

INFORME DE GESTIÓN PARA REVISIÓN POR DIRECCIÓN 2016

PREPARADO POR:

Diana Carolina Rodríguez Ordóñez
Profesional de Calidad Institucional

OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN

Versión 
Abril 28 de 2017

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

Comentado [DCRO1]: Se actualiza todo el numeral 7. Auditorías internas y externas al SIGO, incluyendo los resultados de la Auditoría Externa de Renovación por parte de ICONTEC en marzo de 2017 y del primer ciclo de Auditorías Internas del 2017.

CONTENIDO

| | |
|--|----|
| INTRODUCCIÓN | 3 |
| 1. SEGUIMIENTO AL PLAN DE ACCIÓN | 4 |
| 2. INDICADORES DE GESTIÓN | 5 |
| 3. CONTROL DE LAS SALIDAS NO CONFORMES | 7 |
| 4. GESTIÓN DE RIESGOS | 8 |
| 5. SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO | 9 |
| 6. RETROALIMENTACIÓN DE USUARIOS Y PARTES INTERESADAS | 10 |
| • <i>Sistema de PQRS</i> | 10 |
| • <i>Encuesta Institucional de Satisfacción</i> | 10 |
| 7. AUDITORIAS INTERNAS Y EXTERNAS AL SIGO | 13 |
| • <i>Auditoría Externa 2016</i> | 13 |
| • <i>Auditorías Internas 2016</i> | 13 |
| • <i>Auditoría Externa 2017</i> | 14 |
| • <i>Primer ciclo de Auditorías Internas 2017</i> | 15 |
| 8. CAMBIOS QUE PUEDEN AFECTAR EL SIGO | 16 |
| 9. DECISIONES / ACCIONES DE RxD 2016..... | 19 |
| 9.1 Plan de Acción | 19 |
| 9.2 Indicadores de Gestión | 19 |
| 9.3 Control de las Salidas No Conformes..... | 19 |
| 9.4 Gestión del Riesgo..... | 19 |
| 9.5 Planes de Mejoramiento | 19 |
| 9.6 Retroalimentación de Usuarios y Partes Interesadas | 19 |
| 9.7 Auditorías Internas y Externas al SIGO..... | 19 |
| 9.8 Gestión de Cambios | 20 |
| ANEXOS | 20 |

Anexo 1. Informe de PQRS 2016

Anexo 2. Informe de Satisfacción 2016

Anexo 3. Informe de Auditoría Interna I-2017

INFORME DE GESTIÓN PARA REVISIÓN POR DIRECCIÓN 2016

INTRODUCCIÓN

El presente informe describe los resultados obtenidos por la Institución Universitaria Antonio José Camacho - UNIAJC en la vigencia 2016, con relación al aseguramiento de la conveniencia, adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad del Sistema Integrado de Gestión Organizacional - SIGO.

Es importante resaltar que la actualización del SIGO se inició en el segundo semestre del año 2016 con la emisión de la Resolución 604 de 2016 a la que se le estableció un periodo de transición hasta el 30 de abril de 2017 (con la Resolución 612 de 2016), periodo que se extendió hasta el 30 de julio de 2017 (mediante la Resolución 364 de 2017), en el cual mantienen vigencia la información y documentos implementados para la anterior versión del Mapa de Procesos. Para facilitar la comprensión de la información en este periodo de transición, se presenta el siguiente cuadro que muestra la relación entre los procesos nuevos y los anteriores:

| Nuevos Procesos | Anteriores Procesos |
|------------------------------|---|
| Direccionamiento Estratégico | Direccionamiento Estratégico |
| | Comunicación Institucional |
| Docencia | Docencia |
| | Gestión de Adm. Reg. y Cont. Acad. |
| Investigación | Investigación |
| Proyección social | Proyección Social |
| Gestión del Bienestar Humano | Gestión Humana |
| | Gestión del Bienestar Universitario |
| Gestión Financiera | Gestión Financiera |
| | Gestión de Bienes y Servicios |
| Gestión de Infraestructura | Gestión de Infraestructura Física |
| | Gestión de Infraestructura Tecnológica |
| | Gestión de Recursos Educativos |
| Evaluación y Mejoramiento | Calidad Institucional |
| | Evaluación, Seguimiento y Control Institucional |

Los asuntos aquí tratados generan recomendaciones para la mejora relacionadas con:

- El desempeño de los procesos reflejado en el cumplimiento del Plan de Acción Institucional y los resultados de los Indicadores de Gestión del mismo
- La conformidad del servicio que se analiza desde la gestión de los Servicios No Conformes (SNC)
- La gestión de los riesgos institucionales asociados a los procesos
- El estado de las acciones correctivas según el seguimiento al Plan de mejoramiento institucional
- El análisis de la retroalimentación de los usuarios y grupos de interés, que se muestra a través del Sistema de PQRS y los resultados de la Encuesta de Calidad en el Servicio
- Los resultados de auditorías internas y externas de 2016 y del I-2017
- La identificación y gestión de los cambios que podrían afectar el SIGO
- El seguimiento a las acciones planteadas en la Revisión por dirección de la vigencia anterior.

Comentado [DCRO2]: Se adicionó en la 2ª Versión del informe

Comentado [DCRO3]: Se adicionó en la 2ª Versión del informe

**INFORME DE GESTIÓN PARA
REVISIÓN POR DIRECCIÓN 2016**

1. SEGUIMIENTO AL PLAN DE ACCIÓN

El siguiente cuadro muestra por cada Proyecto del Plan de Acción (según Programas del Plan Estratégico de Desarrollo 2012-2019), los resultados alcanzados durante el año 2016 con relación a las metas de cada uno (valores en %). El promedio institucional en el cumplimiento de las metas a Diciembre del 2016 fue de **102.81%** (aumento real del 19,35% Vs 18,82% de la meta promedio, logrando un 63,12% en el cumplimiento del PED).

| PROGRAMA | PROYECTO | 2015 | Meta de i a 2016 | Aumento Real a 2016 | 2016 |
|---|---|--------------|---------------------|------------------------|--------------|
| 1 Programas de Formación | Ampliación y sostenibilidad de la oferta de pregrado y posgrado | 75 | 10 | 10 | 85 |
| | Apoyo para la virtualización y modernización curricular en la Institución Universitaria Antonio José Camacho de Santiago de Cali | 42 | 14 | 15 | 57 |
| | Conformación de alianzas y convenios para ampliar y cualificar la oferta académica de la Institución Universitaria Antonio José Camacho de Santiago de Cali | 43 | 12 | 17 | 60 |
| | Apoyo para la autoevaluación y acreditación de programas académicos de la Institución Universitaria Antonio José Camacho de Santiago de Cali | 54 | 15 | 10 | 64 |
| 2 Desarrollo Profesoral | Apoyo al programa de formación y desarrollo profesoral en la Institución Universitaria Antonio José Camacho de Santiago de Cali | 52 | 13 | 13 | 65 |
| 3 Investigación | Implementación de fomento y desarrollo de la investigación | 41 | 14 | 12 | 53 |
| 4 Proyección Social | Fortalecimiento de la proyección social de la Institución Universitaria Antonio José Camacho de Santiago de Cali | 43 | 13 | 14 | 57 |
| 5 Bienestar Universitario | Apoyo al bienestar de la comunidad universitaria de la Institución Universitaria Antonio José Camacho de Santiago de Cali | 40 | 14 | 14 | 54 |
| 6 Gestión del Talento Humano | Fortalecimiento y gestión del talento humano en la Institución Universitaria Antonio José Camacho de Santiago de Cali | 26 | 14 | 14 | 40 |
| 7 Infraestructura, Equipamiento y Medios Educativos | Desarrollo tecnológico de la Institución Universitaria Antonio José Camacho de Santiago de Cali | 55 | 15 | 18 | 73 |
| | Desarrollo tecnológico de la Institución Universitaria Antonio José Camacho de Santiago de Cali | 0 | 100 | 100 | 100 |
| | Desarrollo de la infraestructura física de la Institución Universitaria Antonio José Camacho de Santiago de Cali | 53 | 15 | 18 | 71 |
| | Mantenimiento a la infraestructura física de la Institución Universitaria Antonio José Camacho de Santiago de Cali | 50 | 15 | 15 | 65 |
| 8 Gestión Financiera | Fortalecimiento de la gestión financiera en la Institución Universitaria Antonio José Camacho de Santiago de Cali | 49 | 11 | 11 | 60 |
| 9 Estructura Organizacional y de Gestión | Implementación del sistema integrado de gestión organizacional en la UNIAJC | 43 | 15 | 15 | 58 |
| | Gestión Ambiental | 15 | 20 | 20 | 35 |
| | Fortalecimiento del mercadeo Institucional | 63 | 10 | 13 | 76 |
| TOTAL | | 43,76 | 18,82 | 19,35 | 63,12 |

Fuente: Formato F28a – SIA (Banco de Proyectos – Oficina Asesora de Planeación).

Observaciones sobre Seguimiento al Plan de Acción

- Se evidencian resultados positivos en la cultura organizacional alrededor del Banco de Proyectos, y su importancia en la planeación y gestión no solo del presupuesto sino de las actividades institucionales para el logro de los objetivos.
- Esta gestión ha permitido también que se entreguen oportunamente los reportes solicitados por entes externos y que se realice un acompañamiento a los líderes de proyecto para mejorar sus habilidades de planeación y el cumplimiento de lo planeado.
- La descripción de las actividades y logros alcanzados en los Programas se encuentra en el Informe de Gestión presentado por el Rector al Concejo Municipal de Santiago de Cali.

2. INDICADORES DE GESTIÓN

Durante el 2016, la Oficina Asesora de Planeación adelantó el “Catálogo de Indicadores”, una revisión de los indicadores obligatorios según lo exige el Ministerio de Educación Nacional – MEN (Consejeros, MIDE y Planes de Fomento a la Calidad), asignándolos a los nuevos procesos y se logró revisarlos en estas instancias (Líderes y gestores de procesos), para determinar si también miden la gestión de los procesos.

Se encontró que algunos indicadores son muy generales y/o no miden la gestión puntual de los procesos por lo cual, aunque se calculen y entreguen al MEN, se deberán revisar otras mediciones para ser calculadas y analizadas en 2017. Por lo anterior, se determinó que la gestión institucional en 2016 se mediría a través de los indicadores del Plan de Acción (miden los 10 Objetivos del PED, que son los primeros 10 Objetivos del SIGO).

Sobre los indicadores que miden los otros cuatro (4) Objetivos del SIGO, asociados a Calidad, Ambiental y SST; en el “Catálogo de indicadores” están incluidos 2 indicadores de Calidad, 8 de Ambiental y 23 de SST, que presentaron los siguientes resultados:

Calidad: El indicador Satisfacción de estudiantes (Promedio del % de Satisfacción según encuesta Institucional), que está incluido en el cuadro anterior, fue de **74,74%** y su análisis se encuentra en el punto 6 del presente informe. El Indicador Mejora continua (Promedio del % de avance de las acciones en el Plan de Mejoramiento Institucional), tuvo un resultado de **89%** calculado a Febrero 28 de 2017 (seguimiento al 38% de las acciones del Plan) y su análisis se encuentra en el punto 5 del presente informe.

Ambiental: Además de los 8 indicadores calculados y analizados desde “Desarrollo Humano”, los cuales tuvieron un comportamiento normal en el año 2016, se consolida en los indicadores del seguimiento al Plan de Acción Institucional, un indicador de “Actividades realizadas en el marco de la gestión ambiental”, que para el año 2016, fueron 6 en total.

SST: Los 23 indicadores calculados en este aspecto presentan resultados dentro de lo normal. Para revisarlos detalladamente, al igual que los 8 indicadores en Ambiental, comunicarse con la Profesional de SST, adscrita a Desarrollo Humano.

En el cuadro adjunto se muestran los resultados de los indicadores del Plan de acción 2016.

**INFORME DE GESTIÓN PARA
REVISIÓN POR DIRECCIÓN 2016**

| INDICADOR | Resultado 2016 | Análisis de Resultado |
|--|----------------|--|
| Número de docentes con carga académica asignada | 1269 | Se vincularon 1269 docentes para la atención de los estudiantes matriculados y las necesidades Institucionales |
| Número de actividades realizadas en el marco de la virtualización y modernización curricular | 6 | Se realizaron 6 actividades en el marco de la virtualización y modernización curricular |
| Numero de acciones realizadas fruto de las relaciones nacionales e internaciones | 9 | El número de acciones realizadas fue de 9 como fruto de las relaciones nacionales e internacionales |
| Número de programas en proceso de acreditación | 4 | Se encuentran en proceso de acreditación 4 programas |
| Número de actividades realizadas en el programa de formación y desarrollo profesoral | 2 | Se realizaron 2 actividades en el programa de formación y desarrollo profesoral |
| Numero de actividades realizadas en el proyecto Implementación de fomento y desarrollo de la investigación | 23 | Se realizaron 23 actividades en el proyecto implementación de fomento y desarrollo de la investigación |
| Porcentaje de cumplimiento de los productos | 108 | Se cumplió en un 108 porciento los productos programados |
| Número de actividades realizadas para el bienestar de la comunidad UNIAJC | 10 | Se realizaron 10 actividades para el Bienestar de la comunidad UNIAJC |
| Personal no docente con competencias laborales fortalecidas | 122 | Se fortaleció a 122 personas en competencias laborales |
| Porcentaje de cumplimiento de los productos | 120 | Se cumplió en un 120 porciento los productos programados |
| Porcentaje de cumplimiento de los productos | 117 | Se cumplió en un 117 porciento los productos programados |
| Sedes de la UNIAJC con servicio de mantenimiento preventivo durante todo el año. | 6 | La cantidad de sedes con mantenimiento preventivo fue de 6 |
| Contrato de soporte y actualización | 3 | Se requirió 3 contratos para soporte y actualización |
| Satisfacción de Estudiantes | 75 | El nivel de satisfacción de estudiantes fue de 75 porciento |
| Actividades realizadas en el marco de la gestión ambiental | 6 | Se realizaron 6 actividades en el marco de la gestión ambiental |
| Numero de actividades promocionales dirigidas al publico objetivo | 8 | Se realizaron 8 actividades promocionales dirigidas al público objetivo |

Fuente: Formato F29b – SIA (Banco de Proyectos – Oficina Asesora de Planeación).

Observaciones sobre Indicadores de Gestión

- La Oficina Asesora de Planeación debe culminar el análisis y aplicación del “Catálogo de indicadores y validar cuales servirán para medir la gestión de los procesos.
- Los Líderes de proceso, con acompañamiento de los profesionales de la Oficina Asesora de Planeación (Gestión de la Información y Gestión de la Calidad Institucional), deberán identificar otras mediciones que les permitan hacer seguimiento y control de su gestión, para entonces iniciar su cálculo y análisis desde el año 2017.
- Las fuentes que en principio se deberán consultar para definir los indicadores de gestión de los procesos, además del “Catálogo de Indicadores” son: Indicadores del Plan de Acción Institucional, Indicadores de los anteriores 15 procesos, Servicios entregados por cada proceso (según cuadro de identificación de SNC), Resultados de retroalimentación de usuarios (Satisfacción y PQRS), Requisitos de CNA, MECI y FURAG (Formulario Único Reporte de Avances de la Gestión presentado al DAFP para hacer seguimiento al Modelo Integrado de Planeación y Gestión).

3. CONTROL DE LAS SALIDAS NO CONFORMES

Los Líderes y Gestores de los procesos, con acompañamiento del Área Gestión de la Calidad Institucional, identificaron las “Posibles Salidas No Conformes - SNC” (Productos / Servicios que proveen y sus Usuarios / Clientes), a medida que se revisaban las Actividades/Responsabilidades prioritarias de los procesos.

A continuación se presentan los avances realizados por los procesos, con relación a esta metodología, al 28 de febrero de 2017 falta identificar las Posibles SNC en 16 de las 40 dependencias lo cual corresponde a un 40%):

| PROCESO | DEPENDENCIA | Identificación SNC | | | Pendiente x Identificar | Reporte Periódico | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|--------------------|---------|-----------|----------------------------|-------------------|----|---------|
| | | Total | Parcial | No Aplica | | Sí | No | Algunos |
| Direccionamiento Estratégico | Planeación | | | | x | | | |
| | Secretaría General | | x | | | | x | |
| | Archivo Central | | | | x | | | |
| | Comunicaciones | x | | | | | x | |
| | Mercadeo | | | | x | | | |
| | Rectoría | | | x | | | x | |
| Docencia | Vice. Académica | | | x | | | | |
| | Asuntos pedagógicos | x | | | | | x | |
| | Desarrollo profesoral | x | | | | | | x |
| | PLE | x | | | | | x | |
| | UNIAJC Virtual | x | | | | | | x |
| | Registro académico | | x | | | | x | |
| | Unid. Académicas (Fac. + CB) | | x | | | | | x |
| Investigación | Decanato Investigaciones | x | | | | x | | |
| Proyección social | Proyección Social | | x | | | | | x |
| | ORI | x | | | | | | x |
| | Educación continua | | | | x | | | |
| | Egresados | | | | x | | | |
| | CEFTEL (Unidad académica) | | | x | | | | |
| | Centro Idiomas | | x | | | x | | |
| Gestión del Bienestar Humano | Admón. Personal | x | | | | | | x |
| | Desarrollo Humano | x | | | | | | x |
| Gestión Financiera | Bienestar Universitario | | | | x | | | |
| | Vice Administrativa | | | | x | | | |
| | Banco de Proyectos | | | | x | | | |
| | Contabilidad | | x | | | | | x |
| | Tesorería | x | | | | | x | |
| Gestión de Infraestructura | Oficina Jurídica | | | | x | | | |
| | Compras e Inventarios | | | | x | | | |
| | Coordinadora Académica | | | | x | | | |
| | Laboratorios | | | | x | | | |
| | Biblioteca | | | | x | | | |
| | Jefe de Planeación (Líder) | | | | | | | |
| Evaluación y Mejoramiento | Infraestructura Física | | | | x | | | |
| | Servicios Generales | | | | x | | | |
| | DTIC | | | | x | | | |
| | Gestión Información | x | | | | | | x |
| | Calidad Institucional | | x | | | | x | |
| | Calidad Académica | x | | | | | | x |
| | SST y Ambiental | | x | | | | | x |
| | Control Interno | | | x | | | | |

INFORME DE GESTIÓN PARA REVISIÓN POR DIRECCIÓN 2016

Al iniciar las reuniones con cada proceso se explicaron las bondades de la metodología y se indicó que, aunque sólo es obligatoria para las salidas entregadas directamente a los Usuarios Estudiantes, podía ser usada para identificar y aplicar controles que evitaran o redujeran la posibilidad de ocurrencia de las SNC, así como establecer acciones para evitar o mitigar la insatisfacción de los Clientes internos (Funcionarios académicos y administrativos), Empresarios, Comunidad, Entes de control, etc.

Posteriormente se definió que, para las SNC que no afectan directamente a los Estudiantes, no sería necesario reportarlas periódicamente al Área Gestión de la Calidad Institucional, sino solamente aplicar los “Controles” y “Acciones”, y anualmente, analizar si debían reformularse o habían sido efectivos (Ver **Posibles SNC** en [PLUTON:\\Sistema SIGO\2017](#)).

Observaciones sobre el Control de las Salidas No Conformes

- El Área Gestión de la Calidad socializó las ventajas de la metodología, según se estableció en el anterior informe de Revisión por Dirección y debe culminar la consolidación de las Posibles SNC y empezar a pedir los reportes trimestrales de los que se determine.
- No se alcanzó a reportar la ocurrencia de SNC en el año 2016, pero una vez se establezcan las Posibles SNC, se reportarán retroactivos para todo el año 2017.
- El trabajo adelantado en este aspecto permitió identificar, desde el punto de vista del prestador, las necesidades y expectativas de los usuarios, pero las mismas deberán ser validadas directamente por dichos usuarios.

4. GESTIÓN DE RIESGOS

Durante el II-2016 los Líderes y Gestores de los nuevos Procesos, con el acompañamiento de la Oficina Asesora de Planeación, reformularon los Riesgos utilizando la plantilla construida entre Planeación y Control Interno en 2015 y considerando tanto el objetivo de cada uno de los procesos como el contexto interno y externo actual de la Institución, integrando además los riesgos de corrupción.

Los riesgos por proceso se consolidaron en el Mapa de Riesgos Institucional que se publicó en diciembre de 2016 (Ver Mapa de Riesgos Institucional en http://www.uniajc.edu.co/documentos/2016/Mapa_Riesgos_Institucional_2016-2017.pdf) y en marzo de 2017 debe realizarse el primer seguimiento por parte de los Líderes de Proceso, lo cual deberá ser revisado por la Oficina de Planeación y validado por la Oficina de Control Interno, quien debe reportar cuatrimestralmente este aspecto al DAFP (Departamento Administrativo de la Función Pública).

Observaciones sobre la Gestión de Riesgos

- Durante la implementación de la nueva plantilla para la Administración del riesgo, se capacitó y sensibilizó a los líderes y gestores de los procesos sobre la importancia de la gestión del riesgo para ser flexibles ante los cambios, aprovechando las oportunidades y fortalezas, y manejando las amenazas y debilidades institucionales.
- El área de Calidad Institucional deberá acompañar a los Líderes y Gestores de proceso, en este primer ejercicio de seguimiento a los controles del Mapa de riesgos para asegurar su comprensión y aplicación.

5. SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO

Este aspecto muestra el estado de las acciones propuestas (Correcciones y Acciones Correctivas) en el Plan de Mejoramiento Institucional. Las acciones inscritas en él para el año 2016 fueron tomadas de los compromisos establecidos en las actas de DO Administrativo durante 2016, Revisión x Dirección 2015 (Informes de PQRS, Encuesta de Satisfacción y SNC), Diagnóstico de cumplimiento en los requisitos normativos de la Educación para el trabajo y desarrollo humano (ETDH) y Revisión de los productos MECI, consolidando un total de 250 acciones. (Ver **Plan de Mejoramiento Institucional** en [PLUTON:\\Sistema SIGO2017](#)).

El cuadro adjunto presenta los resultados del seguimiento a la realización de las acciones incluidas en el Plan de Mejoramiento Institucional.

| DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN DETECTADA | Acciones | | Acciones Revisadas | Promedio de Avance | Cerradas | Abiertas | Sin seguimiento | |
|---|------------|-------------|--------------------|--------------------|-----------|-----------|-----------------|------------|
| DO Administrativo | 54 | 22% | 38 | 88% | 31 | 7 | 16 | 30% |
| ETDH (Asesoría) | 129 | 52% | 33 | 89% | 26 | 7 | 96 | 74% |
| Informe de PQRS 2015 | 6 | 2% | 6 | 90% | 6 | 0 | 0 | 0% |
| Informe de Satisfacción 2015 | 12 | 5% | 11 | 95% | 10 | 1 | 1 | 8% |
| Revisión de los productos mínimos del MECI | 46 | 18% | 4 | 90% | 1 | 3 | 42 | 91% |
| Actualización y modernización curricular que atienda el contexto institucional | 1 | 0% | 1 | 40% | 0 | 1 | 0 | 0% |
| La metodología de SNC no está siendo utilizada en la UNIAJC para la mejora continua | 2 | 1% | 2 | 85% | 1 | 1 | 0 | 0% |
| TOTAL | 250 | 100% | 95 | 89% | 75 | 20 | 155 | 62% |

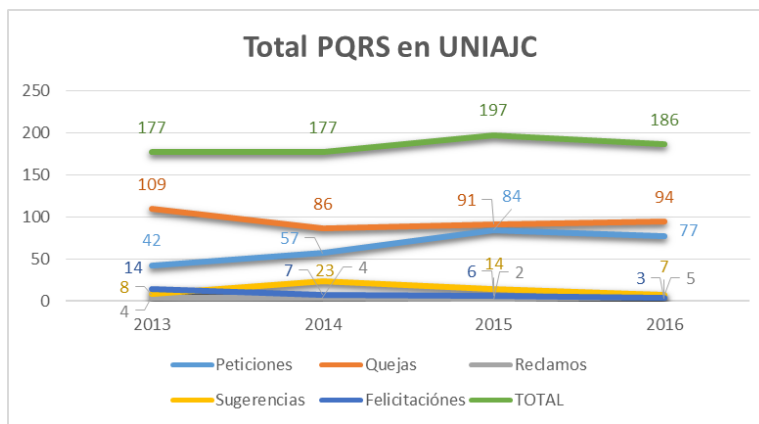
Observaciones sobre Planes de Mejoramiento

- La mayoría de acciones son Correcciones y Acciones correctivas por la actualización del SIGO y la ampliación del alcance.
- Para mostrar la integración del SIGO con los requisitos del CNA se deberá, como mínimo, integrar en un solo Plan de mejoramiento, las acciones provenientes de ambas fuentes (Aspectos CNA, Requisitos de normas implementadas e Informes de Pares académicos y de Auditores externos).
- Los hallazgos de la auditoría interna (Actualización de Documentos, SNC, Indicadores, Riesgos), ya se habían contemplado en el Plan de Mejoramiento por otras fuentes, por lo tanto no se muestran acciones cuya fuente sean las Auditorías internas.
- El seguimiento a la ejecución de las acciones en el plan de Mejoramiento se inició en enero de 2017, por lo tanto hay **155** de las 250 (**62%**) acciones sin seguimiento (se dio prioridad a las de Revisión x Dirección 2015 y DO Administrativo durante 2016)

6. RETROALIMENTACIÓN DE USUARIOS Y PARTES INTERESADAS

• Sistema de PQRS

Para el año 2016, el tiempo promedio de respuesta a las 186 PQRS fue de 6,8 días calendario reduciendo en 3,2 días el promedio comparado con el año anterior y además continuando por debajo de los tiempos máximos permitidos legalmente para las respuestas, (Ver **Anexo 1. Informe PQRS 2016**).



La totalidad de las PQRS fueron respondidas; y como acciones de mejora se dieron las siguientes:

- Se adelantaron acciones (envío de correos electrónicos y llamadas telefónicas), para validar el recibimiento de las respuestas y conocer el grado de satisfacción con las mismas, en relación con su tiempo, amabilidad y calidad de la respuesta. Con esta acción se obtuvieron **56** respuestas con una calificación promedio de **3,55** (Calificación máxima 5.0)
- En diciembre se instaló, parametrizó y capacitó a los funcionarios en la Plataforma PQRS adquirida con UNIPamplona (en el alcance de las Plataformas Academusoft y Gestasoft), para iniciar su utilización en enero 2017. Al 28 de febrero de 2017 se han recibido **34** PQRS, respondiéndose **26**, y se ha identificado que por el periodo de adaptación a la plataforma y su parametrización de acuerdo a los tiempos legales de respuesta, se puede aumentar el tiempo promedio de respuesta y se ha incurrido en 2 errores sin gravedad y que han sido atendidos oportuna y correctamente (registro duplicado de una Petición y envío de respuesta vacía).

• Encuesta Institucional de Satisfacción

En procura del mejoramiento en los servicios ofrecidos a los Usuarios y Grupos de Interés de la UNIAJC, para el año 2016 volvió a aplicar el modelo de encuesta implementada en 2015 indagando sobre los servicios que se les prestan directamente en Biblioteca, Tesorería, Admisiones y registro académico, DTIC, Coordinación académica, Bienestar universitario, Centro de idiomas y Unidad académica / Facultad.

**INFORME DE GESTIÓN PARA
REVISIÓN POR DIRECCIÓN 2016**

Como resultado de la Encuesta Institucional del año 2016 se obtuvo un **74,74%** de Satisfacción general (63,61% en 2015). Se recibieron 1498 percepciones de los estudiantes (883 en 2015), con lo cual el error de muestreo es de 2,3% (3,09% en 2015), con un nivel de confianza del 99% (95 en 2015) (Ver **Anexo 3**. Informe de Satisfacción 2015).

| DEPENDENCIA EVALUADA | 2015 | | | 2016 | | |
|--|-------------------|---------------|---------------|-------------------|---------------|---------------|
| | No se / No uso | Insatisfechos | Satisfechos | No se / No uso | Insatisfechos | Satisfechos |
| BIBLIOTECA | 17,60% | 22,28% | 60,07% | 13,47% | 16,67% | 69,87% |
| Disponibilidad de material bibliográfico físico y/o digital necesario para las asignaturas que cursa | 20,40% | 13,80% | 65,80% | 14,45% | 10,04% | 75,51% |
| Acceso rápido y sencillo a las bases de datos de la Biblioteca | 31,90% | 21,70% | 46,30% | 21,91% | 18,79% | 59,29% |
| Instalaciones de la Biblioteca son confortables y propicias para el estudio | 10,10% | 21,50% | 68,40% | 9,43% | 16,96% | 73,61% |
| Equipos de cómputo disponibles en Biblioteca son suficientes | 13,90% | 53,00% | 33,10% | 12,21% | 40,50% | 47,29% |
| El personal de Biblioteca brinda el servicio con amabilidad, agilidad, claridad. | 15,60% | 7,10% | 77,20% | 11,87% | 5,97% | 82,16% |
| El horario de atención en la Biblioteca es adecuado | 13,70% | 16,60% | 69,60% | 10,92% | 7,73% | 81,34% |
| TESORERÍA | 9,38% | 16,43% | 74,17% | 6,91% | 15,23% | 77,84% |
| Acceso para hacer solicitudes financieras y tiempo respuesta | 16,00% | 14,60% | 69,40% | 10,38% | 11,94% | 77,68% |
| Acceso de manera rápida, sencilla y segura a liquidaciones financieras | 4,90% | 6,10% | 89,00% | 2,85% | 5,36% | 91,79% |
| La ventanilla de Tesorería es confortable y propicia para la atención | 9,70% | 30,90% | 59,30% | 9,70% | 30,90% | 59,30% |
| El personal de Tesorería brinda el servicio con amabilidad, agilidad, claridad | 9,30% | 13,80% | 76,90% | 5,83% | 9,77% | 84,40% |
| El horario de atención en la Tesorería es adecuado | 9,30% | 20,40% | 70,30% | 5,77% | 18,18% | 76,05% |
| OFICINA DE ADMISIONES Y REGISTRO ACADÉMICO | 0,00% | 15,00% | 72,95% | 8,96% | 9,96% | 81,09% |
| Los certificados de Registro Académico son entregados en el tiempo establecido y correctamente | 21,20% | 8,50% | 70,30% | 15,26% | 8,55% | 76,19% |
| La ventanilla de atención en Registro Académico es confortable y propicia para la atención | 9,60% | 23,80% | 66,60% | 7,33% | 10,31% | 82,36% |
| El personal de Registro Académico brinda el servicio con amabilidad, agilidad, claridad | 8,70% | 10,00% | 81,30% | 6,31% | 7,60% | 86,09% |
| El horario de atención en Registro Académico es adecuado a sus necesidades | 8,70% | 17,70% | 73,60% | 6,92% | 13,36% | 79,72% |
| DIRECCIÓN DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES | 10,32% | 19,08% | 70,63% | 8,24% | 12,46% | 79,30% |
| Disponibilidad adecuada de equipos de cómputo en las Salas de Sistemas | 13,30% | 28,90% | 57,90% | 9,97% | 17,84% | 72,18% |
| La información y servicios de la Página Web institucional son de fácil acceso y comprensión | 6,10% | 18,50% | 75,40% | 4,41% | 11,60% | 83,99% |
| Funcionamiento adecuado de la plataforma "Mi Campus" para diversas consultas | 5,00% | 13,10% | 81,90% | 3,53% | 11,26% | 85,21% |
| Instalaciones de las Salas de Sistemas confortables y propicias para el estudio | 11,80% | 23,70% | 64,60% | 9,50% | 13,91% | 76,59% |
| El personal de las Salas de Sistemas brinda el servicio con amabilidad, agilidad, claridad | 12,60% | 12,70% | 74,70% | 10,65% | 9,50% | 79,85% |
| El horario de atención en las Salas de Sistemas es adecuado | 13,10% | 17,60% | 69,30% | 11,40% | 10,65% | 77,95% |

**INFORME DE GESTIÓN PARA
REVISIÓN POR DIRECCIÓN 2016**

| DEPENDENCIA EVALUADA | 2015 | | | 2016 | | |
|--|---------------------|---------------|---------------|-------------------|---------------|---------------|
| | No se / No uso | Insatisfechos | Satisfechos | No se / No uso | Insatisfechos | Satisfechos |
| BIENESTAR UNIVERSITARIO | 28,33% | 28,39% | 43,28% | 21,32% | 18,97% | 59,71% |
| El Programa de Cultura se ajusta a su horario, intereses y necesidades | 19,70% | 38,40% | 41,90% | 17,16% | 30,66% | 52,17% |
| El Programa de Deporte se ajusta a su horario, intereses, y necesidades | 21,60% | 42,40% | 36,00% | 17,30% | 35,55% | 47,15% |
| La atención en el Programa de Salud es oportuna y efectiva | 36,80% | 17,40% | 45,80% | 30,12% | 14,65% | 55,22% |
| Las tutorías y monitorías del PMA tienen horarios adecuados | No incluida en 2015 | | | 23,00% | 20,96% | 56,04% |
| ¿Los profesores y demás profesionales que dirigen las actividades de Bienestar Universitario son amables y competentes | 26,60% | 8,70% | 64,70% | 19,27% | 7,87% | 72,86% |
| Se ha beneficiado con los servicios de Bienestar Universitario en la UNIAJC | 41,70% | 32,80% | 25,50% | 31,28% | 27,61% | 41,11% |
| Las actividades desarrolladas en los programas de Bienestar Universitario cuentan con la difusión necesaria | 20,80% | 32,60% | 46,50% | 15,81% | 27,41% | 56,78% |
| Las instalaciones son adecuadas para la práctica de los diferentes Programas que ofrece Bienestar Universitario | 29,70% | 27,40% | 42,90% | 20,69% | 19,95% | 59,36% |
| El personal de Bienestar Universitario le brinda el servicio con amabilidad, agilidad, claridad | 29,70% | 27,40% | 42,90% | 17,84% | 10,04% | 72,12% |
| COORDINACION ACADÉMICA | 7,60% | 16,80% | 75,70% | 7,60% | 10,20% | 82,20% |
| Brindar información amable, ágil y clara por parte de personal administrativo | 7,60% | 16,80% | 75,70% | 7,60% | 10,20% | 82,20% |
| CENTRO DE IDIOMAS | 22,10% | 17,43% | 60,50% | 16,00% | 13,06% | 70,94% |
| Los profesores del Centro de Idiomas demuestran calidad académica | 23,00% | 10,30% | 66,70% | 16,89% | 8,21% | 74,90% |
| El personal administrativo del Centro de Idiomas le brinda información con amabilidad, agilidad, claridad | 21,10% | 14,50% | 64,40% | 14,75% | 9,74% | 75,51% |
| Las instalaciones del Centro de Idiomas son adecuadas | 23,90% | 20,40% | 55,70% | 17,29% | 14,22% | 68,49% |
| Los horarios de clase programados por el Centro de Idiomas son adecuados | 20,40% | 24,50% | 55,20% | 15,06% | 20,08% | 64,86% |
| UNIDAD ACADÉMICA / FACULTAD | 9,90% | 22,95% | 67,17% | 9,05% | 13,95% | 77,00% |
| Su Unidad Académica/Facultad le brinda espacios para participar en proyectos, semilleros o grupos de investigación | 23,30% | 20,40% | 56,30% | 17,71% | 13,43% | 68,86% |
| Las actividades desarrolladas por su Unidad Académica / Facultad cuentan con la difusión necesaria | 11,30% | 29,10% | 59,60% | 10,11% | 12,82% | 77,07% |
| Los profesores de la Unidad Académica / Facultad demuestran su calidad académica | 4,90% | 9,30% | 85,80% | 10,04% | 16,01% | 73,95% |
| Las instalaciones físicas de su Unidad Académica / Facultad son confortables y propicias | 4,50% | 38,30% | 57,20% | 5,02% | 6,99% | 87,99% |
| El personal administrativo de su Unidad Académica / Facultad brindan información con amabilidad, agilidad, claridad | 7,20% | 18,50% | 74,30% | 5,02% | 24,36% | 70,62% |
| El horario de atención en las oficinas administrativas de su Unidad Académica/Facultad es adecuado | 8,20% | 22,10% | 69,80% | 6,38% | 10,11% | 83,51% |

Observaciones sobre Retroalimentación de Usuarios

- Las recomendaciones se encuentran en los respectivos informes
- Se debe continuar acompañando muy de cerca, la utilización de la Plataforma de PQRS hasta asegurar que todos la manejan correctamente y atienden de la mejor manera los requerimientos de la ciudadanía
- Debe continuarse aplicando la misma encuesta de satisfacción, para facilitar la comparación y así tomar decisiones. Igualmente se deben construir encuestas dirigidas a conocer la satisfacción de los Docentes y de los funcionarios administrativos, para identificar fuentes de mejora en los procesos/productos y Servicios que se realizan / entregan internamente.

7. AUDITORIAS INTERNAS Y EXTERNAS AL SIGO

En esta segunda versión del Informe de Revisión por Dirección, este numeral se actualiza en su totalidad, incluyendo los resultados de la Auditoría Externa de Renovación por parte de ICONTEC en marzo de 2017 y del primer ciclo de Auditorías Internas del 2017.

• **Auditoría Externa 2016**

En 2016, la auditoría externa de ICONTEC no arrojó ningún hallazgo de no conformidad, pero si recomendaciones para la auditoría de renovación ampliando el alcance a las otras facultades y aplicando la última versión de la norma ISO 9001 (del año 2015), además de todas las actividades previstas en la implementación del nuevo Mapa de Procesos del SIGO, lo cual se atendió en su totalidad y sus avances se presentan en este informe.

• **Auditorías Internas 2016**

En el año 2016 se realizó un solo ciclo de auditorías internas cuyo Alcance fue a todos los procesos según están descritos en la Resolución 604 (Agosto 22 de 2016) "Por la cual se actualizan los objetivos y estructura por procesos del Sistema Integrado de Gestión Organizacional en la UNIAJC, y se establece su relación con el Plan Estratégico de Desarrollo 2012-2019", y el Objetivo General fue "Diagnosticar el estado inicial de los nuevos Procesos (8), según asumen información de los procesos vigentes (15), para establecer acciones que permitan la Eficiencia, Eficacia y Efectividad del SIGO, de acuerdo a la última versión aprobada del Mapa de Procesos".

Objetivos Específicos

- 1.1 Determinar si el SIGO es conforme con los productos mínimos del MECI:2014 y su relación con los requisitos de las normas para la gestión de la Calidad.
- 1.2 Identificar el estado de avance en la actualización de la Gestión del Riesgo; en la asignación del Catálogo Institucional de indicadores y en la identificación y reporte de SNC.
- 1.3 Hacer seguimiento a las acciones de mejora resultantes de Encuesta de satisfacción, Auditoría interna y Revisión por Dirección 2015, Análisis PQRS 2015 y 2016 y Asesoría en ETDH.
- 1.4 Determinar el estado de divulgación e implementación de los requisitos SST y Ambiental.

Todas las auditorías se realizaron en la Sala de Rectoría (Sede Principal) y estaban planeadas para ejecutarse entre el 8 y el 18 de noviembre, pero se ejecutaron realmente entre el 10 y el 23 de noviembre. El 29 de noviembre se realizó la reunión del equipo auditor en la cual se concluyó

INFORME DE GESTIÓN PARA REVISIÓN POR DIRECCIÓN 2016

que en todos los procesos se presentaron los mismos hallazgos que se describen a continuación:

- 1.1 La revisión de los productos mínimos del MECI:2014, que se realizó previamente entre las Jefes de Planeación y de Control Interno, con el acompañamiento de la Profesional de Calidad Institucional y los contratistas de Control Interno, arrojó 46 hallazgos que se reportaron en el Plan de Mejoramiento y se presentaron a los Líderes de proceso durante las auditorías internas para iniciar el trabajo sobre los mismos.
- 1.2 Explicaron las metodologías para la Gestión del Riesgo y la Identificación y reporte de SNC, determinando que la información sobre ambas, reportada en el PLUTON, había perdido vigencia y debían trabajar en su actualización. Igualmente se presentó el Catálogo Institucional de indicadores y se acordó que debían revisarlo detalladamente para validar la asignación realizada por Planeación y definir si los allí planteados medían la gestión de cada proceso
- 1.3 Se revisaron las acciones resultantes de Encuesta de satisfacción, Auditoría interna y Revisión por Dirección y Análisis de PQRS del año 2015, así como la Asesoría en ETDH de 2016, identificando que el seguimiento a cada una de ellas debía hacerse posterior a la auditoría.
- 1.4 Sobre el conocimiento en la implementación de los requisitos SST y Ambiental se determinó que era mínimo y esta auditoría sirvió para ponerlos de presente.
- 1.5 Como Conclusión General, la Auditoría Interna, además de un diagnóstico sirvió como herramienta para divulgar y acordar la metodología y temas a tratar en la actualización del SIGO con el nuevo Mapa de Procesos.

Observaciones sobre Auditorías Externa e Interna del ciclo 2016

Adicional a lo anteriormente expresado, en la reunión con el equipo auditor, al final del ciclo de auditorías, se plantearon las siguientes recomendaciones:

- Los auditores harían seguimiento a la actualización documental y el Área de Calidad institucional a los otros temas tratados. El Auditor Yorny Lenis, compartió su experiencia en el aspecto documental y la Profesional de Calidad Institucional explicó los parámetros al respecto, para que fueran aplicados por los auditores (Optimización de actividades, Reducción de trámites y papeles, Pensamiento basado en el usuario, Inclusión de nuevos métodos según mejoramientos identificados y gestionados desde la estrategia DO, entre otros).
- Para aportar en la "Cultura de Calidad" es conveniente divulgar los fundamentos del SIGO usando los medios masivos (Cápsula, Correo, Página Web, Reuniones con Líderes y Gestores), según compete a los destinatarios (Estudiantes, Funcionarios docentes y administrativos, Egresados, Empresarios, Ciudadanía, etc.).
- Volver a cargar el Software ISOLUCIÓN en su última versión que fue adquirida en 2016, con la información actualizada del SIGO, desde mayo 2017 (tan pronto se cumpla el plazo de transición otorgado en la Resolución 612 de 2016)
- Validar que la información actualizada del SIGO quede incluida en el curso virtual de Inducción y Reinducción.

• **Auditoría Externa 2017**

La Auditoría Externa de Renovación realizada entre el 9 y el 14 de marzo del año en curso, para el Alcance (ampliado a la FEDV y FCSH) "*Diseño y desarrollo de programas académicos. Prestación de servicios de educación formal superior en pregrado (Técnico profesional, Tecnológico y Profesional universitario), en las áreas de las ingenierías, las ciencias*

INFORME DE GESTIÓN PARA REVISIÓN POR DIRECCIÓN 2016

empresariales, las ciencias sociales y humanas, la educación y la salud. Diseño y prestación de servicios de educación continuada asociada a los programas académicos”, presentó como resultados tres (3) No Conformidades Mayores (NCM) y seis (6) No Conformidades Menores (NCm), sobre los siguientes temas:

Tres (3) No Conformidades Mayores (NCM)

1. Auditorías Internas
2. Ambiente de trabajo
3. Niveles de inglés

Seis (6) No Conformidades Menores (NCm)

4. Identificación y gestión de Oportunidades
5. Análisis de Revisión x Dirección
6. Contratación de recursos necesarios
7. Control de estudiantes
8. Competencia de profesores (Descripciones de Cargo)
9. Manual de Calidad

A causa de las 3 NCM, se debió programar Auditoría Complementaria (que tiene un plazo máximo de 3 meses posteriores a la auditoría regular), y por los tiempos de vencimiento de las certificaciones (12 de abril), la UNIAJC debió acogerse al “Proceso de Restauración de los certificados”, mediante el cual los certificados no están “Activos”, sino “Suspendidos”. La Auditoría Complementaria se programó para el 16 de mayo, asegurando tiempo suficiente para subsanar las 3 NCM.

• **Primer ciclo de Auditorías Internas 2017**

Estando relacionada la primera No Conformidad Mayor, con el ciclo de auditorías internas de 2016 a causa de que no evaluaron que el SIGO *cumpliera con los requisitos de la norma ISO 9001:2015*, se definió un Plan de Acción para solucionarla al 1 de Abril, sin embargo se cambió la fecha de Auditoría Complementaria para el 16 de Mayo, con lo cual se ampliaron los plazos para algunas acciones.

El Informe de Auditoría Interna I-2017 presenta el Programa de Auditoría, el seguimiento al cumplimiento de las acciones diseñadas para subsanar la NCM1 sobre auditorías Internas, Resumen de los hallazgos, Conclusiones y Recomendaciones para ser analizadas en esta Revisión por Dirección.

Observaciones sobre Auditorías Externa e Interna del ciclo I-2017

- Se sugiere que en la primera semana de mayo, el Área de Calidad Institucional reporte a la Alta Dirección los resultados del seguimiento a las acciones diseñadas para las 3 NCM, con corte al 30 de abril, para conocer su grado de cumplimiento, verificar su eficacia y realizar los ajustes que sean necesarios, de tal forma que se puedan cerrar en la Auditoría Complementaria.
- Para efectos de las 6 NCm detectadas por ICONTEC y las Observaciones detectadas en las Auditorías internas, se sugiere que el Área de Calidad Institucional reporte a la Alta Dirección los resultados del seguimiento, según los responsables y fechas en el Plan de mejoramiento, con cortes al 30 de Junio, 30 de septiembre, 30 de noviembre y, si es necesario 30 de enero.

INFORME DE GESTIÓN PARA REVISIÓN POR DIRECCIÓN 2016

- De acuerdo al "Informe de Auditoría Interna I-2017":
 - o Los Auditores Internos, en sus respectivos informes concluyen que "El SIGO es conforme con los requisitos de las Normas ISO 9001:2015 y NTCGP 1000:2009".
 - o Se sugiere tomar decisiones sobre las "Conclusiones y Recomendaciones" del informe, relacionadas con:
 - Reforzar la capacitación a los Auditores internos en la norma ISO 9001:2015 haciéndola más detallada
 - Ampliar la base de auditores internos
 - Unificar los análisis independientes de los procesos y establecer las acciones institucionales que involucren a todos los auditados según les corresponda.
- En relación con la capacitación en la norma ISO 9001:2015, se sugiere se ejecute según fue planeada por el Área de Calidad Institucional, no sólo para los auditores internos sino también para los Líderes y Gestores de los procesos, reproducirla

8. CAMBIOS QUE PUEDEN AFECTAR EL SIGO

La actualización documental debe realizarse considerando la "Matriz para Identificación de Cambios", construida en 2015 y validada su vigencia en 2016 (especialmente los requisitos relacionados con Cliente – Legales y Organizacionales.

Los cambios resultantes de la actualización de la norma ISO 9001:2015, se trataron de la siguiente forma (según requisitos de los numerales):

4. Contexto de la Organización

4.1 Comprensión de la organización y su contexto: Al contexto "Determinado" en el PED (para el año 2012), se le hizo seguimiento por el Jefe de Planeación en 2015 y desde lo académico en 2016 (en el proceso de "Resignificación curricular", también en el seguimiento que la Jefe de Planeación presentó al Consejo Directivo sobre el cumplimiento del PED, y se continuará el seguimiento con la construcción del nuevo PED que empezará a realizarse en 2018.

4.2. Comprensión de las necesidades y expectativas de las Partes Interesadas:

- Internamente desde la perspectiva del "proveedor", mediante la metodología de SNC, se identificaron los Productos/Servicios que entrega la UNIAJC a sus Usuarios y Partes interesadas, así como sus características de conformidad.

- Desde la Oficina de Mercadeo, en 2016 se realizó un estudio de necesidades y expectativas de estudiantes (la retroalimentación de usuarios – Sistema de PQRS y Encuesta de satisfacción- también provee esta información de los estudiantes).

- En 2016 también se retomó (con asignación de responsabilidad y autoridad en Proyección social), el seguimiento a egresados.

- Se mantienen acercamientos con empresarios, identificándose fortalezas y debilidades de nuestros egresados y por ende, necesidades del sector productivo.

4.3 Determinación del alcance del sistema de gestión de la calidad: Se buscará en la renovación de 2017, ampliar el alcance del certificado SGC a todas las Facultades de la UNIAJC, según se viene trabajando en la implementación de ello. Igualmente, cuando se actualice el SIGO y con él el Manual de Calidad, eliminando las exclusiones actuales porque se aplica la propiedad del cliente en el caso de la información personal y determinando si el requisito 7.1.5.2 puede no ser aplicable porque no afecta nuestra calidad y responsabilidad para con los estudiantes.

4.4 Sistema de gestión de la calidad y sus procesos: Resoluciones 604 y 612 de 2016, Actualización de la información documentada, según reuniones con los procesos.

5. Liderazgo

5.1 Liderazgo y compromiso: Estrategia DO, Política y Objetivos del SIGO, Provisión de recursos (Presupuesto del proyecto, Software para el SIGO, Técnica de Calidad).

5.2 Política: Política del SIGO divulgadas en Inducción y reinducción, PVU, Docentes, y publicada.

5.3 Roles, Responsabilidades y Autoridades en la organización: Los ítems del a) al e) se evidencian en el normal funcionamiento institucional.

6. Planificación

6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades: Nueva metodología implementada y Mapa de riesgos publicado, cuyo primer seguimiento se hará a finales de marzo.

6.2 Objetivos de la calidad y Planificación para lograrlos: Nuevos Objetivos del SIGO según Política y PED, divulgados en Inducción y reinducción, PVU, Docentes, publicados, con presupuesto y seguimiento en el Plan de acción, mediante indicadores.

6.3 Planificación de los cambios: Procedimiento CAL-P-1 Planeación del SIGO con "Matriz para Identificación de Cambios"

7. Apoyo

7.1 Recursos (1. Generalidades, 2. Personas, 3. Infraestructura, 4. Ambiente para la operación de los procesos, sin cambios sustanciales comparados con la norma anterior)

7.1.5 Recursos de seguimiento y medición: Controles a la conformidad de los productos y servicios, tales como listas de verificación y registros con firmas de VoBo (también con metodología de SNC).

7.1.6 Conocimientos de la organización: Procedimientos y registros internos, Visitas a otras IES como referentes, mejores prácticas y nuevos controles documentados.

7.2 Competencia y 7.3 Toma de conciencia: Selección, educación, formación, experiencia, inducción y reinducción de personal, sin cambios sustanciales comparados con la norma anterior.

7.4 Comunicación: Procedimiento de comunicaciones internas y externas actualizado

7.5 Información documentada: Documentos y registros de todos los procesos, actualizados según parámetros indicados desde Calidad institucional.

8. Operación (Principalmente en lo misional, pero en general el ciclo PHVA en todos los procesos)

8.1 Planificación y control operacional: Descrito en los documentos de los procesos.

8.2 Requisitos para los productos y servicios: comunicación con los usuarios, requisitos CLON, compromiso con el cumplimiento de los requisitos según las capacidades institucionales, revisiones del cumplimiento debidamente registradas, actualización de documentos y divulgación de los cambios en los requisitos.

8.3 Diseño y desarrollo de los productos y servicios: Básicamente programas académicos en todos los niveles, sin cambios sustanciales comparados con la norma anterior.

INFORME DE GESTIÓN PARA REVISIÓN POR DIRECCIÓN 2016

8.4. Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente: Los que afectan directamente la calidad de nuestro servicio educativo (Laboratorios, espacios para actividades de bienestar), se evalúan, seleccionan según nuestros requisitos y se hace seguimiento al desempeño (control desde la UNIAJC).

8.5 Producción y prestación del servicio: Práctica docente, Evaluación y control curricular (también aplica para los otros procesos misionales, Bienestar universitario, Registro académico, y recursos educativos). Es nuestro quehacer, el cual está documentado en los procedimientos, instructivos y formatos; sin cambios sustanciales comparados con la norma anterior.

8.6 Liberación de los productos y servicios: Firma diaria del vocero de grupo, por la clase recibida. Sin cambios sustanciales comparados con la norma anterior.

8.7 Control de las salidas no conformes: Metodología de SNC, aplicada a todos los servicios / productos, pero reportada solo para los que afectan directamente al usuario estudiante.

9. Evaluación del desempeño

9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación: Indicadores de gestión de los procesos, Catálogo de indicadores obligatorios, Indicadores del Plan de Acción (calculados y analizados).

9.2 Auditoría interna: Según realizamos; sin cambios sustanciales comparados con la norma anterior.

9.3 Revisión por la Dirección: Según realizamos; sin cambios sustanciales comparados con la norma anterior.

10. Mejora

1. Generalidades, 2. No conformidad y acción correctiva y 3. Mejora continua: Según realizamos con el Plan de mejoramiento institucional; sin cambios sustanciales comparados con la norma anterior (desaparece la "Acción preventiva" porque está implícita en la gestión de riesgos).

Observaciones sobre la Gestión de Cambios

De la Revisión por Dirección del año anterior (2015), en este apartado continúan pendientes los siguientes asuntos:

- La recomendación de la Vicerrectora Académica y los Decanos para adicionar en la "Matriz para identificación de cambios" los requisitos normativos de los sistemas CNA (Autoevaluación para Acreditación), MIDE (Evaluación de la Educación Superior) y COLCIENCIAS.
- La validación de que en la actualización documental se incluyan las mejoras en los procedimientos identificados en la estrategia DO por su alto impacto en los estudiantes y/o la gestión institucional (Ingreso Estudiantes, Asuntos Académicos, Grados, Contratación de Docente, Contratación B&S, Presupuesto, Comunicaciones e Interacción entre sedes).

9. DECISIONES / ACCIONES DE RxD 2016

Las recomendaciones para la mejora se describen por cada uno de los numerales de este documento, y las decisiones y acciones de la Alta dirección con relación a cada uno de los puntos tratados, se indican a continuación:

9.1 Plan de Acción

- Presentar en el Consejo Directivo, propuesta metodológica para la formulación del nuevo Plan Estratégico de Desarrollo.
- Definir criterios de ejecución presupuestal para cada proyecto, priorizando programas académicos en proceso de acreditación de alta calidad.

9.2 Indicadores de Gestión

- Establecer esquema de priorización de indicadores para la toma de decisiones.
- Definir cronograma de medición y evaluación del desempeño basado en indicadores de gestión.
- Establecer instrumento de medición para el Plan de Acción Institucional 2017.

9.3 Control de las Salidas No Conformes

- Finalizar el ejercicio de identificación de problemáticas institucionales y establecer su metodología de tratamiento como Salidas No Conformes, Riesgos o Situaciones detectadas para Plan de Mejoramiento.
- Definir cronograma de reporte de las Salidas No Conformes.

9.4 Gestión del Riesgo

- Definir el cronograma de seguimiento a la gestión del riesgo.
- Actualizar el procedimiento de gestión del riesgo incluyendo las oportunidades.

9.5 Planes de Mejoramiento

- Evaluar la pertinencia y vigencia de las acciones establecidas que contiene el plan de mejoramiento 2016 para eliminar aquellas que no se realizaron y que ya no producen impactos significativos.
- Incluir en el plan de mejoramiento las acciones del DO Académico y Financiero.

9.6 Retroalimentación de Usuarios y Partes Interesadas

- Solicitar a los administradores de la página web crear un enlace de contacto para administrar las comunicaciones institucionales especializadas que están llegando por el buzón de PQRS (información de mercadeo, solicitud de hojas de vida, certificados, etc.).
- Revisar los horarios, intereses y necesidades de los estudiantes en los programas de Cultura y Deporte.
- Adelantar evaluación y reformulación de los programas y servicios de Bienestar Universitario.
- Mejorar disponibilidad de dispositivos de consulta en la biblioteca.

9.7 Auditorías Internas y Externas al SIGO

- El Área de Calidad Institucional reportará a la Alta Dirección los resultados del seguimiento a las acciones diseñadas para las 3 NCM y 6 NCm detectadas por ICONTEC, así como de los Hallazgos de Auditorías Internas (primera semana de mayo para las 3 NCM y 2 NC de Aud. Int. 1-2017; 30 de Junio y 30 de noviembre para las 6NCm y Observaciones de Aud. Int. 1-2017).

INFORME DE GESTIÓN PARA REVISIÓN POR DIRECCIÓN 2016

- Asegurar que se realice la capacitación en la norma ISO 9001:2015 a los Auditores internos actuales y nuevos, Líderes y gestores de los procesos.
- Consolidar el Plan de Mejoramiento, unificando los Hallazgos y Acciones relacionadas y divulgar a todos los involucrados según les corresponda para asegurar su ejecución.

9.8 Gestión de Cambios

- Identificar y gestionar institucionalmente los cambios necesarios para integrar al SIGO los requisitos de los sistemas CNA (Autoevaluación para Acreditación), MIDE (Evaluación de la Educación Superior) y COLCIENCIAS.
- Asegurar que en la actualización documental del SIGO se incluyan las mejoras en los procedimientos identificados en la estrategia DO por su alto impacto en los estudiantes y/o la gestión institucional (Ingreso Estudiantes, Asuntos Académicos, Grados, Contratación de Docente, Contratación B&S, Presupuesto, Comunicaciones e Interacción entre sedes).

ANEXOS

Anexo 1. Informe de PQRS 2016

Anexo 2. Informe de Satisfacción 2016

Anexo 3. Informe de Auditoría Interna I-2017