

INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMAS DE GESTIÓN



ANEXO 3 - CORRECCIONES, CAUSAS Y ACCIONES CORRECTIVAS.

- Se recibió la propuesta de correcciones, análisis de causas y acciones correctivas para la solución de cinco no conformidades el 2018-02-07 y recibieron observaciones por parte del Auditor
- Las correcciones, análisis de causas y acciones correctivas propuestas por la organización, fueron aceptadas por el auditor líder el 2018-02-13

SOLICITUD DE ACCIÓN CORRECTIVA		No. 1 de 5
<input type="checkbox"/> No - Conformidad Mayor <input checked="" type="checkbox"/> No - Conformidad Menor	Norma(s): ISO 9001:2015	Requisito(s): 8.3.2 c)
Descripción de la no conformidad: Al determinar las etapas y controles para el diseño y desarrollo, la Institución no consideró las actividades requeridas de verificación y validación del diseño y desarrollo		
Evidencia: Plan de trabajo para el Diseño del Modelo Educativo INPEC de fecha 23 de noviembre de 2017, según contrato interadministrativo No. 121 de 2017, suscrito entre la Universidad y el INPEC		
Corrección	Evidencia de Implementación	Fecha
Revisar que los planes de trabajo que se estén diseñando contengan todas las etapas de la revisión, verificación y validación del diseño, y así mismo tengan todos los registros de las revisiones, verificaciones y validación	Planes de trabajo ajustados y diseños con los registros correspondientes a las revisiones, verificaciones y validaciones.	23 de Marzo de 2018
Descripción de la (s) causas (s) (Por favor use este espacio para realizar el análisis de causa. Por ejemplo: porques, espina de pescado, etc...). Método: Se determinó que faltaba definir e identificar las etapas del diseño en la documentación del Sistema de gestión. Porqué aunque se tenía la concepción en la creación del documento no se había considerado dejarlas registradas en cada procedimiento ni en sus registros en los que se realizan las actividades de diseño y desarrollo de la Universidad.		
Acción correctiva	Evidencia de Implementación	Fecha
a) Ajustar los procedimientos "PRO005EXT-Presentación propuestas para programas de extensión" y el procedimiento "PRO004EXT - Presentación de propuestas y/o contratos de convenios", incluyendo en los planes de trabajo de manera precisa las diferentes etapas de revisiones, verificaciones y validación de los diseños solicitados por los clientes, así mismo en la identificación de sus registros.	a)Procedimientos actualizados con las características del diseño y desarrollo a la NTC-ISO 9001-2015	Mayo de 2018

INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMAS DE GESTIÓN



b) Divulgar la modificación de los procedimientos y sus registros	b).Publicación y socialización de los cambios a la comunidad universitaria.	
c) Elaborar los planes de trabajo siguiendo las diferentes etapas de diseño y asegurar los registros correspondientes a las revisiones, verificaciones y validaciones, cuando se tengan contratos con elaboración de diseños.	c)Planes de trabajo con las etapas de diseño y registros de revisiones, verificaciones y validación	Junio de 2018
d)Realizar la verificación, seguimiento y evaluar la eficacia de las acciones tomadas	d) Actas de reunión, informes de trabajo por parte de los coordinadores	Junio – Julio de 2018

SOLICITUD DE ACCIÓN CORRECTIVA		No. 2 de 5
<input type="checkbox"/> No - Conformidad Mayor	Norma(s):	Requisito(s):
<input checked="" type="checkbox"/> No - Conformidad Menor	Norma ISO 9001:2015	8.7.2
Descripción de la no conformidad: La organización no conserva la información documentada que: a) describa la no conformidad; b) describa las acciones tomadas; c) describa todas las concesiones obtenidas; d) identifique la autoridad que decide la acción con respecto a la no conformidad.		
Evidencia: Para el proceso de Extensión se evidenció que en la revisión del Informe pedagógico mensual que iba dirigido a la Secretaría de Educación, de acuerdo con el contrato interadministrativo SED-UPN1541/2017 01 al 30 de junio de 2017 dirigido a la Secretaria de Educación, se encontraron errores, que no fueron identificados y registrados como salida no conforme con su respectivo seguimiento y verificación, de acuerdo con el procedimiento PRO006GDC Tratamiento producto y servicio no conforme.		
Corrección	Evidencia de Implementación	Fecha
Verificar que los errores que se encuentran en las revisiones de los informes que se generan para los usuarios y clientes, queden registrados en el formato establecido en el procedimiento de producto no conforme	1. Procedimiento PRO0010EXT, ajustado. 2. Diligenciamiento del FOR013GDC Identificación y tratamiento de servicios no conformes. 3. Registro de las salidas No conformes en la Matriz FOR030GDC	Junio de 2018
Descripción de la (s) causas (s) (Por favor use este espacio para realizar el análisis de causa. Por ejemplo: porques, espina de pescado, etc...). Mano de Obra: Se determinó que faltaba mayor conocimiento del procedimiento del Tratamiento del producto No conforme, así mismo de la utilización de los formatos de identificación.		

INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMAS DE GESTIÓN



Acción correctiva	Evidencia de Implementación	Fecha
Revisar el procedimiento PRO006GDC – Tratamiento de producto y/o servicio no conforme, con el fin de ajustarlo a la Norma NTC – ISO 9001-2015, así mismo ajustar el borrador de procedimiento PRO0010EXT- elaboración, presentación y entrega de informes y productos en proyectos SAR, ajustándolo al control de los servicios internos y externos.	a) Procedimientos ajustado	Junio de 2018
b) Divulgar los procedimientos	b) Comunicación de divulgación por medio de las Notas Comunicantes de la Universidad.	Junio de 2018
c) Realizar jornadas de socialización a los procesos, para su mayor apropiación y aplicación de los formatos a la actualización de los servicios no conformes d) Solicitar a los procesos misionales y de apoyo misional en asignar la tarea de registro de los errores del servicio no conforme que se llegue a identificar en el FOR013GDC y gestionar las acciones del tratamiento.	c y d) Listas de asistencia de la socialización de los procedimientos y la identificación y/o actualización de los servicios no conformes	Junio - Julio de 2018
e) Verificar el correcto diligenciamiento del formato FOR013GDC por parte del proceso de Gestión de la Calidad.	e) Registros de salidas no conformes	Agosto de 2018
f) Realizar seguimiento y evaluar la eficacia de las acciones tomadas en la próxima auditoría interna	f) Informe de auditoría interna con los resultados de la verificación	Agosto de 2018

SOLICITUD DE ACCIÓN CORRECTIVA		No. 3 de 5
<input type="checkbox"/> No - Conformidad Mayor <input checked="" type="checkbox"/> No - Conformidad Menor	Norma(s): Norma ISO 9001:2015	Requisito(s): 6.1.2 a)
Descripción de la no conformidad: La organización no ha planificado las acciones para abordar las oportunidades		
Evidencia: Aunque se han identificado oportunidades en el documento actualizado de planeación estratégica correspondiente al año 2016, no se han planificado las acciones para abordarlas.		
Corrección	Evidencia de Implementación	Fecha
Socializar a los líderes de proceso la matriz DOFA y la necesidad de formular acciones a partir de las oportunidades identificadas en esta matriz, el cual es insumo del PDI.	Listas de asistencia. Presentación de la Socialización.	Junio 2018

INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMAS DE GESTIÓN



<p>Descripción de la (s) causas (s) (Por favor use este espacio para realizar el análisis de causa. Por ejemplo: porques, espina de pescado, etc...).</p> <p>Método: No se consideró que las oportunidades detectadas en el plan estratégico de 2016, se debía socializar con todos los procesos del Sistema para la formulación de acciones porque no se había considerado los nuevos requisitos de la ISO 2015.</p>		
Acción correctiva	Evidencia de Implementación	Fecha
Revisar y entender el requisito 6.1 de la Norma ISO 9001:2015 y demás requisitos relacionados con las Oportunidades, con el Comité del Sistema de Gestión Integral y revisar la metodología para dar tratamiento a las oportunidades que se identifiquen en el nivel estratégico y el método para evaluar su eficacia	Acta de Comité de Sistema de Gestión Integral	De acuerdo a la fecha del segundo comité del Sistema de Gestión.
Enviar el documento de oportunidades de la matriz DOFA de la Universidad, a los procesos con el fin de que formulen las acciones que consideren pertinentes, para el desempeño de sus procesos.	Él envió del documento por correo electrónico. Respuesta de los procesos.	Junio de 2018
Realizar seguimiento al tratamiento dado a las oportunidades y evaluar su eficacia	Matriz de Riesgos y oportunidades con seguimiento y evaluación de la eficacia	Junio de 2018
Realizar seguimiento y evaluar la eficacia de las acciones tomadas.	Acta del comité, presentación	De acuerdo a la fecha del tercer comité del Sistema de Gestión

SOLICITUD DE ACCIÓN CORRECTIVA		No. 4 de 5
<input checked="" type="checkbox"/> No - Conformidad Mayor <input type="checkbox"/> No - Conformidad Menor	Norma(s): Norma ISO 9001:2015	Requisito(s): 9.2
Descripción de la no conformidad: La organización no llevó a cabo auditorías internas para proporcionar información acerca de si el sistema de gestión es conforme con los requisitos de la Norma ISO 9001:2015		
Evidencia: Durante la auditoria se evidenció que de acuerdo con el último programa de auditoria interna de fecha 13 de febrero de 2017 y el último informe consolidado de auditoría interna de fecha 21 de septiembre de 2017, no se realizaron las auditorías internas para proporcionar información acerca de si el sistema de gestión es conforme con los requisitos de la Norma ISO 9001:2015. Auditoría realizada teniendo en cuenta los requisitos de la Norma ISO 9001:2008		

INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMAS DE GESTIÓN



Corrección	Evidencia de Implementación	Fecha
Realizar las auditorías internas bajo los requisitos de la Norma ISO9001:2015	a) Programa de auditorías para la presente vigencia b) Acta comité del sistema de gestión Integral. c) Plan de auditorías internas de calidad. d) Informe de auditorías internas. e) Ejercicios de socialización de los auditores de una preauditoria.	Febrero-Abril de 2018
<p>Descripción de la (s) causas (s) (Por favor use este espacio para realizar el análisis de causa. Por ejemplo: porques, espina de pescado, etc...).</p> <p>Método: Las auditorías internas de calidad 2017 se realizaron considerando los requisitos de la norma ISO 9001:2008, teniendo en cuenta que la certificación en esa vigencia fue dada, bajo esa norma y no se había realizado la actualización del Sistema de Gestión de la Universidad bajo los requisitos de la ISO 9001:2015.</p> <p>Método: El diagnóstico elaborado para evaluar el nivel de implementación de la ISO 9001:2015 fue posterior al desarrollo de las auditorías internas.</p>		
Acción correctiva	Evidencia de Implementación	Fecha
a) Ajustar los formatos, instructivos y demás documentos que se requieran para la implementación de las auditorías internas de calidad, conforme a la Norma ISO9001:2015. b) Incluir en el procedimiento que se debe verificar que cuando se presenten cambios en la Norma ISO 9001, se cumpla con lo establecido en los lineamientos publicados por el ente Certificador para los procesos de transición y actualización c) Socialización al equipo auditor de los requisitos de la ISO 9001:2015 y actualización de los formatos, instructivos y demás documentos modificados. d) Realizar seguimiento y evaluar la eficacia de las acciones tomadas	a) Documentación del procedimiento de auditoria actualizado considerando los requisitos de la ISO 9001:2015 b) Procedimiento de Auditorías internas ajustado c) Listado de Socialización y divulgación de las modificaciones a la documentación de las auditorías internas. d) Informe de las auditorias.	Marzo de 2018 Marzo de 2018 20 Abril de 2018

SOLICITUD DE ACCIÓN CORRECTIVA		No. 5 de 5		
<input type="checkbox"/> No - Conformidad Mayor <input checked="" type="checkbox"/> No - Conformidad Menor	Norma(s): Norma ISO 9001:2015	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">Requisito(s):</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">7.1.3</td> </tr> </table>	Requisito(s):	7.1.3
Requisito(s):				
7.1.3				

INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMAS DE GESTIÓN



La organización no realiza mantenimiento a los equipos de cómputo.		
<p>Descripción de la no conformidad: No se encontró mantenimiento preventivo de los computadores en los procesos, Admisiones y Registro y Docencia, incumpliendo el cronograma establecido en 2017.</p>		
Corrección	Evidencia de Implementación	Fecha
Presentar para la aprobación del comité Directivo, el plan de mantenimiento preventivo de los equipos de cómputo para el 2018, considerando la situación actual (diagnóstico) y los recursos disponibles (personal de soporte técnico y de salas informáticas, insumos, cronogramas, calendarios académicos, operativos y presupuesto asignado)	Plan de mantenimiento equipos de cómputo aprobado	23 de Marzo de 2018
<p>Descripción de la (s) causas (s) (Por favor use este espacio para realizar el análisis de causa. Por ejemplo: porques, espina de pescado, etc...).</p> <p>*Aunque se cuenta con un plan de mantenimiento formulado por el área responsable, este no ha sido analizado y aprobado por las instancias competentes para su aprobación, viabilidad y asignación de recursos. *Se identificó la falta de socialización del plan a las unidades operativas, para acordar los tiempos en que se puede ejecutar las actividades de mantenimiento. *No se ha definido una metodología para la formulación, ejecución y seguimiento del plan de mantenimiento.</p>		
Acción correctiva	Evidencia de Implementación	Fecha
<p>a) Realizar una metodología para la formulación, aprobación, socialización, ejecución y seguimiento del plan de mantenimiento.</p> <p>b) Divulgar el plan de mantenimiento y realizar socialización a las unidades operativas</p> <p>c) Ejecutar las actividades de mantenimiento preventivo anual de acuerdo con el Plan aprobado por el comité.</p> <p>d) Realizar el seguimiento y verificación de las acciones tomadas.</p>	<p>a) Metodología realizada y socializada</p> <p>b) Publicación pág. web, notas comunicantes.</p> <p>c) Registro de la información de mantenimiento en FOR007GSI</p> <p>d) Auditorías internas o por parte de Gestión de Calidad se realiza validación del plan-Comité del Sistema de Gestión.</p>	<p>Marzo de 2018</p> <p>Fase 1: 29 de junio de 2018 Fase 2: 1 de Septiembre de 2018</p>