



<b>Fecha de auditoría:</b>	Del 15 al 18 de octubre de 2019	<b>Fecha del informe:</b>	11 de noviembre de 2019
<b>Sistemas de Gestión:</b>	Sistema de gestión de calidad / Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo		
<b>Objetivo de la auditoría del SGC:</b>	Verificar y determinar la conformidad de los procesos con los requisitos aplicables de la norma ISO 9001:2015.		
<b>Objetivo de la auditoría del SGSST:</b>	Realizar seguimiento a los planes de acción, verificar la participación del personal laboral de la Universidad en el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), y el conocimiento de las responsabilidades y funciones en esta materia descritas en el Manual de Funciones para personal administrativo.		
<b>Alcance de la auditoría del SGC:</b>	Aplica a los procesos definidos en el programa de auditoría interna. Sede Orinoquía, a los siguientes procesos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Direccionamiento estratégico institucional</li> <li>• Mejoramiento de la gestión</li> <li>• Gestión de laboratorios</li> <li>• Gestión de ordenamiento y desarrollo físico</li> </ul>		
<b>Alcance de la auditoría del SGSST:</b>	Aplica a los procesos definidos en el programa de auditoría interna, excepto el proceso de Evaluación Independiente. Sede Orinoquía, a los siguientes procesos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Direccionamiento estratégico institucional</li> <li>• Mejoramiento de la gestión</li> <li>• Gestión de laboratorios</li> <li>• Gestión de ordenamiento y desarrollo físico</li> <li>• Gestión de talento humano (área/división de SST)</li> </ul>		
<b>Proceso/ Procedimiento/ servicio/ requisito:</b>	Direccionamiento estratégico institucional Mejoramiento de la gestión Gestión de laboratorios Gestión de ordenamiento y desarrollo físico Gestión de talento humano (área/división de SST)		
<b>Líder del equipo auditor:</b>	Héctor Geovany Moreno Ligarreto		
<b>Auditor(es):</b>	Sandra García Castro		

<b>Conformidad del Sistema de Gestión</b>	
	<b>SGC 0 SGSST 0</b>
Número de no conformidades detectadas en esta auditoría	0
Número de no conformidades pendientes de solución de la última auditoría interna	0
Numero de no conformidades pendientes de solución de la última auditoría externa	0
Número de oportunidades de mejora	1
Número de observaciones	10



**Fortalezas** (¿Qué hace el proceso auditado? ¿por qué es tan bueno?)

- ✓ Se evidencia un amplio análisis de contexto que involucra a los departamentos aledaños, las poblaciones, las comunidades indígenas y las especies vegetales y animales de la región. Tienen plenamente identificadas sus partes interesadas y las necesidades de dichas partes desde la Ciencia la Tecnología y la Innovación.
- ✓ Espacios de formación como la granja experimental "El Cairo" que son pertinentes para atender las necesidades agropecuarias y medioambientales de la región.
- ✓ Compromiso con el cuidado y la preservación de especies a través de las colecciones biológicas, que permiten acceder a información de las especies colombianas con fines científicos.
- ✓ Proyección del crecimiento en la infraestructura de la sede articulado con el ordenamiento territorial de la región.
- ✓ Eficiente uso y apropiación de los aplicativos dispuestos por la universidad para el seguimiento y mejoramiento de la gestión. Medición constante de indicadores de gestión y análisis para implementación de mejoras, evidenciado a través del boletín estadístico de la sede y el aplicativo web que se encuentra en construcción.
- ✓ La gestión adelantada para mantener la acreditación de los ensayos del laboratorio de Suelos, aguas y foliares y el incremento en el número de ensayos acreditados.
- ✓ Compromiso con el sistema de gestión y el enfoque basado en procesos.
- ✓ Se evidencia fortaleza en la gestión que se adelanta con el fin de dar cumplimiento a las políticas del Sistema de Seguridad y Salud en el trabajo.

Oportunidades de mejora (Requisito asociado / Explicación del entorno y cuál es la sugerencia para la posible mejora / Cual es el objetivo de la mejora)

**Proceso de Gestión de Laboratorios. 8.2.1. Comunicación con el cliente:** La comunicación con los clientes debe incluir: a) proporcionar la información relativa a los productos y servicios, b) tratar las consultas, los contratos o los pedidos, incluyendo cambios, c) obtener la retroalimentación de los clientes relativa los productos y servicios, incluyendo las quejas de los clientes, d) manipular o controlar la propiedad del cliente, e) establecer los requisitos específicos para las acciones de contingencia cuando sea pertinente. El requisito es conforme para los laboratorios visitados, sin embargo, debido a las distancias que deben recorrer los usuarios y el tamaño de las muestras que entregan, se observó la necesidad de fortalecer la comunicación con el cliente, con el fin de garantizar que los cambios en la prestación del servicio sean conocidos oportunamente por los usuarios y establecer acciones de contingencia cuando sea pertinente.

**No conformidades potenciales** (¿Qué se hace? ¿Cuál es el posible incumplimiento?)

Ninguna

**No conformidades** (Numeral de la norma o requisito que se incumple / descripción del incumplimiento o explicación del entorno en que se encontró la NC / descripción de la evidencia encontrada que soporta el hallazgo).

Ninguna

**Conclusiones** (Indicar las **Conformidades**: descripción del cumplimiento o explicación del entorno en que se encontró la conformidad/ hallazgo / evidencia que soporta el hallazgo; Determinar si el Proceso/ Procedimiento/ servicio o requisito auditado es eficaz, eficiente y efectivo)

Criterios de auditoria por proceso:

1. SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD, Norma ISO 9001-2015





Procesos:

## **DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL**

**4.1 Comprensión de la organización y de su contexto.** CONFORME. El desarrollo socio económico de la región es tenido en cuenta para la formulación de los planes estratégicos de la sede, involucrando necesidades de la zona de influencia y cuidado y preservación de especies. Se evidenciaron alianzas y convenios importantes con organizaciones estatales y no gubernamentales para llevar ciencia, tecnología e innovación a los sectores más vulnerables de la Orinoquía.

**Observación:** (para el nivel nacional) Que se vean reflejadas en el análisis de contexto las particularidades de la sede Orinoquía y la participación de la sede en la construcción e identificación de riesgos.

**4.4 Sistema de gestión de la calidad y sus procesos.** CONFORME Se evidenció un trabajo articulado entre la planeación de la sede y la medición y evaluación que se realiza desde el Sistema de Gestión de la Calidad para la toma de decisiones. Se determinan los procesos necesarios para el Sistema de gestión de la calidad.

**5.1.1 Liderazgo y compromiso para el sistema de gestión de la calidad.** CONFORME. Se evidencia el apoyo para el desempeño de los procesos y la asignación de recursos para el sistema y la mejora continua de la planeación de la sede; responsabilidad, uso del enfoque a procesos y el pensamiento basado en riesgos, asignación de recursos, comunicación y apoyo para con el sistema de gestión de la calidad.

**5.1.2 Enfoque al cliente.** CONFORME. Se evidencia a través de la contribución al desarrollo de la región desde los fines misionales de la Universidad; demuestran liderazgo y compromiso determinando y comprendiendo las necesidades de sus usuarios.

**6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades.** CONFORME. Tienen plenamente identificados los riesgos desde la planeación estratégica de la Universidad y se evidencia el seguimiento a la matriz de riesgos. (Se verifico la matriz de riesgos en softexpert)

**Observación:** analizar la necesidad de incluir los riesgos de la sede en el análisis de riesgo del proceso, o trabajar un riesgo propio para la sede, a fin de mitigar los posibles impactos que se puedan generar en la gestión.

**7.4 Comunicación.** CONFORME. Oficialmente se utiliza el correo institucional acogiéndose a las indicaciones de UNIMEDIOS. El director de la sede define los tiempos y el contenido de las comunicaciones a través de comités y dejando evidencia a través de acta. Se determinan las comunicaciones internas y externas pertinentes al sistema de gestión de la calidad.

**8.1 Planificación y control operacional.** CONFORME. Evidenciado a través de actas de comité donde se definen lineamientos para todos los procesos de la sede, planificación, implementación y control.



**9.1.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación- generalidades.** CONFORME. Se evidencia una medición constante de indicadores y una eficiente gestión para la disposición de la información, a través de cuadernillos y el desarrollo de un aplicativo web. (Boletín estadístico sede Orinoquia)

**9.1.3 Análisis y evaluación.** CONFORME. Los resultados de los indicadores se han tomado como insumo en el ejercicio de planeación de la sede.

**OBSERVACIÓN:** Sería conveniente documentar el análisis que se realiza con base en los resultados de la medición de los indicadores. (Incorporarlo en el plan de acción)

**9.3.2 Entradas de la revisión por la dirección.** CONFORME. Se presentó el Informe de Revisión por la Dirección oportunamente.

### **MEJORAMIENTO DE LA GESTIÓN**

**6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades.** CONFORME. Se evidencia la activa participación en el análisis DOFA para el proceso y en la identificación y valoración de riesgos.

**7.1.6 Conocimiento de la organización.** CONFORME. Tienen dispuesta la información pertinente de los procesos a través de aplicativos en línea o carpetas compartidas, garantizando su accesibilidad para las dependencias interesadas.

**Observación:** Es importante documentar las experiencias exitosas que se han derivado del análisis y el mejoramiento de la gestión a fin de optimizar los tiempos en los procesos.

**8.1 Planificación y control operacional.** CONFORME. Tienen formulado su plan de inversión Bpun 356 "Fortalecimiento de la cultura organizacional desde el enfoque de generación de valor y mejora continua en la universidad nacional de Colombia" y se evidencia articulación con los proyectos de inversión asociados a otros procesos a través de actividades transversales de apoyo a la gestión.

**9.1.3 Análisis y evaluación.** CONFORME. Medición y análisis constante de indicadores de gestión articulados con el proceso de Direccionamiento Estratégico Institucional.

**Observación:** Sería conveniente documentar el análisis que se realiza con base en los resultados de la medición de los indicadores.

**10.1 Generalidades.** CONFORME. Tienen debidamente documentados planes de mejoramiento para dar respuesta a los resultados de las encuestas de satisfacción del usuario. No se encontró el plan de mejora de la no conformidad detectada en la auditoría interna, afirma que nunca se legalizaron los resultados de la auditoría pero se le dio tratamiento al hallazgo sin necesidad de formular el plan.

**10.2 No conformidad y acción correctiva.** (10.2.1 y 10.2.2). CONFORME. Hace un registro juicioso y detallado de planes de mejoramiento con el registro no sólo de las actividades, sino detallando además el entregable.



resultados esperados y presupuesto asignado para la actividad si aplica.

**10.3 Mejora continua. CONFORME.** Acciones de mejora evidenciadas en la formulación del plan de inversión para el siguiente periodo, basadas en la medición de los indicadores asociados a la satisfacción de los usuarios.

#### **Gestión de laboratorios**

**6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades. CONFORME.** El proceso determina los riesgos y oportunidades. Evidencia en Softexpert.

**7.1.6 Conocimientos de la organización. CONFORME.** El proceso determina los conocimientos necesarios para la operación y la conformidad de sus servicios. Evidencia en softexpert, régimen legal, pagina web, reuniones de seguimiento, documentación compartida.

**7.4 Comunicación. CONFORME.** Se revisan los contenidos de la pagina web, uso adecuado del correo electrónico, folletos e infografías y reuniones del equipo de trabajo.

**8.1 Planificación y control operacional. CONFORME.** Documentación en softexpert, régimen legal, portafolio de servicios, información documentada.

**8.2.1 comunicación con el cliente. CONFORME.**

**Oportunidad de mejora:** El requisito es conforme para los laboratorios visitados, sin embargo, debido a las distancias que deben recorrer los usuarios y el tamaño de las muestras que entregan, se observó la necesidad de fortalecer la comunicación con el cliente, con el fin de garantizar que los cambios en la prestación del servicio sean conocidos oportunamente por los usuarios y establecer acciones de contingencia cuando sea pertinente.

**8.2.2 Determinación de los requisitos relativos a los productos y servicios. CONFORME.** Página web, Portafolio de servicios, documentación en softexpert, régimen legal, folletos e infografías.

**8.2.3 Revisión de los requisitos relacionados con los productos y servicios. CONFORME.** Página web, Portafolio de servicios, documentación en softexpert, folletos e infografías. Seguimiento a procesos y servicios (Incluye medios de comunicación), reuniones equipo de trabajo.

**8.2.4 Cambios en los requisitos para los productos y servicios. CONFORME.** Página web, Portafolio de servicios, documentación en softexpert, folletos e infografía, seguimiento a procesos y servicios (Incluye medios de comunicación), reuniones equipo de trabajo.



## **GESTIÓN DE ORDENAMIENTO Y DESARROLLO FÍSICO**

**7.1.2 Personas.** CONFORME. Las necesidades de personal son identificadas por área y a través de la realización de Claustros y Colegiaturas, hay deficiencia en personal de planta el cual sólo puede ser asignado desde el nivel nacional. Los faltantes se cubren según el recurso disponible a través órdenes de prestación de servicio.

**Observación:** Evidenciar la gestión adelantada, frente a las directivas de la Universidad a fin de lograr el cubrimiento de las necesidades latentes en personal.

**7.1.3 Infraestructura.** CONFORME. Para la proyección del crecimiento en infraestructura de la sede se tienen en cuenta usuarios tanto internos como externos. Se encuentra en elaboración el POT de la sede, articulado con el POT del territorio. Se evidencia inversión en infraestructura en la adecuación del bloque administrativo realizada en el periodo 2013-2015.

**7.1.4 Ambiente para la operación de los procesos.** CONFORME. Se evidencia una excelente gestión en la atención de solicitudes de adecuación y mantenimiento. Diseño de un aplicativo propio para hacer seguimiento a los servicios y evaluación de la atención brindada.

**Observación:** Verificar el cumplimiento de la norma vigente para atención en salud de los estudiantes (Resolución 2003 de 2014 del ministerio de salud), con el fin de incluir mejoras en el diseño de los espacios destinados a las áreas de bienestar estudiantil (enfermería, psicología, acompañamiento estudiantil), en tanto se inicia la ejecución del proyecto de infraestructura.

**7.1.6 Conocimientos de la organización.** CONFORME. Verificación visual de condiciones y determinación de necesidades en infraestructura para la sede, para usuarios tanto internos como externos. Se proyecta instalar un punto de información electrónico, la integración de los servicios de secretaría de sede y la adecuación para acceso de población vulnerable. Se evidencian informes, diagnósticos, BPUN.

**7.4 Comunicación.** CONFORME. Cuentan con procedimientos y guías virtuales para las solicitudes de mantenimiento.

**Observación:** Establecer metodología y periodicidad para comunicar a los usuarios el resultado de las evaluaciones y los cambios que se realicen en el procedimiento para gestionar las solicitudes de mantenimiento.

**7.5.2 Creación y actualización.** CONFORME. Los procedimientos publicados en el aplicativo softexpert están vigentes. conserva la información actualizada y completa que permite generar indicadores de la gestión del proceso

**Observación:** Analizar la necesidad de documentar procedimientos relacionados con el quehacer del proceso (elaboración y diseño de proyectos, intervención de espacios físicos, seguimiento e interventoría de obras y mantenimiento).

**7.5.3 Control de la información documentada.** CONFORME. Ver softexpert.



**9.1.1 Seguimiento medición y análisis-generalidades.** CONFORME. Se evidencia un seguimiento juicioso a los resultados de la calificación del servicio desde el aplicativo de solicitudes de mantenimiento desarrollado internamente.

**9.1.3 Análisis y evaluación.** CONFORME. Han evaluado los indicadores y los han incorporado en la planeación de las mejoras en infraestructura de la sede.

**10.3 Mejora continua.** CONFORME. Se evidencian mejoras en la infraestructura y en los aplicativos dispuestos para la gestión de solicitudes. Ver informes de seguimiento, análisis y control.

## **2. SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, Resolución 312 de 2019, artículo 16**

Procesos:

- Direccionamiento estratégico institucional
- Mejoramiento de la gestión
- Gestión de laboratorios
- Gestión de ordenamiento y desarrollo físico
- Gestión de talento humano (área/división de SST)

ART. 16

### **Funciones Y Responsabilidades. CONFORME**

- **Asignación de responsabilidades en SST.** La profesional contratada para el acompañamiento a la implementación del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo, es competente y presentó evidencias de su formación y capacitación requeridas por la norma para el desarrollo de las actividades. Nancy Xiomara Sandoval b, CC N°1.116.792.247, OPS 192.

**Observación:** El nivel nacional debe establecer controles que garanticen la efectiva participación de los funcionarios, en las actividades de capacitación, encaminadas a fortalecer el conocimiento de las responsabilidades y funciones frente al SSST.

- **Aplicación de medidas de prevención y control por parte de los trabajadores.** Capacitaciones y entrega de elementos de protección.



**Participación. CONFORME**

- Investigación de incidentes, accidentes de trabajo y las enfermedades cuando sean diagnosticadas como laborales. Se presentaron evidencias para la investigación de los accidentes que han ocurrido al interior de la sede.
- Metodología para identificación de peligros, evaluación y valoración de riesgos. Se evidenció la gestión para tener actualizada la matriz de identificación de riesgos y evaluación de peligros en constante comunicación con la ARL y la programación de capacitaciones con base en los riesgos identificados. Matriz de riesgos y peligros 2018, IPRV 9/10/2019
- Identificación de peligros y evaluación y valoración de riesgos con participación de todos los niveles de la empresa. En todas las entrevistas realizadas los funcionarios manifestaron que les realizaron la debida inspección a los puestos de trabajo por parte de la ARL.
- Inspecciones a instalaciones, maquinaria o equipos.
- Realizar una auditoría anual, la cual será planificada con la participación del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo. La sede presentó la evidencia de la auditoría realizada.


**Acciones Preventivas Y Correctivas. CONFORME**

Acciones preventivas y/o correctivas. Se evidenció la gestión de planes de mejoramiento resultantes de la auditoría.

**Observación:** Para el nivel nacional frente a la gestión y seguimiento del cumplimiento del plan de mejora AP.0036 y OM.0072.

En relación a los hallazgos de la auditoría se determina que el sistema de gestión de la calidad en la sede Orinoquia es eficaz, eficiente y efectivo.

HECTOR GEOVANY MORENO LIGARRETO  
Auditor Líder

  
OSCAR EDUARDO SUÁREZ MORENO  
Director de Sede Orinoquia

Fecha 31/01/2020

*Vobo*  
*Giovanni P...*