



Informe de Auditoría Interna

Código FCI-42 v.00

Página 1 de 1

Auditoría N°	PROCESO AUDITADO		Fecha		
	01	GESTION DE LABORATORIO	Día	Mes	Año
Auditor Líder	MARITZA CONSTANZA GAMBOA	Representante de la Alta Dirección	03	09	2019
	Nombres(s) del Equipo Auditor	Cargo	RENE VARGAS ORTEGON		
	LUIS GABRIEL GARCIA VILLAMIZAR - XIOMARA CAMARGO RIVERA - ALIX TORRES VERA	AUDITOR INTERNO SIG			
	FREDY SOLANO ORTEGA	DIRECTOR DEL AREA			
	FABIOLA RAMON - DORIS CAPACHO - SANDRA LILIANA VERA	PERSONAL DE APOYO DEL AREA			
	HORA DE INICIO: 2:30 p.m.	HORA DE FINALIZACION: 4:50 p.m.			

Objetivo(s)	Alcance
Documentos de Referencia (Criterios)	

Fecha de Apertura	Fecha de Cierre
Día 03	Día 03
Mes 09	Mes 09
Año 2019	Año 2019

Aspectos Relevantes	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tanto el Líder como su equipo de apoyo siempre tuvieron Excelente disposición a la auditoría con el fin de facilitar y suministrar la información requerida. ✓ El proceso muestra importantes fortalezas en el dominio en todos los temas. ✓ La funcionaria coordinadora del SIG y demás equipo de apoyo del proceso de laboratorios, domina perfectamente toda la normatividad y se identifica la organización completa del mismo. ✓ Continuar con la mejora continua del proceso. ✓ Continuar con la Actualización de la documentación del proceso frente a las normas de referencia NTC ISO 9001:2015, NTC ISO 9000:2015, Modelo Estándar de Control Interno – MECI:2014. ✓ Continuidad con la socialización, entendimiento y aplicación de las diferentes matrices apropiadas al SIG y necesarias para la mejora y avance del procesos
Aspectos por Mejorar	

Tipo	Requisito / Pregunta	Hallazgo del Cumplimiento/Incumplimiento
CONFORMIDAD PARA LABORATORIO	4.1 a. Comprensión de la organización y su contexto ¿Cómo determina las cuestiones externas e internas (Análisis del Contexto) que son	Se verifica el análisis de contexto sobre la matriz DOFA institucional el cual la conocen y la manejan acorde al Plan de Desarrollo Institucional Si manejan la Matriz DOFA. Su gran Fortaleza es el Talento Humano, horarios flexibles en el lapso de 6 am a 10 pm como lo mencionan en el procedimiento, sus capacitaciones, atentos a las necesidades de los auxiliares, respuestas



Informe de Auditoría Interna

Código FCI-42 v.00

Página 1 de 1

<p>OBSERVACION PARA LA ALTA DIRECCION</p>	<p>relevantes y pueden afectar la capacidad de lograr los resultados previstos en el proceso? (Como identifica el proceso las cuestiones internas y externas en la matriz de contexto organizacional)</p>	<p>oportunas a las solicitudes realizadas entre otras. Así mismo se evidencia que se socializó a través del acta de reunión de 069 del 26 de julio del 2019 Sus Debilidades: hacen referencia a la forma de contratación de la mano de obra el cual afecta en primera estancia la prestación del servicio y en gran medida la acreditación de laboratorios. La Calibración de los equipos y su respectivo mantenimiento tanto correctivos como preventivos a tiempo. Oportunidad: Buscar la Acreditación de los Laboratorios Amenaza: La demora en la Asignación oportuna de los recursos, la falta de Mano de Obra Contratada, La falta de Financiamiento de la Educación Superior. La falta de Capacitación para el cumplimiento de la normatividad vigente y los elementos necesarios de Seguridad y Salud en el trabajo.</p>
<p>CONFORMIDAD</p>	<p>4.2. a. Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas ¿Cómo identifica las partes interesadas y determina sus necesidades y expectativas (requisitos)? (Como identifica el proceso las partes interesadas, cada cuanto realiza la actualización) 4.4.1 a. Mejora continua del sistema de Gestión de Calidad ¿Se han determinado las entradas y las salidas esperadas de estos procesos? (caracterización del proceso) 5.2 Política de calidad</p>	<p>Se demuestra que tienen identificado mediante una Matriz de Identificación de necesidades y expectativa y de los diferentes Clientes internos como: Profesores, Administrativos, estudiante y Alta Dirección, entre otros y Clientes Externos: como la UNAD, Sena, Corponor, Laboratorio de Control de Calidad Minidistritos de Riego. Estos se maneja mediante formatos COMO FAC 07 (practicar extras de laboratorios) Adicional se maneja el Manual de Bioseguridad, para docentes, estudiantes y administrativos, para la prestación de servicios de cada uno de los Laboratorios Si se evidencia que tienen identificado y caracterizado cada uno de los procesos que tiene el área de laboratorios Una entrada como los normas de Bioseguridad y Controles de listados, toma de conciencia en la normatividad existente incluyendo el SIG el cual va de la mano en las auditorias. Estas se dan a conocer a través de los correos y los diferentes medios electrónicos como el wasap Se manifiesta que si conocen la Política de Calidad, identificando la Misión y Visión de la Institución y del cual se ponen en práctica permanentemente, adicional se tiene para fines para la Política de la institución la mejora continua para formar seres humanos lideres en la profesión como fines del estado – normatividad 1072 2015 – anticorrupción eficacia y eficiencia</p>
<p>CONFORMIDAD</p>	<p>¿Conoce la política de calidad de la Universidad, como la aplica en el proceso, como aportan los funcionarios en el cumplimiento de la misma? 5.3 Roles, Responsabilidades y autoridades de la organización Conoce su responsabilidad y autoridad dentro del sistema de gestión de la calidad? Como le fue socializado</p>	<p>Se evidencia que el Lider de proceso si conoce el rol de responsabilidades dentro del sistema de gestión de la calidad, adicional está se encuentra plasmada en la matriz de roles y responsabilidad. Es lider de los diferentes procesos actualiza todos los procesos y protocolos vigentes como: riesgos, capacitaciones y políticas de la universidad elementos de protección y control de los mismos –manejo de los EPP. Inducción a auxiliares frente a las responsabilidades al inicio semestral. Este año realizaron un banco de preguntas con el objetivo de socializar y recordar la normativa del SIG. Se</p>



Informe de Auditoría Interna

Código FCI-42 v.00

Página 1 de 1

CONFORMIDAD	<p>6.1.2 La organización debe planificar:</p> <p>a. Las acciones para abordar los riesgos y oportunidades</p> <p>b. ¿Se han abordado los riesgos y oportunidades de los procesos, se ha evaluado la eficacia de las acciones?</p> <p>(Verificar la existencia de la matriz de riesgos y oportunidades, acta de reunión, evidencia y determinación de la efectividad de las acciones)</p>	<p>evidencia por medio de actas de reunión para Villa del Rosario y Pamplona. Socializan los procesos, y los diversos protocolos que maneja cada área y su procedimiento, realiza y hace prevención a los accidentes y seguridad en cada uno de los laboratorios</p> <p>Se socializa cada una de las actividades en los diferentes grupos de mejoramiento, pero por la forma de contratación de su equipo de trabajo es dispendioso el manejo de las actas.</p> <p>Se evidencia el seguimiento bajo el acta de reunión 070 del 21 de agosto del 2019, y se identifica el mapa de riesgos de gestión y de corrupción (1 de corrupción con un indicador del 82.27% y 4 de gestión) Manejan indicadores para pérdidas de materiales por uso y reactivos, Se realiza control con los inventarios, informes semestrales por parte de los auxiliares sobre cada una de las actividades realizadas por el área de laboratorio</p> <p>Controles frente a los indicadores listados de deudas a los estudiantes y a talento humano para los docentes</p> <p>Tiene estrategias para el control de pérdidas, pero a la vez se manifiesta la falta de apoyo en la institución, no se sigue guías para mitigar las pérdidas</p> <p>PGIRHS hace presencia para el manejo de los reactivos</p> <p>Socializan la normatividad con los estudiante, parte ambiental, se concientiza a todo el personal para el buen uso de los recursos</p> <p>Como función pertenecen al Pilar 1 tiene el 35% y apuntan al primer objetivo tiene 94 indicadores</p> <p>tiene acciones que reflejan la prestación de servicios por el acompañamiento frente a lo académico y en la gestión</p> <p>Se tienen indicadores de satisfacción de cliente, PQRSD y prestación del servicio, los cuales miden la calidad de cada una de las actividades del proceso de laboratorios.</p>
CONFORMIDAD	<p>6.2 Objetivos de calidad</p> <p>A qué objetivo de calidad le aporta o apunta el proceso donde se ve reflejado este aporte (fichas de indicadores y en la caracterización)</p>	<p>Si realizan la planificación de todas las actividades las cuales se hace semestralmente y estas se les hacen seguimiento a cada uno de las actividades mediante comités de mejoramiento en el cual se deja programada cada una de las actividades y evaluaciones permanentes para la mejora en la prestación de servicios.</p> <p>Se evidencia la planificación del segundo semestre del 2019 por medio del FAC 23 bajo el acta de reunión 070 del 21 de agosto del 2019.</p>
CONFORMIDAD	<p>6.2.2 Planificar cómo lograr sus objetivos de la calidad</p> <p>Verificación de la planificación del proceso, en concordancia con los objetivos de la institución?</p> <p>(Verificar la planificación del proceso que se va hacer, responsable, fechas, seguimiento a la planificación?)</p>	<p>Se evidencia a través del acta de reunión de 069 del 26 de julio del 2019 el Plan de gestión del cambio para el segundo semestre del 2019 donde establecen 3 planes de gestión del cambio como revisar y actualizar la documentación del SIG, capacitación del talento humano y mantenimiento de la infraestructura física y tecnológica.</p>
CONFORMIDAD PARA LABORATORIO	<p>6.3 Planificación de cambios</p> <p>¿Se han determinado los cambios en los procesos?</p>	<p>Se evidencia a través del acta de reunión de 069 del 26 de julio del 2019 el Plan de gestión del cambio para el segundo semestre del 2019 donde establecen 3 planes de gestión del cambio como revisar y actualizar la documentación del SIG, capacitación del talento humano y mantenimiento de la infraestructura física y tecnológica.</p>



Informe de Auditoría Interna

Código FCI-42 v.00

Página 1 de 1

<p align="center">OBSERVACION PARA ACADEMICA Y FINANCIERA</p>	<p>(Verificación del plan de gestión de cambio del proceso y ejecución)</p>	<p>Las guías de talento humano se actualizan cuando se solicita para cada área el Talento Humano o por petición de la Alta Dirección. En la compra de materiales para la prestación servicio, es difícil por cuanto se planifica las necesidades no existe los recursos financieros para así poder cumplir con los diferentes proceso sobre todo en la compra de reactivos, agares y otros elementos. El laboratorio necesita más apoyo para ofrecer un servicio oportuno a la academia, a la investigación y a la interacción social. Se hace planificación y seguimientos por parte del área de laboratorio a todos los procesos académicos en el cual hace parte activa.</p>
<p align="center">CONFORMIDAD PARA LABORATORIO</p>	<p>7.1.4 Ambiente para la operación</p> <p>Verificación del ambiente en los procesos humanos, físicos, sociales, psicológicos</p>	<p>El Ambiente laboral es una fortaleza para el área pues se labora en un ambiente satisfactorio, en armonía y tranquilidad. Se respeta los derechos de cada uno de los trabajadores de la institución a pesar de la forma de contratación, existe buenas relaciones personales, permisos remunerados se han favorecido. En cuanto al área Física esta no es suficiente para el número de funcionarios y de estudiante. ineficientes áreas administrativa. falta infraestructura física para la coordinación de laboratorios. No cuenta con elementos ergonómicos de los laboratorios, falta área de almacenamiento para la distribución de los materiales reactivos para las diferentes practicas Social y Psicológica: existe indicador de satisfacción de cada uno de los integrantes, es un grupo homogéneo un excelente relaciones interpersonales</p>
<p align="center">CONFORMIDAD</p>	<p>7.3 Toma de conciencia</p> <p>Verificar las actividades de toma de conciencia que se desarrollan al interior del proceso con respecto a: conocimiento los índice, la política, objetivos de calidad, contribución al SIG, acciones de mejora, participación en la construcción de los riesgos, acciones correctivas, de mejora</p>	<p>Se aporta a la Toma de Conciencia con la prestación del servicio , apoyado mediante píldoras de capacitaciones, con la matriz flujo de comunicación y jornada de motivación e inducciones se hacen recorrido de todas las áreas adicional se socializan los resultados de los indicadores existentes</p>
<p align="center">CONFORMIDAD</p>	<p>7.4 Comunicación</p> <p>¿La organización determina las comunicaciones internas y externas pertinentes al SGI? (Ver Matriz de Comunicaciones y su ejecución conforme)</p>	<p>Se evidencia a través del acta de reunión de 069 del 26 de julio del 2019 Matriz de comunicaciones. Se maneja comunicaciones con los clientes internos y externos Manejan correos electrónicos, memorando por gestión documental y utilizan los medios tecnológicos existentes en la institución Si tiene la Matriz de Comunicación el cual fue enviada al SIG (6 de junio de 2018)</p>
<p align="center">CONFORMIDAD PARA</p>	<p>7.5.2 Crear y actualizar la información documentada</p>	<p>Solicitaron actualización de documentación de la información evidenciado por medio del Acta de reunión 068 del 25 de julio del 2019 Si generan documentos el cual cumple con todos los requisitos de la norma. el</p>



Informe de Auditoría Interna

Código FCI-42 v.00

Página 1 de 1

<p>LABORATORIO OBSERVACION PARA GESTION DOCUMENTAL</p>	<p>¿La organización al crear y actualizar la información documentada, se asegura que esta esté identificada y con descripción (título, fecha, autor, referencias, contenido, etc)? (Evidencia buscada: Tomar dos o tres documentos al azar y chequear identificación, fecha, revisión, acta de aprobación, etc y comprobar con el listado maestro)</p>	<p>SIG como: actas, memorandos, oficios entre otros Se identifica que en cuanto al manejo de los archivos que se genera en la dependencia de Laboratorio estos se almacenan en cada uno de las área, sin control por parte del Área de Gestión Documental para el manejo de Tablas de Referéncia Documental, tratamiento y disposición final en el archivo central, esto porque esta dependencia no está dentro de la caracterización del archivo central.</p>
<p>CONFORMIDAD PARA LABORATORIO OBSERVACION PARA GESTION DOCUMENTAL</p>	<p>7.5.3.2 Control de la información documentada b. Almacenamiento y preservación d. Conservación y disposición ¿El proceso se asegura que la información documentada esté protegida adecuadamente? (Evidencia buscada: Chequear aplicación de las TRD, copias de seguridad)</p>	<p>La información que se está generando por esta dependencia se encuentra almacenada en los computadores del área, copias de seguridad en CD y en el ONEDRIVE O DROPBOX Los físico en cada uno de los laboratorios y en medio magnético Se hizo depuración y cada dos años se pasa al archivo de gestión de laboratorio sin control por Gestión Documental No va al archivo central de la institución En el organigrama de la estructura orgánica de la institución pertenecen a la vicerrectoría administrativa y financiera. Manifiestan que en las TRD pertenecen a recursos físicos. Pero para los recursos económicos pertenecen a la vicerrectoría Académica. Por esa razón no se puede decodificar la documentación. Falta espacio para almacenamiento Gestión documental debe capacitar más frente al tema de los documentos, manejo y almacenamiento de los mismos</p>
<p>CONFORMIDAD NO CONFORMIDAD CONTRATACION</p>	<p>8.1 Planificación y control operacional ¿Verificar que la prestación del servicio (seleccionar procedimiento) cuente con criterios y controles establecidos (evaluar si estos controles se cumplen debidamente)?</p>	<p>Si tiene la descripción del proceso de laboratorios el cual identifica la inducción, deudas, cómo se recibe el material cómo se entrega y cómo se termina la practica Manejan actas de inducción al personal de prácticas para cada laboratorio (296 laboratorio) Se evidencia auditorías internas a cada uno de los laboratorios a fin de hacer seguimiento a los procesos y la documentación del proceso, dando cumplimiento a cada uno de los procedimientos del proceso. Manejan Grupos de Mejoramiento con el apoyo por parte de los compañeros de periodo y dependiendo de la forma de contratación Se manifiesta que el procesos de contratación son demorado no se han contratado personal para el inicio del periodo académico</p>
<p>CONFORMIDAD</p>	<p>8.2.1 Comunicación con el cliente a. Proporcionar la información relativa a los productos y servicios Como se proporciona información de los servicios al cliente?</p>	<p>Se realiza por medio de comunicaciones a los diferentes clientes por medio de actas de inducción y socialización en normas de bioseguridad al inicio de los semestres. No se ofrecen los servicios pues esto va dirigido a la docencia y en parte a la academia. En el caso de las investigación y trabajo de grado se comunica el cobro de los</p>



Informe de Auditoría Interna

Código FCI-42 v.00

Página 1 de 1

<p align="center">CONFORMIDAD</p>	<p>b. Tratar las consultas, los contratos o los pedidos, incluyendo los cambios c. obtener la retroalimentación de los clientes ¿Cómo se trata y documenta la retroalimentación y las quejas del Cliente? (se deben verificar otros medios no solo el módulo de recepción de PQRSD)</p>	<p>reactivos. No llegan PQRSD, ni existe registro de peticiones, pero se mide el indicador y es reportado al SIG. Cuando existe alguna queja o petición esta se hace mediante al grupo de mejoramiento, haciendo toda la trazabilidad de la queja, básicamente en el momento de la actividad. Última PQRS llegó el año pasado y se dio solución.</p>
<p align="center">CONFORMIDAD</p>	<p>8.2.2 Determinación de los requisitos para los productos y servicios Verificación de la matriz de requisitos legales, como se actualiza identificar normas del proceso para determinar si se encuentran descritas en esta matriz? (normatividad interna y externa)</p>	<p>Se evidencia la socialización a través del acta de reunión de 069 del 26 de julio del 2019 Matriz de requisitos legales, menciona el líder de proceso que la encabeza la constitución, la política de gestión del riesgo, para alimentos se basan en el 3075. Así mismo el 186 del reglamento estudiantil. Plan de manejo de residuos de la Universidad. Programas de ahorro y uso eficiente de agua y energía, COPAST No existe actualizaciones en la base de datos de los acuerdos y resoluciones de la universidad lo que se convierte en un riesgo para cada uno de los procesos de laboratorio. Manejan la políticas y normas de copasst políticas de seguridad y salud en el trabajo Normativa en el uso del medio ambiente, manejo y uso de los residuos y uso eficiente de los servicios</p>
<p align="center">CONFORMIDAD</p>	<p>8.5.3 Propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos ¿Se cuenta con propiedad del Cliente o terceros en la operación? ¿Cómo se salvaguarda?</p>	<p>No aplica para el proceso, ya que no manejan información propiedad del cliente o terceros.</p>
<p align="center">CONFORMIDAD</p>	<p>8.6 Liberación de los productos y servicios Como se garantiza la conformidad y aceptación por parte de los clientes de los servicios recibidos</p>	<p>Mediante Evaluación de las prácticas FLA- 08 "Seguimiento y Evaluación del Servicio de Laboratorio se revisa las observaciones en cual se detecta las fallas e insatisfacciones frente a los procesos para así buscar las estrategias en el grupo de mejoramiento Manejan encuestas para medir los indicadores y de acuerdo a los resultados se hace el plan de mejoramiento frente a la prestación de servicios a pesar de que es complejo por los diferentes campos que manejan la oferta académica. Manejan la Matriz de Medición y Satisfacción del Cliente, adicional mediante observación y encuestas al final del semestre FAC 14</p>
<p align="center">CONFORMIDAD</p>	<p>8.7 Control de las salidas no conformes Identificación de los productos o servicios no conformes y su tratamiento, control y</p>	<p>No existe servicios no conformes pues manejan la matriz de satisfacción del cliente y se maneja sobre los procesos diarios</p>



Informe de Auditoría Interna

Código FCI-42 v.00

Página 1 de 1

<p align="center">CONFORMIDAD</p>	<p>seguimiento</p> <p>9.1.1 Evaluación del desempeño seguimiento, medición, análisis y evaluación</p> <p>¿Determinar si se encuentran establecidos los métodos o herramientas de seguimiento y medición?</p> <p>¿Está determinado cuándo se deben analizar y evaluar los resultados de la medición?</p> <p>(Acorde a los procedimientos establecidos determinar si se tienen identificados métodos, por lo general indicadores para medir la los objetivos del proceso)</p>	<p>Se evidencia a través del acta de reunión 066 del 04 de julio del 2019, donde indican que no les aplica la encuesta de MSC que está de forma institucional, porque no les permite medir en realidad lo que se requiere, por lo cual se reunieron con el CIADTI para el desarrollo de una encuesta apropiada para ellos.</p> <p>Para la MSC arrojó un 99, 66%</p> <p>Satisfacción, medición, seguimiento y control de la satisfacción de las partes interesadas un 75,58 %</p> <p>Planificación, solicitud y asignación de recursos 100%</p> <p>No se encuentra establecidos los métodos de medición pues esta recae en la Oficina de Talento Humano para los trabajadores de Carrera los cuales en el momento son 4, adicional cuenta con 44 personas de periodo, 2 Trabajadores Oficiales, 1 de LNR y 80 OPS</p> <p>De acuerdo al resultado que arrojan los indicadores se realiza actividades de mejoramiento sobre las observaciones para realizar los trámites respectivos</p>
<p>CONFORMIDAD PARA LABORATORIO OBSERVACION PARA LA ALTA DIRECCION Y VICERRECTORIAS</p>	<p>9.1.2 Satisfacción del cliente</p> <p>¿Verificar la forma en cómo se aplicó el método para determinar la satisfacción del cliente y toma de acciones?</p>	<p>Se mide con el indicador, se realiza el seguimiento a cada uno de los resultados del indicador de satisfacción del cliente</p> <p>Existen limitante que hacen que las solicitudes de cada una de las unidades en cuanto a los materiales básicamente exista incomodidad para poder cumplir con los clientes</p> <p>Se evidencias que han enviado memorandos y oficios a la Alta Dirección y Vicerrectorias para la reposición de los equipos pues ya han pasado su vida útil y presenta deficiencia lo que podrá ser complejo para poder prestar el servicio a satisfacción a los diferentes clientes</p>
<p>CONFORMIDAD</p>	<p>9.1.3 Análisis y evaluación</p> <p>b. grado de satisfacción del cliente</p> <p>Verificar el grado de Satisfacción del Cliente?</p> <p>(Evidencia buscada b) el grado de Satisfacción del Cliente)</p>	<p>De acuerdo a los indicadores que maneja el área de Laboratorios, se demuestra que si se maneja dichos indicadores y que arrojan un alto porcentaje de Satisfacción del Cliente, adicional se reúnen permanentemente en planes de mejoramiento para hacerles seguimientos y evaluarlos.</p>
<p>CONFORMIDAD PARA LABORATORIO OBSERVACION PARA VICERRECTORAS</p>	<p>9.1.3 Análisis y evaluación</p> <p>e. eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y oportunidades</p> <p>Verificar la eficacia de acciones para abordar riesgos y oportunidades?</p>	<p>Se manifiesta que el riesgo para el inicio del periodo académico, se basa en la contratación de la mano de obra para el apoyo en cada una de las unidades, Esto hace que en algún momento no se pueda cumplir a satisfacción con la eficacia en la prestación el servicio</p> <p>La contratación depende de la alta dirección para la prestación del servicio</p>



Informe de Auditoría Interna

Código FCI-42 v.00

Página 1 de 1

CONFORMIDAD	<p>(Evidencia buscada: la eficacia de acciones para abordar riesgos y oportunidades)</p> <p>10.1 Mejorar los productos y servicios para cumplir los requisitos</p> <p>¿Se determinan las oportunidades de mejora e implementan las acciones?</p> <p>(Evidencia buscada: Verificar la ejecución de procesos destinados a identificar e implementar acciones surgidas de oportunidades de mejora)</p> <p>10.2.1 No Conformidad y acción correctiva</p> <p>¿Se toma acción relativa a las no conformidades, incluidas las quejas?</p> <p>(Evidencia buscada Tomar 3 o mas no conformidades (incluidas las establecidas en el plan de acciones correctivas producto de auditoria anterior), incluidas quejas, y solicitar evidencia documentada de la evaluación de la naturaleza de las no conformidades, de las acciones definidas, de la implementación y verificación de eficacia)</p> <p>10.3 Mejora continua</p>	<p>Se evidencia que frente a las mejoras si existen planes de mejoramientos de los cuales se encargan los comités de mejoramiento el cual hace seguimiento y acciones de mejoramiento para el área</p>
CONFORMIDAD	<p>¿Identificación, control y seguimiento de las acciones de mejora continua producto de la revisión por la dirección?</p>	<p>Se observa que si existe el grupo de mejoramiento el cual se encarga de buscar soluciones y estrategias a las acciones no correctivas y de las posibles acciones de no conformidad</p>
CONFORMIDAD	<p>10.3 Mejora continua</p>	<p>Se evidencia que dentro de los planes de programación para el desarrollo de las diferentes actividades académicas se tiene en cuenta estrategias para la mejora continua lo que permite que se obtengan indicadores satisfactorios y en un alto porcentaje</p>

Conclusiones

El logro de los indicadores obedece al capital humano para el buen funcionamiento comprometido con la coordinación de laboratorio y el apoyo de la institución

Firma Auditor Interno.

Aprobado Auditor Líder.



Informe de Auditoría Interna

Código FCI-42 v.00

Página 1 de 1

Firma Auditor Interno

Firma Auditor Interno