	UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA	CÓDIGO: FMAM-005
	INFORME AUDITORÍA	VERSIÓN: 04 EMISIÓN: 15/07/2013 PÁGINA 1 de 1

Cliente de la Auditoría	**Alta Dirección**	**Periodo Auditado**	**2013-II 2014-I**	**Fecha de elaboración**	**04-ago-14**
Proceso Auditado	Todos los establecidos en el SIGEC	**Líder Proceso Auditado**	Everaldo Montes Montes, Líder Proceso Planeación Institucional. Beatriz Guerra Montes, Líder Proceso de Comunicaciones. Diana Martelo Barrios, Líder Proceso Gestión de la Calidad. Omar Pérez Sierra, Líder proceso Docencia Isidro Suárez Padrón, Líder Proceso Investigación Luis Díaz Vargas, Líder (E) Proceso Extensión Martha Ruiz Solera, Líder Proceso Bienestar Institucional Martha Méndez González, Líder Proceso Gestión del Talento Humano. Martha Arroyo Franco, Líder Proceso Gestión de Adquisición y Contratación. Rafael Pacheco Mizger, Líder proceso Gestión Legal Luis Díaz Vargas, líder proceso Gestión Financiera José Peroza Sierra, Líder (E) proceso Gestión Infraestructura Erika Restrepo Urzola, Líder proceso Gestión del Desarrollo Tecnológico. María Eugenia Rivas Rivas, Líder Proceso Gestión Documental Ana Elvira Esquivia , Líder Proceso Seguimiento y Control		
Dependencia Auditada	Todos los procesos	**Auditados**	Equipo de Mejoramiento de los procesos		

Auditor Líder	**Enilse Sibaja Mendoza**
Equipo Auditor	Leslie Barrios Salvador, Aura Castro Ramos, Carolina Jiménez Argumedo, Yira Restàn Narváez, Jorge Mario López Pereira, Lina Tapias Barrera, Nabi Pérez Vásquez, Ramiro Baquero Osten, Juana Robles González, Angélica Morales Morales, Doris Villalba León, Mario Morales Rivera, Tatiana Martínez Simanca, Yelena Pérez Navarro, Alberto de la Espriella Babilonia, Wilson Pérez Villalba, Margarita Pérez Rivas, María Paulina Aycardi, Jorge Díaz Bernal, Valery Lancheros Suárez, Martha Álvarez Bello, Juan Carlos Guzmán, María Eugenia Guerra, María Virginia González, Paola Medrano Mestra, Doris Caldera Aldana, Jorge Galarcio Periñan, Mónica García Nerio, Yesid Martínez Gómez
Objetivo de la Auditoria	Verificar la conformidad y mejoramiento del Sistema Integral de Gestión de Calidad SIGEC de la Institución.
Alcance de la Auditoría	Se Auditara las actividades de todos los procesos del SIGEC, que se realizaron durante el segundo semestre de 2013 y primer semestre del 2014 en la Universidad de Córdoba.
Criterio de la Auditoría	Manual de Calidad, NTC- GP 1000:2009, Documentación del Proceso, Normograma del Proceso.

Hallazgos de Conformidad

N°	Fortalezas
1	**Planeación Institucional.** 1. Presencia de funcionarios con formación en calidad para documentar el proceso y que el Líder del Proceso sea el Representante de la Alta Dirección ante el SIGEC. 2. Adopción del Estatuto de Planeación mediante el Acuerdo 006 de enero 21 de 2014, motivado para establecer coherencia con el SIGEC, a través de un modelo de gestión por procesos. 3. La existencia de un Plan de Desarrollo 2013-2015, el cual fue adoptado a través del Acuerdo 030 del 3 de Abril de 2013, es muestra de un proceso de planeación de las actividades. 4. La evidencia de acciones adelantadas para la construcción del Plan Prospectivo Estratégico de Desarrollo, que establece el nuevo Estatuto de Planeación. Este será consensuado con la comunidad universitaria y tendrá vigencia mínima de 15 años.
2	**Gestión de Calidad** 1. Socialización de la política de calidad. 2. Reuniones de Revisión por la Dirección.
3	**Comunicación.** 1. A pesar de la imagen negativa que ha ganado la Institución en los últimos años por los disturbios presentados en el claustro Universitario, el proceso de Comunicaciones implementa actividades o estrategias para mejorar la visibilidad Institucional, buscando generar confianza, mediante una imagen positiva en la Sociedad resaltando fortalezas de la Institución.
4	**Docencia - Vicerrectoría Académica** 1. La Universidad se encuentra realizando la convocatoria de concurso de mérito para proveer cargos docentes de planta en los programas donde se presenta déficit de docentes, lo que le permitiría cumplir con las acciones correctivas de no conformidades de auditorías anteriores. 2. Conocimiento del proceso por parte del líder
5	**Facultad de Ingenierías** 1. Cuenta con un equipo de docentes y funcionarios comprometidos y altamente capacitados en gestión de la calidad. 2. Existe claridad en el aporte de la dependencia al SIGEC. 3. La planeación del proceso en el área, se realiza a través del Plan Operativo Anual (POA), Actas de seguimiento al POA, Actas de seguimiento a los indicadores del proceso en la dependencia y actas de seguimiento a actividades académicas.
6	**Facultad de MVZ.** 1. Los Jefes de departamento realizan seguimiento a los indicadores de docencia y realizan análisis de estos. 2. Tanto el decano como el equipo administrativo de la Facultad están capacitados en gestión de la calidad y conocen del aporte de su dependencia al proceso.

7	**Facultad de Ciencias Básicas.** 1. La disposición de todos los funcionarios de la Facultad de Ciencias Básicas para atender la auditoría. 2. La planeación de las actividades consignadas en el plan operativo de la Facultad 2014, están articulados con los planes operativos de los departamento que la conforman. 3. Se socializa la política de calidad (hay evidencias de asistencias). 4.2.1 de la norma 4. El establecimiento de una estrategia de acompañamiento a los estudiantes en riesgo académico, por parte de un coordinador por semestre, para aumentar la nivelación académica de los estudiantes.
8	**Facultad Ciencias Agrícolas.** 1. La Facultad de Ciencias Agrícolas demuestra organización destacable en la asignación de cargas académicas, al hacer proyecciones de cursos con la población esperada, lo cual permite tener aproximaciones muy cercanas a la demanda de cupos. 2. El programa de Ingeniería Agronómica cuenta con acreditación de Calidad.
9	**Facultad de Educación y Ciencias Humanas** 1. Tienen incluido en el Plan Operativo Anual POA, las actividades que realizan para disminución de pérdida de registro calificado de la Facultad. 2. La implementación del observatorio de deserción estudiantil con el fin de disminuir la deserción en los programas de la Facultad.
10	**Facultad de Ciencias de la Salud.** 1. Alto sentido de pertenencia y compromiso del equipo de docentes que apoyan y desarrollan los procesos académicos y administrativos de la Facultad de Ciencias de la Salud. 2. La Facultad de Ciencias de la Salud cuenta con un plan operativo 2014 con seguimiento a mayo de 2014 realizado por la oficina de Planeación de la institución, presentando cada una de las actividades programadas un alto porcentaje de avance, lo cual se pudo verificar a través de evidencias. 3. La Facultad de Ciencias de la Salud, realiza evaluación y seguimiento al desempeño académico de los estudiantes a través de las coordinaciones académicas por semestre, a pesar de que el proceso de docencia aún no ha documentado este procedimiento en el sistema de control documental del SIGEC.
11	**División de Postgrado y Educación Continuada** 1. Disposición y actitud favorable durante el transcurso de la auditoria por parte del equipo auditado. 2. Grado de conocimiento y competencia de las personas para el desempeño de sus tareas. 3. Se cuenta con un potencial humano altamente competente para la prestación del servicio 4. Se cuenta con un buen portafolio para la venta de servicio en materia de estudios postgraduales
12	**División de Biblioteca y Recursos Educativos** 1. Disposición y actitud favorable durante el desarrollo de la auditoria por parte del equipo auditado. 2. El proceso de docencia contribuye significativamente a la calidad de la formación académica, investigación y extensión, a través de servicios como el que ofrece Biblioteca y recursos educativos. 3. Conocimiento técnico de las tareas y funciones que son propias de los servicios de Bibliotecas y recursos educativos, por parte del personal adscrito a ella.
13	**Investigación** 1. Presencia de un funcionario con formación en calidad para documentar el proceso del SIGEC 2. La organización documental facilita evidenciar el seguimiento a un proyecto. 3. La adopción del Plan Institucional de Investigación de la Universidad de Córdoba 2013-2017. Mediante Acuerdo 023 de febrero 21 de 2014. 4. La accesibilidad de la información del proceso constituye una importante fuente de recursos para la toma de decisiones, las mediciones requeridas y el suministro de informes en tiempo real.
14	**Extensión** 1. La división de extensión cuenta con el Plan operativo vigencia 2014
15	**Gestión Legal.** 1.Buena actitud para la atención de la auditoria, de parte de los jefes de oficina que intervienen en la misma.
16	**Gestión Documental.** 1. Compromiso de los funcionarios por atender la auditoria 2. Tienen buena actitud para la atención al público al momento de que estos soliciten documentos. 3. Supervisión y seguimiento por parte de la sección de Archivo y Correspondencia a los Archivos de Gestión, evidencia Actas de seguimiento que reposan en el archivo de gestión del proceso Gestión Documental. 4 Actualización del procedimiento PGDO-007 Control de Registro 5. El autocontrol del proceso, evidenciado en actas de equipos de mejoramiento que se encuentran salvaguardadas en el archivo de Gestión del proceso Gestión Documental.
17	**Infraestructura.** 1. El tiempo de respuesta a los requerimientos por parte de esta División, se atienden de manera ágil y oportuna. 2. Disponibilidad del personal que labora en la División de Apoyo Logístico para tender la Auditoría.
18	**Gestión del Bienestar Institucional**. 1. Se resalta el compromiso de la responsable del proceso y su personal. 2. La colaboración de todo el personal para ejecutar la auditoría de manera ágil, objetiva y transparente. 3. El dominio conceptual y la aplicación de los procedimientos por parte del personal auditado.
19	**Gestión del Desarrollo y Talento Humano.** 1. Se evidencia durante la auditoria un mayor conocimiento y manejo del proceso y sus procedimientos por parte del equipo de la Oficina del Talento Humano. 2. Buena actitud para la atención de la auditoria, por parte de los miembros del equipo de Talento Humano.

20	**Gestión de Adquisición y Contratación.** 1. El formato FGCA-063 (lista de chequeo) permite la disminución de errores provenientes de la falta de documentos en el proceso contractual.
21	**Gestión del Desarrollo Tecnológico** 1. Se evidencia avances en el cumplimiento de los planes de mejoramiento del proceso 2. Adquisición de una central de datos e información (DATA CENTER), que sirve como soporte a todos los procesos de la Institución.
22	**Gestión Financiera** 1. Existe un plan operativo 2014 del Proceso enviado a la Unidad de Planeación y Desarrollo, como se evidencia en el Oficio VADM-0126 de fecha 01/08/2014 enviado por la Vicerrectoría Administrativa, donde se realizan los ajustes del mismo. 2. Se evidencia las reuniones que realiza oportunamente la Comisión de Baja de Bienes, a través de las Actas y Resoluciones.
23	**Seguimiento y Control** 1. El empoderamiento de todos los miembros de la Oficina de Control Interno del SIGEC. Lo anterior hizo que no se notara que la Líder está apenas empezando y en proceso de formación, puesto que hubo respuestas a lo solicitado por todos los miembros del equipo. 2. La presencia de funcionarios con formación en calidad para documentar el proceso del SIGEC, se evidencia en la organización y facilidad para aportar la información 3. En el planear realizan su Plan Operativo y el Plan de Auditorías Internas, lo cual es soporte fundamental para el SIGEC

Oportunidades de Mejora

N°	Que se debe mejorar	Para Que se debe Mejorar
	Planeación Institucional	
1	No se evidencia el compromiso de todo el grupo de trabajo de la Unidad con el SIGEC	Debe haber una mayor integración de la Unidad de Planeación con el SIGEC, que logre dinamizar el proceso. Esta no es actividad ni tarea de un solo funcionario.
2	El proceso no evidencia acciones correctivas, preventivas y de mejora derivadas de evaluación de indicadores, reuniones del equipo de mejoramiento, análisis de PRS, medición de riesgos, entre otras fuentes. Sólo se formulan e implementan planes de mejoramiento para la corrección de hallazgos de auditorías de calidad, control interno o contraloría.	Se deben aprovechar las fuentes de acciones correctivas, preventivas y de mejoras citadas, con el fin de madurar la mejora continua del proceso y por tanto la gestión de calidad institucional.
3	Se requiere un mayor control de la documentación puesto que se encontró que el Acta N° 001 (Fecha 27 enero de 2014) del Consejo de Planeación que aprueba el Plan Operativo Anual de Inversiones POAI, no está firmada por la Rectora y el Vicerrector Administrativo, incumpliendo el PPIN-003 Procedimiento Banco de Proyectos.	Para validar los documentos que son las evidencias del proceso que se realiza
4	Algunos planes de mejoramiento de programas académicos no se han cumplido por falta de recursos en la inversión de infraestructura. (Facultad de Ingeniería)	Para mejorar la prestación del servicio y evitar riesgos de no renovación de los registros calificados.
5	Adecuación de los espacios físicos de las oficinas que constituyen el proceso (Gestión Legal)	Para organizar y gestionar adecuadamente en un archivo la documentación producto del accionar del proceso
	Gestión de la Calidad	
6	Se evidencia en acta del proceso implementación de acciones para la mejora, pero no se evidencia el registro de las acciones correctivas, preventivas y de mejora en el formato FGDC007	Para que se actualicen los documentos y formatos
7	Incluir a la oficina de postgrados en la unificación y socialización de formatos como también en la encuesta de satisfacción. Buscar un mecanismo para que los lideres de los procesos realicen planes de mejora de los resultados de la encuesta de satisfacción.	Se incluyan todos los programas en proceso de calidad. Se le haga seguimiento porque de lo contrario la encuesta no tiene sentido.
8	Ajustar porcentaje de avances de la actividad y describirlos en el Plan Operativo. Hacerle seguimiento a las actividades en el Plan de mejora. No se evidencia seguimiento y actualización en el cronograma para promover el mejoramiento del SIGEC y la implementación del proceso de autoevaluación con fines de acreditación institucional.	Para que se realice un seguimiento efectivo a los planes y cronogramas

Comunicaciones		
9	Agilizar la aprobación de los procedimientos del Proceso de Comunicaciones.	Garantizar que los procesos se ejecutan acorde a lineamientos claros y no generar incumplimientos de los procedimientos establecidos.
10	Teniendo en cuenta que el proceso de Comunicaciones cuenta con una No conformidad reincidente al no estar aprobado el Plan Estratégico de Comunicaciones por parte de la Rectora, se deberían tomar las acciones correctivas apropiadas con el objeto de evitar que se sigan presentando.	Para tener lineamientos claros en el desarrollo de las actividades.
Docencia		
Vicerrectoría Académica		
11	Realizar seguimiento a los registros calificados de los programas académicos.	Para evitar la materialización del riesgo de pérdida de registro calificado.
12	Realizar seguimiento al procesos de matrícula y a la eficiencia y eficacia del software Power Campus	Para evitar la materialización del riesgo No cumplimiento de Calendario Académico
13	Teniendo en cuenta la complejidad del proceso de docencia, se recomienda que los planes de mejoramiento producto de las no conformidades detectadas, sean elaboradas por las unidades académicas en las cuales fueron detectadas	Lo que garantizaría, el conocimiento real que llevó a la no conformidad y el cierre oportuno de la misma.
14	Agilizar la aprobación de documentos por parte del Consejo académico	Cerrar las acciones correctivas y de mejoras que están pendientes.
Facultad de Ingenierías		
15	El ítem 28 del Plan de Mejoramiento de la auditoría 2013 no se ha culminado su ejecución. No han sido formalizados en el SIGEC dentro del proceso docente, formatos que se utilizan y son importantes para demostrar el seguimiento al cumplimiento del servicio (7.5.1). (Seguimiento a planes de estudio y horarios de clase)	Para realizar el seguimiento de la prestación del servicio de una manera formal y adecuada para cada tipo de programa académico.
16	Los archivos físicos se encuentran organizados, sin embargo se evidenció que no se esta utilizando la nomenclatura requerida para el archivo de los documentos de la Facultad de acuerdo a lo establecido en la tabla de retención documental.	Para cumplir con lo establecido en la tabla de retención documental.
Facultad de MVZ		
17	La elaboración del Plan Operativo Anual, pues no se consignan acciones correctivas en las actividades relacionadas con el plan de mejoramiento de las auditorías de calidad.	Para que los funcionarios directivos puedan ejercer unas acciones correctivas oportunas y evitar la repetición de hallazgos.
18	Las peticiones y reclamos académicos que realizan los estudiantes a los jefes de departamento, consejos de facultad y Consejo Académico, no están ingresando al Sistema de Peticiones Reclamos y Sugerencias SPRS y cuentan con un sistema propio de procesamiento.	Impulsar acciones de mejoramiento de los procesos del SIGEC, a través de la identificación de las causas de las peticiones, reclamos y sugerencias.
19	El ítem 28 del Plan de Mejoramiento de la auditoría 2013 no se ha culminado su ejecución. No han sido formalizados en el SIGEC dentro del proceso docente, formatos que se utilizan y son importantes para demostrar el seguimiento al cumplimiento del servicio (7.5.1). (Seguimiento a planes de estudio y horarios de clase)	Para realizar el seguimiento de la prestación del servicio de una manera formal y adecuada para cada tipo de programa académico.
Facultad de Ciencias Básicas		
20	Actualización de mapa de riesgo del proceso de docencia.	para la actualización y mejoramiento de los controles establecidos, según lo analizados y propuestos por el Consejo de Acreditación en "el riesgo perdida de registros calificado "
Facultad de Ciencias Agrícolas		
21	La Facultad de Ciencias Agrícolas argumenta que no les han socializado los documentos del SIGEC que le competen al proceso, por lo que deberían solicitar capacitaciones de los mismos.	Ejecutar las actividades académicas diarias de acuerdo a los procedimientos del SIGEC de la Institución
Facultad de Educación y Ciencias Humanas		
22	Registrar la información de los informes de las pruebas saber pro del programa de sociales y en el modelo analítico de los cursos del programa de Inglés en los documentos del SIGEC.	Para cumplir con el control de documento del SIGEC

Facultad de Ciencias de la Salud		
23	El Programa de Administración en Salud de la Facultad, debe iniciar el proceso de organización documental requerido para recibir la visita de pares evaluadores para la renovación del registro calificado del programa, en archivos tanto físicos como digitales de fácil acceso para su verificación.	Para evidenciar y facilitar la verificación del cumplimiento de lo establecido en el Decreto 1295 de 2010 y la Resolución 2755 de 2006 para la renovación del registro calificado del programa.
División de Postgrado y Educación Continuada		
24	Fortalecer al interior del proceso de Docencia- servicio de Postgrado y educación continuada, la implementación de sus procedimientos debidamente documentados.	Facilitar la planeación y control de todas sus acciones, identificando las situaciones que afectan la calidad del servicio, así como la responsabilidad de las personas que intervienen en ellas.
25	Fortalecer el trabajo en equipo para lograr una mayor articulación en todos sus procedimientos.	Garantizar una visión de enfoque por procesos como eje central de un sistema integral de calidad.
26	Mejorar el seguimiento y registro de las acciones contempladas en los planes de mejoramiento	Disponer de mayores controles internos que permitan una mejor gestión, desempeño del personal y solidez del sistema integral de calidad.
27	Mejorar el análisis y toma de decisiones, de acuerdo a los resultados que arrojan las encuestas de satisfacción e indicadores que aplican al proceso	Ajustar los planes de mejoramiento, procedimientos, indicadores y riesgos del proceso.
28	Mayor responsabilidad y grado de empoderamiento de las personas que hacen parte de este proceso, en cuanto al conocimiento y dominio de la política de calidad, objetivos, mapa de procesos, requisitos de la norma NTCGP : 1000-2009 y MECI, implementadas en la Institución.	Crear mayor conciencia y sentido de pertinencia con las disposiciones del SIGEC, en cada una de las personas que hacen parte de los distintos procedimiento de este proceso.
División de Biblioteca y Recursos Educativos		
29	Fortalecer el trabajo en equipo para lograr una mayor articulación en todos sus procedimientos.	Garantizar una visión de enfoque por procesos como eje central de un sistema integral de calidad.
30	Mejorar el análisis de los datos, de acuerdo a los resultados que arrojan las encuestas de satisfacción ante los servicios que presta Biblioteca y recursos educativos.	Ajustar los planes de mejoramiento, procedimientos, política de operación, indicadores y riesgos del proceso.
31	Mejorar el seguimiento y registro de las acciones contempladas en los planes de mejoramiento	Disponer de mayores controles internos que nos permitan una mejor gestión, desempeño del personal y solidez del sistema integral de calidad.
32	Tomar mayor responsabilidad y grado de empoderamiento de las personas que hacen parte de este proceso, en cuanto al conocimiento y dominio de la política de calidad, objetivos, mapa de procesos, requisitos de la norma NTCGP : 1000-2009 y MECI, implementadas en la Institución.	Crear mayor conciencia y sentido de pertinencia con las disposiciones del SIGEC, en cada una de las personas que hacen parte de los distintos procedimiento de este proceso.
33	Hacer una revisión detallada y ajustar los procedimientos de biblioteca y recursos educativos , así como sus formatos, indicadores y mapa de riesgo.	para cumplir con las necesidades del cliente y de la Institución, así como con el cumplimiento de los requisitos de la NTCGP 1000:2009 y MECI:2005
Investigación		
34	Articular los planes de mejora producto de los hallazgos relacionados en los procesos de autoevaluación de los Programas académicos, en especial lo relacionado con la condición de formación investigativa exigida por el MEN. Estas deben llegar a la División de Investigación para recibir un debido tratamiento.	Para que la División de Investigación pueda incluir estos planes de mejora en su Plan Operativo Anual y establecer la gestión apropiada del recurso requerido.
35	Se debe actualizar la información del proceso, publicada en la Página web de la Institución, para que todos los Programas académicos vean reflejadas sus actividades.	Mantener información de actualizada del proceso
36	Atender la gestión de aprobación de la Convocatoria Interna de Investigación periodo - 2014	Para actuar con base en una Planeación ajustada a la Institución y así dar cumplimiento a la política de operación " Las convocatorias internas de proyectos de investigación, deben abrirse anualmente en el marco de las líneas de Investigación Institucionales."
37	Elaborar el procedimiento para reglamentar el funcionamiento de los semilleros de investigación.	Para mejorar la toma de decisiones en pro del mejoramiento del proceso

38	Se debe establecer quienes conformarán el Equipo de Mejoramiento del Proceso de Investigación, decisión que debe tomar el Líder del Proceso con los miembros del Comité Central de Investigación.	Para empoderar a los investigadores al el SIGEC y así lograr celeridad en la Gestión de Calidad del Proceso

Si usted ha accedido a este formato a través de un medio diferente al sitio http://web.www3.unicordoba.edu.co/es/calidad/documentos asegúrese que ésta es la versión vigente

Extensión		
39	La gestión ante la alta dirección y los órganos como el Consejo Académico y Superior con el fin de agilizar la aprobación de documentos importantes para el proceso como el Estatuto de Extensión, la convocatoria interna para la financiación de proyectos de extensión y el procedimiento para la suscripción, ejecución y liquidación de convenios o contratos.	Para que el proceso tenga su propia carta de navegación y consiga autonomía total en sus procesos, ya que hasta el momento sigue ligado al proceso de investigación.
Gestión Legal		
40	Poner en funcionamiento el equipo de mejoramiento del proceso	Para dinamizar las actividades propias del proceso de gestión legal
41	Elaborar el plan operativo anual	Para direccionar todas las acciones del proceso
42	Capacitar a todo el personal de las tres dependencias involucradas en el proceso (Unidad de Asuntos Jurídicos, Control Disciplinario Interno, Secretaria General), sobre el SIGEC y los documentos, procedimientos propios del proceso de gestión legal	Para que todo el equipo se apropie de la información y funcionamiento del proceso, así se evidencie el mantenimiento y mejoramiento del sistema
43	Documentar procedimientos para el manejo y tramite de convenios y comisiones de estudio	Para estandarizar el paso a paso de estas actividades propias del proceso de gestión legal y establecer claridad sobre el manejo y responsabilidad de las partes que intervienen en ellas
44	Dar mayor celeridad y cumplir con los tiempos establecidos en la elaboración de actos administrativos y el procedimiento del sistema de peticiones, reclamos y sugerencias de la institución	Para atender de manera oportuna los requerimientos de los usuarios
Gestión Documental		
45	Realizar el cronograma para las visitas y socializaciones de los procedimientos en los diferentes procesos.	Para tener una planeación más organizada.
46	Implementar estrategias organizacionales que contribuyan al mejoramiento de la utilización de las comunicaciones oficiales por correo electrónico. (Adquisición de un software de Gestión de Documentos).	Para darle cumplimiento a la política de cero papel y el Acuerdo 060 de 2001.
Infraestructura		
47	Elaborar Actas donde se evidencie la planeación de las actividades del proceso.	Dar cumplimiento al numeral 4.2 d) de la Norma Técnica de Calidad NTCGP:1000:2009.
48	Gestionar ante la División de Talento Humano la capacitación sobre los procesos de Gestión de Calidad del proceso a los funcionarios de la dependencia.	Optimizar la eficacia y eficiencia de los procesos del SIGEC.
Gestión del Bienestar Institucional		
49	Incluir los mecanismos (encuestas) que utilizan para identificar las necesidades y expectativas de los clientes en el SIGEC	Dar cumplimiento al numeral 4.2 d) de la Norma Técnica de Calidad NTCGP:1000:2009.
50	El formato de encuesta, ya que no indica la fecha de realización de la misma.	Identificar la trazabilidad de la información.
51	Hacer los estudios y ensayos respectivos para evaluar la idoneidad del indicador de Impacto sobre la deserción e incluirlos en el SIGEC.	Dar cumplimiento al numeral 8,4 de la Norma Técnica de Calidad NTCGP:1000:2009.
52	Mejor condiciones locativas	Para contar con un espacio adecuado para almacenar los documentos, hacer reuniones, guardar vestuarios de los diferentes grupos culturales y evitar su deterioro.
Gestión y Desarrollo del Talento Humano		
53	Articular el funcionamiento del equipo de mejoramiento del proceso	Para dinamizar las actividades propias del proceso de gestión del talento humano
54	Reglamentar e implementar el Plan de Estímulos e Incentivos para el personal administrativo no docente.	Para cumplir con las políticas de desarrollo de los funcionarios de la Institución

Gestión de Adquisición y Contratación		
55	El seguimiento y control del plan de compras	Para que las compras en la Institución se realicen de acuerdo a lo planeado
56	Se evidencia acciones de mejora en el acta del proceso, pero no se evidencia el registro de las mismas en el formato FGDC-007 como se establece en el procedimiento PGDC-003	Para que se establezcan acciones de mejoras
57	El indicador Calificación de proveedores sólo excluye a aquellos proveedores que son malos y permite sumar los proveedores regulares con los buenos y excelentes en el numerador. Por tanto se recomienda revisar el diseño del indicador.	Con el fin de que el indicador realmente informe sobre aquella proporción de proveedores que cumplen los criterios de evaluación de su desempeño respecto a la percepción de los clientes, de tal manera que en el numerador sólo se incluyan los proveedores que cumplan un nivel de conformidad, por ejemplo de bueno a excelente, puede ser este nivel.
Gestión del Desarrollo Tecnológico		
58	Modificar el procedimiento PGDT-013, Mantenimiento de hardware y software, el cual estipula en el objetivo que se debe realizar mantenimiento preventivo de hardware y software, pero en el desarrollo del procedimiento no se encuentra estipulado	Para definir los pasos a seguir en la realización del mantenimiento preventivo de hardware y software en la Institución.
59	Crear o actualizar el Plan TIC´S, teniendo en cuenta que la mayor parte de las actividades estaban proyectadas para el 2010 y 2012, y en su mayoría se han cumplido.	Para definir los lineamientos estratégicos de las TICS en la Institución
60	El suministro de equipos de computo. (Sección de Archivo y Correspondencia)	Para el buen desarrollo de las actividades que realiza la Oficina de Archivo.
61	El acceso a la web ya que es intermitente. (Gestión del Bienestar Institucional)	Para no permitir el incumplimiento al numeral 4.2,3 d) de la Norma Técnica de Calidad NTCGP:1000:2009.
Gestión Financiera		
62	El Plan Operativo debe ser construido y socializado con todo el equipo de trabajo	Para que al momento de realizar la evaluación del personal, en la concertación de los Objetivos, el Plan Operativo debe ser un insumo para ésta.
63	El Equipo de mejora debe retomar las reuniones para revisión y actualización de los documentos del proceso	Para que las actividades de mejora se puedan planear, el proceso pueda asegurar su ejecución, evaluación, seguimiento y control, así éstas se puedan visibilizarse a través de las actas.
64	Los responsables del manejo del área de archivo no utilizan las herramientas de protección.	Para evitar riesgo de adquirir enfermedades producidas por los ácaros.
65	El suministro de la información relacionada con el presupuesto asignado a cada uno de los programas de la Facultad. (Facultad de Educación y Ciencias Humanas)	Para poder distribuir los recursos en las necesidades prioritarias de cada uno de los programas.
Seguimiento y Control		
66	Las Autoevaluaciones del SIGEC, la de los Programas Académicos, los Planes de mejora y los informes que se generan a partir de ellos, deben ser ampliamente difundidos. No se debe limitar a informes entre dependencias. Los que aparecen en la página Web, también se debe motivar su lectura. Mostrar los resultados de las acciones adelantadas para el mejoramiento del servicio misional.	Con el fin de que una mayor población de la comunidad académica se informe, y tal vez se motive y se logre un mayor compromiso con el SIGEC.
67	La resolución 0838 de Marzo de 2013 se creó el Equipo MECI-CALIDAD y la Resolución 0291 de Marzo 10 de 2014 se integra el Comité de coordinación de Control interno y Calidad pero es poco evidente la dinamización de los procesos, a partir de estas.	Debe ser mas visible el ejercicio de seguimiento y control a partir de la integración de estas instancias, por tanto al frente de ella, sus miembros deben ser personas con verdadero sentido de pertenencia institucional.
68	Los canales de comunicación, ya que el consolidado de acciones correctivas, preventivas y de mejoras del proceso de Bienestar, no se encuentra actualizado en la web, sin embargo muestran evidencia del seguimiento realizado por la Unidad de Control interno el día 15 de julio de 2014, el consolidado actual muestra un mayor nivel de implementación de las actividades programadas	Dar cumplimiento al numeral 4.2,3 d) de la Norma Técnica de Calidad NTCGP:1000:2009.

Hallazgos de No Conformidad		
Que se esta Incumpliendo, respecto a los Criterios de la Auditoria (Recomendación negar el criterio)	**Numeral del requisito incumplido**	**Evidencia**
Planeación Institucional		
1, Se evidencia incumplimiento al requisito relacionado con el control de documentos 4.2.3, el cual cita que los documentos del sistema de gestión de calidad deben controlarse. Con este propósito el procedimiento obligatorio "Control de documentos" define los controles necesarios para "revisar y actualizar los documentos cuando sea necesario y aprobarlos nuevamente" y para asegurar "que se identifican los cambios y el estado de versión vigente de los documentos"	Numeral 4.2.3 incisos b) y c)	**Evidencia 1:** El Procedimiento PPIN-002 correspondiente a "Formulación, seguimiento y ajuste a los planes de desarrollo y operativos" establece un seguimiento trimestral a los planes operativos de las unidades académicas y procesos de la Institución, al solicitar la evidencia de este seguimiento para la vigencia 2014, el proceso sólo demostró un seguimiento realizado al finalizar el primer semestre 2014 (30 de julio de 2014) y a la fecha falta el seguimiento al plan operativo de la Facultad de MVZ. **Evidencia 2**: El Acuerdo 006 del 21 de enero de 2014 adoptó el nuevo Estatuto de Planeación, y actualizó definiciones y actividades que se están ejecutando en función del direccionamiento estratégico de la Institución. Sin embargo, en la plataforma documental del SIGEC no están disponibles los procedimientos que operacionalizan este Estatuto. En cambio se encuentra vigente el procedimiento PPIN-002, el cual no responde a la operacionalización del Estatuto de Planeación aprobado.
2. La entidad no determina, proporciona y mantiene la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del producto y/o Servicio. (Facultad de MVZ)	6.3	El programa de Acuicultura no cuenta con los laboratorios requeridos para su funcionamiento (Laboratorios Calidad de aguas y productividad acuática, Laboratorios de microbiología y sanidad acuícola, laboratorio de alimento vivo y el laboratorio de poscosecha). El bloque 18 de la sede de Montería, donde se ubica la sala de acreditación y la sala de docentes del programa de acuicultura, no cuenta con acceso a internet. El Cimpic se encuentra en una zona de riesgos, lo que se hace necesaria su reubicación.
3. No se evidencia que la entidad determine y proporcione los recursos necesarios para implantar y mantener la eficiencia y efectividad del procesos (Facultad Ciencias Básicas)	NTC GP-1000 numeral 6.1 a	Facultad de Ciencias Básicas, a pesar de tener su Plan Operativo Anual POA aprobado para la vigencia 2014, no se asignan los recursos necesarios para la ejecución de las actividades planeadas
4. Falta apoyo económico para desarrollar actividades descritas en los Planes operativos de los programas de la Facultad. (Facultad de Educación y Ciencias Humanas)	6.1	Se evidencia en los programas de Cultura Física, Músicas e Inglés, que requieren infraestructura física y tecnológica para desarrollar las actividades de los procesos misionales de docencia, investigación y extensión.
5. La entidad no determina, proporciona y mantiene la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio.	6.3	**Evidencia:** Al preguntar sobre las Transferencias Documentales realizadas por los diferentes procesos, el auditado manifestó que no se han recibido debido a la falta de espacio físico del Archivo Central, no obstante se observó Comunicación IUP-056 de fecha 20 de febrero de 2014 enviada por la Unidad de Planeación y Desarrollo, donde manifiesta que en el primer semestre de 2014 se acondicionaría un espacio para la transferencia documental. Se evidencia que los archivos de la División Financiera desde los años 2002 hasta el 2004 no se han recibido en el archivo central incumpliendo, la tablas de retención documental En el Área del Archivo no se evidencia las condiciones requeridas para salva guardar la documentación, se evidencia poca movilidad, ácaros por la humedad y presencia de roedores.

Gestión de Calidad		
1. La No Conformidad que encontró en 2013. (Operatividad del equipo MECI-calidad) sigue abierta, sujeta a nuevos trámites del DAFP.	8,5,2	Plan Operativo del Proceso 2014 Formato FGDC007.
Comunicaciones		
1. El proceso de Comunicaciones no realizó reunión con mínimo 30 días antes de la audiencia pública para la rendición de cuentas en la cual se elaboraría cronograma y asignarían responsabilidades, incumpliendo lo establecido en el paso 1 del procedimiento de Rendición de Cuentas PCOM-006.	PCOM-006 paso 1	Al solicitar el acta de reunión de la planificación para la rendición de cuentas donde debían participar rector y los jefes de comunicaciones, Planeación y Control Interno el proceso no aportó esta evidencia.
Docencia		
Vicerrectoría Académica		
1. No se evidencia la eficacia de las acciones correctivas para el cierre de las no conformidades levantadas al proceso de docencia en auditorías anteriores (65 no conformidades abiertas)	8.5.2.	En el consolidado de acciones correctivas, preventivas y de mejora se observan que las actividades planteadas no han sido implementadas en el porcentaje requerido
Facultad de Ciencias Básicas		
1. No se evidencia que la Institución proporciona la infraestructura necesaria para lograr la conformidad del servicio (Proceso de Planeación y Desarrollo)	NTC GP-1000 numeral 6.3 a	Facultad de Ciencias Básicas evidencia la falta de la infraestructura necesaria para ofrecer el servicio de docencia (cruce de salones en el mismo horario)
Facultad de Ciencias Agrícolas		
1. La Facultad de Ciencias Agrícolas no solicitó la renovación del Registro calificado para el programa de Maestría en Ciencias Agronómicas con no menos de 10 meses de anticipación al vencimiento del registro, incumpliendo lo establecido en El Decreto 1295 de 2010 artículo 40	**Decreto 1295 de 2010 artículo 40**	El programa de Maestría en Ciencias Agronómicas no cumplió lo establecido en el Cronograma de Acreditación Institucional (definido acorde al Decreto 1295 de 2010 del MEN) Evidencia: El programa debió radicar el documento ante el Ministerio de Educación Nacional el día 29 de abril de 2014 y a la fecha no se ha realizado.
2. El proceso Docencia- Facultad de Ciencias Agrícolas no garantiza que la planificación de la prestación del servicio sea coherente con los requisitos de los procesos del Sistema de Gestión de Calidad	**7.1 NTCGP 1000:2009**	Al preguntar al auditado por los lineamientos que siguieron en la construcción de los nuevos programas técnico y de tecnología estos relataron la manera como lo hicieron pero manifestaron desconocer el procedimiento que regula el proceso adecuado de creación de nuevo programa PDOC-013 Procedimiento Diseño o Rediseño de Programas Académicos.
3. La Facultad de Ciencias Agrícolas en la planificación del servicio no conservar los registros que sean necesarios para proporcionar evidencia de que los procesos de prestación del servicio resultante cumplen los requisitos contraviniendo lo establecido en el numeral 7.1c) de la NTCGP 1000:2009	**7.1c) de la NTCGP 1000:2009**	No se evidenciaron las actas de comité de acreditación y Currículo de la Facultad donde se designan responsables y fechas de compromiso para la elaboración de diseño curricular de los dos nuevos programas que se encuentran en estudio.
Facultad de Educación y Ciencias Humanas		
1. No hay una directriz general para la construcción de los planes de mejoramiento, que permita evidenciar una política unificada en este aspecto.	4.2.1 d	Plan de mejoramiento de los programas de la Facultad de Educación.
Facultad Ciencias de la Salud		
1. Se Evidencia que el Proceso de docencia no tiene documentado en el sistema de control documental del SIGEC, el procedimiento para la evaluación y seguimiento al desempeño académico de los estudiantes.	4.2.1 (c) y (d) NTCGP 1000:2009	La Facultad de Ciencias de la Salud desarrolla un procedimiento y unos formatos propios para realizar la evaluación y el seguimiento al desempeño académico de los estudiantes porque no existe documentado un procedimiento en el proceso de docencia estandarizado para toda la Universidad.

División de Postgrado y Educación Continuada		
1.No se evidencian los procedimientos documentados y los registros requeridos por la norma, para el proceso de Docencia-División de postgrado y educación continuada.	4.2.1 (c) y (d)	Existen soportes de comunicaciones, vía correo electrónico de fecha 1 y 3 de abril de 2013 dirigidas al líder del proceso de docencia y a la Unidad de Desarrollo Organizacional y Gestión de la Calidad, para la revisión y aprobación de procedimientos sin que se haya tenido a la fecha respuesta alguna.
2. No se evidencia el control de registros, en aras a que sean fácilmente identificables, legibles y recuperables.	4.2.4	La información se registra a criterio de la persona que ejecuta una actividad especifica, ejemplo de ello, la relación de carnet a estudiantes de postgrado año 2014, en documento sin logotipo Institucional, registro en hoja de Excel frente al pago por parte de estudiantes, demás registros en formatos con encabezados del sistema de calidad sin versión y fecha de aprobación.
3.No se evidencia formalmente una planificación de las actividades inherentes a los servicios que ofrece la Institución, a través de la División de postgrado y educación continuada.	7.1	No se encuentra la formalización y legalización de este servicio por parte de la Institución, dentro del marco de la NTCGP: 1000-MECI.
4.No se evidencia mecanismos eficaces para el seguimiento y evaluación de los programas que ofrece la Institución, a través de la división de postgrado y educación continuada que permitan la verificación y seguimiento a la prestación de los mismos.	7.1 (c) y (d)	se pudo constatar que mediante comunicación de fecha 21 de Enero de 2014, se citaron a los 16 coordinadores de los distintos programas de especialización y maestrías para realizar seguimiento y evaluación, de los cuales sólo asistieron 4 docentes.
5. No se evidencia el seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente, en cuanto al cumplimiento de sus expectativas.	8.2.1	Los coordinadores de Diplomados, especializaciones y maestrías, no reportan de manera oportuna y continua la evaluación del servicio de postgrado una vez haya culminado una cohorte, a la división de postgrado y educación continuada. Se desconoce el nivel de satisfacción de cada una de ellas. Sostienen los auditados que reiteradamente de manera verbal, los estudiantes de postgrado han manifestado su inconformidad sobre el estado en que se encuentran los baños sin que hasta la fecha se le haya dado solución alguna.
6. No se evidencian métodos que demuestren la capacidad del proceso de docencia-división de postgrado y educación continuad, para alcanzar los resultado de la planeación, recursos disponibles, seguimiento y medición del impacto de la gestión.	8.2.3	En la caracterización del proceso documentada en el SIGEC, código FGDC-012, versión 1, emisión 07/03/2011, se pudo constar que no existen indicadores que nos permita medir y hacer seguimiento de la eficacia, eficiencia y efectividad de los servicios que ofrece la Institución, a través de la división de postgrado y educación continuada.
7. No existe evidencia que demuestre el nivel de avance en las acciones correctivas, preventivas y de mejoras.	8.5	Se mantiene casi en su totalidad las acciones señaladas en la auditoria interna de fecha 9-12-2013, formato FGDC-008, versión 03, sin que hasta la fecha se haya revisado las eficacias de las acciones correctivas.
División de Biblioteca y Recursos Educativos		
1. No se evidencian controles eficaces sobre los riegos identificados y valorados en el proceso (5 y 6), afectando la satisfacción del cliente y el logro de los objetivos de la Institución.	4.1 (g)	A la fecha no se ha realizado la adquisición del material bibliográfico proyectado para el año 2014, a pesar que existe un CDP Nº806 por valor de 250.000.000 de fecha 13 de enero de 2014 para efecto de los mismos. Se desconocen las razones de su no ejecución.
2.No se evidencia actualización de los procedimientos, siendo ellos funcionales en la prestación del servicio.	4.2.3 (b)	No se encuentra documentado el procedimiento del fondo editorial, teniendo un recurso humano (docente) altamente competente para su funcionamiento.
3.No se evidencia seguimiento y planes de acción, relativos a la percepción del cliente.	8.2.1	Se constato, a través de S.A.P.A, una encuesta de la percepción del cliente sobre los servicios que presta la biblioteca y recursos educativos en el año 2013, en donde cada uno de ellos arrojó una calificación por debajo del 60%, sin que hasta la fecha se tenga un plan de mejora.
4. No se evidencian métodos que demuestren la capacidad del proceso de docencia-Biblioteca y recursos educativos , para alcanzar los resultado de la planeación, recursos disponibles, seguimiento y medición del impacto de la gestión.	8.2.3	En la caracterización del proceso documentada en el SIGEC, código FGDC-012, versión 1, emisión 07/03/2011, se pudo constar que no existen indicadores que nos permita medir y hacer seguimiento de la eficacia, eficiencia y efectividad de los servicios que ofrece la Institución, a través de la división de Biblioteca y recursos educativos.
5. No existe evidencia que demuestre el nivel de avance en las acciones correctivas, preventivas y de mejoras, previamente propuestas por el líder del proceso.	8.5	Se mantiene casi en su totalidad las acciones señaladas en la auditoria interna de fecha 9-12-2013, formato FGDC-008, versión 03, sin que hasta la fecha se haya revisado las eficacias de las mismas.

Extensión		
1. No se evidencia la eficacia de las acciones correctivas para el cierre de las no conformidades levantadas al proceso en auditorías anteriores	8.5.2.	En el consolidado de acciones correctivas, preventivas y de mejora se observan que las actividades planteadas no han sido implementadas en el porcentaje requerido
2. No se evidencia que el proceso implemente disposiciones eficaces para la retroalimentación del cliente en lo referente a la percepción que tiene el cliente acerca del servicio recibido.	7.2.3.c)	Revisados los proyectos finalizados como el Contrato No. 000355-09-03 con la Fundación San Isidro, Contrato No. 103, y el convenio No. 019 con CVS, no se evidenció acción alguna para conocer por parte del proceso la percepción de estos clientes sobre el servicio de asesoría prestado.
Gestión Legal		
1. No se evidencia la actualización del Normograma Institucional incumpliendo la política de operación del proceso la cual establece que deben solicitar trimestralmente la actualización de la normatividad interna y externa aplicable a cada proceso No se determinan los requisitos legales y reglamentarios aplicables al servicio.	4.2.3 (f) 8.5.1	La ultima actualización es del primer semestre de 2013 Evidencia: Desactualización del normograma del proceso, la última actualización tiene fecha 12 de julio de 2013, lo cual no garantiza la actualización permanente del Normograma a través del proceso de Gestión Legal.
2. No se da cumplimiento al procedimiento PPIN-02, para la formulación, seguimiento de los planes de gobierno y operativos.	PPIN -02 4.1 7.1	No se evidencia la elaboración del Plan Operativo Anual 2014 del proceso
3. El proceso no toma las acciones para eliminar las causas de las no conformidades, detectadas en el proceso con el objeto de evitar que vuelvan a ocurrir	8.5.2	No se han implementado las acciones definidas en el Plan de mejoramiento del Proceso de Gestión Legal, producto de las auditorias de 2011 y 2013
4. El proceso de gestión legal no cumple, revisa y actualiza los documentos cuando sea necesario para proceder a aprobarlos nuevamente	4.2.3 (b)	No se modifico o actualizo el procedimiento disciplinario (PGLE-002). La jefe de la unidad de asuntos jurídicos manifestó no conocer los procedimientos de: Acciones de tutela (PGLE-003) y el procedimiento para tramite de derechos de petición (PGLE-004), por tanto estas acciones se realizan solo basadas en sus conocimientos
5. El proceso no realiza seguimiento y medición de los indicadores establecidos para el mismo, por lo que no conoce el impacto de su gestión en el logro de los resultados planificados.	8.2.3	No se evidencia el reporte de los indicadores solicitado por el proceso de Planeación Institucional. El último reporte se realizo el 05 de febrero de 2014
6. No se da cumplimiento a la metodología de administración del riesgo definida en el instructivo MAPA DE RIESGOS (IMAN-001)	IMAN - 001	No se realizo el reporte del seguimiento al mapa de riesgos, solicitado por el proceso de seguimiento y control
Gestión Documental		
1. El proceso de gestión Documental luego de recepcionar la solicitud de actualización de TRD de alguna dependencia no esta citando al comité para el respectivo análisis y aprobación de la misma, incumpliendo lo establecido en el paso 2 del procedimiento de creación y modificación de la Tabla de Retención Documental.	Paso 1 procedimiento PGDO-004	Al solicitar al auditado las solicitudes de actualización de TRD, se evidenció una solicitud que no se le ha dado trámite debido a que la Jefe de Archivo no ha citado al Comité de Archivo, para estudiar las solicitudes recepcionadas.
2. No se revisa la eficacia de las acciones correctivas tomadas	8.5.2.	**Evidencia:** No se están tomando en forma oportuna los correctivos y las acciones correctivas de las no conformidades detectadas en las auditorías realizadas anteriormente al proceso. El proceso persiste con acciones correctivas sin cerrar.
Infraestructura		
1. Al momento de realizar la contratación de los servicios de cafetería o definir los términos que lo rigen, no se tiene en cuenta a las partes interesadas como es el caso de las necesidades manifestadas por la división de Bienestar Universitario.	6.3	No se mostró evidencia para subsanar este hallazgo de no conformidad producto de la anterior auditoría.
2. No se tienen establecidos períodos para la revisión de documentos.	4.2.3 b)	No se mostró evidencia para subsanar este hallazgo de no conformidad producto de la anterior auditoría.
3. Algunas dependencias y cubículos de docentes ubicados en el tercer piso de la Facultad de educación, no cuentan con un buen ambiente de trabajo, ya que los aires acondicionados no están en funcionamiento (Facultad de Educación)	6.4	Cambio del sitio de la auditoría por no contar con buenas condiciones ambientales

Gestión del Bienestar Institucional		
1. El nivel de satisfacción de los clientes sobre el servicio de cafetería.	8.1 a	El nivel de satisfacción de los clientes sobre el servicio de cafetería se mantiene en 64%, por debajo de la meta establecida del 70%. Se pudo evidenciar el diagnóstico sobre las quejas que se realizó y las actividades programadas para cambio de infraestructura para finales del año 2014 con las que esperan mejorar el indicador.
2. Documentación requerida sobre el programa para la atención de emergencias, primeros auxilios y situaciones de riegos que debe tener el proceso.	decreto 1295 del 20 de abril de 2010	No se ha cerrado la no conformidad, están a espera de aprobación de estatuto que les permita continuar el tramite requerido
Gestión y Desarrollo del Talento Humano		
1. El proceso no toma las acciones para eliminar las causas de las no conformidades, detectadas en el proceso con el objeto de evitar que vuelvan a ocurrir	**8.5.2**	No se han implementado las acciones definidas en el Plan de mejoramiento del Proceso de Gestión del talento humano, producto de las auditorias de 2012 y 2013
2. El proceso no garantiza la formación necesaria de los servidores públicos, para lograr la competencia necesaria cuando se requiera	**6.2.2 (b)**	No se evidencio la elaboración del Plan Institucional de Capacitación 2014
3. La alta dirección no garantiza el aseguramiento de la disponibilidad de los recursos, para la determinación y gestión del ambiente de trabajo necesario para lograr la conformidad con los requisitos del servicio, entiéndase por Ambiente de trabajo lo relacionado con aquellas condiciones bajo las cuales se realiza el trabajo (factores físicos, ambientales, ergonomía, ruido, temperatura, humedad, iluminación y condiciones climáticas)	**5.1 (e)** **6.4**	No se ha cumplido con el suministro de condiciones mínimas (sillas ergonómicas) en los puestos de trabajo, pese a estar identificada y justificada la necesidad, por no contar con la aprobación presupuestal para tal fin.
4. El proceso no realiza el seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente respecto al cumplimiento de sus requisitos y expectativas.	**8.2.1**	No se evidencio la remisión del formato de la encuesta al sistema de gestión de la calidad para su aprobación.
5.El proceso de gestión del Talento Humano no cumple, revisa y actualiza los documentos cuando sea necesario para proceder a aprobarlos nuevamente	**4.2.3 (b)**	No se modifico o actualizo el alcance del procedimiento PGRH-017. Inducción y Reinducción Laboral. No se actualizo el procedimiento PGRH-012 Evaluación de desempeño por competencias. No se actualizo o modifico el procedimiento PGRH-005 de liquidación de nomina
Gestión de Adquisición y Contratación		
1. La No Conformidad que encontró en 2013 sigue abierta la cual a dice "Incumplimiento de la caracterización del proceso de adquisición y Contratación	8,5,2	Evidencia: No se evidencio registrada la evaluación de desempeño del proveedor Nutrilisto que suministra los alimentos para los animales de la Facultad de MVZ"
2. No se evidencia cronograma de adquisición según lo establecido en la actividad 10 del procedimiento Plan de Compras PGCA -007	Procedimiento Plan de Compras PGCA - 007	Al revisar el procedimiento realizado por el proceso de adquisición y contratación para realizar el plan de compras de la vigencia 2014 no se encontró registro de del cronograma de adquisición según lo establece el procedimiento PGCA -007, lo cual pone en riesgo la planeación adecuada del proceso y su posterior seguimiento y control
3. Se evidencia incumplimiento al requisito relacionado con el control de documentos 4.2.3, el cual cita que los documentos del sistema de gestión de calidad deben controlarse. Con este propósito el procedimiento obligatorio "Control de documentos" define los controles necesarios para "revisar y actualizar los documentos cuando sea necesario y aprobarlos nuevamente" y para asegurar "que se identifican los cambios y el estado de versión vigente de los documentos"	Numeral 8.5.2 e) y f)	Al preguntarse por el registro de las acciones correctivas, preventivas y de mejora, de fuentes distintas a hallazgos de auditorías de calidad, de control interno o contraloría, el proceso demostró la actualización de formatos y revisión de procedimientos. Sin embargo estas acciones carecen del registro correspondiente (FGDC-007), lo cual pone en riesgo la eficacia de las acciones tomadas y su impacto en la mejora continua del proceso dada la ausencia del análisis de causa del conjunto de actividades demostradas. El equipo de mejoramiento del proceso debe recordar que la pertinencia de unas acciones correctivas, preventivas o de mejora se logra cuando estas atacan la causa raíz de los problemas, además de con este análisis se formulan actividades coherentes y sistemáticas

Gestión del Desarrollo Tecnológico		
1. No se cumple el plan de mantenimiento preventivo de Hardware y Software.	PGDT-013	Se proyectó realizar para el 2013, mantenimiento preventivo de 947 equipos y sólo se realizó a 362. Además, se programó realizar mantenimiento a 6 equipos del departamento de Ingeniería Industrial durante la cuarta semana de enero de enero de 2014, lo cual hasta la fecha no se ha cumplido.
2. La entidad no asegura los recursos necesarios para la compra o renovación de licencias, necesarias para los procesos académicos en la Institución.	6.3 b	Solicitud de compra de licencia Mathlab realizada el 3 de octubre de 2013 por el departamento de Física, Solicitud de licencia del programa SAS, realizada por el programa ingeniería agronómica.
Gestión Financiera		
1. Se evidenció el no cumplimiento del paso a paso del procedimiento de modificaciones presupuestal para las solicitudes de adiciones y traslados presupuestales	4.1., 4.2.1 -d, 4.2.3	No muestran evidencia del tramite de acuerdo a lo establecido en procedimiento No. PGFI-024 De los adiciones y traslados presupuestales.
2. No se realiza el seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente respecto al cumplimiento de sus requisitos	8.2.1	No muestran evidencia de las encuestas aplicadas a los clientes y el análisis de las mismas para conocer la percepción del cliente sobre la satisfacción de sus requisitos y expectativas
3. No se evidencia que los responsables del Proceso estén realizando en forma oportuna los correctivos de las actividades de las acciones correctivas de las no conformidades de las Auditorias anteriores. No logrando con ello mejorar la eficacia y eficiencia del proceso	8.5.1	No muestran evidencias de las actividades de seguimiento a las auditorías y la verificación de las acciones correctivas y preventivas resultado de las misma. Se evidenció que no hace seguimiento y actualización al mapa de riesgo del proceso, no se han formulado los indicadores de Gestión del proceso.
4. No se está cumpliendo con lo estipulado en el Estatuto de Investigación en relación al manejo de los recursos económicos propios de los proyectos de investigación. Estos recursos deben ser exclusivos para ese fin. Por lo cual no se Asegura la disponibilidad de recursos para cumplir los requisitos de sus clientes/ciudadanos. (Investigación)	NTC GP 1000 Numeral 6,1 b	Se evidenció que se requiere solicitar traslados presupuestales para dar cumplimiento a la realización de proyectos aprobados en convocatorias, ocasionando demoras en la adquisición de equipos y otros requerimientos
Seguimiento y Control		
7. No se encontró evidencia de la documentación y registros y el tratamiento eficaz del producto no conforme.	8.3	Se constató más de una vez el incumplimiento en la entrega de los carnés a estudiantes de postgrado, muy a pesar de haber pagado por este servicio, sin que la Institución haya tomado los correctivos necesarios para garantizar el servicio. (División de Postgrado y Educación Continuada) A través de la entrevista se pudo determinar la imposibilidad de consulta en sala o préstamo por deterioro físico del material bibliográfico, dificultad en el fotocopiado del material bibliográfico, limitación de préstamos bibliográfico por disponibilidad de los mismos. (División de Biblioteca y Recursos Educativos)

Conclusiones de la Auditoría	**Planeación Institucional.** Disposición para la mejora continua por parte de los funcionarios que atendieron la visita. Respecto al "Informe de Auditoría de la vigencia 2013" el equipo auditor se permite cerrar la no conformidad número 1, dada la evidencia de la implementación y pertinencia de la acción correctiva correspondiente. Continúan abiertas las no conformidades 2, 3 y 6. Según el "Consolidado de Correcciones, Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora (01 enero- 31 mayo de 2014)" el proceso de planeación sólo demostró avances en tercera actividad del hallazgo número 4, correspondiente la publicación y socialización de los cambios realizado en el procedimiento de Banco de Proyectos, pasando de cero (0) a un cien (100%) en su ejecución. El resto de actividades mantiene el porcentaje de ejecución reportado en el consolidado mencionado. **Comunicaciones**. El proceso de Comunicaciones muestra un mayor compromiso con el SIGEC al hacer revisiones de sus documentos para hacerlos más acordes a las funciones que a diario realizan. **Docencia** **Facultad de Ciencias Agrícolas** La facultad con mas de 50 años de existencia, por lo tanto presenta grandes fortalezas en cuanto a la organización y gestión de es procesos académicos y administrativos y líder en procesos de acreditación. Sin embargo, debe tener una mejor apropiación de los procedimientos establecidos en el Proceso de docencia del SIGEC. **División de Postgrado.** 1. El Proceso de docencia No mostró avances significativos en cuanto al plan de mejoramiento, en lo referido a servicios de postgrado y educación continuada. 2. Se requiere un mayor acompañamiento por parte de la Unidad de Desarrollo organizacional y gestión de la calidad, en la documentación de los procedimientos. **División de Biblioteca y Recursos Educativos** 1. El Proceso de docencia No mostró avances significativos en cuanto al plan de mejoramiento, en lo referido a Biblioteca y recursos educativos. 2. Se requiere un mayor acompañamiento por parte de la Unidad de Desarrollo organizacional y gestión de la calidad, en la documentación de los procedimientos. **Investigación.** Disposición para la mejora continua por parte de los funcionarios que atendieron la visita **Gestión Legal.** El Proceso de Gestión Legal no muestra avance de mejoramiento en sus procedimientos**.** **Gestión Documental** El Proceso de Gestión Documental muestra un avance de mejoramiento en sus procedimientos. No se le esta dando la importancia a los procesos de Auditorias Internas en la Institución. **El Sistema Integral de Gestión de la Calidad no cumple con todos los requisitos de la norma NTC GP 1000:2009 y los requisitos establecidos en los procedimientos por tanto no se evidenció un mejoramiento en el Sistema Integral de Gestión de la Calidad**

Elaborado por:	Yesid Martínez Gómez	**Firma:**	**Fecha:** 27 de agosto de 2014
Cargo:	Funcionario de Control Interno		
Revisado por:	Enilse Sibaja Mendoza	**Firma:**	**Fecha:** 27 de agosto de 2014
Cargo:	Auditor Líder		
Aprobado por:	Rafael Pacheco Mizger	**Firma:**	**Fecha:** 27 de agosto de 2014
Cargo:	Jefe (e) Unidad de Control Interno		