

Información de la Organización					
Nombre de la Organización	UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR.				
Dirección	Carrera 54 N° 59 - 102 Barranquilla				
Teléfono No.	3006522736	Fax No.	N/A		
Página Web	http://www.usimons.edu.co				
Contrato(s) No(s).	CO-1407-2022				
Información de Contacto					
Nombre persona contacto	Ingrid Chaparro Vega	Teléfono No.	3006522736		
Dirección e-mail	ichaparro@usimonsimonbolivar.edu.co				
Información de la Auditoría					
Norma(s)	ISO 9001:2015	0	0	0	Integrada <input type="checkbox"/>
Códigos	37-35-39				Combinada <input type="checkbox"/>
Nº de Empleados	127	Nº Turnos	1		
Tipo de Auditoría	Re-certificación				
Alcance de Auditoría	<p>Alcance: Gestión de ingreso del estudiante, prestación de servicios de educación continua, conciliación en derecho, gestión de eventos académicos, empresariales y culturales en el Teatro José Consuegra Higgins y otros auditorios, gestión de recursos bibliográficos, bienestar universitario y gestión del egresado.</p> <p>Sito principal: Carrera 54 N° 59 - 102 Barranquilla atlántico.</p> <p>La organización aplica todos los requisitos de la norma ISO 9001:2015 Se hace revisión de los siguientes procesos:</p> <p> Direccionamiento Estratégico Gestión de la Calidad Comunicaciones Gestión de TI Bienestar</p> <p>Docencia (2 subprocesos: Gestión de ingreso del estudiante y Graduación)</p> <p>Relación con el sector externo (4 subprocesos: Educación Continua, Gestión de eventos, Conciliación en Derecho y Gestión del egresado)</p> <p> Infraestructura GF - Compras y suministros Gestión de recursos bibliográficos Talentos Humanos Gestión Jurídica y Gestión Documental</p>				
Fecha Inicio Auditoría fase 1 o seguimiento:	N/A	Fecha Fin Auditoría fase 1 o seguimiento:	N/A		
Fecha Inicio Auditoría fase 2:	28 de noviembre 2022	Fecha Fin Auditoría fase 2:	3 de diciembre de 2022		
Próxima visita antes de:	28/11/2023	Duración (días) de la próxima visita:	3		
Información del Auditor					
Auditor Líder:	Rita Judo De La Hoz Rojas	Escalera líder:	RJD		
Auditor (es) (Miembros de Equipo)	0	0	0	0	0
Especialista	ANA MILENA FORERO ANGARITA				
Horario de los Turnos	L-V: 8-12 pm 2-4 pm				
Distribución	Si se trata de una auditoría "multi-site", se establece un Apéndice relacionando todos los emplazamientos relevantes y/o centros remotos establecidos y anexos al informe de auditoría. Cliente / Equipo Auditor / Oficina BV Certificación				

Resumen de los hallazgos de la auditoría					
No. De No conformidades registradas:		Mayores:	0	Menores:	0
¿Se requiere una Auditoría Extraordinaria?		SI NO		Duración de la Auditoría Extraordinaria: 0 días(s)	
Fechas reales de la auditoría extraordinaria:		Inicio:	N/A	Final:	N/A
Observaciones auditoría extraordinaria:		N/A			
Recomendación del equipo Líder					
Normas (s)		Recomendación			
ISO 9001:2015		Tramitar			
0					
0					
0					
0					
Equipo Líder (1):		Auditor (es) Miembros del equipo			
Rta. Alía De La Huz Rojas		0	0	0	
		0	0	0	
		0	0	0	
		0	0	0	
		0	0	0	
Alcance de Certificación junto con la no aplicabilidad (declaración de alcance debe ser verificada y aparecerá en el siguiente espacio)					
Gestión de ingreso del estudiante, prestación de servicios de educación continua, conciliación en derecho, gestión de eventos académicos, empresariales y culturales en el Teatro José Cosuegra Higgins y otros auditorios, gestión de recursos bibliográficos, bienestar universitario y gestión del egresado.					
Alcance Sitio 1:		N/A			
Alcance Sitio 2:		N/A			
Alcance Sitio 3:		N/A			
Para ISO 27001 indique declaración de aplicabilidad, número de versión y fecha:		N/A			
El documento de existencia legal concuerda con la dirección y nombre de la empresa (marque con una X):		X	El objeto social tiene relación con el alcance del Sistema de Gestión (marque con una X).	X	
Comentarios de la revisión del documento de existencia legal:		Se observa documento de existencia legal con objeto social según el alcance auditado, de igual forma se evidencia actualizado a la fecha.			

Accreditación:	ONAC				
Nº de Certificados requeridos:	2				
Sistema:	Español				
Motivo para emitir el Certificado:	Cumplimiento de los requisitos auditados				
Instrucciones Adicionales (instrucciones adicionales para el certificado o información para la oficina):					
REEMPLAZAR TEXTO: Especificar los cambios en la Organización (alcance, número de empleados, emplazamientos, división, gestión, organización...). Ver coherencia con la Solicitud de Certificación					
RESUMEN DE AUDITORIA					
Objetivos de la auditoría:					
<p>Objetivos generales:</p> <p>a) Determinar la conformidad del sistema de gestión de la organización, o parte de dicho sistema, con los criterios de auditoría.</p> <p>b) Evaluar la capacidad del sistema de gestión para asegurar que la organización cumple con los requisitos legales, reglamentarios y contractuales asociados al sistema de gestión objeto de auditoría.</p> <p>c) Evaluar la eficacia del sistema de gestión para asegurar que la organización es capaz de cumplir los objetivos especificados del sistema de gestión.</p> <p>d) Identificar las áreas en las que la organización puede tener mejoras potenciales del sistema de gestión.</p>					
<p>Objetivos de la fase 1:</p> <p>a) Revisar la información documentada del sistema de gestión de la organización.</p> <p>b) Evaluar las condiciones específicas del sitio e intercambiar información con el personal de la organización con el fin de determinar el estado de preparación para la etapa 2.</p> <p>c) Revisar el estado de la organización y su grado de comprensión de los requisitos de la norma, en particular en lo que concierne a la identificación del desempeño clave o de aspectos, procesos, objetivos y funcionamiento significativos del sistema de gestión.</p> <p>d) Recopilar la información necesaria correspondiente al alcance del sistema de gestión, que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> - las ubicaciones de la organización; - los procesos y equipos empleados; - los niveles de controles establecidos; - los requisitos legales y reglamentarios aplicables al sistema de gestión; - Revisar la asignación de recursos para la etapa 2 y acordar con la organización los detalles de ésta. - Proporcionar un enfoque para la planificación de la etapa 2 mediante la comprensión suficiente del sistema de gestión de la organización y de las operaciones del sitio en el contexto de la norma del sistema de gestión u otros documentos normativos. - Evaluar si las auditorías internas y la revisión por la dirección se planifican y realizan, y si el nivel de implementación del sistema de gestión confirma que la organización está preparada para la etapa 2. 					

Objetivos de la fase 2:

Evaluar la implementación, incluida la eficacia del sistema de gestión de la organización incluyendo:

- a) La información y evidencia de la conformidad con todos los requisitos de la norma de sistema de gestión aplicable u otros documentos normativos.
- b) La realización de seguimiento, medición, informe y revisión con relación a los objetivos y metas de desempeño clave.
- c) La capacidad del sistema de gestión de la organización y su desempeño en relación con el cumplimiento de requisitos legales, reglamentarios y contractuales aplicables a éste.
- d) El control operacional de los procesos de la organización.
- e) Las auditorías internas y la revisión por la dirección.
- f) La responsabilidad de la dirección en relación con las políticas de la organización.
- g) Relación entre los requerimientos normativos, política, objetivos de desempeño y metas (consistente con las expectativas en la norma del sistema de gestión aplicable u otro documento normativo), cualquier requerimiento legal aplicable, responsabilidades, competencias de personal, operaciones, procedimientos, datos de rendimiento y hallazgos de auditoría interna y conclusiones.
- h) Para sistemas de gestión de seguridad y salud en el trabajo confirmar que todos los peligros identificados como significativos son controlados dentro del sistema de gestión.
- i) Verificar que el personal legalmente responsable en sistemas de gestión de seguridad y salud en el trabajo con responsabilidades en cuanto al monitoreo de la salud de los trabajadores, representante de los trabajadores y otras responsabilidades en cuanto al sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo participaron en la reunión de cierre. En caso de ausencia debe quedar registrada la justificación respectiva.

Objetivos de la auditoría de seguimiento:

El alcance del seguimiento es asegurar el cumplimiento del sistema de gestión del cliente certificado de los requerimientos específicos con respecto a la norma. Este debe incluir:

- a) Auditorías internas y revisión por la dirección.
- b) Una revisión de las acciones tomadas en las no conformidades identificadas durante la auditoría previa.
- c) Tratamiento de quejas.
- d) Efectividad del sistema de gestión revisando el logro de los objetivos del cliente certificado.
- e) Progreso de actividades planeadas enfocadas al mejoramiento continuo.
- f) Control operacional continuo.
- g) Revisión de cualquier cambio, y
- h) Uso de logo y/o cualquier otra referencia de la certificación.

Objetivos de la auditoría de recertificación:

El alcance de la auditoría de recertificación es evaluar el cumplimiento continuo de todos los requerimientos de la norma del sistema de gestión (u otro documento normativo relevante). El propósito de la auditoría de recertificación es confirmar la conformidad continua y efectividad del sistema de gestión como un todo y su relevancia continua y aplicabilidad para el alcance de la certificación.

Esto debe incluir lo siguiente:

- a) La efectividad del sistema de gestión en su totalidad, a la luz de los cambios internos y externos y su relevancia continua y aplicabilidad al alcance de la certificación.
- b) Compromiso demostrado de mantener la efectividad y mejora del sistema de gestión para maximizar el rendimiento de la organización.
- c) Revisar si la operación del sistema de gestión certificado contribuye al logro de la política y objetivos de la organización.

Nº de no conformidades de la anterior auditoría:	Mayores	0	Menores	0
Nº de no conformidades cerradas:	Mayores	0	Menores	0
Nº de no conformidades abiertas de nuevo:	Mayores	0	Menores	0

Las conclusiones de la revisión de las NC inmediatamente anteriores son:	No se presentaron NC en el ciclo anterior
Verificación del ciclo completo previo de informes de Auditoría de Bureau Veritas Certificación	Inicio de un nuevo ciclo, se observa un SGC conforme y en procura de la mejora continua
Resumen básico y planificación inicial: (Actividades/lugares/procesos/funciones de la organización basados en el plan de auditoría que fue presentado y se acordó con el auditado antes de la auditoría y fueron cubiertos y enumerados en la Sección de Resumen de Auditoría (Matriz de Auditoría) del informe)	<p>Alcance: Gestión de ingreso del estudiante, prestación de servicios de educación continua, conciliación en derecho, gestión de eventos académicos, empresariales y culturales en el Teatro José Consuegra Higgins y otros auditorios, gestión de recursos bibliográficos, bienestar universitario y gestión del egresado.</p> <p>Silo principal: Carrera 54 N° 59 - 102 Barranquilla atlántico.</p> <p>La organización aplica todos los requisitos de la norma ISO 9001:2015 Se hace revisión de los siguientes procesos: Diseccionamiento Estratégico Gestión de la Calidad Comunicaciones Gestión de TI Bienestar Docencia (2 subprocesos: Gestión de ingreso del estudiante y Graduación) Relación con el sector externo (4 subprocesos: Educación Continua, Gestión de eventos, Conciliación en Derecho y Gestión del egresado) Infraestructura GIF - Compras y suministros Gestión de recursos bibliográficos Talento Humano Gestión Jurídica y Gestión Documental</p> <p>Se toman capturas y fotografías como evidencia de auditoría, el permiso para estas tomas fue dado por la coordinadora Ingrid Chaparro</p>

Personas Claves Entrevistadas / Involucradas	
Nombre y Apellido	Departamento / Proceso
Ingrid Chaparro	Jefe del SGI
Fernando Morán	Director de planeación y responsabilidad social
Rafael Amaya	Director de TI
Ignacio Consuegra	Jefe de infraestructura
Tatiana Bolívar	Directora de extensión y servicios externos
Liz Villanueva	Jefe institucional de egresados
Liliana Travecedo	Directora del centro de conciliación y arbitraje
Yanelis Lara	Directora de post grados
Miryerlay Uribe	Auxiliar administrativa
Nora Contreras	Auxiliar administrativo de Admisiones y matrículas
Angelica Redondo	Jefe matrícula y graduación
Brenda Morales	Jefe de Compras
Indira Caratt	Coordinadora de inventarios y almacén
Katherine Díaz	Coordinadora de proveedores y compras
Cindy Vargas	Profesional de compras.
Karen González	Directora de comunicaciones
Jacob Gutiérrez	Jefe de atención al usuario y mercado
Willian Cano	profesional de comunicaciones internas
Isabella Grisales	Profesional de comunicaciones internas
Fanny Sosa	Profesional de comunicaciones externas
German Carcho	Profesional de comunicaciones externas
Laura Canayo	Diseñadora gráfica
Stella Camacho	Jefe de desarrollo organizacional
Ulajano Ladón de Guereira	Jefe personal
María Victoria Molina	Coordinador de contratación
Erin Avarez	Profesional de apoyo
Adier Maestre	Auxiliar de deporte
Remberto De La Hoz	Director de Bienestar
Maura De La Hoz	Coordinadora del área de salud
Gina Cuesta De La Hoz	Coordinador de salud y humano
Rina Orozco	Coordinador del área de expresión cultural y artística
Mario Boffante	Director de biblioteca
Ana Urquijo	Jefe de archivo institucional
Rodrigo Pérez Vázquez	Director jurídico

Hallazgos de Auditoría

El equipo auditor ha realizado una auditoría basada en los procesos, centrada en los aspectos significativos, riesgos y objetivos. La metodología de auditoría empleada ha consistido en entrevistas, observación de las actividades y revisión de documentos y registros

La Auditoría in situ inició con una Reunión de Apertura, contando con la asistencia de altos directivos de la organización.

Los hallazgos de auditoría fueron comunicados a la Dirección de la Organización durante la Reunión de Cierre, al igual que las conclusiones finales referentes a los resultados de la auditoría y recomendaciones dadas por el equipo auditor.

Adecuación de la documentación del sistema de gestión:	<p>La adecuación de la información documentada se validó con la revisión de los procedimientos y registros exigido por la ISO 9001:2015, se tomaron como muestra:</p> <p>La organización mantiene como información documentada el alcance del SGC por medio del manual de la calidad OT-SI-01-GC versión 10 vigente desde 28-01-2022.</p> <p>Alcance: Gestión de ingreso del estudiante, prestación de servicios de educación continua, conciliación en derecho, gestión de eventos académicos, empresariales y culturales en el Teatro José Consuegra Higgins y otros auditorios, gestión de recursos bibliográficos, bienestar universitario y gestión del egresado.</p> <p>Se cuenta con una caracterización CP-DE-01-PE V 10 vigente desde 18-09-2020</p> <p>Objetivo: Formular, apoyar la implementación y hacer seguimiento al marco estratégico institucional orientado al cumplimiento de la misión y al mejoramiento continuo de la universidad.</p> <p>La organización determina las cuestiones externas e internas por medio del documento análisis del contexto.</p> <p>Fecha de actualización: 22 de julio 2022.</p> <p>Se cuenta con un plan estratégico de desarrollo 2019-2022</p> <p>Se puede evidenciar que la universidad determina las partes interesadas que son pertinentes al SGC, se observan desde la página principal.</p> <p>Seguimiento: segundo semestre del año 2021.</p> <p>Los procesos pertenecientes al SGC están definidos en el mapa de proceso de la organización. Código: DG-DE-01 versión 7 vigente desde 23-12-2019.</p> <p>La empresa mantiene como información documentada una política, la cual hace parte de la correlación de la planeación estratégica DG-DE-08-PE V 7 vigente desde 17-07-2020.</p> <p>Se observa que la universidad determina los riesgos y oportunidades de sus SGC.</p> <p>La organización determina los riesgos teniendo en cuenta: el contexto y las partes interesadas.</p> <p>La empresa mantiene como información documentada el borrador del plan estratégico 2023-2027, donde se observan 9 objetivos estratégicos, en estos objetivos se validaron los relacionados con el SGC.</p> <p>La organización determina las comunicaciones internas y externas pertinentes al sistema de gestión de la calidad para cada proceso por medio de las caracterizaciones.</p> <p>Se cuenta con un procedimiento de control de la información documentada P-SI-01-GC V 17 vigente hasta: 19-10-2022.</p> <p>La organización mantiene información documentada para realización las auditorías internas del Sistema de gestión de la calidad por medio del procedimiento de auditorías internas a sistemas de gestión. P-SI-05-GC V 10 vigente desde: 17-11-2022</p> <p>La organización mantiene información documentada para el tratamiento de no conformidades y de acciones correctivas por medio del procedimiento de acciones de mejora. Csd. P-SI-03-GC V 7 vigente desde: 27-07-2020.</p> <p>La organización determina la necesidad de cambios en el sistema de gestión de la calidad y lleva control de este por medio del "procedimiento para planificar y controlar los de cambios" V 04 fecha: 10-07-2020 P-SI-07-GCB.</p>
--	--

Continúa implementación y operación:	<p>Se cuenta con procedimiento de inscripción P-03-25-IE y TU vigente 06/06/17-08/2022</p> <p>Se tiene procedimiento de selección y admisión de estudiantes a programa académicos de postgrado. Cód. P-GF-32-E-03 vigente desde 24-10-2022</p> <p>Se cuenta con correo electrónico "documentos enviados inscriptor SERNA TABORDA MANUEL ALEXANDER Fecha: 10-11-2022 Documento 77162877"</p> <p>Programa: Anestesiología (2023-1)</p> <p>Se hace el módulo de gestión de ingreso estudiantil en el software sistema de información académico-SIA</p> <p>Nombre del aspirante: SERNA TABORDA MANUEL ALEXANDER</p> <p>Matriculado: NO</p> <p>Programa: 167 especialización en anestesiología</p> <p>Se valida que la universidad le solicita al estudiante aspirante:</p> <p>Volante de inscripción</p> <p>Hoja de vida con anexos</p> <p>Título pregrado</p> <p>Copia de resolución del ejercicio o tarjeta profesionales</p> <p>Foto tipo documento</p> <p>Certificado de notas</p> <p>CC</p> <p>Constancia de vinculación EPS</p> <p>Estado: No admitido</p> <p>Se cuenta con control de exámenes no conformes F-SI-08-GC V 3 vigente desde 07-10-2020</p> <p>Identificado: MINERLAY URIBE CHAVEZ</p> <p>Fecha: 25-7-2022</p> <p>Descripción: recepción de documentos falsos.</p> <p>Se valida el tratamiento a realizar.</p> <p>Fecha de cierre: 26 de julio 2022</p> <p>Alcance: Prestación de servicios de educación continua.</p> <p>Se hace presentación en el proceso donde se observaron testimonios de estudiantes (cliente externo) donde manifiestan su experiencia con el proceso educación continua</p> <p>En la presentación se hace un recorrido de los principales HITOS del CEC desde año 1994 hasta el 2022</p> <p>Canales de comunicación para la educación continua: redes sociales, Correo electrónico, vía telefónica</p>
Seguimiento y medición:	<p>La organización determina las comunicaciones internas y externas pertinentes al sistema de gestión de la calidad para cada proceso por medio de las caracterizaciones.</p> <p>Donde se pudo evidenciar:</p> <p>a) Quien comunica</p> <p>b) Como se comunica</p> <p>c) Cuando se comunica y</p> <p>d) A quien se comunica.</p> <p>La comunicación se validó en el transcurso de la auditoría, de acuerdo con lo establecido por la organización.</p> <p>La organización hace seguimiento a los procesos por medio de informes e indicadores de gestión, en la revisión se validó la medición y los planes de acción según los cumplimiento e incumplimientos.</p> <p>La empresa mantiene como información documentada el borrador del plan estratégico 2023-2027, donde se observan 9 objetivos estratégicos, en estos objetivos se validaron los relacionados con el SGC.</p> <p>Son apropiados al contexto de la organización y están alineados a la política de calidad.</p> <p>La organización mantiene como información documentada una política la cual hace parte de la correlación de la planeación estratégica DG-DE-08-PE V 7 vigente desde 17-07-2020.</p> <p>Aprobada al propósito y contexto de la organización y apoya la DE. Cumple</p> <p>Marco de referencia para el establecimiento de los objetivos de la calidad. Cumple</p> <p>Compromiso con MC. Cumple</p> <p>Disponibilidad a partes interesadas. Cumple</p> <p>Se observa que se tiene a la disposición de las partes interesadas por medio de la página web</p> <p>Se valida encuesta de satisfacción enviada al cliente por medio de correo electrónico</p> <p>Nº de reserva: #859</p> <p>Evento: Mesa de innovación de la comisión regional de competitividad</p> <p>Auditor: Carlos Corredor</p> <p>Fecha: 18 de agosto 2022</p> <p>Se observa un cliente satisfecho</p> <p>No se han presentado quejas o reclamos por partes de clientes internos o externos</p>
Continúa seguimiento y medición:	<p>La organización mantiene información documentada para realización las auditorías internas del Sistema de gestión de la calidad por medio del procedimiento de auditorías internas a sistemas de gestión. P-SI-05-GC V 10 vigente desde: 17-11-2022</p> <p>Se evidencia que la organización planifica auditorías internas por medio de un programa de auditorías internas Cód. F-SI-11-GC V8 fecha: 07-02-2022</p> <p>Año programado: 2022</p> <p>Se valida en el programa que se establecen los objetivos, criterios, alcance, métodos a emplear, los riesgos potenciales, causas, tratamientos y los responsables.</p> <p>Se valida que la organización establece el perfil del auditor interno en el procedimiento de auditoría interna.</p> <p>Se cuenta con un plan de auditoría interna F-SI-12-GC V 2 vigencia desde 20-08-2020.</p> <p>Se tiene informe de la auditoría</p> <p>Auditor líder: Ingrid Chaparro.</p> <p>Fecha: inicio el 18 de julio 22, finalizando el 30 de agosto 2022</p> <p>Hallazgos identificados:</p> <p>NC: 19</p> <p>Las observaciones/opportunidades de mejora fueron dejadas en las listas de cada proceso</p> <p>La organización mantiene información documentada para el tratamiento de no conformidades y de acciones correctivas por medio del procedimiento de acciones de mejora. Cód. P-SI-03-GC V 7 vigente desde: 27-07-2020.</p> <p>Se evidencia registro de acciones correctivas y de mejora en el formato definido por la organización, con la descripción del hallazgo, análisis de causas, descripción de las acciones tomadas y seguimiento al cumplimiento.</p> <p>Se toma como muestra las no conformidades presentadas en la auditoría interna, se evidencia análisis de causas, riesgos y oportunidades y cierre de las mismas.</p> <p>Se valida el registro solicitud de acciones F-SI-06-GC V 8 vigente desde: 29-04-2021</p>
Mejora:	<p>La organización mantiene información documentada para el tratamiento de no conformidades y de acciones correctivas por medio del procedimiento de acciones de mejora. Cód. P-SI-03-GC V 7 vigente desde: 27-07-2020.</p> <p>Se evidencia registro de acciones correctivas y de mejora en el formato definido por la organización, con la descripción del hallazgo, análisis de causas, descripción de las acciones tomadas y seguimiento al cumplimiento.</p> <p>Se toma como muestra las no conformidades presentadas en la auditoría interna, se evidencia análisis de causas, riesgos y oportunidades y cierre de las mismas.</p> <p>Se valida el registro solicitud de acciones F-SI-06-GC V 8 vigente desde: 29-04-2021</p> <p>Se observa que la alta gerencia revisa a intervalos planificados el SGC por medio de la Revisión por la dirección.</p> <p>Se cuenta con informe de la revisión por la dirección F-DE-02-PE versión 3 vigencia: 24-06-2020.</p> <p>Fecha de la revisión: se dio inicio el 10 de marzo del 2022 al 4 de mayo del 2022.</p> <p>Resultado:</p> <p>Proyecto/actividad:</p> <p>Actualizar la base de datos del personal administrativo en un 70% y de personal de profesores en un 50% en 2022.</p> <p>Fortalecer la cultura ambiental mediante:</p> <p>Ampliación de la cobertura de actividades de capacitación</p> <p>Instalación de pizos comunicativos sobre estrategia de reducción, reutilización y reciclaje</p> <p>Gestión auditoría de segunda parte interna al SGBC</p> <p>Entre otras.</p>
Áreas de preocupación Fase 1:	NA
Conclusiones fase 1:	NA
Recomendación de Fase 1 es:	<input type="checkbox"/> Continuar con fase 2. <input type="checkbox"/> NO Continuar con fase 2. <input type="checkbox"/> NO Aplica.

Fortaleza	
Compromiso Gerencial	
Presentación de los procesos misionales	
Conocimiento y compromiso del personal en cuanto a la prestación del servicio	
Acompañamiento del SGC en todos los procesos, tanto misionales como de apoyo	
Disposición del personal para recibir la auditoría externa	
No Conformidades	

<p style="text-align: center;">NOTA</p>	<p>Las no conformidades detalladas en este documento se abordarán a través del proceso de acción correctiva de la organización, de acuerdo con los requisitos de acción correctiva relevantes del estándar de auditoría, en acciones para evitar que vuelva a ocurrir y se mantengan registros completos.</p> <p>Las acciones correctivas para abordar las principales no conformidades identificadas se llevarán a cabo de inmediato. Nuestro auditor realizará una visita de seguimiento dentro de los 90 días para confirmar las acciones tomadas, evaluar su efectividad y determinar si se puede otorgar o continuar la certificación.</p> <p>Se llevarán a cabo acciones correctivas para abordar las no conformidades menores identificadas y se mantendrán registros con evidencia de apoyo.</p> <p>Las respuestas a las no conformidades pueden ser en copia impresa o electrónicamente usando el NCR en este documento (preferido) y enviadas a la oficina de Certificación de BV.</p> <p>En la próxima visita de auditoría programada, el equipo de auditoría de BV Certification hará un seguimiento de todas las no conformidades identificadas para confirmar la efectividad de las acciones correctivas tomadas y cerrarlas.</p> <p>Todos los servicios ofrecidos bajo la Acreditación UKAS son realizados bajo el control de gestión de Bureau Veritas Certification Holding SAS - Sede Reino Unido.</p> <p>Todos los servicios ofrecidos bajo la Acreditación ONAC son realizados bajo el control de gestión de BVCI Colombia Ltda.</p>
<p style="text-align: center;">NO CONFORMIDADES</p>	<p>La revisión de no conformidades se realiza a través una revisión de oficina. Sin embargo, dependiendo de la severidad de los hallazgos, el auditor puede realizar una auditoría de seguimiento para confirmar las acciones tomadas, evaluar su efectividad y determinar si se recomienda otorgar la certificación o su continuidad, según corresponda.</p> <p>Es recomendable que el cliente provea de una respuesta temprana a fin de que haya tiempo para revisiones adicionales en caso de ser necesarias.</p> <p>Para recertificaciones, el plazo para el tratamiento de no conformidades será definido por el líder del equipo auditor a fin de que las acciones correctivas sean implementadas previo al vencimiento del certificado.</p> <p>La Contente previsto de la respuesta</p> <p>La respuesta del cliente ante una NC debe ser revisada por el líder del equipo auditor en tres partes: corrección, análisis de causa raíz y acciones correctivas.</p> <p>Corrección Asegurarse de que la corrección responde a la pregunta "¿Es este un caso aislado o no?", en otras palabras "¿Hay algún riesgo de que esto pueda volver a ocurrir en los otros sitios / departamentos?".</p> <p>Análisis de Causa Raíz Asegurarse de que la causa raíz responde la pregunta "¿Qué aspecto del sistema tuvo que fallar para que el problema ocurra?".</p> <p>Acción Correctiva 1. La acción correctiva o el plan de acción correctivo tratan las causas raíz/raíces determinadas en el análisis de causa raíz. De no haber definido una verdadera causa raíz no podrá prevenir la repetición del problema. 2. Para poder ser aceptada, el plan debe incluir: - acciones para tratar la o las causas raíz. - identificación de los responsables por las acciones - un cronograma (con fechas) para su implementación - siempre debe incluir un "cambio" en el sistema. Capacitación y/o la publicación de un boletín, generalmente no son cambios en el sistema.</p>

Observaciones:	No se presentaron
Oportunidades de mejora:	No se presentaron
Uso del Logo:	El estipulado por BVCI en el manual de uso
Incidentes / Obstáculos que podrían afectar la confiabilidad de las conclusiones de la auditoría:	No se presentaron
Opiniones divergentes (discrepancias) sin resolver entre el Equipo Auditor y el Auditado:	No se presentaron
Modificaciones del programa y/o plan de auditoría y Justificación respectiva/ Actividades de seguimiento acordadas:	No se presentaron
Conclusiones:	<ul style="list-style-type: none"> • Se ha demostrado la conformidad de la documentación del Sistema de Gestión, con los requisitos de la norma auditada y dicha documentación proporciona estructura suficiente para apoyar la implantación y mantenimiento del sistema de gestión. • La Organización ha demostrado la efectiva implantación y mantenimiento / registro de su Sistema de Gestión. • La Organización ha demostrado el establecimiento y seguimiento de adecuados objetivos y metas clave de desempeño, y ha realizado el seguimiento del progreso hacia su consecución. • El programa de auditorías internas ha sido implantado en su totalidad y demuestra su eficacia como herramienta para mantener y mejorar el Sistema de Gestión. • A través del proceso de auditoría, se ha demostrado la total conformidad del Sistema de Gestión con los requisitos de la norma auditada.
Recomendaciones:	<p>El Equipo Auditor ha realizado una auditoría basada en los procesos, centrada en los aspectos/riesgos significativos y objetivos requeridos por la(s) norma(s). La metodología de auditoría empleada ha consistido en entrevistas, observación de actuaciones, muestreo de las actividades y revisión de documentos y registros.</p> <p>El desarrollo de la auditoría se realizó de acuerdo al plan de auditoría y a la matriz de procesos auditados incluidos en los apéndices de este informe resumen de auditoría.</p> <p>El equipo auditor llega a la conclusión de que la Organización ha establecido y mantenido su sistema de gestión de acuerdo a los requisitos de la(s) norma(s) y ha demostrado la capacidad del sistema para lograr que se cumplan los requisitos para los productos y/o servicios incluidos en el alcance, así como la política y los objetivos de la Organización.</p> <p><u>Declaración de descargo de responsabilidad:</u> la auditoría se basa en un proceso de muestreo de la información disponible y la confirmación del cumplimiento de los objetivos de la auditoría.</p> <p>Por lo tanto, el equipo de auditoría, basado en los resultados de esta auditoría y el estado de desarrollo y madurez demostrado del Sistema, recomienda que la certificación de este Sistema de Gestión sea (marque con una X):</p>

Tramitada	X
Tramitada, sujeta a un plan de acciones correctivas satisfactorias	
Mantenido.	
Mantenido, sujeta a un plan de acciones correctivas satisfactorias.	
Suspendida hasta que se completen unas acciones correctivas satisfactorias.	
Retirada. (se recuerda a la Organización el Procedimiento de Apelaciones definido en las Condiciones de Contrato)	

Este informe es confidencial y su distribución está limitada al equipo auditor, la propia Organización y la oficina de BY Certificación