

INFORME DE AUDITORÍAS INTERNAS I - 2018

PREPARADO POR:

Diana Carolina Rodríguez Ordóñez

Profesional de Calidad Institucional

Versión 1

Marzo 30 de 2018

OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN

**GESTIÓN DE LA CALIDAD INSTITUCIONAL
GESTIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA
GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN ESTADÍSTICA
BANCO DE PROYECTOS**

CONTENIDO

0. INTRODUCCIÓN	3
1. OBJETIVOS DE LA AUDITORÍA INTERNA I-2018.....	3
2. ALCANCE DE LA AUDITORÍA INTERNA I-2018.....	3
3. CRITERIOS.....	3
4. REQUISITOS NO APLICADOS EN LA UNIAJC (Norma ISO 9001:2015)	4
5. SELECCIÓN Y EVALUACIÓN DE AUDITORES.....	4
6. CRONOGRAMA DE AUDITORÍAS.....	5
7. HALLAZGOS DE AUDITORÍA (RESUMEN)	7
8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	13

0. INTRODUCCIÓN

El Área de Calidad Institucional adelantó, desde mediados del año 2017, gestiones (capacitación de auditores y reuniones con ellos para preparar las auditorías), pero por la dinámica institucional y considerando que ya se había auditado internamente en el 2017, se decidió ejecutarlas en los primeros meses de 2018.

El Programa de Auditorías Internas 2018 (Ver Anexo 1), contiene además de los Objetivos, Alcance y Criterios de la auditoría, los recursos necesarios para las mismas, así como los riesgos y su tratamiento y el cronograma general.

En este documento se describen también los requisitos de la norma ISO 9001:2015 que no aplica en la UNIAJC, el proceso de capacitación y selección de auditores, el cronograma de auditorías tal como se ejecutó y los hallazgos de las mismas así como unas conclusiones y recomendaciones para las próximas auditorías internas.

1. OBJETIVOS DE LA AUDITORÍA INTERNA I-2018

OBJETIVO GENERAL

Proporcionar información acerca de si el SIGO es conforme con los requisitos de las norma ISO 9001:2015.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.1 Determinar la conformidad del SIGO con los requisitos de la norma ISO 9001:2015.
- 1.2 Validar la vigencia/actualización Documental; la Gestión del Riesgo; la determinación, cálculo y análisis de Indicadores de Gestión y la identificación y reporte de las SNC.
- 1.3 Hacer seguimiento al Plan de Mejoramiento resultante de Auditorías Interna y Externa, y Revisión por Dirección.

2. ALCANCE DE LA AUDITORÍA INTERNA I-2018

Se auditarán todos los procesos según están descritos en la Resolución 604 (Agosto 22 de 2016) y Resolución 364 (Abril 17 de 2017), en las Instalaciones de la UNIAJC Norte (Principal, Estación I y Casa de Proyección Social) y Sur (Parquesoft y Alameda), enfatizando en las Unidades académicas que se incluyeron en el alcance del certificado en 2017.

3. CRITERIOS

Los documentos con los que se contrastarán los hallazgos para identificar cumplimiento o incumplimiento son: ISO 9001:2015, Resolución 604, Resolución 364, Política del SIGO, Documentación de los Procesos, Indicadores, Plan de Mejoramiento Institucional y Documentos para la Gestión de Riesgo.

4. REQUISITOS NO APLICADOS EN LA UNIAJC (Norma ISO 9001:2015)

La UNIAJC no aplica los requisitos referidos en el Numeral 7.1.5.2 Trazabilidad de las Mediciones, puesto que los equipos de seguimiento y medición con los que cuenta UNIAJC para la prestación de sus servicios académicos, son de carácter netamente pedagógico, por tanto no afectan la conformidad del servicio con los requisitos; sin embargo se les hace mantenimiento preventivo y correctivo.

5. SELECCIÓN Y EVALUACIÓN DE AUDITORES

El 5 de junio de 2017 se dio inicio al contrato de prestación de servicios "... en la capacitación para los auditores internos en HSQ y Gestión Pública", por valor de \$13.000.000 con ICONTEC, el cual ofrecía un cupo máximo de 26 participantes (funcionarios) que además de la formación recibieron un compendio con las normas NTC ISO 9001:2015, NTC ISO 14001:2015, NTC OHSAS 18001:2007 y NTC ISO 19011, CD con las Memorias y un Cuaderno de Apuntes.

El contenido de la capacitación fue de 56 horas de formación repartidas en 32 horas para que se adquieran competencias básicas en la estructura de las normas ISO 9001:2015, ISO 14001:2015, OHSAS 18001:2007 y Sector Público - MECI 2014 y NTCGP 1000:2009 -, (8 horas en cada una de las 4 normas), y 24 horas de formación en auditoría combinada HSEQ con enfoque en Sector Público, según los criterios de la norma ISO 19011, y se contó con la certificación de la Asistencia y Aprobación de la Formación de Auditor Interno HSEQ y Gestión Pública, para quienes aprobaron la evaluación con un puntaje superior o igual al 70%. En el caso de que no se aprobó la evaluación, se entregó el certificado solo por la asistencia.

A la capacitación se inscribieron 26 funcionarios de los cuales dos se retiraron por motivos personales (3° y 7° día de la formación), uno más no pudo presentar la evaluación por incumplimiento de la asistencia mínima del 70% y otros perdió la evaluación al obtener un puntaje de 45% entre 100%, por lo tanto se certificaron como auditores internos, un total de 23 Funcionarios de la UNIAJC.



Los certificados se recibieron el 29 de agosto y se realizó una pequeña ceremonia de entrega de los certificados el 18 de octubre de 2017.

Con esta disponibilidad, disminuida en tres funcionarios que no continuaron vinculados con la UNIAJC en 2018, se distribuyeron los auditores entre los 8 procesos, procurando dar cumplimiento al principio de independencia (ISO 19.011:2012) y considerando la experiencia (además de la formación ya certificada), se designaron los Auditores Líderes y Auditores de Apoyo, incluyendo como Auditor Líder del Proceso Gestión Financiera, un Contratista que se vinculó a la Oficina de Control Interno y contaba con las formación y experiencia requeridas pero además recibió de la Profesional de Calidad Institucional, actualización en la Norma ISO 9001:2015 y aprobó la evaluación que se aplicó a los auditores internos en Marzo 2017.

6. CRONOGRAMA DE AUDITORÍAS

Proceso	Fecha	Equipo Auditor	Auditado	Gestores Proceso
Gestión Financiera	7 de febrero de 2018	<u>Liliana Herrera</u> Liliana Andrea Potosí Luz Elena Ortiz	Mónica Gómez	Gloria Inés López (Jurídica) Mauricio A. Gómez (Comp. e Inv.) Carlos Ardila (Contabilidad) Sandra Barona (Tesorería)
Gestión del Bienestar Humano	9 de febrero de 2018	<u>Yorni Alexis Lenis</u> Sandra Marcela Fernandez	Vanessa Panesso	Yolanda Ochoa (Bienestar) Marlene Restrepo (Adm.Pers)
Evaluación y Mejoramiento	12 de febrero de 2018	<u>Luz Nayibi Quiñonez</u> Eduardo Torres Lozano	Diana Carolina Rodríguez	<u>Jefe de Control Interno (CI)</u> Fernando Gómez (Calidad Acad.) Sandra M. Calderón (SST y Amb.) Carlos D. Restrepo (Gest. Inf. Estad.)
Direccionamiento Estratégico	12 de febrero de 2018	<u>Carlos Andrés Bolaños</u> Paola Prada	Hugo Alberto González	Luis G. Betancourt (SeGe) Patricia Parra (Planeación) Daniel A. Angrino (Com.) Zayra Milena Lozano (Mk2) Brian Ortiz (Archivo) Lady Muñoz (Bco. Proyectos)
Gestión de Infraestructura	12 de febrero de 2018	<u>Sandra Marcela Calderón</u> Jacqueline Díaz	Patricia Parra	Mauricio A. Gómez (Inf. Física) Helman Meneses (Serv. Grales.) Carlos Rodríguez (DTIC) Luz Stella Castaño (Bbtek) Mercedes Fdez. (Coord.Acad.) Ruby Cano (Laborat.)
Proyección Social	12 de febrero de 2018	<u>Ruby Cano</u> Suley Marcela Pino	James Cuesta	Jairo Panesso (Edu. Cont.) Yescenia Perea (ORI) Luis A. Vanegas (Egres.) Oscar E. Atencio (Apoyo PS)
Docencia	13 de febrero de 2018	<u>Juan Carlos Sarria</u> Mariluz Ojeda Sandra Milena Jirado Ana Milena Benavides	Zoraida Palacio	Liliana Sepúlveda (OARA) Decanos y Directores de programa Carlos A. Muñoz (C. Básicas) Eduardo Torres (Idiomas) Ariel A. Ruiz (Virtual) Des.Prof., As. Pedag. y PLE
Investigación	14 de febrero de 2018	<u>Esperanza Zapata</u> Sandra Lorena Muñoz	Juan Carlos Cruz	No Aplica

Es importante mencionar que en la auditoría al proceso Docencia, una auditora se incapacitó y por tanto no pudo apoyar y otra dimitió en su Rol después de haber apoyado la planeación y ejecución de la visita de auditoría a una de las Facultades que conforman el proceso, de lo cual fue notificada la Secretaría General para adelantar las acciones pertinentes pues desde la convocatoria a la capacitación se expresó que era compromiso auditar un proceso como contraprestación por la formación recibida. A causa de estas dos situaciones en el mismo proceso, no se alcanzó a Auditar la FEDV y los dos auditores (Líder y de Apoyo), manifestaron lo complejo de la situación pues era el proceso más grande a auditar.

Posterior a las auditorías internas, los auditores fueron evaluados por los Líderes y Gestores de proceso de acuerdo a los siguientes criterios, lo cual se evidencia en los informes de Auditorías:

- Fue Puntual y Cumplido
- Fue Amable
- Fue Respetuoso
- Inspiró Confianza
- Manejó la Confidencialidad y Discreción
- Aplicó diligencia y buen juicio al auditar
- Mostró Seguridad en sus conocimientos de auditoría y del proceso auditado
- Informó verazmente hallazgos y conclusiones
- Informó verazmente obstáculos y opiniones divergentes (si los hubo)

Apoyando el proceso, la Profesional de Calidad Institucional (Administradora del ciclo de Auditoría), aportó sugerencias para la redacción de hallazgos en las Listas de verificación, y posteriormente en la definición de acciones (Correcciones y Acciones Correctivas), en el Plan de mejoramiento, las cuales fueron consideradas por los Auditores y Auditados quienes tomaron las decisiones sobre la definición de los mimos respectivamente, resultando la siguiente cantidad de Hallazgos:

PROCESO	No Conformidades	Observaciones
Direccionamiento Estratégico	1	2
Docencia	0	6
Investigación	0	0
Proyección Social	1	7
Gestión Financiera	2	0
Gestión del Bienestar Humano	1	4
Gestión de Infraestructura	0	5
Evaluación y Mejoramiento	0	3
TOTAL	5	27

Los Planes de Mejoramiento fueron validados por los Auditores quienes tienen claridad de su responsabilidad en el seguimiento al avance y cumplimiento de las acciones.

7. HALLAZGOS DE AUDITORÍA (RESUMEN)

PROCESO (Fecha Cierre)	ASPECTOS QUE APOYAN LA CONFORMIDAD	ASPECTOS POR MEJORAR (No Conformidades)	RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA (Observaciones)
<p>Direccionamiento Estratégico (Febrero 13 / 2018)</p>	<p>Buena disposición, receptividad y actitud de los entrevistados del proceso durante la ejecución de la auditoria y la transparencia en las respuestas y suministro de documentación consultada.</p>	<p>7.5.3.1 <u>Control de la información documentada</u> (en su actualización), afecta los 7.1.6 <u>Conocimientos de la organización</u>. Áreas de Comunicaciones, Mercadeo y Secretaría General.</p>	<p>7.4 <u>Comunicación</u>. No se ha socializado el Informe de la Alta Dirección para establecer aspectos relacionados con el proceso y las acciones a implementar. 9.1.3 <u>Seguimiento, medición, análisis y evaluación</u> las diferentes áreas llevan sus indicadores de gestión, pero en Archivo Central faltan mediciones de acuerdo a la frecuencia y en Mercadeo no ha establecido el análisis de Impacto (no cuenta con indicadores en el sistema).</p>
<p>Docencia (Febrero 16 / 2018)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Programa de cualificación y desarrollo profesoral - Control de Vigencia de registros calificados - Programa de Diseño y Actualización curricular - Indicadores - PED, PEI, PMA, DO, PQRS, Claustro; Modelo pedagógico - Banco de Proyectos - Mecanismos, Estudios para ampliación de la oferta académica 	<p>No se presentaron</p>	<p>6.2 <u>Objetivos de la Calidad y Planificación para lograrlos</u>. En la FCSH no tienen Plan estratégico después de 2016, ni mecanismo para despliegue de objetivos estratégicos. En ninguna unidad académica se evidencia control hasta la base de la operación (profesores). 7.5.2 <u>Creación y actualización (Inf. Docum.)</u>. Caracterización desactualizada 8.2.1 <u>Comunic. con Cliente</u>. Solicitudes de estudiantes no se evidencia mecanismo sistemático para análisis, seguimiento y cierre a los casos, aparte de la revisión que hacen las direcciones de programa. 8.2.2, 8.2.3 y 8.2.4 <u>Determinación, revisión y cambios en los Req. para Ptos y Serv.</u> En la FCSH no evidencian conocimiento de algún documento que evidencie el funcionamiento del proceso de DOCENCIA. Se tienen claros los objetivos de la Resolución # 604, pero no</p>

INFORME DE AUDITORÍAS INTERNAS I-2018

	<ul style="list-style-type: none"> - Coherencia Registros vs. Oferta - Comités de Programa y Consejo de Facultad - Encuesta Percepción Docente - FCSH: Coloquio <p>NOTA: La entrevista con la Decana de la FEDV no se pudo realizar, por lo tanto deberá asegurarse que se incluya en la próxima auditoría interna.</p>		<p>se evidencia despliegue (socialización y seguimiento al cumplimiento).</p> <p>8.5.6 Control de los Cambios (Producción y Prestación del Servicio). No se puede garantizar la consistencia de los registros (diagnóstico y avances 2 y 3), ni el seguimiento consistente a las acciones derivadas o planes de mejora. Aunque se archivan por etapa y se hace seguimiento en comités de programa y se toman acciones (pero no se registran todos).</p> <p>10) No se evidencia claramente el cumplimiento de Planes de <u>Mejoramiento</u>, éstos y su seguimiento. No se evidencia claramente un mecanismo de creación, ejecución y seguimiento de planes de mejoramiento.</p>
<p>Investigación (Febrero 14 / 2018)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La disposición y planeación del trabajo, el recurso humano con que cuenta el proceso. - Se evidencia que el proceso está realizando un trabajo coherente al objetivo de calidad, se recomienda revisar la documentación, de modo que sea bien entendida por las personas que hacen uso de ella. 	No se presentaron	No se presentaron
<p>Proyección Social (Febrero 13 / 2018)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Compromiso con el proceso de los diferentes integrantes del equipo de trabajo 	<p>7.5 Información documentada. Mediante revisión documental de todos los procedimientos y formatos que se encuentran publicados en el Servidor del SIGO para el proceso de PROYECCION</p>	<p>8.3.3 Entradas para el DyD. Procedimiento Empresa-Universidad-Empresa está en construcción, no es parte del SIGO ni está articulado con el DyD del proceso de Docencia. Referentes</p>

INFORME DE AUDITORÍAS INTERNAS I-2018

	<p>- Equipo de trabajo receptivo a las observaciones y comentarios para la mejora - Sinergia entre los integrantes del equipo de trabajo</p>	<p>SOCIAL, se evidenció que las actividades en ellos descritas no corresponden a las que se desarrollan actualmente ni a los formatos utilizados en su quehacer diario. Los conocimientos que son necesarios para la operación del proceso y que se mantienen como información documentada deben ser idóneos para su uso.</p>	<p>para el DyD de educ. cont., del observatorio laboral, las mesas sectoriales o los legales, pero hay registro formal de identificación de estas entradas para DyD (Mecánica Fundamental para electromecánicos y Mantenimiento Mecánico Básico para operarios). 4.4 SGC y sus Procesos. Caracterización del proceso en actualización colectiva (Avance aproximado del 90%). 8.7 Control de las SNC. La Dirección de Proyección Social y Educación Continuada no cuentan con una identificación de sus posibles SNC. 9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación El proceso cuenta con diferentes mecanismos de seguimiento y análisis como son las reuniones bimestrales que realizan. Cuentan con listados de asistencia, más no con un acta o cualquier otro instrumento que evidencie los temas tratados, el análisis y establecimiento de posibles mejoras. 9.1.3 Seguimiento, medición, análisis y evaluación Se evidenciaron 7 indicadores establecidos para el proceso, de los cuales 3 cuentan con medición (ORI). No se evidencia el análisis y acciones de mejora implementadas de acuerdo a esta medición. 7.4 Comunicación. Desconocimiento del Informe de la Alta Dirección del mes de octubre del 2017. No se han establecido aspectos relacionados con el proceso y las acciones a implementar. 10.3 Mejora Continua. Acciones del PM 2017 pendientes de seguimiento, análisis y cierre. No hay documentación formal de</p>
--	--	---	--

			las acciones de mejora implementadas en el proceso (Ej. Actualización del proceso en el SIGO y Análisis de referentes regionales, nacionales e internacionales para el establecimiento de procedimientos, indicadores, etc.).
Gestión Financiera (Febrero 7 / 2018)	<ul style="list-style-type: none"> - El equipo auditado tiene conocimiento de la Institución y receptividad hacia la auditoria - Compromiso del equipo de trabajo del proceso auditado - Mejora frente a anteriores auditorias (menos hallazgos) 	<p>7.2 Competencia En el contrato DCJ.CD.08.03.043-2017 "... servicios asistenciales a práctica profesional de la FEDV" no se observó: 1. Certificación de experiencia laboral; 2. Certificación de estudios realizados.</p> <p>7.5.2 Creación y actualización (Inf. Docum.). En la carpeta de Contabilidad en el SIGO, el instructivo de Elaboración y presentación de declaración tributaria está desactualizado, por cambios normativos anuales. No se observan los parámetros de las NIIF en instructivos o procedimiento.</p>	No se presentaron
Gestión del Bienestar Humano (Febrero 12 / 2018)	<ul style="list-style-type: none"> - Apropiación del proceso en cuanto a su objetivo, aporte a la UNIAJC - Se cuenta con diferentes mediciones que ayudan a establecer acciones de mejora - Disposición de todos los involucrados para dar respuesta a la auditoria. 	<p>4.1 Comprensión de la organización y de su contexto y 4.2 Comprensión de las NyE de las PI. Reconocen sus PI, aunque no cuentan con instrumento para análisis de su entorno, aparte del PED e instrumentos para Gestión de Riesgos y Oportunidades. No se evidencia información documentada que les permita ver la interacción con las oficinas que alimentan (entradas) al proceso y a su vez aquellas que estos alimentan (salidas).</p>	<p>7.2 Competencia Control de capacitaciones, sin evaluación de utilidad por los capacitados. Según Ley no validación de competencias a los provisionales (no es confiable la competencia de estos funcionarios.</p> <p>7.3 Toma de Conciencia Registros de inducción, pero no cercanos de reinducción para los funcionarios antiguos.</p> <p>7.5.2 Creación y actualización (Inf. Docum.). Desactualización de formatos de BU en el SIGO a pesar de solicitudes a Calidad Institucional sin embargo se usan los formatos modificados (inconsistencia).</p> <p>8.4 Control de los Procesos, Productos y Servicios suministrados externamente. BU es ajeno al proceso de selección de los proveedores de Cafeterías (desconocen los requisitos para la contratación y la</p>

			evaluación respectiva). Registros de adelantos en acciones planteadas, pero no acciones nuevas por hallazgos en verificaciones realizadas. Pendiente informe oficial del encargado de capacitación al personal de cafetería. Poca formalidad en las comunicaciones. Cafetería de Estación 1 no produce alimentos (no se interviene).
Gestión de Infraestructura (Febrero 14 / 2018)	- Conocimiento, compromiso y sinergia del equipo de trabajo con la gestión de la calidad. - El equipo de trabajo mostró receptividad ante las observaciones y comentarios para la mejora.	No se presentaron	6.1 Acciones para Abordar Riesgos y Oportunidades No soportes de seguimiento bimensual a la gestión del Riesgo desde agosto 2017 en Servidor del SIGO (Actas y Mapa, según ha definido la UNIAJC). 7.1.6 Conocimientos de la Organización y 7.5.3.1 Control de la Información documentada Utilización de formatos de Biblioteca, Infraestructura Física y Servicios Generales diferentes a los publicados en Servidor del SIGO. 8.7 Control de Salidas No Conformes El archivo del SIGO mediante el cual se presenta el manejo de las SNC, está incompleto para DTIC. 9.1.3 Seguimiento, Medición, Análisis y Evaluación Los indicadores de Biblioteca están reportados en la ficha de indicadores desactualizada del SIGO. No se evidencian mediciones de gestión en Infraestructura Física, Servicios Generales ni de Coordinación académica. 10 Mejora No reporte del seguimiento y cierre de las acciones en el Plan de Mejoramiento Institucional a pesar que ya se han cerrado las acciones propuestas.
Evaluación y Mejoramiento	- Disposición de los auditados	No se presentaron	7.5 Información Documentada La caracterización está en proceso de

<p>(Febrero 16 / 2018)</p>	<p>- Trabajo en equipo entre los integrantes del proceso</p>		<p>actualización. SST: Documentos y formatos actualizados pero no publicados en el Servidor del SIGO. Incoherencia entre el formato físico y el digital para Reporte de Accidentes. 9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación Indicadores actualizados al 2017 para Calidad Académica, Calidad Institucional y Gestión de la Información; en SST y Ambiental no se encuentran actualizados ni publicados en la ficha estandarizada. 10.3 Mejora Continua Los auditores internos no realizan seguimiento al Plan de Mejoramiento (ejecución, eficacia, eficiencia y efectividad). No se evidencia seguimiento al 100% de las acciones con el plan de mejora (avance del 66% y solicitud de acompañamiento a los auditores para verificar avance) No se evidencia cierre acciones de SST y Ambiental sobre actualización de formatos y los conceptos sanitarios</p>
----------------------------	--	--	--

8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En concordancia con los informes de Auditorías a cada uno de los procesos, se CONCLUYE que:

1. El SIGO es conforme con los requisitos de la norma ISO 9001:2015,
2. La actualización en la información documentada, si bien es cierto que es una actividad permanente y normal en un SGC, se requería con especial relevancia dada la Actualización del Mapa de procesos (periodo de transición al 30 de julio de 2017) y de la norma ISO 9001 en su versión 2015. Esta actualización no se dio en el plazo estipulado, pero es notoria la madurez del SIGO a raíz de la toma de conciencia de los Líderes y Gestores de los procesos en la vigencia de la información documentada, el seguimiento y análisis a la Gestión de los Riesgos, Oportunidades y SNC y los Indicadores de Gestión, entre otros temas de especial atención por parte de la norma ISO 9001:2015.
3. En cuanto al seguimiento al Plan de Mejoramiento resultante de Auditorías Interna y Externa, y Revisión por Dirección del año 2017, se identificó que la mayoría de las acciones se habían cerrado pero sin dejar el debido registro, por lo cual las auditorías fueron útiles en agilizar el reporte retomar las acciones que estaban pendientes.

Como RECOMENDACIONES para próximas Auditorías internas:

1. Es importante la actualización permanente de Líderes, Gestores de Proceso y Auditores Internos, para lo cual será una herramienta de gran utilidad las “Charlas Virtuales” que ofrece ICONTEC a sus empresas afiliadas, como es el caso de la UNIAJC. Para el caso de los Auditores internos, se debe reforzar en la apropiación de la norma ISO 9001:2015 y en la redacción de hallazgos.
2. Aunque el trabajo en equipo que se ha realizado en el proceso Docencia alrededor del SIGO, ha involucrado la participación de las Facultades FEDV y FCSH, recién incluidas en el alcance del certificado (2017), es imprescindible que estas Unidades académicas sean auditadas en las próximas Auditorías Internas, para identificar oportunidades de mejora. Igualmente se debe asegurar la visita a todas las instalaciones de la UNIAJC incluidas en el Alcance del Certificado.