



**Escuela Tecnológica  
Instituto Técnico Central**  
Establecimiento Público de Educación Superior

CALIDAD

# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE INTEGRADO

2018



Certificado No.  
GP-CERS41803



Tú haces parte de Ella



**Escuela Tecnológica  
Instituto Técnico Central**  
Establecimiento Público de Educación Superior

# INFORME DE AUDITORÍAS INTERNAS SGI-2018

## **OBJETIVO DE LA AUDITORÍA**

Verificar y evaluar el funcionamiento del Sistema de Gestión de Calidad de la Escuela, basado en los criterios establecidos, de manera que contribuya a la determinación de la efectividad de los sistemas y proponer recomendaciones para su mejora.

## **ALCANCE DE LA AUDITORÍA**

Desde la elaboración del Programa Anual de Auditorías hasta el seguimiento a las actividades del plan de mejoramiento.

## **CRITERIOS**

Requisitos de los procedimientos o normas aplicables según corresponda  
NTCGP1000:2009, Decreto 1443 de 2014, PIGA, Manual de Calidad, Documentación Interna.



**Escuela Tecnológica  
Instituto Técnico Central**  
Establecimiento Público de Educación Superior

# INFORME DE AUDITORÍAS INTERNAS SGI-2018

## AUDITADOS

Proceso	Líder de Proceso
Direccionamiento Institucional	Hno. José Gregorio Contreras
Gestión de Informática y Comunicaciones	David Leonardo Torres Rodríguez
Docencia Educación Superior	Carlos Eduardo Pinzón González
Docencia Bachillerato	Hno. Armando Solano Suarez
Extensión y Proyección Social	Nohemy Guzmán Galvis
Investigación	Hno. Jorge Enrique Fonseca Sánchez
Bienestar Universitario	Hno. Fernando Adolfo Luque
Gestión de Adquisiciones	José Yesid Olaya Palacio
Gestión Financiera	Carmenza Rojas Rojas
Gestión de Talento Humano	Félix Jorge Zea Arias
Gestión de Recursos Físicos	Pedro Ayala Mojica
Gestión Documental	María Edilma Sánchez Valencia
Gestión de Control Disciplinario	Edgar Mauricio López Lizarazo
Gestión Jurídica	Edgar Mauricio López Lizarazo
Gestión de Autoevaluación	Maritza Zabala Huertas
Gestión de Control Interno	Rosa María Buitrago Barón
Gestión de Calidad	Yaneth Jimena Pimiento Cortes
Gestión Ambiental	Sneyder Alexis Pava Sánchez
Gestión de Seguridad de la Información	Yoisel Rojas
Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	Johana Lozada



## AUDITORES

Proceso	Responsable Auditoría
Direccionamiento Institucional	Alicia Mancera Barriga - Pedro Ayala Mojica
Gestión de Informática y Comunicaciones	Maritza Zabala Huertas - Fernando Julián Valenzuela V.
Docencia Educación Superior	Yenny Milena García B. - Yoisel Rojas Hernández
Docencia Bachillerato	Olga Lucia Méndez Tafur - Jorge Félix Zea Arias
Extensión y Proyección Social	María Elvira González Grosso - Sneyder Alexis Pava Sánchez
Investigación	Diana Marcela Castañeda Miranda – Luis Eduardo Yunque M.
Bienestar Universitario	David Leonardo Torres R. - Edgar Mauricio López Lizarazo
Gestión de Adquisiciones	Carlos Duvan Supanteve C. - Nohemy Guzmán Galvis
Gestión Financiera	Salim Said Rocha Pico - David Leonardo Torres Rodríguez
Gestión de Talento Humano	Yaneth Jimena Pimiento Cortes - Martha Cecilia Herrera Romero
Gestión de Recursos Físicos	Olga Lucia Méndez Tafur – Yoisel Rojas
Gestión Documental	Yenny Milena García B. – Martha Yneth Rodriguez
Gestión de Control Disciplinario	Omar Yesid Barahona B. - Carlos Eduardo Pinzón González
Gestión Jurídica	Martha Yaneth Rodríguez S. - Jorge Octavio Mosquera Pineda
Gestión de Autoevaluación	Yaneth Jimena Pimiento Cortes - Diana Roció Guerrero R.
Gestión de Control Interno	Fernando Julián Valenzuela V. - Yoisel Rojas Hernández
Gestión de Calidad	Diana Marcela Castañeda Miranda - Sneyder Alexis Pava Sánchez
Gestión Ambiental	Carlos Duvan Supanteve C. - Martha Cecilia Herrera Romero
Gestión de Seguridad de la Información	Carlos Eduardo Pinzón González - Luis Eduardo Yunque M.
Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	Alicia Mancera Barriga - Nohemy Guzmán Galvis



FORTALEZAS	ASPECTOR POR MEJORAR	NO CONFORMIDADES
Como fortaleza se observa la disposición del funcionario auditado para proporcionar oportunamente la información y documentación solicitada	Se recomienda mayor interacción con el Sistema de Gestión Ambiental.	
Según el decreto 1078 de 2015 va con un avance 80% y trabajando el 201% para terminar en el trimestre del año en curso.		
Se denota en el funcionario auditado pleno conocimiento de la normatividad vigente sobre seguridad de la información		
Hay organización documental en el proceso auditado y se encuentra publicado en el sitio Web institucional	Se recomienda tener en cuenta los lineamientos de seguridad y salud en el trabajo en la disposición de los espacios y su señalización. (salida de emergencia )esta se encuentra hacia una pared.	
La planeación se ha desarrollados en los tiempo previos sin contratiempo alguno		
Se observa control y rigurosidad en el proceso de implementación de la normatividad vigente, procesos y procedimientos para lograr la certificación de la norma 27001		
Se encuentra documentado y divulgado el procedimiento de protección de la información cada una de las áreas de la institución		
Se encuentra documentados los objetivos planteados por la alta dirección para la implementación del proceso de seguridad de la información	Se recomienda solicitar al área de planta física los muebles adecuados para el desarrollo de la labor.	
La política de seguridad de la información se encuentra documentada y divulgada en el sitio Web institucional.		
Como fortaleza se observa la disposición del funcionario auditado para proporcionar oportunamente la información y documentación solicitada.		



FORTALEZAS	ASPECTOR POR MEJORAR	NO CONFORMIDADES
<p>Se han usado algunas estrategias como envío al correo electrónico y boletines para socializar con la comunidad la política del Sistema de Gestión Ambiental.</p>	<p>Establecer y aprobar el Plan de trabajo del Sistema Integrado de Gestión para la vigencia 2018 y hacerle seguimiento a sus actividades establecidas en concordancia con el Plan de Acción 2018 del proceso.</p>	<p>Implementar los registros y hacer seguimiento a los residuos sólidos usando el formato GAM-FO-01 Planilla de registro de residuos sólidos.</p>
	<p>Actualizar y la información en el Sistema de Gestión de Calidad de los procedimientos de: identificación, actualización y verificación del cumplimiento legal y para el manejo y gestión segura de residuos sólidos y documentarlos de manera ordenada en la oficina de Gestión ambiental, según NTC ISO 9001:2015 Numeral 7.5.3. Control de la información documentada.</p>	
	<p>Implementar los registros y hacer seguimiento a los residuos sólidos usando el formato GAM-FO-01 Planilla de registro de residuos sólidos.</p>	
<p>Se realizan gestiones para vincular a la ETITC con programas como punto azul, ecocapital y HP.</p>	<p>Definir, aprobar y medir los riesgos del proceso de Gestión Ambiental.</p>	<p>No se evidenció el registro de información en el formato GRF-FO-16 Autorización Salida de Elementos de 5 thoner entregados en 2018 a la Empresa transportadora Coordinadora para entregar a HP.</p>
	<p>Definir, aprobar y medir los indicadores del proceso de Gestión Ambiental para establecer el seguimiento, medición, análisis y evaluación del proceso en concordancia con el numeral 9 de la NTC ISO 9001:2015.</p>	
	<p>Identificar y clasificar la información del proceso de Gestión ambiental en concordancia con el anexo A.8.1 de la NTC ISO IEC:27001:2013</p>	



FORTALEZAS	ASPECTOS POR MEJORAR	NO CONFORMIDADES
<p>Se evidenció por medio de revisión documental y registros que se cuenta con el Plan de acción de seguridad y salud en el trabajo planteado para el año 2018, hasta el momento se tiene las acciones y actividades que se vienen ejecutando de manera programada, las cuales tienden al cumplimiento del cronograma planteado para el 2018.</p>	<p>Aunque se cuenta con la matriz para el 2018 de identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles; no se cuenta con el seguimiento para el inicio de la ejecución de las medidas de intervención para mitigar los riesgos, pues éstos se encuentran clasificados en biológicos, físicos (iluminación- Psicosocial, químicos gases y vapores, biomecánicos, condiciones de seguridad locativa, tecnología, alturas, fenómenos naturales – sismos, inundación). Se recomienda llevar a cabo el seguimiento con el fin de dar cumplimiento al programa, buscando el mejoramiento continuo en el desarrollo del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo.</p>	<p>Tabla de retención documental: No se evidencia documentos donde se reporta a la EPS el Furat, con el accidente laboral del empleado</p>
	<p>Se recomienda completar la evaluación total de la matriz de identificación de peligros y valoración de los riesgos, esto determinará qué acciones y/o controles tiene establecido la entidad o cuales falta por implementar.</p>	
	<p>Se observó que se cuenta con el plan estratégico de seguridad vial, se recomienda hacer periódicamente seguimiento a las rutas escolares.</p> <p>Se sugiere llevar el formato interno de evaluación de proveedores a todas las personas que lo requieran, no solo algunas</p>	<p>Se evidenció que no se ha cumplido con la revisión de la política por parte de la Dirección.</p>
<p>Se cuenta con una persona idónea capacitada en seguridad y salud en el trabajo,</p>	<p>Se recomienda que para la próxima auditoria de Seguridad y Salud en el Trabajo se incluya auditar al COPASST, considerando los requisitos legales vigentes, especialmente los establecidos en la resolución 2013 de 1986</p> <p>La Entidad debe realizar como mínimo un simulacro al año con la participación de toda la comunidad educativa, no solo con el bachillerato.</p>	<p>Se observó que no se cuenta con el normograma vigente.</p>
	<p>Se observó que la entidad tiene implementado el plan de emergencia, sin embargo, no han sido socializado a toda la comunidad.</p>	<p>Se evidencio que no se llevan el reporte de incidentes de trabajo.</p>
	<p>De acuerdo con los requisitos mínimos que se deben tener, la entidad cuenta con los instrumentos necesarios para su implementación, mantenimiento y mejora del sistema SGSST; sin embargo se requiere fortalecer algunos aspectos preventivos, con el fin de complementar y cumplir con el 100% del cronograma de trabajo establecido.</p>	



FORTALEZAS	ASPECTOS POR MEJORAR	NO CONFORMIDADES
<p>En el Programa Anual de Auditoría de Control Interno 2018, se evidencia la inclusión del seguimiento al Plan de Acción, de la Oficina de Control Interno. El programa fue aprobado mediante el Acta #1 del 15/02/2018 y el Acta #2 del 03/05/2018. El seguimiento al Plan de Acción, de la Oficina de Control Interno, se evidencia mediante el Acta #2 del 05/02/2018.</p>		<p>No se evidencia una adecuada revisión de la eficacia de las acciones tomadas, lo cual se soporta en el hecho de que el registro GDC-FO-10 Plan de Mejoramiento y Seguimiento, con fecha 14/07/2017, no indica la eficacia de las acciones tomadas, incumpliendo de esta manera, con lo establecido en el numeral 10.2.1, inciso d), de la norma NTC-ISO-IEC 9001:2015, que indica: "Cuando ocurra una no conformidad, incluida cualquiera originada por quejas, la organización debe: d)- revisar la eficacia de cualquier acción correctiva tomada"</p>
<p>Se evidencia el cumplimiento del Plan Anual de Auditoría, mediante el Acta #1 del 23/01/2018, el Acta #2 del 05/02/2018 y el Acta #3 del 04/05/2018.</p>		<p>No se evidencia un adecuado uso del formato GDC-FO-10 Plan de Mejoramiento y Seguimiento, lo cual se soporta en el hecho de que el registro GDC-FO-10 Plan de Mejoramiento y Seguimiento, con fecha de inicio 15/06/2017 y fecha de finalización 30/06/2017, no fue utilizado por el área encargada de hacer el seguimiento al Plan de Mejora, en su defecto se suministró un registro cuyo formato no se encuentra controlado por el Sistema de Gestión de Calidad, puesto que no posee Código, Versión, Vigencia, Paginado, ni la firma del líder del proceso, incumpliendo de esta manera, con lo establecido en el numeral 7.5.2, inciso b), de la norma NTC- ISO-IEC 9001:2015, que indica: "Al crear y actualizar la información documentada, la organización debe asegurarse de que lo siguiente sea apropiado: b)- el formato y los medios de soporte"</p>
<p>Se evidencia que los servidores públicos, de la Oficina de Control Interno, tienen dominio acerca del procedimiento de control de documentos, aprobado por el Sistema de Gestión de Calidad.</p>		<p>No se evidencia una adecuada actividad de identificación de peligros, en la Oficina de Control Interno, lo cual se soporta en el hecho que al solicitar la matriz de peligros para el área, la líder del proceso informa que hasta la fecha no se han identificado los peligros correspondientes, incumpliendo de esta manera, con lo establecido en el numeral 4.3.1, de la norma NTC-OHSAS 18001:2007, que indica: "La organización debe documentar y mantener actualizados los resultados de la identificación de peligros, valoración de riesgos, y de los controles determinados.</p>
<p>Se evidencia que la evaluación del cumplimiento de los objetivos específicos del MECI, se realiza mediante las respectivas auditorías efectuadas por el área de Control Interno. En el informe de auditoría, realizado al proceso Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo, durante el 2017, se evidencia una no conformidad, relacionada con el incumplimiento del normograma, aspecto que se encuentra relacionado con los objetivos específicos del MECI.</p>		
<p>Se evidencia la existencia y dominio, por parte de los servidores públicos, de la Oficina de Control Interno, de los procedimientos GCI-PC-02 PROCEDIMIENTO DE AUDITORIAS INTERNAS y GCI- PC-01 PROCEDIMIENTO PARA HACER SEGUIMIENTO Y MONITOREO AL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</p>		
<p>Se evidencia cómo la Oficina de Control Interno, previene el uso no intencionado de documentos obsoletos, descargando, directamente del sitio web institucional, los formatos que necesiten utilizar, evitando, en todo momento, utilizar formatos almacenados en los equipos de cómputo del área.</p>		



FORTALEZAS	ASPECTOS POR MEJORAR	NO CONFORMIDADES
<p>Se evidencia que los servidores públicos, de la Oficina de Control Interno, establecen controles de seguridad administrativos, que permiten bloquear la sesión de usuario cuando desatienden el computador, adicional, tienen por costumbre echar candado a la oficina, cuando termina la jornada laboral o salen a reunión. Por otro lado, apagan el equipo de cómputo, cuando termina la jornada laboral. Por último, mantienen el equipo portátil de la oficina, bajo llave.</p>		<p>No se evidencia una adecuada actividad de definición de acciones, en la Oficina de Control Interno, para mantener los peligros bajo control, lo cual se soporta en el hecho que al solicitar las acciones respectivas, la líder del proceso informa que hasta la fecha no se han generado acciones porque no se han identificado los peligros correspondientes, incumpliendo de esta manera, con lo establecido en el numeral 4.3.1, de la norma NTC-OHSAS 18001:2007, que indica: “La organización debe asegurar que los resultados de estas valoraciones se consideran cuando se determinan los controles”.</p>
<p>Se evidencia la existencia del Plan de Mejoramiento 2017, con fecha de inicio 15/06/2017, fecha de finalización 30/06/2017 y la firma de aprobación del líder del proceso.</p>		<p>No se evidencia una adecuada implementación del procedimiento GSI-PC-02 PROCEDIMIENTO DE CLASIFICACIÓN Y ETIQUETADO DE LA INFORMACIÓN, lo cual se soporta en el hecho que al solicitar la documentación del área que está siendo controlada por la TRD, sólo 1 documento de la misma, se encuentra etiquetado, el resto está sin etiquetar, incumpliendo de esta manera, con lo establecido en el numeral A.8.2.2, del Anexo A, de la norma NTC-ISO-IEC 27001:2013, que indica “Etiquetado de la Información”</p>
<p>Se evidencia que los servidores públicos, de la Oficina de Control Interno, tienen dominio de la Política Ambiental de la Institución.</p>		<p>No se evidencia la existencia de indicadores de gestión que permitan medir la gestión realizada por la Institución, lo cual se soporta en el hecho que al solicitar los respectivos indicadores de gestión, la líder del proceso informa que el proceso de Gestión de Control Interno no hace parte de la gestión de la administración, por tal motivo, no tiene definido indicadores de gestión, incumpliendo de esta manera, con lo establecido en el numeral 1.2.4, del Manual Técnico MECI versión 2014, que indica: “Indicadores de Gestión”</p>
<p>Se evidencia que los servidores públicos, de la Oficina de Control Interno, tienen dominio del procedimiento GSI-PC-02 PROCEDIMIENTO DE CLASIFICACIÓN Y ETIQUETADO DE LA INFORMACIÓN.</p>		
<p>Se evidencia que los servidores públicos, de la Oficina de Control Interno, tienen dominio de la Política de Escritorio Limpio y Pantalla Limpia de la Institución</p>		
<p>Se evidencia que los servidores públicos, de la Oficina de Control Interno, tienen dominio de la Política de Privacidad y Protección de Datos Personales de la Institución.</p>		



FORTALEZAS	ASPECTOS POR MEJORAR	NO CONFORMIDADES
Se ha mejorado la seguridad de la información en el área por cuanto se adquirieron archivadores, se cuenta con cámara y las historias laborales únicamente las maneja una persona.	Se recomienda que se ajusten tanto los controles como los indicadores de algunos de los riesgos de proceso, teniendo en cuenta que algunos controles no atacan directamente al riesgo y algunos indicadores están mal formulados.	No todas las personas entrevistadas en el área conocen los procedimientos de información, razón por la cual no ha dado cumplimiento a los mismos. La información del proceso de Talento Humano carece de clasificación y etiquetado de la información en concordancia con el procedimiento GSI-PC-02, incumpliendo el anexo A.8.2.1. de la NTC/ IEC 27001: 2013
Se conoce y aplican las políticas de escritorio y pantallas limpias.		Al verificar la hoja de vida de la contratista Olga Patricia Muñoz Contreras se evidenció que no se cumple el literal 7.2 de la NTC-ISO 9001:2015. en el cual se define que se debe asegurar que las personas sean competentes, basándose en la educación, formación y experiencias apropiadas.
Se evidenció la inscripción de las hojas de vida de los funcionarios de planta, provisionales y de libre nombramiento en el SIGEP.	Se sugiere que se incluya en el plan de capacitación las capacitaciones que se realizan durante la vigencia y que no estaban previstas inicialmente y se les realice el respectivo seguimiento a Ej: Capacitaciones gratuitas ESAP.	Se evidenció que no se está dando cumplimiento al procedimiento GTH-PC-01 en el numeral 5 del ítem 5.2. en el cual se establece que los formularios de afiliación al SGSS se deben radicar un día antes del ingreso de los funcionarios y a la normatividad vigente; por cuanto, al verificar la hoja de vida de la funcionaria provisional Yenny Alexandra Ávila quien ingresó a la entidad el 11 de enero de 2018 según resolución No. 16 se realizaron las afiliaciones a ARL, EPS y Caja de Compensación el 11, 22 y 12 de enero respectivamente.
Se verificó que se realizó el diagnóstico de necesidades de capacitación para el 2018 por parte de los jefes de áreas y que a partir de éste se elaboró el plan de capacitación para la vigencia.	Se recomienda que se realice la evaluación de satisfacción del cliente para conocer la conformidad del servicio prestado y evaluar oportunidades de mejora.	Se evidenció que no se está dando cumplimiento al procedimiento GTH-PC-01 en el numeral 4 del ítem 5.4. en el cual se establece que una vez aceptada la renuncia el funcionario debe realizar la entrega formal del cargo diligenciando el formato GTH-FO-10; por cuanto, al verificar la hoja de vida de la exfuncionaria de planta Martha Ramírez no se encontró este registro en la respectiva carpeta.
Se han definido nuevas estrategias que coadyuvan con el bienestar laboral de los funcionarios y ello ha permitido que, al realizar la medición del clima laboral, la percepción ha mejorado notablemente.		
Se verificó que a la capacitación realizada el 23 de noviembre de 2017 en Academusoft, se llevó control de asistencia, evaluación de la capacitación e informe. Así mismo, se realizó la evaluación de su impacto el 3 de abril de 2018 por parte los jefes inmediatos de quienes tomaron la capacitación.	Se sugiere que entre los indicadores del proceso se incluya uno relacionado con la ejecución del plan de capacitación.	Se evidenció que no se dio cumplimiento al artículo 3 de la resolución interna No. 109 del 27 de febrero de 2018, por cuanto no se divulgó por los correos electrónicos institucionales al personal de planta administrativa la resolución en la cual se modificó la cláusula tercera del Manual específicos de Funciones y Competencias Laborales para los empleos de planta del personal administrativo de la ETITC.



FORTALEZAS	ASPECTOS POR MEJORAR	NO CONFORMIDADES
Se evidencia que existe el documento Estrategias de Permanencia y Retención de Estudiantes, el cual es actualizado cada 6 meses.		<p>No se evidencia un seguimiento al plan de mejora 2017, por parte del área encargada, lo cual se soporta en el hecho que al solicitar el registro Plan de Mejoramiento y Seguimiento, no fue presentado, incumpliendo de esta manera, con lo establecido en el numeral 10.2.2, inciso b), de la norma NTC-ISO-IEC 9001:2015, que indica: "La organización debe conservar información documentada como evidencia de:</p> <p>b)- los resultados de cualquier acción correctiva.</p>
Se evidencia que se verifica el cumplimiento de las Estrategias de Permanencia y Retención de Estudiantes, mediante la actividad de seguimiento a cada estudiante, además, existe un campo en la matriz donde se introduce el resultado del seguimiento.		
Se evidencia la existencia del documento Evaluaciones de Desempeño de 2017, el cual está debidamente diligenciado.		
Se evidencia un dominio, por parte de los servidores públicos, del procedimiento de control de documentos.		
Se evidencia cómo el proceso Docencia PES, previene el uso no intencionado de documentos obsoletos, mediante una actividad periódica de revisión de los documentos publicados y en caso de identificar alguna novedad en los mismos, solicitan al área de Calidad su actualización.		
Se evidencia la existencia del Plan de Mejoramiento 2017, donde se encuentran las acciones correctivas pertinentes y la firma de aprobación del líder del proceso.		
Se evidencia que los servidores públicos, del proceso Docencia PES, tienen dominio de la Política Ambiental de la Institución.		
Se evidencia la existencia de la matriz de peligros, para el proceso Docencia PES y además, existe dominio, por parte del personal auditado, acerca de los peligros identificados		
Se evidencia la existencia de las acciones, en la matriz de peligros, para mantener los peligros controlados y dominio del personal auditado, en el tema en cuestión.		
Se evidencia que los servidores públicos, del proceso Docencia PES, tienen dominio del procedimiento GSI-PC-02 PROCEDIMIENTO DE CLASIFICACIÓN Y ETIQUETADO DE LA INFORMACIÓN.		
Se evidencia que los servidores públicos, del proceso Docencia PES, establecen controles de seguridad administrativos, que permiten bloquear la sesión de usuario cuando desatienden el computador, adicional, tienen por costumbre echar candado a la oficina, cuando termina la jornada laboral o salen a reunión. Por otro lado, apagan el equipo de cómputo, cuando termina la jornada laboral. Por último, cuando se efectúa aseo a las oficinas, un servidor público del área, acompaña al personal que efectúa el aseo.		
Se evidencia que los servidores públicos, del proceso Docencia PES, tienen dominio de la Política de Escritorio Limpio y Pantalla Limpia de la Institución.		
Se evidencia que los servidores públicos, del proceso Docencia PES, tienen dominio de la Política de Privacidad y Protección de Datos Personales de la Institución.		



FORTALEZAS	ASPECTOS POR MEJORAR	NO CONFORMIDADES
Se formalizó el formato GDA-FO-02 alistamiento de evidencias lo cual facilita la obtención de información para el proceso de autoevaluación.		
Se cuenta con el cronograma de autoevaluación y se han ido cumpliendo las etapas de acuerdo a su programación, a la fecha se encuentra cargado en la plataforma del CNA el informe de autoevaluación para 11 programas y se está a la espera de la preselección de pares para visita de acreditación de calidad.	Se recomienda que en el área se tenga copia física o digital del acta en la cual el sistema de gestión integrado	Se evidenció que no se conoce la TRD de su proceso y los documentos que se generan no cuentan con la clasificación y etiquetado incumpliendo los literales 8.2.1, y 8.2.2. de la NTC ISO 27001: 2013
Se hace buen uso de los instrumentos de autoevaluación y se actualizan de acuerdo a las necesidades.	Se recomienda que en los documentos de aprobación de informes de autoevaluación se evidencie el registro de quien, elabora, revisa y aprueba,	
Se evidenció el informe de autoevaluación de la Facultad de Ingeniería Electromecánica.		No se evidencia una adecuada implementación del procedimiento GSI-PC-02 PROCEDIMIENTO DE CLASIFICACIÓN Y ETIQUETADO DE LA INFORMACIÓN, lo cual se soporta en el hecho que al solicitar la documentación del área que está siendo controlada por la TRD (Documento Informe de Autoevaluación), no se encontraba etiquetado al pie, incumpliendo de esta manera, con lo establecido en el numeral A.8.2.2, del Anexo A, de la norma NTC-ISO-IEC 27001:2013, que indica: " Etiquetado de la Información"
Se tiene programado el apoyo de pares aliados de la Universidad del Valle para fortalecer el proceso de autoevaluación.	Se recomienda que desde el área se conozca la metodología para reportar incidentes y accidentes de trabajo, la respectiva diferencia entre ellos.	
Se cuenta con el cronograma de vigencia de los registros calificados, se hace el seguimiento y se informa a la Vicerrectoría Académica y a las Facultades para que la información se cargue a la plataforma del CNA por lo menos con ocho meses de anticipación al vencimiento de los registros calificados.	Participar en las actividades que se programan desde seguridad y salud en el trabajo y Gestión Ambiental.	
Realiza clasificación de los residuos que se generan en el área.	Se recomienda que se implemente el uso de la guaya de seguridad en el equipo portátil del área ya que pese a que la oficina cuenta con seguridad es vulnerable dado que la pared divisoria no va hasta el techo.	
Participa en las actividades que se llevan a cabo desde seguridad de la información.		
Acata y cumple con la política de escritorio y pantalla limpia.		



FORTALEZAS	ASPECTOS POR MEJORAR	NO CONFORMIDADES
<p>La inclusión en el formato del en el formato del plan de mejoramiento GDC-FO-10 la verificación de la eficacia de las acciones implementadas, garantizando la mejora determinados para el tratamiento de los hallazgos no conformes.</p>	<p>Se recomienda proceder con la aprobación de la Tabla de Retención Documental (TRD) con el visto bueno de los responsables del proceso de gestión documental y llevar a cabo la transferencia de los archivos allí relacionados.</p>	<p>No se realizó la auditoria en el año de 2017 programada para el mes de octubre debido a que los auditores internos modificaron las fechas y al final del año nos e ejecuto la respectiva auditoria, incumpliendo el numeral 9,2,2 literal e).</p>
<p>Operativamente se realiza adecuadamente el control de cambios en los procedimientos y se cuentan con los registros necesarios para su evidencia.</p>		
<p>Seguimiento, evaluación y análisis adecuado a la satisfacción del cliente a través de los formatos GIC-FO-11 sobre evaluación de la gestión del servicio prestado y GDC-FO-11 sobre evaluación de la Gestión del servicio prestado y GDC-FO-08 sobre el control de producto o servicio no conforme</p>		
<p>La revisión por la alta dirección en adecuada y se realiza acorde con los criterios establecidos y con reuniones permanentes a través del actual Comité de gestión de Desempeño.</p>	<p>Se tienen identificados en el mapa de riesgos los relacionados con el proceso propio y los riesgos transversales de los procesos de evaluación de gestión ambiental, seguridad de la información, seguridad y salud en el trabajo, pero se recomienda realizar jornadas de trabajo con los líderes de proceso para ajustar este mapa.</p>	<p>El procedimiento GDC-PC-01 se encuentra actualizado, sin embargo, al realizar la verificación se evidencia que la versión vigente (el numero 7) no se ha publicado en la página Web, incumpliendo así la actividad 4 del procedimiento " Actualizar y Publicar " ya que se encuentra publicada la versión 6 la cual no contiene la codificación de los procesos de Gestión Ambiental (GAM) y Seguridad y salud en el Trabajo (SST). Incumpliendo el numeral 7.5.3.2 literal c) y d).</p>
<p>Liderazgo en la transición hacia la integración d os demás sistemas de gestión y es positivo su compromiso evidenciando en apoyar con la participación activa en la implementación de acciones que aporten al cumplimiento de objetivos en los diferentes sistemas de seguridad de la información, gestión ambiental, seguridad y salud en el trabajo.</p>		
<p>Etiquetado y clasificación de formatos y procedimientos según los lineamientos del procedimiento SGI-PC-02 relacionado con clasificación y etiquetado de la información</p>	<p>Garantizar el cumplimiento total del programa de auditoria interna, teniendo acciones de contingencia en caso que no se realicen las auditorías en los meses establecidos</p>	<p>Se evidencia que el Normograma publicado en la página Web no incluye la Ley general de Archivo (Ley 594 de 2000) el cual relaciona que el proceso debe tener una tabla de retención documental según el artículo 24, incumpliendo el Numeral 8.2.2., literal a).</p>
<p>Se evidencia que se lleva a cabo una adecuada estrategia relacionada con la formación continua de auditores, pero es indispensable complementar con una metodología a la evaluación de los auditores que permita fortalecer con mayor empoderamiento las competencias en el desarrollo de auditorías internas.</p>		



FORTALEZAS	ASPECTOS POR MEJORAR	NO CONFORMIDADES
El sistema de información disciplinaria SID se encuentra al día		Como resultado de la auditoria, se evidencia el desconocimiento con la política y procedimientos ambientales institucionales, basado en la norma numeral, NTC ISO14001.
El archivo documental de gestión coincide con lo registrado en el sistema de información de SID		Al realizar la auditoria, en sitio se evidencio que no esta dando cumplimiento a la política de escritorio limpio, incumpliendo el anexo A. 11.2.9. de la norma (NTC 2700 2013)
La apertura de investigaciones disciplinarias, se analizan con el conjunto con secretaria general, basados en el artículo 43 de la Ley 734.		Se observó, la no utilización del manual de identidad en cual esta publicado en el sitio web, se descarga para su conocimiento y posterior utilización
Cuenta con informes actualizados y desarrollados que muestran el estado de los diferentes procesos disciplinarios abiertos		



FORTALEZAS	ASPECTOS POR MEJORAR	NO CONFORMIDADES
Como fortaleza se observada la disposición del funcionario auditado para proporcionar oportunamente la información y documentación solicitada	Se recomienda realizar campañas Ambientales con los estudiantes para enseñarles la disposición final de los residuos.	
Se denota en el funcionario auditado y su equipo de trabajo tienen pleno conocimiento de la normatividad vigente del área.	Se recomienda a las áreas de planta física y mantenimiento locativo la restauración de los espacios y su señalización en los talleres y laboratorios	
Hay organización documental en el proceso auditado.	Se recomienda a las áreas de seguridad y salud en el trabajo la entrega oportuna de los elementos de protección a los docentes	
La planeación se ha desarrollado en los tiempos previstos sin contratiempo alguno		
Se observa control y rigurosidad en el proceso de implementación de la normatividad vigente, procesos y procedimientos.		
Como fortaleza existe el comité de seguridad de la información que se reúne una vez al mes.		



FORTALEZAS	ASPECTOS POR MEJORAR	NO CONFORMIDADES
Se realiza autoevaluación permanente para identificar oportunidades de mejora en el tiempo real.	Se recomienda realizar talleres de sensibilización entre su equipo de trabajo para apropiar los procesos y procedimientos	El procedimiento GIC-PC-18 "Contingencia Recuperación y Retorno a la Normalidad" no se encuentra firmado por el Líder del proceso de informática y comunicaciones por lo que incumple el numeral 4.2.3 control de documentos.
Se cuenta con apoyo especializado en relación a la arquitectura de software	Se recomienda desarrollar actividades de sensibilización para apropiar entre el equipo de trabajo el conocimiento en relación al control de documentos.	
Se cuenta con el plan estratégico de tecnologías de la información en un avance óptimo y alineado con la identidad institucional	Se recomienda asistir a las capacitaciones programadas por el área de seguridad en el trabajo	No se tiene evidencia de identificación de peligros en el proceso "Gestión de Informática y Comunicaciones" según el numeral 4.3.1. identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles.
Se cuenta con diferentes comités con el propósito de llevar mayor control a los planes de acción	Se recomienda participar en actividades de gestión ambiental	
Se encuentra integrado con el sistema de gestión documental y la tabla de retención		No se tienen evidencias de las acciones a definir para mantener bajo control los peligros identificados según el numeral 4.3.1 identificación de peligros, valoración de riesgo y determinación de controles.
Se cuenta con sistemas de información actualizados y articulados entre los demás procesos de la ETITC.		
Realiza clasificación de los residuos que genera en el área		Se evidencia que el formato CIG-FO-09 Bitácora control de acceso Centro de Computo no contiene la autorización de tratamiento de datos personales
Participa en las actividades que se llevan a cabo desde seguridad de la información.		
Conoce y aplica la política de escritorio y pantalla limpia		



FORTALEZAS	ASPECTOS POR MEJORAR	NO CONFORMIDADES
El proceso ha realizado la transferencia documental relacionada en la Tabla de Retención Documental (TRD).	Se recomienda proceder con la aprobación de la Tabla de Retención Documental (TRD) con el visto bueno de los responsables del proceso de gestión documental y llevar a cabo la transferencia de los archivos allí relacionados.	Se reitera diligenciar la totalidad de los campos del formato GTH-FO-05 de control de asistencia, ya que no se ha cerrado este hallazgo levantado desde la auditoría del año 2017. Incumplimiento NTC ISO 9001:2015 numeral 10 y NTC GP 1000:2009 numeral 8.5.
Se realizan los cursos y diplomados de acuerdo a las necesidades de las empresas.	Actualizar y modificar la información o documentos existentes en la TRD del proceso, ajustándose a los documentos que utilizan como por ejemplo la historia de egresados.	Se evidencia que en el Normograma del proceso no se incluye la Ley general de Archivo (Ley 594 de 2000) la cual relaciona que el proceso debe tener una tabla de retención documental según el artículo 24, incumpliendo así el Numeral 8.2.2., literal a).
Se desarrollan los cursos de idiomas que son aprobados por el CADEL, garantizando la continuidad de los mismos evitando su suspensión, a través de estrategias de mercadeo.	Legalizar el formato con calidad sobre el control de asistencia en las clases de los cursos, incluyendo la cláusula de tratamiento de datos personales.	
Se solicitó el Back up automático al área de sistemas y se evidencia el respaldo de la información durante el año 2017.	Organizar toda la información principalmente la relacionada con la gestión de los egresados.	Se evidencia un acta de reunión con los docentes para la programación del contenido de los cursos, utilizando el formato GDC-FO-02 versión 3, pero no se usa el formato con la versión 5 que es la actual y vigente, incumpliendo el literal a del numeral 7.5.3.2.
	Formalizar y publicar el programa de egresados para los años 2017 y 2018, ya que es un documento que está consignado en la planeación del proceso según el procedimiento EXT-PC-02 y la caracterización.	
	De acuerdo al diagrama del proceso EXT-PC-02 en el paso 5 "Difundir información" se relaciona que ya no se remiten ofertas laborales ya que se va a utilizar una plataforma específica la cual se encuentra en construcción. Por ello se debe actualizar esta información en el procedimiento, aclarando que ya no se remite esa información y describir la forma en la que se está realizando actualmente.	De acuerdo a la caracterización del proceso se deben planificar unos indicadores, los cuales están formulados, pero no se evidencian las metas trazadas ni los resultados de medición durante el año 2017, omitiendo lo estipulado en el numeral 6.2.1. en su literal b.



FORTALEZAS	ASPECTOS POR MEJORAR	NO CONFORMIDADES
	En el seguimiento de egresados para las encuestas en momento 0, 1, 3 y 5, se recomiendan implementar estrategias para que se apliquen las encuestas a partir del momento 1 en adelante.	
	Se recomienda actualizar el procedimiento EXT-PC-01, específicamente en el paso 9 "Inducción de estudiantes", en dónde se debe aclarar que esa inducción no aplica para los cursos de idiomas	
	En general revisar nuevamente el etiquetado de la documentación y se recomienda validar la clasificación y etiquetado aplicable por ejemplo al acta de matrícula para los cursos.	
	Se recomienda implementar la política de escritorio limpio y pantalla limpia en los computadores del área. Ya que se revisan las pantallas de los escritorios y se recomienda no tener tantos archivos disponibles allí.	
	Se recomienda participar en las jornadas de sensibilización, charlas o talleres dispuestas por las áreas de gestión ambiental, seguridad y salud en el trabajo y seguridad de la información, con el fin de tratar los posibles riesgos en cada uno de estos sistemas.	



FORTALEZAS	ASPECTOS POR MEJORAR	NO CONFORMIDADES
Los equipos se encuentran con las sesiones bloqueadas evitando el acceso no autorizado en los equipos desatendidos.	Implementar mecanismos para analizar e informara la alta dirección, los resultados de la medición del indicador de ingresos /compromisos.	No se evidencia un proceso o actividad para el registro periódico y sistemático de los ingresos y las inversiones que se realizan para la academia, la investigación y la movilidad por programa académico.
Se evidencia la ejecución de recursos para fortalecer los procesos relacionados con los diferentes sistemas del SGI.	Revisar el mapa de riesgos asociados al proceso relacionados con: entrega de cargo, manejo de archivos de información, respaldo del funcionario y temas relacionados con gestión en seguridad y salud ocupacional y gestión ambiental específicos para el proceso.	Se evidencia que los formatos "GRF-FO-08 Comprobante de Ingresos" y "GRF-FO-11" Comprobante de Egreso de Consumo" así como los estados financieros, no tienen la clasificación y etiquetado de la información.
	Se recomienda asignar un respaldo operativo para las actividades asociadas al manejo de presupuesto, debido a que una sola persona cuenta con los perfiles y acceso a la información.	No se encuentra evidencia de inducción al personal nuevo, que asegure que las personas que realicen el trabajo bajo el control de la organización tomen conciencia de política aspectos y riesgos ambientales, de calidad y seguridad y salud en el trabajo que impactan al proceso
	Se recomienda que el Plan de Acción sea parte integra de análisis del contexto del proceso, como elemento base de verificación para la ejecución de los recursos financieros	No se encuentra evidencia de inducción al personal nuevo que asegure la entrega del cargo donde establezca las carpetas o expedientes que componen el archivo físico y la información contenida en medios magnéticos o electrónicos
	Se recomienda gestionar los espacios de trabajo adecuados para el manejo del archivo físico.	No se encuentra evidencia de entrega con el detalle pormenorizado sobre la situación de los recursos materiales, financiero y humanos, así como los bienes muebles e inmuebles a cargo de quien entrega
		Se evidencia sobre los escritorios documentos desatendidos con información institucional



FORTALEZAS	ASPECTOS POR MEJORAR	NO CONFORMIDADES
Se evidencia resultado de las encuestas de satisfacción para 2018, mediante al aplicativo de Mesa de ayuda		
Se evidencia que los funcionarios que gestiona el proceso de Gestión de Recursos Físicos conoce el procedimiento de control de documentos del sistema e Gestión de Calidad, lo cual se demuestra mediante el diligenciamiento d los formatos GDC-FO-03 SOLICITUD DE GENERACIÓN, REVISION, ACTUALIZACIÓN, O ELIMINACION DE UN DOCUMENTO.	Se recomienda elaborar cronograma de levantamiento de inventarios más real, ya que la visita a cada una de las oficinas requiere de tiempo tanto del Almacén como las dependencias.	
Se evidencia que el líder del proceso socializa los documentos que se modifican o generan, mediante el Sistema de Gestión de Calidad, prueba de ello es el correo de socialización enviado el 01/10/2018, GRF-FO-10, formato GRF-FO-10 FORMATO DE SEGUIMIENTO.		
Se evidencia que el líder del proceso elaboro el plan de mejoramiento para la vigencia de 2017, donde es válido aclarar que, según el informe, el proceso no tuvo no conformidades si no aspectos por mejorar, elaborando de manera proactiva el plan de mejoramiento respectivo.		
Se evidencia que los funcionarios del proceso tienen dominio de la Política Ambiental de la Institución, adicional mantiene controlado el cumplimiento de la política mediante el documento CONTRIBUCIÓN AL MEIO AMBIENTE.		
Se evidencia un óptimo diligenciamiento de la matriz de peligros, mediante el documento GTH-FO-32 MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS, VALORACIÓN DE RIESGOS Y DETERMINACIÓN DE CONTROLES.		
Se evidencia un satisfactorio cumplimiento de las acciones que permiten mantener los peligros identificados bajo control, mediante la implementación de las actividades definidas en el documento de CONTRIBUCIÓN DEL PROCESO DE GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS AL SISTEMA DE SST.		
Se evidencia que los funcionarios del proceso tienen dominio del procedimiento de clasificación y etiquetado de la Escuela.		



FORTALEZAS	ASPECTOS POR MEJORAR	NO CONFORMIDADES
Se evidencia una satisfactoria seguridad física de las oficinas, mediante la implementación del documento CONTRIBUCIÓN DEL PROCESO DE GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS AL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN.		
Se evidencia una satisfactoria actividad de clasificación y etiquetado de la documentación controlada por la TRD de Gestión de Recursos Físicos.		
Se evidencia una satisfactoria protección contra fallas de energía en los equipos, mediante la instalación de 17 UPS, 3 reguladores, la planta de emergencia y dispositivos DPS en los tableros de distribución		
Se evidencia una satisfactoria protección de cableado eléctrico y de telecomunicaciones, mediante la instalación de cableado área, donde solo personal autorizado tiene acceso adicional el resto del cableado se garantiza que la canaleta tenga la tapa, dándole cumplimiento al estándar TIA /EIA/606B		
Se evidencia una satisfactoria protección de equipos desatendidos, teniendo en cuenta que todos los portátiles y AlliOne cuentan con guayas, todos los equipos se encuentran en el directorio activos aplicando la directriz de bloqueo de pantalla cuando se evidencia inactividad.		
Se evidencia un satisfactorio dominio de la política de escritorio limpio y pantalla limpia.		
Se evidencia un satisfactorio dominio de la política y protección de datos Personales de la Institución.		
Se evidencia la elaboración del cronograma de Verificación de Inventarios y recursos para el 2018.		
Se evidencia la elaboración del informe de inventario para el 2018, según el cronograma definido ,mediante los documentos, INFROME PARCIAL LEVANTAMIENTO FISICO INVENTARIOS INDIVIDUALES de las áreas audiovisuales, decanatura de mecánica procesos industriales, especializaciones, control interno, archivo y correspondencia.		



FORTALEZAS	ASPECTOS POR MEJORAR	NO CONFORMIDADES
El área tiene un buen manejo y conocimiento en sus funciones	En el procedimiento GAD-PC-02 se evidencia la falta de integridad en la información, ya que su descripción no coincide con el objetivo, se recomienda revisar y mejorar el procedimiento.	Se evidencia que en los estudios previos del contrato No. 313 de 2007, formato GAD-FO-05 no tiene la firma de la persona que solicita el servicio. Incumplimiento NTC ISO 900:2015 numeral 7.5.2 y NT GP 1000:2009 numeral 4.2.4
	Se recomienda en el GAD-PC-02 incluir en su procedimiento la evaluación de proveedor de acuerdo a la caracterización del área.	Se evidencia que en la solicitud de prórroga del contrato 313 de 2017, no tiene la firma del Representante Legal de la Escuela. Incumplimiento NTC ISO 900:2015 numeral 7.5.2 y NT GP 1000:2009 numeral 4.2.4
	Se recomienda actualizar la tabla de retención documental y llevar a cabo la transferencias de los archivos relacionados.	Se evidencia que en el formato de evaluación de proveedores formato GAD-FO-06 sólo lo aplican para contratos de obra. Incumplimiento NTC ISO 9001:2015 numeral 8.4.3 y lo establecido en la caracterización del proceso.
	Se recomienda participar en las capacitaciones, charlas o talleres que organiza el área de gestión ambiental, seguridad y salud en el trabajo y seguridad de la información, con el fin de mitigar los posibles riesgos de cada uno de estos sistemas.	Se evidencia que el normograma del proceso no se encuentra actualizado en cuanto a la Ley General de Archivo y la ley 1882 de 2018. Incumplimiento NTC ISO 900:2015 numeral 7.5.2 y NT GP 1000:2009 numeral 4.2.4
	Se recomienda en los escritorios y pantallas de los equipos no tener archivos de carácter sensible.	Se evidencia que el plan anual de adquisiciones no se encuentra actualizado por lo que incumple lo dicho en el numeral 7.5.2 de la norma NTC ISO 9001:2015
	Se recomienda en la caracterización contemplar el plan de adquisiciones como entrada del proceso.	Los documentos procedentes de manera externa se deben categorizar para garantizar la mejora en los controles de seguridad de la información; la carpeta de contratistas no cumple con este criterio que se detecta en el anexo 15.2.2 "Gestión de cambio en los servicios de los proveedores".
	Se recomienda actualizar el normograma del área.	



FORTALEZAS	ASPECTOS POR MEJORAR	NO CONFORMIDADES
Se tiene el seguimiento al plan de mejora realizado con base en el informe de auditoría del año 2017,	Se recomienda que se evalúen y se retroalimenten los canales de comunicación, pues no se tiene certeza para identificar si la comunicación esta llegando a todas las partes interesados	Los documentos presentados no cuentan con el etiquetado respectivo.
Se ha actualizado el contexto institucional	Organizar la información que se tiene a cerca del contexto, partes interesadas, definiendo las necesidades y expectativas de las partes.	
Se evidencio la socialización y seguimiento mensual al plan de Acción.	En la ORII Existen algunas recomendaciones de la auditoría de 2017 por concretar y realizar. Como lo es la finalización del procedimiento DIE-PC-02 Movilidad Académica	



FORTALEZAS	ASPECTOS POR MEJORAR	NO CONFORMIDADES
Cuentan con un enlace entre el área de informática y comunicaciones que permite agilizar la información para el proceso de Gestión Documental	Se sugiere establecer un método organizado para archivar las evidencias propias del proceso	El formato GIC-FO-08 " CONTROL DE CONSULTAS Y/O PRÉSTAMOS DE EXPEDIENTES " no se encuentran (recibido, entrega fecha) por lo que incumple el numeral 4.2.
Se evidencia utilización adecuada de los implementos de seguridad propios para el área	Se recomienda hacer uso del manual de identidad visual.	Se evidencio el incumplimiento del etiquetado de seguridad de la información en los formatos GIC-FO-04, GIC-FO-05, GIC-FO-06, GIC-FO-08, GIC-FO-10, GIC-FO-11, GIC-FO-12, GIC-FO-18, incumpliendo así el numeral de la norma 4.2
Conocen y aplican la política de escritorio y pantalla limpia, verificada en cada equipo de trabajo.	Se sugiere dar por terminado el seguimiento al formato GIC-FO-07 y socialización.	Se evidencia que el Nomograma del proceso no se incluye la Ley General de Archivo (Ley 594 de 2000) la cual relaciona que el proceso debe tener una tabla de retención documental según el artículo 24,incumpliendo así el numeral 8.2..2 Literal a)
Se evidencia estudios aplicados de los posibles riesgos asociados a la implementación de la nueva plataforma SIAC.		
Se evidencio registro de las capacitaciones realizadas con respecto a la implementación de la plataforma SIAC.		



FORTALEZAS	ASPECTOS POR MEJORAR	NO CONFORMIDADES
<p>La creación de un cronograma interno de actividades, como seguimiento a los grupos de semilleros, evidencia una mejora continua en el control de la provisión del servicio.</p>	<p>Se recomienda que toda la información concerniente a las convocatorias se publique en el banner de investigación ya que solo se evidencia en el link de noticias, a fin de que el cliente pueda encontrar la información de manera rápida y en el sitio de interés.</p>	<p>Al realizar la verificación de los Documentos que hacen parte del Sistema de Gestión del proceso de investigación y que están publicados vía web, se evidencia que hay documentos que no cuentan con el etiquetado de la información incumpliendo con los controles determinados en el Anexo A del numeral A.8.2.2. (Etiquetado de la información.)</p>
<p>El compromiso por parte del equipo de trabajo frente a las acciones determinadas e implementadas en el mapa de riesgos del proceso de investigación, permitiendo el control y la disminución de dichos riesgos.</p>	<p>En el desarrollo de los procedimientos generados en el área de investigación verificar si los registros definidos en las actividades son necesarios de llevarse en físico, ya que se entiende que la totalidad de los procedimientos son requisitos por cumplir, por lo que se recomienda considerar el cambio de los formatos en físico a modo virtual, siempre y cuando se asegure su disponibilidad e idoneidad para su uso y como evidencia de la operación.</p>	<p>En la verificación del registro que se debe realizar en la plataforma de Redcolsi según la descripción del procedimiento Creación, Funcionamiento y Cierre de un Semillero de Investigación INV-PC-01, se evidencio que el responsable no cuenta con la clave de acceso a dicha página, incumpliendo el Numeral A.18.1.3. (Protección de registros)</p>
<p>El proceso que llevan actualmente como apoyo a la Vicerrectoría Académica, en materia de Acreditación de Alta calidad, mediante los lineamientos del Consejo Nacional de Acreditación – CNA, para cumplir con los más altos estándares en calidad educativa, evidencia que el área de Investigación es eje fundamental en esta fase, por lo que ha generado en el proceso de investigación el desarrollo del mejoramiento y actualización continua</p>		<p>Al constatar el procedimiento para la Creación, Funcionamiento y Cierre de un Semillero de Investigación INV-PC-01 mediante la trazabilidad del semillero DIEXP, se evidencia que no se lleva al día el registro INV- FO- 09, ya que no se encuentra al día con las firmas, así como el registro INV FO- 08 el cual no contiene las fechas de los encuentros realizados con los estudiantes, incumpliendo el Numeral 8.1 literal e)</p>
<p>La actualización del modelo de desarrollo e innovación como fortalecimiento institucional entorno a la investigación.</p>		
<p>El aseguramiento de la información que se genera en el área, mediante el manejo de los archivos en la nube – Drive, evidenciando el aprovechamiento de las herramientas tecnológicas y la facilidad de los procesos</p>		



FORTALEZAS	ASPECTOS POR MEJORAR	NO CONFORMIDADES
Existe control de tiempos en el cumplimiento de citación a las audiencias, términos de contestación en derechos de petición, y respuestas a las demandas.	Se recomienda revisar la política de operación e incluir el etiquetado de Seguridad de la información	No se evidencia clasificación de etiquetado en los documentos establecido en el numeral (A:8.2.2) de la norma 27001:2013.
Se observa control y organización en los procesos que se manejan en la plataforma de Ekogui	Se recomienda participar activamente en las jornadas de sensibilización, charlas o talleres dispuestas por las áreas de gestión ambiental, seguridad y salud en el trabajo y seguridad de la información,	
Conocen y aplican la política de escritorio y pantalla limpia	Se recomienda realizar actualización de la TRD.	



FORTALEZAS	ASPECTOS POR MEJORAR	NO CONFORMIDADES
<p>Los responsables de los equipos de cómputo, mantienen la sesión bloqueada, cuando los equipos están desatendidos, cumpliendo con Anexo A 11.2.8 de la NTC ISO 27001:2013.</p>	<p>Se evidencio que el proceso de Bienestar Universitario se realizan actividades en diferentes espacios, dentro y fuera de la institución, que ponen en riesgo la vida y la salud de los participantes. Por tanto, se recomienda que, que al ser previsible dichos riesgos, deben estar identificados y controlados en el Mapa de Riesgos, así como en protocolos de respuesta.</p>	<p>Se evidencio que en algunos puestos de trabajo no se le da total cumplimiento al numeral 4.3 del Manual de Políticas de Seguridad y Privacidad de la Información – Política de Escritorio Limpio y pantalla limpia, así como, al Anexo 11.2.7 de la NTC ISO 270001: 2013</p>
<p>Los documentos representados en la Auditoria cuentan con el etiquetado de la información, cumpliendo con el anexo A 18.2.2 de la NTC ISO 277001:2013</p>	<p>Se recomienda solicitar la inclusión del mantenimiento de los equipos del Gimnasio y demás áreas donde se realicen actividades deportivas, en el programa de mantenimientos de equipos de la institución.</p>	<p>No se evidencio la presentación de los funcionarios del área en asuntos de S y SO, para ser parte del Equipo de Brigadistas de la ETITC, ni se evidencio capacitación en el curso de primer respondiente, conforme a lo socializado en la reunión general del día 7 de noviembre de 2018, y por directriz de Rectoría, incumpliendo con el numeral 4.4.2 y el numeral 4.4.7 de la NTC ISO OSHAS 18001:2007.</p>
<p>Existencia de proyectos que establezcan estrategias pedagógicas y actividades extracurriculares orientadas a optimizar las tasas de retención y de graduación de estudiantes en los tiempos previstos, manteniendo la calidad académica del programa.</p>	<p>Se recomienda estandarizar el nombre del formato GBU-FO-02 atención del caso vs el formato GBU-FO-02 atención individual Psicología</p> <p>Se recomienda llevar un control más detallado del seguimiento a los convenios, en términos de competencia, seguridad social, confidencialidad de la información, cumpliendo a políticas y normas del SIG</p>	
<p>Los servicios de bienestar universitario son suficientes, adecuados y accesibles, son utilizados por profesores, estudiantes y personal administrativo del programa y responden a una política integral de bienestar universitario definida por la institución</p>	<p>Se recomienda para temas de autoevaluación, fortalecer los estudios de caracterización y el programa para identificar la deserción Factor 4 características 19 de los lineamientos de acreditación de programas académicos del Consejo Nacional de Acreditación, llevando registros periódicos de los estudiantes teniendo en cuenta variables de vulnerabilidad.</p>	
	<p>Se recomienda suscribir un Acuerdo de Confidencialidad con sus practicantes del área de psicología, pese a que la ley vigente prevé la reserva de la información en ejercicio de la profesión</p>	