

**DISEÑO, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y MEJORAMIENTO DEL
PROCESO DE SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL DENTRO DEL SISTEMA DE
GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE
SANTANDER SEGÚN LOS LINEAMIENTOS DE LA NORMA NTC-ISO
9001:2000.**



MAYERLI ADRIANA ROMERO BLANCO



**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES
FACULTAD DE INGENIERÍAS FÍSICO-MECÁNICAS
BUCARAMANGA
2008**

**DISEÑO, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y MEJORAMIENTO DEL
PROCESO DE SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL DENTRO DEL SISTEMA DE
GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE
SANTANDER SEGÚN LOS LINEAMIENTOS DE LA NORMA NTC-ISO
9001:2000.**

MAYERLI ADRIANA ROMERO BLANCO

**Proyecto de Grado para optar el título de
Ingeniera Industrial**

Director

**JORGE ELIÉCER FIGUEROA VARGAS
Ingeniero Industrial**

Codirector

**SONIA CRISTINA GARCÍA RINCÓN
Ingeniera Industrial**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES
FACULTAD DE INGENIERÍAS FÍSICO-MECÁNICAS
BUCARAMANGA**

2008

DEDICATORIA

*“A Dios por darme la fuerza y constancia para seguir adelante.
A mis padres por brindarme su amor y paciencia.
A mis hermanos por apoyarme y soportarme.
A Jorgito por su compañía y apoyo incondicional.
A mis familiares por creer en mí.
A la Dirección de Control Interno y Evaluación de Gestión
Porque sin ellos este proyecto no sería una realidad”*

Mayerli Adriana Romero Blanco.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
1. OBJETIVOS	4
1.1 OBJETIVO GENERAL	4
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
1.3 ALCANCE	5
2. MARCO TEÓRICO	6
2.1 LEY 872 DE 2003 (diciembre 30)	6
2.2 CIRCULAR No. 06 DAFP SOBRE SGC	9
2.3 PRINCIPIOS DE LA CALIDAD NORMA ISO 9001:2000	10
2.4 ISO 19011 DIRECTRICES PARA LA AUDITORÍA DE SISTEMAS DE GESTIÓN DE CALIDAD Y/O AMBIENTAL	11
2.4.1 INTRODUCCIÓN	11
2.4.2 ALCANCE	13
2.4.3 PRINCIPIOS DE AUDITORÍA	13
2.4.4 ACTIVIDADES DE AUDITORÍA	15
2.4.4.1 GENERALIDADES	15
2.5 ENFOQUE BASADO EN PROCESOS	17

3.	DESCRIPCIÓN DE LA UNIVERSIDAD	19
3.1	GENERALIDADES DE LA UIS	19
3.1.1	RESEÑA HISTÓRICA	19
3.1.2	MISIÓN	21
3.1.3	VISIÓN	22
3.1.4	ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	24
3.2	DIRECCIÓN DE CONTROL INTERNO Y EVALUACIÓN DE GESTIÓN	28
3.2.1	GENERALIDADES	28
3.2.2	ESTRUCTURA ORGÁNICA DE LA DCIEG	30
4.	DIAGNÓSTICO	34
4.1	DIAGNÓSTICO DEL SGC	34
4.2	DIAGNÓSTICO DEL PROCESO SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL	36
4.2.1	ACTIVIDADES MACRO	37
4.2.2	ÁREAS	37
4.2.3	PERSONAL	38
4.2.4	DOCUMENTOS	38
4.2.5	REGISTROS	39
4.2.6	PROYECTOS DE MEJORA	39
4.2.7	INDICADORES DE GESTIÓN	39
4.2.8	OBSERVACIONES	39
4.3	PERFIL INICIAL DEL SGC EN EL PROCESO SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL	40

5.	PLANIFICACIÓN SGC	45
5.1	ALCANCE	46
5.2	EXCLUSIONES	46
5.3	PLAN DETALLADO DE TRABAJO	46
5.4	EQUIPO DE CALIDAD	47
5.4.1	COMITÉ DE CALIDAD	47
5.4.2	GRUPO PRIMARIO	49
5.5	POLÍTICA DE CALIDAD	50
5.6	OBJETIVOS DE CALIDAD	50
5.7	DESPLIEGUE DE LOS INDICADORES DE CALIDAD	51
5.8	MAPA DE PROCESOS	52
5.8.1	PROCESOS ESTRATÉGICOS	52
5.8.2	PROCESOS DE EVALUACIÓN	53
5.8.3	PROCESOS DE APOYO	53
5.9	CARACTERIZACIÓN DE LOS PROCESOS DE CALIDAD	55
5.10	PLANIFICACIÓN DEL PROCESO SEGUIMIENTO	57
5.10.1	CONFORMACIÓN GRUPO PRIMARIO	57
5.10.2	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL	58
5.10.3	FORMULACIÓN DE INDICADORES	58
6.	DOCUMENTACIÓN DEL SGC	61
6.1	CODIFICACIÓN	62
6.2	REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN	63
6.3	CONTROL DE CAMBIOS	64
6.4	REVISIÓN Y APROBACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN	64
6.5	DOCUMENTACIÓN DEL PROCESO SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL	65
6.5.1	PSE.01 PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍAS INTERNAS DE	66
6.5.2	PSE.02 PROCEDIMIENTO ACCIONES PREVENTIVAS/	66
6.5.3	PSE.03 PROCEDIMIENTO DE PRODUCTO O SERVICIO NO CONFORME	67
6.5.4	PSE.04. PROCEDIMIENTO DE QUEJAS Y RECLAMOS	67
6.5.5	PSE.05. PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍAS INTERNAS	68

7.	CAPACITACIONES	69
7.1	CAPACITACIÓN EN EL PROCESO SEGUIMIENTO	69
7.2	FORMACIÓN DE AUDITORES INTERNOS	71
7.2.1	SOCIALIZACIÓN: IMPLEMENTACIÓN DEL SGC Y MECI EN LA UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA.	72
7.2.2	TALLER DE INTERPRETACIÓN DE REQUISITOS DE LA NORMA NTC ISO 9001:2000	72
7.2.3	CAPACITACIÓN FORMACIÓN DE AUDITORES INTERNOS “ROL OBSERVADORES”	73
7.2.4	CAPACITACIÓN FORTALECIMIENTO DE LAS COMPETENCIAS DEL EQUIPO DE AUDITORES OBSERVADORES SOBRE EL SEGUIMIENTO A LOS	73
7.3	CAPACITACIÓN PROCESO SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL	74
7.3.1	DOCUMENTACIÓN Y MEJORAMIENTO DE LOS PROCESOS	74
7.3.2	CAPACITACIÓN PRODUCTO NO CONFORME – ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS	74
7.3.3	CAPACITACIÓN PROCEDIMIENTOS OBLIGATORIOS	75
7.4	RESULTADO DE LAS CAPACITACIONES	75
7.5	REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES	75
8.	IMPLEMENTACIÓN DEL SGC	77
8.1.	IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL	77
8.1.1	AUDITORÍA INTERNA DE CALIDAD	77
8.1.2	CONFORMACIÓN DEL EQUIPO AUDITOR	77
8.1.3	PERFIL DEL AUDITOR INTERNO UIS	78
8.1.4	PLANEACIÓN DE LA AUDITORÍA INTERNA	79
8.1.4.1	AUDITORÍA No 1-07	79
8.1.4.2	AUDITORÍA No 02-07	80
8.1.5	PREPARACIÓN DE LA AUDITORÍA INTERNA	81
8.1.6	EJECUCIÓN DE LA AUDITORÍA INTERNA	81
8.1.7	SEGUIMIENTO Y MEJORAMIENTO	82
8.1.8	EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO	83
8.2	PREAUDITORÍA EXTERNA	84

8.3	PRESENTACIÓN DE INFORMES A LA ALTA DIRECCIÓN	86
8.4	CÁLCULO DE LOS INDICADORES	87
8.5	ENCUESTA DE SATISFACCIÓN	89
8.6	INFORME DE DESEMPEÑO DEL PROCESO	90
9. EVALUACIÓN DEL SGC		92
9.1	RESULTADOS DE LA AUDITORÍA INTERNA EN EL PROCESO SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL	92
9.1.1	ASPECTOS POSITIVOS	93
9.1.2	ASPECTOS POR MEJORAR	93
9.1.3	NO CONFORMIDADES	94
9.1.4	OBSERVACIONES	95
9.1.5	ACCIONES TOMADAS	95
9.1.6	EJECUCIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN	96
9.2	PREAUDITORÍA EXTERNA AL PROCESO SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL	97
9.2.1	INFORME PREAUDITORÍA DEL SGC AL PROCESO SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL	97
9.2.2	PLAN DE ACCIÓN	98
10. CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS		99
10.1	PERFIL FINAL DEL SGC	100
CONCLUSIONES		106
RECOMENDACIONES		109
BIBLIOGRAFÍA		111
ANEXOS		112

LISTA DE FIGURAS

		Pág.
Figura 1	Visión General de las Actividades de Auditoría	16
Figura 2	Gestión Estratégica de Procesos	18
Figura 3	Estructura Organizacional Universidad Industrial de Santander	27
Figura 4	Estructura Orgánica Dirección de Control Interno y Evaluación de Gestión	32
Figura 5	Estructura de Interrelación Equipos de Trabajo	33
Figura 6	Dirección de Control Interno y Evaluación de Gestión	33
Figura 7	Metodología para el Diseño e Implementación del SGC	45
Figura 8	Equipo de Calidad	47
Figura 9	Mapa de Procesos UIS	54
Figura 10	Formato Caracterización de Proceso	56
Figura 11	Grupo Primario	57
Figura 12	Socialización SGC y MECI en la U.M.N.G	72
Figura 13	Taller de Implementación de la Norma	73
Figura 14	Taller de Implementación de la Norma	73
Figura 15	Registro de Asistencia	76
Figura 16	Reunión de Apertura	85
Figura 17	Auditoría en Sitio	85
Figura 18	Reunión de Cierre	86

LISTA DE TABLAS

	Pág.	
Tabla 1	Cronograma Diagnóstico a las Unidades Administrativas	35
Tabla 2	Diagnóstico a las Unidades Administrativas	35
Tabla 3	Cargos Dirección de Control Interno y Evaluación de Gestión	38
Tabla 4	Perfil Inicial del SGC – Proceso Seguimiento Institucional	41
Tabla 5	Despliegue de Indicadores de Calidad	51
Tabla 6	Hoja de Vida de Indicadores	60
Tabla 7	Tipos de Documentos del SGC UIS	62
Tabla 8	Códigos de los procesos de Apoyo	63
Tabla 9	Requisitos de la Documentación	64
Tabla 10	Control de Cambios	64
Tabla 11	Instancias de elaboración, revisión y aprobación de	65
Tabla 12	Plan de Formación de Auditores	70
Tabla 13	Equipo de Auditores Internos	71
Tabla 14	Equipo de Auditores Internos	78
Tabla 15	Información para la Revisión por la Dirección	86
Tabla 16	Medición de Indicadores	87
Tabla 17	Resultados de las Encuestas	89
Tabla 18	Plan de Acción Auditoría Interna	96
Tabla 19	Plan de Acción	98
Tabla 20	Cumplimiento de Objetivos	99
Tabla 21	Perfil Final del Proceso Seguimiento Institucional	101

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1 Plan Detallado de Trabajo	113
Anexo 2 Caracterización del Proceso Seguimiento Institucional	117
Anexo 3 Documentación del Proceso	120
Anexo 4 Perfil del auditor interno	155
Anexo 5 Hoja de Vida del auditor	157
Anexo 6 Plan de auditorías Internas de Calidad (Auditoría No 1-07)	160
Anexo 7 Plan de auditorías Internas de Calidad (Auditoría No 2-07)	163
Anexo 8 Listas de Verificación	165
Anexo 9 Informe de auditoría interna de calidad	167
Anexo 10 Cronograma Seguimiento a los procesos	189
Anexo 11 Procedimiento de acciones preventivas /correctivas.	191
Anexo 12 Seguimiento Proceso Financiero	197
Anexo 13 Evaluación de Desempeño	200
Anexo 14 Plan de preauditoría (ICONTEC)	207
Anexo 15 Encuesta de satisfacción	207
Anexo 16 Informe de Desempeño de los Procesos	209

RESUMEN

TÍTULO

DISEÑO, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y MEJORAMIENTO DEL PROCESO SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL DENTRO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DE LA UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER EGÚN LOS LINEAMIENTOS DE LA NORMA NTC-ISO 9001:2000*.

AUTOR

MAYERLI ADRIANA ROMERO BLANCO **

PALABRAS CLAVES

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD, PROCESOS, SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL, NORMA NTC ISO 9001 VERSIÓN 2000, UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER.

CONTENIDO

Este documento describe el desarrollo del trabajo de grado realizado en el proceso Seguimiento Institucional de la Universidad Industrial de Santander, el cual hace parte de los procesos de apoyo a las funciones misionales de Docencia, Investigación y Extensión.

El fundamento para la ejecución del proyecto fue la norma NTC ISO 9001 versión 2000, la cual fue aplicada en 5 etapas: Diagnostico, que correspondió a la evaluación inicial del proceso con respecto a los requisitos de la norma; Planificación del Sistema de Gestión de Calidad en cuanto a la política, objetivos e indicadores de calidad y la estructuración del proceso, Documentación, etapa en la cual se elaboraron, revisaron y aprobaron los documentos definidos para el proceso; Implementación, es decir, la puesta en marcha del sistema mediante la utilización de los documentos y la medición de indicadores y la Revisión por la Dirección y auditorías donde se verificó la capacidad del sistema para cumplir los requisitos especificados y la eficacia del proceso.

La realización de estas etapas estuvo acompañada por capacitaciones, que sensibilizaron al personal respecto a la importancia y beneficios de adoptar una herramienta administrativa como un Sistema de Gestión de Calidad y fueron soporte a todas las actividades desarrolladas durante el proyecto.

Este proyecto de grado se complementa con el desarrollo del Sistema de Gestión de Calidad en los otros procesos de apoyo y fue una contribución al proceso en la medida que permitió enfocar todas sus actividades hacia la mejora continua, lo cual es evidente en el compromiso del personal y en el balance positivo obtenido después de la etapa de evaluación.

* Trabajo de Grado modalidad práctica empresarial gran empresa

**Facultad de Ingenierías Físico-mecánicas, Escuela de Estudios Industriales y Empresariales, Ingeniero Jorge Eliécer Figueroa Vargas

ABSTRACT

TITLE

DESIGN, DOCUMENTATION, IMPLEMENTATION AND IMPROVEMENT OF THE MONITORING INSTITUTIONAL PROCESS WITHIN THE QUALITY MANAGEMENT SYSTEM OF THE UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER ACCORDING TO GUIDELINES OF THE NORM NTC-ISO 9001:2000* STANDARDS*

AUTHOR

MAYERLI ADRIANA ROMERO BLANCO **

KEY WORDS

QUALITY MANAGEMENT SYSTEM, PROCESSES, MONITORING INSTITUTIONAL, NTC ISO 9001:2000 STANDARDS, UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER.

CONTENT

This document describes the development of the Work of Degree made in the monitoring institutional process of the Universidad Industrial de Santander, which does part of the support processes to the missional function of Teaching, Researching and extension.

The fundament for the Project execution was the NTC ISO 9001 statement version 2000 that was applied on five (5) steps. Diagnostic, which corresponds to the first evaluation of the process with regard to the statement requirements; planning of the quality management system as for politics, quality indications, and process structure; Documentation, step about make, check, and approve the final documents of the process; Implement, that means, the start of the system whit the use of documents and the indicator measuring and the last step is the Direction Review and audit where check the full capacity of the system to complete all the requirement and the quality in the process.

The development of these stages was accompanied for trainings that sensitize the staff about the importance and benefits of adopting an administrative tool as a Quality management System and they were a support to all the activities developed during the project.

This project of degree complements whit the quality management system development in the support processes and was a contribution on the process mind while all the activities try to approach to a better improvement, which is evident in the commitment of the personnel and in the positive balance obtained after the stage of evaluation.

* Work of Degree

** Physics Mechanical Engineering Faculty, School of Industrial and Managerial Studies, Engineer Jorge Eliécer Figueroa Vargas

INTRODUCCIÓN

El trabajo de grado “Documentación, Implementación y Mejoramiento del Proceso de Seguimiento Institucional dentro del Sistema de Gestión de la Calidad de la UIS según la Norma NTC-ISO 9001:2000”, hace parte del macroproyecto de “Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en los procesos de apoyo a las actividades de docencia, investigación y extensión”, cuyo objetivo es lograr una mayor eficiencia, eficacia, y efectividad de los procesos administrativos, en concordancia con las políticas de Eficacia y Eficiencia de las Acciones Universitarias y de Desarrollo Organizacional, contempladas dentro del Proyecto Institucional para el desarrollo y consolidación de la Institución.

De otra parte, la implementación del Sistema, responde a la reglamentación enmarcada por la Ley 872 de Diciembre 30 de 2003, en donde el Congreso de la Republica de Colombia, creó el Sistema de Gestión de la Calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios; como una herramienta de gestión sistemática y transparente que permite dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios a cargo de las entidades, lo cual se enmarca en los planes estratégicos y de desarrollo.

Como parte del desarrollo del Sistema, se realizó la identificación y elaboración del Mapa de Procesos del Sistema de Gestión de Calidad en el cual se definieron diecinueve procesos, clasificados en cuatro grupos: Procesos Estratégicos, Procesos de Calidad y Mejora, Procesos de Gestión Académica y Administrativa y Procesos de Servicios a la comunidad.

La Dirección de Control Interno y Evaluación de Gestión como unidad asesora de la Alta Dirección participa activamente en su rol de evaluador independiente, teniendo en cuenta lo dispuesto en la Ley 872 de 2003 y el Acuerdo Superior 070/2005, convirtiéndose en la unidad líder del proceso Seguimiento Institucional y actor fundamental en la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad (AS 070/2005 literales d, f y k), razón por la cual se compromete activamente en dicha implementación.

El desarrollo de este proyecto, implicó la asesoría permanente de la firma Strategika Ltda., con el fin de asegurar la efectiva articulación de todos los procesos dentro del Sistema de Gestión de Calidad.

Igualmente se conformó el Comité de Calidad Institucional aprobado por Acuerdo Superior 015 del 12 de marzo de 2007, instancia en la que se atienden y analizan los intereses, necesidades, inquietudes, opiniones y sugerencias de cada proceso de apoyo de la Universidad.

Las etapas desarrolladas para la implementación de este proceso, se detallan en cada uno de los capítulos que conforman este trabajo de grado y que van desde la identificación de la situación inicial, hasta la socialización e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, resultados que se pueden validar de acuerdo con los informes entregados por la firma ICONTEC como resultado de la preauditoría de certificación.

Finalmente el producto del proceso se representa por la documentación de cuatro de los seis procedimientos obligatorios del Sistema de Gestión de Calidad, de acuerdo con la Norma NTC ISO 9001: 2000 así:

Acciones Correctivas, Acciones Preventivas, Auditorias Internas y Producto o servicio no conforme

Es importante destacar que el proceso contó con la participación y compromiso de todo el equipo de trabajo que conforma la Dirección de Control Interno y Evaluación de Gestión, así como la participación de los auditores líderes de la firma STRATEGIKA LTDA, auditores internos observadores de la UIS y el apoyo de la Vicerrectoría Administrativa.

1. OBJETIVO

1.1 OBJETIVO GENERAL

Diseñar, documentar, implementar y mejorar el proceso de apoyo Seguimiento Institucional dentro del Sistema de Gestión de la Calidad de la Universidad Industrial de Santander con base en los lineamientos de la norma la NTC-ISO 9001: 2 000.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar un diagnóstico del proceso de apoyo Seguimiento Institucional en la Dirección de Control Interno y Evaluación de Gestión donde se establezca el estado actual de la documentación relacionada con los requisitos de la la norma NTC–ISO 9001:2 000.
- Identificar y fortalecer los procedimientos desarrollados que apunten al cumplimiento de los requisitos de la norma NTC – ISO 9 001:2 000.
- Sensibilizar al personal que hace parte del proceso de Seguimiento Institucional buscando de esta manera que se ponga en práctica lo estipulado en la documentación relacionada con el sistema de gestión de calidad.
- Identificar y documentar los subprocesos prioritarios del proceso de apoyo Seguimiento Institucional a los cuáles se les aplicarán los requerimientos de la norma NTC ISO 9001:2000 con la colaboración de los responsables del desarrollo del Sistema de Gestión de la Calidad.

- Implementar el Sistema de Gestión de Calidad con base en los requerimientos de la norma técnica ISO 9001:2000 en el proceso de apoyo Seguimiento Institucional.
- Evaluar el proceso a través de auditorías internas con el fin de detectar las fortalezas y oportunidades de mejora que conduzcan al fortalecimiento y consolidación del proceso Seguimiento institucional.
- Establecer un sistema de indicadores de gestión para medir el rendimiento y extraer información que permita hacer una retroalimentación de la labor del proceso de apoyo, respecto a los lineamientos de la NTC ISO 9001:2000.

1.3 ALCANCE

El alcance de este proyecto es el diseño, documentación, implementación y mejoramiento del proceso de SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL dentro del Sistema de Gestión de la Calidad a implementar en la Universidad Industrial de Santander". Este trabajo se desarrollará como proyecto de grado hasta la realización de la preauditoría del Sistema de Gestión de la Calidad por parte del ente certificador.

2. MARCO TEÓRICO

El marco teórico al que se hace referencia a continuación, estableció los lineamientos y requisitos que se debieron tener en cuenta para el desarrollo del presente proyecto, se basa en la familia ISO 9000 así como los requisitos legales y reglamentarios donde estipulan la creación del sistema de gestión de la calidad.

2.1. LEY 872 DE 2003 (diciembre 30)¹

Por la cual se crea el sistema de gestión de la calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios.

El congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1º. Creación del sistema de gestión de la calidad.

Crea el Sistema de Gestión de la Calidad de las entidades del Estado, como una herramienta de gestión sistemática y transparente que permita dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios a cargo de las entidades y agentes obligados, la cual estará enmarcada en los planes estratégicos y de desarrollo de tales entidades. El sistema de gestión de la calidad adoptará en cada entidad un enfoque basado en los procesos que se surten al interior de ella y en las expectativas de los usuarios, destinatarios y beneficiarios de sus funciones asignadas por el ordenamiento jurídico vigente.

Artículo 2º. Entidades y agentes obligados.

¹ Tomado de la ley 872 de 2003- Congreso Colombiano NTC-ISO 9000. Fundamentos y vocabulario

El sistema de gestión de la calidad se desarrollará y se pondrá en funcionamiento en forma obligatoria en los organismos y entidades del sector central y del sector descentralizado por servicios de la rama ejecutiva del poder público del orden nacional, y en la gestión administrativa necesaria para el desarrollo de las funciones propias de las demás ramas del poder público en el orden nacional. Así mismo en las Corporaciones Autónomas Regionales, las entidades que conforman el sistema de seguridad social integral de acuerdo con lo definido en la Ley 100 de 1993, y de modo general, en las empresas y entidades prestadoras de servicios públicos domiciliarios y no domiciliarios de naturaleza pública o las privadas concesionarios del estado.

Parágrafo 1º. La máxima autoridad de cada entidad pública tendrá la responsabilidad de desarrollar, implementar, mantener, revisar y perfeccionar el sistema de gestión de la calidad que se establezca de acuerdo con lo dispuesto en la presente ley. El incumplimiento de esta disposición será causal de mala conducta.

Parágrafo transitorio. Las entidades obligadas a aplicar el Sistema de Gestión de la Calidad, contarán con un término máximo de cuatro (4) años a partir de la expedición de la reglamentación contemplada en el artículo 6 de la presente ley para llevar a cabo su desarrollo.

Artículo 4o. Requisitos para su implementación.

Para dar cumplimiento a lo dispuesto en la presente ley, las entidades deben como mínimo:

- a) Identificar cuáles son sus usuarios, destinatarios o beneficiarios de los servicios que presta o de las funciones que cumple; los proveedores de insumos para su funcionamiento; y determinar claramente su estructura interna, sus empleados y principales funciones;

- b) Obtener información de los usuarios, destinatarios o beneficiarios acerca de las necesidades y expectativas relacionadas con la prestación de los servicios o cumplimiento de las funciones a cargo de la entidad, y la calidad de los mismos;
- c) Identificar y priorizar aquellos procesos estratégicos y críticos de la entidad que resulten determinantes de la calidad en la función que les ha sido asignada, su secuencia e interacción, con base en criterios técnicos previamente definidos por el Sistema explícitamente en cada entidad;
- d) Determinar los criterios y métodos necesarios para asegurar que estos procesos sean eficaces tanto en su operación como en su control;
- e) Identificar y diseñar, con la participación de los servidores públicos que intervienen en cada uno de los procesos y actividades, los puntos de control sobre los riesgos de mayor probabilidad de ocurrencia o que generen un impacto considerable en la satisfacción de las necesidades y expectativas de calidad de los usuarios o destinatarios, en las materias y funciones que le competen a cada entidad;
- f) Documentar y describir de forma clara, completa y operativa, los procesos identificados en los literales anteriores, incluyendo todos los puntos de control. Solo se debe documentar aquello que contribuya a garantizar la calidad del servicio;
- g) Ejecutar los procesos propios de cada entidad de acuerdo con los procedimientos documentados;
- h) Realizar el seguimiento, el análisis y la medición de estos procesos;
- i) Implementar las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de estos procesos.

Artículo 6º. Normalización de calidad en la gestión.

En la reglamentación del sistema de gestión de la calidad el Gobierno Nacional expedirá, dentro de los doce (12) meses siguientes a la entrada en vigencia de la

presente ley, una norma técnica de calidad en la gestión pública en la que podrá tener en cuenta las normas técnicas internacionales existentes sobre la materia.

2.2. CIRCULAR No. 06 DAFP SOBRE SGC

Ahora bien, conforme a lo mencionado en la Circular No. 06 de 2005 del Departamento Administrativo de la Función Pública-DAFP, fechada el día 27 de Junio de 2005, respecto a las directrices que deben tener en cuenta las entidades públicas a la hora de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad, se tiene que:

- ✓ La implementación de la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública, deberá estar a cargo de un funcionario de primer nivel, distinto al Jefe de Control Interno, Auditor Interno o quien haga sus veces en cada una de las entidades, el cual tendrá a su cargo establecer los objetivos y procesos necesarios para lograr resultados de acuerdo a los requisitos del cliente y las políticas de la entidad. Para ello, será necesario un estudio minucioso de los productos y servicios que genera la entidad, así como de los procesos y los servidores responsables de los mismos.

- ✓ Para la verificación y evaluación permanente del Sistema de Gestión de la Calidad, será necesario que se habiliten auditores internos dentro de la Entidad, los cuales deberán ser coordinados por la Oficina de Control Interno, Auditoría Interna o quien haga sus veces.

- ✓ La Oficina de Control Interno, Auditoría Interna o quien haga sus veces, asumiendo su rol de evaluador independiente, deberá realizar evaluaciones, seguimiento y monitoreo permanente al grado de avance y desarrollo en la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, conforme al plan de acción previamente establecido por la misma.

2.3. PRINCIPIOS DE LA CALIDAD NORMA ISO 9001:2000²

En la norma ISO 9000:2000 se definen los siguientes ocho principios de calidad los cuales como pilares del Sistema de Gestión de la Calidad:

Los principios de la calidad son el pilar de un SGC. Estos principios pueden ser utilizados por la dirección como un marco de referencia para guiar a la organización hacia la consecución de la mejora del desempeño. Una empresa que implemente estos principios está cumpliendo con la norma certificable

a) Enfoque al cliente

Las organizaciones dependen de sus clientes y por lo tanto deberían comprender las necesidades actuales y futuras de los clientes, satisfacer los requisitos de los clientes y esforzarse en exceder las expectativas de los clientes

b) Liderazgo

Los líderes establecen la unidad de propósito y la orientación de la organización. Ellos deberían crear y mantener un ambiente interno, en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la Organización.

c) Participación del personal

El personal a todos los niveles, es la esencia de una organización y su total compromiso posibilita que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la organización.

d) Enfoque basado en procesos

Un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.

e) Enfoque de sistema para la gestión

² Tomados de la NTC-ISO 9000.

Identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuye a la eficacia y eficiencia de una organización en el logro de sus objetivos.

f) Mejora continua

La mejora continua del desempeño global de la organización debería ser un objetivo permanente de ésta.

g) Enfoque basado en hechos para la toma de decisión

Las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información.

h) Relaciones mutuamente beneficiosas con los proveedores

Una organización y sus proveedores son interdependientes, y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor.

2.4. ISO 19011³

DIRECTRICES PARA LA AUDITORÍA DE SISTEMAS DE GESTIÓN DE CALIDAD Y/O AMBIENTAL

2.4.1. INTRODUCCIÓN

La serie de normas internacionales ISO 9000 e ISO 14000 enfatiza la importancia de las auditorías como una herramienta de la dirección para hacer el seguimiento y verificar la implementación efectiva de la política de una organización para gestión de la calidad y/o gestión ambiental. Las auditorías también son parte esencial de actividades tales como certificación/registro externos y la evaluación y seguimiento de la cadena de suministro.

Esta norma internacional proporciona orientación sobre la realización de auditorías de sistemas de gestión de calidad y/o ambiental internas o externas, al igual que

³ Tomado de la ley 872 de 2003- Congreso Colombiano NTC-ISO 9000. Fundamentos y vocabulario

sobre la gestión de los programas de auditoría. Los usuarios previstos de esta norma incluyen auditores, organizaciones que implementan sistemas de gestión de calidad y/o ambiental, y las organizaciones involucradas en certificación o formación de auditores, certificación/registro de sistemas de gestión, acreditación o normalización en el área de evaluación de la conformidad.

Los numerales 1, 2 y 3 de esta norma tratan sobre el alcance, referencias normativas y términos y definiciones, respectivamente.

El numeral 4 describe los principios de auditoría. Entender estos principios ayudará al usuario a apreciar la naturaleza esencial de las auditorías y es una introducción necesaria a los numerales 5, 6 y 7.

El numeral 5 proporciona orientación acerca del establecimiento y gestión de programas de auditoría, es decir, grupos de una o más auditorías planeadas dentro de un período de tiempo específico y dirigidas hacia un propósito específico. En este numeral se tratan aspectos tales como la asignación de responsabilidades para la gestión de programas de auditoría, el establecimiento de objetivos, la coordinación de actividades de auditoría y el suministro de recursos suficientes a los equipos de auditoría.

El numeral 6 brinda orientación acerca de la realización de auditorías de sistemas de gestión y/o ambientales, incluida la selección de los equipos auditores.

El numeral 7 proporciona orientación sobre la competencia de los auditores. Presenta a grandes rasgos las habilidades y el conocimiento necesarios para ser competentes en el manejo de una auditoría. Proporciona orientación sobre los atributos personales necesarios para ser un auditor, sobre educación, experiencia laboral, formación del auditor y experiencia en auditoría, que son los indicadores que revelan si una persona ha adquirido las habilidades y conocimiento apropiados. Finalmente, el numeral 7 esboza un proceso para la evaluación de auditores.

Aunque esta norma se aplica a la auditoría de sistemas de gestión de la calidad y/o ambiental, el usuario puede considerar adaptar o ampliar la orientación

suministrada aquí, para aplicarla a otros tipos de auditorías, incluidas las de otros sistemas de gestión.

Además, cualquier otro individuo u organización con interés en hacer seguimiento a la conformidad con los requisitos, como por ejemplo las especificaciones de producto o leyes y regulaciones, puede encontrar que la orientación proporcionada por esta norma internacional es útil.

A continuación se presentan algunos numerales que se consideran claves en el desarrollo de las auditorías de gestión de calidad:

2.4.2. ALCANCE

Esta norma suministra orientación sobre los principios de auditoría, la gestión de los programas de auditoría, la realización de auditorías de sistemas de gestión de calidad y de gestión ambiental, así como la competencia de los auditores de sistemas de gestión de calidad y ambiental.

Es aplicable a todas las organizaciones que necesitan realizar y gestionar auditorías de sistemas de calidad y/o ambiental, internas o externas.

La aplicación de esta norma a otro tipo de auditorías es posible en principio, pero se recomienda prestar atención especial a la definición de la competencia necesaria de los miembros del equipo auditor en tales casos.

2.4.3. PRINCIPIOS DE AUDITORÍA

La auditoría se caracteriza por la confianza en muchos principios. Dichos principios hacen que la auditoría sea una herramienta confiable para apoyar las políticas y controles de gestión, suministrando información sobre cómo puede actuar una organización para mejorar su desempeño. La adhesión a estos principios es un prerrequisito para suministrar conclusiones de la auditoría que sean pertinentes y suficientes, y para asegurar que los auditores que trabajan independientemente entre sí lleguen a conclusiones similares en circunstancias similares.

Los siguientes principios se relacionan con los propios auditores:

Conducta ética - *Fundamento del profesionalismo.*

En auditoría son esenciales la confianza, la integridad, la confidencialidad y la discreción.

Presentación justa - *La obligación de informar verazmente y con exactitud.*

Los hallazgos, conclusiones y reportes de la auditoría reflejan con veracidad y exactitud las actividades de la auditoría. Se reportan los obstáculos significativos encontrados durante la auditoría, los aspectos no resueltos o las opiniones divergentes entre el equipo auditor y el auditado.

Debido cuidado profesional – *La aplicación de diligencia y juicio en la auditoría.*

Los auditores proceden con el cuidado requerido de acuerdo con la importancia de la tarea que realizan y la confianza depositada en ellos por los clientes de la auditoría y las partes interesadas. Un prerrequisito es poseer la competencia necesaria.

Otros principios de auditoría se relacionan con el proceso de la auditoría. Una auditoría es, por definición, independiente y sistemática y estas características están estrechamente relacionadas con los siguientes principios de auditoría:

Independencia – *La base de la imparcialidad y objetividad de las conclusiones de la auditoría.*

Los auditores son independientes de la actividad auditada, no están parcializados y no tienen conflictos de intereses. Los auditores mantienen un estado mental objetivo durante todo el proceso de auditoría, para asegurar que los hallazgos y conclusiones se basarán solamente en evidencias.

Evidencia – *La base racional para llegar a conclusiones de auditoría confiables y reproducibles en un proceso de auditoría sistemático.*

La evidencia de la auditoría es verificable. Se basa en muestras de información disponible, ya que una auditoría se realiza durante un período de tiempo limitado y con recursos limitados.

La orientación presentada en los numerales restantes de esta norma se basa en los principios establecidos anteriormente.

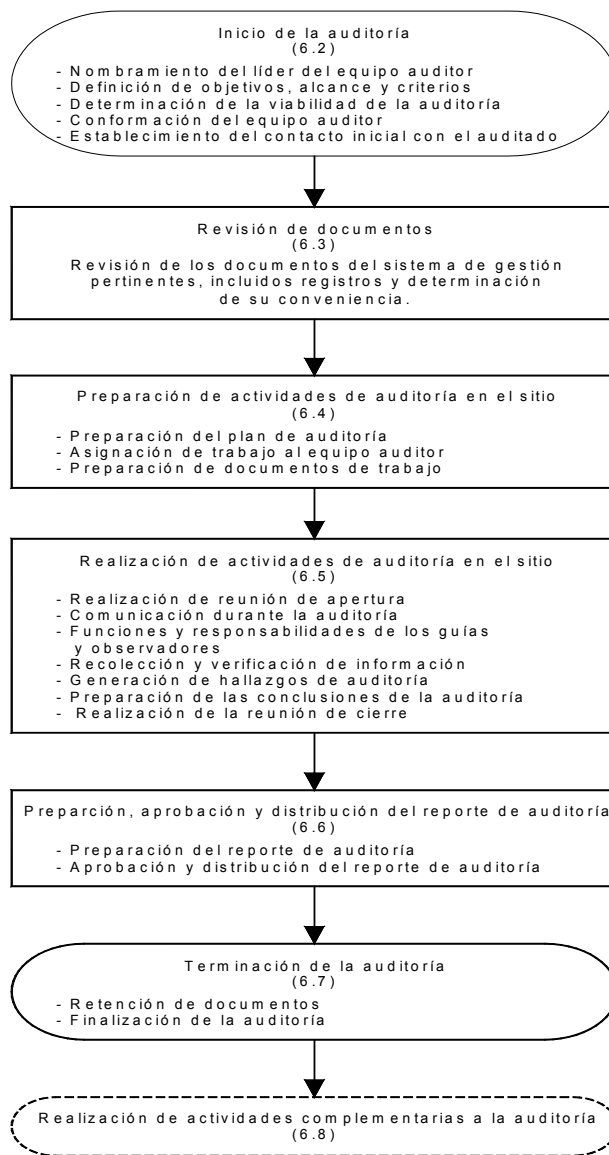
2.4.4. ACTIVIDADES DE AUDITORÍA

2.4.4.1. GENERALIDADES

Este numeral presenta una guía acerca de cómo dirigir y realizar una auditoría de sistemas de gestión de calidad y/o ambiental.

A continuación se presenta una visión general de las actividades de auditoría como se describen en este numeral.

Figura 1. Visión General de las Actividades de Auditoría



Fuente: ISO 19011 Directrices para la auditoría de sistemas de gestión de calidad y/o ambiental.

Al finalizar una auditoría pueden llevarse a cabo acciones complementarias de la auditoría. Estas acciones no se consideran como parte de la auditoría, a menos que estén incluidas en el plan de auditoría.

2.5. ENFOQUE BASADO EN PROCESOS⁴

Cualquier actividad, o conjunto de actividades, que utiliza recursos para transformar entradas en salidas puede considerarse como un proceso.

Para que las organizaciones operen de manera eficaz, tienen que identificar y gestionar numerosos procesos interrelacionados y que interactúan. A menudo la salida de un proceso forma directamente la entrada del siguiente proceso. La identificación y gestión sistemática de los procesos empleados en la organización y en particular las interacciones entre tales procesos se conocen como "enfoque basado en procesos".

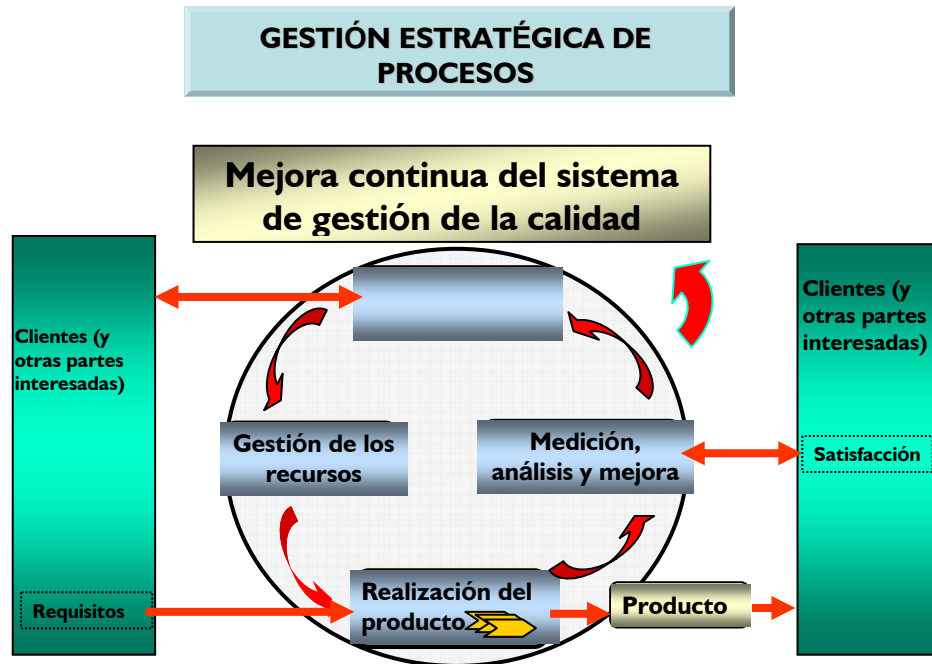
Esta Norma Internacional pretende fomentar la adopción del enfoque basado en procesos para gestionar una organización.

La Figura 2 ilustra el sistema de gestión de la calidad basado en procesos. Esta ilustración muestra que las partes interesadas juegan un papel significativo para proporcionar elementos de entrada a la organización. El seguimiento de la satisfacción de las partes interesadas requiere la evaluación de la información relativa a su percepción de hasta qué punto se han cumplido sus necesidades y expectativas.

Este enfoque de gestión de procesos es ampliamente utilizado en el mundo empresarial moderno y condujo al desarrollo de una estructura basada en los procesos para las normas. Esta nueva estructura es compatible con el ciclo de mejoramiento "Planear-hacer-verificar-actuar" utilizado en la familia de normas ISO 14000 sobre sistemas de gestión ambiental.

⁴ Tomado de la ley 872 de 2003- Congreso Colombiano NTC-ISO 9000. Fundamentos y vocabulario

Figura 2. Gestión Estratégica de procesos



Fuente: Capacitación Fundamentos SGC UIS

3. DESCRIPCIÓN DE LA UNIVERSIDAD

3.1 GENERALIDADES DE LA UIS

3.1.1 RESEÑA HISTÓRICA ⁵

El primero de marzo de 1948 fueron oficialmente inauguradas las labores de la Universidad Industrial de Santander en el patio de la Escuela Industrial Dámaso Zapata, situada en el extremo norte de la meseta de Bucaramanga.

En 1940 el abogado Mario Galán Gómez presentó ante la Asamblea de Santander el proyecto de ordenanza que inició el proceso legal de creación de la universidad, que apenas se limitaba a la creación de una "Facultad" de Ingeniería Industrial, "orientada de preferencia hacia las especializaciones de química, mecánica y electricidad", pero incluyó el establecimiento de un bachillerato técnico en la renovada Escuela Industrial de Bucaramanga, donde sería preparado un grupo de jóvenes para el ingreso, en óptimas condiciones, a la mencionada Facultad. Una vez que la comisión designada por la Asamblea dio su visto bueno, este poder legislativo aprobó, el 21 de junio de 1940, la Ordenanza 41 que declaraba creada la "Facultad de Ingeniería Industrial" y establecía un bachillerato técnico en la Escuela Industrial. Sin embargo, con el esfuerzo de dos diputados se aprobó la ordenanza 83, el 22 de junio de 1944, que creó definitivamente "La Universidad de Santander".

El primer rector de la UIS fue Nicanor Pinzón Neira, ingeniero civil de la Escuela de Minas de Medellín y oriundo de Guapotá.

En 1957 llegó a la rectoría el ingeniero Rodolfo Low Maus, una figura que atrajo hacia la Universidad el apoyo financiero de prestigiosas fundaciones

⁵ Tomado de la ley 872 de 2003- Congreso Colombiano NTC-ISO 9000. Fundamentos y vocabulario

norteamericanas, de ECOPETROL y de la UNESCO, con lo cual se abrió el Instituto de Investigaciones Científicas, puesto bajo la dirección de Juan Ramírez Muñoz, y la Facultad de Ingeniería Industrial (1961).

La década de los años setenta estuvo definida por la ejecución de los diez programas del primer Plan de Desarrollo diseñado por la Oficina de Planeación, financiado por un crédito del BID. Durante las rectorías de Neftalí Puentes, Carlos F. Guerra, Roberto Jaimes, Santiago Pinto y Cecilia Reyes, la Universidad ejecutó ese Plan y fueron construidos nuevos edificios, siendo el más notable de todos el Auditorio Luis A. Calvo.

La década de los años ochenta se inició con el nuevo marco de acción establecido por el Decreto Ley 80 de 1980, que obligó a una nueva reforma administrativa y a ampliar el aspecto de los programas profesionales: Geología (1982), Física (1983), Diseño Industrial (1985), Música (1985) e Historia (1987). Bajo la rectoría de Jaime Luis Gutiérrez se abrieron los Centros Regionales de Educación a Distancia, los cuales terminaron por crear el actual Instituto de Educación a Distancia., ya al final de la década se habían creado 7 especializaciones y 7 maestrías. Las necesidades de formación del profesorado en técnicas didácticas obligaron a crear el Centro para el Desarrollo de la Docencia (1982), y las demandas de investigación se resolvieron con un convenio firmado con el BID y el ICFES para la dotación de los laboratorios.

En la administración de Jorge Gómez Duarte ya sobre la década de los 90, se da un nuevo impulso renovador logrado mediante la creación del Programa de Regionalización que sitúa proyectos educativos presenciales en el Socorro, Barbosa, Málaga y Barrancabermeja, con sedes propias que permiten un acercamiento del Proyecto educativo a las principales Provincias de Santander. Asimismo durante la gestión del rector Gómez Duarte se da inicio a los procesos de autoevaluación de programas con fines de acreditación, logrando tener al final de su periodo 8 programas con acreditación de alta calidad.

Al comenzar el siglo XXI, la UIS sigue siendo la universidad más importante de la región oriental de Colombia, reconocida por la tradicional calidad de sus programas y por los esfuerzos de gestión de sus recursos financieros liderados por su actual rector Jaime Alberto Camacho Pico. Con todo lo soñado y realizado hasta el momento, lo que se manifiesta ostensiblemente en el devenir de esta historia de la Universidad Industrial de Santander es un crecimiento sostenido con calidad y eficiencia, un avance hacia la profundización sin perder el sentido de su pertinencia social que se da en sus programas de maestría y doctorado y un reconocimiento a la alta calidad de sus programas, tal como lo destaca la acreditación de la mayoría de los mismos y la Acreditación Institucional conferida por el término de 8 años por el Ministerio de Educación Nacional, según Resolución No. 2019 de junio 3 de 2005, que hoy la ratifica entre las mejores Universidades con las que cuenta la Nación para la buena educación de la sociedad.

3.1.2 MISIÓN⁶

La Universidad Industrial de Santander es una organización que tiene como propósito la formación de personas de alta calidad ética, política y profesional; la generación y adecuación de conocimientos; la conservación y reinterpretación de la cultura y la participación activa liderando procesos de cambio por el progreso y mejor calidad de vida de la comunidad.

Orientan su misión los principios democráticos, la reflexión crítica, el ejercicio libre de la cátedra, el trabajo interdisciplinario y la relación con el mundo externo.

Sustenta su trabajo en las cualidades humanas de las personas que la integran, en la capacidad laboral de sus empleados, en la excelencia académica de sus

⁶ Tomado de la ley 872 de 2003- Congreso Colombiano NTC-ISO 9000. Fundamentos y vocabulario

profesores y en el compromiso de la comunidad universitaria con los propósitos institucionales y la construcción de una cultura de vida.

3.1.3 VISIÓN⁷

La Universidad Industrial de Santander es una institución de educación superior estatal y autónoma, financiada por el Estado, comprometida con la defensa de un estado social y democrático de derecho y de derechos humanos y la proposición de políticas públicas que garanticen el acceso de la población a condiciones de vida digna.

La UIS es actor principal del desarrollo económico, social y cultural de la región y ejemplo de democracia, convivencia, autonomía y libertad responsable.

Es lugar de consulta sobre las tendencias y desarrollos en el campo de las ciencias, los avances tecnológicos, las necesidades y oportunidades del mundo del trabajo y los deseos de bienestar de la comunidad.

La vigencia social de la universidad se manifiesta en su participación activa en organismos de planificación local, regional y nacional, en agrupaciones de participación ciudadana para la proposición y el seguimiento de políticas y programas de desarrollo social, económico y cultural. En el fortalecimiento de sus relaciones con los sectores políticos, sociales y generadores de bienes y servicios que propendan por el bien común, en el marco de la conveniencia institucional. En la integralidad de todos los miembros de la comunidad universitaria, los cuales están formados en el espíritu científico. En la apropiación y el ejercicio de los derechos humanos universales y los derechos políticos, económicos, sociales y culturales correspondientes a la práctica de la ciudadanía y en el ejercicio de una conducta profesional solidaria con la construcción de la nación colombiana.

⁷ Tomado de la ley 872 de 2003- Congreso Colombiano NTC-ISO 9000. Fundamentos y vocabulario

Es sitio obligado de referencia y consulta para proponer o evaluar las alternativas de solución a los problemas prioritarios de la comunidad, y su contribución es ampliamente valorada como insumo crítico para continuar avanzando en la construcción de una sociedad en donde la equidad, la justicia, la solidaridad y el respeto por los derechos humanos y la naturaleza, sean los pilares del desarrollo humano sostenible en el marco de una cultura de paz.

Es líder del desarrollo científico en bio-ingeniería, fuentes alternas de energía, petroquímica y carboquímica, nuevas opciones para uso de combustibles, nuevos materiales y tecnologías de materiales compuestos, aprovechamiento y uso sostenible de la biodiversidad, promoción de la salud, prevención y control de las enfermedades de mayor ocurrencia, estímulo y acompañamiento a procesos de organización comunitaria orientados al desarrollo social y cultural, y mejoramiento de la calidad de la educación en todos sus niveles. Mantiene como líneas transversales la investigación en electrónica, telecomunicaciones, informática y ciencia y tecnología del medio ambiente.

Promueve el desarrollo de la literatura y las artes. En todas sus Escuelas, Centros e Institutos, los miembros de la comunidad universitaria actúan como docentes-investigadores y se mantienen interconectados con grupos de pares académicos que cooperan local, nacional e internacionalmente.

Ofrece, desde la región nororiental al país, formación permanente de alta calidad y pertinencia social, propendiendo por la equidad en el acceso, con fundamento en el mérito académico. Sostiene intercambios y pasantías de profesores y estudiantes con Universidades extranjeras de alta calidad y presenta una amplia oferta de programas presénciales e interactivos mediante tecnologías para la educación virtual.

Es una organización inteligente capaz de adaptarse con eficacia a la velocidad de los cambios y a las necesidades emanadas del entorno. Recibe del Estado los

recursos suficientes para adelantar sus funciones de investigación, formación y proyección social, en reconocimiento a su calidad, a los resultados presentados anualmente ante la sociedad y a sus políticas de eficiencia en la utilización de los recursos. Invierte sus rentas propias para fortalecer su posición de excelencia en el medio universitario.

3.1.4. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

La UIS, Institución oficial, del orden departamental, está encaminada fundamentalmente a la formación del hombre, mediante la generación y difusión del saber en sus diversas ramas. (Ver Figura 3).

Como institución académica de educación superior enmarca su estructura organizacional en torno a los saberes en cinco facultades: Ingenierías Físico-Mecánicas, Ingenierías Físico-Químicas, Ciencias, Salud y Humanidades se conjugan los campos del conocimiento en los que la Universidad adelanta las actividades de docencia, investigación y extensión.

Las Facultades son unidades académicas y administrativas que agrupan campos y disciplinas afines del conocimiento, profesores, personal administrativo, bienes y recursos, con el objeto de orientar, planificar, fomentar, coordinar, integrar y evaluar actividades de las Escuelas y Departamentos a su cargo, de conformidad con las políticas y criterios emanados del Consejo Superior -máximo órgano de dirección y gobierno de la Universidad- y del Consejo Académico -máxima autoridad académica.

Cada Facultad está dirigida por el Decano y el Consejo de Facultad y tiene para la orientación, fomento y coordinación de las actividades de investigación y de extensión, un Director de Investigaciones dependiente del Decano.

Las Escuelas son unidades académicas y administrativas que agrupan uno o varios campos afines del conocimiento y desarrollan programas académicos de

pregrado o postgrado, de investigación y de extensión. Cada Escuela tiene un Director quien está asesorado por el Consejo de Escuela y a su cargo se encuentra el personal docente y administrativo adscrito a ésta. Solamente la Escuela de Medicina tiene subdirector, por la cantidad de programas académicos de especialización que maneja.

De la Facultad de Ingenierías Físico-Mecánicas dependen las Escuelas de Ingeniería Eléctrica, Electrónica y Telecomunicaciones; Ingeniería Mecánica; Estudios Industriales y Empresariales; Ingeniería Civil; Ingeniería de Sistemas y Diseño Industrial.

La Facultad de Ingenierías Físico-Químicas está conformada por las Escuelas de Ingeniería Química, Ingeniería Metalúrgica, Ingeniería de Petróleos y Geología.

Hacen parte de la Facultad de Ciencias, las Escuelas de: Física, Química, Matemáticas y Biología.

De la Facultad de Salud, las Escuelas de: Medicina, Enfermería, Bacteriología y Laboratorio Clínico, Fisioterapia y Nutrición.

Conforman la Facultad de Ciencias Humanas, las Escuelas de: Trabajo Social, Idiomas, Educación, Artes, Derecho y Ciencia Política, Historia, Filosofía y Economía y Administración.

Los Departamentos son unidades académicas y administrativas dependientes de una Facultad o Escuela, que prestan servicios a una o varias Escuelas y desarrollan programas de investigación y extensión, de conformidad con las políticas y directrices de la Universidad.

Así, el Departamento de Deportes pertenece a la Facultad de Ciencias Humanas, y de la Escuela de Medicina dependen los Departamentos de Ciencias Básicas, Cirugía, Ginecobstetricia, Medicina Interna, Patología, Pediatría, Salud Mental y

Salud Pública.

La Dirección General de Regionalización es la encargada de planificar, fomentar, dirigir, coordinar, evaluar y propender por la calidad académica de los programas de regionalización de la Universidad Industrial de Santander. Además, este organismo se constituye en la instancia correspondiente para la toma de decisiones directamente relacionadas con las sedes, para permitir una mayor agilidad y participación activa de las personas directamente relacionadas con su actividad.

Por su parte, del Instituto de Estudios a Distancia (INSED) unidad académica y administrativa adscrita a la Vicerrectoría Académica, dependen los programas de educación a distancia de la Universidad. El INSED ofrece además apoyo técnico y logístico para la utilización de metodologías convencionales en las distintas Escuelas. Al frente del Instituto se halla un Director General y los Coordinadores de los Programas Académicos que ofrece.



ACUERDO No. 057 DE 1994 DEL CONSEJO SUPERIOR
 ACUERDO No. 041 DE 1997 DEL CONSEJO SUPERIOR
 ACUERDO No. 070 DE 1998 DEL CONSEJO SUPERIOR
 ACUERDO No. 029 DE 2000 DEL CONSEJO SUPERIOR
 ACUERDO No. 073 DE 2001 DEL CONSEJO SUPERIOR
 ACUERDO No. 009 DE 2002 DEL CONSEJO SUPERIOR
 ACUERDO No. 063 DE 2003 DEL CONSEJO SUPERIOR
 ACUERDO No. 073 DE 2003 DEL CONSEJO SUPERIOR
 ACUERDO No. 045 DE 2004 DEL CONSEJO SUPERIOR
 ACUERDO No. 060 DE 2005 DEL CONSEJO SUPERIOR
 ACUERDO No. 070 DE 2005 DEL CONSEJO SUPERIOR
 ACUERDO No. 071 DE 2005 DEL CONSEJO SUPERIOR
 ACUERDO No. 072 DE 2005 DEL CONSEJO SUPERIOR
 ACUERDO No. 073 DE 2005 DEL CONSEJO SUPERIOR

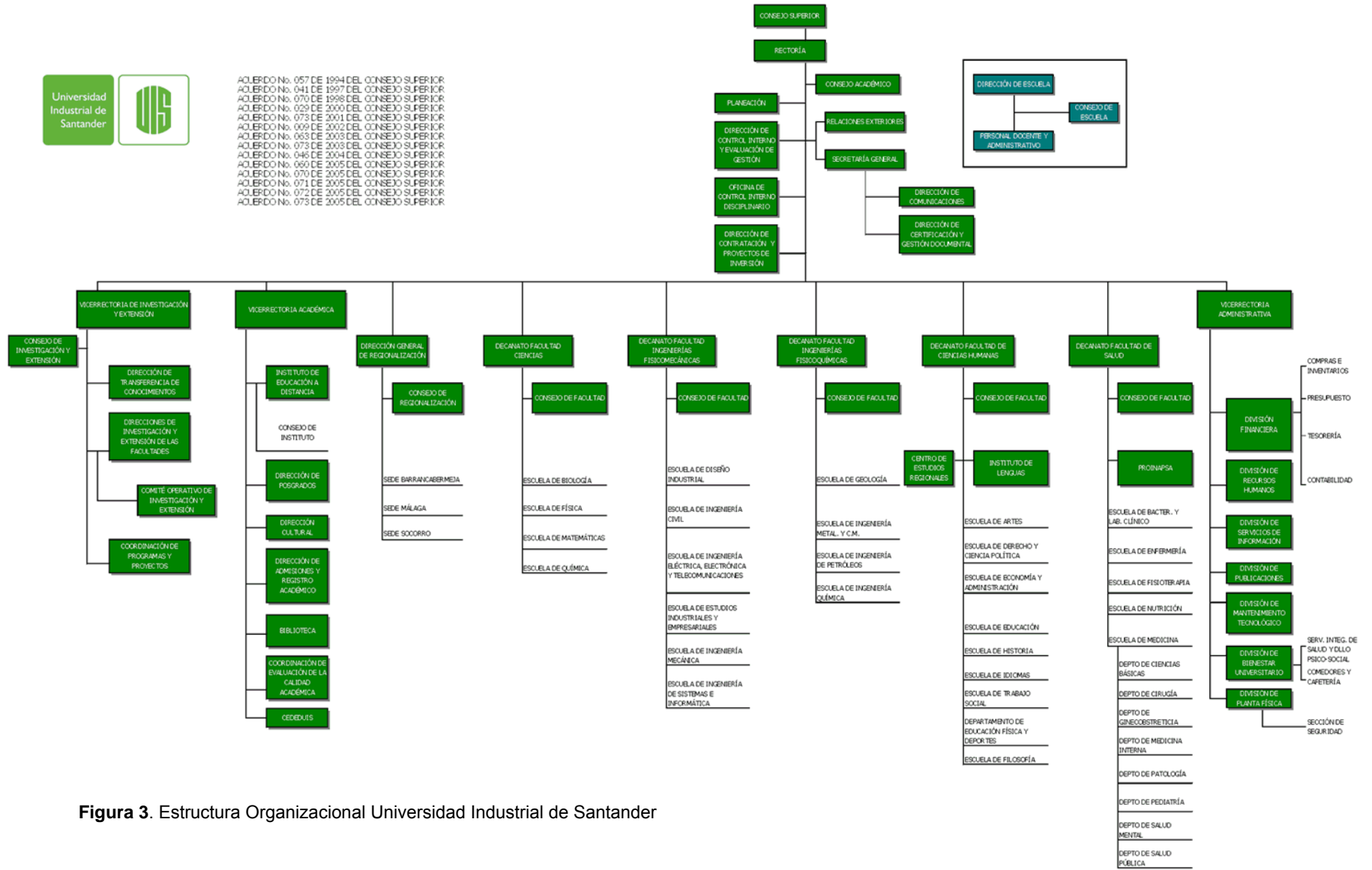


Figura 3. Estructura Organizacional Universidad Industrial de Santander

3.2. DIRECCIÓN DE CONTROL INTERNO Y EVALUACIÓN DE GESTIÓN

3.2.1 GENERALIDADES ⁸

La Dirección de Control Interno y Evaluación de Gestión (DCIEG), creada mediante Acuerdo Superior N°070 del 28 de noviembre de 2005, es una oficina asesora de Rectoría, encargada de evaluar y controlar el programa de gestión de la Dirección de la Universidad y las funciones administrativas y académicas de la Institución. Asesora a la Rectoría en el estudio relacionado con el desarrollo de políticas institucionales y su impacto económico; administrativo y fiscal; es la responsable de propender por la ambientación de una actitud favorable al autoexamen y a la crítica constructiva. Igualmente apoya a todas las dependencias de la Universidad y realiza los procesos de control selectivo en el diseño de los Sistemas de Autocontrol, Autogestión y Autorregulación.

Además de las funciones que le confiere la Ley, la DCIEG es responsable de los siguientes procesos:

✔ *Liderar la formación de la Comunidad Universitaria en la cultura del Autocontrol, la Autorregulación y la Autogestión:*

A través de un plan de formación permanente sobre Autocontrol, Autorregulación y Autogestión, la DCIEG busca liderar en la Comunidad Universitaria el programa de formación, apoyado financiera y logísticamente por la Vicerrectoría Administrativa.

✔ *Liderar la administración del riesgo institucional:*

Dentro de la Universidad, todas las Unidades Académico-Administrativas (U.A.A) deben contar con un Mapa de Riesgos, que permita identificar los eventos negativos, tanto internos como externos, que puedan afectar o impedir el logro de sus objetivos institucionales o los eventos positivos, que permitan identificar oportunidades para un mejor cumplimiento de su función. Los riesgos se deben

⁸ Tomado de la ley 872 de 2003- Congreso Colombiano NTC-ISO 9000. Fundamentos y vocabulario

identificar, analizar y valorar, para adoptar las medidas que eliminen, minimicen o neutralicen el impacto de los riesgos identificados.

✔ *Realizar auditorías a los procesos estratégicos, misionales y de apoyo:*

Busca identificar en los procesos sensibles que desarrollan las U.A.A la conformidad en lo relacionado con:

- * Aporte al cumplimiento de la Misión Institucional.
- * Aplicación de normas y procedimientos.
- * Manejo eficiente y transparente de los recursos.
- * Gestión de la Calidad.
- * Sistemas de Información.
- * Administración de Riesgos.
- * Autocontroles.
- * Desarrollo de Planes de Mejoramiento.

El Director de Control Interno y Evaluación de Gestión planeará, diseñará y presentará el Plan de auditorías para periodos no superiores a los seis meses, el cual debe estar aprobado por el rector de la Universidad

El Sistema de Control Interno debe estar soportado en un sistema de información, el cual dará respaldo a la DCIEG y retroalimentará a las diferentes U.A.A.

✔ *Liderar la evaluación de gestión institucional:*

La DCIEG, realiza la evaluación del Plan de Gestión Institucional, a partir de los indicadores establecidos en conjunto con Planeación y las U.A.A. La DCIEG realiza las evaluaciones a dichos Planes de Gestión de manera periódica e informa a las instancias correspondientes sobre el resultado de la evaluación y las recomendaciones al proceso de planeación y ejecución del mismo. El Plan de Gestión de Unidad también es evaluado por la Dirección de Control Interno y Evaluación de Gestión.

✔ *Apoyar y acompañar la solución de conflictos administrativos en la Universidad:*

A partir del acopio de información, producto de estudios o investigaciones adelantadas, la DCIEG sirve de apoyo en la solución de conflictos administrativos institucionales, contribuyendo al cumplimiento misional para proponer soluciones y planes de mejoramiento, en el marco normativo vigente.

Así mismo, efectúa seguimiento de las quejas y reclamos de la Comunidad Universitaria y de la comunidad en general, que son presentadas ante las Unidades Académicas y Administrativas registradas en el portal Web de la Universidad, con el propósito de promover el trámite establecido según el procedimiento de Solución de Quejas y Reclamos, que debe tener como principios la transparencia, celeridad, eficiencia, imparcialidad, e igualdad. La DCIEG valora la queja o reclamo y si encuentra mérito debe trasladarla a la Unidad encargada de los procesos disciplinarios.

✔ *Cooperar en la relación con entidades externas:*

En coordinación con las dependencias involucradas, la DCIEG participa en la rendición de cuentas a los diferentes organismos de control, y se constituye en puente efectivo de las solicitudes de la ciudadanía y la comunidad universitaria, garantizando la veeduría en todos los procesos institucionales.

3.2.2. ESTRUCTURA ORGÁNICA DE LA DCIEG

La estructura orgánica de la Dirección de Control Interno y Evaluación de Gestión estará apoyada sobre las siguientes premisas:

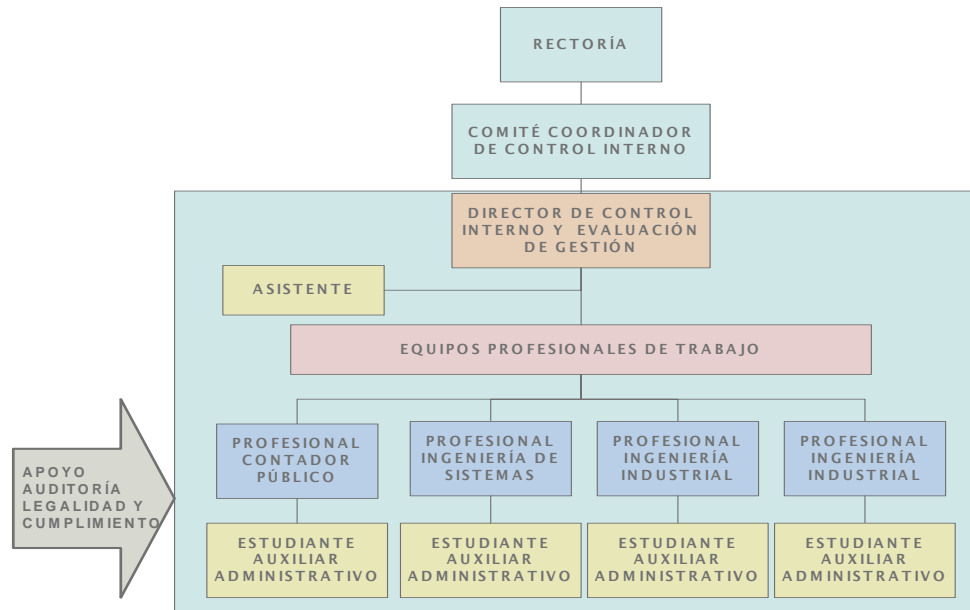
- *Multidisciplinarietà.* Es importante contar con diversos profesionales, que aporten miradas diferentes y análisis objetivos desde múltiples disciplinas.
- *Planeación:* A pesar de ser tan compleja la Universidad, el personal de la Dirección de Control Interno y Evaluación de Gestión debe tener claramente

definidas sus tareas cotidianas que se desprenden de la planeación que se realice periódicamente en la dependencia.

- *Apoyos Auxiliares:* A partir de la figura de Auxiliares Administrativos Estudiantiles, la Dirección de Control Interno y Evaluación de Gestión se debe apoyar en estudiantes de pregrado que entren a formar parte del equipo auditor.
- *Apoyo Académico con Proyectos de Grado:* Al interior de la Dirección de Control Interno y Evaluación de Gestión se deben generar temas para Proyectos de Grado de diferentes disciplinas, las cuales se coordinaran adecuadamente de manera periódica con los Directores de Escuela correspondientes, a partir de una planeación sobre el particular que apruebe el Rector de la Universidad.
- *Apoyo Personal Administrativo en comisiones especiales de trabajo:* El trabajo de la Dirección de Control Interno y Evaluación de Gestión se debe apoyar en funcionarios adscritos a otras dependencias administrativas, los cuales serán solicitados en comisiones especiales de trabajo, según la planeación que sobre el particular se apruebe por la Vicerrectoría Administrativa, con el visto bueno del Rector de la Universidad.

Con las anteriores premisas, la estructura orgánica de la Dirección de Control Interno y Evaluación de Gestión está conformada por el siguiente personal (ver figura 4).

Figura 4. Estructura Orgánica Dirección de Control Interno y Evaluación de Gestión



Fuente: Documento Dirección de Control y Evaluación de Gestión.

El esquema organizacional está enfocado en el trabajo en equipo, definido de la siguiente manera:

- Equipo Auditor Financiero.
- Equipo Auditor Sistemas de Información.
- Equipo Auditor Procesos Institucionales.
- Equipo Auditor de Gestión.

Cada equipo estará conformado por un profesional y tendrán el apoyo de Auxiliares Administrativos Estudiantiles. Adicionalmente, se contará con el apoyo de Asesoría Jurídica de la Universidad para el desarrollo de la Auditoría de Cumplimiento y Legalidad, la cual podrá ser apoyada por un servicio externo en los casos que se evalúe su conveniencia por parte del Rector.

La estructura de la interrelación orgánica propuesta se ilustra en la siguiente gráfica:

Figura 5. Estructura de Interrelación Equipos de Trabajo



Fuente: Documento Dirección de Control y Evaluación de Gestión

El propósito de la conformación de equipos es asegurar el compromiso con cada uno de los procesos estratégicos planteados, así como favorecer la interrelación entre cada uno de ellos con la permanente asistencia, administración y programación del Director de la Dirección de Control Interno y Evaluación de Gestión.

Figura 6 Dirección de Control Interno y Evaluación de Gestión



Fuente: Documento Dirección de Control y Evaluación de Gestión

4. DIAGNÓSTICO

4.1. DIAGNÓSTICO DEL SGC⁹

Por su naturaleza las universidades tienen una vocación de excelencia académica y científica que las obliga a una mejora continua de la calidad de los servicios que prestan a la sociedad. Éstas deben afrontar nuevos retos derivados de los cambios en entorno, tales como el aumento de la cobertura, la globalización de la educación y las exigencias a nivel normativo que hacen cada vez más difícil el acceso a los recursos para el desarrollo de la docencia y la investigación.

La mejora de la calidad de sus funciones y su adaptación a las necesidades sociales es, pues, el reto más importante que tienen que afrontar las Instituciones de Educación Superior. En este marco, la Universidad Industrial de Santander ha adelantado el proyecto de “Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en los procesos de apoyo a las actividades misionales (docencia, investigación y extensión)”, con el objetivo de lograr mayor eficiencia, eficacia, y efectividad de sus procesos administrativos.

El proyecto de Implementación del Sistema de Gestión de Calidad dio inicio el 15 de enero del presente año, con la realización de un prediagnóstico en las diferentes dependencias administrativas. En la estructura metodológica del proyecto se contemplaron las siguientes etapas: diagnóstico, planificación, documentación, implementación, evaluación y capacitación.

La etapa de *diagnóstico* se llevó a cabo en las diferentes unidades administrativas adscritas a la Vicerrectoría administrativa, académica, y unidades asesoras de rectoría para conocer las actividades que realizan, determinar el nivel de documentación, la existencia de indicadores de gestión y el personal que las

⁹ Tomado de la ley 872 de 2003- Congreso Colombiano NTC-ISO 9000. Fundamentos y vocabulario

conforma. Este diagnóstico inició el 23 de enero de 2007 y finalizó el 15 de febrero de 2007

Tabla 1. Cronograma Diagnóstico a los Unidades Administrativas

División	Fecha
Mantenimiento Tecnológico	Enero 23 de 2007. 11 a.m.
Bienestar universitario	Enero 23 de 2007. 2:00 p.m.
Sistemas de información	Enero 24 de 2007. 9:30 a.m.
División Financiera	Enero 24 de 2007. 2:00 p.m.
Planta Física	Enero 24 de 2007. 4:00 p.m.
Recurso Humano	Enero 25 de 2007.
Dirección de Control Interno y Evaluación de Gestión	Enero 30 de 2007. 3.00 p.m.
Publicaciones	Enero 30 de 2007.4.00 p.m.
Vicerrectoría Académica y Coordinación de postrados	Enero 31 de 2007. 3:00 p.m.
Biblioteca	Febrero 1 de 2007. 2:00 p.m.
Dirección Cultural	Febrero 1 de 2007. 4:00 p.m.
Cedeuis	Febrero 5 de 2007. 2:00 p.m.
Coordinación Guatiguará	Febrero 6 de 2007. 11 a.m.
Dirección de certificación y gestión documental	Febrero 14 de 2007. 10:00 a.m.
Admisiones y registro académico	Febrero 15 de 2007. 3: 00 p.m.
Relaciones exteriores	Febrero 15 de 2007. 8:00 a.m.

Fuente: Documento SGC

Teniendo como parámetro los requisitos de la Norma NTC-ISO 9001:2000, se encontraron los siguientes aspectos:

Tabla 2. Diagnóstico a los Unidades Administrativas

VARIABLE	SD	D&D	IM	ME	OBSERVACIONES
Compromiso activo y permanente participación en el Sistema por parte de la dirección			X		Se evidencia un compromiso por parte de la Dirección y líderes de proceso.
Alcance del sistema	X				❖ No se tiene definido el alcance del SGC. ❖ No se tiene un conocimiento claro por parte de los miembros de la Universidad del cual es el alcance definido para la certificación.
Diseño de la arquitectura del mismo, es decir la identificación de los procesos y su interacción.	X				En el proyecto MECI se planteó una propuesta de mapa de procesos que no corresponde a los requisitos del SGC. No se evidencian las interacciones entre los mismos.
Descripción de procesos	X				No se han documentado las caracterizaciones de los procesos que conforman el SGC. Existían algunas propuestas de caracterización dentro de las unidades de Bienestar Universitario.

VARIABLE	SD	D&D	IM	ME	OBSERVACIONES
Descripción de procesos					Dirección Cultural y Planta Física, las cuales se tuvieron que ajustar dentro de la propuesta de un sistema integral de gestión (no por divisiones)
Política de calidad		X			Se cuenta con políticas dentro del Proyecto Institucional pero es necesario revisarlas y definir su adecuación al SGC-
Objetivos de calidad	X				No se han establecido. Es necesario definir objetivos de calidad institucionales e integrarlos a cada uno de los procesos.
Indicadores y metas para los objetivos de calidad	X				No se han establecido indicadores formales. Se ven inmersos dentro de los informes de gestión que realiza anualmente cada unidad.
Responsables		X			Se ha asignado al Vicerrector administrativo como el Representante de la Dirección. Se tienen líderes de proceso de las diferentes Unidades, pero no se han precisado las responsabilidades para con el SGC.
Asignación de recursos		X			Se han asignado los recursos necesarios para el desarrollo de este proyecto. De acuerdo con las áreas críticas de cada proceso es necesario ajustar los recursos.
Documentación		X			En algunas Unidades de la Universidad se cuenta con documentos base que deben ser actualizados y a nivel general no se tienen estandarizadas la totalidad de las actividades desarrolladas en cada área, igualmente no existe ninguna referencia sobre los procedimientos obligatorios exigidos por la norma ISO 9001:2000 como son: Procedimiento control de documentos, registros, auditorías internas, producto no conforme, acciones correctivas y preventivas. Igualmente no se cuenta con un manual de calidad y el manual de funciones se encuentra desactualizado.

Fuente: Documento SGC

SD: sin diseño

D&D: diseñado y desarrollado

IM: Implementado

ME: Mejorado

4.2. DIAGNÓSTICO DEL PROCESO SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL

El proceso de Seguimiento Institucional hace parte del conjunto de Procesos de Evaluación, dicho proceso lo lidera la Dirección de Control Interno y Evaluación de Gestión, esta unidad fue la encargada de liderar las auditorías internas a los

demás procesos de apoyo, este proceso resulta ser uno de los más complejos debido a la alta responsabilidad que en el recae.

Seguimiento Institucional lo forman personal capacitado, comprometidos con la universidad, con desarrollar procedimientos transparentes, objetivos y equitativos, así mismo a responder a otros entes externos como Contraloría Departamental, Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) entre otros.

Durante esta etapa se realizó un análisis detallado de la situación en la que se encontraba el proceso Seguimiento Institucional, donde se identificó y revisó toda la documentación existente, el estado actual de los registros y procedimientos relacionados.

4.2.1. ACTIVIDADES MACRO

- Promoción de la cultura del autocontrol (Staff- Charlas docentes nuevos).
- Programación de auditorías. Resoluciones semestrales (actividad institucional y SGC).
- Ejecución de auditorías.
- Seguimiento a planes de auditoría internas y externas (Contraloría).
- Gestión de informes a entidades de control (DAFP – Contraloría Departamental).
- Fomento de mejora de competencia de auditores internos.
- Velar por el cumplimiento de los procesos.
- Control de Producto No Conforme.
- Gestión de Riesgos (Acciones Preventivas).
- PQRS – Veeduría Ciudadana.

4.2.2. ÁREAS:

- ✓ Financiero
- ✓ Misional
- ✓ Plan de Gestión
- ✓ Sistemas

4.2.3. PERSONAL

En el proceso Seguimiento Institucional participan las siguientes personas:

Tabla 3. Cargos Dirección de Control Interno y Evaluación de Gestión.

CARGO	Nº de personas
Director	1
Profesional Área Financiera	1
Profesional Área Sistemas	1
Profesional Área Plan de Gestión	1
Profesional Área Misional	1
Asistente de la Dirección	1
Auxiliar Administrativo	5
Secretaria	1
TOTAL	12

Fuente: Documentos Dirección de Control Interno y Evaluación de Gestión.

4.2.4. DOCUMENTOS

Los documentos del proceso Seguimiento Institucional no estaban elaborados en su totalidad, aparece a continuación la relación de la documentación existente:

- Se tiene documentado las funciones mediante acuerdo 070 de 2005. Creación de la Dirección de Control Interno y Evaluación de Gestión.
- Se cuenta con el procedimiento de auditoría interna, aprobado mediante resolución 111 de 2006. Este procedimiento de auditorías internas de gestión va dirigido a las U.A.A de la Universidad Industrial de Santander.
- En la etapa diagnóstico no se tenía establecido el procedimiento de auditoría internas de calidad.
- Dirección de Control Interno y Evaluación de Gestión por ser unidad administrativa asesora de rectoría se rige por las políticas institucionales, de igual manera la misión y visión son las de la institución.
- Se tiene establecida una metodología para la recepción de quejas y reclamos, empleando el Módulo Veeduría Ciudadana, sin embargo este procedimiento no esta aprobado.

- No tiene documentado los siguientes procedimientos: Producto no conforme, acciones correctivas y acciones preventivas.

4.2.5. REGISTROS

- Se disponen de formatos para la recepción de las quejas y reclamos, sin embargo no se encuentran aprobados.
- Para el desarrollo de la auditoría de gestión se cuenta con los denominados papeles de trabajo, los cuales son las herramientas para la auditoría en sitio.

4.2.6. PROYECTOS DE MEJORA

El proceso Seguimiento Institucional propone implementar los siguientes proyectos de mejora vigencia 2007-2008.

- En cuanto al Módulo de quejas y reclamos, se proponen mejoras para la administración de dicho módulo.
- Se propone implementar el modulo de entrega de cargos, donde se definen los lineamientos a seguir.

4.2.7. INDICADORES DE GESTIÓN

- Cuenta con indicadores que están enmarcados en el plan de gestión.

4.2.8. OBSERVACIONES

- Se han realizado auditorías internas de gestión desde el primer semestre de 2006.
- Se han realizado seguimientos al Plan de mejoramiento que envían las U.A.A., resultado de las auditorías internas de gestión.

4.3. PERFIL INICIAL DEL SGC EN EL PROCESO SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL

Con el fin de establecer el perfil inicial del proceso Seguimiento Institucional se realizó una lista de chequeo empleando los requisitos de la norma que aplican al proceso Seguimiento Institucional y estableciendo cómo se encuentra el proceso respecto a estos lineamientos. (Ver tabla 4).

La lista de chequeo contiene todos los numerales de la norma, y se encuentran subrayados aquellos que aplican al proceso, se asigna una calificación de 1 a 5 según el estado de cumplimiento de los requisitos en el proceso. Las observaciones que soportan la calificación dada se consignan al frente de cada numeral.

Este perfil inicial permitió establecer las prioridades para el proceso Seguimiento Institucional, convirtiéndose en el derrotero a seguir para las etapas siguientes:

TABLA 4 : PERFIL INICIAL DEL PROCESO SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL				SE	CAL.	OBSERVACIONES
NTC ISO 9001 VERSIÓN 2000						
4. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	4.1 REQUISITOS GENERALES			X	2	El proceso Seguimiento Institucional se reconoce como proceso de mejoramiento, dentro del mapa de procesos. Sin embargo no se encuentran sus actividades totalmente documentadas.
	4.2 REQUISITOS DE DOCUMENTACIÓN	4.2.1 GENERALIDADES		X	0	No se ha establecido la política de calidad, ni los objetivos encaminados a cumplirla, de igual manera la documentación existente no se encuentra estandarizada.
		4.2.2 MANUAL DE CALIDAD		NA		
		4.2.3 CONTROL DE LOS DOCUMENTOS		X	1	Los documentos existentes no se encuentran estandarizados y falta la floración de los documentos obligatorios por norma
		4.2.4 CONTROL DE LOS REGISTROS		X	0	Los registros requeridos por la norma no se encuentran documentados.
5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN	5.1 COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN			NA		
	5.2 ENFOQUE AL CLIENTE			X	0	No hay evidencias de la identificación de los requisitos de los clientes.
	5.3 POLÍTICA DE CALIDAD			NA		
	5.4 PLANIFICACIÓN	5.4.1 OBJETIVOS DE CALIDAD		X	0	Aún no se ha establecido los objetivos de calidad.
		5.4.2 PLANEACIÓN DEL SISTEMA		NA		
	5.5 RESPONSABILIDAD AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN	5.5.1 RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD		NA		
		5.5.2 REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN		NA		
		5.5.3 COMUNICACIÓN INTERNA		NA		
	5.6 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	5.6.1 GENERALIDADES		NA		
		5.6.2 INFORMACIÓN PARA LA REVISIÓN		X	0	No se han establecido los parámetros para la revisión por la dirección .
5.6.3 RESULTADOS DE LA REVISIÓN		NA				

PERFIL INICIAL DEL PROCESO SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL		SE	CAL.	OBSERVACIONES		
NTC ISO 9001 VERSIÓN 2000						
6. GESTIÓN DE RECURSOS	6.1 PROVISIÓN DE RECURSOS		X	5	La Universidad, desde la Vicerrectoría Administrativa proporciona los recursos necesarios para llevar a cabo este proyecto, Dispone para el proceso Seguimiento Institucional de un auxiliar quien será el encargado de apoyar el proceso de implementación del SGC dentro del proceso.	
	6.2 RECURSOS HUMANOS	6.2.1 GENERALIDADES	NA			
		6.2.2 COMPETENCIA, TOMA DE CONCIENCIA Y FORMACIÓN	NA			
	6.3 INFRAESTRUCTURA		NA			
	6.4 AMBIENTE DE TRABAJO		NA			
7. REALIZACIÓN DEL PRODUCTO	7.1 PLANIFICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL PRODUCTO		X	2	El proceso Seguimiento Institucional cuenta con el respectivo Plan para el desarrollo de auditorias de gestión, donde se establecen las fases y determinan las fechas para dicha actividad.	
	7.2 PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE	7.2.1 DET. DE LOS REQ. RELACIONADOS CON EL PRODUCTO				
		7.2.2 REVISIÓN DE LOS REQ. RELACIONADOS CON EL PRODUCTO				
		7.2.3 COMUNICACIÓN CON EL CLIENTE	X	4	La DCIEG. Es una unidad administrativa asesora, cuya finalidad es orientar y acompañar a las diferentes U.A.A. resolviendo sus inquietudes , de igual manera se cuenta con el módulo de veeduría ciudadana donde se atenderá las inquietudes, quejas o sugerencias de los beneficiarios.	
	7.3 DISEÑO Y DESARROLLO	7.3.1 PLANIFICACIÓN DEL DISEÑO Y DESARROLLO		NA		
		7.3.2 ELEMENTOS DE ENTRADA PARA EL DISEÑO Y DESARROLLO		NA		
		7.3.3 RESULTADOS DEL DISEÑO Y DESARROLLO		NA		
		7.3.4 REVISIÓN DEL DISEÑO Y DESARROLLO		NA		
		7.3.5 VERIFICACIÓN DEL DISEÑO Y DESARROLLO		NA		

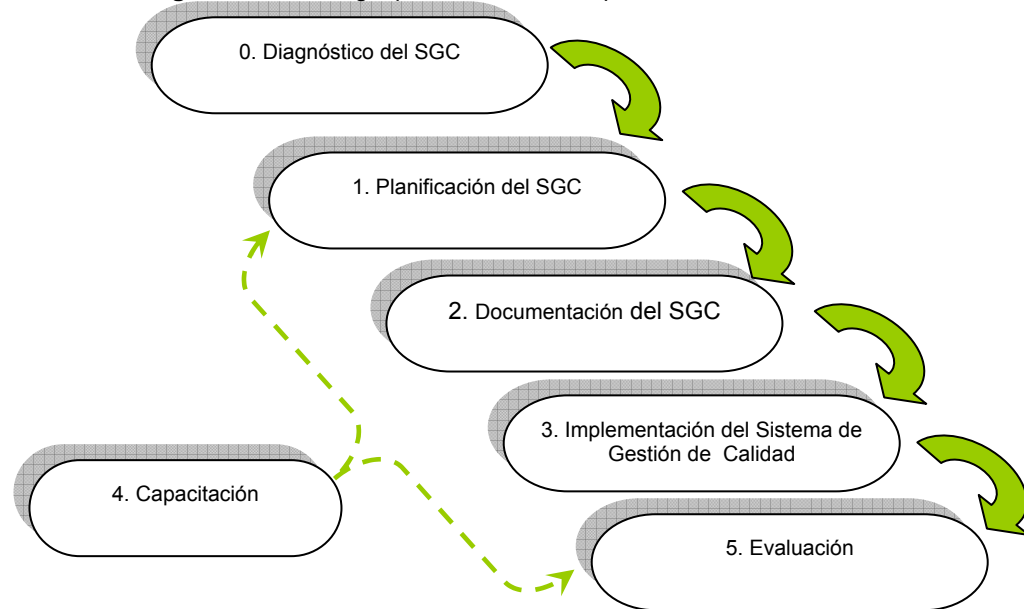
PERFIL INICIAL DEL PROCESO SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL			SE	CAL.	OBSERVACIONES
NTC ISO 9001 VERSIÓN 2000					
7. REALIZACIÓN DEL PRODUCTO	7.3 DISEÑO Y DESARROLLO	7.3.6 VALIDACIÓN DEL DISEÑO Y DESARROLLO			
		7.3.6 VALIDACIÓN DEL DISEÑO Y DESARROLLO	NA		
		7.3.7 CONTROL DE LOS CAMBIOS DEL DISEÑO Y DES.	NA		
	7.4 COMPRAS	7.4.1 PROCESO DE COMPRAS	NA		
		7.4.2 INFORMACIÓN DE LAS COMPRAS	X	5	La información relacionada con compras es remitida a la dependencia a cargo.
		7.4.3 VERIFICACIÓN DEL PRODUCTO COMPRADO	NA		
	7.5 PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO	7.5.1 CRTL. PROD. Y/O PRESTACIÓN DEL SERV.	X		
		7.5.2 VALIDACIÓN DE PROCESOS DE PROD. Y/O SERV.	NA		
		7.5.3 IDENTIFICACIÓN Y TRAZABILIDAD	X		
		7.5.4 PROPIEDAD DEL CLIENTE	NA		
		7.5.5 PRESERVACIÓN DEL PRODUCTO O SERVICIO	X		
7.6 CONTROL DE LOS DISPOSITIVOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN		NA			
8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA	8.1 GENERALIDADES		X	0	El proceso no cuenta con los mecanismos ni los controles para demostrar y asegurar la conformidad del producto y para mejorar continuamente .
	8.2 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN	8.2.1 SATISFACCIÓN DEL CLIENTE	X	0	No se cuenta con una herramienta que permita medir la percepción de los beneficiarios.
		8.2.2 AUDITORIA INTERNA	X	0	No se tiene documentado el procedimiento de auditorías internas de calidad.
		8.2.3 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE LOS PROCESOS	X	1	Sólo se tienen establecidos los indicadores del plan de gestión.
		8.2.4 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DEL PRODUCTO	X	1	Se tiene establecido el mecanismo para realizar seguimiento de auditorías de gestión.
	8.3 CONTROL DEL PRODUCTO NO CONFORME		X	0	No se tiene documentado el procedimiento de producto no conforme.
8.4 ANÁLISIS DE DATOS		NA			

PERFIL INICIAL DEL PROCESO SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL			SE	CAL.	OBSERVACIONES
NTC ISO 9001 VERSIÓN 2000					
8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA	8.5 MEJORA	8.5.1 MEJORA CONTINUA	X	2	Se tiene programado proyectos de mejora, pero no se han implementado.
		8.5.2 ACCIÓN CORRECTIVA	X	0	Etapa de Diagnóstico: No se encuentran documentados ningún tipo de procedimiento.
		8.5.3 ACCIÓN PREVENTIVA	X	0	Etapa de Diagnóstico: No se encuentran documentados ningún tipo de procedimiento.

5. PLANIFICACIÓN DEL SGC¹⁰

Durante la etapa de planificación del sistema de gestión de calidad se creó la metodología para el diseño e implementación del Sistema de Gestión de Calidad.

Figura 7. Metodología para el Diseño e Implementación del SGC



Fuente: Documento SGC

De acuerdo con las etapas establecidas se realizó la planificación del SGC, en la cual se desarrollaron las siguientes actividades:

- ✓ Establecimiento del alcance y exclusiones del SGC.
- ✓ Plan detallado de trabajo (PDT).
- ✓ Mecanismos de apoyo.
- ✓ El mapa de procesos de la Universidad.
- ✓ Definición de la política y objetivos de calidad.
- ✓ Descripción de los procesos (caracterización de procesos).
- ✓ Diseño de indicadores gestión de calidad.

¹⁰ Tomado de la ley 872 de 2003- Congreso Colombiano NTC-ISO 9000. Fundamentos y vocabulario

5.1. ALCANCE ¹¹

El alcance del Sistema de Gestión de Calidad corresponde a “Los Procesos de Apoyo a las actividades de Docencia, Investigación y Extensión de la Universidad Industrial de Santander: Dirección Institucional, Planeación Institucional, Gestión de la Calidad Académica, Seguimiento Institucional, Admisiones y Registro Académico, Biblioteca, Bienestar Estudiantil, Comunicación Institucional, Contratación, Financiero, Gestión Cultural, Gestión de Investigación y Extensión, Gestión Documental, Jurídico, Recursos Físicos, Recursos Tecnológicos, Relaciones Interinstitucionales de Intercambio Académico, Servicios Informáticos y de Telecomunicaciones, Talento Humano.”

5.2. EXCLUSIONES ¹²

Para los procesos de Apoyo a las actividades de Docencia, Investigación y Extensión de la Universidad Industrial de Santander no aplica ninguna exclusión a la norma NTC- ISO 9001:2000.

5.3. PLAN DETALLADO DE TRABAJO

Se definió el Plan detallado de trabajo (PDT) (Anexo 1) para el desarrollo de las diferentes etapas del proyecto. Teniendo en cuenta los inconvenientes de orden público este PDT presentó varias modificaciones, finalmente fue modificado y aprobado en Comité de Calidad. Ejemplo: PDT Seguimiento Institucional.

¹¹ Tomado de la ley 872 de 2003- Congreso Colombiano NTC-ISO 9000. Fundamentos y vocabulario

¹² Tomado de la ley 872 de 2003- Congreso Colombiano NTC-ISO 9000. Fundamentos y vocabulario

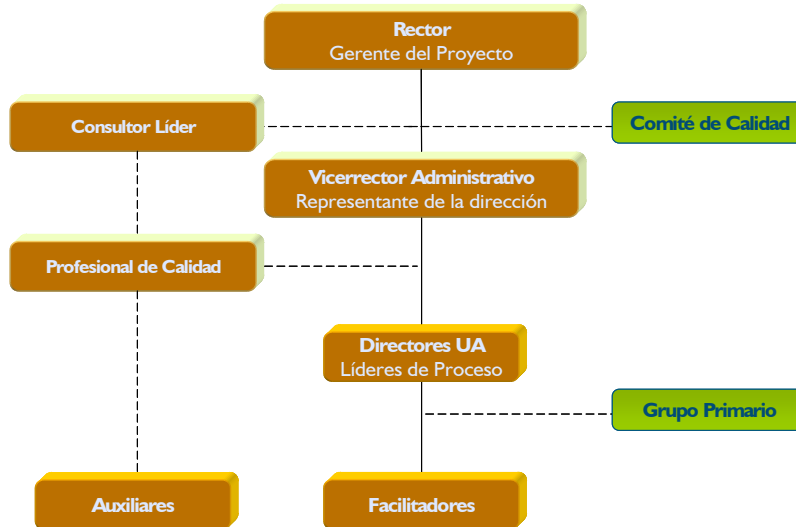
PROCESO		En	Feb	Mar	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sep	Oct	Nov	Dic
Seguimiento Institucional	D	■	■										
	P		■	■	■	■							
	D				■	■	■	■	■	■	■	■	■
	I								■	■	■	■	■
	E									■		■	
	C								■	■	■		

Diagnóstico	■	Planificación	■	Documentación	■	Implementación	■	Evaluación	■	Capacitación	■
-------------	---	---------------	---	---------------	---	----------------	---	------------	---	--------------	---

5.4. EQUIPO DE CALIDAD

Se encuentra conformado por el Rector, el Vicerrector Administrativo, el comité de calidad asesorado por el consultor líder, la coordinación de calidad, los líderes de cada proceso, los grupos primarios conformados dentro de cada proceso, los facilitadores y finalmente los auxiliares de calidad. (Ver figura 8).

Figura 8. Equipo de Calidad UIS.



Fuente: Documentos SGC UIS.

5.4.1. COMITÉ DE CALIDAD

Como instancia de dirección del proyecto se creó el Comité de Calidad de la Universidad Industrial de Santander mediante el acuerdo 015 de 2007, en el cuál

es reconocido como órgano responsable de fomentar, promover y orientar todas las actividades de la Institución en pro de la calidad de sus procesos. Así mismo, el Comité de Calidad constituye la instancia en la que se atienden y analizan las inquietudes y sugerencias que se generen en cada proceso de apoyo de la Universidad.

El comité de Calidad para el Sistema de Gestión de la Calidad de nuestra Universidad está conformado por:

- El Rector quien lo preside.
- El Vicerrector Académico, quien lo presidirá en ausencia del Rector.
- El Vicerrector Administrativo, quien actuará como secretario técnico.
- El Vicerrector de Investigación y Extensión.
- Un representante de las unidades de la Vicerrectoría Administrativa.
- Un representante de las unidades de la Vicerrectoría de la Investigación y Extensión.
- Un representante de las unidades asesoras de Rectoría.

La alta dirección y en su nombre el Señor Rector Jaime Alberto Camacho Pico ha designado al Vicerrector Administrativo Ing. Sergio Isnardo Muñoz como representante de la Dirección para desarrollar las funciones establecidas en el numeral 5.5.2 de la NTC ISO 9001:2000. De esta manera se evidencia la responsabilidad y compromiso por parte de las Directivas para la realización de este proyecto de tanta importancia y beneficio para la comunidad universitaria.

Son funciones del Comité de Calidad para el Sistema de Gestión de la Calidad de la Universidad Industrial de Santander, las siguientes:

- Formular y actualizar el alcance y las directrices de calidad institucional (política y objetivos de calidad), tomando como referente las políticas establecidas en el Proyecto Institucional.

- Asegurar la conectividad entre los objetivos generales del SGC y los particulares de cada proceso.
- Apoyar la formulación de proyectos en materia de calidad para ser incluidos dentro del plan de gestión institucional.
- Promover que todo el personal se involucre y comprometa con los procesos de calidad y mejora.
- Realizar seguimiento a los resultados obtenidos en los procesos de calidad y mejora.
- Determinar las áreas críticas a atender con los procesos de calidad y mejora.
- Difundir el resultado del desempeño de los procesos.
- Impulsar el conocimiento periódico de las necesidades de los beneficiarios y su nivel de satisfacción con los servicios que ofrece la Universidad.
- Proponer y promover las acciones necesarias para construir la cultura de calidad en toda la Universidad.
- Otorgar reconocimiento a los logros obtenidos.
- Informar al Consejo Superior y al Consejo Académico sobre las actividades, avances y resultados relacionados con el Sistema de Gestión de la Calidad.
- Recomendar el calendario de auditorías internas de calidad anuales para ser aprobado por el Rector.
- Las demás funciones que sean requeridas.

5.4.2. GRUPO PRIMARIO

- Equipo de trabajo conformado por el líder del proceso y sus colaboradores, el cual se reúne periódicamente con el fin de gestionar las actividades de mejora del proceso.

5.5. POLÍTICA DE CALIDAD ¹³

“La Universidad Industrial de Santander está comprometida con la eficacia, la eficiencia y el mejoramiento continuo de los procesos de apoyo a la docencia, la investigación y la extensión, en consonancia con el Proyecto Institucional, para lograr la satisfacción de las necesidades de sus beneficiarios. Promueve para ello una cultura de calidad basada en el autocontrol, la oportunidad en el servicio y la asertividad en la comunicación de todas las acciones universitarias”.

5.6. OBJETIVOS DE CALIDAD ¹⁴

- Garantizar, en forma adecuada y pertinente, el apoyo al desarrollo de los procesos misionales de la UIS.
- Gestionar y administrar la capacidad disponible de la Universidad para maximizar los resultados de los procesos misionales.
- Consolidar una cultura de resolución de problemas presentes y potenciales en los procesos de apoyo.
- Lograr en los beneficiarios una percepción altamente favorable de los productos y servicios ofrecidos por los procesos de apoyo.
- Consolidar en los servidores de la Universidad la apropiación y empoderamiento de sus actividades para alcanzar los objetivos misionales.
- Dar a los beneficiarios productos y servicios en los tiempos requeridos, acorde a sus necesidades.
- Proporcionar a los beneficiarios información veraz, clara y respetuosa, que facilite su interacción con la Institución.

Los objetivos fueron elaborados en consenso en una reunión del comité calidad en

¹³ Tomado de la ley 872 de 2003- Congreso Colombiano NTC-ISO 9000. Fundamentos y vocabulario

¹⁴ Tomado de la ley 872 de 2003- Congreso Colombiano NTC-ISO 9000. Fundamentos y vocabulario

el mes de Agosto de 2007 y aplican a cada una de las Directrices de la Política de Calidad, para tener control de su cumplimiento dentro del sistema se diseñaron indicadores en los diferentes procesos que permitirán medir cada uno de ellos, en busca de detectar posibles fallas, necesidades y a partir de esto poder tomar acciones, en busca de la mejora continua.

5.7. DESPLIEGUE DE LOS INDICADORES DE CALIDAD

A partir de los Objetivos de Calidad, y con el fin de medir y controlar el avance y desarrollo de los diferentes procesos que conforman el SGC, se definen y aprueban mediante acta No. 013 de 2007 del Comité de Calidad los indicadores encaminados para el cumplimiento de los objetivos de calidad del Sistema de Gestión de la Calidad (Ver Tabla 5).

Tabla 5. Despliegue de Indicadores de Calidad

INDICADORES DE CALIDAD		
OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	MÉTODO DE CÁLCULO
Garantizar, en forma adecuada y pertinente, el apoyo al desarrollo de los procesos misionales de la UIS	Eficacia de Objetivos	Σ (Valor Alcanzado de indicador de eficacia de cada proceso / Valor Meta del indicador de eficacia de cada proceso) *100 / No total de indicadores de procesos
Gestionar y administrar la capacidad disponible de la Universidad para maximizar los resultados de los procesos misionales	SUE	IC vs. IRD
		IC vs. IRE
		IC vs. IRI
Consolidar una cultura de resolución de problemas presentes y potenciales en los procesos de apoyo	Eficacia Acciones Correctivas	No total de Acciones Correctivas eficaces / No total de Acciones Correctivas planteadas
	Eficacia Acciones Preventivas	No Acciones Preventivas eficaces / No Total Acciones Preventivas planteadas
	Cultura Preventiva	No de Acciones Preventivas planteadas / No total de Acciones Correctivas y Preventivas planteadas

INDICADORES DE CALIDAD		
OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	MÉTODO DE CÁLCULO
Lograr en los beneficiarios una percepción altamente favorable de los productos y servicios ofrecidos por los procesos de apoyo	Nivel de satisfacción de los beneficiarios de los procesos Apoyo	Σ Porcentaje de satisfacción de los beneficiarios en las encuestas por población en cada proceso / No total de procesos
Consolidar en los servidores de la Universidad la apropiación y empoderamiento de sus actividades para alcanzar los objetivos misionales	Nivel de desempeño del área administrativa	Σ Puntaje total obtenido en la evaluación de desempeño de los servidores de la universidad por tipo de evaluación / No total de servidores de la universidad evaluados.
Dar a los beneficiarios productos y servicios en los tiempos requeridos, acorde a sus necesidades.	Oportunidad en el servicio	Σ Porcentaje de oportunidad del servicio por población en cada proceso / No total de procesos
Proporcionar a los beneficiarios información veraz, clara y respetuosa, que facilite su interacción con la Institución.	Efectividad de los medios de comunicación	Σ Puntaje total de efectividad de los medios de comunicación en el proceso Comunic. Instit. / Total de medios de comunicación
	Asertividad en la comunicación	Σ Puntaje total de asertividad en la comunicación (información clara y veraz y atención respetuosa por proceso) por población en cada proceso / No total de procesos

Fuente: Acta No. 013 de 2007, Comité de Calidad.

5.8. MAPA DE PROCESOS

Procesos de apoyo a la actividad misional de la Universidad Industrial de Santander

La Universidad Industrial de Santander definió los procesos de apoyo a la actividad Misional de la siguiente manera:

5.8.1. PROCESOS ESTRATÉGICOS

Son el conjunto de procesos relacionados con la definición, difusión y establecimiento de políticas y estrategias académicas, financieras y administrativas, así como la fijación de objetivos y el aseguramiento de la

disponibilidad y distribución apropiada de los recursos que contribuyen al logro de la Misión Institucional. Entre estos procesos se encuentran:

- **DI:** Dirección Institucional
- **PI:** Planeación Institucional

5.8.2. PROCESOS DE EVALUACIÓN

Son el conjunto de procesos relacionados directamente con las actividades de control y evaluación del desempeño del Sistema de Gestión de la Calidad, así como con las actividades destinadas a evaluar la Calidad Académica de la Institución. Dentro de estos procesos se encuentran:

- **CA:** Gestión de la Calidad
- **SE:** Seguimiento Institucional

5.8.3. PROCESOS DE APOYO

Son el conjunto de procesos relacionados con la ejecución de las políticas y estrategias académicas, financieras y administrativas, que tienen la finalidad de contribuir al logro de las Actividades Misionales de la Universidad. Entre estos procesos se encuentran:

- **AR:** Admisiones y Registro Académico
- **BI:** Biblioteca
- **BE:** Bienestar Estudiantil
- **CI:** Comunicación Institucional
- **CO:** Contratación
- **FI:** Financiero
- **CU:** Gestión Cultural
- **IE:** Gestión de Investigación y Extensión
- **RI:** Relaciones Institucionales de intercambio académico
- **RT:** Recursos Tecnológicos

- **AR** Admisiones y Registro Académico
- **SI** Servicios Informáticos y de Telecomunicaciones
- **GD** Gestión Documental
- **CI** Comunicación Institucional
- **RF** Recursos Físicos
- **JU** Jurídico
- **CO** Contratación
- **PU** Publicaciones
- **BI** Biblioteca
- **BE** Bienestar Estudiantil
- **GC** Gestión Cultural

Figura 9. Mapa de Procesos UIS.



Fuente: Documentos SGC UIS

El proceso Publicaciones no hace parte del alcance del Sistema de Gestión de la Calidad, debido a que en la actualidad ese proceso cuenta con un Sistema de Calidad propio ya certificado.

5.9. CARACTERIZACIÓN DE LOS PROCESOS ¹⁵

Las caracterizaciones permiten tener una visión general de los procesos, debido a que en su contenido se encuentran las actividades que siguiendo un ciclo PHVA permiten transformar elementos de entrada en salidas.

En cada uno de los procesos se desarrollaron jornadas de trabajo con los grupos primarios para la realización de las respectivas caracterizaciones, las cuales contienen los siguientes elementos



- **Objetivo:** Define el propósito general del proceso. Responde a las preguntas qué pretende el proceso y para qué.
- **Alcance:** Describe a nivel macro en donde inicia y en donde termina el proceso, es decir, la cobertura de las actividades que lo comprenden, así como la población a la cual aplica.
- **Actividades:** Conjunto de transformaciones que se llevan a cabo sobre las entradas del proceso y que generan salidas.
- **Entradas:** Información, documentos o elementos necesarios para desarrollar las actividades propias del proceso.
- **Proveedores:** Organización o persona que proporciona un producto. Pueden ser entidades externas u procesos internos.
- **Salidas:** Información, documentos o elementos transformados requeridos en otras actividades propias o de otros procesos.
- **Beneficiarios:** Organización o persona que recibe un producto. Pueden ser entidades externas o procesos internos.
- **Seguimiento y medición del proceso:** Actividades para realizar seguimiento y medición del proceso (comités, reuniones de seguimiento, auditorías etc.).
- **Responsables:** cargo del líder del proceso y sus colaboradores.

¹⁵ Tomado de la ley 872 de 2003- Congreso Colombiano NTC-ISO 9000. Fundamentos y vocabulario

- **Normatividad:** Requisitos del cliente, legales y reglamentarios, de la NTC ISO 9001:2000 y de la organización.
- **Medición del proceso:** Indicadores a nivel estratégico, táctico y operativo.
- **Recursos:** Recursos requeridos para el proceso; ya sean recursos físicos, y/o tecnológicos.
- **Documentos y Registros** asociados al proceso.
- **Control de cambios:** se especifica el cambio realizado, la versión del documento y la fecha de aprobación.

La coordinación de calidad, diseñó el formato de caracterización que se muestra a continuación: (Ver figura 10)

Figura 10. Formato Caracterización de Proceso

 	CARACTERIZACIÓN DE PROCESO			Código:
				Versión:
				Página de
Revisó	Aprobó		Fecha de aprobación	
OBJETIVO				
ALCANCE				
Proveedores	ENTRADAS	ACTIVIDADES	SALIDAS	Beneficiarios
•		•	•	•
RECURSOS	RESPONSABLES		REQUISITOS	
	Líder del proceso: Colaboradores:		Beneficiario: Legales y reglamentarios: De la organización: NTC-ISO 9001:2000	
SEGUIMIENTO Y MONITOREO DEL PROCESO		REGISTROS DEL PROCESO	DOCUMENTOS DE REFERENCIA	
•		•	•	
CONTROL DE CAMBIOS				
VERSIÓN		FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS	

Fuente: Documento SGC

5.10. PLANIFICACIÓN DEL PROCESO SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL

Luego de recibir diferentes nombres (Control Institucional, Mejoramiento Institucional) finalmente el Comité de Calidad decide denominar al proceso que lidera la Dirección de Control Interno y Evaluación de Gestión: “Proceso Seguimiento Institucional”, seguidamente lo enmarca como uno de los Procesos de Evaluación.

5.10.1. CONFORMACIÓN GRUPO PRIMARIO

Teniendo conocimiento de la responsabilidad que tiene bajo su cargo el proceso Seguimiento Institucional, la líder del Proceso Ing. Sonia Cristina García Rincón en conjunto con su auxiliar de Calidad inició la conformación del grupo primario, en el cual participaron los profesionales que laboran en la dependencia:

Ing. Dora Mejía Guarín

Ing. Gloria Ximena Calderón.

Ing. Jaime Enrique Sarmiento.

Ing. Jorge Eliécer Vidal

Figura 11. Grupo Primario



Fuente: Proceso Seguimiento Institucional

El grupo primario inició con la programación de reuniones periódicas con el objetivo de tratar los temas concernientes al proceso Seguimiento Institucional, las funciones de este grupo primario se enlistan a continuación:

- Realizar seguimiento al desempeño del proceso (verificación de indicadores) y establecer acciones de mejora.
- Revisar y realizar los ajustes a la documentación del proceso.
- Hacer seguimiento a la implementación de la documentación del proceso.
- Implantar las acciones necesarias para construir la cultura de acciones correctivas, preventivas y de mejora.

El compromiso adquirido por el personal desde el inicio del proceso permitió el avance del mismo en las diferentes etapas establecidas.

5.10.2. CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL

Luego de varias reuniones de grupo primario, se elaboró la caracterización correspondiente al Proceso Seguimiento Institucional (Ver anexo 2).

El proceso Seguimiento Institucional a diferencia de la mayoría de los procesos no cuenta con subprocesos, solo tiene una Caracterización Macro que consta de lo siguiente:

OBJETIVO: Realizar el seguimiento a los procesos para garantizar el mejoramiento continuo y el cumplimiento de la normatividad aplicable.

ALCANCE: Aplica a todos los procesos de la Universidad Industrial de Santander, incluyendo la realización de auditorías, presentación de informes externos e internos, seguimiento a planes de acción y acompañamiento a las U.A.A

5.10.3. FORMULACIÓN DE INDICADORES

El Proceso Seguimiento Institucional, definió los indicadores que permiten medir el cumplimiento de los objetivos del proceso, de igual manera que se encaminen hacia el cumplimiento de los objetivos de calidad; estos indicadores fueron

elaborados en reuniones con el grupo primario, y revisados por la líder del proceso, quien realizó las correcciones pertinentes.

A continuación aparece la tabla 6: Hoja de Vida de Indicadores, donde se encuentran todos los aspectos que conforman el indicador como: el nombre del proceso, nombre del indicador, frecuencia de medición, la meta, los resultados con su respectiva gráfica de análisis, las acciones tomadas de acuerdo a la evaluación realizada y periodo de evaluación.



Tabla 6. Hoja de Vida de Indicadores

PROCESO SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL								
HOJA DE VIDA DE INDICADORES								
NOMBRE DEL INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	META	MÉTODO DE CÁLCULO	UNIDAD	FRECUENCIA	FUENTE DE DATOS	SENTIDO (Maximizar, minimizar o mantener)	RESPONSABLE DE MEDIR
Cumplimiento de Auditorías Internas	Establecer la eficacia en el cumplimiento de las auditorías como apoyo a los mecanismo de autocontrol en la institución	100%	(# Auditorías internas realizadas / # total de Auditorías Programadas) * 100	%	Semestral	Informes de Auditoría - Cronograma de auditorías	Maximizar	Directora de Control Interno y Evaluación de Gestión
Cumplimiento en la evaluación a los planes de Gestión	Establecer el cumplimiento de la evaluación a los planes de Gestión como apoyo a la autogestión y autorregulación en las U.A.A	90%	(# U.A.A que evaluaron Plan de Gestión oportunamente/# U.A.A que formularon Plan de Gestión) * 100	%	Anual	Módulo Programa de Gestión	Maximizar	Directora de Control Interno y Evaluación de Gestión
Estado de Cumplimiento de los Planes de Mejoramiento	Medir el grado de avance respecto a los compromisos adquiridos por las U.A.A	80%	(# Total de acciones cumplidas / # total de acciones formuladas) * 100	%	Semestral	Consolidación y Seguimiento a los Planes de Mejoramiento	Maximizar	Directora de Control Interno y Evaluación de Gestión
Eficacia del proceso	Medir el cumplimiento de los indicadores del proceso	90%	$\Sigma(\text{Eficacia de los indicadores del proceso}) / \text{N}^{\circ} \text{ Total de indicadores del proceso} * 100$	%	Semestral	Indicadores Tácticos de Seguimiento Institucional		Directora de Control Interno y Evaluación de Gestión
Nivel de satisfacción de los beneficiarios	Evaluar el nivel de satisfacción de los beneficiarios	95%	Promedio de la calificación real obtenido en encuestas/ calificación máxima posible *100 (Por Población)	%	Semestral	Encuesta de Satisfacción	Maximizar	Directora de Control Interno y Evaluación de Gestión
Oportunidad en el servicio	Medir la oportunidad en la entregas o prestación de los servicios	95%	Promedio de la calificación real de la oportunidad en la entrega del servicio/ calificación máxima posible *100 (Por Población)	%	Semestral	Encuesta de Satisfacción		Directora de Control Interno y Evaluación de Gestión
Asertividad en la comunicación	Medir el nivel de asertividad en la comunicación	95%	Promedio de la calificación real en asertividad en la comunicación/ calificación máxima posible *100 (Por población)	%	Semestral	Encuesta de Satisfacción		Directora de Control Interno y Evaluación de Gestión

Fuente: Documentación Proceso Seguimiento Institución

6. DOCUMENTACIÓN DEL SGC

Para iniciar la etapa de documentación se realizó una propuesta de la estructura documental de la Universidad de la siguiente manera:

- **Manual de Calidad:** Documento que enuncia la Política de Calidad y describe el Sistema de Calidad de la Universidad.
- **Procedimiento:** Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso.
- **Guía:** Documento que establece observaciones y lineamientos a seguir para asegurar el cumplimiento de los objetivos.
- **Instructivo:** Descripción escrita y detallada sobre cómo efectuar las actividades y procesos de manera coherente, llegando a un nivel de detalle amplio.
- **Formato:** Plantilla destinada especialmente a la consignación o anotación de datos

Los lineamientos para la elaboración de documentos se plasman en la *Guía de elaboración de documentos*, la cual tiene como objetivo ¹⁶: “Definir los lineamientos para la elaboración y presentación de los documentos asociados al Sistema de Gestión de Calidad de los procesos de apoyo a la docencia, la investigación y la extensión de la Universidad Industrial de Santander”.

Esta guía fue realizada por el proceso de Gestión Documental en conjunto con la coordinación de calidad y fue revisada por el proceso de Planeación, el líder del

¹⁶ Tomado de la ley 872 de 2003- Congreso Colombiano NTC-ISO 9000. Fundamentos y vocabulario

proceso Gestión Documental y el Vicerrector Administrativo, de igual manera fue aprobada mediante resolución No 1736 de 2007.

6.1. CODIFICACIÓN

Los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad establecido en los procesos de apoyo de la Universidad Industrial de Santander para su identificación se codificaron de la siguiente forma:

XY.Y.ZZ

X: Hace referencia al tipo de documento

YY: Hace referencia al proceso que generó el documento

ZZ: Hace referencia al consecutivo dentro del proceso y según el tipo de documento

De igual manera en los documentos y procesos fueron codificados (Ver tablas 7 y 8)

Tabla 7. Tipos de Documentos del SGC UIS.

CÓDIGO	TIPO DE DOCUMENTO
M	Manual
C	Caracterización
P	Procedimiento
G	Guía
I	Instructivo
T	Protocolo
F	Formato

Fuente: Guía de elaboración de documentos.

Tabla 8. Códigos de los Procesos de Apoyo

PROCESO	CÓDIGO
1. Dirección Institucional	DI
2. Planeación Institucional	PI
3. Gestión de la Calidad Administrativa*	AD
4. Seguimiento Institucional	SE
5. Gestión de la Calidad Académica	CA
6. Financiero	FI
7. Talento humano	TH
8. Gestión de Investigación y la Extensión	IE
9. Relaciones Institucionales de intercambio académico	RI
10. Recursos Tecnológicos	RT
11. Admisiones y Registro Académico	AR
12. Sistemas de Información	SI
13. Gestión Documental	GD
14. Comunicación Institucional	CI
15. Recursos Físicos	RF
16. Jurídico	JU
17. Contratación	CO
18. Publicaciones	PU
19. Biblioteca	BI
20. Bienestar Estudiantil	BE
21. Gestión Cultural	GC

*El proceso Gestión de la Calidad Académica fue suprimido en el mapa de procesos después de la primera auditoría interna Fuente: Guía de elaboración de documentos

6.2. REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN

A continuación se presenta un resumen con los requisitos de cada uno de los documentos:

Tabla 9. Requisitos de la Documentación

	M	C	P	G	I	T	F
Encabezado	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Tabla de contenido	✓						
Objetivo	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Alcance	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Definiciones y/o abreviaturas	✓		✓	✓	✓	✓	
Entradas, salidas, clientes y proveedores		✓					
Normatividad		✓	Opcional		Opcional	Opcional	
Consideraciones			Opcional				
Descripción	✓		✓	✓		✓	
Indicadores	Opcional						
Anexos	Opcional		Opcional	Opcional	Opcional	Opcional	
Bibliografía	Opcional			Opcional	Opcional	✓	
Control de cambios	✓	✓	✓	✓	✓	✓	

Fuente: Guía de elaboración de documentos

6.3. CONTROL DE CAMBIOS

Con el fin de llevar la trazabilidad de la documentación se estableció el ítem: Control de Cambios, donde se consignan las modificaciones que se le realice a la documentación. Ejemplo: Ver tabla 10.

Tabla 10. Control de Cambios.

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
01	Noviembre 19 de 2007 Resolución 1736	Creación del documento

Fuente: Guía de elaboración de documentos

6.4. REVISIÓN Y APROBACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN

La documentación del Sistema de Gestión de la Calidad de los procesos de apoyo de la Universidad Industrial de Santander cuenta con las siguientes instancias para su revisión y respectiva aprobación definidas en el procedimiento de control de documentos (ver tabla 11).

Tabla 11. Instancias de elaboración, revisión y aprobación de documentos

DOCUMENTO	REVISIÓN		APROBACIÓN
	TÉCNICA	DE ADECUACIÓN	
Documentos obligatorios de Norma NTC ISO 9001:2000	Líder del proceso Seguimiento Institucional Líder de Proceso Gestión Documental	Coordinadoras de Calidad	Vicerrector Administrativo
Documentos transversales	Planeación Líderes de procesos involucrados	Coordinadoras de Calidad	Rector
Documentos específicos	Líder del proceso y/o funcionario con la competencia técnica requerida	Coordinadoras de Calidad	Líder del proceso

Fuente: Guía de elaboración de documentos

6.5. DOCUMENTACIÓN DEL PROCESO SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL

Esta etapa si bien parece una de las más sencillas por lo operativa que puede resultar, tiende a convertirse en una de las más extensas y tediosas del proyecto, debido a los numerosos ajustes que realizaron a la documentación, buscando siempre el manejo de una terminología apropiada, que pueda ser comprendido por cualquier persona.

Los documentos establecidos para Seguimiento Institucional fueron elaborados en conjunto con el grupo primario y la autora del proyecto, revisados por la Líder del proceso y aprobados por el Vicerrector Administrativo. Según las recomendaciones realizadas, se ajustaron y modificaron los documentos, los cuales fueron aprobados por el Rector mediante resolución 1736 de 2007 (Procedimientos obligatorios) y la documentación restante mediante resolución 1859 de 4 de diciembre de 2007.

La documentación del proceso Seguimiento Institucional la conforman la caracterización y los procedimientos del proceso junto con los formatos relacionados. (Ver anexo 3).

Seguimiento Institucional es uno de los procesos más fundamentales, debido a que en él recaen 4 de los procedimientos obligatorios exigidos por la norma NTC ISO 9001: 2000. A continuación se presenta una breve descripción de cada uno, definiendo objetivo y alcance.

6.5.1. PSE.01 PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD

OBJETIVO: Establecer las pautas necesarias para realizar las auditorías internas a la Universidad Industrial de Santander de acuerdo con los lineamientos de la Institución y del Sistema de Gestión de la Calidad.

ALCANCE: Este procedimiento aplica a las actividades para el desarrollo de las auditorías del Sistema de Gestión de la Calidad de los procesos de apoyo de la Universidad Industrial de Santander.

6.5.2. PSE.02 PROCEDIMIENTO ACCIONES PREVENTIVAS/CORRECTIVAS

Para dar cumplimiento al numeral 8.5.2 y 8.5.3 de la norma NTC ISO 9001:2000 se elaboró un solo procedimiento, debido a que tienen aspectos similares, a los cuales darle cumplimiento en conjunto, a continuación se expone su objetivo y alcance:

OBJETIVO: Establecer el procedimiento para identificar, analizar y eliminar las causas de los problemas potenciales/reales con el fin de tomar las acciones preventivas/correctivas apropiadas para prevenir/evitar su ocurrencia.

ALCANCE: Este procedimiento aplica para todas aquellas acciones preventivas/correctivas que se generen en los Procesos de Apoyo del Sistema de Gestión de la Calidad de la Universidad Industrial de Santander.

Los formatos relacionados en el procedimiento son los siguientes:

FSE.07 Acciones Correctivas/Preventivas. En este formato se registran las no conformidades reales o potenciales detectadas en cada uno de los procesos del

SGC, de igual manera se analizan las causas que la originaron y se registra el plan de acción para darle tratamiento. Este formato es de carácter obligatorio y es diligenciado por el funcionario que detecte la no conformidad real o potencial.

FSE.10 Informe de Desempeño de los procesos: En este formato se consolidan las acciones correctivas, preventivas, de mejora y producto no conforme de cada proceso con su respectivo estado (abiertas/cerradas), de esta manera se logra llevar un control sobre las acciones que levante cada proceso. Este formato es de carácter obligatorio y es diligenciado por el líder del proceso.

FSE.11 Acciones de Mejora: Por medio de este formato se registran las acciones de mejora que se generan por iniciativa del personal interno y externo, así como las observaciones de las auditorías internas de calidad que apuntan a la optimización del proceso

6.5.3 PSE.03 PROCEDIMIENTO DE PRODUCTO O SERVICIO NO CONFORME

OBJETIVO: Asegurar que los productos o servicios no conformes presentados se identifiquen y controlen para prevenir su uso o entrega no intencional, así como establecer las responsabilidades y autoridades relacionadas con su tratamiento.

ALCANCE: Este procedimiento aplica a todos los procesos de apoyo relacionados con el Sistema de Gestión de la Calidad.

Además de los procedimientos obligatorios, el proceso cuenta con documentación adicional que incluye los siguientes procedimientos

6.5.4. PSE.04. PROCEDIMIENTO DE QUEJAS Y RECLAMOS

OBJETIVO: Gestionar las quejas y reclamos de manera oportuna, confidencial y objetiva, con el fin de garantizar la mejora en las actividades desarrolladas de acuerdo con la normatividad vigente.

ALCANCE: Este procedimiento inicia desde la recepción de la queja y/o reclamo hasta el cierre de la misma y aplica a toda la comunidad en general.

6.5.5. PSE.05 PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍAS INTERNAS

OBJETIVO: Realizar el exámen sistemático, objetivo e independiente de los procesos, actividades operaciones y resultados de las diferentes unidades, con el fin de determinar si los recursos se han utilizado con economía, eficacia, eficiencia y transparencia, si se han observado las normas internas y externas aplicables, si los mecanismos de comunicación pública son confiables y medir el grado de cumplimiento de los objetivos, planes y programas trazados.

ALCANCE: Este procedimiento aplica a las actividades para el desarrollo de las auditorías internas de los procesos estratégicos, misionales y de apoyo de la Universidad Industrial de Santander.

7. CAPACITACIONES

7.1. CAPACITACIÓN EN EL PROCESO SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL

En la etapa de capacitación se tiene en cuenta la necesidad de formación del personal del proceso seguimiento institucional, el cual tiene cargo la ejecución de las auditorías internas de calidad, por esta razón el equipo auditor debía formarse en el tema, porque a pesar de haber recibido el diplomado y obtener el título de auditor interno, llevar a la práctica no era tarea fácil. Por tal razón el proceso Seguimiento Institucional diseño un Plan de Formación para los auditores internos de calidad (Tabla 12), donde aparecen consignados los temas de las capacitaciones y las fechas de su ejecución.

Durante la capacitación se utilizaron medios audiovisuales como video beam, computadores, papelografo entre otras herramientas utilizadas como guía para la presentación de los contenidos teórico-prácticos.

Sin embargo antes de iniciar y enlistar las capacitaciones dadas al personal del proceso, vale la pena enunciar el curso de fundamentos básicos de la Norma ISO 9001:2000 que fue dado a los auxiliares de calidad



**TABLA 12 : PLAN DE FORMACIÓN
Audidores Internos de Calidad**

Fecha Elaboración: Julio 23 de 2,007

TEMA	2,007					2,008				Horas	Observaciones			
	Agos	Sept	Oct	Nov	Dic	Enero	Febrero	Marzo	Abril					
Socialización implementación del SGC y MECI en la U. Militar Nueva Granada	■											12	Días:2 y 3	
Taller de interpretación de requisitos de la norma NTC Iso 9001:2000		■											17	Días: 6,21,22,23,27
Listas de verificación		■											2	Días: 4-10
Entrenamiento auditores observadores		■	■	■	■	■							199	Días Sept: 6-12-13-20 Días Oct : 1-3-30 Días Nov: 15-19-21-22
Capacitación seguimiento a los procesos					■								2	Día: 2
Seguimiento a procesos por parte de auditores observadores						■							33	Días: 13-14-15-16-19-20

A continuación se hace un breve resumen de los temas tratados en cada capacitación.

7.2. FORMACIÓN DE AUDITORES INTERNOS

Esta formación especial estuvo dirigida exclusivamente al equipo de auditores internos de la UIS, el cual está conformado por los siguientes profesionales que pertenecen a diferentes procesos o U.A.A (Ver Tabla 13), con el fin de brindarles formación y entrenamiento en los siguientes temas: Técnicas de auditoría, taller de interpretación de los requisitos de la norma, elaboración de listas de verificación, entre otras. .

Tabla 13. Equipo de Auditores Internos

AUDITOR	PROCESO O U.A.A AL QUE PERTENECE
Gloria Ximena Calderón	Proceso Seguimiento Institucional
Jorge Eliécer Vidal	
Sonia Cristina García Rincón	
Jaime Enrique Sarmiento	
Dora Mejía Guarín	
Sandra Juliana Peña A.	Proceso Financiero
Luz Dary Méndez Florez	
Aura Maria Rey Gualdrón	Proceso de Talento Humano
Adriana Arenas	
Maria Claudia Caballero	Proceso Bienestar Estudiantil
Gloria Isabel Román Pinilla	Proceso de Gestión Cultural
Maria del Carmen Salamanca	Proceso Gestión Documental
Sheila Margarita Plata Valdivieso	Proceso Mantenimiento Tecnológico
Olga Patricia Ortiz Cancino	Escuela de Ingeniería de Petróleos
Maritza Eleonor Jaimes Garnica	Proceso Gestión de la Calidad Académica
Janeth Gutiérrez Pulido	Proceso de Admisiones y Registro Académico
Carmenza Carreño S.	Vicerrectoría Administrativa

7.2.1. SOCIALIZACIÓN: IMPLEMENTACIÓN DEL SGC Y MECI EN LA UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA (U.M.N.G)

Esta capacitación se desarrolló en los días 2 y 3 de agosto, donde los conferencias Martha Lucia Hurtado, Jefe Oficina Control Interno y Álvaro Pérez Tirado , Jefe de Planeación de la Universidad Militar Nueva Granada(U.M.N.G) dieron a conocer su experiencia en la Implementación del SGC y MECI de esta reconocida institución. (Ver figura 12).

A esta capacitación asistieron el equipo auditor, las coordinadoras de calidad, algunos lideres de los procesos y algunos auxiliares de calidad.

Figura 12. Socialización SGC y MECI de la U.M.N.G



Fuente. Proceso Seguimiento Institucional

7.2.2. TALLER DE INTERPRETACIÓN DE REQUISITOS DE LA NORMA NTC ISO 9001:2000

Este taller fue dirigido exclusivamente al equipo auditor, el objetivo de este taller fue: “Formar y fortalecer al equipo auditor interno de la Universidad Industrial de Santander acerca de la metodología teórico práctica para la realización de auditorías internas de calidad bajo los parámetros de la Norma NTC-ISO 9001:2000.

Este taller fue desarrollado del 16 al 27 de agosto del 2007 con una intensidad horaria total de 17 horas, y fue realizado por el Ing. Jorge Eliécer Figueroa, Consultor Líder de la firma asesora Strategika Ltda. (Ver figuras 13 y 14).

Figuras 13 -14 Taller de Interpretación de la Norma



Fuente: Proceso Seguimiento Institucional

7.2.3. CAPACITACIÓN FORMACIÓN DE AUDITORES INTERNOS “ROL OBSERVADORES”

Después de familiarizar al equipo de auditores internos de la UIS con la terminología e interpretación de los requisitos de la norma, se realizó la capacitación formación de auditores internos “rol observadores”, cuya finalidad fue: “Fortalecer el equipo auditor en su rol de observador” acerca de la metodología sugerida para la preparación de auditoría.

En esta capacitación se dieron los lineamientos para la elaboración de las listas de verificación. Esta capacitación fue realizada el 10 de septiembre por el equipo auditor de la firma Strategika Ltda.

7.2.4. CAPACITACIÓN FORTALECIMIENTO DE LAS COMPETENCIAS DEL EQUIPO DE AUDITORES OBSERVADORES SOBRE EL SEGUIMIENTO A LOS PROCESOS DE APOYO DE LA UIS

Después de haber participado en la auditoría interna como auditores observadores, el equipo de auditores internos de la UIS, asume el rol de acompañamiento y seguimiento a los procesos, para esto recibe una capacitación por parte del Ing. Jorge Eliécer Figueroa, el día 2 de noviembre de 2007

Esta capacitación tuvo como finalidad: Identificar las acciones necesarias en los procesos de apoyo con el fin de dar solución a los hallazgos de la auditoría interna No. 1.

7.3. CAPACITACIÓN PROCESO SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL

Además de la formación especial que se les brindó como integrantes del equipo auditor, el personal del proceso seguimiento institucional fue sensibilizado a través de capacitaciones, donde se trataron las diferentes temáticas relacionadas con el proceso de implementación del SGC.

A continuación se hace un breve resumen de los temas tratados en cada capacitación.

7.3.1. DOCUMENTACIÓN Y MEJORAMIENTO DE LOS PROCESOS

Esta capacitación se llevó a cabo el 25 de septiembre de 2007, en ella se consolidaron varios temas:

- Conceptos básicos de la Norma ISO 9001:2000.
- Fundamentos de Norma.
- Gestión por procesos y Documentación.

En esta jornada de capacitación se logró que los miembros del Proceso Seguimiento Institucional afianzaran los conceptos básicos de la Norma ISO 9001:2000, de igual manera se resaltó la importancia de la Gestión por procesos, concibiendo al SGC de la Universidad como un mecanismo conformado por los diferentes procesos, los cuales deben articularse de manera armoniosa para lograr que el SGC se desempeñe correctamente.

7.3.2. CAPACITACIÓN PRODUCTO NO CONFORME – ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS

Esta capacitación estuvo a cargo de la Ing. Sandra Vargas consultora de la firma Strategika Ltda., quien orientó al grupo primario del proceso seguimiento

institucional en las temáticas de: producto no conforme, acciones correctivas y preventivas.

De igual manera revisó estos procedimientos y realizó las correcciones pertinentes.

7.3.3. CAPACITACIÓN PROCEDIMIENTOS OBLIGATORIOS

Esta sensibilización se llevó a cabo el 10 de octubre de 2007 y estuvo a cargo de la coordinadora de calidad Ing. Paola Camargo, quien presentó los parámetros y/o lineamientos a tener en cuenta para detectar los productos no conformes, así mismo la importancia de formular acciones correctivas, preventivas y de mejora. Durante esta jornada se realizó un taller donde se formularon acciones correctivas, preventivas y/o de mejora con su respectivo plan de acción en los formatos establecidos, de esta manera y con la orientación de la coordinadora de calidad se lograron aclarar las dudas existentes.

7.4. RESULTADO DE LAS CAPACITACIONES

La participación y compromiso del personal de Seguimiento Institucional y del grupo de auditores internos de la UIS en los talleres y jornadas de capacitación programadas por parte de Strategika Ltda. y la coordinación de calidad les permitió profundizar en conceptos que aplicaron durante el desarrollo de las auditorías internas, preauditoría externa y seguimiento a los procesos.

7.5. REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES

En todas las actividades de capacitación se llevó un registro de asistentes (Figura 15). Para esto se diseñó un formato con la siguiente información:

*Tema a tratar

*Fecha y hora

*Nombre del Capacitador

*Relación de asistentes (nombre, cargo, teléfono, e-mail y firma),

Figura 15. Registro de Asistencia

OBJETIVO/TEMA		FECHA Y HORA		
PROCESO		CAPACITADOR		
NOMBRE	CARGO	TELEFONO	E-MAIL	FIRMA

Fuente: Documento SGC

8. IMPLEMENTACIÓN DEL SGC

Una vez terminadas las etapas de diagnóstico, planificación, documentación y capacitación, se da inicio a la etapa de implementación del SGC de la Universidad Industrial de Santander, en la cual se aplican la documentación establecida.

Cada proceso fue asesorado por las coordinadoras de calidad, quienes realizaron las actividades de acompañamiento y orientación al grupo de auxiliares de calidad que se encontraban en cada uno de los procesos.

8.1. IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL

La implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en el proceso Seguimiento Institucional se llevó a cabo mediante la aplicación de los documentos para la realización de las auditorías internas de calidad, y seguimiento a los procesos.

8.1.1. AUDITORÍA INTERNA DE CALIDAD

Dando cumplimiento al numeral de la norma 8.2.2 la Universidad Industrial de Santander inicia su ciclo de auditorías internas de Calidad, este primer paso permitió establecer el estado de los procesos, así como la revisión de la documentación existente.

8.1.2. CONFORMACIÓN DEL EQUIPO AUDITOR

Seguimiento Institucional siendo el proceso que lidera las auditorías internas conformó un equipo de auditores, para esta selección el líder del proceso junto con el Vicerrector administrativo analizaron el listado de profesionales de la

Universidad que habían realizado el Diplomado de Calidad y que obtuvieron el título de auditor interno.

Seleccionados los aspirantes, se les envía una carta notificándoles si desean participar en este nuevo rol de auditor quienes respondían la carta aceptaban el compromiso institucional de hacer parte de este proyecto.

8.1.3. PERFIL DEL AUDITOR INTERNO UIS

El líder del proceso seguimiento Institucional junto con su grupo primario y el auxiliar de calidad diseñaron el perfil del auditor interno UIS (Ver anexo 4) donde se establecieron los requisitos que deben cumplir los auditores así como las funciones designadas. Dando cumplimiento de esta manera a lo establecido por la norma NTC ISO 1901, numerales 7.2, 7.3 y 7.4.

Se estableció la base de datos de los auditores empleando el formato hoja de vida del auditor(anexo 5) donde se consignan los datos generales de los profesionales , así como su formación y educación, de igual manera se lleva la trazabilidad en las horas de auditoría en sitio.

El grupo de auditores quedó conformado por los siguientes profesionales que pertenecen a diferentes procesos o U.A.A (Ver Tabla 14), el objetivo era la conformación de un grupo de auditores heterogéneo, de diferentes disciplinas que pudieran aportar en la realización de la auditoría.

Tabla 14. Equipo de Auditores Internos

AUDITOR	PROCESO O U.A.A AL QUE PERTENECE
Gloria Ximena Calderón	Proceso Seguimiento Institucional
Jorge Eliécer Vidal	
Sonia Cristina García Rincón	
Jaime Enrique Sarmiento	
Dora Mejía Guarín	

AUDITOR	PROCESO O U.A.A AL QUE PERTENECE
Sandra Juliana Peña A.	Proceso Financiero
Luz Dary Méndez Florez	
Aura Maria Rey Gualdrón	Proceso de Talento Humano
Adriana Arenas	
Maria Claudia Caballero	Proceso Bienestar Estudiantil
Gloria Isabel Román Pinilla	Proceso de Gestión Cultural
Maria del Carmen Salamanca	Proceso Gestión Documental
Sheila Margarita Plata Valdivieso	Proceso Mantenimiento Tecnológico
Olga Patricia Ortiz Cancino	Escuela de Ingeniería de Petróleos
Maritza Eleonor Jaimes Garnica	Proceso Gestión de la Calidad Académica
Janeth Gutiérrez Pulido	Proceso de Admisiones y Registro Académico
Carmenza Carreño S.	Vicerrectoría Administrativa

Fuente: Autor Proyecto

8.1.4. PLANEACIÓN DE LA AUDITORÍA INTERNA

Durante el desarrollo del proyecto se realizaron dos ciclos de auditorías con el fin de cubrir a todos los procesos del SGC de la UIS. Los procesos que no fueron auditados internamente fueron: Dirección Institucional y Publicaciones, este último ya se encuentra certificado y busca ampliar su alcance y renovar certificación.

Por lo tanto a continuación aparecerán los dos planes de auditoría:

- Auditoría No: 01-07.
- Auditoría No: 02-07.

8.1.4.1. AUDITORÍA No 1-07

Mediante Acta No 007 del Comité de Calidad se conoce el Plan Detallado de Trabajo (PDT), donde se programaron las fechas en que se llevo a cabo la auditoría interna, esta actividad la lideró el Proceso Seguimiento Institucional, quien junto con la firma asesora Strategika Ltda. y la coordinación de calidad elaboraron el Plan de Auditorías Internas de Calidad (anexo 6) dando cumplimiento a lo establecido por la NTC ISO 9001:2000

En este Plan de auditorías internas de calidad se definieron los siguientes aspectos:

- Objetivo.
- Alcance.
- Criterios
- Auditor Líder.
- Equipo auditor.
- Fecha de realización de auditoría.

Esta auditoría interna fue realizada por la firma asesora Strategika Ltda., junto con el grupo de auditores internos de la UIS, estos últimos desarrollaron el rol de auditores observadores, con el fin de adquirir la experticia y experiencia de los auditores externos, dando inicio a su programa de formación como auditores internos.

El equipo auditor de la firma Strategika Ltda. que realizó la auditoría interna fue conformado por:

Auditor Líder:

-Ing. Jorge Eliécer Figueroa Vargas.

Equipo Auditor:

-Ing. Sandra Patricia Vargas.

-Ing. Margie Liliana Rueda.

-Ing. Jaime Enrique Osorio Trujillo.

8.1.4.2. AUDITORÍA No 02-07

En este plan de auditoría fueron auditados los siguientes procesos: Planeación Institucional, Seguimiento Institucional, Jurídico y Gestión de la Calidad Académica. (Anexo 7).

Al igual que en el Plan de Auditoría No. 1 se definen los mismos aspectos (Objetivo, alcance, criterios, Auditor Líder, etc.)

Así mismo esta auditoría interna fue realizada por la firma asesora con el respaldo y apoyo del proceso seguimiento institucional así como de su grupo de auditores. El equipo auditor de la firma Strategik que realizo la auditoría estuvo conformado por:

Auditor Líder:

-Ing. Jorge Eliécer Figueroa Vargas.

Equipo Auditor:

-Ing. Sandra Patricia Vargas.

8.1.5. PREPARACIÓN DE LA AUDITORÍA INTERNA

La preparación de la auditoría tanto para el Plan No 1 como para el Plan No. 2 es exactamente la misma, por tal razón se describe a continuación cómo se llevó a cabo.

Siguiendo los lineamientos establecidos por el procedimiento de auditorías internas de calidad, el auditor líder junto con su equipo auditor solicitaron los documentos del S.G.C. a los procesos a auditar. De igual forma prepararon las listas de verificación (anexo 8), las cuales se constituyen en la herramienta fundamental para los auditores porque en ellas se consignan las pautas a seguir en la auditoría en sitio, estas listas de chequeo siguen la metodología del PHVA.

8.1.6. EJECUCIÓN DE LA AUDITORÍA INTERNA

Dando inicio a la auditoría en sitio se realizó la reunión de apertura, en la cual se presentó el Plan de Auditorías Internas de Calidad, el equipo auditor y se aclararon las dudas existentes. Para dar cumplimiento al Plan de Auditoría Interna de Calidad se realizaron varias reuniones de apertura para cubrir la totalidad de los procesos. Estas reuniones se llevaron a cabo en las instalaciones del auditorio del INSED

Las auditorías en sitio se llevaron a cabo en los diferentes procesos donde se contaba con la presencia del Líder del proceso, las coordinadoras de calidad y el auxiliar respectivo, en algunos casos el grupo primario, por parte del proceso seguimiento institucional se contó con la presencia del equipo auditor conformado por el auditor de la firma Strategika Ltda. y dos auditores internos (observadores).

Durante las auditoría interna se recolectó y verificó la información de los procesos, esto se realizó mediante la revisión de documentos y registros, entrevistas al personal, observación directa, confrontándolos con los criterios de auditoría generando los hallazgos.

Terminada la auditoría interna en cada proceso, el auditor presentó al líder del proceso y al personal involucrado un balance de los principales hallazgos, así como las fortalezas y aspectos por mejorar.

El auditor líder junto con su equipo auditor revisó los principales hallazgos y preparó el informe de Auditoría Interna de Calidad (anexo 9)

En cada proceso se realizó la reunión de cierre donde se presentaba el informe de auditoría del respectivo proceso, esta reunión estuvo presidida por el líder de proceso y el personal involucrado, donde se dieron a conocer los hallazgos y conclusiones de la auditoría.

8.1.7. SEGUIMIENTO Y MEJORAMIENTO

La siguiente fase fue la realización del seguimiento a las acciones correctivas, preventivas y de mejora de cada uno de los procesos auditados, para esto fue necesario diseñar un cronograma de seguimientos (anexo 10) donde se establecieron las fechas, procesos y auditores designados para realizar dicha actividad.

Este seguimiento estuvo a cargo del proceso Seguimiento Institucional y su equipo auditor, la logística de esta actividad estuvo bajo la responsabilidad del líder del proceso y su auxiliar de calidad.

El seguimiento consistió básicamente en la visita del equipo auditor que participó en la auditoría interna como auditor observador, quienes fueron previamente capacitados por la firma asesora Strategika Ltda. para realizar dicha actividad.

Los auditores que realizaron el seguimiento conocían con anterioridad el Informe de Auditoría Interna donde se notifican los hallazgos, fortalezas y aspectos por mejorar de cada proceso, por lo tanto su labor fue la de monitorear y verificar la eficacia de las acciones planteadas, según lo estipulado en el procedimiento de acciones preventivas/correctivas (anexo 11). De igual manera su trabajo consistió en asesorar a los líderes de los procesos, motivándolos a diseñar indicadores del proceso debido a que una de las principales observaciones del Informe de Auditoría fue la formulación de indicadores dentro de cada proceso.

El equipo auditor para realizar el seguimiento a los procesos se organizó en parejas. A cada pareja se le asignó uno o dos procesos para realizar el monitoreo, de dicho seguimiento se presentó un informe a la Líder del Proceso Seguimiento Institucional donde se reportaba el estado del proceso. Ejemplo: Informe de Seguimiento al Proceso Financiero. (Anexo 12).

8.1.8. EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO:

Finalizada la auditoría Interna, el proceso Seguimiento Institucional encabezado por su Líder, decide realizar la Evaluación de Desempeño del Auditor Interno (anexo 13) con el ánimo de mejorar las competencias del Equipo auditor.

En dicha evaluación se contemplan aspectos como:

- Planificación y Organización en el desarrollo de la auditoría.
- Capacidad de Análisis de los auditores.
- Facilidad en la Comunicación tanto verbal como escrita.
- Trabajo en equipo.

8.2. PREAUDITORÍA EXTERNA

El comité de Calidad resuelve por unanimidad programar la visita del ente certificador para realizar la preauditoría externa para los días 5, 6 y 7 de diciembre de 2007.

El ente certificador seleccionado fue ICONTEC, quienes solicitaron la documentación necesaria (manual de calidad, listados maestros de registros y documentos, caracterizaciones) para llevar a cabo la visita programada.

El 3 de diciembre de 2007 llega a la coordinación de calidad y al proceso seguimiento institucional el Plan de Auditorías en sitio (anexo 14) proveniente de ICONTEC donde se especifica el alcance, criterio de auditoría, equipo auditor, así como las actividades que se realizarán durante la preauditoría.

La reunión de apertura se realizó en las instalaciones del CENTIC (Figura 16), donde fueron reunidos el Señor Rector Dr. Jaime Alberto Camacho Pico, el representante de la Dirección Ing Sergio Isnardo Muñoz Villarreal (Vicerrector Administrativo), los líderes de los procesos y las coordinadoras de calidad y el equipo auditor externo. Los auditores externos enviados por ICONTEC fueron: Ing. Darío Carreño y el Ing. Jorge Pinto.

Figura 16 Reunión de Apertura



Fuente: Dirección de Comunicaciones

En todas las entrevistas realizadas por los auditores de ICONTEC se empleó el ciclo Planear, Hacer, Verificar y Actuar donde se evaluó las acciones correctivas, preventivas y de mejora, control de registros, documentos, el análisis de datos, el despliegue de objetivos de calidad y seguimiento y medición de los procesos.(Figura 17).

El proceso Seguimiento Institucional fue partícipe en esta preauditoría, donde desempeñó un papel muy importante por que pudo acompañar a los auditores externos durante la preauditoría permitiendo de esta manera observar como es el manejo de la auditoría, que preguntas realizar, como llegar al auditado, entre otros aspectos.

Figura 17. Auditoría en sitio



Fuente: Dirección de Comunicaciones

La reunión de Cierre se llevó a cabo el día 7 de diciembre en las instalaciones del CENTIC donde se dieron a conocer los aspectos relevantes, aspectos por mejorar, el informe de preauditoría en sitio fue dado a conocer de manera general al Señor Rector, Vicerrectores, líderes de los procesos y coordinadores de calidad. (Figura 18).

Figura 18. Reunión de cierre



Fuente: Dirección de Comunicaciones

Algunos de los aspectos relevantes positivos durante la preauditoría fueron:

- La estructura de calidad definida para la implementación lo cual va a garantizar el mantenimiento del sistema de gestión, mientras el mismo toma su dinámica de mejoramiento.
- Los planes de gestión. Porque formalmente recopila los compromisos en cuanto a la mejora (proyectos y programas) que se va a desarrollar a lo largo del año con los respectivos seguimientos y sus informes.

8.3. PRESENTACIÓN DE INFORMES A LA ALTA DIRECCIÓN

Terminado el ciclo de auditorías, el proceso Seguimiento Institucional fue el responsable de consolidar y hacer entrega de los siguientes informes (Tabla 15), y de esta manera realizarse la respectiva REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN.

Tabla 15 Información para la Revisión por la Dirección

ELEMENTO DE REVISIÓN	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
Auditoría Interna y de Gestión	Semestral	Proceso Seguimiento Institucional
Satisfacción Beneficiarios	Semestral	Proceso Seguimiento Institucional
Quejas y Reclamos	Trimestral	Proceso Seguimiento Institucional

ELEMENTO DE REVISIÓN	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
Indicadores de Calidad e Informe de desempeño del proceso.	Trimestral	Proceso Seguimiento Institucional
Acciones Correctivas y Preventivas	Trimestral	Proceso Seguimiento Institucional
Acciones Mejora Procesos	Trimestral	Proceso Seguimiento Institucional

Fuente: Documento del SGC

8.4. CÁLCULO DE LOS INDICADORES

Para el cálculo de los indicadores del proceso Seguimiento Institucional, el grupo primario junto con el auxiliar de calidad fueron los encargados de realizar la respectiva medición. Los resultados obtenidos se encuentran en la tabla 16.

Tabla 16. Medición de Indicadores

Cumplimiento de Auditorías Internas	Sem 1- 2006	Sem 2- 2006	Sem 1-2007
# de Auditorías Internas realizadas	10	16	18
# de Auditorías programadas	11	16	20
RESULTADO	91%	100%	90%
META	100%	100%	100%
Cumplimiento en la evaluación a los planes de Gestión	2006		
# U.A.A que evaluaron Plan de Gestión	75		
# U.A.A que formularon Plan de Gestión	76		
RESULTADO	99%		
META	90%		
Nivel de satisfacción de los beneficiarios	Sem I1-2007		
Promedio de la Calificación real obtenida	4,8		
Calificación máxima posible	5		
RESULTADO	96%		
META	95%		

Estado de Cumplimiento de los Planes de Mejoramiento	Sem I-2006	Sem I1-2006	
#Total de Acciones cumplidas	50	120	
# Total de Acciones formuladas	154	271	
RESULTADO	32%	44%	
META	50%	50%	
Oportunidad en el servicio	Sem II-2007		
Promedio de la calificación real de la oportunidad en la entrega del servicio	4,66		
Calificación Máxima posible	5		
RESULTADO	93%		
META	95%		
Asertividad en la Comunicación	Sem II-2007		
Promedio de la calificación real en asertividad en la comunicación	4,76		
Calificación Máxima posible	5		
RESULTADO	95%		
META	95%		
Eficacia del Proceso	Sem II-2007		
Σ (Eficacia de los indicadores del proceso)	515%		
N° Total de indicadores del proceso	6		
RESULTADO	86%		
META	95%		

Fuente: Documento Proceso Seguimiento Institucional

Las siguientes fueron las conclusiones y observaciones derivadas de la medición de los indicadores del proceso:

- El indicador “Estado de cumplimiento de los planes de mejoramiento” arrojó resultados por debajo de la meta establecida , a pesar que esta última no es muy ambiciosa, esto es debido a que las acciones que formulan en el plan de mejoramiento no son llevadas a cabo, se deben intensificar los controles y seguimientos a estas acciones.

- Algunos indicadores no cuentan con datos históricos, debido a que se implementaron durante el desarrollo del proyecto (II Semestre del 2007)

8.5. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

El proceso Seguimiento Institucional diseñó una encuesta de satisfacción para los beneficiarios que acceden a los servicios que ofrece la Dirección de Control Interno y Evaluación de Gestión, dicho formato fue diseñado por el grupo primario (anexo 15), donde se contemplan los siguientes aspectos:

- Oportunidad en el servicio.
- Información clara y veraz.
- Atención respetuosa.

Los anteriores aspectos fueron calificados de 1 a 5 considerando 1 como la mínima calificación y 5 como la máxima.

La población objetivo de la encuesta de satisfacción corresponde a una muestra de las U.A.A que fueron auditadas en el segundo semestre del 2006 y primer semestre del 2007, por lo tanto el servicio recibido corresponde a la auditoría interna de gestión

La encuesta de satisfacción se implementó y los resultados obtenidos fueron los siguientes (Tabla 17).

Tabla 17. Resultados de la Encuesta

PREGUNTAS	%
1. La oportunidad en la entrega de los resultados.	93,33
2. El resultado entregado cumple con lo esperado del servicio.	96

3. La atención brindada por el personal de la Dirección de Control Interno y Evaluación de Gestión es:	100
3.1 Respetuosa	100
3.2 Oportuna	100
4. La información suministrada por el personal de la unidad es:	94,67
4.1 Veraz	98,67
4.2 De Fácil Comprensión	90,67

Fuente: Autor del Proyecto

Analizando los resultados, se concluye que el 93.33% de los usuarios manifiesta que la oportunidad en la entrega de los resultado es adecuada.

La totalidad de los encuestados manifiesta que la atención brindada por el personal de la Dirección de Control Interno y Evaluación de Gestión es respetuosa y oportuna.

Algunas de las observaciones adicionales fueron:

- La auditoría fue muy bien llevada y los procesos misionales fueron evaluados con mucho rigor. La escuela de filosofía agradece la inmensa colaboración que esta oficina presto en todo este proceso.
- Considero que es un gran apoyo el que ofrece la oficina de Control Interno y Evaluación de Gestión, para hacer una mirada a los procesos y misión de CEDEDUIS que nos facilitó definir un plan de mejoramiento.

8.6. INFORME DE DESEMPEÑO DEL PROCESO

El Informe de desempeño del proceso (anexo 16) permitió consolidar en un solo documento toda la información relacionada con:

- Comportamiento de los indicadores del proceso.
- Seguimiento al producto y/o servicio no conforme.
- Estado de las acciones correctivas y preventivas.
- Estado Acciones de Mejora.

- Dificultades en el desarrollo del proceso.
- Necesidades para cumplir metas.
- Recomendaciones.

El formato empleado para esta actividad fue elaborado en conjunto con el proceso de Gestión de la Calidad Académica, coordinación de calidad y Seguimiento Institucional.

Este informe fue elaborado por los profesionales del Proceso Seguimiento Institucional, el auxiliar de calidad y el líder del proceso, quien realizó las modificaciones pertinentes.

Seguidamente el informe se adicionó a los demás informes de desempeño de cada proceso. Los cuales fueron consolidados por la coordinación de calidad y el proceso seguimiento institucional para la presentación del informe final a la alta dirección.

9. EVALUACIÓN DEL SGC

Siendo Seguimiento Institucional el proceso que lidera las auditorías internas de calidad, no podía estar exento de someterse a la etapa de evaluación, por este motivo la auditoría interna al SGC del proceso Seguimiento Institucional se realizó según el plan de auditorías No 02-07 siguiendo los lineamientos previamente establecidos en dicho documento.

Esta auditoría fue realizada por la firma StrategikA Ltda. por el asesor Ing. Jorge Eliécer Figueroa, quien junto con el auditor observador llevaron a cabo la auditoría interna al proceso Seguimiento Institucional.

En la auditoría interna estuvieron presentes la líder del proceso, el auxiliar de calidad, la coordinadora de calidad, algunos de los colaboradores del proceso, el auditor y el auditor observador.

9.1. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA INTERNA

El grupo primario se reunió el día 30 de octubre para realizar la retroalimentación de la auditoría interna, aunque no se había hecho entrega formalmente del informe de auditoría, la líder del proceso Ing. Sonia Cristina comenta los apartes de la auditoría y da los lineamientos para la continuación de la siguiente etapa : levantamiento de acciones.

El día 26 de noviembre se hace entrega formal del informe de auditoría interna al proceso Seguimiento Institucional donde aparecen aspectos positivos, por mejorar, no conformidades entre otros.

9.1.1. ASPECTOS POSITIVOS

Los aspectos que se destacaron del proceso Seguimiento Institucional durante la auditoría fueron los siguientes:

- Las Técnicas utilizadas para evaluar el sistema de Control Interno en las U.A.A como son la observación directa y la revisión documental, especialmente los soportes de sus actividades tales como Actos administrativos, informes presupuétales y contables, planes, programas y proyectos en ejecución.
- La iniciativa en promover un sistema integral de riesgos para la organización, con el fin de lograr de la manera más eficiente el cumplimiento de sus objetivos y estar preparados para enfrentar cualquier contingencia que se pueda presentar.
- Disponibilidad de documentos y de registros.

9.1.2. ASPECTOS POR MEJORAR

Los aspectos por mejorar detectados por la auditoría interna de calidad son los siguientes:

- Garantizar el cumplimiento total de las funciones de la Dirección de Control Interno y Evaluación de Gestión establecida en el acuerdo de creación de la Dirección.
- Proporcionar seguimiento y trazabilidad al proceso para facilitar las revisiones de avance, evidenciar el cumplimiento del plan de mejoramiento y la culminación de las acciones correctivas en las Unidades auditadas.

- El análisis de información para las acciones correctivas y preventivas reportadas porque no garantiza la identificación de las causas que generan las no conformidades reales o potenciales.
- Emprender acciones necesarias para fortalecer las competencias y el desempeño del equipo de auditores sobre seguimiento a los procesos de apoyo de la UIS
- Fortalecer la gestión de las Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias desde la promoción a la Comunidad Universitaria, la asignación, trámite, seguimiento y cierre de las mismas para asegurar un adecuado control.
- Identificar la totalidad de informes que debe presentar la Universidad a las entidades de control con el fin de realizar un seguimiento por parte de la Dirección de Control Interno y evitar incumplimiento sobre la presentación oportuna de estos.
- Precisar las acciones que adelanta la Universidad para promover la cultura del Autocontrol, Autorregulación y Autogestión.

9.1.3. NO CONFORMIDADES

Al proceso Seguimiento Institucional durante la auditoría le fueron detectadas las siguientes no conformidades:

- No se encontraron evidencias objetivas que demuestren el seguimiento, la solución y cierre de las sugerencias, quejas y reclamos que formulan los miembros de la Comunidad Universitaria.

- No se evidencian los registros de competencia, específicamente formación y experiencia del equipo de auditores internos de acuerdo a lo establecido en el perfil del cargo.

9.1.4. OBSERVACIONES

El Ing. Jorge Figueroa quien realizó la auditoría la proceso Seguimiento Institucional presenta la siguiente observación en el informe de auditoría.

- Integrar el desarrollo de las auditorías de gestión con las auditorías de calidad para evitar dobles esfuerzos y facilitar el desarrollo de las mismas en los diferentes procesos.

9.1.5 ACCIONES TOMADAS

Presentado el informe de auditoría se reunió el comité primario para analizarlo, y empezar a realizar el plan de acción de cada una de las no conformidades detectadas.

Se conformaron parejas de trabajo, donde cada una de ellas realizó el respectivo tratamiento a las no conformidades detectadas empleando el respectivo formato FSE.07 Acciones Correctivas/Preventivas diseñado por la autora del proyecto con asesoría de la coordinación de calidad y el grupo primario del proceso Seguimiento Institucional.

En el plan de acción se consignaron las actividades a realizar, así como el responsable de llevarla a cabo, contiene una casilla de verificación la cual es diligenciada por el líder del proceso, para el caso de acciones correctivas resultado de auditorías Internas de Calidad, es diligenciada por el equipo auditor; cuando las acciones correctivas son generadas por el proceso el encargado de verificar su eficacia es el líder del respectivo proceso.

9.1.6. EJECUCIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN

El plan de acción generado por el proceso Seguimiento Institucional se presenta a continuación:

Tabla 18. Plan de acción auditoría interna

Responsable	Actividad	Seguimiento / Resultado
Líder del proceso	Elaborar y hacer entrega de un plegable o folleto informativo, sobre lo que rige el acuerdo 059 de 2007 a los actuales servidores que ocupan cargos de dirección. Realizar jornadas de capacitación en el manejo del sistema ENCARDI	Se estableció un mecanismo para realizar el seguimiento a la entrega de cargos , se realizan las capacitaciones para el manejo del sistema ENCARDI
Líder del Proceso. Auxiliar de calidad.	Actualización de las Hojas de Vida de los auditores internos para completarlas de tal manera que se evidencie el cumplimiento de las competencias vs. Perfil del auditor (solicitud de certificaciones laborales y de formación al grupo auditor).	El líder del proceso y el auxiliar de calidad solicitaron las certificaciones laborales del equipo auditor, así como los certificados de formación y educación faltantes.
Líder del Proceso	Diseño de una capacitación para el personal de la unidad auditada responsable de presentar las observaciones al informe de cierre de las auditorías de gestión.	El líder del proceso junto con sus colaboradores elaboró una capacitación sobre cómo presentar el plan de mejoramiento, va dirigido a las unidades que se le realizaron auditoría de gestión con el objetivo de facilitarles la metodología para la presentación de un plan de mejoramiento.
Líder del proceso Profesional Control Interno Auxiliar de calidad	Socialización, implementación y capacitación del sistema de QRS.	El proceso Seguimiento Institucional elaboró el procedimiento para el manejo de quejas y reclamos PSE.04, de igual manera se realizaron cambios al actual módulo veeduría ciudadana, los cuales serán implementados por el proceso de servicios informáticos.
Líder del Proceso Auxiliar de calidad	Consolidar y diseñar la matriz de informes a entes externos	El líder del proceso seguimiento institucional junto con el auxiliar de calidad recopilan la información que se presenta a entes externos y se diseña una matriz de informes a entes externos la cual será publicada en la pagina Web institucional. Esta actividad estará a cargo del proceso servicios informáticos y de telecomunicaciones

9.2. PREAUDITORÍA EXTERNA AL PROCESO SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL

La preauditoría fue programada para los días 5, 6 y 7 de diciembre, el ente externo encargado fue como se mencionó anteriormente ICONTEC.

El proceso Seguimiento Institucional fue auditado el día 5 de diciembre a las 11:30 a.m., el auditor a cargo del proceso fue: Jorge Pinto, quien se reunió con la líder del proceso y la coordinadora de calidad. La auditoría duró aproximadamente 1 hora y media.

9.2.1 INFORME PREAUDITORÍA DEL SGC AL PROCESO SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL

En la reunión de cierre, ICONTEC presentó a los líderes de los procesos los aspectos más relevantes encontrados en la auditoría, a continuación se presentan las no conformidades encontradas:

- No es sistemática la documentación de las acciones correctivas de acuerdo con la metodología definida.
- No es sistemática la documentación de las acciones preventivas de acuerdo con la metodología definida.
- No es sistemática la documentación del producto no conforme de acuerdo con la metodología definida.

Vale la pena aclarar que estas no conformidades fueron halladas en todos los procesos, debido a que no se cuenta aún con una cultura de reporte de acciones, sin embargo son asignadas a Seguimiento Institucional por ser el proceso que levantó los procedimientos y realiza seguimiento a las acciones.

9.2.2 PLAN DE ACCIÓN

El proceso Seguimiento Institucional comprometido con el mejoramiento continuo de sus procesos, diseña un plan de acción para mitigar las no conformidades encontradas, para esto aplica el siguiente plan de acción (Tabla 19).

Tabla 19. Plan de Acción

PLAN DE ACCIÓN							
Nº	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA LÍMITE	VERIFICACIÓN		FECHA VERIFICACIÓN	EVIDENCIA
				Cumplió	No Cumplió		
1.	Diseñar capacitación para los grupos primarios sobre los procedimientos obligatorios	Grupo Primario	Feb 1 de 2008				
2.	Asistir a los grupos primarios de los diferentes procesos con el fin de promover una cultura de reporte de no conformidades y acciones de mejora	Grupo Primario	Permanente				
3.	Socialización de los procedimientos obligatorios a los grupos primarios de los diferentes procesos de apoyo	Director Control Interno y Evaluación de Gestión	Feb. 8 de 2008				

Fuente: Proceso Seguimiento Institucional

Este plan de acción, tiene como objetivo sensibilizar al personal de los diferentes procesos de apoyo, promoviendo en ellos la cultura de autocontrol y reporte de no conformidades como una medida de mejoramiento en los procesos, y por ende en el Sistema de Gestión de la Calidad.

10. CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS

Los objetivos planteados inicialmente y el desarrollo de las actividades se relacionan a través de los documentos del presente documento, como lo muestra la tabla 20.

Tabla 20. Cumplimiento de Objetivos

OBJETIVO GENERAL	CUMPLIMIENTO
Diseñar, documentar, implementar y mejorar el proceso de apoyo Seguimiento Institucional dentro del Sistema de Gestión de la Calidad de la Universidad Industrial de Santander con base en los lineamientos de la norma la NTC-ISO 9001: 2 000.	El grado de cumplimiento del objetivo general se evidencia a través de los objetivos específicos.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CUMPLIMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> Realizar un diagnóstico del proceso de apoyo Seguimiento Institucional en la Dirección de Control Interno y Evaluación de Gestión donde se establezca el estado actual de la documentación relacionada con los requisitos de la la norma NTC–ISO 9001:2 000. 	Los diagnósticos realizados al proceso se encuentran en el numeral 4.2 y en la tabla 4 del presente documento se encuentra el análisis del grado de cumplimiento inicial del proceso frente a los requisitos de la NTC ISO 9001:2000.
<ul style="list-style-type: none"> Identificar y fortalecer los procedimientos desarrollados que apunten al cumplimiento de los requisitos de la norma NTC – ISO 9 001:2 000. 	Los procedimientos que conforman el SGC del proceso Seguimiento Institucional se identifican en el numeral 5.10.2 y 6.5 del presente documento.
<ul style="list-style-type: none"> Sensibilizar al personal que hace parte del proceso de Seguimiento Institucional buscando de esta manera que se ponga en práctica lo estipulado en la documentación relacionada con el sistema de gestión de calidad. 	En el capítulo 7 de este documento se puntualizan las actividades realizadas para sensibilizar a todo el personal del proceso seguimiento institucional, esta etapa inicia desde el diseño, documentación e implementación del proceso.
<ul style="list-style-type: none"> Identificar y documentar los subprocesos prioritarios del proceso de apoyo Seguimiento Institucional a los cuáles se les aplicarán los 	La identificación del proceso se puede evidenciar en la caracterización del mismo en el capítulo 5.10.2 En el capítulo 6 se detalla la etapa de la

requerimientos de la norma NTC ISO 9001:2000 con la colaboración de los responsables del desarrollo del Sistema de Gestión de la Calidad.	documentación del SGC que permitió la estandarización de los procesos, dando cumplimiento al numeral 4.2.2 de la NTC-ISO 9001:2000.
<ul style="list-style-type: none"> Implementar el Sistema de Gestión de Calidad con base en los requerimientos de la norma técnica ISO 9001:2000 en el proceso de apoyo Seguimiento Institucional. 	<p>La implementación del SGC del proceso Seguimiento Institucional se puede evidenciar en el capítulo 8, donde se detalla las diferentes actividades que se llevaron a cabo para la fase e implementación, la aplicación de los documentos y formatos relacionados bajo los lineamientos de la NTC ISO 9001:2000</p> <p>En el numeral 8.1.1 se presenta cada una de las etapas que se ejecutaron en la auditoría interna que lidero el proceso Seguimiento Institucional.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Evaluar el proceso a través de auditorías internas con el fin de detectar las fortalezas y oportunidades de mejora que conduzcan al fortalecimiento y consolidación del proceso Seguimiento institucional. 	<p>En el capítulo 9 se presenta la evaluación del SGC, además se evidencia el resultado de la auditoría interna y preauditoría externa del proceso Seguimiento Institucional, de igual manera se evidencia el plan de acción para el tratamiento de las no conformidades.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Establecer un sistema de indicadores de gestión para medir el rendimiento y extraer información que permita hacer una retroalimentación de la labor del proceso de apoyo, respecto a los lineamientos de la NTC ISO 9001:2000. 	<p>El sistema de indicadores establecido se evidencia en el numeral 5.10.3 Hoja de vida de los indicadores con su respectiva medición anexo 16 Informe de Desempeño del proceso.</p>

Tabla 20 Cumplimiento de Objetivos

10.1. PERFIL FINAL DEL SGC

A continuación se presenta el perfil final del SGC en el proceso Seguimiento Institucional, donde se confronta una vez más, los requisitos de la norma que aplican al proceso. (Tabla 21).

Tabla 21. Perfil Final del SGC en el Proceso Seguimiento Institucional

PERFIL FINAL DEL PROCESO SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL		SE	CAL.	OBSERVACIONES	
NTC ISO 9001 VERSIÓN 2000					
4. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	4.1 REQUISITOS GENERALES	X	5	El proceso Seguimiento Institucional hace parte de los procesos de evaluación del SGC de la UIS	
	4.2 REQUISITOS DE DOCUMENTACIÓN	4.2.1 GENERALIDADES	X	5	Se establece la política de calidad , y los objetivos con el respectivo despliegue de objetivos encaminados a cumplirla, de igual manera la documentación existente no se encuentra estandarizada
		4.2.2 MANUAL DE CALIDAD	NA		
		4.2.3 CONTROL DE LOS DOCUMENTOS	X	5	La documentación establecida se encuentra en su totalidad elaborada, se siguen los lineamientos trazados por la guía e elaboración de los documentos..
		4.2.4 CONTROL DE LOS REGISTROS	X	5	Todos los registros requeridos por la norma que apliquen al proceso seguimiento institucional se encuentran elaborados.
5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN	5.1 COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN	NA			
	5.2 ENFOQUE AL CLIENTE	X	5	Los requisitos del cliente se encuentran claramente identificados, y se mide su satisfacción empleando encuestas	
	5.3 POLÍTICA DE CALIDAD	NA			
	5.4 PLANIFICACIÓN	5.4.1 OBJETIVOS DE CALIDAD	X	5	Se encuentran establecidos los objetivos de calidad en concordancia con la política de calidad
		5.4.2 PLANEACIÓN DEL SISTEMA	NA		

PERFIL FINAL DEL PROCESO SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL		SE	CAL.	OBSERVACIONES	
NTC ISO 9001 VERSIÓN 2000					
	5.5 RESPONSABILIDAD AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN	5.5.1 RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD	NA		
		5.5.2 REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN	NA		
		5.5.3 COMUNICACIÓN INTERNA	NA		
	5.6 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	5.6.1 GENERALIDADES	NA		
		5.6.2 INFORMACIÓN PARA LA REVISIÓN	X	5	El proceso Seguimiento institucional presenta a la Alta dirección , el informe de desempeño de los procesos, informe de quejas y reclamos y resultados de auditoría interna ,
5.6.3 RESULTADOS DE LA REVISIÓN		NA			
6. GESTIÓN DE RECURSOS	6.1 PROVISIÓN DE RECURSOS		X	5	La Universidad, desde la Vicerrectoría Administrativa proporciona los recursos necesarios para llevar a cabo este proyecto, Dispone para el proceso Seguimiento Institucional de un auxiliar quien será el encargado de apoyar el proceso de implementación del SGC dentro del proceso
	6.2 RECURSOS HUMANOS	6.2.1 GENERALIDADES	NA		
		6.2.2 COMPETENCIA, TOMA DE CONCIENCIA Y FORMACIÓN	NA		
	6.3 INFRAESTRUCTURA		NA		
	6.4 AMBIENTE DE TRABAJO		NA		
7. REALIZACIÓN DEL PRODUCTO	7.1 PLANIFICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL PRODUCTO		X	5	El proceso Seguimiento Institucional planifica según lo establecido en los planes de auditoría , planes de formación y calendario académico.

PERFIL FINAL DEL PROCESO SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL		SE	CAL.	OBSERVACIONES	
NTC ISO 9001 VERSIÓN 2000					
	7.2 PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE	7.2.1 DET. DE LOS REQ. RELACIONADOS CON EL PRODUCTO			
		7.2.2 REVISIÓN DE LOS REQ. RELACIONADOS CON EL PRODUCTO			
		7.2.3 COMUNICACIÓN CON EL CLIENTE	X	5	La DCIEG. Es una unidad administrativa asesora, cuya finalidad es orientar y acompañar a las diferentes U.A.A. resolviendo sus inquietudes , de igual manera se cuenta con el módulo de veeduría, el cual esta siendo modificado y pasará a llamarse quejas y reclamos para atender de una manera mas eficaz las inquietudes de la comunidad, además se aprueba el procedimiento de quejas y reclamos
	7.3 DISEÑO Y DESARROLLO	7.3.1 PLANIFICACIÓN DEL DISEÑO Y DESARROLLO	NA		
		7.3.2 ELEMENTOS DE ENTRADA PARA EL DISEÑO Y DESARROLLO	NA		
		7.3.3 RESULTADOS DEL DISEÑO Y DESARROLLO	NA		
		7.3.4 REVISIÓN DEL DISEÑO Y DESARROLLO	NA		
		7.3.5 VERIFICACIÓN DEL DISEÑO Y DESARROLLO	NA		
		7.3.6 VALIDACIÓN DEL DISEÑO Y DESARROLLO	NA		
		7.3.7 CONTROL DE LOS CAMBIOS DEL DISEÑO Y DES.	NA		

PERFIL FINAL DEL PROCESO SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL			SE	CAL.	OBSERVACIONES
NTC ISO 9001 VERSIÓN 2000					
	7.4 COMPRAS	7.4.1 PROCESO DE COMPRAS	NA		
		COMPRAS			
		7.4.2 INFORMACIÓN DE LAS COMPRAS	X	5	La información relacionada con compras es remitida a la dependencia a cargo.
		7.4.3 VERIFICACIÓN DEL PRODUCTO COMPRADO	NA		
	7.5 PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO	7.5.1 CRTL. PROD. Y/O PRESTACIÓN DEL SERV.	X		
		7.5.2 VALIDACIÓN DE PROCESOS DE PROD. Y/O SERV.	NA		
		7.5.3 IDENTIFICACIÓN Y TRAZABILIDAD	X		
		7.5.4 PROPIEDAD DEL CLIENTE	NA		
		7.5.5 PRESERVACIÓN DEL PRODUCTO O SERVICIO	X		
	7.6 CONTROL DE LOS DISPOSITIVOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN		NA		
	8.1 GENERALIDADES		X	0	
8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA	8.2 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN	8.2.1 SATISFACCIÓN DEL CLIENTE	X	0	Establece la encuesta de satisfacción del beneficiario como medida para conocer la percepción del beneficiario.
		8.2.2 AUDITORIA INTERNA	X	5	Se documentó el procedimiento de auditorías internas de calidad.
		8.2.3 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE LOS PROCESOS	X	5	Se establece el sistema de indicadores, donde se define la hoja de vida del indicador y se hicieron las respectivas mediciones
		8.2.4 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DEL PRODUCTO	X	5	Se tiene establecido el mecanismo para realizar seguimiento de auditorías de gestión..

PERFIL FINAL DEL PROCESO SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL		SE	CAL.	OBSERVACIONES	
NTC ISO 9001 VERSIÓN 2000					
	8.3 CONTROL DEL PRODUCTO NO CONFORME	X	5	Se documentó el procedimiento de producto no conforme.	
	8.4 ANÁLISIS DE DATOS	NA			
	8.5 MEJORA	8.5.1 MEJORA CONTINUA	X	5	Se tiene programado proyectos de mejora, pero no se han implementado.
		8.5.2 ACCIÓN CORRECTIVA	X	5	Se documentó el procedimiento de acciones correctivas.
		8.5.3 ACCIÓN PREVENTIVA	X	5	Se documentó el procedimiento de acciones preventivas.

11. CONCLUSIONES

- En la etapa del diagnóstico se logró detectar las necesidades del proceso Seguimiento Institucional, y de esta manera se estableció el plan de acción de las actividades necesarias para el desarrollo de las siguientes etapas.
- Se logró la conformación del grupo de auditores internos de la UIS, el cual se caracteriza por su multidisciplinariedad y su alto compromiso institucional. A pesar de los compromisos adquiridos en cada uno de sus cargos, el equipo auditor siempre estuvo dispuesto a participar activamente en las jornadas de capacitación.
- En la etapa de documentación se diseñan y realizan cuatro de los seis procedimientos obligatorios que exige la NTC ISO 9001:2000 con sus respectivos registros relacionados, igualmente se levantó la totalidad de los documentos del proceso Seguimiento Institucional, los cuales son empleados para el óptimo desarrollo de las actividades de dicho proceso.
- Cabe precisar que el personal que conforma el proceso Seguimiento Institucional estuvo comprometido con el proyecto desde su inicio y esto facilitó la etapa de capacitación, ya que su disposición a pesar de las múltiples ocupaciones fue siempre la mejor. Se desarrollaron jornadas de capacitación donde la participación marcaba la diferencia con otros procesos.

- Se realizaron dos ciclos de auditorías a todos los procesos excepto Dirección Institucional y Publicaciones, así mismo se realizó seguimiento a los procesos, donde se daban los lineamientos para el manejo de las acciones correctivas y preventivas , así mismo se buscó promover una cultura de reporte de autorregulación ,de reporte de no conformidades.
- La realización de la auditoría interna al proceso Seguimiento Institucional permitió establecer un plan de acción de mejora, con el objetivo de dar tratamiento a las no conformidades encontradas y de esta manera trabajar en el mejoramiento continuo del proceso
- La realización de la preauditoría externa por parte de ICONTEC permitió que el Proceso Seguimiento Institucional activara un plan para incentivar y promover la cultura de calidad, donde la identificación de acciones de mejora se realizará con mayor frecuencia.
- Se logró implementar un SGC para el proceso Seguimiento Institucional dando cumplimiento a los requisitos establecidos en la NTC ISO 9001:2000, de acuerdo a los lineamientos dados por la coordinación de calidad de la Universidad en lo referente al sistema, en busca de apoyar la iniciativa institucional de certificar los procesos de apoyo a la actividad misional como medio para brindar productos y servicios de calidad que satisfagan las necesidades de la Comunidad Universitaria y la Sociedad.
- Mediante este proyecto de grado, el proceso Seguimiento Institucional logró la realización de las auditorías, porque básicamente la documentación

levantada fue empleada para esta actividad, de igual manera se logró la aprobación de toda la documentación.

12. RECOMENDACIONES

- **AUDITORES INTERNOS UIS**

- Continuar con el plan de formación de auditores, con el fin de ampliar el grupo existente, de igual forma afianzar los conocimientos del actual grupo de auditores internos de la UIS.
- Continuar realizando los seguimientos a los procesos que conforman el SGC de la Universidad, con el propósito de desarrollar y promover una cultura de autocontrol y autorregulación, así como en el reporte de las no conformidades.

- **PROCESO SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL**

- Socializar el procedimiento de quejas y reclamos con todos los miembros de la comunidad universitaria con el fin de brindar un mejor servicio a los beneficiarios.
- Revisar los indicadores del proceso Seguimiento Institucional, analizando su comportamiento periódicamente, con el fin de establecer como se encuentra el proceso frente al Sistema de Gestión de la Calidad.
- Aplicar el modelo de encuesta a los procesos de apoyo del sistema de Gestión de la Calidad de la Universidad Industrial de Santander.

- Comunicar oportunamente, los cambios que se produzcan dentro de la documentación existente con el fin de que siempre el personal cuente con las últimas versiones de los documentos.
- Realizar seguimiento permanente al proceso implementado, ya que por medio de los resultados obtenidos se evidencian oportunidades de mejora que al ser tratadas garantizan la continua evolución del sistema.

BIBLIOGRAFÍA

- **IDÁRRAGA ORTIZ, DIANA MARÍA.** Diseño, documentación, implementación y evaluación de un sistema de gestión de la calidad para la empresa Espumas Santander S.A. bajo los lineamientos de la NTC-ISO 9001:2000. Bucaramanga. 2006.
- **INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN.** Norma Técnica Colombiana ISO 9000: Sistemas de Gestión de la Calidad Fundamentos y Vocabulario. Bogotá D.C. ICONTEC 2000.
- **INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN.** Norma Técnica Colombiana ISO 9001: Sistemas de Gestión de la Calidad Requisitos. Bogotá D.C. ICONTEC 2000.
- **INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN.** Norma Técnica Colombiana ISO 19011: Directrices para la auditoría de Sistemas de Gestión de la Calidad y/o Ambiental. Bogotá D.C. ICONTEC 2003.
- **UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER.** Nuestra Universidad. (online). [Enero, 2008] Disponible en Internet : www.uis.edu.co

ANEXOS

ANEXO 1
PLAN DETALLADO DE TRABAJO


PLAN DETALLADO DE TRABAJO SGC UIS

PROCESO		Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Dic
Dirección Institucional	D	■	■										
	P	■	■	■	■	■							
	D						■	■	■	■			
	I									■	■	■	■
	E												■
Planeación Institucional	D	■	■										
	P	■	■	■	■	■							
	D				■	■	■	■	■	■	■		
	I									■	■	■	■
	E											■	
Seguimiento Institucional	D	■	■										
	P	■	■	■									
	D			■	■	■	■	■	■	■	■	■	
	I									■	■	■	■
	E												■
Calidad Académica	D	■	■										
	P	■	■	■	■								
	D				■	■	■	■	■	■	■	■	
	I									■	■	■	■
	E												■
Calidad Administrativa	D	■	■										
	P	■	■	■	■								
	D			■	■	■	■	■	■	■	■	■	
	I									■	■	■	■
	E												■
Financiero	D	■	■										
	P	■	■	■									
	D			■	■	■	■	■	■	■	■	■	
	I									■	■	■	■
	E												■
Talento Humano	D	■	■										
	P	■	■	■	■								
	D			■	■	■	■	■	■	■	■	■	
	I									■	■	■	■
	E												■


PROCESO		Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Dic
Admon de Investigación y Extensión	E												
	C												
	D												
	P												
	D												
	I												
	E												
Admisiones y Registro Académico	D												
	P												
	D												
	I												
	E												
	C												
	Recursos Fisicos	D											
P													
D													
I													
E													
C													
Recursos Tecnológicos		D											
	P												
	D												
	I												
	E												
	C												
	Sistemas de Información	D											
P													
D													
I													
E													
C													
Gestión Documental		D											
	P												
	D												
	I												
	E												
	C												
	Comunicación Institucional	D											
P													
D													
I													
E													
C													

PROCESO		Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Dic
Jurídica	D	■	■	■									
	P		■	■	■	■							
	D				■	■	■	■	■	■	■	■	■
	I								■	■	■	■	■
	E										■		
Relaciones Interinstitucionales	C						2	3	4	5	6	7	
	D	■	■	■									
	P		■	■	■	■							
	D				■	■	■	■	■	■	■	■	■
	I								■	■	■	■	■
Contratación	E										■		
	C						2	3	4	5	6	7	
	D	■	■	■									
	P		■	■	■	■							
	D				■	■	■	■	■	■	■	■	■
Biblioteca	I										■		■
	E											■	
	C						2y3	4	5	6	7		
	D	■	■	■									
	P		■	■	■	■							
Bienestar Estudiantil	D				■	■	■	■	■	■	■	■	■
	I								■	■	■	■	■
	E										■		■
	C					2 y 3		4	5	6	7		
	D	■	■	■									
Gestión Cultural	P		■	■	■	■							
	D				■	■	■	■	■	■	■	■	■
	I								■	■	■	■	■
	E											■	
	C					2	3		4	5	6	7	

ANEXO 2
CARACTERIZACIÓN DE PROCESO
SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL

	PROCESO SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL		Código: CSE.01
	CARACTERIZACIÓN DE PROCESO SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL		Versión: 01
			Página 118 de 226
Revisó Director de Control Interno y Evaluación de Gestión	Aprobó	Fecha de aprobación	

I.1.1 OBJETIVO	Realizar el seguimiento a los procesos para garantizar el mejoramiento continuo y el cumplimiento de la normatividad aplicable			
I.1.2 ALCANCE	Aplica a todos los procesos de la Universidad Industrial de Santander, incluyendo la realización de auditorías, presentación de informes externos e internos, seguimiento a planes de acción y acompañamiento a las U.A.A.			
PROVEEDORES	ENTRADAS	ACTIVIDADES	SALIDAS	BENEFICIARIOS
<ul style="list-style-type: none"> • Comunidad Universitaria y Sociedad • Organismos de Control Externo. • Todos los procesos. • U.A.A. 	<ul style="list-style-type: none"> • Normatividad 	<ul style="list-style-type: none"> • Planear y ejecutar estrategias para el fomento de la cultura del autocontrol, autogestión y la autorregulación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de Acción 	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los procesos y U.A.A. • Todos los procesos y U.A.A. • Comunidad Universitaria y Sociedad • Dirección Institucional. • U.A.A. • Organismos de Control Externo.
	<ul style="list-style-type: none"> • Resultados de desempeño de los Procesos. • Informes de Auditorías anteriores. • Criterios de la Auditoría (documentos y normatividad). • Papeles de trabajo para auditoría. • Matriz de Impacto de los Procesos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Planear las auditorías internas. • Ejecutar Auditorías Internas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Programa de Auditorías Internas. • Plan de Auditorías Internas. • Informes de Auditorías Internas. • Listas de Verificación diligenciadas y registros de auditoría. 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitud de informes por parte de Organismos de Control Externo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar informes a Entes de Control Externo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Informes a Organismos de Control Externos. 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Información de Acciones correctivas, Preventivas y de Mejora generadas. • Planes de Mejoramiento. • Planes de Gestión de las U.A.A. 	<ul style="list-style-type: none"> • Efectuar seguimiento y acompañamiento a los Planes de Acción 	<ul style="list-style-type: none"> • Informe del Estado de las AC, AP y AM. • Eficacia de las acciones correctivas y preventivas • Informe del Estado a los Planes de Mejoramiento. 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Quejas y Reclamos de Beneficiarios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar gestión Quejas y Reclamos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Quejas y Reclamos solucionados. 	

		PROCESO SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL		Código: CSE.01			
		CARACTERIZACIÓN DE PROCESO SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL		Versión: 01			
				Página 119 de 226			
Revisó Director de Control Interno y Evaluación de Gestión		Aprobó		Fecha de aprobación			
<ul style="list-style-type: none"> Comunidad Universitaria y Sociedad Organismos de Control Externo. Todos los procesos. U.A.A. Entes Externos de Formación 		<ul style="list-style-type: none"> Perfil del auditor. Hojas de vida de Auditores y soportes. 		<ul style="list-style-type: none"> Realizar seguimiento a la competencia de Auditores. 			
		<ul style="list-style-type: none"> Mapa de riesgos de los procesos. 		<ul style="list-style-type: none"> Realizar monitoreo de la administración del riesgo 			
				<ul style="list-style-type: none"> Mejora de la competencia de Auditores. Hojas de Vida Actualizadas con Soportes. Resultados de la evaluación de desempeño de Auditores. 			
				<ul style="list-style-type: none"> Mapa de riesgos Institucional. Estado de las acciones contempladas en los Mapas de riesgos. 			
				<ul style="list-style-type: none"> Todos los procesos. Comunidad Universitaria y Sociedad Dirección Institucional. U.A.A. Organismos de Control Externo. 			
RECURSOS		I.1.3 RESPONSABLES		REQUISITOS		MEDICIÓN DEL PROCESO (Indicadores)	
Software: Página Web de la UIS Módulo Veeduría Ciudadana (Quejas y reclamos) Módulo Programa de Gestión.		Líder del proceso: Director de Control Interno y Evaluación de Gestión Colaboradores: Profesionales		Beneficiario: - Objetividad, Respuesta oportuna y asesorías efectivas Legales y reglamentarios: Listado Maestro de Documentos Externos De la organización: -Acuerdo 070 de 2005 -Resolución 111 de 2006 -Resolución 1343 de 2005 NTC-ISO 9001:2000: Ver Matriz de Interrelación de Requisitos		Ver hoja de vida de los Indicadores.	
SEGUIMIENTO Y MONITOREO DEL PROCESO		I.1.4 REGISTROS DEL PROCESO		DOCUMENTOS DE REFERENCIA			
<ul style="list-style-type: none"> Reuniones periódicas de grupo primario, entre el líder del proceso y sus colaboradores Reuniones Equipo de Trabajo Seguimiento a encuestas de satisfacción Seguimiento a indicadores Auditorías Internas 		Ver Listado Maestro de Registros.		Ver Listado Maestro de Documentos Internos			
CONTROL DE CAMBIOS							
VERSIÓN		FECHA DE APROBACIÓN		DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS			
I				Creación del documento			

ANEXO 3
DOCUMENTACIÓN DEL PROCESO



PROCESO SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL

Código : PSE.01

PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD

Versión : 01

Página 1 de 8

Revisó: Director de Control Interno y Evaluación de Gestión

Aprobó: Rector

Fecha de aprobación:

OBJETIVO

Establecer las pautas necesarias para realizar las auditorías internas a la Universidad Industrial de Santander de acuerdo con los lineamientos de la Institución y del Sistema de Gestión de la Calidad.

ALCANCE

Este procedimiento aplica a las actividades para el desarrollo de las auditorías del Sistema de Gestión de la Calidad de los procesos de apoyo de la Universidad Industrial de Santander.

NORMATIVIDAD

Norma NTC ISO 9001:2000.
Norma NTCGP 1000:2004.
Norma NTC ISO 19011.

DEFINICIONES Y/O ABREVIATURAS

Sistema de Gestión de Calidad (S.G.C) : Conjunto de elementos mutuamente relacionados, utilizados para establecer la política y además para definir y controlar una Organización con respecto a la Calidad.
Alcance de la Auditoría: El alcance describe la extensión y límites de la auditoría en términos de localización física, unidades organizacionales, actividades y los procesos por auditar, y el periodo de tiempo cubierto por la auditoría.
Auditado: Organización o persona que se somete a una auditoría.
Auditor: Persona con la competencia para llevar a cabo una auditoría.
Auditor Líder: Persona externa o funcionario de la Organización que coordina y direcciona el desarrollo de la auditoría interna y que cumple con el perfil establecido.
Auditoría: Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de la auditoría y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de auditoría.
Auditoría Interna: Proceso sistemático, objetivo e independiente realizado por la misma Organización.



PROCESO SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL

Código : PSE.01

PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD

Versión : 01

Página 2 de 8

DEFINICIONES

Competencia: Habilidad demostrada para aplicar conocimientos y aptitudes.

Conclusiones de Auditoría: Resultados de una auditoría que proporciona el equipo auditor tras considerar los objetivos de la auditoría y todos los hallazgos de auditoría.

Criterios de la Auditoría: Comprenden las políticas y procedimientos utilizados como referencia durante toda la auditoría.

Equipo Auditor: Una o más personas que llevan a cabo una auditoría, con el apoyo de expertos técnicos, si se requieren.

Evidencia de la Auditoría: Registros, declaraciones de hecho u otra información que sea pertinente para los criterios de auditoría y que sea verificable.

Hallazgos de la Auditoría: Resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría recopilada, contra los criterios de la auditoría. Los hallazgos de la auditoría pueden indicar conformidad o no conformidad con los criterios de la auditoría, u oportunidades de mejora.

CONSIDERACIONES

●
El Director de Control Interno y Evaluación de Gestión, debe definir el programa de formación para los Auditores Internos que contribuyan al fortalecimiento de sus competencias y desempeño, teniendo en cuenta los siguientes parámetros :

- a) El perfil del Auditor Líder y el Auditor Interno.
- b) La información registrada en la base de datos de las hojas de vida de los auditores.
- c) La certificación de las experiencias en auditorías.
- d) Las evaluaciones de competencias y desempeño realizadas por el Auditor Líder y el líder del proceso al Auditor Interno.

-
-
-



DIAGRAMA DE FLUJO	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	DOCUMENTOS DE REFERENCIA
<pre> graph TD I1{{1}} --> B3[3. Presenta al Rector el Programa Anual de Auditorías Internas de Calidad.] B3 --> D1{¿Requiere ajustes?} D1 -- Si --> B4[4. Realiza los ajustes correspondientes.] B4 --> B3 D1 -- No --> B5[5. Aprueba el Programa Anual de Auditorías Internas de Calidad.] B5 --> B6[6. Elabora el Plan de Auditorías Internas de Calidad.] B6 --> I2{{2}} </pre>	<p>3. Presenta al Rector el Programa Anual de Auditorías Internas de Calidad.</p> <p>4. En caso de requerirse, realiza los respectivos ajustes al Programa Anual de Auditorías Internas de Calidad, de acuerdo a las observaciones efectuadas y se envía nuevamente a Rectoría, para su revisión.</p> <p>5. Aprueba el Programa Anual de Auditorías Internas de Calidad.</p> <p>PLANEACIÓN DE AUDITORÍAS</p> <p>6. Elabora conjuntamente con el equipo auditor, el Plan de Auditorías Internas de Calidad definiendo entre otros, los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Objetivo. Alcance. Equipo auditor. Fechas de realización de auditorías. 	<p>Director de Control Interno y Evaluación de Gestión</p> <p>Director de Control Interno y Evaluación de Gestión</p> <p>Rector</p> <p>Auditor Líder y equipo auditor</p>	<p>FSE.01 Programa Anual de Auditorías Internas de Calidad.</p> <p>FSE.01 Programa Anual de Auditorías Internas de Calidad.</p> <p>FSE.01 Programa Anual de Auditorías Internas de Calidad.</p> <p>-FSE.02 Plan de Auditorías Internas de Calidad.</p>



DIAGRAMA DE FLUJO	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	DOCUMENTOS DE REFERENCIA
<pre> graph TD Start{{2}} --> Step7[7. Aprueba el Plan de Auditorías Internas de Calidad.] Step7 --> Step8[8. Comunica el Plan de Auditorías Internas de Calidad.] Step8 --> Step9[9. Solicita los documentos del S.G.C pertinentes.] Step9 --> Step10[10. Prepara la documentación para la realización de auditorías internas de calidad.] Step10 --> Step11[11. Realiza reunión de apertura.] Step11 --> End{{3}} </pre>	<p>7. Aprueba el Plan de Auditorías Internas de Calidad.</p> <p>8. Comunica el Plan de Auditorías Internas de Calidad al líder del proceso auditado. Cualquier modificación al Plan de Auditoría Interna debe ser acordada entre las partes antes de continuar con el proceso de auditoría.</p> <p>PREPARACIÓN DE AUDITORÍAS</p> <p>9. Solicita los documentos del S.G.C. pertinentes para el desarrollo de la auditoría.</p> <p>10. Prepara los documentos necesarios con base en la revisión de la información pertinente relacionada con sus asignaciones de auditoría. Entre dichos documentos se encuentran las creadas por cada auditor.</p> <p>EJECUCIÓN DE LAS AUDITORÍAS</p> <p>11. Realiza la reunión de apertura, en la cual se presenta el Plan de Auditorías Internas de Calidad, y se resuelven las dudas existentes, dejando evidencia en un acta reunión de apertura.</p>	<p>Director de Control Interno y Evaluación de Gestión</p> <p>Director de Control Interno y Evaluación de Gestión</p> <p>Auditor Líder y equipo auditor</p> <p>Auditor Líder y equipo auditor</p> <p>Equipo auditor</p>	<p>-FSE.02 Plan de Auditorías Internas de Calidad.</p> <p>-FSE.02 Plan de Auditorías Internas de Calidad.</p> <p>- Todos los Documentos y/o registros necesarios en los procesos auditados.</p> <p>-FSE.03 Lista de verificación.</p> <p>-Acta reunión de apertura.</p>



DIAGRAMA DE FLUJO	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	DOCUMENTOS DE REFERENCIA
<pre> graph TD Start{{3}} --> B12[12. Desarrollo de auditorías en el sitio.] B12 --> B13[13. Informa al líder del proceso los principales hallazgos.] B13 --> B14[14. Prepara el Informe de Auditoría.] B14 --> B15[15. Realiza reunión de cierre.] B15 --> End{{4}} </pre>	<p>12. Recolecta y verifica la información de los procesos que le sean asignados, a través de la revisión de documentos y registros, observación directa y entrevistas al personal; confrontándolo con los criterios de auditoría para generar los hallazgos según corresponda.</p> <p>NOTA: Durante la auditoría, el auditor líder puede reunirse periódicamente con el equipo auditor para intercambiar información, evaluar el progreso de la auditoría y reasignar trabajo entre los auditores, según se requiera.</p> <p>13. Informa al líder del proceso y al personal involucrado los principales hallazgos una vez terminada la auditoría.</p> <p>14. Revisa los hallazgos y prepara el Informe de Auditoría.</p> <p>15. Realiza la reunión de cierre presidida por el auditor líder y las personas responsables de los procesos auditados, para presentar el Informe de Auditoría haciendo énfasis en: a) Los hallazgos de la auditoría. b) Las conclusiones de la auditoría. Esta información se presenta para que sea comprendida y reconocida por el auditado.</p>	<p>Auditor Líder junto a su equipo auditor</p> <p>Auditor Líder</p> <p>Auditor Líder junto a su equipo auditor</p> <p>Director de Control Interno y Evaluación de Gestión y Auditor Líder</p>	<p>-FSE.03 Listas de Verificación.</p> <p>FSE.04 Informe de Auditoría Interna de Calidad.</p> <p>FSE.04 Informe de Auditoría Interna de Calidad.</p>



DIAGRAMA DE FLUJO	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	DOCUMENTOS DE REFERENCIA
<pre> graph TD Start([4]) --> 16[16. Toma las acciones para eliminar las no conformidades detectadas.] 16 --> 17[17. Envía Acciones correctivas y preventivas establecidas.] 17 --> 18[18. Manejo y seguimiento de las no conformidades.] 18 --> 19[19. Verifica el cumplimiento de las acciones planteadas.] 19 --> 20[20. Realiza evaluación de desempeño.] 20 --> 21[21. Analiza resultados obtenidos de la Evaluación de Desempeño.] 21 --> End([FIN]) </pre>	<p>SEGUIMIENTO Y MEJORAMIENTO</p> <p>16. Toma las acciones necesarias para eliminar las no conformidades detectadas y sus causas, empleando el formato FSE.07.</p> <p>17. Envía trimestralmente el estado de las acciones Preventivas/Correctivas a la Dirección de Control Interno y Evaluación de Gestión.</p> <p>18. Realiza seguimiento de las no conformidades, según lo estipulado en el</p> <p>19. Verifica la eficacia de las acciones planteadas, según lo estipulado en el</p> <p>20. Realiza la Evaluación de Desempeño a los miembros del equipo auditor.</p> <p>21. Analiza los resultados obtenidos en la Evaluación de Desempeño del Auditor Interno para ser comentados con el equipo auditor y tomar las medidas necesarias para mejorar y tenerlas en cuenta para el próximo ciclo de auditoría.</p>	<p>Líder del Proceso</p> <p>Líder del Proceso</p> <p>Líder del Proceso</p> <p>Director de Control Interno y Evaluación de Gestión – Equipo Auditor</p> <p>Auditor Líder Líder del Proceso</p> <p>Auditor Líder y equipo auditor</p>	<p>- FSE.07 Acciones Correctivas/ Preventivas</p> <p>- FSE.10 Informe de Desempeño de los Procesos.</p> <p>-PSE.02 Procedimiento de Acciones Preventivas / Correctivas.</p> <p>-PSE.02 Procedimiento de Acciones Preventivas / Correctivas.</p> <p>- FSE.08 Evaluación de Desempeño del Auditor Interno.</p> <p>- FSE.08 Evaluación de Desempeño del Auditor Interno.</p>



CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
I		Creación del Documento



PROCESO SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL

Código : PSE.02

PROCEDIMIENTO ACCIONES PREVENTIVAS/CORRECTIVAS

Versión : 01

Página 1 de 5

Revisó: Director de Control Interno y Evaluación de Gestión

Aprobó: Rector

Fecha de aprobación:

OBJETIVO

Establecer el procedimiento para identificar, analizar y eliminar las causas de los problemas potenciales/reales con el fin de tomar las acciones preventivas/correctivas apropiadas para prevenir/evitar su ocurrencia.

ALCANCE

Este procedimiento aplica para todas aquellas acciones preventivas/correctivas que se generen en los Procesos de Apoyo del Sistema de Gestión de la Calidad de la Universidad Industrial de Santander.

NORMATIVIDAD

Norma Técnica ISO 9001:2000.

DEFINICIONES Y/O ABREVIATURAS

Acción Preventiva: Acción emprendida para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación indeseable y evitar que suceda una no conformidad.

Acción Correctiva: Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseable.

No conformidad: El no cumplimiento de un requisito especificado y debe dar tratamiento.

CONSIDERACIONES

Las Acciones de Mejora que se generen por iniciativa del personal interno o externo y las observaciones de las auditorías internas de calidad que apunten a la optimización del proceso, se registran en el formato FSE. I I Acciones de Mejora.

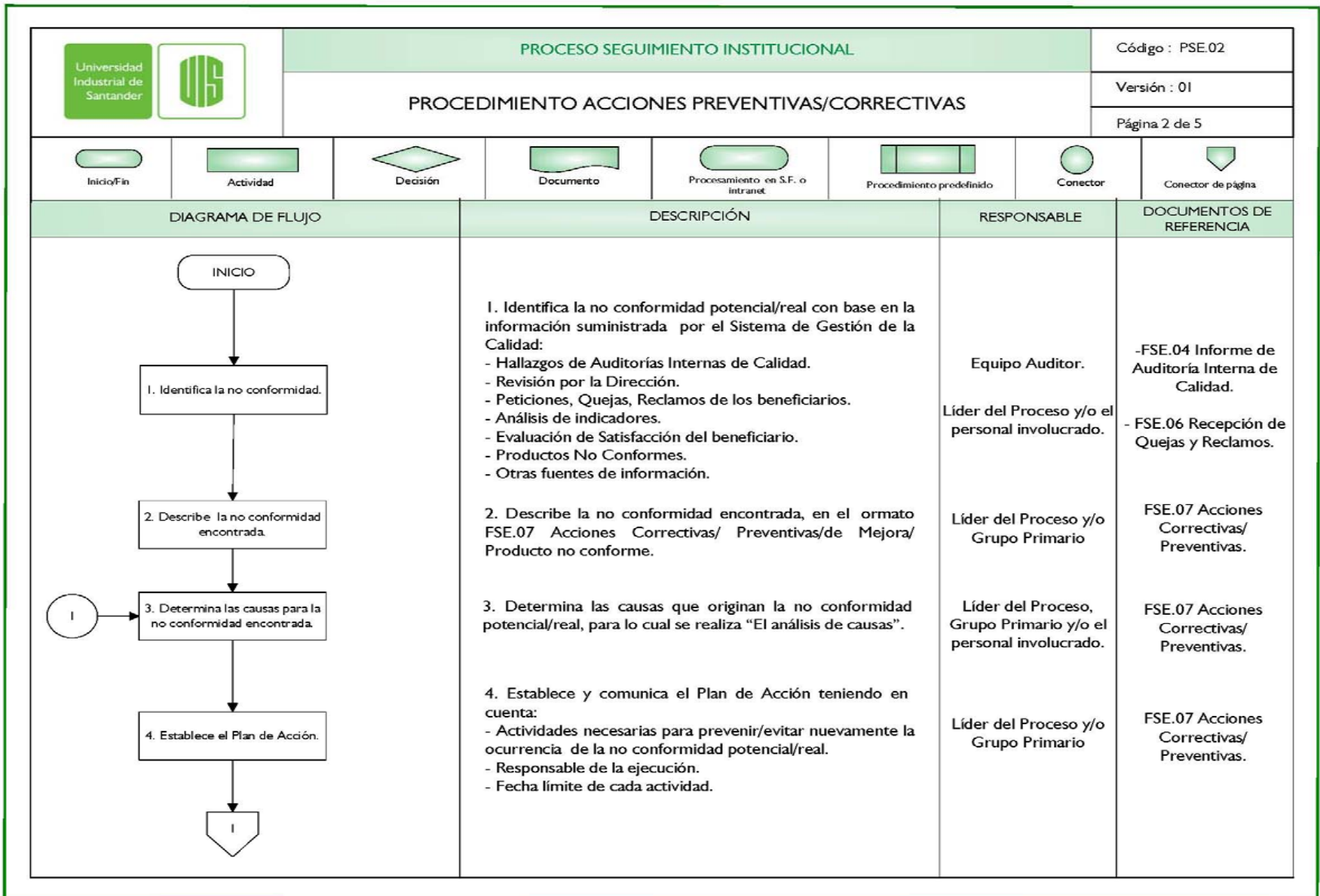




DIAGRAMA DE FLUJO	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	DOCUMENTOS DE REFERENCIA
<pre> graph TD I1{{1}} --> B5[5. Implementa el Plan de Acción.] B5 --> B6[6. Verifica el cumplimiento del Plan de Acción.] B6 --> B7[7. Verifica la eficacia de las acciones tomadas.] B7 --> D{¿La solución fue Eficaz?} D -- No --> C((1 / Pág.2)) D -- Si --> B8[8. Cierre a la acción planteada.] B8 --> I2{{2}} </pre>	<p>5. Implementa el Plan de Acción.</p> <p>6. Verifica el cumplimiento del Plan de Acción.</p> <p>7. Verifica si las acciones tomadas son eficaces. Si se detecta que las acciones realizadas no son eficaces, volver al numeral 3. Nota: Si las acciones correctivas fueron resultado de auditoría interna de calidad, el responsable de verificar la eficacia es el equipo auditor.</p> <p>8. Realiza cierre de la acción planteada. Nota: Si las acciones correctivas fueron resultado de auditoría interna de calidad, el responsable de cerrarla es el Líder del proceso Seguimiento Institucional.</p>	<p>Funcionario designado</p> <p>Líder del Proceso</p> <p>- Líder del Proceso -Equipo Auditor</p> <p>- Líder del Proceso - Líder del Proceso Seguimiento Institucional</p>	<p>FSE.07 Acciones Correctivas/ Preventivas.</p> <p>FSE.07 Acciones Correctivas/ Preventivas.</p> <p>FSE.07 Acciones Correctivas/ Preventivas.</p> <p>FSE.07 Acciones Correctivas/ Preventivas.</p>





DIAGRAMA DE FLUJO	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	DOCUMENTOS DE REFERENCIA
<pre> graph TD Start([2]) --> Step9[9. Envía trimestralmente el Estado de las Acciones Preventivas/Correctivas.] Step9 --> Step10[10. Consolida y presenta informe a la Alta Dirección.] Step10 --> End([FIN]) </pre>	<p>9. Envía trimestralmente el Estado de las Acciones Preventivas/Correctivas a la Dirección de Control Interno y Evaluación de Gestión.</p> <p>10. Consolida y presenta informe del Estado de las Acciones a la Alta Dirección.</p> <p>NOTA: Las Acciones de Mejora que se generen por iniciativa del personal interno o externo y las observaciones de las auditorías internas de calidad que apunten a la optimización del proceso, se registran en el formato FSE. I I Acciones de Mejora.</p>	<p>Líder del Proceso</p> <p>Líder del Proceso Seguimiento Institucional</p>	<p>FSE.10 Informe de Desempeño de los Procesos.</p>



CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
I		Creación del Documento

 	PROCESO SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL		Código : PSE.03
	PROCEDIMIENTO DE PRODUCTO O SERVICIO NO CONFORME		Versión : 01
			Página 1 de 8
Revisó:	Aprobó	Fecha de aprobación:	

OBJETIVO	ALCANCE
Asegurar que los productos o servicios no conformes presentados se identifiquen y controlen para prevenir su uso o entrega no intencional, así como establecer las responsabilidades y autoridades relacionadas con su tratamiento.	Este procedimiento aplica a todos los procesos de apoyo relacionados con el Sistema de Gestión de la Calidad.
NORMATIVIDAD	
Norma Técnica ISO 9001-2000.	
DEFINICIONES	
<ul style="list-style-type: none"> - Producto/ Servicio No Conforme: Corresponde a un producto o servicio que no cumple con los requisitos del beneficiario y permite dar tratamiento inmediato, que puede ser: Reproceso, reparación, reclasificación, concesión, desecho y permiso de desviación. - Tratamiento de una No conformidad: La acción emprendida respecto a una no conformidad. - Verificación: Confirmación mediante la aportación de evidencia objetiva de que ha cumplido los requisitos especificados. 	
CONSIDERACIONES	
<p>Formas de dar tratamiento al producto o servicio no conforme:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Volverlo a hacer (Reproceso). - Cambio de una parte del producto o servicio para que funcione. (Reparación). - Acuerdo con el cliente para apartarse de los requisitos originalmente especificados de un producto después de su realización. (Concesión). - Desecharlo. - Autorización para apartarse de los requisitos originalmente especificados de un producto antes de su realización (Permiso de Desviación). - Cambiar la tipología de un producto o servicio. (Reclasificación). 	

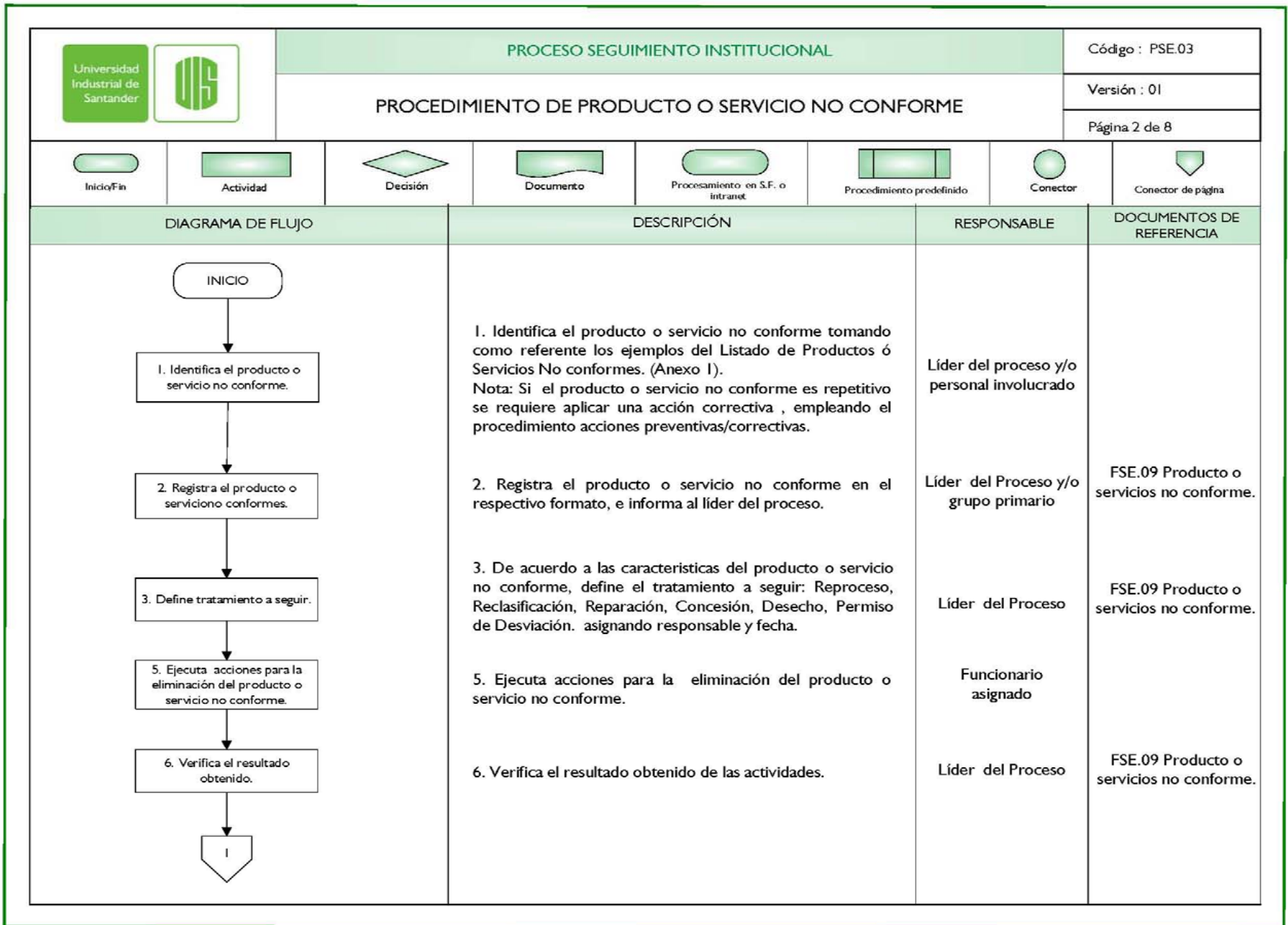




DIAGRAMA DE FLUJO	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	DOCUMENTOS DE REFERENCIA
<pre> graph TD Start([I]) --> Step8[8. Envía trimestralmente el Informe de Desempeño de los Procesos] Step8 --> Step9[9. Consolida y presenta informe a la Alta Direccion.] Step9 --> End([FIN]) </pre>	<p>8. Envía trimestralmente el estado de los productos o servicios no conformes a la Dirección de Control Interno y Evaluación de Gestión</p> <p>9. Consolida y presenta Informe de Desempeño de los Procesos.</p>	<p>Líder del Proceso</p> <p>Líder del Proceso Seguimiento Institucional.</p>	<p>FSE.10 Informe de Desempeño de los Procesos.</p>



CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
I		Creación del Documento

ANEXOS

ANEXO I
EJEMPLOS DE PRODUCTOS O SERVICIOS NO CONFORMES

ADMISIONES Y REGISTRO ACADÉMICO

- Matrículas Incompletas.
- Certificados entregados por fuera de la fecha estipulada.

BIBLIOTECA

- Datos errados del material que se procesa.
- Asignación errónea del número de inventario.
- Boletín de novedades con información errónea.

BIENESTAR ESTUDIANTIL

- Demora en trámites académico – administrativos.
- Cancelación de citas al beneficiario.
- Cambio de menú comunicado al cliente.
- No hay existencias de medicamentos solicitados por el beneficiario.
- Atraso en la atención de citas.

COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL

- Incumplimiento en el tiempo de entrega del producto o servicio.
- El diseño de los productos no cumple con los requerimientos del cliente o beneficiario.
- Incumplimiento de parámetros técnicos para la producción (errores de edición y montaje).
- Rotación de cuñas que no se encuentran vigentes.
- Incumplimiento del horario de emisión de programas.
- Incompatibilidad del formato del material audiovisual solicitado con el entregado.
- Error en la información difundida.

CONTRATACIÓN

No aplica

ANEXOS

DIRECCIÓN INSTITUCIONAL

No aplica

FINANCIERO

- Registro de inventarios que no corresponden al funcionario.
- Marcaciones erróneas por número de inventario diferente al real.
- Marcaciones con punzón en lugar de sticker en los casos en que deba usarse este último, y viceversa.
- Traslados erróneos de inventarios.
- Bajas de inventarios no registradas.
- Demoras en las modificaciones presupuestales.
- Demoras en cargue de dineros a las U.A.A. por no identificación del ingreso.
- Demoras en los pagos.
- Transferencias electrónicas erróneas.
- Cheques erróneos.
- Demoras en salida de tirillas de pago o cheques.
- Liquidaciones de matrícula erróneas.

GESTIÓN CULTURAL

- Alteraciones en la programación cultural.
- Demoras en la entrega del material impreso.
- Información errada en el material publicitario.

GESTIÓN DE LA CALIDAD ACADÉMICA

- Informe de Autoevaluación que no cumple con los lineamientos para Acreditación Institucional del CNA.
- Informe de Autoevaluación que no cumple con los lineamientos para Acreditación de Programas del CNA.
- Documentos para solicitar Registro Calificado que no cumplen con la normatividad legal o institucional.
- Incumplimiento del cronograma establecido por el ICFES.

GESTIÓN DE LA INVESTIGACIÓN Y LA EXTENSIÓN

- Devolución de documentación en el trámite financiero por incumplimiento de requerimientos.
- Reversar un trámite financiero (implica anular trámites ya hechos y generar un nuevo trámite).
- Reintegro de recursos a la entidad financiadora.



ANEXOS

GESTIÓN DOCUMENTAL

- Documento Extraviado
- Correspondencia entregada al destinatario equivocado.
- Documento mal microfilmado.
- Duplicado y revelado de rollos con errores
- Radicación errada de un documento.

JURÍDICO

No aplica

PLANEACIÓN INSTITUCIONAL

No aplica

RECURSOS FÍSICOS

- Diseño de adecuaciones y ejecución de obras que no cumplen con los requisitos estipulados (especificaciones).
- Servicios de mantenimiento que no cumplen con los requisitos pactados.
- Demora en la visita de diagnóstico.
- Bienes muebles fabricados por fuera de los requisitos.

RECURSOS TECNOLÓGICOS

- Registro de entrada de equipos a la división incompleto.
- Demora en la prestación del servicio de mantenimiento según el tiempo establecido.
- Repuestos que no cumplen con las especificaciones de compra.
- Demora en la realización del concepto técnico para compra de equipos según el tiempo establecido.
- Demora en la realización del concepto de baja según el tiempo establecido.

RELACIONES INTERINSTITUCIONALES DE INTERCAMBIO ACADÉMICO

- Desactualización de la página Web en ofertas de intercambios, programas de postgrado en el exterior, fechas de aplicación, requisitos a cumplir e instituciones oferentes.
- Dar visto bueno a convenios que no cumplan con los requisitos mínimos exigidos.
- Diligenciar de forma incorrecta el Formato Memorando Interno Solicitud de Trámite de Propuestas y Convenios.
- No enviar a tiempo los documentos de los estudiantes aspirantes a intercambios o pasantías a la universidad huésped o empresa, respectivamente, ante eventualidades generadas a nivel interno o externo del proceso.



SERVICIOS INFORMÁTICOS Y DE TELECOMUNICACIONES

- Copias de seguridad no realizadas en la fecha indicada.
- Ubicación errónea de puntos de red.
- Copias de seguridad incompletas.
- Publicaciones en la página WEB con información errónea.
- Solicitud de la creación de un cuenta de correo electrónico con un nombre diferente al solicitado.
- Entrega a destiempo de un nuevo software.

SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL

- Incumplimiento con las fechas establecidas para entrega de informes a Entes Externos.
- Entrega inoportuna de los informes de auditorías.
- Incumplimiento en la ejecución del Plan de Auditorías.

TALENTO HUMANO

- Error en el cálculo de los puntajes por mérito para los Empleados Públicos Profesionales de Planta.
- Error en la asignación de puntaje por producción intelectual a los Docentes.
- Error en la información de las constancias.



PROCESO SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL

Código : PSE.04

PROCEDIMIENTO DE QUEJAS Y RECLAMOS

Versión : 01

Página 1 de 5

Revisó: Directora Control Interno y Evaluación de Gestión

Aprobó

Fecha de aprobación:

OBJETIVO

Gestionar las quejas y reclamos de manera oportuna, confidencial y objetiva, con el fin de garantizar la mejora en las actividades desarrolladas de acuerdo con la normatividad vigente.

ALCANCE

Este procedimiento inicia desde la recepción de la queja y/o reclamo hasta el cierre de la misma, aplica a toda la comunidad en general.

NORMATIVIDAD

- Ley 87 de 1993, Art. 10. Normas para el ejercicio del Control Interno en las entidades y organismos del Estado.
- Ley 190 de 1995, Estatuto Anticorrupción. Título V, Numeral b, Art. 49, 53 y 54.
- Constitución Política de Colombia. Título II, Cap. I, Artículo 23.

DEFINICIONES Y/O ABREVIATURAS

Queja y/o Reclamo: Expresión de la insatisfacción hecha a la organización, relativa a sus productos y/o servicios.

U.A.A: Unidad Académico Administrativa

Sugerencia: Es una propuesta que se presenta para incidir o mejorar un proceso cuyo objeto está relacionado con la prestación de un servicio o el cumplimiento de una función pública.

CONSIDERACIONES

Para formular las sugerencias, el solicitante ingresa a la página Web Institucional (Link Quejas - Reclamos y Sugerencias). En caso que la sugerencia sea recibida telefónica o personalmente, debe diligenciar el formato FSE.13 y se ingresa al sistema. La Dirección de Control Interno y Evaluación de Gestión verifica las sugerencias recibidas y las remite a la respectiva U.A.A, quien analiza su viabilidad para la implementación de la acción pertinente.



PROCESO SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL

Código : PSE.04

PROCEDIMIENTO DE QUEJAS Y RECLAMOS

Versión : 01

Página 2 de 5

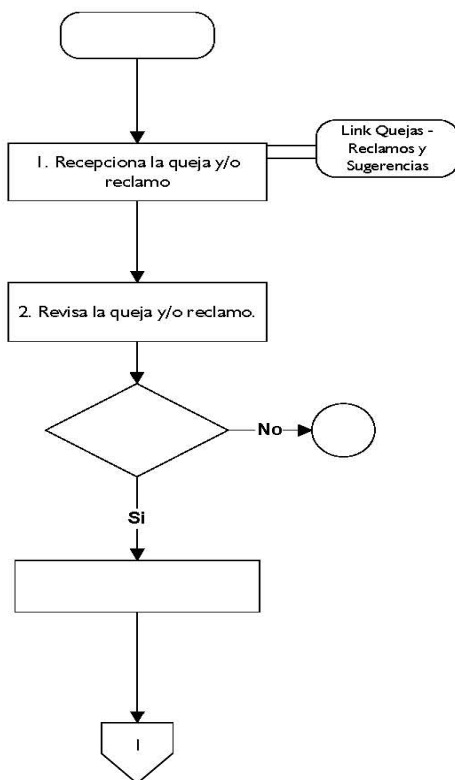


DIAGRAMA DE FLUJO

DESCRIPCIÓN

RESPONSABLE

DOCUMENTOS DE REFERENCIA



1. Recepciona la queja y/o reclamo.
Para interponer la queja el solicitante ingresa a la Página Web Institucional, (Link Quejas - Reclamos y Sugerencias) En caso que la queja sea recibida telefónica o personalmente, debe diligenciar el formato FSE.06 y se ingresa al sistema.

2. Revisa la queja y/o reclamo y determina si esta procede. En caso en que la queja y/o reclamo no proceda, informa al solicitante y termina el proceso.

INICIO

3. Confirma el recibido de la queja y/o reclamo e informa el número consecutivo asignado. Así mismo, determina si remite la queja y/o reclamo a la U.A.A involucrada.

Director U.A.A.

Director Control Interno y Evaluación de Gestión

Director Control Interno y Evaluación de Gestión

-FSE.06 Recepción de Quejas y Reclamos.

-Link Quejas - Reclamos y Sugerencias.

-Link Quejas - Reclamos y Sugerencias.

PROCEDIMIENTO DE QUEJAS Y RECLAMOS

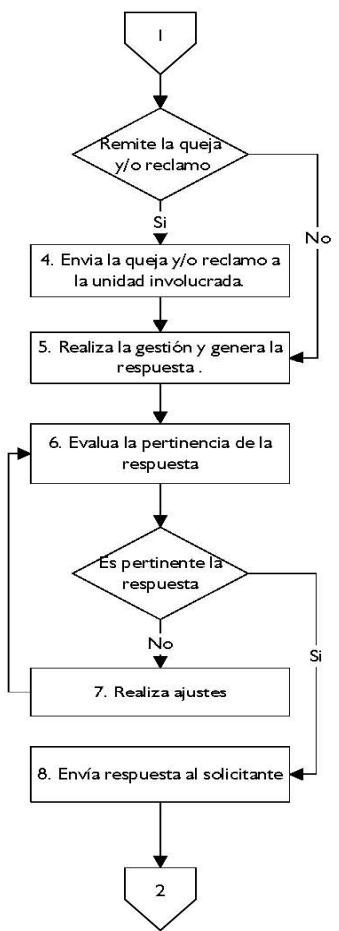
DIAGRAMA DE FLUJO	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	DOCUMENTOS DE REFERENCIA
 <pre> graph TD I{{I}} --> D1{Remite la queja y/o reclamo} D1 -- Si --> S4[4. Envía la queja y/o reclamo a la unidad involucrada.] D1 -- No --> S5[5. Realiza la gestión y genera la respuesta.] S4 --> S5 S5 --> S6[6. Evalúa la pertinencia de la respuesta] S6 --> D2{Es pertinente la respuesta} D2 -- No --> S7[7. Realiza ajustes] S7 --> S6 D2 -- Si --> S8[8. Envía respuesta al solicitante] S8 --> 2{{2}} </pre>	<p>4. Envía la queja y/o reclamo a la U.A.A involucrada.</p> <p>5. Realiza la gestión y genera la respuesta a la queja y/o reclamo (Plazo máx. 5 días hábiles).</p> <p>6. Evalúa la pertinencia de la respuesta y realiza las observaciones correspondientes.</p> <p>7. En caso que la respuesta no sea pertinente, realiza los ajustes necesarios y vuelve al numeral 5.</p> <p>8. Envía respuesta al solicitante.</p>	<p>Director Control Interno y Evaluación de Gestión</p> <p>Director U.A.A.</p> <p>Director Control Interno y Evaluación de Gestión</p> <p>Director U.A.A.</p> <p>Director Control Interno y Evaluación de Gestión</p>	



DIAGRAMA DE FLUJO	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	DOCUMENTOS DE REFERENCIA
<pre> graph TD Start{{2}} --> Step9[9. Realiza seguimiento y verifica las acciones para dar respuesta a la queja] Step9 --> Step10[10. Cierra la queja] Step10 --> Step11[11. Consolidad y presenta informe a la Alta Dirección] Step11 --> End([FIN]) Connector((1 / Pág. 2)) --> End </pre>	<p>9. Realiza seguimiento y verifica las acciones que se realizaron para dar respuesta a la queja</p> <p>10. Cierra la queja.</p> <p>11. Presenta el Informe de Estado de las quejas y/o reclamos a la Alta Dirección.</p> <p>NOTA: Para formular las sugerencias, el solicitante ingresa a la página Web Institucional (Link Quejas - Reclamos y Sugerencias). En caso que la sugerencia sea recibida telefónica o personalmente, debe diligenciar el formato FSE.13 y se ingresa al sistema. La Dirección de Control Interno y Evaluación de Gestión verifica las sugerencias recibidas y las remite a la respectiva U.A.A, quien analiza su viabilidad para la implementación de la acción pertinente.</p>	<p>Director Control Interno y Evaluación de Gestión</p> <p>Director Control Interno y Evaluación de Gestión</p> <p>Director Control Interno y Evaluación de Gestión</p>	



CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
I		Creación del Documento



PROCESO SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL

Código : PSE.05

PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍAS INTERNAS

Versión : 01

Página 1 de 8

Revisó: Directora de Control Interno y Evaluación de Gestión

Aprobó

Fecha de aprobación:

OBJETIVO

Realizar el exámen sistemático, objetivo e independiente de los procesos, actividades, operaciones y resultados de las diferentes unidades, con el fin de determinar si los recursos se han utilizado con economía, eficacia, eficiencia y transparencia; si se han observado las normas internas y externas aplicables; si los mecanismos de comunicación públicas son confiables y medir el grado de cumplimiento de los objetivos, planes y programas trazados.

ALCANCE

Este procedimiento aplica a las actividades para el desarrollo de las auditorías internas de los procesos estratégicos, misionales y de apoyo de la Universidad Industrial de Santander

NORMATIVIDAD

AUDITORÍA FINANCIERA: Manual de Procedimientos Financieros vigente, Reglamento de Postgrado, Reglamento Profesor Hora Cátedra, Información generada por el sistema de Información Financiero, Manual normativo y procedimental para la administración y control de los bienes muebles de la UIS vigente, así como la demás normatividad interna y/o externa vigente a la fecha de la auditoría que se relacione con el cumplimiento de los requisitos legales y estatutarios de la universidad.

AUDITORÍA PROCESOS MISIONALES Y DE APOYO: Reglamento del Profesor vigente, Manual Operativo de procedimientos de la Gestión de Recursos Humanos y Actividad Académica vigente, Reglamento del Profesor de Cátedra vigente. Reglamento General de Postgrado vigente, así como la demás normatividad interna y/o externa vigente a la fecha de la auditoría que se relacione con el cumplimiento de los requisitos legales y estatutarios de la universidad.

AUDITORÍA PLAN DE GESTIÓN: AS 015/2000 Proyecto Institucional. AS 032/2002 Inversión Institucional. Proceso de Planificación Institucional. Programa de Gestión Año anterior y año en curso. Lineamientos de Gestión Rectoral. así como la demás normatividad interna y/o externa vigente a la fecha de la auditoría que se relacione con el cumplimiento de los requisitos legales y estatutarios de la universidad.

AUDITORÍA DE SISTEMAS: Ley 23 de 1982, Ley 44 de 1993 (Derechos de Autor), Ley 44 de 1993, Ley 603 del 2000 (Informes anuales de gestión sobre DRA), Ley 1032 de 2006, Decretos 2041 de 1991 y 1278 de 1996; Decisión Andina 351 de 1993 Régimen común sobre Derecho de Autor y Derechos Conexos; así como la demás normatividad interna y/o externa vigente a la fecha del a auditoría que se relacione con el cumplimiento de los requisitos legales y estatutarios de la universidad.

DEFINICIONES Y/O ABREVIATURAS

D.C.I.E.G: Dirección de Control Interno y Evaluación de Gestión.

Alcance de la auditoría: El alcance describe la extensión y límites de la auditoría en términos de localización física, unidades organizacionales, actividades y los procesos por auditar, y el periodo de tiempo cubierto por la auditoría.

Auditado: Unidad académico – administrativa y/o proceso que se somete a una auditoría.

Auditor: Persona con la competencia para llevar a cabo una auditoría.

Auditoría: Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de la auditoría y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar el grado en que se cumplen los criterios de auditoría.

Auditoría Interna: Proceso sistemático, objetivo e independiente de los procesos, actividades, operaciones y resultados, con el fin de determinar si los recursos se han utilizado con la economía, eficacia, eficiencia y transparencia; si se han observado las normas internas y externas aplicables y si los mecanismos de comunicación pública son confiables y medir el grado de cumplimiento de los objetivos, planes y programas trazados.

Conclusiones de Auditoría: Resultados de la auditoría que proporciona el equipo auditor tras considerar los objetivos de esta y todos los hallazgos de auditoría.

Criterios de la auditoría: comprenden las políticas, reglamentación interna y/o externa y los procedimientos utilizados como referencia durante toda la auditoría .

Evidencia de la auditoría: Registros, declaraciones de hecho u otra información que sea pertinente para los criterios de auditoría y que son verificables.

Hallazgos de la auditoría: Resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría recopilada, contra los criterios de la auditoría. Los hallazgos pueden indicar conformidad o no conformidad con los criterios de la auditoría, u oportunidades de mejora.

Papeles de Trabajo: Documento que permite recopilar la información durante el proceso de auditoría.

CONSIDERACIONES

La auditoría interna consta de 4 ejes los cuales tienen los siguientes componentes:

- : Gestión Presupuestal y de Efectivo, Gestión de Cartera, Contratación e Inventario.
- Docencia , Investigación y Extensión.
- Planeación, Cumplimiento y Contribución.
- Software, Hardware, Mantenimiento, Usuarios y Seguridad.

Los papeles de trabajo relacionados en el procedimiento de auditorías internas no están sujetas a cambios permanentes en su contenido de acuerdo a las necesidades de recolección de información determinad en el alcance de cada auditoría.



PROCESO SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL

Código : PSE.05

PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍAS INTERNAS

Versión : 01

Página 3 de 8

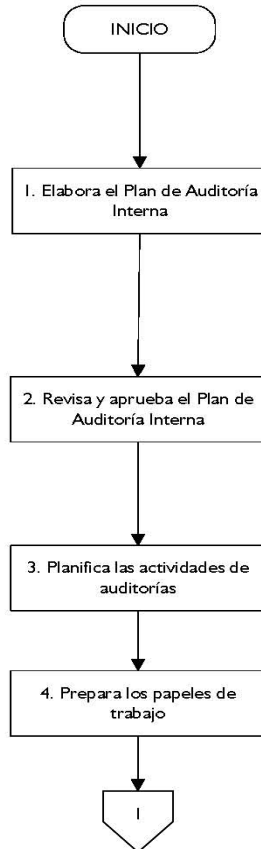


DIAGRAMA DE FLUJO

DESCRIPCIÓN

RESPONSABLE

DOCUMENTOS DE REFERENCIA



ETAPA DE PRESENTACIÓN Y APROBACIÓN DEL PLAN DE AUDITORÍA INTERNA

1. Elabora el Plan de Auditoría Interna.
Se presenta al Rector semestralmente el Plan de Auditoría Interna que se propone desarrollar.

Director de Control Interno y Evaluación de Gestión

2. Revisa y aprueba el Plan de Auditoría Interna.

Rector

Plan de Auditoría Interna

ETAPA DE PREPARACIÓN DE AUDITORÍAS

3. Planifica las actividades de auditoría que se llevarán a cabo, se definen las áreas de cada dependencia que se van a auditar.

Director de Control Interno y Equipo de Auditores

4. Prepara los documentos necesarios (papeles de trabajo), estudiando las características de las unidades y/o procesos a auditar

Equipo de Auditores

Papeles de Trabajo

DIAGRAMA DE FLUJO	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	DOCUMENTOS DE REFERENCIA
<pre> graph TD Start([1]) --> S5[5. Informa a los Jefes de las Unidades las fechas estipuladas] S5 --> S6[6. Realiza reunión de apertura] S6 --> S7[7. Realiza auditoría] S7 --> D1{DCIEG ¿ Requiere información adicional?} D1 -- SI --> S8[8. Solicita información a la Unidad auditada y/o otras unidades] D1 -- NO --> S9[9. Evalúa hallazgos] S8 --> S9 S9 --> End([2]) </pre>	<p>5. Informa a los Jefes de las Unidades y/o responsables de los procesos seleccionados con una semana de antelación, la fecha de la reunión de apertura.</p> <p>6. Realiza la reunión de apertura, en donde se presenta el , se resuelven las dudas existentes, así mismo se entrega el cronograma e informa las áreas a auditar, se deja evidencia de dicha reunión en un registro de asistencia.</p> <p>ETAPA DE EJECUCIÓN</p> <p>7. Realiza auditoría en sitio.</p> <p>8. En caso que sea requerida información adicional para el desarrollo de la auditoría, el equipo auditor solicita a la Unidad auditada o a otras unidades la información correspondiente.</p> <p>9. Evalúa los hallazgos.</p>	<p>Director Control Interno y Evaluación de Gestión</p> <p>Director Control Interno y Evaluación de Gestión</p> <p>Equipo de Auditores</p> <p>- Director Control Interno y Evaluación de Gestión - Equipo de Auditores</p> <p>- Director Control Interno y Evaluación de Gestión - Equipo de Auditores</p>	<p>-Plan de Auditoría Interna -Registro de Asistencia</p> <p>Papeles de Trabajo</p> <p><i>plan de auditoría inter</i></p>

DIAGRAMA DE FLUJO	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	DOCUMENTOS DE REFERENCIA
<pre> graph TD 2{{2}} --> 10[10. Elabora el informe de auditoría] 10 --> 11[11. Realiza Reunión de Cierre] 11 --> 12[12. Revisa Informe de Auditoría] 12 --> D{¿Acepta los hallazgos?} D -- NO --> 13[13. Presenta Objeciones (5 días Hábiles)] D -- SI --> 15[15. Reporta la aceptación de los hallazgos] 13 --> 14[14. Valida las inconformidades (15 días Hábiles)] 14 --> 15 15 --> 3{{3}} </pre>	<p>10. Elabora el informe de auditoría</p> <p>ETAPA DE RETROALIMENTACIÓN</p> <p>11. Realiza reunión de cierre presidida por el Director de Control Interno para presentar y entregar el informe de auditoría , el cual incluye los hallazgos, a la U.A.A. auditada.</p> <p>12. Revisa el informe de auditoría.</p> <p>13. Presenta dentro de los 5 días hábiles siguientes a la reunión de cierre, los soportes necesarios para objetar los hallazgos que considere.</p> <p>14. Examina los soportes y valida la información presentada para decidir si ratifica o no los hallazgos objetados, dentro de los siguientes 15 días hábiles enviando una comunicación al Jefe de la Unidad y/o líder del proceso auditado con el informe definitivo.</p> <p>15. El Jefe de la Unidad y/o Responsable del Proceso reporta a DCIEG, la aceptación del informe con sus respectivos hallazgos.</p>	<p>- Director Control Interno y Evaluación de Gestión - Equipo de Auditores</p> <p>Director de Control Interno y Evaluación de Gestión - Equipo de Auditores</p> <p>Jefe ó Director Unidad</p> <p>Jefe ó Director Unidad</p> <p>Director de Control Interno y Evaluación de Gestión</p> <p>Jefe ó Director Unidad</p>	<p>Informe de auditoría</p> <p>Informe de auditoría</p> <p>Informe de auditoría</p> <p></p> <p></p> <p></p> <p></p>



PROCESO SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL

Código : PSE.05

PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍAS INTERNAS

Versión : 01

Página 6 de 8

DIAGRAMA DE FLUJO	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	DOCUMENTOS DE REFERENCIA
<pre> graph TD 3[3] --> 16[16. Elabora el Plan de Mejoramiento] 16 --> 17[17. Presenta Plan de Mejoramiento (15 días calendario)] 17 --> 17{Hay Observaciones al Plan?} 17 -- SI --> 18[18. Realiza las respectivas observaciones] 18 --> 19[19. Envía a la Unidad auditada las observaciones] 19 --> 20[20. Realiza ajustes al Plan de Mejoramiento] 20 --> 17 17 -- NO --> 21[21. Manejo y Seguimiento del Plan de Mejoramiento] 21 --> 4[4] </pre>	<p>ETAPA DE MEJORAMIENTO</p> <p>16. Elabora el Plan de Mejoramiento para subsanar las falencias encontradas.</p> <p>17. Presenta Plan de Mejoramiento La unidad auditada y/o proceso entrega el plan de mejoramiento a la D.C.I.E.G., teniendo como plazo 15 días después de la fecha de cierre. En caso que sea necesario realizar modificaciones o ajustes a dicho plan, la unidad y/o proceso auditado tiene como plazo 15 días para entregarlo nuevamente a D.C.I.E.G.</p> <p>18. D.C.I.E.G. tendrá 20 días para realizar las respectivas observaciones al Plan, en caso que se requiera.</p> <p>19. Envía a la Unidad auditada las observaciones realizadas para que está se encargue de corregirlas.</p> <p>20. Realiza ajustes al Plan de Mejoramiento.</p> <p>21. Manejo y seguimiento del Plan de Mejoramiento.</p>	<p>Jefe ó Director Unidad</p> <p>Jefe ó Director Unidad</p> <p>Director de Control Interno y Evaluación de Gestión - Equipo de Auditores</p> <p>Director de Control Interno y Evaluación de Gestión</p> <p>Jefe ó Director Unidad</p> <p>Jefe ó Director Unidad</p>	<p>Plan de Mejoramiento</p> <p>Plan de Mejoramiento</p> <p>Plan de Mejoramiento</p>



PROCESO SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL

Código : PSE.05

PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍAS INTERNAS

Versión : 02

Página 7 de 8


DIAGRAMA DE FLUJO	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	DOCUMENTOS DE REFERENCIA
<pre>graph TD; A[4] --> B[22. Verifica que se de cumplimiento al Plan de Mejoramiento]; B --> C([FIN]);</pre>	22. Verifica que se este dando cumplimiento al Plan de Mejoramiento	Director de Control Interno y Evaluación de Gestión	



CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
2		Adecuación de la Plantilla al Sistema de Gestión de Calidad.

ANEXO 4
PERFIL DEL AUDITOR INTERNO

	SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL
	PERFIL DEL AUDITOR INTERNO

Objeto

Ejecutar las auditorías internas del Sistema de Gestión de Calidad de acuerdo con criterios establecidos

PERFIL		REGISTRO
Educación	<i>Profesional/Tecnólogo en cualquier área</i>	<i>Diploma</i>
Formación	Conocimientos de Fundamentos y Generalidades de las normas ISO 9000 (mínimo 16 horas) Diplomado ISO 9000:2001 o NTCGPI 000:2004 Certificado auditor interno	<i>Certificaciones</i>
Experiencia	Laboral: - Mínimo 1 año vinculado a la UIS o con experiencia en desempeño de funciones de auditor interno. Auditor: - Haber participado como auditor observador en auditorías, mínimo 8 horas. - Haber participado como auditor acompañante bajo monitoreo, en la auditoria de mínimo tres procesos.	<i>Certificaciones</i>
Habilidades	✓ Trabajo en equipo ✓ Capacidad de análisis ✓ Planificación y organización ✓ Facilidad de comunicación verbal ✓ Comunicación escrita adecuada	

FUNCIONES AUDITOR INTERNO

- Preparar la auditoría diligenciando los formatos a utilizar.
- Ejecutar la auditoría interna.
- Elaborar y entregar al líder del equipo auditor el Informe preliminar de Auditoría y sus respectivos soportes.
- Participar en las capacitaciones y/o entrenamientos como auditor.

ANEXO 5
HOJA DE VIDA DEL AUDITOR

HOJA DE VIDA /AUDITOR INTERNO

Cargo actual: _____
 Dependencia: _____



1. INFORMACIÓN PERSONAL

Apellidos y Nombres: _____
 C.C. _____ De: _____
 Dirección: _____ Barrio: _____
 Teléfono: _____ Celular: _____
 E-mail: _____

2. ESTUDIOS REALIZADOS

Educación Superior: _____ Universidad: _____ Año: _____
 Postgrado: _____ Universidad: _____ Año: _____

3. FORMACIÓN

TEMA	No. HORAS	ENTIDAD	FECHA
TOTAL HORAS			

OBSERVADOR

AUDITORÍA	No. HORAS	PROCESO O SUBPROCESO	FECHA
Auditoría No. 1			
Auditoría No.2			
Auditoría No.3			
TOTAL HORAS			

ACOMPANANTE

AUDITORÍA	No. HORAS	PROCESO O SUBPROCESO	FECHA
Auditoría No. 1			
Auditoría No.2			
TOTAL HORAS			

AUDITOR INTERNO

AUDITORÍA	No. HORAS	PROCESO O SUBPROCESO	FECHA
Auditoría No. 1			
Auditoría No.2			
TOTAL HORAS			
TOTAL HORAS DE EXPERIENCIA			

HOJA DE VIDA /AUDITOR INTERNO

4. EXPERIENCIA LABORAL	
Institución	
Año Inicio/Año Finalización	
Cargo:	
ACTIVIDADES REALIZADAS	
Año Inicio/Año Finalización	
Cargo:	
ACTIVIDADES REALIZADAS	

_____ **Firma Auditor**

ANEXO 6
PLAN DE AUDITORÍAS INTERNAS DE
CALIDAD 1 - 07

	SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL	Código : FSE.02
	PLAN DE AUDITORÍA INTERNA DE CALIDAD	Versión: I

Auditoría N°: 01-07	Fecha: 28/08/2007
----------------------------	--------------------------

OBJETIVO DE LA AUDITORÍA :

- Determinar el grado de conformidad del Sistema de Gestión de la Calidad-SGC con los criterios establecidos en la norma NTC ISO 9001:2000.
Evaluar la capacidad del SGC para asegurar el cumplimiento de los requisitos de los beneficiarios, legales y reglamentarios del servicio.
- Evaluar la eficacia del SGC para lograr los objetivos especificados.
- Identificar mejoramientos potenciales en el SGC.

ALCANCE DE LA AUDITORÍA:

Todos los Procesos de apoyo del SGC, excepto: Planeación Institucional, Dirección institucional, Seguimiento Institucional, Gestión de la Calidad Académica y Jurídico.

CRITERIOS DE LA AUDITORÍA:

Norma NTC-ISO 9001:2000, Manual de Calidad, Requisitos Legales y Reglamentarios y los documentos establecidos en los diferentes procesos del SGC.

AUDITOR LÍDER:

Jorge Eliécer Figueroa Vargas.

EQUIPO AUDITOR:

Sandra Patricia Vargas
Margie Liliana Rueda
Jaime Enrique Osório Trujillo

Actividad	Fecha	Hora		Cargo	Auditores
		Inicio	Fin		
Reunión apertura	Septiembre 6 de 2007	7.30 a.m.	8:00 a.m.		
Proceso Comunicación Institucional		8:00 a.m.	11:00 a.m.	Directora de Comunicaciones	Auditor Interno: Margie Rueda. Observadores: Aura María Rey y Sonia García.
Proceso Bienestar Estudiantil		8:00 a.m.	12:00 m	Jefe de Bienestar Universitario	Auditor Interno: Jorge Eliécer Figueroa. Observadores: Gloria Isabel Román y Adriana Arenas.
Proceso Financiero		2:00 p.m	6:00 p.m.	Jefe División Financiera	Auditor Interno: Jorge Eliécer Figueroa. Observadores: Carmenza Salamanca y Jaime Sarmiento
Reunión apertura	Septiembre 12 de 2007	7.30 a.m.	8:00 a.m.		
Relaciones Interinstitucionales		8:00 a.m.	10:00 a.m.	Director de Relaciones Exteriores	Auditor Interno: Margie Rueda. Observadores: Carmenza Carreño y Luz Dary Méndez
Gestión de la Calidad Administrativa		2:00 p.m	5:00 p.m.	Vicerrector Administrativo	Auditor Interno: Sandra Vargas. Observadores: Sonia García y Gloria Isabel Román
Reunión apertura	Septiembre	7.30 a.m.	8:00 a.m.		

Recursos Físicos	13 de 2007	8:00 a.m.	12:00 m.	Jefe División Planta Física	Auditor Interno: Margie Rueda. Observadores: Sonia García y Sheila Plata.
Gestión Documental		8:00 a.m.	11:00 a.m.	Directora de Certificación y Gestión Documental	Auditor Interno: Sandra Vargas. Observadores: Carmenza Salamanca y María Claudia Caballero
Recursos Tecnológicos		2:00 p.m.	5:00 p.m.	Jefe División Mantenimiento Tecnológico	Auditor Interno: Jaime Osorio. Observadores: Sandra Juliana Peña y Adriana Arenas
Reunión apertura		7.30 a.m.	8:00 a.m.		
Biblioteca	Septiembre 20 de 2007	8:00 a.m.	12:00 m.	Director Biblioteca	Auditor Interno: Jorge Eliécer Figueroa. Observadores: Janeth Gutiérrez y Olga Patricia Ortiz.
Talento Humano		2:00 p.m.	6:00 p.m.	Jefe División Recursos Humanos	Auditor Interno: Sandra Vargas. Observadores: Dora Mejía y Carmenza Carreño.
Gestión Cultural		8:00 a.m.	12:00 m.	Director Dirección Cultural	Auditor Interno: Margie Rueda. Observadores: María Claudia Caballero y Jaime Enrique Sarmiento.
Contratación		8:00 a.m.	12:00 m.	Director Contratación y Proyectos de Inversión	Auditor Interno: Sandra Vargas. Observadores: Sheila Plata y Sandra Juliana Peña
Reunión apertura		7.30 a.m.	8:00 a.m.		
Admisiones y Registro Académico	Octubre 1 de 2007	8:00 a.m.	11:00 m.	Director Admisiones y Registro Académico	Auditor Interno: Jorge Eliécer Figueroa. Observadores: Dora Mejía y Luz Dary Méndez.
Reunión apertura		7.30 a.m.	8:00 a.m.		
Gestión de la Investigación y Extensión	Octubre 3 de 2007	8:00 a.m.	11:00 m.	Vicerrector Investigación y Extensión	Auditor Interno: Sandra Vargas. Observadores: Paola Camargo y Maritza Jaimes
Servicios Informáticos y Telecomunicaciones		2:00 p.m.	5:00 p.m.	Jefe División Servicios de Información	Auditor Interno: Jorge Eliécer Figueroa. Observadores: Jaime Enrique Sarmiento y Janeth Gutiérrez

ANEXO 7
PLAN DE AUDITORÍAS INTERNAS DE
CALIDAD 2 - 07

	SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL	Código : FSE.02
	PLAN DE AUDITORÍA INTERNA DE CALIDAD	Versión: I

Auditoría N°: 02/07	Fecha: 25/10/07
----------------------------	------------------------

OBJETIVO DE LA AUDITORÍA :

- Determinar el grado de conformidad del Sistema de Gestión de la Calidad-SGC con los criterios establecidos en la norma NTC ISO 9001:2000.
- Evaluar la capacidad del SGC para asegurar el cumplimiento de los requisitos de los beneficiarios, legales y reglamentarios del servicio.
- Evaluar la eficacia del SGC para lograr los objetivos especificados.
- Identificar mejoramientos potenciales en el SGC.

ALCANCE DE LA AUDITORÍA:

Los siguientes procesos de apoyo: Planeación Institucional, Seguimiento Institucional, Gestión de la Calidad Académica y Jurídico.

CRITERIOS DE LA AUDITORÍA:

Norma NTC-ISO 9001:2000, Manual de Calidad, Requisitos Legales y Reglamentarios y los documentos establecidos en los diferentes procesos del SGC.

AUDITOR LÍDER:

Jorge Eliécer Figueroa Vargas.

EQUIPO AUDITOR:

Sandra Patricia Vargas

Actividad	Fecha	Hora		Cargo	Auditores
		Inicio	Fin		
Reunión apertura	Octubre 29 de 2007	2:30 p.m	3:00 p.m.	Directora de Control Interno y Evaluación de Gestión	Auditor Interno: Jorge Eliécer Figueroa. Observadores: Gloria Isabel Román
Proceso Seguimiento Institucional		3:00 p.m	6:00 p.m.		
Reunión apertura	Octubre 30 de 2007	7:00 a.m	7:30 a.m	Vicerrector Académico	Auditor Interno: Sandra Patricia Vargas. Observadores: Paola Camargo, Gloria Ximena Calderón y Olga Patricia Ortiz
Gestión de la Calidad Académica		7:30 a.m	12:00 a.m		
Reunión apertura	Noviembre 15 de 2007	2:00 p.m	2:30 p.m	Director Planeación	Auditor Interno Jorge Eliécer Figueroa. Observadores: Aura María Rey y María del Carmen Salamanca
Proceso Planeación Institucional		2:30 p.m	6:00 p.m.		
Reunión apertura	Noviembre 19 de 2007	8:00 a.m	8:30 a.m.	Asesora Jurídica	Auditor Interno: Sandra Patricia Vargas Observadores: Aura María Rey y Martha Cecilia Díaz
Proceso Jurídico		8:30 a.m	11:00 a.m		

ANEXO 8

LISTAS DE VERIFICACIÓN

**ANEXO 9
INFORME DE AUDITORIA INTERNA DE
CALIDAD**

Fecha del Informe: 09-10-07

Nº Informe Auditoría: I-07

I. DATOS GENERALES

OBJETIVO:

Determinar el grado de conformidad del Sistema de Gestión de la Calidad-SGC con los criterios establecidos en la norma NTC ISO 9001:2000.

Evaluar la capacidad del SGC para asegurar el cumplimiento de los requisitos de los beneficiarios, legales y reglamentarios del servicio.

Evaluar la eficacia del SGC para lograr los objetivos especificados.

Identificar mejoramientos potenciales en el SGC.

ALCANCE DE LA AUDITORÍA:

Todos los Procesos de apoyo del SGC, excepto: Calidad Académica Planeación Institucional, Dirección institucional, Seguimiento Institucional y Jurídico.

EQUIPO AUDITOR:

Jorge Eliécer Figueroa Vargas (Líder Equipo Auditor).

Sandra Patricia Vargas

Margie Liliana Rueda

Jaime Enrique Osório Trujillo

DOCUMENTOS DE REFERENCIA (Criterios)

Norma NTC-ISO 9001:2000, Manual de Calidad, Requisitos Legales y Reglamentarios y los documentos establecidos en los diferentes procesos del SGC.

2. HALLAZGOS DE LA AUDITORIA

El desarrollo de la auditoria interna en los procesos auditados se enfoco en las actividades del Planear y del Hacer del proceso, debido a que existen requisitos asociados al Verificar y Actuar que se encontraban en etapa de configuración y diseño. Por lo tanto al inicio de la relación de hallazgos de cada proceso se brinda claridad sobre los requisitos que se encuentran en esta fase.

2.1 PROCESO GESTIÓN DE LA CALIDAD ADMINISTRATIVA

No se han configurado e implementado en el proceso los siguientes requisitos establecidos en la norma NTC-ISO 9001:2000 y básicos para garantizar la implementación eficaz del Sistema de Gestión de la Calidad:

- Aprobación de los documentos según lo establecido en el procedimiento control de documentos.
- Definición de actividades de seguimiento e indicadores que permitan evaluar el cumplimiento del objetivo del proceso.

ASPECTOS POSITIVOS

- El alcance de las actividades que gestiona el proceso como mecanismos de planificación, seguimiento, sensibilización del personal y de comunicación internas las cuales contribuyen al logro de la eficacia del SGC

ASPECTOS POR MEJORAR

- Fusionar el Proceso Gestión de la Calidad Administrativa con el Proceso de Dirección Institucional, teniendo en cuenta que sus actividades apoyan la planificación, seguimiento y control del SGC de la institución y el cumplimiento de los objetivos misionales.
- Se recomienda revisar y ajustar la documentación establecida para el proceso CAD.01 Caracterización del Proceso, GAD.01 Guía para la Gestión de la Calidad Administrativa y los respectivos registros aplicables, orientándola al nuevo enfoque que incluye "Planificación de cambios al SGC", "Apoyo para la planificación, ejecución de la Revisión por la Dirección" y "Actividades de seguimiento y control al SGC, tales como: seguimiento a la ejecución de programas de capacitación y sensibilización del SGC, seguimiento del producto/servicio no conforme y PQRS, planificación y ejecución del comité de calidad, seguimiento a la definición y ejecución del plan de comunicaciones que asegure la eficacia del sistema..."

NO CONFORMIDADES

- No se evidenció los lineamientos a seguir para la Planificación de cambios al Sistema de Gestión de la Calidad, incumpliendo lo establecido en el requisito 5.4.2 de la NTC ISO 9001:2000.

OBSERVACIONES

- Verificar en la próxima auditoría interna la gestión del Proceso Dirección Institucional, en donde ya estarán integradas las actividades de control y soporte al SGC definidas para en el actual proceso de Gestión de la Calidad Administrativa.

2.2 PROCESO ADMISIONES Y REGISTRO ACADEMICO

No se han configurado e implementado en el proceso los siguientes requisitos establecidos en la norma NTC-ISO 9001:2000 y básicos para garantizar la implementación eficaz del Sistema de Gestión de la Calidad:

- Aprobación de los documentos según lo establecido en el procedimiento de control de documentos.
- Definición de indicadores que permitan evaluar el cumplimiento del objetivo del proceso (Subprocesos) y la medición del producto.
- Reporte y tratamiento de producto no conforme, acciones correctivas y preventivas.
- Evaluación de la percepción de los beneficiarios de los servicios de cada proceso
- Reporte y tratamiento a las quejas y reclamos de los usuarios de los servicios.

ASPECTOS POSITIVOS

- La sistematización del proceso de matrícula porque agiliza el trámite y brinda al estudiante la posibilidad de realizar esta actividad desde cualquier lugar.
- Las actividades de divulgación de los programas de la Universidad en convenio con otras universidades porque permite un gran cobertura.
- Las actividades de planeación de admisiones y matrículas las cuales están sujetas al calendario académico.

ASPECTOS POR MEJORAR

- Establecer una planeación anual de los eventos o actividades de divulgación de los programas académicos de la Universidad.
- Fortalecer los mecanismos existentes en el proceso para el control de las resoluciones y acuerdos donde se establecen disposiciones para el desarrollo del proceso.
- Incluir dentro del subproceso los criterios definidos para la selección de los aspirantes según el nuevo examen del estado.
- Revisar el objetivo del subproceso de Admisiones específicamente los requisitos de oportunidad y confiabilidad ya que estos son implícitos.
- Incorporar dentro del proceso todos los requisitos legales (Normas, Decretos) aplicables al proceso.
- Fortalecer las actividades de socialización con las unidades académicas con el fin de registrar oportunamente las calificaciones.
- Actualizar el Reglamento Estudiantil con el fin de entregarlo a los estudiantes en el inicio del segundo periodo académico del 2007.

NO CONFORMIDADES

- No se evidencian los criterios para la protección del registro de calificación (hojas de vida) de tal forma que se garantice la seguridad de dicha información, incumpliendo lo establecido en el requisito 7.5.5 de la NTC ISO 9001:2000.

OBSERVACIONES

- Estandarizar las actividades de organización y desarrollo de las actividades de divulgación y promoción de los programas académicos de la Universidad.
- Incorporar dentro del Sistema de Gestión de la Calidad la presentación y videos desarrollados para las actividades de divulgación de las carreras universitarias que tiene la UIS.
- Mejorar el sistema de generación de registros académicos con el fin de disminuir los tiempos de entrega y ampliar los tiempos de atención.

2.3 PROCESO BIBLIOTECA

No se han configurado e implementado en el proceso los siguientes requisitos establecidos en la norma NTC-ISO 9001:2000 y básicos para garantizar la implementación eficaz del Sistema de Gestión de la Calidad:

- Aprobación de los documentos según lo establecido en el procedimiento control de documentos.
- Definición de indicadores que permitan evaluar el cumplimiento del objetivo del proceso (Subprocesos) y la medición del producto.
- Reporte y tratamiento de producto no conforme, acciones correctivas y preventivas.
- Evaluación de la percepción de los beneficiarios de los servicios de cada proceso
- Reporte y tratamiento a las quejas y reclamos de los usuarios de los servicios.

ASPECTOS POSITIVOS

- El plan de mejora que se adelanta desde hace varios años enfocado en fortalecer la infraestructura, la adquisición de base de datos y colecciones actualizadas para ofrecer un mejor servicio a sus beneficiarios.
- La metodología establecida para construir los documentos de los subprocesos porque fomenta la participación del personal y busca incorporar todas las actividades críticas que se desarrollan en los subprocesos.
- Las alianzas realizadas con otras universidades para acceder a Bases de Datos especializadas que requieren altas inversiones.
- La utilización de herramientas informáticas (software) para facilitar el desarrollo del proceso y agilizar las consultas bibliográficas al usuario.

ASPECTOS POR MEJORAR

- Establecer las recomendaciones necesarias para la preservación del producto (Libros) donde se incluya la manipulación, embalaje y proyección que actualmente se hace al material bibliográfico.

- Fortalecer las actividades de socialización con las unidades académicas para la identificación del material bibliográfico que se requiere en cada escuela.
- Fortalecer las actividades de socialización de los documentos establecidos en el proceso a todas las Unidades Académicas.

NO CONFORMIDADES

No se encontraron.

OBSERVACIONES

- Mejorar el análisis de los datos estadísticas generadas en el proceso.

2.4 PROCESO BIENESTAR ESTUDIANTIL

No se han configurado e implementado en el proceso los siguientes requisitos establecidos en la norma NTC-ISO 9001:2000 y básicos para garantizar la implementación eficaz del Sistema de Gestión de la Calidad:

- Aprobación de los documentos según lo establecido en el procedimiento control de documentos.
- Definición de indicadores que permitan evaluar el cumplimiento del objetivo del proceso (Subprocesos) y la medición del producto.
- Reporte y tratamiento de producto no conforme, acciones correctivas y preventivas.
- Evaluación de la percepción de los beneficiarios de los servicios de cada proceso
- Reporte y tratamiento a las quejas y reclamos de los usuarios de los servicios.

ASPECTOS POSITIVOS

- El plan de mejora de la infraestructura de la División lo que ha permitido mejorar equipos e instalaciones.
- Los programas existentes a nivel educativo-preventivos por que tienen un alcance e impacto significativo y contribuyen en el mejoramiento de la calidad de vida del estudiantado.
- Las actividades de contratación de proveedores de materias primas e insumos para comedores porque ha permitido mejorar la calidad de los productos adquiridos y a su vez la optimización de los mismos.

ASPECTOS POR MEJORAR

- Fortalecer los mecanismos existentes en el proceso para el control de las resoluciones y acuerdos donde se establecen disposiciones para el desarrollo del proceso.
- Revisar continuamente los documentos (procedimientos, instructivo, manuales y guías) establecidos en el proceso con el fin de asegurar la inclusión de todas las actividades desarrolladas para el alcance planteado.
- Incluir dentro del listado maestro de documentos externos toda la normatividad aplicable como por ejemplo el Decreto 1011 de 2006 y otros.
- Establecer las recomendaciones necesarias para la operación y manipulación de los equipos existentes en el área de comedores tales como la Caldera y Cuartos Fríos.

- Elaborar los planes de calidad para cada uno de los programas educativo-preventivos que adelanta el subproceso con el fin de realizar una adecuada planeación de todas las actividades, recursos y controles necesarios para garantizar el cumplimiento del objetivo planteado.
- Reforzar las actividades de socialización con el personal que manipula alimentos para culturizarlos de la importancia de utilizar los elementos necesarios para mantener la inocuidad de los alimentos.
- Incorporar dentro de los requisitos por cumplir el Decreto 3075 de 1997 y establecer las disposiciones necesarias para asegurar su cumplimiento.
- Mejorar la identificación y gestión realizada sobre el ambiente de trabajo necesario para lograr la conformidad de los requisitos del producto.

NO CONFORMIDADES

- No se evidencia la programación de calibración y mantenimiento de los instrumentos de medición (Manómetros Winters de 0-300 psi y 0-58 psi) que son básicos para la operación de la caldera. (Requisito 7.6 de la NTC ISO 9001:2000)
- No se evidencia un adecuado manejo y organización de los alimentos existentes en el cuarto frío, se encontraron en el mismo lugar materias primas, alimentos y otros productos tales como bebidas los cuales no son compatibles para su almacenamiento. (Requisito 7.5.5 de la NTC ISO 9001:2000)
- No se evidencia los carnés de manipulación de alimentos por parte del personal de la sección de comedores, el cual es un requisito establecido por la Secretaria de Salud.
- No se evidencia la estandarización de los cuidados necesarios para el almacenamiento y manipulación de las materias primas en la bodega con el fin garantizar una preservación inocua. (Requisito 7.5.5 de la NTC ISO 9001:2000)
- No se evidencian los registros de laboratorio para el análisis de control de calidad de los alimentos procesados en Comedores (Requisito 8.2.4 de la NTC ISO 9001:2000).

OBSERVACIONES

- Mejorar el análisis de las causas de incapacidades presentadas por los alumnos con el fin de identificar las más repetitivas y plantear acciones de mejora.
- Actualizar el programa (Sistema) de minutas con el fin de eliminar aquellas que hoy no se utilizan.
- Incorporar dentro del Sistema de Gestión de la Calidad las presentaciones desarrolladas en los programas educativo-preventivos, igualmente el portafolio de servicios de la División y establecer el control necesario para asegurar el uso de versiones actualizadas.

2.5 PROCESO COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL

No se han configurado e implementado en el proceso los siguientes requisitos establecidos en la norma NTC-ISO 9001:2000 y básicos para garantizar la implementación eficaz del Sistema de Gestión de la Calidad:

- Aprobación de los documentos según lo establecido en el procedimiento control de documentos.
- Definición de indicadores que permitan evaluar el cumplimiento del objetivo del proceso (Subprocesos) y la medición del producto.
- Reporte y tratamiento de producto no conforme, acciones correctivas y preventivas.

- Evaluación de la percepción de los beneficiarios de los servicios de cada proceso
- Reporte y tratamiento a las quejas y reclamos de los usuarios de los servicios.

ASPECTOS POSITIVOS

- Las actividades de coordinación del Comité de Medios, Comité de Prensa, Comité de Radio, Comité de TV como organismos para la planeación y seguimiento de los compromisos adquiridos por el equipo de trabajo de comunicaciones.
- La producción de medios audiovisuales para recopilar la historia del acontecer universitario.

ASPECTOS POR MEJORAR

- Identificar y controlar los proveedores de los diferentes medios ya sea Prensa, Televisión y Radio con el fin de garantizar la eficacia en la prestación del servicio de Comunicación Institucional.
- Identificar por cada medio la legislación y reglamentación aplicable para garantizar el control de documentos externos.
- Fortalecer la implementación de los requisitos de Diseño y Desarrollo en Prensa, Radio y Televisión de acuerdo a las necesidades particulares de cada uno de los medios.

NO CONFORMIDADES

- No se evidenció el control de documentos externos en referencia a Legislación sobre Derechos de Autor, Información sobre ISSN y licencias para funcionamiento del Radio, incumpliendo el requisito 4.2.3 de la NTC ISO 9001:2000.
- No se evidenció la selección, evaluación y reevaluación de proveedores como la División de Publicaciones, Canal TRO, Vanguardia Liberal de acuerdo a lo establecido en el numeral 7.4 Compras de la NTC-ISO 9001:2000.

OBSERVACIONES

- No se encontraron

2.6 PROCESO CONTRATACION

No se han configurado e implementado en el proceso los siguientes requisitos establecidos en la norma NTC-ISO 9001:2000 y básicos para garantizar la implementación eficaz del Sistema de Gestión de la Calidad:

- Aprobación de los documentos según lo establecido en el procedimiento control de documentos.
- Definición de actividades de seguimiento e indicadores que permitan evaluar el cumplimiento del objetivo del proceso.
- Reporte y tratamiento de producto no conforme, acciones correctivas y preventivas.

Para el numeral 7.4.1 en lo referente a selección (<50 SMLMV), evaluación y reevaluación de proveedores no fue posible evidenciar su grado de implementación, por lo anterior, es conveniente verificar su cumplimiento en la próxima auditoría interna. De igual forma, se debe verificar el cumplimiento del requisito 7.4.3 Verificación del Producto Comprado.

ASPECTOS POSITIVOS

- La metodología planteada para establecer los criterios a aplicar para la evaluación de proveedores.
- Se resalta la gestión, mecanismos de control (como comités, reuniones, supervisión, seguimiento e interventoría a las obras) y el manejo o administración de la información relacionada con los contratos "licitación pública" bajo la responsabilidad y control del proceso. Por lo anterior, estas buenas prácticas pueden ser socializadas a los demás entes internos que participan del proceso, con el fin de fortalecer la gestión global del proceso de contratación a nivel institucional.
- El sistema financiero y la página web de la UIS como mecanismos de comunicación y apoyo a la gestión de contratación.

ASPECTOS POR MEJORAR

- Revisar en forma general el documento CCO.01 Caracterización del Proceso Contratación Institucional, teniendo en cuenta que el alcance de este proceso involucra todas las actividades de contratación de bienes y servicios que se realizan en la institución. Tener especial atención en: objetivo, alcance, interrelaciones, actividades, responsables (indicar cargos), recursos (incluir medios de comunicación), requisitos (del cliente/legales y reglamentarios/NTC ISO 9001:2000), seguimiento y medición (indicadores) del proceso.
- Asegurar la implementación adecuada del requisito 7.4.3 Verificación del Producto Comprado para las contrataciones de bienes y servicios < 50 SMLMV, incluyendo lo referente al control de productos no conformes que se detecten en la relación con el proveedor (registrarlos, definir acciones para corregirlos y verificar que se eliminó o se solucionó el problema o situación presentada con el contrato u orden). Tener en cuenta que esta información alimenta la evaluación del proveedor.
- Revisar la normatividad aplicable, con el fin de verificar su cumplimiento, teniendo en cuenta que se evidenció que no se cumple lo establecido en la Resolución No. 809 de 2005 - Artículo 9, donde se define que el Director de Contratación y Proyectos de Inversión debe presentar trimestralmente los resultados de su gestión al Rector de la Universidad.
- Definir y comunicar los lineamientos a seguir por todas las UAA involucradas con la ejecución de las actividades de este proceso para contrataciones de bienes y servicios < 50 SMLMV, que faciliten el control de la gestión global del proceso de "Contratación Institucional".
- Incluir dentro de los criterios para evaluar y escoger la mejor opción de compra de bienes y servicios los resultados de la evaluación de desempeño de los proveedores (evaluación y reevaluación de los proveedores).
- Coordinar con el Proceso Seguimiento Institucional una(s) sesiones o reuniones en la cual(es) se difunda la metodología utilizada para definir y efectuar seguimiento al "Avance del Plan de Mejoramiento" resultante de las auditorias externas realizadas (Contraloría General de Santander), con el fin de asegurar una comunicación eficaz para la realización de esta actividad que involucra al personal de los dos procesos y a su vez, es fuente prioritaria para generar mejoramiento continuo al proceso.

NO CONFORMIDADES

- No se cuenta con una metodología aprobada e implementada para la evaluación y reevaluación de proveedores de la institución, incumpliendo los lineamientos establecidos en el requisito de Compras (7.4.1 de la NTC ISO 9001:2000).

OBSERVACIONES

- Realizar la evaluación y reevaluación de proveedores apoyados en una herramienta o software que facilite esta actividad debido al volumen de información que se maneja.
- Como aporte a este aspecto, se recomienda elaborar unas listas de verificación que permitan controlar que los contratos/ordenes (establecidos de acuerdo a los diferentes montos) cumplan los requisitos establecidos por la institución, herramienta que facilita realizar su actividad de control tanto al proceso de contratación, como a seguimiento institucional, facilita las auditorias internas / externas y a su vez a los entes internos involucrados con la ejecución de las actividades de contratación.
- Coordinar con Seguimiento Institucional una(s) sesiones o reuniones en la cual(es) se difunda el objetivo y metodología del plan de gestión, teniendo especial interés en la definición de los programas/proyectos a desarrollar, seguimiento realizado al avance, teniendo en cuenta que esta actividad es un mecanismo valioso de la institución para generar mejoramiento continuo en los procesos.
- Analizar si el recurso humano con el cual cuenta actualmente el proceso es suficiente para cumplir con el objetivo establecido para el mismo, teniendo en cuenta el grado de responsabilidad y alcance del proceso de Contratación a nivel institucional.
- Efectuar seguimiento periódico al avance de los planes y proyectos establecidos en el Plan de Gestión 2007, teniendo en cuenta que el proyecto registrado en el Programa de Gestión 2007 "Sistema de Información de Contrataciones" a desarrollar entre contratación y sistemas de información es vital para mejorar la gestión, y de su eficaz desarrollo depende el mejoramiento de la contratación en línea, lo cual, facilita la elaboración del plan de compras de la institución.

2.7 PROCESO FINANCIERO

No se han configurado e implementado en el proceso los siguientes requisitos establecidos en la norma NTC-ISO 9001:2000 y básicos para garantizar la implementación eficaz del Sistema de Gestión de la Calidad:

- Aprobación de los documentos según lo establecido en el procedimiento control de documentos
- Definición de indicadores que permitan evaluar el cumplimiento del objetivo del proceso (Subprocesos) y la medición del producto.
- Reporte y tratamiento de producto no conforme, acciones correctivas y preventivas.
- Evaluación de la percepción de los beneficiarios de los servicios del proceso
- Reporte y tratamiento a las quejas y reclamos de los usuarios de los servicios.

ASPECTOS POSITIVOS

- El plan de mejora de simplificación porque agiliza los trámites del proceso y reduce el volumen de copias de los registros generados.
- La cultura de estandarización de las actividades desarrolladas en el proceso porque facilita su aplicación, dado que es un proceso neurálgico en las actividades que desarrollan todas las unidades académicas y administrativas de la Universidad.
- La gestión financiera desarrollada lo que ha permitido obtener unos rendimientos por encima de los promedios del mercado.

ASPECTOS POR MEJORAR

- Fortalecer los mecanismos existentes en cada proceso para el control de las resoluciones y acuerdos donde se establecen disposiciones para el desarrollo del proceso.
- Es importante plantear indicadores que evalúen lo definido en el objetivo del proceso “Administrar eficientemente los recursos financieros de la Universidad”
- Fortalecer las actividades de socialización de los documentos establecidos en el proceso a todas las Unidades Administrativas y Académicas con el fin de asegurar una adecuada implementación por parte del personal de estas áreas.
- Formalizar las acciones correctivas que se han desarrollado en el proceso
- Incluir dentro del listado maestro de documentos externos el Decreto 2627 de 1993.
- Incluir dentro del SGC el plan de cuentas presupuestales

NO CONFORMIDADES

- No se evidencia los mecanismos para el control de los registros del archivo de gestión de presupuesto específicamente en cuanto a: Retención, almacenamiento y disposición.

OBSERVACIONES

- Mejorar el registro o evidencia de las acciones planteadas y desarrolladas para solucionar los hallazgos reportados por los entes externos como la Contraloría.
- Incluir dentro del Sistema de Gestión de Calidad el documento de ayuda creado para facilitar las respuestas a las inquietudes del proceso por parte del personal de la Universidad.

2.8 PROCESO GESTIÓN CULTURAL

No se han configurado e implementado en el proceso los siguientes requisitos establecidos en la norma NTC-ISO 9001:2000 y básicos para garantizar la implementación eficaz del Sistema de Gestión de la Calidad:

- Aprobación de los documentos según lo establecido en el procedimiento control de documentos.
- Definición de indicadores que permitan evaluar el cumplimiento del objetivo del proceso (Subprocesos) y la medición del producto.
- Reporte y tratamiento de producto no conforme, acciones correctivas y preventivas.
- Evaluación de la percepción de los beneficiarios de los servicios de cada proceso

- Reporte y tratamiento a las quejas y reclamos de los usuarios de los servicios.

Igualmente no se audito el subproceso de Formación Integral de la Comunidad Universitaria porque no se tenía implementado en el momento de la auditoria interna.

ASPECTOS POSITIVOS

- Las inversiones realizadas para mejora de las instalaciones de funcionamiento de la División porque genero espacios de trabajo para los grupos culturales.
- Los planes de mejora propuestos para fortalecer el proceso tales como: El desarrollo del Software de alquileres del auditorio por medio de Internet; La Iluminación profesional y sonido para el Auditorio Luis A. Calvo y la compra del piano para conciertos porque asegura el cumplimiento de los estándares de calidad requeridos para ofrecer los servicios.
- El desarrollo del software en proyecto del proceso Gestión Cultural donde se puede informar a la comunidad universitaria los múltiples eventos a realizar y cómo se encuentra conformado cada uno de los grupos culturales.

ASPECTOS POR MEJORAR

- Estandarizar el seguimiento de los equipos e infraestructura existente en los escenarios para garantizar el cumplimiento de los requisitos exigidos por los beneficiarios antes de realizar el evento.
- Continuar con el desarrollo de estrategias para asegurar la permanencia de los estudiantes en los diferentes grupos culturales.

NO CONFORMIDADES

- No se evidenciaron los permisos Legales (Permiso de la Alcaldía) para la realización del evento "Que Dios nos ampare" realizado en el Auditorio Luis A Calvo el 29 de junio/07, incumpliendo lo establecido en el procedimiento de alquiler del Luis A. Calvo PCU.02 versión 1.

OBSERVACIONES

- No se encontraron

2.9 PROCESO GESTIÓN DE LA INVESTIGACIÓN Y EXTENSIÓN

No se han aprobado e implementado en el proceso los siguientes requisitos establecidos en la norma NTC-ISO 9001:2000 y básicos para garantizar la implementación eficaz del Sistema de Gestión de la Calidad:

- Aprobación de los documentos según lo establecido en el procedimiento control de documentos.
- Indicadores y actividades de seguimiento que permitan evaluar el cumplimiento del objetivo del proceso (Subprocesos).
- Reporte y tratamiento de producto no conforme, acciones correctivas y preventivas.

- Evaluación de la percepción de los beneficiarios de los servicios de cada proceso

ASPECTOS POSITIVOS

- La calidad de la documentación elaborada para el proceso y subprocesos, obtenida como resultado de un trabajo en equipo.
- Aunque se cuenta actualmente con herramientas o sistema de información internos "excel" sobresale el proyecto de diseñar un software que permita realizar seguimiento y control a los proyectos que se gestionan en el subproceso de Gestión y Promoción de la Investigación.
- Los proyectos en desarrollo 2007 y definidos en el Plan de Gestión del año 2008, como fuentes de mejoramiento continuo y fortalecimiento de la gestión del proceso y sus procesos.
- Los mecanismos implementados para el seguimiento a la gestión del proceso y subprocesos, bajo la orientación de los líderes, a través, de reuniones o comités se permiten el análisis de información, fomentar el mejoramiento continuo y la toma de decisiones efectivas.
- La herramienta existente "Sistema de Información de Extensión Universitaria", para el control contractual de los proyectos.

ASPECTOS POR MEJORAR

- Agilizar la implementación del Sistema en los subprocesos Gestión y Protección de la Propiedad Intelectual y Gestión y Promoción de la Extensión.
- Revisar y mejorar el documento GIE.01 Guía de Organización de Eventos, en lo referente a: - Diseño e inclusión de un formato "lista de verificación" que evidencie en la actividad "Coordinación de la organización" la verificación de la organización logística del evento. De igual forma en el ítem 5.2 Organización para eventos externos en los cuales participa la VIE incluir el anterior formato para evidenciar en la actividad "Asistir al evento" la verificación de la logística.
- Asegurar que en el Listado Maestro de Registros se incluyan todos los registros externos e internos aplicables al proceso y subprocesos, de igual forma que el Listado Maestro de Documentos Externos contenga todos los documentos externos aplicables al proceso.
- Revisar y mejorar los Procedimientos PIE.03 Trámite de Actividades de Extensión y PIE.01 Administración en la Ejecución de Proyectos de Investigación y Extensión, las actividades que involucran modificaciones a propuestas, contratos o convenios, incluyendo:
 - Registro de la modificación.
 - Tipo de modificaciones que se pueden presentar.
 - Responsables de revisión y aprobación de la modificación.
 - Comunicación de la modificación a los involucrados.
- Aunque sobresale la gestión realizada para desarrollar el portafolio de servicios que contiene información institucional e información de los grupos de investigación, es importante agilizar esta gestión teniendo en cuenta que se tiene proyectado la elaboración de los portafolios correspondientes a los grupos e investigación reconocidos y posteriormente, integrarlos para consolidar el portafolio de la institución.

NO CONFORMIDADES

- Se evidencia que no todos los proyectos de extensión de la institución son controlados bajo los lineamientos establecidos por el Subproceso Gestión de Promoción y Extensión (sólo se incluyen los que requieren firma del Rector), aunque se cuenta con la herramienta "Sistema de Información

de Extensión Universitaria" para su control. Lo anterior, incumple la norma NTC ISO 9001:2000, en sus requisito: 7.1 Planificación de la Realización del Producto.

OBSERVACIONES

No se encontraron.

2.10 PROCESO GESTION DOCUMENTAL

No se han configurado e implementado en el proceso los siguientes requisitos establecidos en la norma NTC-ISO 9001:2000 y básicos para garantizar la implementación eficaz del Sistema de Gestión de la Calidad:

- Aprobación de los documentos según lo establecido en el procedimiento control de documentos.
- Definición de actividades de seguimiento e indicadores que permitan evaluar el cumplimiento del objetivo del proceso (Subprocesos) y la medición del producto.
- Reporte y tratamiento de acciones correctivas y preventivas.

Para los numerales 4.2.3 Control de Documentos y 4.2.4 Control de Registros no fue posible evidenciar su grado de implementación, por lo anterior, es conveniente verificar su cumplimiento en la próxima auditoría.

ASPECTOS POSITIVOS

- La gestión que desarrolla el Comité de Archivo, sin embargo es importante asegurar que en su agenda se de cumplimiento a todas las funciones asignadas para el mismo, según el Acuerdo No. 037 de 2007.
- La infraestructura, el orden, la limpieza de las instalaciones y la organización de la información que circula en el subproceso gestión de correspondencia.

ASPECTOS POR MEJORAR

- Analizar y gestionar los recursos requeridos para suplir las necesidades detectadas por el subproceso de Gestión Archivística (tales como: infraestructura, condiciones ambientales adecuadas), con el fin de poder dar cumplimiento a los requisitos establecidos en la Ley General de Archivo "Ley 594 del 2000".
- Establecer estrategias que aseguren la participación activa del personal en las actividades y capacitaciones que se programen sobre el tema de archivo, con el fin de mejorar el manejo del archivo en las Unidades Administrativas y Académicas.
- Analizar y definir el recurso humano requerido (cargo responsable) por parte de Secretaria General para apoyar las actividades establecidas en el subproceso Gestión de Producción y Control de Documentos y así dar cumplimiento a las actividades establecidas en el "Procedimiento de Control de Documentos".
- Incluir dentro de la documentación elaborada para la "Correspondencia recibida" las actividades a seguir para la recepción de documentos de ley, como es el caso de tutelas.

- Revisar y diligenciar en su totalidad el Listado Maestro de Registros para el proceso y subprocesos, teniendo en cuenta que deben estar consignados todos los registros de origen interno y externo aplicables.

NO CONFORMIDADES

- No se tienen definido los criterios para el control de documentos externos (responsables, periodicidad, fuente de actualización, acceso a la consulta de los documentos actualizados, entre otros) de tal forma que se garantice tener las últimas versiones. (Requisito 4.2.3 Control de Documentos de la NTC ISO 9001:2000)
- No se evidencia la radicación de la totalidad de la correspondencia enviada por parte de las Unidades Académicas y Administrativas según lo establecido en el procedimiento de Correspondencia Enviada. (Requisitos 4.2.4 Control de Registros).

OBSERVACIONES

- No se encontraron

2.11 PROCESO RECURSOS FISICOS

No se han configurado e implementado en el proceso los siguientes requisitos establecidos en la norma NTC-ISO 9001:2000 y básicos para garantizar la implementación eficaz del Sistema de Gestión de la Calidad:

- Aprobación de los documentos según lo establecido en el procedimiento control de documentos.
- Definición de indicadores que permitan evaluar el cumplimiento del objetivo del proceso (Subprocesos) y la medición del producto.
- Reporte y tratamiento de producto no conforme, acciones correctivas y preventivas.
- Evaluación de la percepción de los beneficiarios de los servicios de cada proceso
- Reporte y tratamiento a las quejas y reclamos de los usuarios de los servicios.

ASPECTOS POSITIVOS

- La utilización del software de Recursos Físicos por que facilita la gestión y control de las solicitudes al proceso, permitiendo cumplir con los requisitos de los beneficiarios.
- Las reuniones periódicas del líder con los miembros del subproceso de seguridad y vigilancia como mecanismo para la planeación de estrategias que garanticen la seguridad de la comunidad universitaria.
- Las acciones de mejora que actualmente se ejecutan, como el programa de señalización de la universidad, la promesa de visitar al beneficiario antes de 24 horas.

ASPECTOS POR MEJORAR

- Incluir en el alcance del proceso de Recursos Físicos la administración de los contratos de arrendamiento de instalaciones dentro de la Universidad que esta bajo responsabilidad de este proceso,
- Definir el mecanismo de implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en las sedes Guatiguará y Bucarica
- Realizar una campaña de orden y aseo con el fin de mejorar la eficiencia en la operación de los subprocesos que integran el proceso de Recursos Físicos.

NO CONFORMIDADES

- No se evidencia la estandarización de las actividades de planeación del subproceso de Mantenimiento Físico.

OBSERVACIONES

- No se encontraron

2.12 PROCESO RECURSOS TECNOLOGICOS

No se han configurado e implementado en el proceso los siguientes requisitos establecidos en la norma NTC-ISO 9001:2000 y básicos para garantizar la implementación eficaz del Sistema de Gestión de la Calidad:

- Definición de indicadores que permitan evaluar el cumplimiento del objetivo del proceso (Subprocesos) y la medición del producto.
- Reporte y tratamiento de producto no conforme, acciones correctivas y preventivas.
- Reporte y tratamiento a las quejas y reclamos de los usuarios de los servicios.

ASPECTOS POSITIVOS

- Se resalta la aplicación Sistema de Información de Mantenimiento (SIMAT) para manejo y control del proceso.

ASPECTOS POR MEJORAR

- Agilizar la implementación de los documentos construidos en el proceso para asegurar una aplicación eficaz y los ajustes necesarios.
- Identificar e incorporar la totalidad de equipos de medición críticos existentes en los procesos de la Universidad para asegurar su control.
- Establecer para los equipos de medición críticos o de alto impacto las recomendaciones necesarias para la manipulación y almacenamiento.
- Realizar un inventario general y actualizado de los equipos a calibrar.
- Establecer un formato único donde se establezca el cronograma general de Calibración, verificación y mantenimiento de los equipos utilizados por la Universidad
- Dejar en cada equipo calibrado una identificación (etiquetas) para poder determinar el estado de calibración

- Definir los criterios de evaluación cada uno de los certificados suministrados por los proveedores del servicio de calibración.
- Establecer los mecanismos de seguimiento y control para el cumplimiento estricto de el cronograma de calibración si es posible dejar seguimiento

NO CONFORMIDADES

- Se encontraron los siguientes equipos en los procesos de Sistemas de Información (Equipo certificador de puntos de red) y Bienestar Estudiantil (manómetros de la Caldera) los cuales no están referenciados en el programa de calibración existente, de tal forma que se asegure la presencia de equipos confiables. (Requisito 7.6 Control de dispositivos de seguimiento y medición).

OBSERVACIONES

- Establecer una fecha programada de entrega del servicio una vez determinado el diagnóstico del equipo.
- Implantar un mecanismo efectivo para el control diario del cumplimiento de las ordenes de servicio (tanto abiertas como pendientes) con el fin de tomar las acciones para cumplir con los tiempos establecidos
- Establecer el mecanismo del control diario de la capacidad de carga de los recursos del proceso a fin de poder asignar de mejor forma el tiempo de entrega de los nuevos servicios.
- Dejar evidencia de las asesorías realizadas al personal de la universidad acerca de la identificación de riesgos
- Realizar una guía donde se especifique los criterios de las compras que se realizan con repetición con el fin de dar mayor agilidad a este trámite

2.13 PROCESO RELACIONES INTERINSTITUCIONALES

No se han configurado e implementado en el proceso los siguientes requisitos establecidos en la norma NTC-ISO 9001:2000 y básicos para garantizar la implementación eficaz del Sistema de Gestión de la Calidad:

- Aprobación de los documentos según lo establecido en el procedimiento control de documentos.
- Definición de indicadores que permitan evaluar el cumplimiento del objetivo del proceso (Subprocesos) y la medición del producto.
- Reporte y tratamiento de producto no conforme, acciones correctivas y preventivas.
- Evaluación de la percepción de los beneficiarios de los servicios de cada proceso
- Reporte y tratamiento a las quejas y reclamos de los usuarios de los servicios.

ASPECTOS POSITIVOS

- El consolidado existente de las estadísticas de los convenios con Universidades y Entidades Externas, lo cual permite un control y seguimiento para su renovación.
- Las mejoras proyectadas para el proceso tales como la consejería estudiantil y continuar con la labor de organización de registros y documentos del proceso.

ASPECTOS POR MEJORAR

- Limitar el alcance del proceso de relaciones interinstitucionales de intercambio académico a los estudiantes de pregrado y docentes de acuerdo a la realidad del proceso.
- Utilizar otros medios de difusión a la Comunidad Universitaria para comunicar los servicios del proceso de Relaciones Interinstitucionales de Intercambio Académico.
- Fortalecer las actividades de socialización de los documentos establecidos en el proceso a todas las Unidades Académicas con el fin de asegurar una adecuada implementación por parte del personal de estas áreas.
- Identificar para cada tipo de beneficiario ya sea estudiante de pregrado o docente los requisitos que exigen, para tener claridad en su cumplimiento y respectiva medición.

NO CONFORMIDADES

- No se evidencian actividades de planeación general que contribuyan al logro del objetivo y los objetivos estratégicos del plan de gestión institucional que le corresponden al proceso de relaciones interinstitucionales de intercambio académico, incumpliendo el requisito 7.1 de la NTC-ISO 9001:2000.

OBSERVACIONES

- No se encontraron.

2.14 PROCESO SISTEMAS DE INFORMACIÓN

No se han configurado e implementado en el proceso los siguientes requisitos establecidos en la norma NTC-ISO 9001:2000 y básicos para garantizar la implementación eficaz del Sistema de Gestión de la Calidad:

- Aprobación de los documentos según lo establecido en el procedimiento de control de documentos.
- Definición de indicadores que permitan evaluar el cumplimiento del objetivo del proceso (Subprocesos) y la medición del producto.
- Reporte y tratamiento de producto no conforme, acciones correctivas y preventivas.
- Evaluación de la percepción de los beneficiarios de los servicios de cada proceso
- Reporte y tratamiento a las quejas y reclamos de los usuarios de los servicios.

ASPECTOS POSITIVOS

- Las copias de seguridad y las herramientas disponibles para garantizar la preservación de la información existente en las bases de datos de los sistemas de información que posee la universidad.
- La cobertura de red para el 100% de los equipos de cómputo existentes en la Sede principal de la Universidad y en las sedes alternas.
- Los sistemas de información existentes para facilitar el desarrollo de procesos transversales en la Universidad.

- El plan de gestión para mejorar la plataforma tecnológica existente (hardware, software) con el fin de mantenerse actualizado.
- El plan de formación para mejorar las competencias del talento humano del proceso.
- La flexibilidad para adaptarse a los requerimientos de la Institución.

ASPECTOS POR MEJORAR

- Integrar los esfuerzos desarrollados por diferentes unidades tales como el Insed, Cedeuis y el Centic con respecto al soporte pedagógico a las diferentes unidades académicas.
- Revisar los documentos construidos en el proceso con el fin de asegurar la incorporación de todas las actividades desarrolladas y lograr la estandarización del mismo.
- Fortalecer la aplicación de los conceptos de revisión, verificación y validación en el mantenimiento y desarrollo de software.
- Fomentar en todas las unidades académicas y administrativas el cumplimiento de las políticas de ampliación y modificación de la red de datos.
- Agilizar la implementación de los formatos diseñados en el proceso con el fin de evaluar su aplicabilidad o plantear los ajustes necesarios.
- La planeación proactiva de cambios necesarios en los sistemas de información de tal forma que permita una mayor eficiencia en los ajustes requeridos.

NO CONFORMIDADES

- No se evidencia el control de planos de la red de datos con el fin de garantizar la utilización de las versiones actualizadas.
- Se encontró el registro de calibración del Equipo certificador de puntos de red desactualizado (9-13-06), igualmente no se evidencia el programa de calibración de dicho equipo.

OBSERVACIONES

- Incorporar dentro del Sistema de Gestión de la Calidad los documentos existentes de especificaciones de los sistemas de información y la metodología de desarrollo de software.
- Utilizar un sistema de información para las solicitudes de mantenimiento y desarrollo de software con el fin de facilitar la planeación, control y seguimiento de las actividades del proceso.
- Ajustar el nombre del proceso Sistema de Información por Servicios Informáticos y de Telecomunicaciones.

2.15 PROCESO TALENTO HUMANO

No se han configurado e implementado en el proceso los siguientes requisitos establecidos en la norma NTC-ISO 9001:2000 y básicos para garantizar la implementación eficaz del Sistema de Gestión de la Calidad:

- Aprobación de los documentos según lo establecido en el procedimiento control de documentos.
- Definición y aprobación de indicadores que permitan evaluar el cumplimiento del objetivo del proceso (Subprocesos).
- Reporte y tratamiento de acciones correctivas y preventivas.

Para el numeral 6.2 Recurso Humano en lo referente al cumplimiento de perfiles de competencia de los cargos aprobados formalmente dentro del SGC (especialmente, en cuanto a habilidades y formación), evaluación de la eficacia de la capacitación y/o entrenamiento al personal, no fue posible evidenciar su grado de implementación, por lo anterior, es conveniente verificar su cumplimiento en la próxima auditoría interna.

No se auditaron los subprocesos de “Administración de la Compensación Salarial” y “Asuntos Pensionales”, a los cuales se debe verificar su cumplimiento en la próxima auditoría interna.

ASPECTOS POSITIVOS

- La hoja de control y foliación establecida para asegurar el cumplimiento de los requisitos del proceso de selección.
- Las actividades del Subproceso de inducción que se realiza al personal docente.
- El proceso actual de evaluación de docentes.
- El sistema de información en desarrollo para seguimiento de vencimiento de tenencias.
- El Boletín Jornada para el conocimiento institucional y el programa de inducción al personal docente.
- El estudio anual de clima organizacional que actualmente se realiza en la institución y la gestión de orientación, coordinación y seguimiento del subproceso Desarrollo Humano Organizacional frente al tema.
- Los proyectos del plan de gestión del año 2007 y por desarrollar para el año 2008, encaminados al Mejoramiento del Clima Organizacional, Promoción de la Calidad de Vida, Ejecución de Programas de Bienestar y Desarrollo, Actualización de la Normatividad vigente aplicable al proceso, entre otros.
- La evaluación del grado de desarrollo del programa de Salud Ocupacional que se realiza con la ARP, como fuente generadora de oportunidades de mejoramiento para el subproceso.
- Los mecanismos de seguimiento al proceso / subproceso a través de reuniones y comités entre los líderes y el personal de los subprocesos, como mecanismo de análisis de información y detección de oportunidades de mejora y toma de decisiones efectivas.
- Asegurar que en el Listado Maestro de Registros se incluyan todos los registros externos e internos aplicables al proceso y subprocesos, de igual forma que el Listado Maestro de Documentos Externos contenga todos los documentos externos aplicables al proceso.

ASPECTOS POR MEJORAR

- Analizar y definir los cargos que afectan la calidad de los servicios prestados, teniendo en cuenta el alcance establecido para el Sistema de Gestión de la Calidad.
- Culminar lo antes posible el proceso de actualización del Manual de Funciones, teniendo en cuenta la inclusión de las funciones/responsabilidades (incluyendo las funciones asociadas con el Sistema de Gestión de Calidad), nivel de autoridad y perfil de competencia de cada cargo (educación, experiencia, habilidades y formación: capacitación y/o entrenamiento). Una vez sea actualizado y aprobado el respectivo manual, debe ser comunicado al personal de la institución, dejando evidencia de su difusión.
- Revisar, ajustar y formalizar la metodología establecida para formación del personal docente y administrativo, adecuándola a las necesidades reales de la institución, teniendo en cuenta que en el subproceso formación de personal se deben dar lineamientos a los entes internos para la detección

de las necesidades con base en criterios, la elaboración y ejecución de cada respectivo programa de formación (capacitación y/o entrenamiento). El subproceso de formación realizará seguimiento a su cumplimiento.

- Evidenciar el cumplimiento del perfil de competencia (educación, experiencia, habilidades, capacitación y/o entrenamiento) definido para cada cargo. Se recomienda evaluar el cumplimiento de las habilidades definidas en el perfil de competencia a través de la evaluación de desempeño, por lo cual, debe revisarse y orientar esta herramienta para cumplir este objetivo.
- Estandarizar y socializar a la institución los registros a implementar para el subproceso de formación de personal, como son: el programa, el registro que evidencie la asistencia del personal a la capacitación y/o entrenamiento, entre otros.
- Actualizar en el documento "Evaluación Administrativa a Empleados Públicos" la frecuencia establecida para realizar la evaluación es semestral, dejando por escrito en un acta que se está en proceso de actualización el reglamento que establece como frecuencia de evaluación "semestral". Además, se recomienda poder realizar esta evaluación a través de una herramienta o software.
- Aunque se realiza seguimiento al avance de programas y proyectos del plan de gestión, se debe mejorar la definición de las actividades a desarrollar para su cumplimiento y fortalecer el seguimiento.
- Gestionar los recursos necesarios para desarrollar los planes/proyectos de gestión definidos en Programa de Salud Ocupacional, las cuales apuntan al cumplimiento de requerimientos de ley.

NO CONFORMIDADES

- No se evidencia la evaluación de la eficacia de las capacitaciones y/o entrenamientos realizados, incumpliendo lo establecido en el requisito 6.2.2 de la NTC ISO 9001:2000.

OBSERVACIONES

- Aprobar o dar Visto Bueno al Panorama de Riesgos de la institución, por una instancia competente.
- Gestionar con Sistemas de Información el habilitar la herramienta para que el proceso/subprocesos puedan hacer seguimiento al avance de los planes de gestión definidos.
- Se recomienda por el volumen de información y el alcance del proceso hacia toda la institución, apoyarse en una herramienta o software que facilite su gestión y control.

CONCLUSIONES

- Se encontró un Sistema de Gestión de la Calidad en etapa temprana de implementación que evidencia un claro enfoque de procesos, pero falta consolidar las actividades del Verificar y Actuar.
- Se evidencian incumplimientos de requisitos establecidos en la norma NTC-ISO 9001:2000 los cuales se han relacionado en cada proceso.
- No se ha implementado los requisitos de Medición, Análisis y Mejora de la Norma NTC-ISO 9001:2000.
- Se evidencia un adecuado cumplimiento de los requisitos legales y reglamentarios, excepto requisitos puntuales que fueron presentados como no conformidades.
- No se evidencia la eficacia del sistema para alcanzar los objetivos de calidad establecidos porque aun no se tienen datos de los indicadores.
- En el desarrollo de esta auditoria se encontraron mejoras las cuales fueron reportadas como observaciones y aspectos por mejorar, por lo tanto se hace importante su análisis e implementación oportuna.

ANEXO 10
CRONOGRAMA DE SEGUIMIENTO A LOS
PROCESOS

SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL

CRONOGRAMA DE AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD

FECHA AUDITORÍA	PROCESOS A AUDITAR	AUDITOR OBSERVADOR	HORA	EQUIPO AUDITOR
Nov. 13/07	Gestión Documental	Jorge Eliécer Vidal y Sonia García	3 a 7 p.m.	Sandra Vargas
Nov. 14/07	Bienestar Estudiantil	Gloria Román y Sheila Plata	2 a 6 p.m..	Jorge Figueroa
Nov. 15/07	Planeación	Aura María Rey Carmenza Salamanca	2 a 6 p.m..	Jorge Figueroa
Nov. 16/07	Talento Humano	Dora Mejía y Carmenza Carreño	2 a 4 p.m.	Sandra Vargas
Nov. 16/07	Gestión Documental	Jorge Eliécer Vidal y Sonia García	4 a 6 p.m.	Sandra Vargas
Nov. 19/07	Jurídico	Aura María Rey y Martha Díaz	8 a 11 a.m.	Sandra Vargas
Nov. 20/07	Contratación	Sheila Plata y Martha Díaz	9 a 12 a.m..	Jorge Figueroa
Nov. 20/07	Recursos Tecnológicos	Sandra Juliana Peña y Adriana Arenas	7:30 a 10 a.m.	Jaime Osorio
Nov. 21/07	Recursos Físicos (Guatiguará)	Jorge Eliécer Vidal y Sonia García	8 a 12 a.m..	Margie Rueda
Nov. 22/07	Recursos Físicos (Bucarica)	Jorge Eliécer Vidal y Sonia García	8 a 12 a.m..	Margie Rueda

SEGUIMIENTO A LOS PROCESOS

FECHA SEGUIMIENTO	PROCESO	AUDITORES QUE VERIFICAN	HORA
Nov. 14/07	Relaciones interinstitucionales de intercambio académico	Luz Dary Méndez Carmenza Carreño	2:30 a 4 p.m
Nov. 15/07	Financiero	Gloria Ximena Calderón Carmenza Salamanca	9 a 11 a.m
Nov. 16/07	Biblioteca	Dora Mejía Janeth Gutiérrez	9 a 11 a.m.
Nov. 19/07	Servicios informáticos y de telecomunicaciones	Jaime Sarmiento Jorge Vidal	9 a 11 a.m
	Admisiones y Registro Académico	Dora Mejía Luz Dary Méndez	8 a 10 a.m.
	Gestión de Investigación y Extensión	Gloria Ximena Calderón Dora Mejía	4 a 6 p.m.

ANEXO 11
PROCEDIMIENTO DE ACCIONES
PREVENTIVAS/CORRECTIVAS



Revisó: Director de Control Interno y Evaluación de Gestión

Aprobó: Rector

Fecha de aprobación:

OBJETIVO	ALCANCE
<p>Establecer el procedimiento para identificar, analizar y eliminar las causas de los problemas potenciales/reales con el fin de tomar las acciones preventivas/correctivas apropiadas para prevenir/evitar su ocurrencia.</p>	<p>Este procedimiento aplica para todas aquellas acciones preventivas/correctivas que se generen en los Procesos de Apoyo del Sistema de Gestión de la Calidad de la Universidad Industrial de Santander.</p>
NORMATIVIDAD	
<p>Norma Técnica ISO 9001:2000.</p>	
DEFINICIONES Y/O ABREVIATURAS	
<p>Acción Preventiva: Acción emprendida para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación indeseable y evitar que suceda una no conformidad. Acción Correctiva: Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseable. No conformidad: El no cumplimiento de un requisito especificado y debe dar tratamiento.</p>	
CONSIDERACIONES	
<p>Las Acciones de Mejora que se generen por iniciativa del personal interno o externo y las observaciones de las auditorías internas de calidad que apunten a la optimización del proceso, se registran en el formato FSE. I I Acciones de Mejora.</p>	

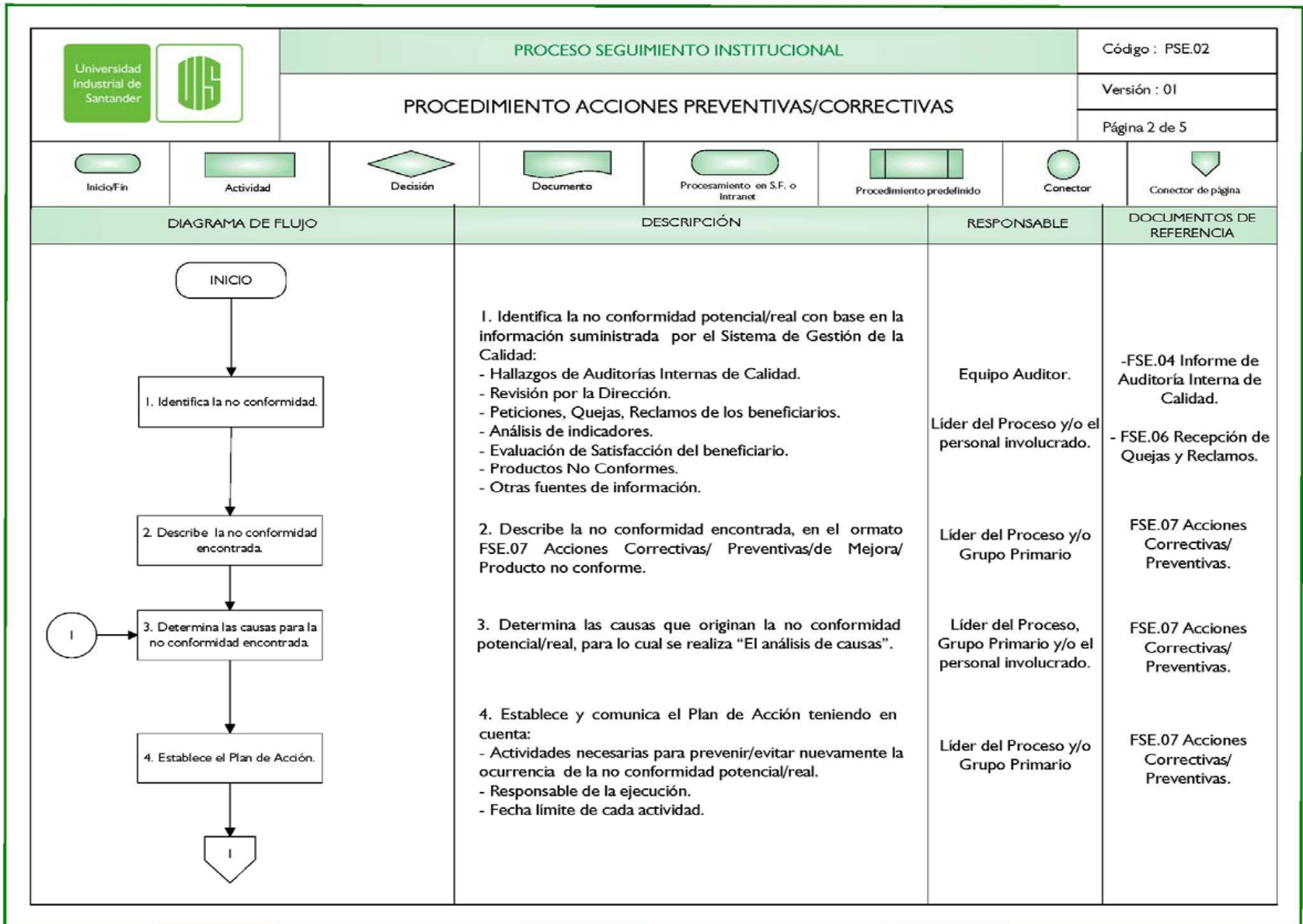


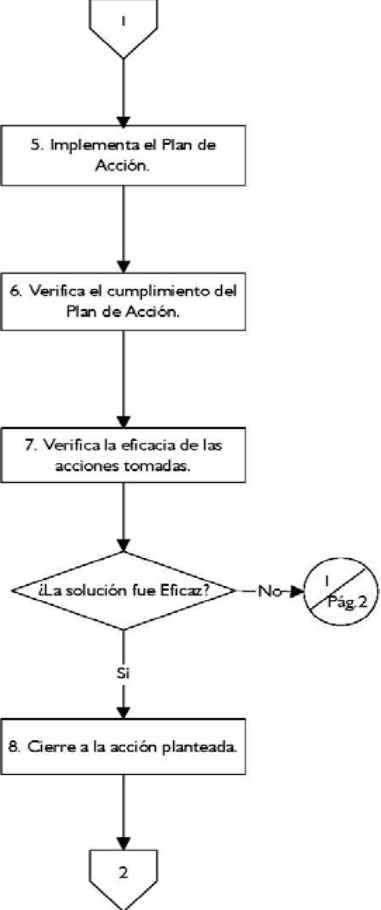
DIAGRAMA DE FLUJO	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	DOCUMENTOS DE REFERENCIA
 <pre> graph TD Start([1]) --> S5[5. Implementa el Plan de Acción.] S5 --> S6[6. Verifica el cumplimiento del Plan de Acción.] S6 --> S7[7. Verifica la eficacia de las acciones tomadas.] S7 --> D{¿La solución fue Eficaz?} D -- No --> X((1 / Pág. 2)) D -- Si --> S8[8. Cierre a la acción planteada.] S8 --> End([2]) </pre>	<p>5. Implementa el Plan de Acción.</p> <p>6. Verifica el cumplimiento del Plan de Acción.</p> <p>7. Verifica si las acciones tomadas son eficaces. Si se detecta que las acciones realizadas no son eficaces, volver al numeral 3. Nota: Si las acciones correctivas fueron resultado de auditoría interna de calidad, el responsable de verificar la eficacia es el equipo auditor.</p> <p>8. Realiza cierre de la acción planteada. Nota: Si las acciones correctivas fueron resultado de auditoría interna de calidad, el responsable de cerrarla es el Líder del proceso Seguimiento Institucional.</p>	<p>Funcionario designado</p> <p>Líder del Proceso</p> <p>- Líder del Proceso -Equipo Auditor</p> <p>- Líder del Proceso - Líder del Proceso Seguimiento Institucional</p>	<p>FSE.07 Acciones Correctivas/ Preventivas.</p> <p>FSE.07 Acciones Correctivas/ Preventivas.</p> <p>FSE.07 Acciones Correctivas/ Preventivas.</p> <p>FSE.07 Acciones Correctivas/ Preventivas.</p>



DIAGRAMA DE FLUJO	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	DOCUMENTOS DE REFERENCIA
<pre> graph TD Start{{2}} --> Step9[9. Envía trimestralmente el Estado de las Acciones Preventivas/Correctivas.] Step9 --> Step10[10. Consolida y presenta informe a la Alta Dirección.] Step10 --> End([FIN]) </pre>	<p>9. Envía trimestralmente el Estado de las Acciones Preventivas/Correctivas a la Dirección de Control Interno y Evaluación de Gestión.</p> <p>10. Consolida y presenta informe del Estado de las Acciones a la Alta Dirección.</p> <p>NOTA: Las Acciones de Mejora que se generen por iniciativa del personal interno o externo y las observaciones de las auditorías internas de calidad que apunten a la optimización del proceso, se registran en el formato FSE. I I Acciones de Mejora.</p>	<p>Líder del Proceso</p> <p>Líder del Proceso Seguimiento Institucional</p>	<p>FSE.10 Informe de Desempeño de los Procesos.</p>



CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
I		Creación del Documento

ANEXO 12
SEGUIMIENTO PROCESO FINANCIERO

INFORME DE SEGUIMIENTO AL PROCESO FINANCIERO

Fecha del seguimiento: 15 de noviembre de 2007.

Lugar: División Financiera

Hora: 9 - 11 a.m.

Audidores Internos:

Dra. María del Carmen Salamanca Godoy

Ing. Sandra Pinzón Rodríguez

Ing. Jaime Enrique Sarmiento Suárez

Ing. Gloria Ximena Calderón García

- Aprobación de documentos: los documentos se encuentran en Planeación para su correspondiente revisión final, luego de la primera revisión por esta dependencia y después de haber realizado las correcciones planteadas.
- Definición de indicadores: se sugirió incluir un indicador sobre la cartera vencida y morosidad. Teniendo en cuenta los resultados del Reglamento de Cartera ya que de ahí salen los parámetros para la cartera morosa.
- Reporte y tratamiento de producto no conforme, acciones correctivas y preventivas: en cuanto a la no conformidad hallada en la auditoría interna de que no se evidenciaban los mecanismos para el control de los registros del archivo de gestión de presupuesto específicamente en cuanto a retención, almacenamiento y disposición, la División Financiera señaló el archivo, lo identificó y se estableció un área específica para él con el fin de que no haya duplicidad y para dejar todo en una sola fuente. Se les recomendó trabajar con el formato aprobado de Acción Correctiva/Preventiva y no con el anterior.
- Se les sugirió revisar el formato de Producto No Conforme de tirillas de pago, para reportarlo como Acción Correctiva.
- Como acción de mejora para que se incluyera dentro del SGC el documento de ayuda creado para facilitar las respuestas a las inquietudes del proceso por parte del personal de la Universidad, la División Financiera publicará la cartilla en la página web de la Universidad.
- Se recomienda implementar como acción de mejora, lo realizado para optimizar el registro o evidencia de las acciones planteadas y desarrolladas para solucionar los hallazgos reportados por entes externos como la Contraloría.

- Evaluación de la percepción de los beneficiarios de los servicios del proceso: en cuanto a la encuesta de satisfacción del cliente, se les recomendó precisar la población y el tamaño de la muestra. Se recomendó suprimir el requisito de información precisa, dentro de la caracterización del proceso financiero.
- Se fortalecerán las actividades de socialización de los documentos establecidos en el proceso a todas las UAA con el fin de asegurar una adecuada implementación por parte del personal de estas áreas, a través de la publicación de la cartilla en la página web, con circulares, capacitaciones y con el módulo a cargo de la División en el Diplomado de Dirección Administrativa. Esto quedará documentado como una acción de mejora.
- Se encontró que el plan de cuentas presupuestales está en proceso de actualización y se encuentra en la web. Se incluirá en los documentos internos una vez se termine de revisar.
- Se recomendó atender la directriz de incluir el seguimiento a los indicadores y a las acciones de mejora, en las caracterizaciones macro del proceso.
- Se recomendaron algunos ajustes en las entradas, salidas y beneficiarios en las caracterizaciones de los subprocesos.

ANEXO 13

EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO



PROCESO SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL	Código: FSE.08
EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DEL AUDITOR INTERNO	Versión: 01

Nombre Auditor Interno:	Fecha:
--------------------------------	---------------

Con el ánimo de mejorar las competencias del Equipo Auditor, favor diligenciar la siguiente evaluación de desempeño del Auditor que realizó la Auditoría Interna de Calidad en el proceso que usted lidera. Gracias por su colaboración.

Proceso auditado:				
Fecha de la Auditoría:				
DESEMPEÑO EN LA AUDITORÍA INTERNA				
Califique con una X considerando: D: DEFICIENTE, R: REGULAR, B: BUENO, E:EXCELENTE , cada uno de los aspectos planteados.				
ASPECTO A EVALUAR	CALIFICACIÓN*			
	D	R	B	E
1. Cumplimiento y puntualidad en la ejecución de la auditoría. (Planificación y Organización).				
2. Conocimiento y dominio técnico del proceso auditado. (Capacidad de Análisis).				
3. Cooperación y comunicación con el auditado. (Facilidad de Comunicación Verbal).				
4. Trabajo en equipo de los auditores. (Trabajo en Equipo).				
5. Informe de auditoría completo, claro y correcto. (Comunicación Escrita)				
6. Oportunidad en la entrega del informe de auditoría. (Planificación y Organización)				
Si desea ampliar la explicación de las respuestas, o hacer un comentario adicional sobre algún aspecto que no aparece descrito en la evaluación puede hacerlo a continuación:				
* ESCALA DE CALIFICACIÓN	D: DEFICIENTE	R: REGULAR	B: BUENO	E: EXCELENTE
	El auditor no cumple las competencias.	El auditor satisface débilmente las competencias.	El auditor cumple las competencias.	El auditor supera las expectativas de las competencias.

LÍDER DEL PROCESO:

ANEXO 14
PLAN DE PREAUDITORÍA ICONTEC

EMPRESA:	UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER		
Dirección:	Carrera 27 Calle9 Ciudad Universitaria Dirección de Control interno Bucaramanga UIS		
Representante:	Jaime A Camacho Pico	Fax:	
Cargo:	Rector	Correo electrónico	rectoria@uis.edu.co
<p>Alcance:</p> <p>Dirección Institucional, Planeación Institucional, Gestion de la Calidad Académica, Seguimiento Institucional, Admisiones y Registro académico, Biblioteca, Bienestar estudiantil, Comunicación Institucional, Contratación, Financiero, Gestión cultural, Gestion de Investigación y Extensión, Gestion Documental, Jurídico, Publicaciones, Recursos Físicos, Recursos Tecnológicos, Relaciones Interinstitucionales de Intercambio Académico, Sistemas Informáticos y de Telecomunicaciones, Talento Humano.</p>			
CRITERIOS DE AUDITORIA ISO 9001/2000			
Tipo de auditoria:	<input checked="" type="checkbox"/> PRE - AUDITORIA	<input type="checkbox"/> OTORGAMIENTO	<input type="checkbox"/> SEGUIMIENTO
	<input type="checkbox"/> EXTRAORDINARIA <input type="checkbox"/> AMPLIACIÓN	<input type="checkbox"/> RENOVACION	<input type="checkbox"/>
Reunión de Apertura:	2007-12-05	Hora:	08:00 -08:30
Reunión de Cierre:	2007- 12-07	Hora:	02:00 – 02:30

Con un cordial saludo, me dirijo a usted para remitir la propuesta del plan de la Auditoria que se realizará al Sistema de Gestión de su organización. Por favor indique en la columna correspondiente, el nombre y cargo de las personas que atenderán cada entrevista y devolverlo a mi correo electrónico. Así mismo, para la reunión de apertura de la auditoria le agradezco invitar a las personas relevantes de las áreas que serán auditadas.

Para el balance diario de información del equipo auditor le agradezco disponer de una oficina o sala, así como también de acceso la documentación del sistema de gestión.

Para la reunión inicial le pido el favor de disponer un proyector para computador (sólo para auditorías de certificación inicial).

En cuanto a las condiciones de seguridad y salud ocupacional aplicables a su organización, por favor informarlas el día de esta visita y disponer el suministro de los equipos de protección personal necesarios.



La información que se conozca por la ejecución de esta auditoria será tratada confidencialmente, por parte del equipo auditor e Icontec. El idioma de la auditoria y su informe será el español.

Auditor Líder:	Darío Carreño V.	Correo electrónico	dcarreno@icontec.org.co
Auditor:	Jorge Pinto	Auditor	
Experto técnico:			
Fecha:	2007-12-02		

FECHA	HORA	PROCESO / ACTIVIDAD / REQUISITO POR AUDITAR	AUDITOR	CARGO Y NOMBRE
2007-12-05	08:00 - 08:30	Reunión de apertura	DC	
	08:30 - 10:00	Dirección Institucional	DC/JP	Dr. Jaime Alberto Camacho Pico, Rector Ing. Sergio Isnardo Muñoz Villarreal, Vicerrector Administrativo Dr. Alvaro Gómez Torrado, Vicerrector Académico Dr. Oscar Gualdrón González, Vicerrector de Investigación y Extensión Dr. Alonso Silva Rojas, Jefe de Planeación
	10:00 - 11:30	Planeación Institucional	DC	Dr. Alonso Silva Rojas, Jefe de Planeación
	10:00- 11:30	Gestion de la Calidad Académica	JP	Dr. Alvaro Gómez Torrado, Vicerrector Académico
	11:30 - 01:00	Seguimiento Institucional	JP	Ing. Sonia Cristina García Rincón, Directora Control Interno y Evaluación de Gestión
	11:30 - 01:00	Admisiones y Registro académico	DC	Ing. Orlando Camacho Vega, Director de Admisiones y Registro Académico
	02:00- 03:30	Biblioteca	DC	Ing. Leonel Parra Pinilla, Director de Biblioteca
	02:00 - 03:30	Bienestar Estudiantil	JP	Dr. Isnardo Ardila Rueda, Jefe División de Bienestar Universitario
	03:30- 05:00	Comunicación Institucional	JP	Dra. Johana Inés Delgado Pinzón, Directora de Comunicaciones
	03:30 - 06:00	Contratación	DC	Ing. Mario Humberto Torres Macías, Director de Contratación y Proyectos de Inversión
	05:00 - 06:30	Gestión cultural	JP	Ing. Luis Alvaro Mejía Argüello, Director Cultural
2007-12-06	08:00 - 10:00	Financiero	JP	Ing. Luis Eduardo Becerra Ardila, Jefe División Financiera
	08:00 - 10:00	Gestion de Investigación y Extensión	DC	Dr. Oscar Gualdrón González, Vicerrector de Investigación y Extensión
	10:00- 11:30	Gestion Documental	JP	Dra. María del Carmen Salamanca Godoy, Directora de Certificación y Gestión Documental Dra. Olga Cecilia González Noriega, Secretaria General
	10:00 - 11:30	Jurídico	DC	Dra. Edy Castro Neira, Asesora Jurídica
	11:30- 01:00	Recursos Físicos	JP	Ing. Iván Augusto Rojas Camargo, Jefe División de Planta Física Ing. Luis Eugenio Prada Niño, Director Sede UIS Guatiguará y

FECHA	HORA	PROCESO / ACTIVIDAD / REQUISITO POR AUDITAR	AUDITOR	CARGO Y NOMBRE
				Bucarica
	11:30-01:00	Publicaciones	DC	NO APLICA. Proceso Certificado
	02:00-03:30	Recursos Tecnológicos	DC	Ing. José Alejandro Amaya Palacio, Jefe División de Mantenimiento Tecnológico
	03:30-05:30	Relaciones Interinstitucionales de Intercambio Académico	DC	Dr. Alberto Vergara Herrera, Director de Relaciones Exteriores
2007-12-07	08:00-09:30	Sistemas Informáticos y de Telecomunicaciones	DC	Ing. Enrique Torres López, Jefe División de Servicios de Información
	09:30-11:00	Talento Humano	DC	Ing. Juan David Pizano Ochoa, Jefe División de Recursos Humanos
	11:00 - 01:00	Preparación reunión de cierre	DC	
	02:00-02:30	Reunión de cierre		
Observaciones: En todas las entrevistas a través del ciclo de Planear, Hacer, Verificar y Actuar se evaluara. Acciones correctivas, acciones preventivas, mejora continua, control de documentos, control de registros, el análisis de datos, el despliegue de objetivos de calidad,y el seguimiento y la medición de procesos				

ANEXO 15
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

 	PROCESO SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL	Código: PSE 12
	ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE BENEFICIARIOS	Versión: 1

Nombre del beneficiario:

Director U.A.A. Estudiante Docente
 Personal Administrativo Comunidad Externa (proveedores u otros)

Fecha: _____

Con el fin de conocer su percepción sobre los diferentes servicios que la Dirección de Control Interno y Evaluación de Gestión tiene bajo su responsabilidad, agradecemos diligenciar la siguiente encuesta la cual es un referente para el proceso de mejoramiento.

Identifique el servicio que recibió, marcando con una X la casilla correspondiente (marque solo una opción):

- * Asesoría
- * Auditoría Interna (de Gestión)
- * Auditoría Interna de Calidad
- * Informes y/o reportes
- * Atención de queja o reclamo

Califique de 1 a 5 considerando 1 como la mínima calificación y 5 como la máxima, cada uno de los aspectos planteados. Marque NA cuando no aplica para su caso.

	Hacia		Hacia			NA
	1	2	3	4	5	
1. La oportunidad en la entrega de los resultados.						
2. El resultado entregado cumple con lo esperado del servicio.						
3. La atención brindada por el personal de la Dirección de Control Interno y Evaluación de Gestión es:						
3.1 Respetuosa						
3.2 Oportuna						
4. La información suministrada por el personal de la unidad es:						
4.1 Veraz						
4.2 De fácil comprensión						

Si tiene algún comentario o sugerencia, por favor descríbalo a continuación:

ANEXO 16
INFORME DE DESEMPEÑO DE LOS
PROCESOS

	INFORME DE DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS	Código: FSE.10
		Versión: 01

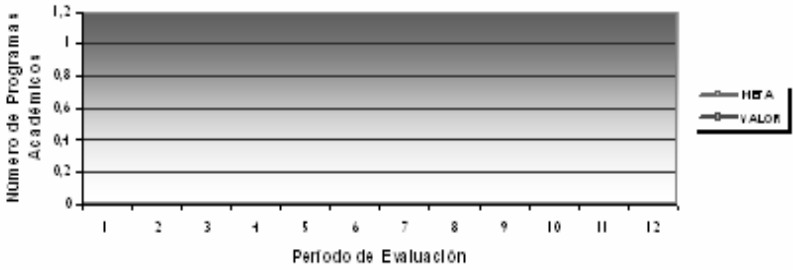
PROCESO		SUBPROCESO	
---------	--	------------	--

Fecha de Seguimiento:	
DESEMPEÑO DEL PROCESO	

1. COMPORTAMIENTO DE INDICADORES

NOMBRE DEL INDICADOR		OBJETIVO	
Meta		Frecuencia de medición	Unidad
Responsable de medir		Periodo de seguimiento	Sentido (Maximizar, minimizar o mantener)

RESULTADOS

	OBSERVACIONES:
	ACCIONES DE MEJORA:
	RESPONSABLE:

	PERIODO DE EVALUACIÓN											
MES	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
VALOR												
META												

Nota: Se debe diligenciar por indicador

	INFORME DE DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS	Código: FSE.10
		Versión: 01

2. SEGUIMIENTO AL PRODUCTO Y/O SERVICIO NO CONFORME

Cantidad	Tipo de Producto y/o Servicio no conforme ¹	Observaciones

3. ESTADO DE ACCIONES CORRECTIVAS (AC) Y PREYENTIVAS (AP)

Origen	Cantidad	Nº Acciones Abiertas		Nº Acciones Cerradas		Observaciones
		AC	AP	AC	AP	
Auditoría Interna						
Producto No Conforme						
Revisión por la Dirección						
Indicadores de Calidad						
Evaluación de la Satisfacción del Beneficiario						
Mapa de riesgos						
Proveedores						
Otros						

4. ESTADO DE ACCIONES DE MEJORA

Cantidad	Cumplidas	Sin cumplir	Observaciones

¹Hace referencia al servicio donde se presentó el PNC

	INFORME DE DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS	Código: FSE.10 Versión: 01
---	---	-------------------------------

5. DIFICULTADES EN EL DESARROLLO DEL PROCESO

--

6. NECESIDADES DEL PROCESO/SUBPROCESO PARA CUMPLIR LAS METAS

--

7. RECOMENDACIONES

--