



INFORME 2.6-52.18/16 DEL 2021 DE SEGUIMIENTO A LA FORMULACIÓN Y AVANCES DEL PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA AUDITORÍA EXTERNA DE CALIDAD A LA VIGENCIA 2020.

1. Objetivo

Verificar el avance en la formulación y ejecución de las acciones definidas para el tratamiento de las No Conformidades – NC y Oportunidades de Mejora – OM, identificadas en el seguimiento al Sistema de Gestión de Calidad de la Universidad del Cauca, por el ICONTEC, en la auditoría externa de calidad y presentar sus resultados al Comité Institucional de Gestión del Desempeño y de Control Interno y a los procesos responsables, como insumo a la toma de decisiones para la mejora.

2. Alcance

Aplica al Plan de Mejoramiento resultante de la auditoría externa a la vigencia 2020, respecto de las acciones de respuesta a las NC y OM identificadas.

3. Criterios normativos

- ✓ Ley 87 de 1993 sobre el ejercicio de control interno
- ✓ Decreto 1083 del 2015 Único Reglamentario del sector Función Pública
- ✓ NTC ISO 9001:2015 – Requisitos sobre el Sistema de Gestión de la Calidad
- ✓ GTC ISO 19011:2018 – Directrices para la Auditoría de Sistemas de Gestión
- ✓ Resolución Rectoral 290 del 2019 – que ordena medidas de impulso al Plan de Mejoramiento Institucional
- ✓ Resolución Rectoral 106 del 2020 – que adopta el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG

4. Fuentes de información

- ✓ Documento: “INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMAS DE GESTIÓN” resultante de la Auditoría remota practicada por el Icontec del 05 al 09 de abril del 2021.
- ✓ Información publicada en el Banner del Programa Lvmen de la Universidad del Cauca.
- ✓ Las demás necesarias para el ejercicio auditor.



Hacia una Universidad comprometida con la paz territorial

5. Metodología

La evaluación se llevó a cabo bajo las medidas de carácter general y las internas de la Universidad, con ocasión de la declaración de la Pandemia COVID-19, que impuso el aislamiento y la modalidad de trabajo en casa.

Se aplicó las técnicas establecidas en la Guía de Auditoría de la Universidad del Cauca, entre otras: inspección, observación y confirmación de los registros digitales; y a los criterios definidos y aplicados para la formulación y seguimiento al Plan de Mejoramiento.

6. Desarrollo

Constituye insumo para el informe, el documento “PDM ICONTEC 2021” enviado por el Centro de Gestión de la Calidad y Acreditación Institucional – CGCAI, que contiene la matriz de formulación del Plan de Mejoramiento en el formato “PE-GS-2.2.1-FOR-26-Formato Plan de Mejora” – versión 11, para las OM y NC identificadas por el Icontec en el informe de auditoría en remoto realizada del 05 al 09 de abril del 2021.

En cumplimiento a las actividades N^{os} 7 y 8 del procedimiento de Evaluación y Seguimiento, código PV-GC-2.6-PR-6, la OCI con oficio 2.6-52.18/190 del 26/08/2021 remitió el pre-informe y convocó a reunión de cierre al CGCyAI, el que con oficio 2.2-92.8/308 del 31/08/2021 presentó observaciones.

La OCI analizó y valoró los argumentos y anexos, e incluye en cada observación la conclusión de cada criterio evaluado.

6.1. No conformidad

Se identificó por el ente certificador externo Icontec una (1) NC:

- Descripción: *“La organización no ha asegurado la provisión del servicio bajo condiciones controladas que incluyan: d) el uso de la infraestructura adecuada para la operación de los procesos”.*
- Evidencia: *“La provisión y uso de equipos de cómputo y software licenciado tal como autodesk y autocad que se requiere para los talleres del programa de Arquitectura, actualmente es gestionada por cada docente y no es controlada por la organización”.*

6.1.1. Corrección.

De la información compartida por el CGCyAI en Drive, se observó:

Tabla 1. NC y corrección

Corrección	Evidencia de la Corrección
Elaborar un diagnóstico de la necesidad de equipos de cómputo en condición de enseñanza remota para el programa de Arquitectura para planificar la gestión del software licenciado de autocad.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Estudiantes beneficiados Plan de Datos Arquitectura. Docx</i>, título: Listado estudiantes beneficiarios Plan de Datos programa Arquitectura, con 42 estudiantes. • <i>Listado Plan de Datos Arquitectura Abr. 9 2021. Xlsx</i>, sin título y con 42 estudiantes.

Fuente: Elaboración propia.

Observación a la Corrección:

- En el PE-GS-2.2.1-FOR-26, en el ítem “Causa” – columna “E”, existe el hipervínculo “*Form. Accion Correctiva (1)Área_de_impresión*” al formato “*Anexo: Formato de Registro de Acciones Correctivas y de Mejora*” donde se describe la corrección de la NC; la que debe determinarse como “*proyecto o actividad*” – Columna “F” definiendo criterios tales como: *Responsable de la Actividad, Indicador / Denominación de la Unidad de Medida de la Actividad, Cantidad de Medida de la Actividad, Periodicidad o frecuencia de realización de la actividad, Meta, Recursos, Evidencia de Cumplimiento, Fecha de inicio programada, Fecha de fin programada y su Peso*, para facilitar su seguimiento y el porcentaje de avance en su ejecución.
- ✓ No se evidencia el diagnóstico (procedimiento en el que se analiza, valora y evalúa el objetivo definido para corregir la situación descrita en la NC), en el que se identifiquen las necesidades de equipos de cómputo, y las gestiones inmediatas para la adquisición del software licenciado requerido para los talleres del programa de arquitectura.
- ✓ Se presenta como evidencia de la corrección, únicamente dos archivos: en Excel y en Word, que contienen el *Listado estudiantes beneficiarios Plan de Datos programa Arquitectura*, evidencia que no conduce al cumplimiento de la corrección.

Resumen respuesta CGCyAI:

- La corrección se ejecutó por la Facultad de Ingeniería Civil y como evidencia allegó los listados de estudiantes beneficiarios del plan de datos. Aclara el Centro, que la elaboración del diagnóstico es una acción y no una evidencia en sí misma, por lo que los listados son el producto del diagnóstico, y con ellos se da cumplimiento a la corrección.
- Menciona la Resolución R- 0134 del 08/03/2021 sobre lineamientos y procedimiento para asignación de planes de datos con acceso al servicio de internet móvil para estudiantes de pregrado en situaciones socioeconómicas vulnerables y dificultades de conectividad.

La OCI concluye:

- La corrección describe elaborar un diagnóstico de la necesidad de equipos de cómputo y la evidencia de implementación presentada indica “*Listado*

estudiantes beneficiarios Plan de Datos programa Arquitectura”, y no de equipos de cómputo.

Lo descrito en el ítem del anexo 3 - “Evidencia de implementación”: “Listado”, no es concordante con la “Corrección”: “Elaborar un diagnóstico de la necesidad de equipos de cómputo...”; sin embargo, el Centro valida su cumplimiento con el “*Listado estudiantes beneficiarios Plan de Datos programa Arquitectura*”; listado que ni siquiera informa sobre la efectiva entrega y recibo de los planes de datos, ni se acompaña de sus soportes.

6.1.2. Acción correctiva

Para las acciones correctivas el CGCyAI identificó en el “ANEXO 3 – CORRECCIONES, CAUSAS Y ACCIONES CORRECTIVAS” incluido en el documento “INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMAS DE GESTIÓN” lo siguiente:

Tabla 2. NC y Acciones correctivas.

Causa (s)	Acción correctiva	Evidencia de implementación
<ul style="list-style-type: none"> • Porque se gestionó con Autodesk la versión educativa para estudiantes y profesores que les permite el acceso libre al software requerido. • Porque es un programa joven que en su desarrollo va en sexto (6°) Semestre. • Porque no se han gestionado proyectos hasta la fecha que demanden de una licencia profesional y no se tenía prevista esta adquisición. 	Adquisición del software licenciado.	Factura de la Licencia
	Suministro de equipos de cómputo y conectividad a estudiantes del programa de Arquitectura que así lo requieran.	Listado de asignación
	Mejorar la planificación al Formular el plan anual de adquisiciones de los programas ante las decanaturas y conforme al procedimiento del plan anual de adquisiciones institucional	Plan formulado
	Seguimiento para evaluación de la eficacia del uso del software licenciado	Acta de seguimiento

Fuente: Informe Icontec.

Observación acciones correctivas:

Contrastada la información del Anexo 3 (Tabla 2) con la del formato PE-GS-2.2.1-FOR-26 matriz de Plan de Mejoramiento, diligenciado por el CGCyAI, se presentan las siguientes observaciones:

- No se describe el proyecto o acción a emprender para subsanar y corregir la causa de la NC identificada (¿Qué voy a hacer?), en la columna “F” - “*Proyecto*” del PE-GS-2.2.1-FOR-26, lo que dificulta determinar claramente el “¿Cómo lo voy hacer?... actividad(es) específicas a emprender o desarrollar para trabajar el proyecto o acción”.

- Las acciones correctivas identificadas en el Anexo 3 (Tabla 2), se diligencian en la columna “G” - “*Descripción de la(s) Actividad(es)*”.
- Existe diferencia entre lo consignado en la columna “R” - “*Evidencia del cumplimiento del indicador*” del formato PE-GS-2.2.1-FOR-26 y lo descrito en el Anexo 3 columna “Evidencia de Implementación” para la acción de mejora “*Seguimiento para evaluación de la eficacia del uso del software licenciado*”.

Anexo 3	PE-GS-2.2.1-FOR-26
Acta de seguimiento	Informe de seguimiento

Respecto del seguimiento a las acciones correctivas, a la fecha 30/07/2021, solo se ha avanzado en la ejecución de la acción correctiva “*Suministro de equipos de cómputo y conectividad a estudiantes del programa de Arquitectura que así lo requieran*” que presenta las mismas evidencias descritas para la corrección.

6.1.3. Formulación acciones correctivas

De la información registrada en el formato PE-GS-2.2.1-FOR-26 Vs el “*Instructivo para diligenciar Plan de Mejoramiento v2.ppt*”, se obtiene:

Tabla 3. Diligenciamiento formato Plan de Mejoramiento.

Ítem	Instructivo	Descripción en Formato	Observación OCI
Responsable de la actividad	Citar el responsable (Cargo) de trabajar las acciones, Ejemplo: Coordinador de programa, Jefe de oficina, Gestor de Calidad, Jefe de programa, Contratista.	“ <i>Coordinador Programa de Arquitectura Gustavo Adolfo Angel</i> ”	El responsable se describe con nombre propio.
Nombre del Indicador de cumplimiento	¿Cómo se mide? Nombre de la unidad resultante de la actividad a realizar, puede ser: Ejemplos: Cuantitativo: Número o porcentaje; Cualitativo: Procedimiento, reunión, registro de asistencia.	- Software - Equipos y plan de datos - Plan de Adquisiciones - Documento	Los indicadores definidos no permiten verificar la implementación de las actividades descritas, Ejemplo: Para la actividad “ <i>Adquisición del software licenciado</i> ” la estructura del indicador podría ser “ <i>software licenciado adquirido</i> ”. Nota: “ <i>La definición del nombre de un indicador depende en gran medida del objetivo que se desea verificar</i> ” ¹ .
Unidad de Medida de la Actividad	Cantidad de la unidad de medida: En esta casilla se cuantifica la actividad, establecida en	- Número - Número - Número - Porcentaje	El instructivo define los criterios para establecer la “ <i>Cantidad de la unidad de medida</i> ” y no para la

¹ Guía para la construcción y análisis de indicadores, DNP, pág. 14.

Ítem	Instructivo	Descripción en Formato	Observación OCI
	unidades o porcentajes de acuerdo a su denominación. Ejemplo: Un procedimiento, Dos reuniones, Tres capacitaciones, Cuatro visitas de campo.		"Unidad de Medida de la Actividad", lo que dificulta validar lo descrito en el Plan
Periodicidad o frecuencia de realización de la actividad	En esta casilla se debe determinar con qué frecuencia se va a ejecutar la actividad: Ejemplo: Semanal, Mensual, Trimestral, Semestral, Anualmente, Bianual.		Sin observación.
Meta	Registre el % total que quiere lograr (Meta) de acuerdo la actividad o acción.		Sin Observación.
Recursos	Identifique que recursos requiere para el desarrollo de la actividad		Sin Observación.
Evidencias del cumplimiento del indicador	Cite las evidencias que dan respuesta a la oportunidad de mejora o la no conformidad trabajada. (Evidencias). Ejemplo: Listado de, Registro de, Documento de, Informe de.	<ul style="list-style-type: none"> - Factura de la Licencia - Listado de asignación - Plan formulado - Informe de seguimiento 	La descripción de las evidencias no detalla adecuadamente el tipo de documento que permitirá verificar el desarrollo de la actividad.
Fecha de inicio programada y Fecha de finalización programada	DÍA-MES-AÑO que se dará inicio y finalización al proyecto o actividad	<ul style="list-style-type: none"> - Diciembre de 2021 y febrero de 2022 - Noviembre de 2021 y febrero de 2022 	No se establece el día de inicio y finalización de la actividad tal como lo establece el instructivo.

Fuente: Elaboración propia.

Observación al diligenciamiento del Formato:

Debilidades en el diligenciamiento del formato PE-GS-2.2.1-FOR-26, en los ítems relacionados con la identificación del responsable de la actividad, nombre del indicador de cumplimiento, unidad de medida de la actividad, evidencia de cumplimiento del indicador y fecha inicio/finalización programada.

El "*Instructivo para diligenciar Plan de Mejoramiento v2.ppt*" carece de codificación y actualización, teniendo en cuenta las modificaciones al formato PE-GS-2.2.1-FOR-26, versión 12.

6.2. Oportunidades de Mejora.

Revisado el "INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMAS DE GESTIÓN" la OCI observó un total de 25 OM, encontrando:

- El CGCyAI presenta en el formato PE-GS-2.2.1-FOR-26, acciones para gestionar ocho (8) OM relacionadas directamente con su operación.

Tabla 4. OM gestionadas por el CGCyAI

OM	Responsable	Comentario OCI
Es importante articular los factores externos e internos identificados en el análisis del contexto con las necesidades y expectativas de sus grupos de interés, para que estas estén actualizadas acorde a los cambios presentados.	Gestión de la Calidad	Acción y actividad definida para la actualización de las necesidades y expectativas de los grupos de interés con forme al contexto.
Para un mayor control de las posibles salidas no conformes, en los procesos misionales, es conveniente: <ul style="list-style-type: none"> • Una formación en los conceptos “salida no conforme” y “no conformidad”, para que se entienda la diferencia. • Continuar con la identificación de las posibles salidas no conformes, considerando todas las actividades, servicios y salidas del proceso, y sus controles para evitar su materialización. • Fortalecer el registro de aquellas salidas no conforme que se materializan acorde a lo requerido en el requisito del referencial de certificación. 	Gestión de la Calidad	Para las tres (3) OM se define una acción con tres actividades para la capacitación en Salidas no Conformes y NC, identificación y registro de Salidas no Conformes por procesos.
Profundizar en el análisis del desempeño de cada proceso, para determinar si los avances fueron los esperados, y de acuerdo con estos resultados tomar acciones para mantener o mejorar el desempeño.	Gestión de la Calidad	Se definió una acción para el análisis de Planes de Mejoramiento; y la revisión de indicadores de desempeño en cada proceso como actividad.
Evaluación a la oportunidad en su implementación y evaluar su eficacia para los planes de acción resultantes de auditorías interna de calidad.	Gestión de la Calidad	Acción para la evaluación de la eficacia de los planes de mejoramiento resultante de las auditorías internas de calidad
La consulta de la Norma 22301, como orientación para tomar acciones de continuidad de la operación en caso de eventos fortuitos.	Gestión de la Calidad	Acción para la consulta y análisis críticos de las normas.
La consulta de la Norma IS 21001, les dará herramientas propias del sector educativo para fortalecer su sistema de gestión.	Gestión de la Calidad	

Fuente: Elaboración propia

Para las OM gestionadas por el CGCyAI y registradas en el PE-GS-2.2.1-FOR-26 Vs el “*Instructivo para diligenciar Plan de Mejoramiento v2.ppt*”, se obtiene:

Tabla 5. Diligenciamiento formato Plan de Mejoramiento OM.

Ítem	Descripción en el Formato	Observación OCI
Proyecto	<ul style="list-style-type: none"> - Actualización de necesidades y expectativas de los grupos de interés. - Plan de capacitación en los 	- La descripción de algunos proyectos no cumple con lo definido en el instructivo, teniendo en cuenta que las

Ítem	Descripción en el Formato	Observación OCI
	conceptos, identificación, tratamiento de “salidas no conforme” y “no conformidad”. - Consulta de las normas 22031 y 21001:2018.	acciones deben expresarse con verbo en infinitivo. - Error en la identificación de la norma a consultar “22031”.
Descripción de la(s) Actividad(es)	- Buscar una estrategia para actualizar las necesidades y expectativas de los grupos de interés conforme al contexto. - Incorporar la evaluación de la eficacia de los planes de mejora durante las auditorías internas - Análisis críticos de las normas 22031 y 21001:2018. - Revisión de los Indicadores de desempeño en cada proceso.	- Se describen de manera general, sin definir ¿Cómo lo voy hacer?, actividad(es) específicas a emprender o desarrollar para trabajar el proyecto o acción. - La descripción de algunas actividades no cumple con lo definido en el instructivo, teniendo en cuenta que las acciones deben iniciar con verbo en infinitivo.
Nombre del Indicador de cumplimiento	- Documento - Procesos capacitados - Eficacia de Planes de mejora evaluados	Algunos indicadores no guardan coherencia con las actividades a implementar y las unidades de medida, ejemplo: Actividad: <i>Capacitación en “salidas no conforme” y “no conformidad” con Gestores de Calidad.</i> Indicador: <i>procesos capacitados.</i>
Unidad de Medida de la Actividad	- Porcentaje	La unidad de medida del indicador: “Valoración de los indicadores de desempeño”, “porcentaje”, no es concordante con la meta expresada en número “6”.
Evidencia del cumplimiento del Indicador	Documento	Observaciones descritas para estos ítems en la tabla 3.
Fecha de inicio programada y Fecha de finalización programada	- Agosto de 2021 y diciembre de 2022 - Septiembre de 2021 y Noviembre de 2021	

Fuente: Elaboración propia

- Existen tres (3) OM que se gestionan con los Planes de Mejoramiento – PM en ejecución.

Tabla 6. OM gestionadas en Planes de Mejoramiento suscritos

OM	Responsable	Comentario OCI
Para mejora la información resultante de las auditorías Interna de Calidad, es importante: <ul style="list-style-type: none"> • Continuar fortaleciendo el conocimiento de la norma para una mayor precisión del requisito incumplido. • Fortalecer la competencia de los auditores en 	Gestión de la Calidad	Abordadas en el PM suscrito e implementado con la OCI.

OM	Responsable	Comentario OCI
redacción de hallazgos para que sean más específico. <ul style="list-style-type: none"> En la redacción de la no conformidad, de manera que facilite al auditado la toma de acciones acorde a lo incumplido. 		

Fuente: Elaboración propia.

- Existen dos (2) OM gestionadas individualmente sin la formulación de acciones para su tratamiento.

Tabla 7. OM gestionadas individualmente.

OM	Responsable	Comentario OCI
En la metodología para la administración de riesgos, es importante incluir, durante la planificación de acciones, la manera en que se va a evaluar la eficacia de las acciones que se implementaran para abordarlos.	Gestión de la Planeación - Gestión del Control y del Mejoramiento Continuo	La MARUC se actualizó a Versión 3 incluyendo en el Monitoreo y Seguimiento indicadores de eficacia y efectividad como herramienta de medición a la aplicación de las acciones de tratamiento.
En los Planes de mejoramiento resultantes de auditorías internas de gestión en todos los procesos, dependencias, programas; es necesario una mayor oportunidad en su implementación y evaluar su eficacia, no solo por la implementación de las acciones, sino porque estas realmente hayan eliminado las causas que generaron los incumplimientos detectados.	Gestión del Control y del Mejoramiento Continuo.	El procedimiento de Evaluación y Seguimiento, código PV-GC-2.6-PR-6, versión 8 del 14-04-2021, define actividades 15 y 16 relativas al seguimiento a la efectividad de los planes de mejoramiento.

Fuente: Construcción propia.

- Existen doce (12) OM sin evidencia de gestión.

Tabla 8. OM sin evidencia de gestión

OM	Responsable
Para fortalecer el trámite de PQRS, sería conveniente: <ul style="list-style-type: none"> Establecer metas en cuanto a oportunidad en la respuesta, y de reducción de número de quejas y reclamos, con el fin de generar acciones conjuntas y retadoras. Usar la información resultante del seguimiento y medición para evaluar, previa comparación de resultados previstos con los alcanzados, el nivel de eficiencia y efectividad en el trámite 	Gestión de la Dirección Universitaria
Es importante que los procesos consideren otra fuente para generar acciones correctivas o de mejora, además de los resultados de auditorías, por ejemplo, la información que obtienen del seguimiento y medición que hacen en el proceso para verificar el cumplimiento de metas.	Todos los procesos
La continuación de la revisión del proceso considerando los cambios de Colciencias a Minciencias, entre las que están las políticas de apropiación social del conocimiento para la ciencia, tecnología e innovación, y cambios en comunicación.	Gestión de la Investigación

OM	Responsable
La revisión de los riesgos identificados en el proceso que mejore la inclusión del Plan de trabajo del grupo de investigación como control al riesgo de no categorización de proyectos o a otro riesgo asociado al cumplimiento de los requisitos legales.	Gestión de la Investigación
Un mejor aprovechamiento de la información obtenida de las encuestas a egresados por la asesoría en temas de inserción laboral, mediante el análisis de los resultados, de manera que no solo se describa los porcentajes obtenidos, sino que se analicen y se evalúen el desempeño de la actividad en relación a lo esperado.	Gestión Académica
Para fortalecer la formación por medios tecnológicos, sería importante generar espacios de retroalimentación de los docentes en los diferentes programas, para que compartan experiencias, con miras en identificar buenas prácticas que puedan ser replicadas en otros espacios de formación bajo la misma modalidad.	Gestión Académica
Se profundice en el análisis de las causas que generan las quejas, por parte de quienes son responsables de darle trámite; Mayor oportunidad en el trámite; Hacer el reporte del trámite realizado a la Secretaría General para que puedan actualizar la matriz de seguimiento y control de PQRS.	Gestión Académica
Establecer la efectividad del proceso de comunicación, en relación con el número de personas que participan en las actividades/programas, para validar la pertinencia de los servicios y la asertividad de los canales de comunicación.	Gestión de Cultura y Bienestar
Es necesario agilizar la implementación de la evaluación de la satisfacción de la comunidad educativa para conocer la percepción frente a los servicios/productos recibidos	Gestión de Cultura y Bienestar
Para facilitar lo anterior, sería pertinente indagar otros mecanismos que no sea únicamente a través de una encuesta de satisfacción, de manera que facilite obtener la información para analizar y evaluar el proceso e identificar mejoras de manera oportuna.	Gestión de Cultura y Bienestar
En el procedimiento de mantenimiento es importante el uso de la información que genera el aplicativo EPLUX, para identificar, mediante herramientas estadísticas, la recurrencia de requerimientos de mantenimiento, tanto locativos como de equipos, para tomar acciones encaminadas a disminuir su ocurrencia.	Gestión Administrativa

Fuente: Elaboración propia

El Centro envió a los líderes de procesos el informe de auditoría externa Icontec vigencia 2020 en correo electrónico del 07/05/2021 sin Tablas de Retención Documental – TRD, con el texto: *“Para su información y ajustes en sus Planes de Acción, comparto el informe de auditoría”*; sin directrices de impulso a la gestión de las OM, necesarias para la mejora continua en la Institución.

Entendiéndose que la gestión de las OM es discrecional de cada proceso, la OCI consultó con algunos de sus gestores de calidad, entre ellos: Gestión Académica, Gestión de la Cultura y Bienestar y Gestión de la Innovación, Investigación e Interacción Social, y constató el desconocimiento del “INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMAS DE GESTIÓN” presentado por el Icontec y sus OM, determinando que no se han definido acciones para su gestión.

Conforme a las observaciones específicas enumeradas en el informe, la OCI concluye las siguientes:

7. Observaciones generales.

- No existe concordancia entre la acción para la Corrección y la evidencia de su cumplimiento.
- No se logró visibilizar el proyecto o acción de tratamiento para gestionar las acciones correctivas de la No Conformidad.
- Debilidades en el diligenciamiento del formato PE-GS-2.2.1-FOR-26, en sus diferentes ítems para la No Conformidad y Oportunidades de Mejora.
- Desactualización del “Instructivo para diligenciar Plan de Mejoramiento v2.ppt”.
- Desconocimiento por algunos procesos del Informe de Auditoría Externa y ausencia de acciones que promuevan la gestión de sus Oportunidades de Mejora.
- Sin evidencia de impulso por el Centro de Gestión de la Calidad y Acreditación Institucional, a la gestión de las Oportunidades de Mejora, en fortalecimiento de la Mejora Continua de la Institución.

Teniendo en cuenta las observaciones planteadas en el informe, la Oficina de Control Interno presenta las siguientes

8. Recomendaciones

- Revisar y ajustar en su integridad las deficiencias del Plan de Mejoramiento propuesto por el Centro de Gestión de la Calidad y Acreditación Institucional, a fin de contar con criterios claros que fortalezcan su seguimiento.
- Actualizar el “*Instructivo para diligenciar Plan de Mejoramiento v2.ppt*”, acorde a las modificaciones del formato PE-GS-2.2.1-FOR-26, que orienten su adecuado diligenciamiento.
- Socializar el Informe de Auditoría Externa con los gestores de los procesos Institucionales, con el propósito de que sea insumo para la toma de decisiones y el fortalecimiento del Sistema de Gestión de la Calidad en cada proceso.
- Promover acciones de respuesta a las Oportunidades de Mejora determinadas para la Institución al Sistema de Gestión de la Calidad.

Evalúadores



OLGA LUCÍA CAMACHO MUÑOZ



DIEGO ERIKSON HUAMAN CANENCIO

Revisó y Aprobó



LUCÍA AMPARO GUZMÁN VALENCIA
Jefe Oficina de Control Interno