



**Bureau Veritas Certificación**  
**Certificación de Sistemas de Gestión**  
Informe de Auditoría de

**ISO 9001:2015**

**Bureau Veritas Certificación**

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR

Información de la Organización						
Nombre de la Organización	UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR					
Dirección	Avenida 3 N° 13 - 34 Barrio La Playa - Cúcuta					
Teléfono No.	57 (605) 3444333	Sitio web	<a href="https://www.unisimon.edu.co/">https://www.unisimon.edu.co/</a>			
Contrato(s) No(s).	CO-1305-2023					
Información de Contacto						
Nombre persona contacto	INGRID DEL SOCORRO CHAPARRO VEGA			Teléfono No.	3006522736	
Dirección e-mail	<a href="mailto:ingrid.chaparro@unisimon.edu.co">ingrid.chaparro@unisimon.edu.co</a>					
Información de la Auditoría						
Norma(s)	ISO.9001.2015	0	0	0	0	Integrada: <input type="checkbox"/>
Código(s)	35 37					
Nº de Empleados			Nº Turnos:			
Tipo de Auditoría	Certificación					
Alcance de Auditoría	<p>Alcance: GESTIÓN DE INGRESO DEL ESTUDIANTE, PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE EDUCACIÓN CONTINUA, GESTIÓN DE RECURSOS BIBLIOGRÁFICOS, BIENESTAR UNIVERSITARIO Y GESTIÓN DEL EGRESADO. SEDE CUCUTA- Adición de sitio. Avenida 3 N° 13 - 34 Barrio La Playa – Cúcuta. No se declara no aplicabilidad Procesos auditados: Direccionamiento 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 y Gestión del egresado) Infraestructura GF - Compras y suministros Gestión de recursos bibliográficos Talento Humano</p>					
Fecha Inicio Auditoría fase 1 o seguimiento:	28/11/2023		Fecha Fin Auditoría fase 1 o seguimiento:		1/12/2023	
Fecha Inicio Auditoría fase 2:	N/A		Fecha Fin Auditoría fase 2:		N/A	
Próxima visita antes de:	28/11/2024		Duración (días) de la próxima visita:		1.5 días	
Información del Auditor						
Auditor Líder:	Rita Julia De La Hoz			Iniciales líder:	RJD	
Auditor (es) (Miembros de Observador(es) y/o traductor(es):	Rita Julia De La Hoz Rojano			0		
Horario de los Turnos de la Organización	Turno 1: 8-12 p.m. 2-5 p.m	Turno 2:	Turno 3:	Turno 4:	Turno 5:	Turno 6:
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.						
Distribución	Cliente / Equipo Auditor / Oficina BV Certification					

Resumen de los hallazgos de la auditoría				
No. De No conformidades registradas:	Mayor	0	Menor	0
¿Se requiere una Auditoría Extraordinaria?	NO	Duración de la Auditoría Extraordinaria:		N/A día(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	Tramitada			
0	0			
0	0			
0	0			
0	0			
Auditor Líder:	Auditor(es) Miembros del equipo			
Rita Julia De La Hoz	Rita Julia De La Hoz Rojano	0	0	0
	0	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)				
Alcance General:	GESTIÓN DE INGRESO DEL ESTUDIANTE, PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE EDUCACIÓN CONTINUA, GESTIÓN DE RECURSOS BIBLIOGRÁFICOS, BIENESTAR UNIVERSITARIO Y GESTIÓN DEL EGRESADO.- SEDE CUCUTA Avenida 3 N° 13 - 34 Barrio La Playa – Cúcuta. No se declara no aplicabilidad			
Alcance Sitio 21+:	0			
Alcance Sitio 51+:	0			
Alcance Sitio 71+:	0			
Acreditación:	ONAC			
Idiomas:	Español			
Instrucciones Adicionales (instrucciones adicionales para el certificado o información para la oficina):				
N/A				

## RESUMEN DE AUDITORIA

### Objetivos de la auditoría:

#### Objetivos generales:

- Determinar la conformidad del sistema de gestión de la organización, o parte de dicho sistema, con los criterios de auditoría.
- 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.
- Evaluar la eficacia del sistema de gestión para asegurar que la organización es capaz de cumplir los objetivos especificados del sistema de gestión.
- Identificar las áreas en las que la organización puede tener mejoras potenciales del sistema de gestión.

#### Objetivos de la fase 1:

- Revisar la información documentada del sistema de gestión de la organización.
- Revisar 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.
- 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.
- Recopilar la información necesaria correspondiente al alcance del sistema de gestión, que incluye:
  - 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:

- La información y evidencia de la conformidad con todos los requisitos de la norma de sistemas de gestión aplicable u otros documentos normativos.
- La realización de seguimiento, medición, informe y revisión con relación a los objetivos y metas de desempeño clave.
- 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.
- El control operacional de los procesos de la organización.
- Las auditorías internas y la revisión por la dirección.
- La responsabilidad de la dirección en relación con las políticas de la organización.
- 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.
- Para sistemas de gestión de seguridad y salud en el trabajo confirmar que todos los peligros identificados como significantes son controlados dentro del sistema de gestión.
- 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 logro 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 (o áreas de Preocupación identificadas en Fase 1) inmediatamente anteriores son: N/A

Verificación del ciclo completo previo de informes de Auditoría de Bureau Veritas Certificación: Inicio de ciclo, por adición de sitio

Insumos básicos y planificación inicial:  
 (Actividades/locaciones/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)

Alcance: GESTIÓN DE INGRESO DEL ESTUDIANTE, PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE EDUCACIÓN CONTINUA, GESTIÓN DE RECURSOS BIBLIOGRÁFICOS, BIENESTAR UNIVERSITARIO Y GESTIÓN DEL EGRESADO.  
 SEDE CUCUTA- Adición de sitio.  
 Avenida 3 N° 13 - 34 Barrio La Playa – Cúcuta.  
 No se declara no aplicabilidad  
 Procesos auditados: Direccinamiento 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 y Gestión del egresado)  
 Infraestructura  
 GF - Compras y suministros  
 Gestión de recursos bibliográficos  
 Talento Humano  
 El plan de auditoría de cumplió según lo planificado

Personas Claves Entrevistadas / Involucradas	
Nombre y Apellido	Departamento / Proceso
Andrea Rodríguez	Coordinadora de Calidad
Yolanda Gallardo	Directora General sede Cúcuta
José Barrera	Coordinador de planeación
Andrea Rodríguez	Coordinadora de Calidad
Ingrid Chaparro	jefe de SIG

Carlos René Angarita	jefe de sistema de información
David Mojica	auxiliar de soporte técnico
Oscar Daniel Restrepo	Coordinado de soporte
Ximena Jaimes Castellanos	profesional de comunicaciones- Coord. Encargada.
Camilo Bustamante	jefe de infraestructura.
Leydi Maritza	Meriño, Coordinadora de compras.
Dary Medina	Coordinador del área de desarrollo humano
Angy Villamizar	auxiliar administrativa de bienestar Luz
Luz Karime Leal Leal	Coordinadora del área de salud integral
Cesar Ibarra	Coordinador de deportes
EDEN FRANCOIS Barrera	coordinador del área de expresiones culturales.
Amaira Guerrero Ramírez	Coordinadora de educación continua.
Milena Paredes	Coordinador institucional de egresados.
Luz Edilma Moreno	Jefe de ingreso, graduación, archico.
Claudia Beaz	jefe de biblioteca.
Belcy Botello Bautista	jefe de talento humano
María Fernanda Vera	Coordinadora de selección y desarrollo humano.

#### 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 en sitio 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.

<p>Adecuación de la documentación del sistema de gestión:</p>	<p>La adecuación de la documentación se validó con las siguientes muestras; entre otros.  El alcance del SGC Sistema de Gestión de la calidad de la organización se mantiene como información documentada en el manual de calidad Cód. OT-SI-01-GC V 11 fecha: 30-11-2022  Se puede evidenciar que la universidad determina las partes interesadas que son pertinentes al SGC.  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.  La empresa establece su política de la calidad. Cód. GE-F-003  Se observa que la organización determina los riesgos y oportunidades por medio de la MATRIZ DE IDENTIFICACION DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES Código: F-DE-04-RG V5 fecha: 18-10-2023  La organización mantiene como información documentada los objetivos del SGC.  La organización mantiene información documentada para el control de la misma por medio del "procedimiento para el control de la información documentada" Cód. P-SI-01-GC V 18 17-08-2023  La organización mantiene información documentada para realización las auditorías internas del Sistema de gestión de la calidad por medio del procedimiento de auditorías internas Cód. P-SI-05-GC V 11 fecha: 27-08-2023  La organización mantiene información documentada para el tratamiento de no conformidades y de acciones correctivas por medio del "procedimiento acciones correctivas, preventiva y de mejora" Cód. P-SI-03-GC V 8 fecha: 30-11-2022</p>
<p>Validación de alcance:</p>	<p>El alcance del SGC Sistema de Gestión de la calidad de la organización se mantiene como información documentada en el manual de calidad Cód. OT-SI-01-GC V 11 fecha: 30-11-2022  Alcance: GESTIÓN DE INGRESO DEL ESTUDIANTE, PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE EDUCACIÓN CONTINUA, GESTIÓN DE RECURSOS BIBLIOGRÁFICOS, BIENESTAR UNIVERSITARIO Y GESTIÓN DEL EGRESADO.  SEDE CUCUTA  Avenida 3 N° 13 - 34 Barrio La Playa – Cúcuta.  No se declara no aplicabilidad BIENESTAR UNIVERSITARIO.  Se valida desde el proceso PEI (proyecto educativo institucional, 2019).  Política de bienestar universitario  Reglamento de bienestar universitario  Reglamento de estudiante  Reglamento disciplinario  Reglamento de ayudas educativas  Programas de bienestar:  5 áreas  Desarrollo humano  Salud integral  Actividad física, deporte y recreación  Expresión cultural y artística  Permanencia y desarrollo estudiantil  De cada una de las anteriores áreas se desarrollan programas y proyectos.  De los diferentes programas por áreas se toma como muestra:  Área: Desarrollo humano  Programa: Educación superior inclusiva  Proyecto: igualdad y equidad de género.  Se valida que la organización cuenta con un cronograma de BIE 2023-2  Se da inicio con la caracterización, para identificar la población.  Actividades que se llevaron a cabo.  Campaña de sensibilización "des limitate e inclúyete" Periodo: 2023-2</p>

<p>Continua Validación de alcance:</p>	<p>Administraciones de solicitudes de admisiones  Fecha de inicio: 02-10-2023  Fecha fin: 30 de nov 2023  Registro hasta el 30 de nov 2023- 659  Cód, del estudiante inscrito validado 202412728976  Inscrito para multimedia  Fecha de inscripción: 2023-11-28  Periodo: 2024-1  Programa: ingeniería de multimedia  Se toma como muestra de estudiante matriculado a DANIEL EDUARDO MONTES.  Periodo: 2023-2  Semestre 1  Fecha de matrícula: 22 agosto 2023  N de matrícula: 147298  Municipio San José de Cúcuta.  Programa de ingeniería industrial.  Se observa que la institución cuenta con las matriculas abiertas para el periodo 2024-1.  Se valida desde la página web.  Se cuenta con certificado de inscripción V 1.0  Fecha de inscripción: 2023-06-27  Periodo: 2023-2  N de inscripción: 27859  N de volante: 62878131  Programa: 111550- Fisioterapia  GESTIÓN DE RECURSOS BIBLIOGRÁFICOS  Se hace recorrido en la biblioteca ANITA BOLÍVAR DE CONSUEGRA, donde se evidencia que se clasifican por áreas de conocimiento, clasificación Dewey.  Se observa una biblioteca organizada y en buen estado  e cuenta con listado del recurso bibliográfico sugerido para compras  F-ME-02-RB V 2  Sugerido por: Eduardo Adalberto Lemus</p>
<p>No Aplicabilidad de Requisitos (Justificación):</p>	<p>No se declara no aplicabilidad</p>
<p>Nivel de Integración: (En caso de una auditoria de sistemas de gestión integrado)</p>	<p>N/A</p>
<p>Cumplimiento de los compromisos de la Política y Objetivos:</p>	<p>Se observa que la organización ha cumplido las metas propuestas en sus objetivos, a los cuales se le hace seguimiento por medio de indicadores, de igual forma se logra ver coherencia entre la política y los objetivos.</p>
<p><b>Uso de tecnología de la información y comunicación (TIC) para fines de auditoría/evaluación</b></p>	
<p>Las TIC utilizadas durante el ejercicio de auditoria fueron eficaces y efectivas:</p>	<p>NA</p>
<p>Comentarios:</p>	<p>La actividad se llevó a cabo completamente presencial</p>

**Descripción de la conformidad y capacidad del sistema de gestión:**

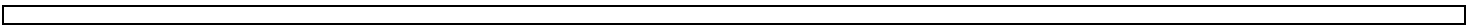
<p>General: (Descripción general de la Organización, de su contexto y de las acciones para abordar los riesgos y oportunidades, también debe mencionar los sitios y locaciones cubiertos en la auditoría)</p>	<p>La universidad simón bolívar es una institución de educación superior la cual cuenta con dos sedes, la principal en la ciudad de Barranquilla y otra sede en la ciudad de Cúcuta, la cual está siendo auditada. Se puede evidenciar que la universidad determina las partes interesadas que son pertinentes al SGC. Donde se identificaron las siguientes partes interesadas: Egresados Entes certificadores Estudiantes Profesores Administrativos Sala general Rectoría y vice rectoría MEN y demás entidades del SACES Entre otros. Se valida que se hace clasificación de los grupos de interés. La organización determina: las necesidades y expectativas pertinentes de estas partes interesadas. Se tiene definido hacer seguimiento a las partes interesadas cada 2 años. Se observa que la organización determina los riesgos y oportunidades por medio de la MATRIZ DE IDENTIFICACION DE RIESGOS Código: F-DE-04 RG V 5 fecha: 17-18-2023. La organización determina los riesgos teniendo en cuenta: el contexto y las partes interesadas. Se valida el análisis del contexto para la sede Cúcuta, donde se tuvo en cuenta: Sistema Moda Construcción Industria Agroindustrial Turismo Minero energético</p>
<p>Gestión del cambio en el Sistema de gestión</p>	<p>La organización determina la necesidad de cambios en el sistema de gestión de la calidad y lleva control del mismo por medio del manual 1 corporativo capítulo 8 de agosto 2021. Se cuenta con gestión del cambio para la adición de sitio.</p>
<p>Gestión de las quejas y reclamos de la empresa auditada</p>	<p>No se evidenciaron quejas o reclamos de parte del cliente. Resultado de la encuesta de satisfacción aplicada a los usuarios 98% Periodo: III periodo del 2023</p>
<p>Planificación:</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. Se hace revisión de los siguientes procesos: Direccionamiento 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 y Gestión del egresado) Infraestructura GF - Compras y suministros Gestión de recursos bibliográficos Talento Humano La empresa establece acuerdo de sala 03 2023. • Apropiada al propósito y contexto de la organización y apoya la DE: Cumple • Marco de referencia para el establecimiento de los objetivos de la calidad: Cumple • Compromiso de cumplir los requisitos legales aplicables: Cumple • Compromiso con MC: Cumple • Disponible a partes interesadas: Cumple. Publicada en por medios web Publicada en las instalaciones administrativas.</p>
<p>Continúa planificación:</p>	<p>La organización mantiene como información documentada los objetivos del SGC. Se valida seguimiento a los objetivos por medio de indicadores de gestión. La organización mantiene información documentada para el control de la misma por medio del "procedimiento para el control de la información documentada" P-SI-01 GC. El cual describe los lineamientos para conservar, controlar la distribución, la aprobación y actualización de los documentos. Se logra evidenciar que la organización tiene definido un listado maestro de información documentada interno y de origen externo. De acuerdo con la revisión realizada en la auditoría se logró evidenciar que la organización mantiene y conserva su información documentada de acuerdo con lo descrito en el procedimiento para la información documentada. La organización mantiene información documentada para realización las auditorías internas del Sistema de gestión de la calidad por medio del procedimiento de auditorías internas Cód. P-SI-05-GC 11 vigencia 27-08-2023 Se evidencia que la organización planifica auditorías internas de forma anual. Se cuenta con informe de auditoría interna Cód. F-SI-14--GC-V 3 20-08-2020 Fecha de auditoría: julio 24 al 25 de agosto 2023 La organización determina la necesidad de cambios en el sistema de gestión de la calidad y lleva control del mismo por medio del procedimiento P-SI-07-GC V 5 vigente 17-08-2023 Se cuenta con gestión del cambio para la adición de sitio.</p>
<p>Implementación y operación:</p>	<p>La adecuación de la documentación se validó con las siguientes muestras; entre otros. El alcance del SGC Sistema de Gestión de la calidad de la organización se mantiene como información documentada en el manual de calidad Cód. OT-SI-01-GC V 11 fecha: 30-11-2022 Se puede evidenciar que la universidad determina las partes interesadas que son pertinentes al SGC. Anexo 1 al manual de calidad V 3 12-05-2023 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. La empresa establece su política de la calidad. Cód. GE-F-003 Se observa que la organización determina los riesgos y oportunidades por medio de la MATRIZ DE IDENTIFICACION DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES Código: F-DE-04-RG. La organización mantiene como información documentada los objetivos del SGC. La organización mantiene información documentada para el control de la misma por medio del "procedimiento para el control de la información documentada" P-SI-01-GC La organización mantiene información documentada para realización las auditorías internas del Sistema de gestión de la calidad por medio del procedimiento de auditorías internas Cód. P-SI-05-GC V 11 vigente 27-08-2023 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-V8 09-08-2023</p>

<p>Continúa implementación y operación:</p>	<p>Administraciones de solicitudes de admisiones  Fecha de inicio: 02-10-2023  Fecha fin: 30 de nov 2023  Registro hasta el 30 de nov 2023- 659  Cód, del estudiante inscrito validado 202412728976  Inscrito para multimedia  Fecha de inscripción: 2023-11-28  Periodo: 2024-1  Programa: ingeniería de multimedia  Se toma como muestra de estudiante matriculado a DANIEL EDUARDO MONTES.  Periodo: 2023-2  Semestre 1  Fecha de matrícula: 22 agosto 2023  N de matrícula: 147298  Municipio San José de Cúcuta.  Programa de ingeniería industrial.  Se observa que la institución cuenta con las matriculas abiertas para el periodo 2024-1.  Se valida desde la página web.  Se cuenta con certificado de inscripción V 1.0  Fecha de inscripción: 2023-06-27  Periodo: 2023-2  N de inscripción: 27859  N de volante: 62878131  Programa: 111550- Fisioterapia  GESTIÓN DE RECURSOS BIBLIOGRÁFICOS  Se hace recorrido en la biblioteca ANITA BOLÍVAR DE CONSUEGRA, donde se evidencia que se clasifican por áreas de conocimiento, clasificación Dewey.  Se observa una biblioteca organizada y en buen estado  e cuenta con listado del recurso bibliográfico sugerido para compras  F-ME-02-RB V 2  Sugerido por: Eduardo Adalberto Lemus</p>
<p>Seguimiento y medición:</p>	<p>La organización mantiene como información documentada los objetivos del SGC.  Se valida seguimiento a los objetivos por medio de indicadores de gestión.  Indicadores:  Atención de solicitudes (soporte)  Atención de solicitudes (redes)  Oportunidad en atención  Mantenimiento preventivo  Se valida el cumplimiento de los indicadores.  Indicadores.  Nombre: producción y difusión institucional  Meta: 90%  Seguimiento trimestral  15 boletines de prensa enviados, hasta septiembre.  Resultado: 100%  Nombre: atención de solicitud de voceros  Meta: 90%  Seguimiento trimestral  Resultado: 100%  Nombre: actualización de medio internos  Meta: 90%  Seguimiento trimestral  Resultado: 100%  Resultado de la encuesta de satisfacción aplicada a los usuarios  98%  Periodo: III periodo del 2023</p>
<p>Continúa seguimiento y medición:</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 Cód. P-SI-05-GC V 11 vigente 27-08-2023  Se evidencia que la organización planifica auditorías internas de forma anual.  Se cuenta con informe de auditoria interna Cód. F-SI-14-GC V 3 20-08-2020  Fecha de auditoria: octubre del 2023  La organización mantiene información documentada para el tratamiento de no conformidades y de acciones correctivas por medio del "procedimiento acción de mejora" Cód. P-SI-03-GC- V 8 09-08-2023  Se toma como muestra las no conformidades presentadas en la auditoria interna; se evidencia análisis de causas, riesgos y oportunidades y cierre de las mismas.</p>
<p>Mejora:</p>	<p>La organización mantiene información documentada para el tratamiento de no conformidades y de acciones correctivas por medio del "procedimiento de acción de mejora" Cód. P-SI-03-GC V 8 09-08-2023.  Se toma como muestra las no conformidades presentadas en la auditoria interna; se evidencia análisis de causas, riesgos y oportunidades y cierre de las mismas.  Se observa que la organización revisa a intervalos planificados el SGC por medio de la revisión por la dirección.  Se tiene informe de la revisión por la dirección F-DE-PE V 3 fecha: 24-06-2020  Fecha de realización: 12 y 13 -04-2023  Se validan que todas las entradas de la norma se tuvieron en cuenta.  Resultados de la revisión por la dirección, entre otros.  Revisar el riesgo institucional de manejo de la información  Generar IGAR específico para el proceso de PE sede Cúcuta  Realizar la evaluación del servicio prestado una vez termina la prestación del mismo</p>

Áreas de preocupación Fase 1:	N/A
Conclusiones fase 1 (Seleccionar de la lista desplegable):	
Recomendación de Fase 1:	Sobre la base de la auditoría de Etapa 1 realizada y la evaluación de su nivel de preparación, el equipo auditor opina que la organización puede:
<b>Fortalezas</b>	
Compromiso gerencial	
Infraestructura física- laboratorios	
Trazabilidad de la información.	
Desarrollo y seguimiento del PED (plan estratégico de desarrollo)	
infraestructura bibliográfica.	







NOTA	<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. Todos los servicios ofrecidos bajo la Acreditación UKAS son realizados bajo el control de gestión de Bureau Veritas Certificación Holding SAS - Sede Reino Unido.</p> <p>Todos los servicios ofrecidos bajo la Acreditación ONAC son realizados bajo el control de gestión de BVQI Colombia Ltda.</p>
NO CONFORMIDADES	<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>b. Contenido 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><u>Corrección</u></p> <p>Asegurarse de que la corrección responda 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><u>Análisis de Causa Raíz</u></p> <p>Asegúrese de que la causa raíz responda la pregunta "¿Qué aspecto del sistema tuvo que fallar para que el problema ocurra?".</p> <p><u>Acción Correctiva</u></p> <p>1. La acción correctiva o el plan de acción correctivo tratan la/s causa/s raíz/raíces determinada/s en el análisis de causa raíz. De no haber definido una verdadera causa raíz no podrá prevenir la repetición del problema.</p> <p>2. Para poder ser aceptado, el plan debe incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- acciones para tratar la o las causas raíz.</li> <li>- identificación de los responsable por las acciones</li> <li>- un cronograma (con fechas) para su implementación</li> <li>- siempre debe incluir un "cambio" en el sistema. Capacitación y/o la publicación de un boletín, generalmente no son cambios en el sistema.</li> </ul>
Oportunidades de mejora:	No se presentaron

<p>Uso del Logo:</p>	<p>El equipo de auditoría explicó a la organización durante la reunión de cierre de la auditoría, información pertinente a la política y las pautas de Bureau Veritas para el uso de la marca de certificación BVC. El equipo auditor verificó el uso por parte de la organización del logotipo BVC de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> El logo se utiliza en equipos de exhibición y pantallas de la empresa.</li> <li><input type="checkbox"/> El logo se utiliza en Material POP (Siempre acompañado por el logo de la empresa certificada).</li> <li><input type="checkbox"/> El logo se utiliza en cotizaciones y recibos.</li> <li><input type="checkbox"/> El logo se utiliza en vehículos de la empresa como camiones y vans</li> <li><input type="checkbox"/> El logo se utiliza en publicidad corporativa, sitios web, firmas de correo electrónico y redes sociales.</li> <li><input type="checkbox"/> El logo se utiliza en publicidad estática (Brochures, Folletos, señales de la empresa y banderas).</li> <li><input type="checkbox"/> El logo se utiliza en prendas de Vestir (Dotación, incluyendo el número del certificado).</li> <li><input type="checkbox"/> El logo se utiliza en Papel Membrete de la empresa.</li> <li><input type="checkbox"/> El logo se utiliza en Documentación del Sistema de Gestión certificado.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> El logo se utiliza en Informes de inspección, laboratorio o calibración. Certificados E.J: Certificados de labores o trabajo, certificados de ensayos, certificados de calibración, certificados de competencias, certificados de aprobación de productos, conceptos técnicos, etc. o cualquier documento que evidencie evaluación, conformidad o aprobación.</li> <li><input type="checkbox"/> El logo se utiliza en Contratos y/o Facturas.</li> <li><input type="checkbox"/> El logo se utiliza sobre el producto, etiqueta, empaque, manual o ficha técnica de producto</li> <li><input type="checkbox"/> El logo se utiliza en Tiquetes o boleterías de juegos de azar y/o similares.</li> <li><input type="checkbox"/> El logo se utiliza en Documentación Legal (decretos, resoluciones, etc).</li> <li><input type="checkbox"/> El logo se utiliza en Placas y Trofeos.</li> <li><input type="checkbox"/> La Organización no ha hecho uso de los logos de Organismos de acreditación.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> El uso del logo, según lo evaluado previamente se observa en concordancia con el Manual de Uso de la Marca Bureau Veritas Certification.</li> <li><input type="checkbox"/> El equipo auditor detectó casos de uso indebido del logotipo de BV y los notificó a la organización; también se planteó como una no conformidad sobre el uso del logotipo.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> No Aplica. La organización no hace uso de la Marca de Certificación Bureau Veritas.</li> </ul>
<p>Comentarios adicionales sobre uso del logo</p>	<p>La sede cúcuta no está utilizando el logo</p>

Incertidumbre / 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"> <li>• 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,</li> <li>• La Organización ha demostrado la efectiva implantación y mantenimiento / mejora de su Sistema de Gestión.</li> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> <li>• A través del proceso de auditoría, se ha demostrado la total conformidad del Sistema de Gestión con los requisitos de la norma auditada.</li> </ul>
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 (Seleccione del listado desplegable):</p>
ISO.9001.2015	Tramitada
0	
0	
0	
0	
<i>Este informe es confidencial y su distribución está limitada al equipo auditor, la propia Organización y la oficina de BV Certificación</i>	