



Somos **calidad**,
somos **competitividad**,
somos **confianza**.



F-PS-293
Versión 09

Página 2 de 25

Este informe es propiedad de ICONTEC y se comunicará después de la auditoría únicamente a la Organización y no será divulgado a terceros sin autorización de la Organización



iconotec

Huella de confianza.

icontec.org

INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMAS DE GESTIÓN

1. INFORMACIÓN GENERAL

1.1. ORGANIZACIÓN

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL

1.2. SITIO WEB: <http://www.pedagogica.edu.co/>

1.3 LOCALIZACIÓN DEL SITIO PERMANENTE PRINCIPAL:

ISO 9001:2015:

ISO 9001:2015 - SC-CER279814

#Sitios permanentes adicionales	Número de certificado	Sedes y direcciones de los sitios permanentes	Localización (Ciudad-País)	Actividades del alcance del sistema de gestión, desarrollados en este sitio
1	SC-CER279814	Calle 72 No. 11 - 86	Bogotá D.C., Cundinamarca, Colombia	Diseño y prestación del servicio de educación superior en programas de pregrado y posgrado en el área de ciencias de la educación; investigación educativa, pedagógica y didáctica y en el desarrollo de la extensión y la proyección social a través de actividades de asesoría, consultoría y educación continuada.

1.3.1 LOCALIZACIÓN OTROS SITIO PERMANENTES:

ISO 9001:2015:

ISO 9001:2015 - SC-CER279814

#Sitios permanentes adicionales	Número de certificado	Sedes y direcciones de los sitios permanentes	Localización (Ciudad-País)	Actividades del alcance del sistema de gestión, desarrollados en este sitio
1	SC-CER279814	Carrera 16 A No. 79 – 08	Bogotá D.C., Cundinamarca, Colombia	Diseño y prestación del servicio de educación superior en programas de pregrado y posgrado en el área de ciencias de la educación; investigación educativa, pedagógica y didáctica y en el desarrollo de la extensión y la proyección social a través de actividades de asesoría, consultoría y educación continuada.
2	SC-CER279814	Calle 78 No. 9 - 92	Bogotá D.C., Cundinamarca, Colombia	Diseño y prestación del servicio de educación superior en programas de pregrado y posgrado en el área de ciencias de la educación; investigación educativa, pedagógica y didáctica y en el desarrollo de la extensión y la proyección social a través de actividades de asesoría, consultoría y

				educación continuada.
3	SC-CER279814	Valmaría Calle 183 – 54 D Esquina	Bogotá D.C., Cundinamarca, Colombia	Diseño y prestación del servicio de educación superior en programas de pregrado y posgrado en el área de ciencias de la educación; investigación educativa, pedagógica y didáctica y en el desarrollo de la extensión y la proyección social a través de actividades de asesoría, consultoría y educación continuada.

1.4. ALCANCE DE LA CERTIFICACIÓN:

ISO 9001:2015 - SC-CER279814

Diseño y prestación del servicio de educación superior en programas de pregrado y posgrado en el área de ciencias de la educación; investigación educativa, pedagógica y didáctica y en el desarrollo de la extensión y la proyección social a través de actividades de asesoría, consultoría y educación continuada.
Design and provision of the higher education service in undergraduate and graduate programs in the area of education sciences; educational, pedagogical and didactic research and in the development of extension and social projection through advisory, consulting and continuing education activities.

1.5. CÓDIGO IAF: 37 , CS 37-0

1.6. REQUISITOS DE SISTEMA DE GESTIÓN: ISO 9001:2015

1.7. REPRESENTANTE DE LA ORGANIZACIÓN:

Nombre:	SAIDA ANDREA GAITAN RUIZ
Cargo:	JEFE OFICINA DE DESARROLLO Y PLANEACION
Correo electrónico:	sagaitanr@pedagogica.edu.co

1.8. TIPO DE AUDITORÍA:

Seguimiento 2

Es organización multisitio:	SI
Auditoría Integral: No,	X
Auditoría Combinada: No	

1.9. Tiempo de auditoría	FECHA	Días de auditoría
Etapa 1 (Si aplica)	NA	
Preparación de la auditoría y elaboración del plan	2024-09-30	0.5
Auditoría remota	NA	
Auditoría en sitio	2024-10-07/10	3.5

1.10. EQUIPO AUDITOR

Auditor líder	DAVID BARAHONA PAIPILLA
---------------	-------------------------

	Coordinador Lider ISO 9001:2015
Auditor	N/A
Experto Técnico	N/A
Observador	N/A

1.11. DATOS DEL CERTIFICADO DE SISTEMA DE GESTIÓN

Código asignado por ICONTEC	SC-CER279814
Fecha de aprobación inicial	2013-11-20
Fecha de próximo vencimiento:	2025-11-19

2. OBJETIVOS DE LA AUDITORÍA

- 2.1. Determinar la conformidad del sistema de gestión con los requisitos de la norma de sistema de gestión.
- 2.2. Determinar la capacidad del sistema de gestión para asegurar que la Organización cumple los requisitos legales, reglamentarios y contractuales aplicables en el alcance del sistema de gestión y a la norma de requisitos de gestión
- 2.3. Determinar la eficacia del sistema de gestión para asegurar que la Organización puede tener expectativas razonables con relación al cumplimiento de los objetivos especificados.
- 2.4. Identificar áreas de mejora potencial del sistema de gestión.

3. ACTIVIDADES DESARROLLADAS

- 3.1. Los criterios de la auditoría incluyen la norma de requisitos de sistema de gestión, la información documentada del sistema de gestión establecida por la organización para cumplir los requisitos de la norma, otros requisitos aplicables que la organización suscriba y documentos de origen externo aplicables.
- 3.2. El alcance de la auditoría, las unidades organizacionales o procesos auditados se relacionan en el plan de auditoría, que hace parte de este informe.
- 3.3. La auditoría se realizó por toma de muestra de evidencias de las actividades y resultados de la Organización y por ello tiene asociada la incertidumbre, por no ser posible verificar toda la información documentada.
- 3.4. Se verificó la capacidad de cumplimiento de los requisitos legales o reglamentarios aplicables en el alcance del sistema de gestión, establecidos mediante su identificación, la planificación de su cumplimiento, la implementación y la verificación por parte de la Organización de su cumplimiento.
- 3.5. El equipo auditor manejó la información suministrada por la Organización en forma confidencial y la retornó a la Organización, en forma física o eliminó la entregada en otro medio, solicitada antes y durante el proceso de auditoría.
- 3.6. Al haberse ejecutado la auditoría de acuerdo con lo establecido en el plan de auditoría, se cumplieron los objetivos de ésta.

3.7. ¿Se evidenciaron las acciones tomadas por la Organización para solucionar las áreas de preocupación, reportadas en el informe de la Etapa 1?

NA

3.8. Si se aplicó toma de muestra de múltiples sitios.

Si

El día 2024-10-08 se visitó la sede calle 78 No 9 - 92 Bogotá.

El día 2024-10-09 se visitó la sede calle 183 – 54 D Esquina Bogotá.

3.9. ¿En el caso del Sistema de Gestión auditado están justificados los requisitos no aplicables acordes con lo requerido por el respectivo referencial?

Si

7.1.5.2 Trazabilidad de las mediciones, puesto que, para la prestación del servicio educativo y seguimiento, no se emplean equipos que requieran calibración o verificación.

3.10. ¿Se auditaron actividades en sitios temporales o fuera del sitio de acuerdo al listado de contratos o proyectos entregado por la Organización?

NA

3.11. Es una auditoría de ampliación o reducción de alcance de certificación o de cubrimiento de sitios permanentes

No

A pesar que la organización no reportó ampliación y/o reducción de sedes en el numeral relacionada a cambios significativos de la organización se relaciona las novedades de sede para que en la próxima auditoría se realicen las ampliaciones y reducciones pertinentes.

3.12. ¿En el caso de los esquemas en los que es aplicable el requisito de diseño y desarrollo del producto o servicio (Por ejemplo, el numeral 8.3, de la norma ISO 9001:2015), este se incluye en el alcance del certificado?

Si

Se evalúa cambios en los contenidos programáticos de la Maestría Enseñanza de Lenguas Extranjeras.

3.13. ¿Existen requisitos legales para el funcionamiento u operación de la Organización o los proyectos que realiza, por ejemplo, habilitación, registro sanitario, licencia de funcionamiento, licencia de construcción, licencia o permisos ambientales en los que la Organización sea responsable?

Si

3.14. ¿Se evidencian cambios significativos en la Organización, desde la anterior auditoría, por ejemplo, relacionados con alta dirección, estructura organizacional, sitios permanentes bajo el alcance de la certificación, cambios en el alcance de la certificación diferentes a ampliación o reducción, entre otros?

Si

Se presento cambio de rector el 29/04/2024:

- Anterior Rector: Adolfo León Atehortua Cruz (encargado).
- Actual Rector: Helberth Augusto Choachí González

Actualmente la Institución se encuentra en proceso de cambios de sitio con el fin de asegurar de forma administrativa la asignación y disponibilidad de instalaciones para la prestación del servicio. Producto de ello se relaciona a continuación la distribución de sedes que tiene actualmente la Institución:

DIRECCIÓN	PROCESOS
Calle 72 No. 11 - 86	Docencia (3 facultades) gestión bibliográfica, gestión de servicios y bienestar universitario.
Calle 72 No. 12 - 77	Adminstrones y registro, archivo general y sistema de seguridad en el trabajo, sistemas, personal, investigación, Gestión Universitaria, Extensión, Administrativo y Financiero, comunicaciones, Gestión Docente, Relaciones Interinstitucionales, jurídica, Control Interno, Secretaría General, Aseguramiento de la Calidad.
Valmaría Calle 183 – 54 D Esquina	Facultad Educación Física
Nogal Calle 78 No. 09 - 92	Facultad Bellas Artes
Calle 79 No. 16 – 32	Centro de Lenguas (extensión)
Carera 9 No. 70 - 69	Posgrados
SITIO A REDUCIR: Carrera 16 A No. 79 – 08	

3.15. ¿La organización consideró las cuestiones relativas al cambio climático dentro de la planificación del sistema de gestión?

Si

DOFA Académico: se tiene identificado como amenaza el cambio climático que puede insificar las presiones al uso de recursos naturales dificultando la realización de las actividades académicas y administrativas.

3.16. ¿Si la organización realiza actividades del alcance en turnos nocturnos que no pueden ser visitadas en el turno diurno, estas fueron auditadas en esta auditoría?

No

3.17. ¿Se tienen actividades, productos y servicios declarados en el alcance del certificado que han sido tercerizados con proveedores o contratistas?

Si

3.17. ¿En caso afirmativo, se encontraron controlados los proveedores o contratistas de estas actividades, productos y servicios?

Si

Actividades, productos y servicios incluidos en el alcance de certificación que son subcontratados:	Proveedor/Contratista:	Requisito legal para el funcionamiento u operación (en caso de ser aplicable)
Prestación de servicio de vigilancia	Unión Temporal SCL22	Los relacionados de manera
Aseo y cafetería	Serviaseo S.A.	

Transporte (salidas académicas)	Transcoltur S.A.S	contractual con la Universidad
---------------------------------	-------------------	--------------------------------

3.18. ¿Se presentaron, durante la auditoría, cambios que hayan impedido cumplir con el plan de auditoría inicialmente acordado con la Organización?

No

3.19. ¿Existen aspectos o resultados significativos de esta auditoría, que incidan en el programa de auditoría del ciclo de certificación?

Si

El seguimiento a la visita de secretaría de salud a las instalaciones de la universidad y los cambios relacionados con las sedes.

3.20. ¿Quedaron puntos no resueltos en los casos en los cuales se presentaron diferencias de opinión sobre las NC identificadas durante la auditoría?

No

3.21. ¿Aplica reactivación para este servicio?

No

3.22. Se verificó si la Organización implementó o no, el plan de acción establecido para solucionar las no conformidades menores pendientes de la auditoría anterior de ICONTEC y si fueron eficaces.

Si

NC	Descripción de la no conformidad (se relaciona el numeral de la norma y la evidencia del incumplimiento)	Evidencia obtenida que soporta la solución	¿Fue eficaz la acción? Si/No
1	6.1.2 b) La Universidad no evidencia la manera de integrar e implementar las acciones en los procesos del SGC para evaluar la eficacia de estas acciones sobre los riesgos y oportunidades identificados. Evidencia: Matriz de Riesgos de la Universidad	En la platorfa de Isolución se realizo una parametrización de los riesgos por procesos bajo al a metodología del DAFP, el cual se completó la información relacionada con la valoración del riesgo inherente, controle sy riesgo residual. Todavía se encuentr en proceso de finalización de algunos procesos. Respecto a la soportunidades se tiene documentadas como oportunidades mejora relacionadas en el sistema Isolución.	Si
2	5.1.2 b) La Universidad no ha determinado y se considerado las oportunidades que pueden aportar la conformidad de los productos y servicios y la capacidad de aumentar la satisfacción del cliente.	Se definió una guía para la realización de encuestas mediante la “guía para la elaboración de encuestas de satisfacción” para dar un lineamiento respecto a la percepción d ela satisfacción d ela comunidad educativa.	Si

	Evidencia: Falta de evidencia.	Producto de la consolidación de resultados se generan informes de seguimiento y control para identificar y documentar las oportunidades de mejora respectivos.	
--	-----------------------------------	--	--

3.23. Esta auditoría fue testificada por el Organismo de acreditación

No

4. HALLAZGOS DE LA AUDITORÍA

Como resultado de la auditoría, el equipo auditor declara la conformidad y eficacia del sistema de gestión auditado basados en el muestreo realizado. A continuación, se hace relación de los hallazgos de auditoría.

4.1. Hallazgos que apoyan la conformidad del sistema de gestión con los requisitos.

- El plan rectoral como marco de referencia y gestión de la nueva rectoría para el cumplimiento de propósitos alineados al plan de desarrollo institucional.
- El modelo de profesionalización que con base en los convenios que cuenta actualmente la Universidad, les permite a las personas que han desarrollado destrezas en los campos artísticos y culturales lograr obtener el título de pregrado en menor tiempo que el establecido de manera institucional.
- El beneficio de gratuidad para el proceso de inscripción en los niveles de pregrado y posgrado excepto doctorado para incentivar el proceso de admisión de jóvenes a la Universidad.
- Las instalaciones de la sede Valmaría la cual está dotada con espacios amplios y cómodos para el desarrollo de actividades académicas y de recreación para la comunidad Universitaria.

4.2. Oportunidades de mejora

PLANEACIÓN ESTRATÉGICA

- Revisar y armonizar el DOFA de la Institución con el plan estratégico, de manera que se pueda articular las cuestiones internas y externas que afectan a la organización para el cumplimiento de sus propósitos.

- Es conveniente fortalecer la matriz de necesidades y expectativas de las partes interesadas, para que se pueda asegurar el seguimiento al cumplimiento de las necesidades y evaluación de las expectativas.
- Para el fortalecimiento del informe de la dirección es necesario:
 - Fortalecer el análisis de cambios en las cuestiones internas y externas de manera que articule los resultados del dofa con los resultados de gestión.
 - Incluir los resultados de retroalimentación de las partes interesadas pertinentes.
 - Fortalecer los análisis relacionados con el desempeño de los procesos que permita identificar las novedades presentadas aquellos que se hayan sucedido. Incluir los resultados relacionados con la conformidad del servicio.

GESTIÓN DE CALIDAD

- Referenciar los riesgos provenientes del contexto de la organización y/o comprensión de las partes interesadas para una mayor trazabilidad.
- Hacer seguimiento la matriz de riesgo de manera que asegure la completitud en la revisión de los controles existentes.
- Es conveniente continuar con el proceso de evaluación de la eficacia de las acciones derivadas de los riesgos, de manera que se vea reflejado en el fortalecimiento de los controles.
- Realizar una revisión de las oportunidades establecidas para la gestión, de manera que la implementación de las acciones estén alineadas al logro de la oportunidad y su aprovechamiento.
- Alinear las acciones de mejora al seguimiento de las expectativas del cliente para asegurar el impacto enfocado en aumentar la satisfacción de las partes interesadas.

TALENTO HUMANO

- Para el fortalecimiento de la planeación de la formación es necesario ponderar las necesidades de formación respecto a su ejecución, de manera que asegure apropiadamente las necesidades de capacitación durante el año.

GESTIÓN DE CONTROL Y EVALUACIÓN

- Para el fortalecimiento de los informes de auditoría interna es conveniente:
 - La redacción en la descripción de las no conformidades en función del impacto que genera su incumplimiento.
 - Revisar la pertinencia de las recomendaciones, con el fin de identificar el valor agregado desde su descripción.
 - Fortalecer los controles documentales que asegure el acceso oportuno de los registros .

ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD EDUCATIVA

- Fortalecer los controles relacionados con la trazabilidad del proceso para garantizar coherencia respecto a las etapas previo al cargue de los programas al SACES.

GESTIÓN DE ADMISIONES Y REGISTRO

- Considerar la medición de la relación de estudiantes matriculados versus los inscritos para el seguimiento a la captación de estudiantes.
- Revisar la medición de los indicadores respecto a las metas establecidas, para hacerlas mas retadoras en el tiempo.
- Fortalecer los controles documentales que asegure el acceso oportuno a los registros .

INTERNACIONALIZACIÓN

- Es conveniente fortalecer los registros que permitan asegurar los requisitos de los aspirantes a movilidad para que sea de fácil acceso y consulta. Establecer un campo de verificación de registros.
- Revisar y depurar las firmas faltantes en las cartas de compromiso por parte de la oficina de internacionalización, de manera que sea insumo para la identificación de salidas no conformes.

GESTIÓN DE BIENESTAR UNIVERSITARIO

- Es conveniente que desde el proceso se asegure la implementación de los controles mínimos requeridos para el funcionamiento del consultorio médico, restaurante al tener servicios en beneficio a la comunidad educativa.

DOCENCIA

- El fortalecimiento al control de la prestación del servicio de manera que asegure la proporción de la totalidad de los contenidos propuestos dentro del programa de formación.
- Respecto al cambio de los diseños curriculares establecer el mecanismo que permita la secuencia de las actividades para asegurar trazabilidad y seguimiento a la gestión para tal fin.

5. INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL DESEMPEÑO Y LA EFICACIA DEL SISTEMA DE GESTIÓN

5.1.1. Incluir las reclamaciones o quejas válidas del cliente en los sistemas de gestión que aplique durante el último año.

Principales quejas o reclamaciones recurrentes	Principal causa	Acciones tomadas
2023: se recibieron en total 41 quejas, 41 reclamos y 3 denuncias.	Las más recurrentes están relacionadas con queja contra coente o funcionario (35) y reporte o queja por demoras, errores o inconformidad en servicios y/o trámites administrativos.	De acuerdo con la normatividad vigente, Ley 1437 de 2011, el plazo máximo es de 15 días hábiles a partir de su recepción, estando a término especial la entrega de documentos y de información para lo

		cual se dispone de 10 días y las consultas a las autoridades en relación con las materias a su cargo para lo cual se dispone de 30 días.
--	--	--

5.1.2. Incluir las solicitudes o comunicaciones de partes interesadas, por ejemplo, para ISO 14001, ISO 45001

NA

5.1.3. Incluir las retiradas de producto del mercado para ISO 9001, NTC 5830, ISO 22000 y FSSC 22000

NA

5.1.4. Incluir la ocurrencia de incidentes (accidentes o emergencias) en los sistemas de gestión que aplique y explique brevemente cómo fueron tratados

NA

5.1.5. En los casos que aplique verificar que la Organización haya informado a ICONTEC durante los plazos especificados en el Reglamento R-PS-007 REGLAMENTO DE LA CERTIFICACIÓN ICONTEC DE SISTEMAS DE GESTIÓN, eventos que hayan afectado el desempeño del sistema de gestión certificado, relacionados con el alcance de certificación que sean de conocimiento público. El auditor verificará las acciones pertinentes tomadas por la Organización para evitar su recurrencia y describirá brevemente cómo fueron atendidas.

NA

5.1.6. ¿Existen quejas de usuarios de la certificación recibidas por ICONTEC durante el último periodo evaluado?

No

5.1.7. ¿Se evidencia la capacidad del sistema de gestión para cumplir los requisitos aplicables y lograr los resultados esperados?

Si

5.1.8. ¿Se concluye que el alcance del sistema de gestión es apropiado frente a los requisitos que la Organización debe cumplir? (consultar E-PS-080 ALCANCE DE CERTIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN)

Si

5.2. Relación de no conformidades detectadas durante el ciclo de certificación.

¿Se evidencia recurrencia de no conformidades detectadas en las auditorías de ICONTEC en el último ciclo de certificación?

Si

Auditoría	Número de no conformidades	Requisitos
Renovación	6	6.1.1, 7.1.6, 7.2 c) y d), 7.5.1 b), 9.1.3 b) c) g), 8.7.1
1ª de seguimiento del ciclo	2	5.1.2 b), 6.1.2 b)
2ª de seguimiento del ciclo	5	7.2, 8.5.1c, 8.1a, 8.2.3.1d, 6.12a
Renovación		

5.3. Análisis del proceso de auditoría interna

Se tiene establecido un ciclo de auditoría interna anual en este caso para el 2023 planificada del 01 de marzo al 24 de noviembre. Se realiza la priorización de procesos tratando de dar cobertura a todos durante el ciclo y los pendientes se planifican para el siguiente ciclo.

Para el 2023 se realizaron 12 auditorías al sistema de gestión el cual se reportaron 16 no conformidades.

El equipo auditor cuenta con la competencia para la realización de auditorías bajo la ISO 9001:2015.

Se verificó enfoque bajo la 19011.

5.4. Análisis de la revisión del sistema por la dirección

Se evidencia informe de la revisión por la dirección realizada en dos momentos diciembre 13 2023 y febrero 5 de 2024. El informe da cobertura de todas las entradas establecidas por la norma. Se evidencia la respectivas salidas enfocadas la mejora del sistema. Se considera una herramienta gerencial que le permite a la rectoría tomar decisiones con base en los resultados.

6. USO DEL CERTIFICADO DE SISTEMA DE GESTIÓN Y DE LA MARCA O LOGO DE LA CERTIFICACIÓN

6.1. ¿El logo o la marca de conformidad de certificación de sistema de gestión de ICONTEC se usa en publicidad (página web, brochure, papelería, facturas, etc...)?

Si

Se verifica uso del logo en la página web, papelería institucional.

6.2. ¿La publicidad realizada por la Organización está de acuerdo con lo establecido en el reglamento R-PS-007 y el Manual de aplicación E-GM-001 USO DE LA MARCA DE CONFORMIDAD DE LA CERTIFICACIÓN ICONTEC PARA SISTEMAS DE GESTIÓN?

Si

6.3. ¿El logo o la marca de conformidad se usa sobre el producto o sobre el empaque o el envase o el embalaje del producto, o de cualquier otra forma que denote conformidad del producto?

No

6.4. ¿Se evidencia la adecuación de la información contenida en el certificado (¿vigencia del certificado, logo de organismo de acreditación, razón social registrada en documentos de existencia y representación legal, direcciones de sitios permanentes cubiertos por la certificación, alcance, etc.?)

Si

7. RESULTADO DE LA REVISIÓN DE LAS CORRECCIONES Y ACCIONES CORRECTIVAS PARA LAS NO CONFORMIDADES MAYORES DETECTADAS EN ESTA AUDITORÍA, MENORES QUE GENERARON COMPLEMENTARIA Y, MENORES DETECTADAS EN ESTA AUDITORÍA QUE POR SOLICITUD DEL CLIENTE FUERON REVISADAS

¿Se presentaron no conformidades mayores?

No.

¿Se presentaron no conformidades menores de la auditoria anterior que no pudieron ser cerradas en esta auditoría?

No.

¿Se presentaron no conformidades menores detectadas en esta auditoría que por solicitud del cliente fueron revisadas durante la complementaria?

No.

Fecha de la verificación complementaria

NA.

NC	Descripción de la no conformidad (se relaciona el numeral de la	Evidencia obtenida que soporta la solución	¿Fue eficaz
----	---	--	-------------

norma y la evidencia del incumplimiento)	la acción?
No conformidades mayores identificadas en esta auditoría	
No conformidades pendientes de la auditoría anterior que no se solucionaron	
No conformidades detectadas en esta auditoría que fueron cerradas	

8. RECOMENDACIÓN DEL EQUIPO AUDITOR DE ACUERDO CON EL R-PS-007

Se recomienda Mantener el alcance del certificado	ISO 9001:2015		
Nombre del auditor líder: DAVID BARAHONA PAIPILLA Coordinador Lider ISO 9001:2015	Fecha:		

9. ANEXOS QUE FORMAN PARTE DEL PRESENTE INFORME

Anexo 1	Correcciones, análisis de causa y acciones correctivas	X
Anexo 2	Información específica de esquemas de certificación de sistema de gestión	NA
Anexo 3	Plan de auditoría F-PS-530 PLAN DE AUDITORIA EN SITIO – SISTEMAS DE GESTIÓN (Adjuntar el plan a este formato y el F-PS-654 FORMATO DE PROYECTOS EJECUTADOS Y EN EJECUCIÓN, cuando aplique)	X
Anexo 4	Aceptación de los resultados de la auditoria firmada por la organización.	X
Anexo 5	Análisis de riesgos de auditorías de sistemas de gestión F-PS-946	NA
Anexo 6	Confirmación de cumplimiento de los objetivos de la auditoria con el uso de las TIC	NA
Anexo 7	Declaración de aplicación (solo para ISO 28001)	NA
Anexo 8	Verificación de riesgos y requisitos para realizar auditorías con la participación de Expertos Técnicos	NA

ANEXO 1 CORRECCIONES, CAUSAS Y ACCIONES CORRECTIVAS

- ✓ Se recibió la propuesta de correcciones, análisis de causas y acciones correctivas para la solución de no conformidades el 2024-10-25 y recibieron observaciones por parte del auditor líder.
- ✓ Las correcciones, análisis de causas y acciones correctivas propuestas por la organización, fueron aceptadas por el auditor líder el 2024-10-25.

SOLICITUD DE ACCIÓN CORRECTIVA		No. 1 de 5
<input type="checkbox"/>	No – Conformidad Mayor	Norma(s): ISO 9001:2015
<input checked="" type="checkbox"/>	No - Conformidad Menor	Requisito(s): 7.2 b
Descripción de la no conformidad: No se evidencia que la organización asegure que las personas sean competentes, basándose en la educación, formación o experiencia apropiadas.		
Evidencia: En la revisión de los siguientes cargos se evidenció: - Profesional Universitario (apoyo centro de egresados - Jeimy Tatiana Gómez): en el formato justificación de necesidades del personal supernumerario (FOR-PFN-042) se requiere el perfil del profesional universitario 10 que establece en la educación "profesional en Administración, Contaduría o Ingeniería Industrial" y la profesional seleccionada es Licenciada en Artes Escénicas. - Profesional Universitario (Bienestar universitario convivencia - Karen Dayanna Hernández): formato justificación de necesidades del personal supernumerario (FOR-PFN-042), profesional universitario 10 que referencia el perfil anteriormente mencionado y la profesional seleccionada es Licenciada en Educación Básica con énfasis en Ciencias Sociales.		
Corrección	Evidencia de Implementación	Fecha
Realizar mesa de trabajo con la ODP y TH para realizar el análisis de causas y Acciones.	Acta de reunión	2024/10/25
Descripción de la (s) causas (s) Porque el formato FOR-PFN-042 no incluye un apartado específico, para los requisitos de educación en la justificación de necesidades del personal supernumerario, que permita validar requisitos mínimos para la selección del personal vinculado en los diferentes niveles. Porque el procedimiento de selección y vinculación de personal, no incluye un mecanismo claro o riguroso de verificación de perfiles, antes de la vinculación en el formato establecido por la Universidad para tales fines. Porque los procedimientos de selección de personal, que en la actualidad tiene el proceso de Gestión de Talento Humano, no están debidamente actualizados.		
Acción correctiva	Evidencia de Implementación	Fecha
1.Realizar la actualización del formato FOR-PFN-042 en conjunto con la Oficina de Desarrollo y Planeación.	Formato actualizado y aprobado en el aplicativo del SIG.	2024/12/20
2. Actualizar procedimiento: PRO-GTH-001-selección e ingreso de personal administrativo, supernumerario y trabajador oficial ; así como la circular rectoral.	Procedimiento actualizado y aprobado en el aplicativo del SIG.	2024/12/20
3.Realizar propuesta de acto administrativo, para dar aplicabilidad al procedimiento	Propuesta de circular	2024/12/20

SOLICITUD DE ACCIÓN CORRECTIVA		No. 2 de 5
---------------------------------------	--	------------

<input type="checkbox"/>	No – Conformidad Mayor	Norma(s): ISO 9001:2015	Requisito(s): 8.5.1 c
<input checked="" type="checkbox"/>	No - Conformidad Menor		
Descripción de la no conformidad: No se evidencia que la organización asegure el control de la prestación del servicio conforme a la implementación de actividades de seguimiento en las etapas apropiadas para verificar que se cumplen los criterios de aceptación para el servicio.			
Evidencia: Verificado el contenido curricular para los siguientes programas en la Facultad de Educación Física se evidenció: - Lic Recreación - Manifestaciones recreativas: no se puede realizar verificación de contenidos vistos según el programa. - Lic Deporte - Legislación deportiva: no se puede realizar verificación de contenidos vistos según el programa.			
Corrección	Evidencia de Implementación	Fecha	
Construir reporte de contenidos vistos hasta la fecha en cada espacio académico para verificar el cumplimiento de lo programado, para la Licenciatura en Recreación y la Licenciatura en Deporte.	1.Reporte de contenidos vistos hasta la fecha en la Licenciatura en Recreación.2.Reporte de contenidos vistos hasta la fecha en la Licenciatura en Deporte.	2024/11/30	
Descripción de la (s) causas (s) Porque no hay un instrumento para hacer la verificación de los contenidos vistos durante el desarrollo de semestre. Porque no se encuentra formalizada la necesidad de un seguimiento parcial al desarrollo de los espacios académicos. Porque los espacios académicos son heterogéneos y sus contenidos variados. Porque se desconoce el requisito de verificación de las etapas en la prestación del servicio.			
Acción correctiva	Evidencia de Implementación	Fecha	
1. Construir instrumento de seguimiento parcial para verificar el desarrollo de los espacios académicos de acuerdo con los contenidos que se hayan proyectado al inicio de cada semestre.	1.Instrumento de seguimiento parcial para verificar el desarrollo de los espacios académicos.	2025/01/20	
2.Actualizar el procedimiento "DESARROLLO DE ESPACIOS ACADÉMICOS", para incluir la implementación del instrumento de seguimiento.	2.PRO-DOC-009 DESARROLLO DE ESPACIOS ACADÉMICO actualizado.	2025/03/14	
3.Consolidar los resultados del instrumento aplicado a los programas	3. Informe consolidado de la aplicación resultados y recomendaciones hechas.	2025/04/30	
4.Socializar los resultados del instrumento de seguimiento parcial, para que se tomen las decisiones que se consideren pertinentes.	4. Actas de reunión, o listas de asistencia o correos u otros mecanismos de socialización	2025/05/23	

SOLICITUD DE ACCIÓN CORRECTIVA		No. 3 de 5
<input type="checkbox"/>	No – Conformidad Mayor	Norma(s): ISO 9001:2015
<input checked="" type="checkbox"/>	No - Conformidad Menor	Requisito(s): 8.1 a
Descripción de la no conformidad: No se evidencia que la organización asegure la planificación de los servicios teniendo en cuenta la determinación de los requisitos para la prestación de los mismos.		
Evidencia: Para los servicios de consultorio médico, restaurante y cursos de piscina que actualmente se prestan en la Calle 72 N. 11 – 86, no se tuvo en cuenta el concepto de la secretaría de salud que actualmente tiene emitido para la sede.		
Corrección	Evidencia de Implementación	Fecha
Realizar revisión entre infraestructura y servicios generales de las condiciones de la piscina, para priorizar adecuaciones inmediatas.	Acta de revisión	2024/10/31
Descripción de la (s) causas (s) Porque, aunque se han realizado esfuerzos significativos, estos no han sido suficientes para abordar de manera integral todos los hallazgos identificados en las diferentes visitas de la Secretaría de Salud. Porque el seguimiento interno no ha evaluado completamente el impacto de estos hallazgos en la prestación de servicios de la Universidad, lo que ha limitado la efectividad de las medidas implementadas. Porque no existen mecanismos de sistematización y trazabilidad de la información que permitan a las áreas y sus líderes acceder a datos relevantes de periodos anteriores para gestionar de manera eficiente los procesos. Porque la Universidad no cuenta con personas asignadas a identificar y priorizar adecuaciones requeridas en la piscina, lo que obliga a recurrir a consultorías externas. No se dispone de un mecanismo adecuado para evaluar las condiciones de prestación del servicio señaladas en las observaciones realizadas por los entes de control.		
Acción correctiva	Evidencia de Implementación	Fecha
Socializar estado de requerimientos derivados de las visitas de entes de control de las secretarías de salud, ambiente e integración social a los procesos del SGI.	Lista de asistencia.	2025/08/29
Aprobar e implementar el Manual de buenas prácticas y plan de saneamiento básico de la Universidad.	Documentos aprobados, Informes. Listado de asistencia de socialización de los documentos.	2024/12/13
Desarrollar las actividades del plan de mejoramiento para el cierre de los requerimientos derivados de las visitas de los entes de control	Fotografías, Informes.	2025/06/30
Desarrollar las actividades del plan de	Fotografías, Informes.	2025/06/30

mejoramiento para el cierre de los requerimientos derivados de las visitas de los entes de control		
Elaborar lista de chequeo de requerimientos normativos para la prestación de cada uno de los servicios de Extensión	Lista de chequeo elaborada y revisada en los programas de bienestar y cursos de extensión.	2025/02/14
Verificar de manera semestral el cumplimiento del marco normativo para los servicios de restaurante y servicios de salud en la UPN.	Resumen de reunión Lista de asistencia.	2025/06/30
Elaborar concepto técnico de prestación de servicios para cursos de extensión.	Concepto técnico de prestación de servicios de cursos de Piscina y centro de lenguas con recomendaciones de validar conceptos de la secretaria de salud	2025/02/28
Realizar seguimiento para el cierre de los requerimientos derivados de las visitas de entes de control de las secretarías de salud, ambiente e integración social.	Informe de seguimiento a los procesos que tienes abiertos requerimientos de visitas entes de control.	2025/07/31
Solicitar visita de seguimiento para condiciones sanitarias a secretaria de salud	Solicitud a secretaria de salud para visita de la instalación calle 72	2025/08/15

SOLICITUD DE ACCIÓN CORRECTIVA		No. 4 de 5
<input type="checkbox"/>	No – Conformidad Mayor	Norma(s): ISO 9001:2015 <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> Requisito(s): 8.2.3.1 d </div>
<input checked="" type="checkbox"/>	No - Conformidad Menor	
Descripción de la no conformidad: No se evidencia que la organización asegure la revisión de los requisitos previos a la prestación del servicio, que incluya los requisitos legales y reglamentarios aplicables		
Evidencia: - Acta SB06N005734 del 06/04/2022 realizada a la sede Calle 72 N. 11 – 86. Calidad del agua y saneamiento básico, con concepto desfavorable. - Acta SB01N025059 del 06/04/2022 realizada a la sede Calle 72 N. 11 – 86, para la piscina de la Universidad el concepto está en el acta principal. - Acta SB01N 025058 del 06/04/2022 realizada a la sede Calle 72 N. 11 – 86, para el gimnasio de la Universidad el concepto está en el acta principal. - Acta SB01N 024417 del 06/04/2022 realizada a la sede Calle 72 N. 11 – 86, para el teatros, auditorías y salas de la Universidad el concepto está en el acta principal. - Acta AR01N 076431 del 06/04/2022 realizada a la sede Calle 72 N. 11 – 86, para áreas libres de humo de la Universidad la observación quedó evidenciado personas fumando al interior de la Universidad. - No se realizado visita de Secretaría de Salud para la dirección Calle 78 No. 9 - 92 donde funciona admisiones y registro y posgrados.		
Actualmente la organización tiene en proceso un plan de acción de 101 actividades para dar solución a los hallazgos reportados en la última acta de vista de secretaría de salud. Al momento se lleva un		

<p>75% de las acciones cerradas. Los planes pendientes por cerrar están comprometidos con recursos para subsanar observaciones relacionadas con la infraestructura que amerita un tiempo necesario para dar solución proyectado para el 30/06/2025.</p>		
Corrección	Evidencia de Implementación	Fecha
Realizar revisión entre infraestructura y servicios generales de las condiciones de la piscina, para priorizar adecuaciones inmediatas.	Acta de revisión	2024/10/31
<p>Descripción de la (s) causas (s) Porque, aunque se han realizado esfuerzos significativos, estos no han sido suficientes para abordar de manera integral todos los hallazgos identificados en las diferentes visitas de la Secretaría de Salud. Porque el seguimiento interno no ha evaluado completamente el impacto de estos hallazgos en la prestación de servicios de la Universidad, lo que ha limitado la efectividad de las medidas implementadas. Porque no existen mecanismos de sistematización y trazabilidad de la información que permitan a las áreas y sus líderes acceder a datos relevantes de periodos anteriores para gestionar de manera eficiente los procesos. Porque la Universidad no cuenta con personas asignadas a identificar y priorizar adecuaciones requeridas en la piscina, lo que obliga a recurrir a consultorías externas. No se dispone de un mecanismo adecuado para evaluar las condiciones de prestación del servicio señaladas en las observaciones realizadas por los entes de control.</p>		
Acción correctiva	Evidencia de Implementación	Fecha
Aprobar e implementar el Manual de buenas prácticas y plan de saneamiento básico de la Universidad	Documentos aprobados, Informes. Listado de asistencia de socialización de los documentos.	2024/12/13
Desarrollar las actividades del plan de mejoramiento para el cierre de los requerimientos derivados de las visitas de los entes de control	Fotografías, Informes	2024/12/19
Desarrollar las actividades del plan de mejoramiento para el cierre de los requerimientos derivados de las visitas de los entes de control	Fotografías, Informes.	2025/06/30
Elaborar lista de chequeo de requerimientos normativos para la prestación de cada uno de los servicios de Extensión	Lista de chequeo elaborada y revisada en los programas de bienestar y cursos de extensión.	2025/02/14
Verificar de manera semestral el cumplimiento del marco normativo para los servicios de restaurante y servicios de salud en la UPN.	Resumen de reunión Lista de asistencia.	2025/06/30
Elaborar concepto técnico de prestación de servicios para cursos de extensión.	Concepto técnico de prestación de servicios de cursos de Piscina y centro de lenguas con recomendaciones de validar conceptos de la secretaria	2025/02/28

	de salud	
Realizar seguimiento para el cierre de los requerimientos derivados de las visitas de entes de control de las secretarías de salud, ambiente e integración social.	Informe de seguimiento a los procesos que tienes abiertos requerimientos de visitas entes de control.	2025/07/31
Solicitar visita de seguimiento para condiciones sanitarias a secretaria de salud	Solicitud a secretaria de salud para visita de la instalación calle 72	2025/08/15
Socializar estado de requerimientos derivados de las visitas de entes de control de las secretarías de salud, ambiente e integración social a los procesos del SGI.	Lista de asistencia.	2025/08/29

SOLICITUD DE ACCIÓN CORRECTIVA		No. 5 de 5
<input type="checkbox"/>	No – Conformidad Mayor	Requisito(s): 6.1.2 a
<input checked="" type="checkbox"/>	No - Conformidad Menor	
Norma(s): ISO 9001:2015		
Descripción de la no conformidad: No se evidencia que la organización planifique las acciones para abordar las oportunidades.		
Evidencia: No se evidencia la acciones para las oportunidades identificadas en los proceso de docencia, investigación y sistemas.		
Corrección	Evidencia de Implementación	Fecha
Realizar la verificación y ajustes de las oportunidades del proceso de Docencia, investigación y sistemas	Mesa de trabajo y plan de mejoramiento de las oportunidades	2024/11/30
Descripción de la (s) causas (s) No hay un instrumento que relacionado para la identificación y priorización de las oportunidades. Por que no hay claridad sobre quien es el responsable para desarrollar las oportunidades. Por la falta de capacitación de personal, sobre el tema de oportunidades.		
Acción correctiva	Evidencia de Implementación	Fecha
3. Identificar las Oportunidades y acciones en cada uno de los procesos del sistemas	Oportunidades registradas en el aplicativo	2025/04/25
4. Realizar el seguimiento de las acciones de las oportunidades identificadas	Reporte oportunidades	2025/07/31
1. Realizar la actualización de la Política y metodología de administración del riesgos de la UPN, incluyendo los lineamientos del desarrollo y identificación de oportunidades, así como la asignación de responsabilidades.	Guía y metodología de la administración del riesgos actualizada y publicada	2025/01/31
2. Realizar la capacitación a los procesos del sistema, de los cambios de la guía y la identificación y tratamiento de las	Presentación y listas de asistencia	2025/02/28

oportunidades		
---------------	--	--

Nota: Es importante que la organización realice un buen análisis de causa para evitar que la no conformidad se repita y el plan de acción sea devuelto por el equipo auditor, por lo cual les sugerimos consultar la guía para la solución de no conformidades, disponible en la página web de Icontec.

Consulte la [Guía para la solución de no conformidades en la ruta](https://www.icontec.org/%e2%80%8bdocumentos-servicios-icontec/) <https://www.icontec.org/%e2%80%8bdocumentos-servicios-icontec/> en el link [Evaluación de la conformidad](#).

Ruta: www.icontec.org – Documentos servicios ICONTEC- Evaluación de la conformidad.

ANEXO 3
Plan de auditoría F-PS-530 PLAN DE AUDITORIA EN SITIO – SISTEMAS DE GESTIÓN

**PLAN DE AUDITORÍA EN SITIO
SISTEMA DE GESTIÓN**



EMPRESA:	UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL		
Dirección del sitio:	Calle 72 No. 11 - 86 Bogotá D.C., Cundinamarca, Colombia		
Representante de la organización:	Saida Andrea Gaitán Ruiz		
Cargo:	Jefe Oficina De Desarrollo y Planeacion	Correo electrónico	sagaitanr@pedagogica.edu.co
Alcance de la certificación: Diseño y prestación del servicio de educación superior en programas de pregrado y posgrado en el área de ciencias de la educación; investigación educativa, pedagógica y didáctica y en el desarrollo de la extensión y la proyección social a través de actividades de asesoría, consultoría y educación continuada.			
Alcance de la auditoría: Diseño y prestación del servicio de educación superior en programas de pregrado y posgrado en el área de ciencias de la educación; investigación educativa, pedagógica y didáctica y en el desarrollo de la extensión y la proyección social a través de actividades de asesoría, consultoría y educación continuada.			
Criterios de Auditoría	ISO9001:2015+ la documentación del Sistema de Gestión		
Tipo de auditoría:			
<input type="checkbox"/> Inicial u otorgamiento <input checked="" type="checkbox"/> Seguimiento <input type="checkbox"/> Renovación <input type="checkbox"/> Ampliación <input type="checkbox"/> Reducción <input type="checkbox"/> Auditorías especiales (Reactivación/extraordinaria) <input type="checkbox"/> Extraordinaria <input type="checkbox"/> Actualización / Migración <input type="checkbox"/> Renovación (con restauración) <input type="checkbox"/> Renovación (anticipada)			
Modalidad: <input checked="" type="checkbox"/> Auditoría en sitio <input type="checkbox"/> Auditoria parcialmente remota <input type="checkbox"/> Auditoría totalmente remota			
Es organización multisitio:	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Sitio(s) a ser muestreado(s) en la presente auditoría:	Actividades del sistema de gestión/alcance a auditar en cada sitio durante la presente auditoría:		
Sitio 1 muestreado para el esquema ISO 9001:2015: Calle 183 – 54 D Esquina Bogotá D.C., Cundinamarca Colombia	MISIONALES: Docencia- Facultad de Educación Física.		
Sitio 2 muestreado para el esquema ISO 9001:2015: Calle 78 – 9 – 92 Bogotá D.C., Cundinamarca Colombia	MISIONALES: Docencia		
Existen actividades/procesos que requieran ser auditadas en turno nocturno:	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No		

PLAN DE AUDITORÍA EN SITIO SISTEMA DE GESTIÓN



Con un cordial saludo, enviamos el plan de la auditoría que se realizará al Sistema de Gestión de su organización. Por favor indicar en la columna correspondiente, el nombre y cargo de las personas que atenderán cada entrevista y devolverlo al correo electrónico del auditor líder. Así mismo, para la reunión de apertura de la auditoría le agradezco invitar a las personas del grupo de la alta dirección y de las áreas/procesos/actividades que serán auditadas.

Para la reunión de apertura le solicitamos disponer de un proyector para computador y sonido para video, si es necesario, (sólo para auditorías de certificación inicial y actualización).

En cuanto a las condiciones de seguridad y salud ocupacional aplicables a su organización, por favor informarlas previamente al inicio de la auditoría y disponer el suministro de los equipos de protección personal necesarios para el equipo auditor.

La información que se conozca por la ejecución de esta auditoría será tratada confidencialmente, por parte del equipo auditor de ICONTEC.

El idioma de la auditoría y su informe será el español.

Los objetivos de la auditoría son:

- Determinar la conformidad del sistema de gestión con los requisitos de la norma de sistema de gestión.
- Determinar la capacidad del sistema de gestión para asegurar que la organización cumple los requisitos legales, reglamentarios y contractuales aplicables al alcance del sistema de gestión y a la norma de requisitos de gestión.
- Determinar la eficacia del sistema de gestión para asegurar que la organización puede tener expectativas razonables con relación al cumplimiento de los objetivos especificados.
- Identificar áreas de mejora potencial del sistema de gestión.

Las condiciones de este servicio y las responsabilidades del equipo auditor se encuentran indicadas en el R-PS-0007 REGLAMENTO DE LA CERTIFICACIÓN ICONTEC DE SISTEMAS DE GESTIÓN.

Auditor Líder:	David Barahona P (DBP)	Correo electrónico	dbarahona@icontec.org.
Auditor:	No aplica	Auditor	No aplica
Experto técnico:	No aplica		
Observador – Profesional de apoyo	No aplica		

**PLAN DE AUDITORÍA EN SITIO
SISTEMA DE GESTIÓN**



Fecha/ Sitio (si hay más de uno)	Hora de inicio de la actividad de auditoría	Hora de finalización de la actividad de auditoría	PROCESO / REQUISITOS POR AUDITAR	EQUIPO AUDITOR	CARGO Y NOMBRE (Todas las personas que serán entrevistadas en la auditoría)
2024-10-07 DIA UNO Calle 72 No. 11 - 86 Bogotá	08:00	08:30	Reunión de apertura	DBP	
	08:30	10:00	Planeación Estratégica Requisitos: 4.1, 4.2, 4.3, 5.1, 5.2,5.3, 6.2, 6.3, 7.4, 9.3	DBP	Helberth Augusto Choachí González Rector Saida Andrea Gaitán Ruiz Jefe (e) Oficina de Desarrollo y Planeación (ODP)
	10:00	12:00	Gestión de Calidad Requisitos: 4.4, 6.1, 7.5, 9.1, 9.2, 10	DBP	Carolina Avila Prof. Responsable del Sistema de Gestión Integral
	12:00	13:00	Receso	DBP	
	13:00	15:00	Recurso Humano Requisitos: 7.1.2, 7.1.4, 7.2, 7.3, - Calle78	DBP	Arnulfo Triana Rodríguez Subdirector Personal
	15:00	16:30	Gestión de Control y Evaluación Requisitos: 9.2, 10	DBP	Yesid Hernando Marín Corba Jefe Oficina de Control Interno (OCI)
	16:30	17:00	Balance	DBP	
2024-10-08 DIA DOS Calle 78 No 9 - 92 Bogotá	08:00	09:30	Gestión de Admisiones y Registro Requisitos: 8.2.1, 8.2.2, 8.2.3, 8.2.4	DBP	Adriana Maritza Herrera Aza Subdirectora Admisiones y Registro (SAD)
	09:30	12:00	Aseguramiento de Calidad académica Requisitos:8.3	DBP	Angie Paola Manrique Camacho Coordinadora Grupo Interno de Trabajo Aseguramiento de la Calidad
	12:00	13:00	Receso	DBP	
	13:00	14:30	Internacionalización Requisitos: 7.1.6, 8.1, 8.5, 8.6, 8.7 Calle 72	DBP	Alejandro Mantilla Quijano Jefe Oficina de Relaciones Interinstitucionales (ORI)
	14:30	16:30	Gestión de Bienestar Universitario	DBP	Carolina Pérez Siabato Subdirectora Bienestar Universitario (SBU)

**PLAN DE AUDITORÍA EN SITIO
SISTEMA DE GESTIÓN**



Fecha/ Sitio (si hay más de uno)	Hora de inicio de la actividad de auditoría	Hora de finalización de la actividad de auditoría	PROCESO / REQUISITOS POR AUDITAR	EQUIPO AUDITOR	CARGO Y NOMBRE (Todas las personas que serán entrevistadas en la auditoría)
			Requisitos: 7.1.6, 8.1, 8.5, 8.6, 8.7 Calle 72		
	16:30	17:00	Balance	DBP	
2024-10-09 DÍA TRES Calle 183 – 54 D Esquina Bogotá	08:00	12:00	Docencia – Facultad Educación Física Requisitos: 7.1.6, 8.1, 8.5, 8.6, 8.7	DBP	Víctor Hugo Durán Camelo Decano Facultad de Educación Física
	10:00	12:00	Gestión de Sistemas Informáticos Requisitos: 7.1.3		Edwin Alberto Martínez Rojas Subdirector Gestión de Sistemas de Información (SGSI)
	12:00	13:00	Receso y traslado sede Calle 72	DBP	
	13:00	15:00	Docencia – Facultad de Humanidades. Requisitos: 7.1.6, 8.1, 8.5, 8.6, 8.7	DBP	Alexander Cely Decano Facultad
	15:00	17:00	Extensión Requisitos: 7.1.6, 8.1, 8.5, 8.6, 8.7 c.	DBP	Julio César Erazo Cruz Subdirector Asesorías y Extensión (SAE)
	17:00	17:30	Balance	DBP	
2024-10-10 DÍA CUATRO Calle 72 No. 11 - 86 Bogotá	08:00	09:30	Comunicaciones (verificación del uso del logo en los diferentes medios de publicidad usados por la empresa). Requisitos: 7.4	DBP	Carolina Avila Prof. Responsable del Sistema de Gestión Integral
	09:30	11:00	Verificación de procesos de origen externo (out sourcing), cuyo resultado incide en el producto o servicio y que hacen parte del alcance de certificación + Preparación informe de auditoría	DBP	Auditor líder y equipo auditor
	11:00	12:00	Reunión de cierre	DBP	Todas las personas entrevistadas en la auditoría
Observaciones:					

**PLAN DE AUDITORÍA EN SITIO
SISTEMA DE GESTIÓN**



Fecha/ Sitio (si hay más de uno)	Hora de inicio de la actividad de auditoría	Hora de finalización de la actividad de auditoría	PROCESO / REQUISITOS POR AUDITAR	EQUIPO AUDITOR	CARGO Y NOMBRE (Todas las personas que serán entrevistadas en la auditoría)
<p>La metodología de la auditoría será mediante el uso del ciclo PHVA. Se hará el seguimiento a las acciones correctivas planteadas para las no conformidades pendientes y/o a los aspectos por mejorar establecidos en la auditoría anterior, por lo que se requieren las evidencias documentadas de las acciones realizadas para efectuar el cierre respectivo. Se verificarán los registros de las quejas y reclamaciones recibidas de los clientes. Durante toda la auditoría se verificarán control de la información documentada, política, acciones para abordar riesgos y oportunidades, objetivos, roles, responsabilidades y autoridades, competencia, seguimiento y medición de los procesos, acción correctiva y mejora continua.</p>					
<p>Tener en cuenta la logística para el traslado a las sedes</p>					
<p>Indicar si esta auditoría es testificada por un Organismo de Acreditación. NA</p>					
<p>Para el balance diario de información del equipo auditor le agradecemos disponer de una oficina o sala, así como también de acceso a la documentación del sistema de gestión.</p>					

Fecha de emisión del plan de auditoría:	2024-09-30
---	------------

INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMAS DE GESTIÓN



ANEXO 4

ACEPTACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA AUDITORIA FIRMADA POR LA ORGANIZACIÓN :	
Número de no conformidades por esquema detectadas en esta auditoría: (0) Mayores (5) menores	
Número de no conformidades pendientes que no se cerraron en esta auditoría: () menores () N.A.	
Plazo para la entrega de propuesta de corrección y acción correctiva (de acuerdo con lo establecido en el R-PS-0007) hasta: <u>2024-10-25</u>	
Fecha tentativa de verificación complementaria, cuando aplique _____	
ACEPTACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN:	
Declaro que los servicios previstos fueron integralmente ejecutados y soy consciente de los resultados obtenidos.	
La organización acepta la (s) no conformidad (es) reportada (s) en el presente informe y se compromete a presentar los planes de acción en los tiempos establecidos en el reglamento de certificación R-PS-0007.	
En caso de no aceptarse alguna no conformidad relacione el número de la no conformidad _____ y el requisito al que fue reportada _____. En este caso la organización deberá solicitar una reposición dirigida al Gerente de Certificación.	
ACEPTACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN DE RECIBIR AUDITORIAS TESTIFICADAS:	
Dando cumplimiento al requisito 4.7 del R-PS-0007 la Organización se compromete a permitir la participación de equipos evaluadores de organismos de acreditación, en calidad de observadores, en las auditorías testificadas que dichos organismos seleccionen como parte de sus actividades de acreditación.	
Consulte el Reglamento de la certificación ICONTEC de Sistemas de Gestión mailto:https://www.icontec.org/wp-content/uploads/2021/07/Reglamento-de-la-certificaci%C3%B3n-ICONTEC-de-sistemas-de-gesti%C3%B3n.pdf	
Nombre del Representante de la Organización:	Firma:
<u>Carolina Avila A</u>	<u>[Firma]</u>

Este informe es propiedad de ICONTEC y se comunicará después de la auditoría únicamente a la Organización y no será divulgado a terceros sin autorización de la Organización