesos de acuerdo a lo establecido en las líneas estratégicas y plan de acción anual, mejora de estrategias comunicacionales con la población estudiantil en condición especial.	Docencia Desarrollo Académico
6	También se hacen exaltación a docentes por su aporte de procesos académicos, administrativos e investigativos.	Docencia Desarrollo Académico
7	Se lleva una buena documentación del proceso de acuerdo a SIG y normas archivísticas.	Docencia Desarrollo Académico
8	Creación de QR para facilitar la inscripción a las Brigadas de emergencia e incentivar la inscripción de los trabajadores como de los estudiantes para el fortalecimiento de las brigadas.	Gestión Administrativa Grupo de Seguridad y Salud en el trabajo
9	Uso del One Drive de acuerdo a la normatividad existente, junto a la solicitud de actualización del TDR para el archivo físico.	Gestión Administrativa Grupo de Seguridad y Salud en el trabajo
10	El Archivo Central permanece cerrado y solo se accede por personal autorizado de la Oficina de Gestión Documental, este sistema controlado de acceso y solicitud mediante el uso de formatos ha garantizado la seguridad y preservación adecuada de los documentos físicos.	Gestión Documental
11	El proceso de capacitación y entrenamiento que se hace con los funcionarios de reciente ingreso, así como la inducción en el manejo de la base documental.	Control Interno de Gestión
12	La implementación de una metodología de seguimiento (semáforo) que asigna actividades, responsables y plazos, asegurando el cumplimiento y cierre de todas las acciones.	Control Interno de Gestión
13	Las Capacitaciones dirigidas a responsables de procesos y comunidad en general.	Sistema Integrado de Gestión
14	Asesorar y orientar la elaboración, mantenimiento y actualización de la información documentada de los procesos.	Sistema Integrado de Gestión

15	Resultado de procesos por medición de indicadores.	Sistema Integrado de Gestión
16	Desarrollo de auditorías internas e inclusión de auditores observadores..	Sistema Integrado de Gestión

**ASPECTOS POSITIVOS (AP):**

NO	DESCRIPCIÓN	PROCESO
1.	Participación activa de todo el personal del proceso dentro de la auditoría.	Planeación Institucional
2.	Aseguramiento de la información y transferencia del conocimiento sobre los procedimientos de la Oficina de Investigación.	Investigaciones
3.	Aprendizaje por parte del equipo de trabajo, y el manejo del sistema de gestión de la calidad, en cuanto a la actualización, monitoreo y seguimiento a sus procedimientos, formatos y matrices.	Investigaciones
4.	Equipo de trabajo comprometido con el proceso que permite dar cumplimiento desde el desarrollo de las funciones de cada integrante y procurar la mejora del Sistema Integrados de Gestión.	Investigaciones
5.	Buena disposición frente a la auditoria de su proceso.	Docencia Desarrollo Académico
6.	Equipo de trabajo comprometido con los objetivos de calidad de la institución, desde el desarrollo y el cumplimiento de sus funciones	Docencia Desarrollo Académico
7.	Conocimiento por parte del personal del proceso, sobre el sistema de gestión de calidad institucional y SG-SST, buena disposición frente la auditoría a su proceso.	Gestión Administrativa Grupo de Seguridad y Salud en el trabajo
8.	Equipo de trabajo comprometido con los objetivos de calidad de la institución y del SG-SST, desde el desarrollo y el cumplimiento de las funciones.	Gestión Administrativa Grupo de Seguridad y Salud en el trabajo
9.	El SG-SST de la Uts, se ha realizado en cumplimiento de los parámetros exigidos en la normatividad, por lo que el resultado de las evaluaciones ha sido por encima del 90%, por lo que no ha sido necesaria la realización de plan de mejoramiento.	Gestión Administrativa Grupo de Seguridad y Salud en el trabajo

10.	Para aumentar la participación en la solicitud y entrega de documentos, es crucial fortalecer las estrategias de comunicación. Destacar los beneficios y la relevancia de una gestión documental efectiva a través de mensajes claros y frecuentes fomentará una mayor adhesión a los procedimientos establecidos.	Gestión Documental
11.	Es fundamental mantener actualizados los registros relacionados con la entrega de certificados y las capacitaciones realizadas en la documentación de los Indicadores de Gestión. Esto garantiza la precisión y confiabilidad de los datos, facilitando así el seguimiento del cumplimiento de los objetivos del proceso de verificación.	Gestión Documental
12.	Continuar con la revisión periódica y actualización de la matriz legal para reflejar cambios en la legislación y regulaciones.	Gestión Documental
13.	SIG, con utilización de comités y mesas de trabajo, un sistema participativo.	Sistema Integrado de Gestión
14.	Aumento de la cultura de calidad sosteniendo el sistema.	Sistema Integrado de Gestión
15.	Desarrollo de capacitaciones y formación.	Sistema Integrado de Gestión
16.	Desarrollo de auditorías Internas.	Sistema Integrado de Gestión

#### 4. CONCLUSIONES

En términos generales y como resultado del ciclo de auditorías internas efectuado, el Sistema de Gestión de Calidad implementado en la institución es conforme con las disposiciones planificadas, con los requisitos de la NTC ISO 9001:2015, y se ha implementado y se mantiene de manera eficaz, eficiente y efectivo con sus correspondientes observaciones y acciones de mejora identificadas generadas por las auditorías realizadas.

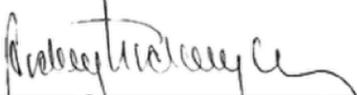
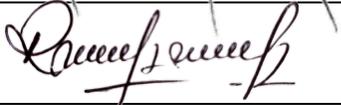
Se dio cumplimiento con el plan y programa de auditorías internas vigencia 2024, se identificaron doce (12) Oportunidades de Mejora y tres (3) No conformidades.

El sistema denota su madurez, los líderes de procesos cada vez más involucrados y familiarizados con el sistema.

El fortalecimiento de los conocimientos frente al Sistema Integrado de Gestión en los diferentes procesos, demostrando mejora continua, lo cual se puede evidenciar en los resultados de la auditoría.

Se resalta el compromiso de los líderes de proceso y grupos con la mejora continua del Sistema Integrado de Gestión.

**Fecha de aprobación informe final de auditoría interna: 20 de mayo 2024**

EQUIPO AUDITOR	FIRMA
Líder de Auditoria Nombre: Sandra Milena Fernández Gómez	
Auditor proceso: Nombre: Mayarith Nieves Tavera	
Auditor proceso: Nombre: Carmen Smith Ortega Quintero	
Auditor proceso: Nombre: Alejandro Mantilla Cáceres	
Auditor proceso: Nombre: Audrey Taidy Casadiegos Gaona	
Auditor proceso: Nombre: Rocío Astrid Mozo Cáceres	
Auditor proceso: Nombre: Elkin Darío Jaimes Rodríguez	
Auditor proceso: Nombre: Juan Carlos Navarro Noriega	
REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN	FIRMA
Nombre: Erika Tatiana Delgado Gómez Cargo: Jefe Oficina de Planeación	