



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

YOLIMAR CARVAJAL LÓPEZ Cód. 2005108
LUZ AMPARO RODRIGUEZ BUILES Cód. 2023628

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



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

YOLIMAR CARVAJAL LÓPEZ Cód. 2005108
LUZ AMPARO RODRÍGUEZ BUILES Cód. 2023628

Proyecto de Grado para optar el título de
Ingeniera Industrial

Director
JORGE ELIÉCER FIGUEROA VARGAS
Ingeniero Industrial

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



DEDICATORÍA

*A Dios, por ser mi guía y por darme sabiduría y fortaleza en todo momento,
A mi Hijo, por ser mi alegría, motivación y la razón para alcanzar mis
metas,*

*A mi Mami, por su confianza, amor y apoyo incondicional,
A Pedro, que ha sido como un padre, por su cariño, respeto y comprensión,
A mis Hermanos, por su paciencia y colaboración incondicional.
A mis amigos y compañeros de Universidad con quienes compartí todas las
alegrías y tristezas que encierra la vida estudiantil.*

Yolimar Carvajal López

*A Dios por ser la luz que ilumina mi camino,
A mi Padre por su cariño, esfuerzo y apoyo,
A mi Madre por su amor y comprensión,
A mis hermanos por su compañía y cariño,
A mi amigos y compañeros de la Universidad por su compañía durante este
lapso de tiempo, y
A quienes no creyeron en mí porque le dan más valor a este triunfo.*

Luz Amparo Rodríguez Builes



AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a todas las personas que contribuyeron en la realización del presente proyecto, especialmente a:

La Dra. Alba Cecilia Bohórquez, Tutora del Proyecto, por su orientación, dedicación y apoyo incondicional en el desarrollo del mismo.

A la Dirección de Certificación y Gestión Documental (DCGD), por darnos la oportunidad de desarrollar la práctica.

Al personal de la DCGD, por su participación y contribución al desarrollo exitoso del Sistema de Gestión de la Calidad implementado en el proceso Gestión Documental.

Al Ingeniero Jorge Eliecer Figueroa, Profesor de la Universidad Industrial de Santander y Director del Proyecto por su colaboración y valiosos aportes.

A las Ingenieras Sandra Pinzón, Diana Idarraga y Paola Camargo, Coordinadoras de Calidad, por su paciencia, por compartir sus experiencias y por ser la guía para la realización de este proyecto.

A los profesores de la Escuela de Estudios Industriales y Empresariales, por sus experiencias y conocimientos aportados no sólo académicamente sino como profesionales íntegros.

A la Universidad Industrial de Santander por ser orgullosamente la fuente de nuestros conocimientos profesionales.



TABLA DE CONTENIDO

| | Pág. |
|---|------|
| INTRODUCCIÓN | |
| 1. GENERALIDADES DEL PROYECTO | 16 |
| 1.1 TITULO DEL PROYECTO | 16 |
| 1.2 OBJETIVOS | 16 |
| 1.2.1 General | 16 |
| 1.2.2 Específicos | 16 |
| 1.3 ALCANCE DEL PROYECTO | 17 |
| 2. JUSTIFICACIÓN | 18 |
| 3. MARCO TEÓRICO | 19 |
| 3.1 GENERALIDADES DE GESTIÓN DE LA CALIDAD | 19 |
| 3.2 GENERALIDADES DE NORMALIZACIÓN E ISO | 19 |
| 3.2.1 Organización ISO | 19 |
| 3.2.2 Estructura de la organización | 20 |
| 3.2.3 Familia ISO | 20 |
| 3.3 NORMA ISO 9001/2000 | 22 |
| 3.3.1 Definición | 22 |
| 3.3.2 Principios de Gestión de la calidad | 22 |
| 3.3.3 Enfoque basado en procesos | 23 |
| 3.3.4 Beneficios de ISO | 25 |
| 4. MARCO CONTEXTUAL – GENERALIDADES DE LA DIRECCIÓN DE CERTIFICACIÓN Y GESTIÓN DOCUMENTAL | 26 |
| 4.1 HISTORIA | 26 |
| 4.2 SERVICIOS | 27 |
| 4.3 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL | 28 |
| 4.4 PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | 28 |
| 5. METODOLOGÍA PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO | 30 |
| 5.1 PLANEAR | 31 |
| 5.2 HACER | 31 |
| 5.3 VERIFICAR | 32 |
| 5.4 ACTUAR | 32 |
| 6. DIAGNÓSTICO DEL PROCESO DE GESTIÓN DOCUMENTAL | 33 |
| 6.1 ENTREVISTA A LOS EMPLEADOS | 33 |



| | |
|--|----|
| 6.2 LISTA DE CHEQUEO | 35 |
| 6.2.1 Análisis de los Resultados | 36 |
| 7. PLANEACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD | 41 |
| 7.1 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES | 41 |
| 7.2 RESPONSABLES | 42 |
| 7.2.1 Comité de Calidad | 42 |
| 7.2.2 Comité de Seguimiento | 43 |
| 7.2.3 Comité Coordinador | 44 |
| 7.2.4 Grupo Primario | 44 |
| 7.3 ALCANCE Y EXCLUSIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD | 45 |
| 7.4 POLÍTICA DE CALIDAD | 45 |
| 7.5 OBJETIVOS DE CALIDAD | 47 |
| 7.6 IDENTIFICACIÓN DE PROCESOS Y SUBPROCESOS | 48 |
| 7.6.1 Identificación de procesos de la Universidad Industrial de Santander | 48 |
| 7.6.2 IDENTIFICACIÓN DE SUBPROCESOS DEL PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | 49 |
| 8. DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD | 52 |
| 8.1 METODOLOGÍA PARA LA DOCUMENTACIÓN DEL SGC | 52 |
| 8.1.1 Identificación de las necesidades de documentación | 53 |
| 8.1.2 Establecimiento de la estructura documental del SGC | 53 |
| 8.1.3 Elaboración de documentos del SGC | 57 |
| 8.1.4 Revisión y aprobación de la documentación | 69 |
| 8.2 INDICADORES DE CALIDAD | 70 |
| 8.3 MANUAL DE CALIDAD INSTITUCIONAL | 73 |
| 9. SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIONES EN EL SGC | 75 |
| 9.1 PLANIFICACIÓN DE LAS CAPACITACIONES | 75 |
| 9.2 EJECUCIÓN DEL PLAN DE CAPACITACIÓN | 76 |
| 10. IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD | 79 |
| 10.1 SOCIALIZACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN | 79 |
| 10.2 ENCUESTA DE SATISFACCIÓN | 81 |
| 10.3 LOGROS ALCANZADOS DURANTE LA ETAPA DE IMPLEMENTACIÓN | 86 |
| 11. EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD | 87 |
| 11.1 AUDITORIAS INTERNAS | 87 |
| 11.1.1 Programación de las auditorías | 87 |
| 11.1.2 Planeación de Auditorías | 89 |
| 11.1.3 Preparación de Auditorías | 89 |
| 11.1.4 Ejecución de las Auditorías | 89 |
| 11.1.5 Informe de Auditoría del Proceso Gestión Documental | 89 |
| 11.1.6 Seguimiento y mejoramiento | 93 |
| 11.2 PREAUDITORIA EXTERNA | 94 |
| 11.2.1 Planificación de la pre auditoría | 94 |



| | | |
|--|-----|-----|
| 11.2.2 Ejecución de la pre auditoría | 97 | |
| 11.2.3 Informe de pre auditoría | | 97 |
| 11.2.4 Solicitud de auditoría de certificación | 97 | |
| 11.3 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | 97 |
| 11.3.1 Programación de la Revisión por la Dirección | | 98 |
| 11.3.2 Información para la Revisión por la Dirección | | 99 |
| 11.3.3 Desarrollo de la Revisión | | 100 |
| 11.3.4 Conclusiones de la Revisión por la Dirección | | 101 |
| | | |
| 12. CUMPLIMIENTO DEL ALCANCE DEL PROYECTO | | 104 |
| 12.1 GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL CON LOS REQUISITOS DE LA NORMA ISO 9001:2000 | 104 | |
| 12.2 CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS EN EL PROYECTO | | 112 |
| | | |
| 13. CONCLUSIONES | | 113 |
| | | |
| 14. RECOMENDACIONES | | 115 |
| 14.1 RECOMENDACIONES GENERALES | | 115 |
| 14.2 RECOMENDACIONES AL PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | | 115 |
| | | |
| BIBLIOGRAFÍA | | 117 |
| ANEXOS | | 118 |



LISTA DE TABLAS

| | Pág. |
|--|------|
| Tabla 1. Talento Humano | 34 |
| Tabla 2. Escala de Valoración en el diagnóstico | 35 |
| Tabla 3. Atributos de Calidad de los procesos de apoyo | 46 |
| Tabla 4. Objetivos de Calidad | 47 |
| Tabla 5. Tipos de Documentos del SGC | 56 |
| Tabla 6. Tipos de procesos del SGC de los procesos de apoyo | 56 |
| Tabla 7. Niveles de numeración | 57 |
| Tabla 8. Simbología de Diagramas de Flujo | 63 |
| Tabla 9. Documentos del proceso Gestión Documental | 68 |
| Tabla 10. Instancias de Elaboración, revisión y aprobación de documentos | 69 |
| Tabla 11. Plan de Capacitación | 75 |
| Tabla 12. Logros alcanzados durante la implementación | 86 |
| Tabla 13. Programa de la Primera Auditoría Interna | 88 |
| Tabla 14. Plan de Auditoría en sitio | 94 |
| Tabla 15. Frecuencia de la revisión por la dirección | 98 |
| Tabla 16. Resultados de la medición de los indicadores de calidad | 101 |
| Tabla 17. Evidencia de cumplimiento de los objetivos específicos | 112 |



FIGURAS

| | Pág. |
|--|------|
| Figura 1. Familia ISO | 21 |
| Figura 2. Principio de Gestión de la Calidad | 22 |
| Figura 3. Modelo de Enfoque hacia procesos | 24 |
| Figura 4. Estructural organizacional | 28 |
| Figura 5. Ciclo PHVA | 30 |
| Figura 6. Cumplimiento por el SGC del capítulo 4 de la Norma | 36 |
| Figura 7. Cumplimiento por el SGC del capítulo 5 de la Norma | 37 |
| Figura 8. Cumplimiento por el SGC del capítulo 6 de la Norma | 37 |
| Figura 9. Cumplimiento por el SGC del capítulo 7 de la Norma | 38 |
| Figura 10. Cumplimiento por el SGC del capítulo 8 de la Norma | 39 |
| Figura 11. Cronograma Inicial del Proceso Gestión Documental | 41 |
| Figura 12. Cronograma Final del Proceso Gestión Documental | 42 |
| Figura 13. Mapa de Procesos | 48 |
| Figura 14. Subprocesos | 50 |
| Figura 15. Metodología para la documentación del SGC | 53 |
| Figura 16. Estructura de la documentación del SGC | 54 |
| Figura 17. Formato de Caracterizaciones | 66 |
| Figura 18. Hoja de Vida de los Indicadores | 71 |
| Figura 19. Formato de Asistencia | 76 |
| Figura 20. Servicios utilizados por las UAA | 81 |
| Figura 21. Frecuencia de correos equivocados | 82 |
| Figura 22. Documentos entregados de manera oportuna | 83 |
| Figura 23. Grado de satisfacción del servicio de correspondencia | 84 |
| Figura 24. Acceso a la información de archivo | 85 |
| Figura 25. Calidad de la asesoría prestada | 85 |
| Figura 26. Informe de la primera Auditoría Interna | 90 |
| Figura 27. Informe de la segunda Auditoría Interna | 92 |
| Figura 28. Cumplimiento por el SGC del capítulo 4 de la Norma | 106 |
| Figura 29. Cumplimiento del capítulo 5 de la Norma por el SGC | 107 |
| Figura 30. Cumplimiento del capítulo 6 de la Norma por el SGC | 108 |
| Figura 31. Cumplimiento del capítulo 7 de la Norma por el SGC | 108 |
| Figura 32. Cumplimiento del capítulo 8 de la Norma por el SGC | 110 |



LISTA DE ANEXOS

| | Pág. |
|--|------|
| Anexo A. Lista de chequeo inicial | 119 |
| Anexo B. Acta 01 conformación del Grupo Primario | 121 |
| Anexo C. Documentación a modificar, crear o anular | 122 |
| Anexo D. Resolución rectoral no. 1736 de 2007 | 124 |
| Anexo E. Actas de reunión | 126 |
| Anexo F. Resolución rectoral no. 1843 de 2007 | 148 |
| Anexo G. Caracterizaciones | 150 |
| Anexo H. Documentación del proceso Gestión Documental | 156 |
| Anexo I. Taller de indicadores | 241 |
| Anexo J. Formato informe de seguimiento a los procesos | 242 |
| Anexo K. Asistencia a las Socializaciones y Capacitaciones | 245 |
| Anexo L. Asistencia de los auxiliares de calidad a la capacitación | 257 |
| Anexo M. Planilla de documentos entregados en los recorridos | 258 |
| Anexo N. Memorando para las UAA | 259 |
| Anexo O. Formato de sugerencias | 260 |
| Anexo P. Encuesta de satisfacción del servicio | 261 |
| Anexo Q. Informe de la Preauditoría Externa | 262 |
| Anexo R. Informe de Desempeño del Proceso | 265 |
| Anexo S. Acta de Revisión por la Dirección | 270 |
| Anexo T. Comunicación informativa de asignación de recursos | 276 |
| Anexo U. Lista de chequeo Final | 277 |



RESUMEN

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

AUTORES: YOLIMAR CARVAJAL LÓPEZ
LUZ AMPARO RODRÍGUEZ BUILES**

PALABRAS CLAVES: SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, DISEÑO, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN, NTC ISO 9001:2000, UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER.

DESCRIPCIÓN:

Con el fin de tener una herramienta de gestión que apoya al mejoramiento sistémico de los procesos de apoyo a las funciones misionales de la Universidad, orientándolas hacia el fortalecimiento y cumplimiento de los objetivos, la calidad institucional y el ejercicio de los poderes de autodeterminación propios de la autonomía Universitaria, la Universidad Industrial de Santander incluyó en el programa de Gestión Institucional el proyecto “Aseguramiento de la Calidad”, el cual se cumple con la implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) según los lineamientos de la Norma NTC ISO 9001:2000.

La Dirección de Certificación y Gestión Documental (DCGD) de la Universidad Industrial de Santander es la unidad responsable del Proceso Gestión Documental, en el cual se implementa el SGC como una herramienta que permita dirigir y evaluar su desempeño, a fin de lograr el fortalecimiento de la actividad misional de la institución.

En el presente proyecto se describe todo el proceso vivido en la DCGD, para la implementación de la Norma ISO 9001:2000. Se inicia con el diagnóstico del cumplimiento del proceso frente a los requisitos de la Norma, seguido de la planificación, el diseño y la estructura de la documentación necesaria para garantizar la conformidad con la Norma, con los requisitos del cliente y los Legales y Reglamentarios, luego se procede a la implementación y evaluación, en donde paralelamente se desarrolló un plan de capacitación y sensibilización al talento humano del proceso Gestión Documental en los conceptos relacionados con calidad durante el desarrollo del SGC.

* Trabajo de grado, modalidad Práctica Empresarial.

** Facultad de Ingenierías Físico Mecánicas, Escuela de Estudios Industriales y Empresariales, Ingeniero Jorge Eliecer Figueroa Vargas.



ABSTRACT

TITLE: design, documentation, implementation and process improvement document management within the quality management system of the Industrial University of Santander according to the lines of standard-ISO 9001:2000 NTC*.

AUTHORS: YOLIMAR CARVAJAL LÓPEZ
LUZ AMPARO RODRÍGUEZ BUILES**

Keyword: quality management system, design, documentation, implementation, NTC ISO 9001:2000, Industrial University of Santander.

Description:

To take a management tool that supports the systemic improvement of the processes supporting the functions of the University mission, aiming at strengthening and implementation of the objectives, institutional quality and exercise of the powers of self-determination from the University autonomy, the Industrial University of Santander included in the agenda of the Institutional Management the Project "Quality Assurance", which is achieved with the implementation of a quality management system (CMS) according to the lines of Standard NTC ISO 9001:2000.

The Directorate of Certification and Document Management (DCDM) from the Industrial University of Santander is the unit responsible Process Management, which implements the SGC as a tool that allows lead and assess their performance in order to achieve strengthening The missionary activity of the institution.

In this project described the whole process lived in the DCDM for the implementation of ISO 9001:2000. It begins with the diagnosis of compliance to process compared to the requirements of Standard, followed by planning, design and structure of the documentation necessary to ensure compliance with the Standard, with customer requirements and laws and regulations, then proceeded to the implementation and evaluation, where a plan was developed in parallel training and sensitization to human talent Process Management in concepts related to quality during the development of SGC.

* Trabajo de grado, modalidad Práctica Empresarial.

** Faculty of Mechanical Engineering Physics, School of Industrial and Employers, Engineer: Jorge Eliecer Figueroa Vargas.



INTRODUCCIÓN

La Universidad Industrial de Santander es reconocida por sus programas académicos, ya que ofrece formación permanente de alta calidad y pertinencia social, propendiendo por la equidad en el acceso, con fundamento en el mérito académico. Es una organización inteligente capaz de adaptarse con eficacia a la velocidad de los cambios y a las necesidades emanadas del entorno.

Por estas características, en el año 2005, la Universidad Industrial de Santander (UIS) se hizo merecedora de la Acreditación Institucional para un periodo de ocho años, cumpliendo así con uno de los objetivos del Plan de Gestión Institucional, pero estos reconocimientos no se detienen con alcanzar dicho logro, la UIS busca crear una mayor confianza tanto en sus clientes internos y externos como en sus proveedores de recursos de financiamiento, pues una institución gerenciada con calidad representa una garantía social de excelente nivel y eficiencia del gasto público en formación.

De ahí que la UIS se interese por mejorar la eficiencia y pertinencia de sus actividades, y ésto se refleja en la adopción de un Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) según los lineamientos de la Norma NTC ISO 9001:2000.

Con este Sistema se pretende adoptar herramientas y ejecutar acciones institucionales encaminadas a desarrollar una cultura de calidad. Tales acciones, se encuentran inmersas en la filosofía del mejoramiento continuo e implican actividades de capacitación a los funcionarios, búsqueda de factores críticos, aclaración de la misión, visión, políticas y objetivos que conllevan por sí mismas, mejoras cualitativas institucionales.

A lo largo del proyecto se presenta el desarrollo que tuvo la implementación del SGC en los procesos de apoyo a las actividades de Docencia, Investigación y Extensión de la Universidad Industrial de Santander y específicamente en la Dirección de Certificación y Gestión Documental, de la siguiente manera:

En el Capítulo 1 se hace la presentación general del proyecto que incluye los objetivos y el alcance del mismo. A continuación se da el marco teórico utilizado, con los conceptos de calidad y definición, principios y beneficios de la aplicación de la Norma ISO 9001:2000.

En el Capítulo 4 se muestra el marco contextual que incluye la historia, servicios y estructura de la Dirección de Certificación y Gestión Documental, que es la dependencia que coordina el proceso Gestión Documental en la Institución, así como la definición del mismo.

El Capítulo 5 explica la metodología utilizada que consistió básicamente en la aplicación del ciclo Deming o ciclo PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar).



En los Capítulos 7 y 8 se muestra el diagnóstico realizado al proceso Gestión Documental y la documentación establecida dentro del Sistema de Gestión de Calidad..

En los capítulos siguientes se muestra las etapas de capacitación, implementación y evaluación de SGC, además de los logros alcanzados.

Se espera que la aplicación del proyecto contribuya al establecimiento de la cultura de mejora continua en todos los procesos de la Universidad Industrial de Santander, resaltando la importancia del proceso de Gestión Documental dentro del Sistema de Gestión de la Calidad.



1. GENERALIDADES DEL PROYECTO

1.1 TÍTULO DEL PROYECTO

Diseño, documentación, implementación y mejoramiento del proceso de gestión documental dentro del sistema de gestión de la calidad de la Universidad Industrial de Santander según los lineamientos de la Norma NTC-ISO 9001:2000.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 General

Diseñar, documentar, implementar y mejorar el proceso de Gestión Documental 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 9 001: 2 000.

1.2.2 Específicos

- Diagnosticar el proceso de Gestión Documental donde se establezca el estado actual de la documentación relacionada con los requisitos de la la Norma NTC-ISO 9001:2000 y los necesarios para el desarrollo adecuado del proceso.
- Identificar los principales subprocesos de Gestión Documental y definir el alcance, objetivo, responsables y las actividades que se realizan en cada uno de ellos, teniendo en cuenta los requerimientos de la norma NTC ISO 9001:2000.
- Adecuar los documentos existentes y generar los documentos adicionales que sean necesarios, de acuerdo con los subprocesos definidos, la legislación y las normas vigentes.
- Capacitar al talento humano de todos los procesos del Sistema de Gestión de Calidad en la elaboración y control de documentos necesarios para su desarrollo.
- Capacitar y desarrollar actividades de sensibilización al talento humano de Gestión Documental, en lo referente a lo establecido en los documentos y en cumplimiento con los requisitos de la norma NTC-ISO 9001:2000.



- Implementar el Sistema de Gestión de Calidad, con base en los requerimientos de la norma técnica ISO 9001:2000 en el proceso de Gestión Documental.
- Mejorar la administración de los subprocesos establecidos.
- Acompañar a la realización de las auditorías internas con el fin de detectar las fortalezas y oportunidades de mejora que conduzcan al fortalecimiento y consolidación del proceso de Gestión Documental.
- Implementar las acciones correctivas y preventivas necesarias para el mejoramiento del proceso de Gestión Documental.

1.3 ALCANCE DEL PROYECTO

Se busca con este proyecto el diseño, documentación, implementación y mejoramiento del proceso de Gestión Documental 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. JUSTIFICACIÓN

Entre 1900 y 1930 la preocupación de todo gerente dentro de su organización se centraba en los problemas y oportunidades asociados con la producción; entre 1930 y finales de los años cuarenta, esta preocupación se desplazó a los problemas y oportunidades relacionados con la distribución; a partir de finales de los años cuarenta se aumentó la atención hacia las necesidades y deseos del consumidor; desde este momento las organizaciones empezaron a crear una ventaja competitiva, basada en ofrecer a sus clientes productos y servicios de excelente calidad.

Hoy en día la calidad no es una ventaja competitiva sino un requisito del cliente y es por esto que la organización ya sea para la elaboración de un producto o la prestación de un servicio debe asegurar que dispone de un talento humano competitivo, materiales de excelente calidad y un proceso de mejora continua que le permita crecer en la medida que desarrolla las diferentes oportunidades que se presentan dentro y fuera de la misma. Estos tres factores son los que hacen que una organización se distinga de otra y para obtenerlo se necesita de una gerencia y un talento humano comprometido.

A primera vista estos factores parecen sencillos y fáciles de obtener pero en realidad, para conseguir la eficacia y correcta combinación de los mismos se hace determinante crear mecanismos que garanticen que al final de un proceso se cumplen con los requisitos del cliente y las expectativas del mismo.

Conscientes de esta necesidad y en cumplimiento de la Ley 872 de 2003, "Créase 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 acorde en los planes estratégicos y de desarrollo de tales entidades", la Universidad Industrial de Santander incluyó en el programa de Gestión Institucional el proyecto "Aseguramiento de la Calidad", el cual se desarrollará con la implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad según los lineamientos de la Norma NTC ISO 9001:2000, en el cual se cuenta con procesos de apoyo como herramientas para el fortalecimiento de los procesos misionales que fueron acreditados institucionalmente.

Por lo anteriormente planteado, se desarrolla este Proyecto de Grado, el cual corresponde a la implementación del Sistema de Gestión de Calidad en el proceso Gestión Documental, el cual sirve de apoyo a los procesos misionales y es transversal para todos los procesos que forman parte del Sistema de Gestión de la Calidad.



3. MARCO TEÓRICO

3.1 GENERALIDADES DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Calidad: grado en el que un conjunto de características inherentes a un producto o servicio cumple con necesidades o expectativas establecidas.

Gestión: acciones sistemáticas enmarcadas desde la planeación hasta la comprobación en el seguimiento de objetivos.

Gestión de la calidad: actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización con respecto a la calidad.

Manual de Calidad: documento que especifica el sistema de gestión de la calidad de una organización.

Mejora de la calidad: parte de la gestión de la calidad orientada a aumentar la capacidad de cumplir con los requisitos de la norma.

Política de calidad: intenciones globales y orientación de una organización, relativas a la calidad, expresadas de manera formal por la alta dirección.

Proceso: conjunto de actividades mutuamente relacionadas que transforman elementos de entrada en resultados.

Sistema de Gestión: conjunto de elementos mutuamente relacionados, utilizados para establecer la política, definir los objetivos y alcanzarlos.

Sistema de Gestión de la Calidad (SGC): conjunto de elementos mutuamente relacionados, (utilizados para establecer la política y además para definir y alcanzar los objetivos) necesarios para dirigir y controlar una organización con respecto a la calidad.

3.2 GENERALIDADES DE NORMALIZACIÓN E ISO

3.2.1 Organización ISO¹

En 1946, después de la segunda guerra mundial nace la Organización Internacional para la Estandarización (ISO) la cual es un organismo no gubernamental que no depende de ningún otro

¹ Tomado de www.normas9000.com



organismo internacional, por lo tanto, no tiene autoridad para imponer sus normas a ningún país. ISO es el encargado de promover el desarrollo de normas internacionales de fabricación, comercio y comunicación para todas las ramas industriales a excepción de la eléctrica y la electrónica. Su función principal es la de buscar la estandarización de normas de productos y seguridad para las empresas u organizaciones a nivel internacional. La ISO es una red de los institutos de normas nacionales de 157 países, sobre la base de un miembro por el país, con una Secretaría Central en Ginebra, Suiza, que coordina el sistema. La Organización Internacional de Normalización (ISO), está compuesta por delegaciones gubernamentales y no gubernamentales, subdividida en una serie de subcomités encargados de desarrollar las guías que contribuirán al mejoramiento continuo de una organización.

3.2.2 Estructura de la organización

La Organización ISO está compuesta por tres tipos de miembros:

- **Miembros natos**, uno por país, recayendo la representación en el organismo nacional más representativo. Para estados Unidos por ejemplo, es el American national Standards Institute (ANSI) y para Colombia es el Instituto Colombiano de Normas Técnicas (ICONTEC).
- **Miembros correspondientes**, de los organismos de países en vías de desarrollo y que todavía no poseen un comité nacional de normalización. No toman parte activa en el proceso de normalización pero están puntualmente informados acerca de los trabajos que les interesen.
- **Miembros suscritos**, países con reducidas economías a los que se les exige el pago de tasas menores que a los correspondientes.

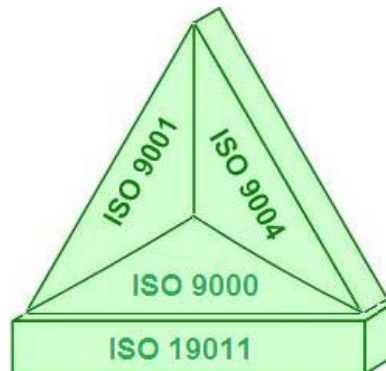
3.2.3 Familia ISO²

La familia de **normas ISO 9000** es un conjunto de normas de calidad establecidas por la Organización Internacional para la Estandarización (ISO) que se pueden aplicar en cualquier tipo de organización. La serie ISO 9000 consta de cuatro normas básicas respaldadas por otros documentos:

² Normas ISO 9000



Figura 1. Familia ISO



Fuente: Autoras del proyecto

- **ISO 9000:2000, Sistemas de gestión de la calidad – Fundamentos y vocabulario.**

Esta norma describe los conceptos de un Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) y define los términos fundamentales usados en la familia ISO 9000. La norma también incluye los ocho principios de gestión de la calidad que se usaron para desarrollar la ISO 9001 y la ISO 9004.

- **ISO 19011, Directrices sobre auditorías de sistemas de gestión de calidad y/o ambiental**

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 medio ambiental, así como la competencia de los auditores de sistemas de gestión de calidad y ambiental.

- **ISO 9001:2000, Sistemas de gestión de la calidad – Requisitos**

Señala los requerimientos para que una organización demuestre su capacidad para cumplir los requisitos de sus clientes y otros requisitos reglamentarios, y mejore su eficacia en el cumplimiento de los objetivos y la satisfacción del cliente.

- **ISO 9004:2000, Sistemas de gestión de la calidad – Directrices para la mejora del desempeño**

Establece las directrices para el desarrollo y mejora en el desempeño de un SGC, orientado hacia la mejora en el desempeño, la eficacia y eficiencia, en función de los puntos de vista de otras partes interesadas como los accionistas, los trabajadores, la sociedad y el medio ambiente, teniendo en cuenta el análisis de los ejes correspondientes a los beneficios, los riesgos y los costos.



3.3 NORMA ISO 9001/2000

3.3.1 Definición

La ISO 9001 es una norma internacional que se aplica a los sistemas de administración de calidad y que se centra en todos los elementos de administración de calidad con los que una empresa debe contar para tener un sistema efectivo que le permita administrar y mejorar la calidad de sus productos o servicios. Los clientes se inclinan por los proveedores que cuentan con esta acreditación porque de este modo se aseguran que la empresa seleccionada disponga de un buen sistema de administración de calidad.

La ISO 9001:2000 especifica lo que se requiere que haga una organización, pero no indica cómo se debería hacer, con lo que otorga a la empresa una gran flexibilidad para manejar su negocio.

3.3.2 Principios de Gestión de la calidad³

La ISO 9000 se basa en los 8 principios de gestión que pueden ser utilizados por la alta dirección con el fin de conducir a la organización hacia la mejora del desempeño.

Figura 2. Principios de Gestión de la Calidad



Fuente: Autoras del proyecto

³ Norma ISO 9001:2000



1. **Enfoque en el cliente:** la razón de ser de las entidades es prestar un servicio dirigido a satisfacer a sus clientes; por lo tanto, es fundamental que las entidades comprendan cuales son las necesidades actuales y futuras de los clientes, que cumpla con sus requisitos y que se esfuercen por exceder sus expectativas.
2. **Liderazgo:** desarrollar una conciencia hacia la calidad implica que la alta dirección de cada entidad es capaz de lograr la unidad de propósito y la orientación de ésta, generando y manteniendo un ambiente interno favorable, en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la entidad.
3. **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 entidad.
4. **Enfoque basado en procesos:** En las entidades existe una red de procesos, la cual al trabajar articuladamente, permite generar valor. Un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.
5. **Enfoque de sistema para la gestión:** el hecho de identificar, entender, mantener, mejorar y en general, gestionar los procesos y sus interrelaciones como un sistema, contribuye a la eficacia, eficiencia y efectividad de las entidades en el logro de sus objetivos.
6. **Mejora continua:** siempre es posible implementar maneras más prácticas y mejores para entregar los productos o prestar servicios en las entidades. Es fundamental que la mejora continua del desempeño global de las entidades sea un objetivo permanente para aumentar su eficacia, eficiencia y efectividad.
7. **Enfoque basado en hechos:** en todos los niveles de la entidad las decisiones eficaces, se basan en el análisis de los datos y la información y no simplemente en la intuición.
8. **Relaciones mutuamente benéficas con el proveedor:** las entidades y sus proveedores son interdependientes; una relación beneficiosa, basada en el equilibrio contractual aumenta la capacidad de ambos para crear valor.

3.3.3 Enfoque basado en procesos

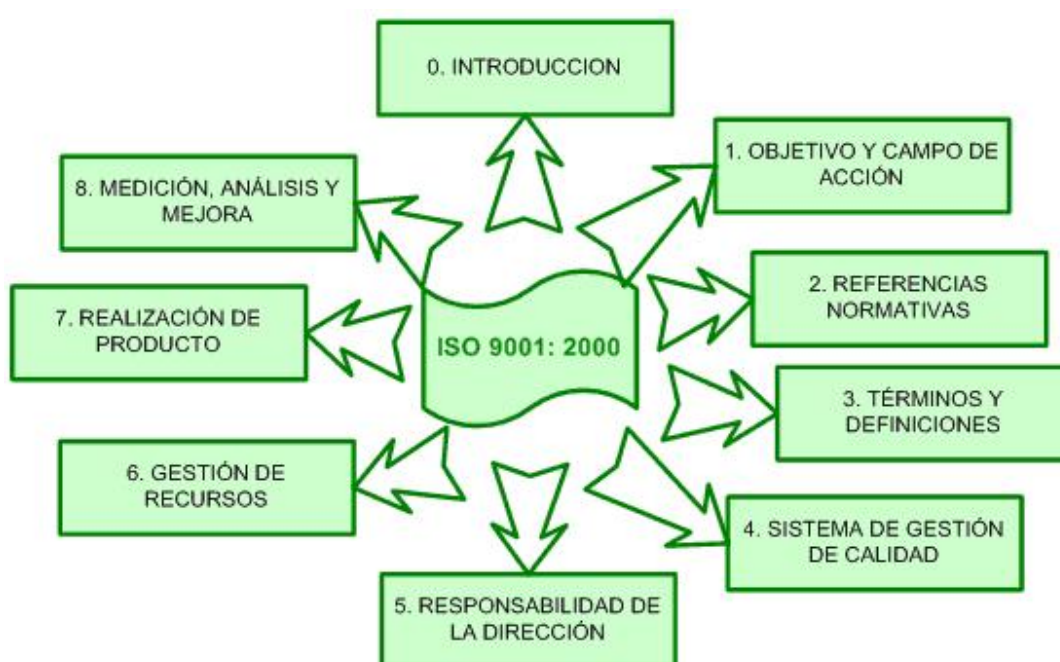
Para que las organizaciones operen de manera eficaz, tienen que identificar y gestionar numerosos procesos interrelacionados y que interactúan. A menudo la salida de un proceso forma directamente la entrada del siguiente proceso. La identificación y gestión sistemática de los procesos empleados en la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



Una ventaja del enfoque basado en procesos es el control continuo que proporciona sobre los vínculos entre los procesos individuales dentro del sistema de procesos, así como sobre su combinación e interacción.

La figura 3, presenta el Modelo de un Sistema de Gestión de la Calidad basado en procesos, y define la estructura de la Norma ISO 9001:2000, la cual consta de ocho capítulos. En los primeros cuatro se encuentran las generalidades, las referencias normativas y los términos y definiciones usadas en el contenido de la misma.

Figura 3. Modelo de enfoque hacia procesos



Fuente: Autoras del proyecto

En el capítulo 4, se establecen los requisitos generales para establecer, documentar, implementar y mantener un sistema de gestión de la calidad y mejorar continuamente su eficacia.

El capítulo 5, se señala la responsabilidad de la Dirección y la importancia del compromiso que debe tener para el cumplimiento de los requisitos estipulados por el cliente, así como su compromiso frente al establecimiento y cumplimiento de la Política y los Objetivos de la Calidad.

En su Capítulo 6, Gestión de los Recursos, se establece que para un adecuado funcionamiento del Sistema de Gestión de la Calidad, la organización debe proporcionar los recursos necesarios para implementar y mantener el sistema de gestión de la calidad y mejorar continuamente su eficacia.



Para cumplir con los requisitos y expectativas de los clientes, la organización debe planificar y desarrollar los procesos necesarios para la realización del producto, el resultado de esta planificación debe presentarse de forma adecuada para la metodología de operación de la organización, estos requisitos son definidos en el Capítulo 7 de la Norma.

Como un ítem adicional y de igual importancia, se debe evaluar el desempeño del sistema de gestión de la calidad, con el objetivo de implementar acciones de mejora y determinar medidas a tomar cuando se encuentren no conformidades dentro del sistema. En el capítulo 8, se define que la organización debe planificar e implementar los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora necesarios para demostrar la conformidad del producto.

A todos los procesos se puede aplicar la **Metodología PHVA**:

Planificar (P): establecer los objetivos y procesos necesarios para conseguir resultados de acuerdo con los requisitos del cliente y las políticas de la organización.

Hacer (H): implementar los procesos.

Verificar (V): realizar el seguimiento y la medición de los procesos y los productos respecto a las políticas, los objetivos y los requisitos para el producto e informar sobre los resultados.

Actuar (A): tomar acciones para mejorar continuamente el desempeño de los procesos.

3.3.4 Beneficios de ISO⁴

Su implantación en las organizaciones, aunque supone un duro trabajo, ofrece una gran cantidad de ventajas para las empresas. Los principales beneficios son:

- Reducción de rechazos e incidencias en la producción o prestación del servicio
- Aumento de la productividad
- Mayor compromiso con los requisitos del cliente
- Mejora continua

⁴ Capacitación de Fundamentos y Normas, Coordinación de Calidad UIS



4. MARCO CONTEXTUAL – GENERALIDADES DE LA DIRECCIÓN DE CERTIFICACIÓN Y GESTIÓN DOCUMENTAL

4.1 HISTORIA

Las tareas de esta Dirección han estado adscritas a diferentes Oficinas:

Inicialmente surgieron como un servicio de consulta del Servicio de Documentación y Bibliografía, el cual estaba adscrito a la Rectoría Asistente, en 1.967. Posteriormente en 1.970, cambia de nombre y pasa de ser servicio a cargo de la Rectoría Asistente a Centro de Documentación y Bibliografía, adscrito a esta misma dependencia como Oficina.

En 1.975 mediante Resolución 278 del 10 de septiembre de 1.975 se autorizó la planeación, organización y puesta en marcha de los programas de clasificación, manejo y microfilmación de todos los documentos de la Universidad a través del Centro de Documentación y Bibliografía.

El año siguiente mediante Acuerdo No.033 de 1.976 del Consejo Directivo, se organizó como una Sección del Centro de Documentación y Bibliografía y se determinó la necesidad de crear una Oficina que desarrollara estas funciones (Sección de Administración de Documentos). El Centro dependía de la Dirección de Servicios Universitarios.

En 1.982 se presentaron cambios en la estructura orgánica de la Universidad: desaparece el Consejo Directivo y la Rectoría Asistente y aparecen las Vicerrektorías y las Divisiones, se crean las Facultades que reemplazan a los Decanatos. Administración de Documentos queda como Sección de la División de Servicios Generales.

En 1.994 mediante Acuerdo 057 de Septiembre 7 del Consejo Superior, por el cual se reformó la estructura organizacional de la Universidad Industrial de Santander, Administración de Documentos dejó de ser una Sección y pasó a ser una función de la División de Servicios de Información la cual tenía entre sus funciones la de "Dirigir y Controlar la administración de documentos de la Universidad, prestando un servicio ágil y oportuno en las comunicaciones internas y externas y conservando y custodiando el patrimonio documental de la Universidad de soporte a la labor académica y administrativa"⁵.

Desde Noviembre 15 de 2005 mediante acuerdo 060 del Consejo Superior por el cual se reformó la estructura organizacional de la Universidad, se fortaleció la Secretaría General y se adscribieron nuevas funciones. Igualmente, se creó la Dirección de Certificación y Gestión Documental con un Grupo de Gestión Legal y Certificación y otro de Gestión Documental, el cual tendrá a cargo los procesos de Gestión Documental, administración de las tablas de retención documental y políticas

⁵ Acuerdo 057 de 1.994 del Consejo Superior, Artículo Único.



de archivo que adopte la Universidad y las demás que actualmente ejerce la Sección de Administración de Documentos de la División de Servicios de Información.”⁶

La Dirección de Certificación y Gestión Documental (DCGD), tiene como propósito la administración de la información y el material documental impreso, de importancia para la Institución y sujeta a la normatividad archivística expedida por el Archivo General de la Nación, dada la clasificación de la Institución como entidad del Estado.

La DCGD cuenta con un equipo humano integrado por profesionales, técnicos, auxiliares y operarios, quienes en general son los encargados de prestar los servicios a sus usuarios, sean personas u organizaciones de la Comunidad UIS o externas.

4.2 SERVICIOS

La Dirección de Certificación y Gestión Documental es una oficina que ofrece los siguientes servicios:

Internos:

- Recibo, clasificación y despacho de correos.
- Radicación y registro de correspondencia recibida y despacha.
- Transferencia primaria de archivos.
- Microfilmación de archivos transferidos, historias laborales de personal retirado y jubilado, historias académicas de estudiantes graduados y retirados.
- Capacitación a funcionarios sobre organización, conservación y normatividad archivística.
- Consulta en las diferentes áreas.

Externos:

- Capacitación sobre organización de archivos, normatividad y procesos de microfilmación y digitalización.
- Microfilmación de documentos.
- Visitas guiadas para mostrar los diferentes procesos.

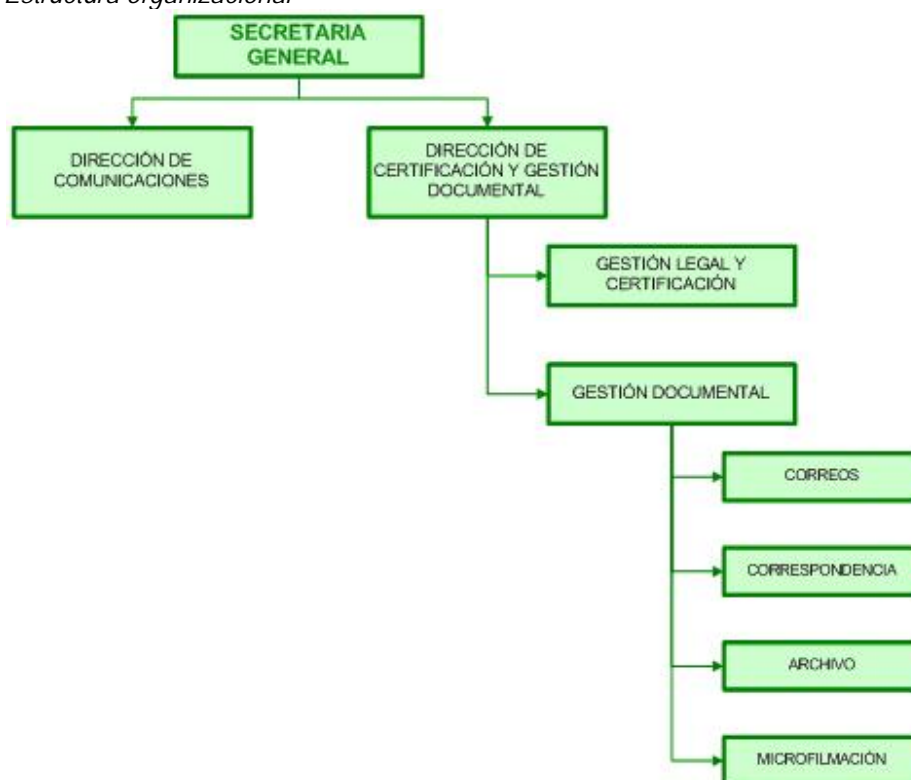
⁶ Acuerdo 060 de 2005 del Consejo Superior, Artículo 2.



4.3 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

La Dirección de Certificación y Gestión Documental es una unidad adscrita a la Secretaría General, que en el Grupo de Gestión Documental desarrolla sus actividades en las siguientes áreas internas: correos, correspondencia, archivo y microfilmación.

Figura 4. Estructura organizacional



Fuente: www.uis.edu.co

4.4 PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL

El proceso de Gestión Documental comprende el conjunto de actividades administrativas y técnicas desarrolladas en la Universidad Industrial de Santander, coordinadas por la Dirección de Certificación y Gestión Documental, tendientes a lograr el eficiente y eficaz manejo de la documentación producida y recibida con el objeto de facilitar su producción, recepción, distribución, trámite, organización, consulta, conservación y disposición final. Adicionalmente se considera como un proceso transversal, ya que en él se define toda la producción y se realiza la implementación de la documentación que se maneja en todos los procesos de apoyo a los procesos misionales de la Universidad.



Las actividades del proceso de Gestión Documental están definidas de la siguiente manera:

- Producción documental: generación de documentos en la Universidad Industrial de Santander, en cumplimiento de sus funciones.
- Recepción de documentos: conjunto de operaciones de verificación y control que debe realizar la Universidad Industrial de Santander para la admisión de los documentos que son remitidos por una persona natural o jurídica.
- Distribución de documentos: actividades tendientes a garantizar que los documentos lleguen a su destinatario.
- Trámite de Documentos: curso del documento desde su producción o recepción hasta el cumplimiento de su función administrativa.
- Organización de los documentos: conjunto de acciones orientadas a la clasificación, ordenación y descripción de los documentos de la Universidad Industrial de Santander, como parte integral de los procesos archivísticos.
- Consulta de documentos: acceso a un documento o grupo de documentos con el fin de conocer la información que contienen.
- Conservación de documentos: conjunto de medidas preventivas o correctivas, adoptadas para garantizar la integridad física y funcional de los documentos de archivo, sin alterar su contenido.
- Disposición final de los documentos: selección de los documentos en cualquier etapa del ciclo vital, con miras a su conservación temporal, permanente o a su eliminación.

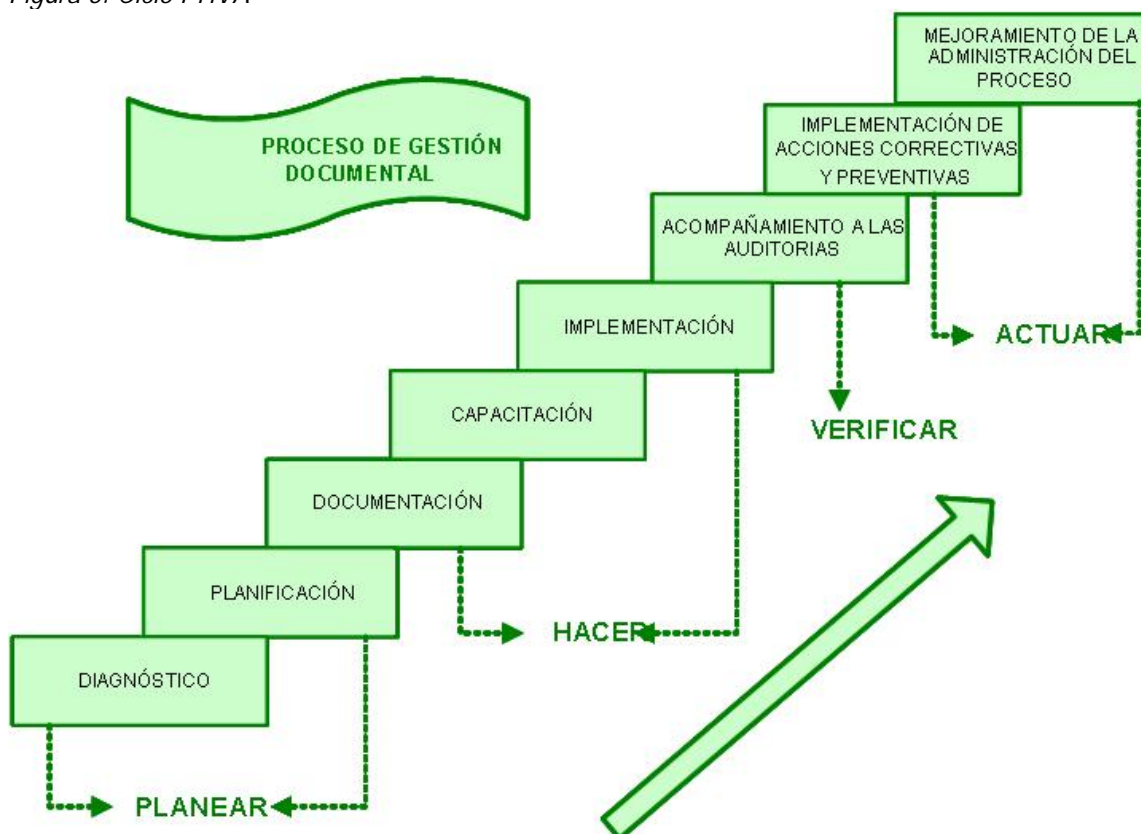


5. METODOLOGÍA PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO

Mantener los resultados exitosos en la satisfacción de las necesidades de los clientes y mejorarlos continuamente es una prioridad permanente de la Universidad Industrial de Santander, es por esto que considera importante la alineación de los procesos con la estrategia organizacional, con la cultura requerida por la estrategia y con los deseos, requisitos y expectativas de los clientes tanto internos como externos.

El presente proyecto se desarrolló bajo el ciclo de Deming o ciclo PHVA, para estandarizar las mejores prácticas en la ejecución, monitorear los procesos con instrumentos objetivos y contar con métodos de solución de problemas que permitan la disminución permanente de éstos, al mismo tiempo que se mejoren los resultados organizacionales. En La figura 5 se presenta la metodología y seguidamente las actividades macro ejecutadas en cada etapa.

Figura 5. Ciclo PHVA



Fuente: Autoras del proyecto



5.1 PLANEAR

Diagnóstico

En esta etapa se busca recoger, analizar y evaluar la información existente con el objeto de conocer el estado actual de la documentación, los procedimientos y registros usados dentro del proceso de Gestión Documental teniendo como parámetro los requisitos de la Norma NTC ISO 9001:2000.

Planificación

En esta etapa se realizan las siguientes actividades:

- Elaborar un cronograma de actividades de acuerdo a los resultados obtenidos en el diagnóstico.
- Asignar los responsables de la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad.
- Determinar el alcance y las exclusiones del Sistema de Gestión de la Calidad.
- Definir la política de calidad y el despliegue de los objetivos.
- Identificar los procesos de la Universidad Industrial de Santander y subprocesos que se encuentren dentro del proceso de Gestión Documental.

5.2 HACER

Documentación

En esta etapa una vez identificados los subprocesos y descripción, se determina el alcance, el objetivo, las actividades macro, los recursos necesarios para el desarrollo de los mismos y las medidas de desempeño que permitan evaluar cada uno de los procesos; además se realiza toda la documentación necesaria para el proceso y la exigida en la NTC ISO 9001:2000 dentro del Sistema de Gestión de la Calidad, incluyendo como actividad principal la construcción de la metodología para la elaboración y el control de documentos y registros.

Capacitación

En esta etapa se elabora un plan de sensibilización para todo el talento humano involucrado en el proceso de Gestión Documental, con el objetivo de crear un compromiso con la cultura de reporte de no conformidades y datos de indicadores de gestión y de la calidad en general.

Implementación

En esta fase se realiza la socialización de la documentación con el fin que el talento humano que desempeña cada una de las diferentes actividades adopte y ponga en práctica lo establecido en los documentos.



Adicional se socializará el procedimiento para la elaboración y control de los documentos y registros, con el talento humano encargado de la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en los procesos estratégicos, de evaluación y de apoyo.

5.3 VERIFICAR

Apoyo en auditorías internas

Una vez implementado, el Sistema de Gestión de la Calidad se evalúa a través de dos auditorías internas con el objetivo de determinar el cumplimiento de los requisitos establecidos en la Norma NTC ISO 9001:2000.

5.4 ACTUAR

Implementación de acciones correctivas y preventivas.

Esta fase comprende la implementación de acciones correctivas para eliminar las causas de las no conformidades detectadas en el SGC, así como la implementación de acciones preventivas para eliminar las causas de no conformidades potenciales y prevenir su ocurrencia.

Mejoramiento de la administración del proceso de Gestión Documental

Esta etapa comprende las mejoras en la planeación y la orientación del proceso de Gestión Documental, como proceso de apoyo a la misión de la Universidad.



6. DIAGNÓSTICO DEL PROCESO DE GESTIÓN DOCUMENTAL

Para iniciar la planeación del Sistema de Gestión de la Calidad del proceso Gestión Documental, se realizó un diagnóstico con el objetivo de conocer en qué situación se encontraba frente a la Norma y frente al cumplimiento de los requisitos de sus clientes, de la Universidad Industrial de Santander, los legales y reglamentarios.

Este diagnóstico constó de dos etapas:

6.1 ENTREVISTA A LOS EMPLEADOS

A través de las entrevistas se verificaron las diferentes actividades desarrolladas dentro del proceso y se evaluó la documentación existente. Los resultados fueron los siguientes:

Actividades Macro

- Administrar la correspondencia de la Universidad Industrial de Santander.
- Radicar las comunicaciones oficiales.
- Digitalizar la correspondencia radicada.
- Fomentar el control y organización del archivo de gestión.
- Administrar y controlar el archivo central.
- Facilitar la consulta.
- Brindar asesoría a las diferentes unidades académicas ó administrativas (UAA).
- Definir políticas y procedimientos de archivo.
- Microfilmear documentos.

Talento Humano

En la Dirección de Certificación y Gestión Documental se cuenta con el siguiente talento humano:



Tabla 1. Talento humano

| CARGO | No. de personas |
|---|-----------------|
| Directora de Certificación y Gestión Documental | 1 |
| Clasificador de Correspondencia | 1 |
| Auxiliar de Correspondencia | 2 |
| Mensajero | 4 |
| Auxiliar de Archivo | 3 |
| Operador de Microfilmación | 1 |
| Técnico de Microfilmación | 1 |
| Auxiliar de Microfilmación | 1 |

Documentos existentes

Manual de Administración de Documentos. UIS- Octubre 1982

Registros Utilizados

- Formato para devolución de correspondencia
- Formato para el envío de correspondencia
- Planilla de devolución de correspondencia externa
- Planillas en Excel para el registro de la correspondencia despachada por cada una de las empresas de correo
- Planilla diaria de control de correos recibidos
- Planilla de entrega de recomendados
- Informe mensual de correo urbano
- Informe mensual de correspondencia despachada externa
- Informe mensual de correspondencia despachada interna
- Informe diario de correspondencia recibida-radicada
- Informe mensual de correspondencia recibida
- Inventario de archivo
- Relación de Afuera
- Acta Inicial y Acta Final de microfilmación
- Control de rollos a procesar en el Laboratorio de Revelado
- Control del proceso para el equipo procesador
- Relación de rollos procesados
- Control de calidad de los rollos procesados



6.2 LISTA DE CHEQUEO

En el Anexo A se presenta la lista de chequeo aplicada en el proceso, en la cual se relacionaron todos los puntos de la Norma, dando un porcentaje de cumplimiento para identificar los ítems no atendidos y establecer un plan de actividades a desarrollar para el cumplimiento de los mismos. A continuación se encuentra definida la escala utilizada (Tabla 2).

Tabla 2. Escala de Valoración en el Diagnóstico

| ESCALA | DESCRIPCIÓN | % OTORGADO |
|-------------------------------------|---|------------|
| No documentado | Requisito no atendido | 0 |
| Definido pero no documentado | Requisito atendido pero la información no se encuentra documentada. | 10 |
| Documentado no implementado | Documentación diseñada pero no aplicada por el proceso. | 30 |
| Documentado e implementado | Documentación diseñada, actualizada e implementada | 60 |
| Medición de los procesos | Se utilizan herramientas para la medición de los objetivos planeados | 70 |
| Seguimiento por medio de auditorías | Se realizan auditorías para evaluar el grado de conformidad con las disposiciones planificadas. | 80 |
| Mejorado | Se han implementado acciones de mejora. | 100 |

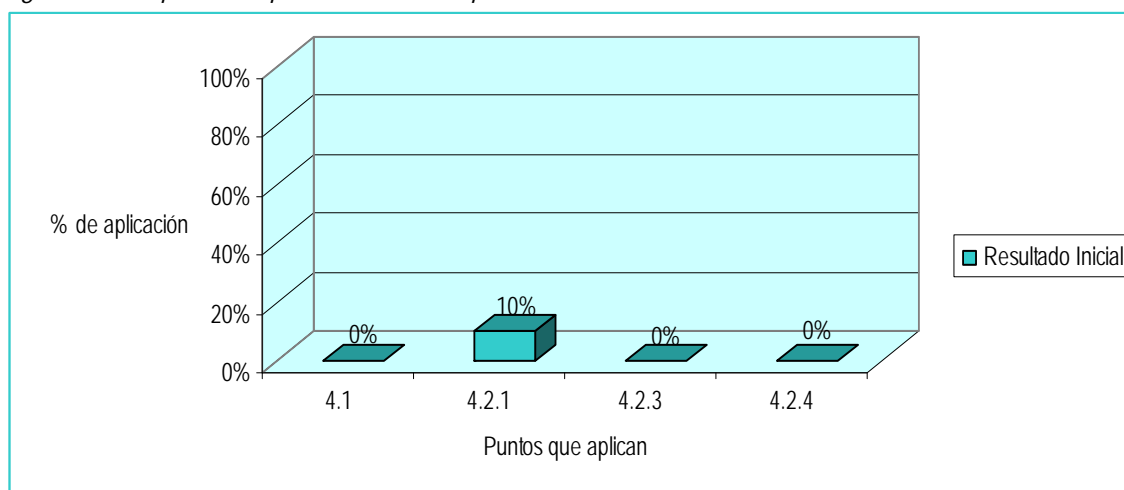
Fuente: Autoras del proyecto



6.2.1 Análisis de los Resultados

➤ Capítulo 4. Sistema de Gestión de la Calidad

Figura 6. Cumplimiento por el SGC del capítulo 4 de la Norma



Fuente: Autoras del proyecto

4.1 Requisitos Generales

En el proceso de Gestión Documental no se establece, ni documenta, ni implementa, ni se mantiene un Sistema de Gestión de la Calidad.

4.2.1 Generalidades

No se cuenta con declaraciones documentadas de una política de la calidad y de objetivos de la calidad, ni un manual de calidad. Sin embargo, existe un manual de procedimientos del año 1982 que se encuentra totalmente desactualizado.

4.2.3 Control de documentos

No existe un procedimiento documentado que defina los controles que deben realizarse a los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad.

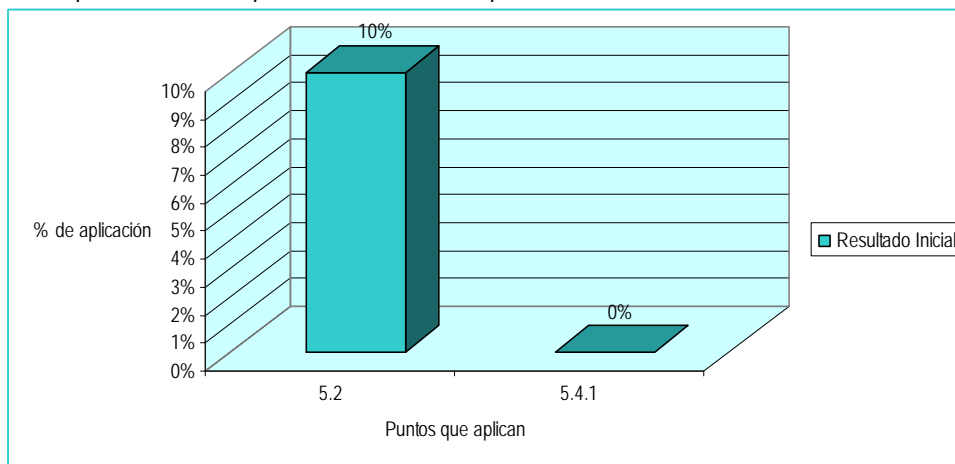
4.2.4 Control de registros

No se ha establecido un procedimiento documentado para definir los controles necesarios para la identificación, el almacenamiento, la protección, la recuperación, el tiempo de retención y la disposición de los registros.



➤ Capítulo 5. Responsabilidad de la dirección

Figura 7. Cumplimiento del capítulo 5 de la Norma por el SGC



Fuente: Autoras del proyecto

5.2 Enfoque al cliente

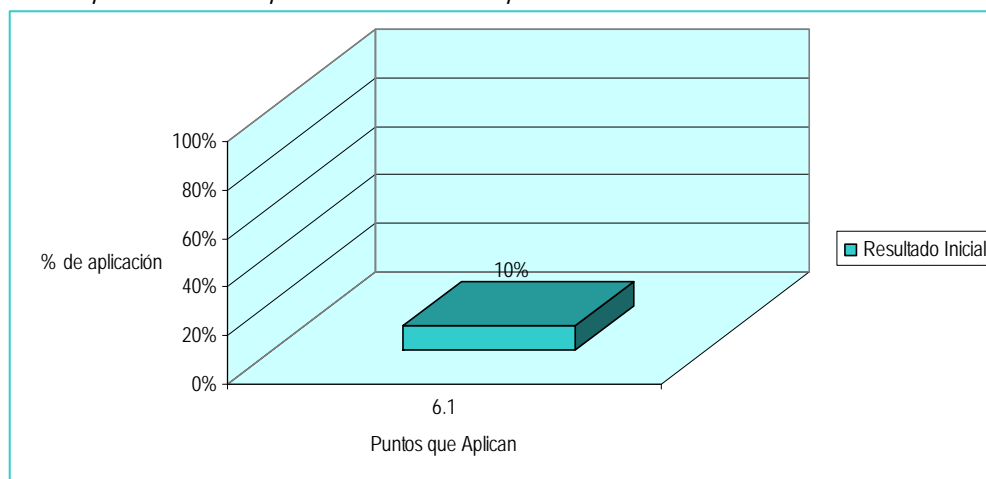
El proceso Gestión Documental, se compromete con el cumplimiento de los requisitos del cliente pero no deja evidencia de los mismos.

5.4.1 Objetivos de Calidad

No se tienen definidos objetivos de la calidad.

➤ Capítulo 6. Gestión de los recursos

Figura 8. Cumplimiento del capítulo 6 de la Norma por el SGC



Fuente: Autoras del proyecto

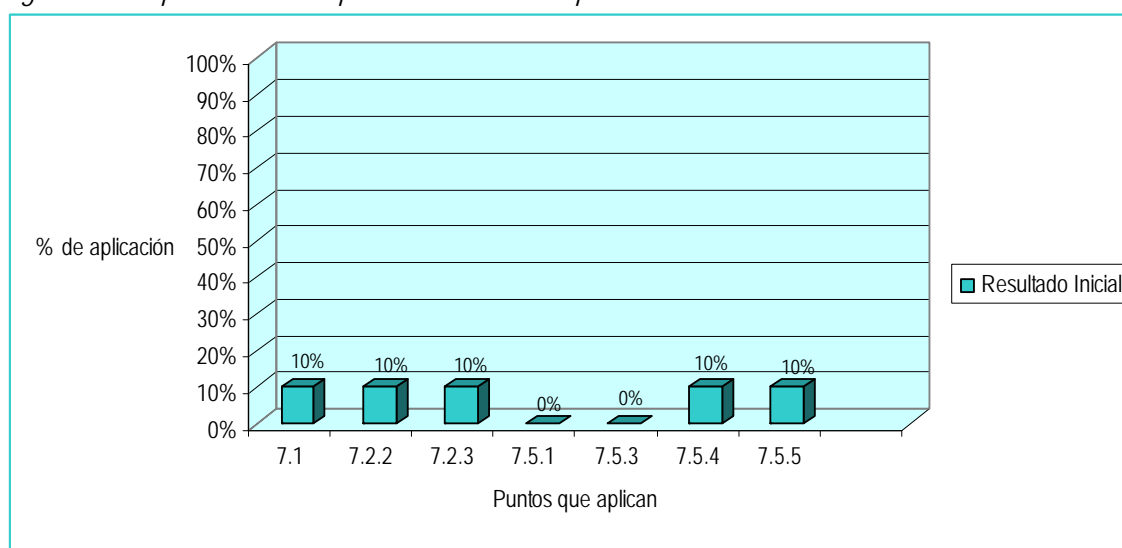


6.1 Provisión de los Recursos

El proceso Gestión Documental, cuenta con dos auxiliares para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, sin embargo no ha determinado ni proporcionado totalmente los recursos necesarios para la implementación y mantenimiento de este sistema.

➤ Capítulo 7. Prestación del producto

Figura 9. Cumplimiento del capítulo 7 de la Norma por el SGC



Fuente: Autoras del proyecto

7.1 Planificación de la realización del producto

Se planifica la prestación del servicio de acuerdo a los requisitos del cliente y las normas legales establecidas (Ley General de Archivos) pero no se deja evidencia que el servicio prestado cumple con los requisitos.

7.2.2 Revisión de los requisitos relacionados con el producto

Se revisan los requisitos relacionados con el servicio pero no se mantienen registros de los resultados de la revisión y de las acciones originadas por la misma.

7.2.3 Comunicación con el cliente

Aunque no se encuentra especificado dentro de ningún documento la forma en que se interactúa con el cliente, la información sobre el producto, las consultas y las quejas que se puedan presentar, se realizan a través de correo electrónico y vía telefónica.

7.5.1 Control producción y/o prestación del servicio

En los puestos de trabajo no disponen de toda la información necesaria que describa las características del servicio ni instrucciones de trabajo. Adicionalmente, no se tienen los suficientes equipos para una eficaz prestación del servicio.



7.5.3 Identificación y trazabilidad

Se identifican las comunicaciones oficiales recibidas y emitidas por la Universidad Industrial de Santander y se hace trazabilidad parcialmente.

7.5.4 Propiedad del cliente

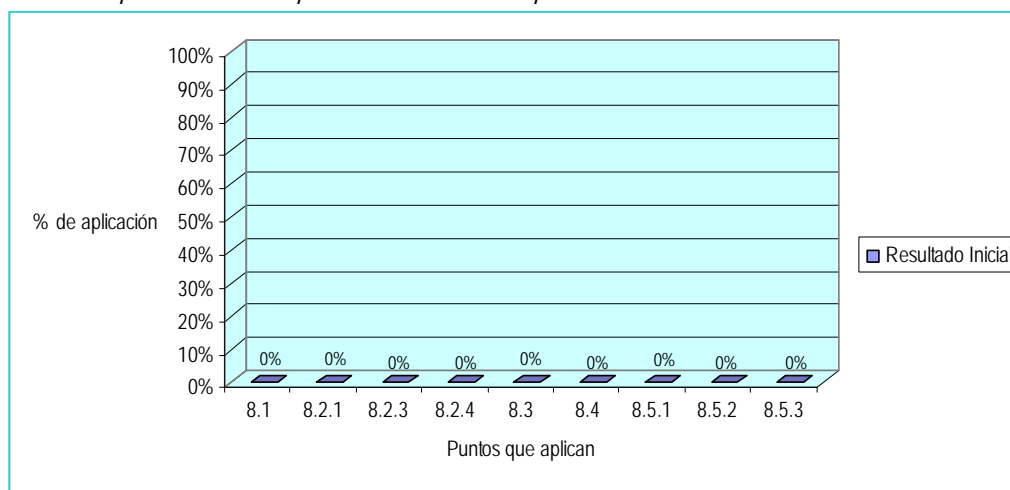
Se identifican, verifican, protegen y salvaguardan los bienes que son propiedad del cliente, pero no se deja registro de dichas actividades (microfilmación: material a microfilmear, rollos a revelar o a lavar).

7.5.5 Preservación del producto o servicio

Durante el proceso interno y la entrega al destino previsto se preserva la conformidad del producto.

➤ Capítulo 8. Medición, análisis y mejora

Figura 10. Cumplimiento del capítulo 8 de la Norma por el SGC



Fuente: Autoras del proyecto

8.1 Generalidades

No se tienen procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora necesarios para demostrar la conformidad del servicio, la conformidad del Sistema de Gestión de la Calidad y mejorar continuamente su eficacia.

8.2.1 Satisfacción del cliente

No se realiza seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de sus requisitos.

8.2.2 Auditoría interna

No se llevan cabo auditorías internas para determinar si el SGC es conforme con las disposiciones planificadas, con los requisitos de la Norma ISO 9001:2000 y se ha implementado y se mantiene de manera eficaz.



8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos

No se han definido métodos para el seguimiento y la medición de los procesos.

8.2.4 Seguimiento y medición del producto

No se mide ni se hace seguimiento de las características del servicio para verificar que se cumplen los requisitos del mismo.

8.3 Control del producto no conforme

No existe un procedimiento documentado, que determine los controles, las responsabilidades y autoridades relacionadas con el tratamiento del producto no conforme.

8.4 Análisis de datos

No se recolecta información para realizar un análisis de los datos que permita proporcionar información sobre: la satisfacción del cliente, la conformidad con los requisitos del servicio, las características y tendencias de los procesos, incluyendo las oportunidades para llevar a cabo acciones preventivas.

8.5.1 Mejora continua

No se ha implementado el Sistema de Gestión de la Calidad.

8.5.2 Acción correctiva

No existe un procedimiento documentado para determinar las acciones a seguir para eliminar la causa de no conformidades y prevenir vuelva a ocurrir.

8.5.3 Acción preventiva

No existe un procedimiento documentado para determinar las acciones a seguir para eliminar la causa de no conformidades potenciales y prevenir su ocurrencia.



7. PLANEACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Una vez analizados los resultados obtenidos en el diagnóstico y con el fin de alcanzar la meta fundamental de la Universidad Industrial de Santander que es la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) basado en la Norma ISO 9001:2000 y el mejoramiento de los procesos, se planteó un cronograma de actividades para coordinar los esfuerzos y aprovechar los recursos que se tienen disponibles, se definieron los responsables de apoyar y garantizar la eficaz implementación del SGC, se definió el alcance y exclusiones del SGC, la política y objetivos de calidad y finalmente se identificaron los procesos y subprocesos de la Universidad Industrial de Santander.

7.1 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Dados los resultados del diagnóstico y la complejidad del Proceso Gestión Documental, se planteó el cronograma mostrado en la Figura 11, donde se presentan los tiempos designados para cada una de las etapas a desarrollar dentro de este proceso. Sin embargo, algunas de ellas fueron ejecutadas en fecha posterior a lo planteado debido a los disturbios ocurridos en la Universidad. En la Figura 12 se muestra el cronograma que finalmente se desarrolló.

Figura 11. Cronograma inicial del proceso Gestión Documental

| Actividades | Mar | | | | Abr | | | | May | | | | Jun | | | | Jul | | | | Ago | | | | Sept | | | | Oct. | | | | Nov. | | | | Dic | | | |
|--|-----|---|---|---|-----|---|---|---|-----|---|---|---|-----|---|---|---|-----|---|---|---|-----|---|---|---|------|---|---|---|------|---|---|---|------|---|---|---|-----|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Diagnóstico | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Planificación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Documentación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Capacitación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Implementación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mejoramiento de la administración del proceso | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Acompañamiento a las auditorías | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Implementación de acciones correctivas y preventivas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Fuente: Autoras del proyecto



Figura 12. Cronograma final del Proceso Gestión Documental

| Actividades | Feb | | | | Mar | | | | Abr | | | | May | | | | Jun | | | | Jul | | | | Ago | | | | Sept | | | | Oct. | | | | Nov. | | | | Dic | | | |
|--|-----|---|---|---|-----|---|---|---|-----|---|---|---|-----|---|---|---|-----|---|---|---|-----|---|---|---|-----|---|---|---|------|---|---|---|------|---|---|---|------|---|---|---|-----|--|--|--|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | |
| Diagnóstico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Planificación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Documentación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Capacitación | | | | | 1 | | | | 2 | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | 4 | | | | | | | | 5 | | | | 5 | | | |
| Implementación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mejoramiento de la administración del proceso | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Acompañamiento a las auditorías | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Implementación de acciones correctivas y preventivas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| No | Temas de capacitación |
|----|--|
| 1 | Sensibilización SGC y Fundamentos de la Norma |
| 2 | Gestión por procesos y documentación |
| 3 | Indicadores de gestión |
| 4 | Enfoque de auditoría |
| 5 | Producto no conforme, acción correctiva, acción preventiva |

Fuente: Autoras del proyecto

7.2 RESPONSABLES

7.2.1 Comité de Calidad

El Comité de Calidad Institucional se formalizó mediante Acuerdo 015 del Consejo Superior, el 12 de marzo de 2007. Es el órgano responsable de fomentar, promover y orientar todas las actividades de la institución que afectan la calidad de sus productos y servicios. El Comité de Calidad constituye la instancia en la que se atienden y analizan los intereses, necesidades, inquietudes, opiniones y sugerencias de cada proceso de apoyo de la 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.
- Una representación de las unidades de la Vicerrectoría Administrativa.
- Una representación de las unidades de la Vicerrectoría Académica.
- Una representación de las unidades de la Vicerrectoría de Investigación y Extensión
- Una representación de las unidades Asesoras de Rectoría.

El Comité podrá invitar a los funcionarios cuya presencia considere necesaria y oportuna.

Funciones

- 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.
- Darse su propio reglamento y las demás funciones que sean requeridas.

7.2.2 Comité de Seguimiento

Este Comité se reúne cada quince (15) días con el fin de organizar y analizar las propuestas que se van a presentar en el Comité de Calidad, así como el avance de cada una de las actividades desarrolladas en la implementación del SGC.



Está conformado por:

- Un Representante de la Alta Dirección (Vicerrector Administrativo)
- El Consultor Líder
- El Coordinador de Calidad

7.2.3 Comité Coordinador

Este Comité se reúne cada ocho (8) días, con el fin de asesorar el diseño, documentación, implementación, sensibilización y capacitaciones del SGC en todos los procesos de la Universidad Industrial de Santander.

Adicionalmente se cuenta con el apoyo de Auxiliares de Calidad, conformado por 25 estudiantes de Ingeniería Industrial quienes fueron designados al interior de cada proceso y quienes se reúnen semanalmente con este Comité para presentar informe de las actividades desarrolladas y hacer seguimiento al cronograma planteado.

7.2.4 Grupo Primario

El Grupo Primario se reúne periódicamente con el fin de hacer partícipe de la implementación del SGC a todos los integrantes del proceso y garantizar así su compromiso con el cumplimiento de los objetivos y la mejora continua del proceso Gestión Documental.

Está conformado por:

- El Director(a) de Certificación y Gestión Documental
- Un Auxiliar de archivo
- El Clasificador de Correspondencia
- Los Auxiliares de Calidad del proceso Gestión Documental.

Funciones:

- Hacer seguimiento al desempeño del proceso (verificación de indicadores) y establecer acciones de mejora.
- Hacer seguimiento a la implementación de la documentación del proceso.
- Definir las necesidades de capacitación y sensibilización para la adecuada implementación del SGC.
- Implantar las acciones necesarias para construir la cultura de acciones correctivas, preventivas y de mejora.



El grupo primario del proceso Gestión Documental, se conformó el 18 de Abril, dejando evidencia de lo anterior en el Acta de reunión No.01 (Anexo B).

7.3 ALCANCE Y EXCLUSIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

El alcance del Sistema de Gestión de Calidad se definió como:

“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.”

En el desarrollo del Sistema de Gestión de la Calidad a nivel institucional no se presentan exclusiones de la Norma ISO 9001:2000.

7.4 POLÍTICA DE CALIDAD

La política de Calidad se determinó teniendo en cuenta los beneficiarios y atributos de cada proceso de la Universidad Industrial de Santander presentados en la Tabla 3, la misión y la visión de la Universidad y las trece (13) políticas generales del Proyecto Educativo Institucional (PEI), nombradas a continuación:

- Construcción de la Comunidad Universitaria
- Responsabilidad Social
- Cultura de la Investigación
- Desempeño Integral de los Docentes
- Mejoramiento de la Calidad y Pertinencia de los Programas Académicos
- Pedagogía para la Formación Integral
- Eficacia y eficiencia de las Acciones Universitarias
- Ampliación de Cobertura
- La UIS: Proyecto Cultural
- Internacionalización
- Relación Permanente con los Egresados
- Política Financiera
- Política Organizacional



Tabla 3. Atributos de Calidad de los Procesos de Apoyo

| PROCESO | BENEFICIARIOS | ATRIBUTOS |
|--|--|--|
| DIRECCIÓN INSTITUCIONAL | UAA Comunidad Universitaria | Oportunidad en el servicio y asertividad en la comunicación. Eficiencia, eficacia y efectividad en el cumplimiento de directrices organizacionales. |
| PLANEACIÓN INSTITUCIONAL | UAA Comunidad Universitaria | Oportunidad en el servicio y asertividad en la comunicación. Asesoría confiable y asertiva. |
| GESTIÓN DE LA CALIDAD ACADÉMICA | Entes Externos Unidades Académicas Comunidad Universitaria | Oportunidad en el servicio y asertividad en la comunicación. Asesoría confiable y asertiva para el desarrollo de los procesos de acreditación y registro calificado. |
| GESTIÓN DE LA CALIDAD ADMINISTRATIVA | UAA Comunidad Universitaria | Oportunidad en el servicio y asertividad en la comunicación. Asesoría confiable y asertiva par el desarrollo de los procesos de apoyo. |
| SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL | UAA Comunidad Universitaria Entes Externos y de Control | Oportunidad en el servicio y asertividad en la comunicación. Confiabilidad y Objetividad. |
| ADMISIONES Y REGISTRO ACADÉMICO | UAA Comunidad Universitaria Sociedad Entes Externos | Oportunidad en el servicio y asertividad en la comunicación. Información Académica oportuna, confiable y segura. |
| COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL | Comunidad Universitaria Sociedad | Oportunidad en el servicio y asertividad en la comunicación. Información Veraz, objetiva y oportuna. |
| CONTRATACIÓN | UAA | Oportunidad en el servicio y asertividad en la comunicación. Contratación oportuna de acuerdo con las especificaciones y a precios de mercado. Transparencia. |
| FINANCIERO | UAA Comunidad Universitaria Sociedad Órganos de Control | Oportunidad en el servicio y asertividad en la comunicación. Administración adecuada de los recursos. Información confiable, veraz y oportuna. Transparencia en el manejo de los recursos. |
| GESTIÓN DE LA INVESTIGACIÓN Y EXTENSIÓN | UAA Comunidad Universitaria Sociedad | Oportunidad en el servicio y asertividad en la comunicación. Asesoría confiable y asertiva para el desarrollo de los procesos investigación. |
| GESTIÓN DOCUMENTAL | UAA Comunidad Universitaria | Oportunidad y amabilidad en el servicio. Información confiable, veraz y oportuna. |
| JURÍDICO | UAA | Oportunidad en el servicio y asertividad en la comunicación. Asesoría jurídica confiable, oportuna y asertiva. |
| RECURSOS FÍSICOS | UAA Comunidad Universitaria Sociedad | Oportunidad en el servicio y asertividad en la comunicación. Asesoría confiable, oportuna y asertiva. Efectividad y oportunidad en el servicio. |
| RECURSOS TECNOLÓGICOS | UAA Comunidad Universitaria Sociedad | Oportunidad en el servicio y asertividad en la comunicación. Asesoría confiable, oportuna y asertiva. Efectividad y oportunidad en el servicio. |
| RELACIONES INTERINSTITUCIONALES DE INTERCAMBIO ACADÉMICO | Comunidad Universitaria Sociedad | Oportunidad en el servicio y asertividad en la comunicación. Acceso a información actualizada. Acompañamiento oportuno y eficaz. |
| SISTEMAS DE INFORMACIÓN | UAA Comunidad Universitaria Sociedad | Oportunidad en el servicio y asertividad en la comunicación. Soporte idóneo. Información confiable, oportuna y segura. Cumplimiento de requisitos. |

Fuente: Coordinación de Calidad



El día 8 de Junio de 2007, el Comité de Calidad aprobó la siguiente Política de Calidad:

“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”.⁷

7.5 OBJETIVOS DE CALIDAD

Los objetivos de Calidad representan lo que la UIS pretende alcanzar y ofrecer a sus beneficiarios con respecto a la calidad, por tanto se partió de la política para identificar las directrices esenciales hacia las cuales deben apuntar dichos objetivos. En tabla 4, se presenta el despliegue de la política de calidad junto con la directriz y los objetivos de calidad planteados.

Tabla 4. *Objetivos de Calidad*

| POLÍTICA DE CALIDAD | DIRECTRIZ DE LA POLÍTICA | OBJETIVO DE CALIDAD |
|--|--|--|
| “La Universidad Industrial de Santander está comprometida con la <u>eficacia</u> , la <u>eficiencia</u> y el <u>mejoramiento continuo</u> de los procesos de apoyo a la docencia, la investigación y la extensión, en consonancia con el Proyecto Institucional, para lograr la <u>satisfacción de las necesidades de sus beneficiarios</u> . Promueve para ello una cultura de calidad basada en el <u>autocontrol</u> , la <u>oportunidad en el servicio</u> y la <u>asertividad en la comunicación</u> de todas las acciones universitarias”. | EFICACIA | Garantizar, en forma adecuada y pertinente, el apoyo al desarrollo de los procesos misionales de la UIS |
| | EFICIENCIA | Gestionar y administrar la capacidad disponible de la Universidad para maximizar los resultados de los procesos misionales |
| | MEJORAMIENTO CONTINUO | Consolidar una cultura de resolución de problemas presentes y potenciales en los procesos de apoyo |
| | SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES DE SUS BENEFICIARIOS | Lograr en los beneficiarios una percepción altamente favorable de los productos y servicios ofrecidos por los procesos de apoyo |
| | AUTOCONTROL | Consolidar en los servidores de la Universidad la apropiación y empoderamiento de sus actividades para alcanzar los objetivos misionales |
| | LA OPORTUNIDAD EN EL SERVICIO | Dar a los beneficiarios productos y servicios en los tiempos requeridos, acorde a sus necesidades. |
| | Y LA ASERTIVIDAD EN LA COMUNICACIÓN | Proporcionar a los beneficiarios información veraz, clara y respetuosa, que facilite su interacción con la Institución. |

Fuente: <https://www.uis.edu.co/portal/calidad/principios.html>

⁷ <https://www.uis.edu.co/portal/calidad/principios.html>



7.6 IDENTIFICACIÓN DE PROCESOS Y SUBPROCESOS

7.6.1 Identificación de procesos de la Universidad Industrial de Santander

Teniendo en cuenta la definición de proceso para la Norma ISO 9000:2000 como “Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan las cuales transforman elementos de entrada en resultados”, y con base en el análisis de los servicios prestados y las necesidades de los beneficiarios se identificaron las actividades relacionadas entre sí, las entradas para el desarrollo de las mismas y las salidas que generan, para finalmente definir los procesos mostrados en la Figura 13.

Figura 13. Mapa de Procesos



Fuente: <https://www.uis.edu.co/portal/calidad/mapa.html>

➤ **Procesos Estratégicos:** son aquellos que fijan los objetivos, pautas, guías y proporcionan directrices a todos los procesos a través de estrategias. A este grupo pertenecen:

- Dirección Institucional
- Planeación Institucional



➤ **Procesos de Evaluación:** son aquellos que realizan las actividades de control y evaluación del desempeño del Sistema de Gestión de la Calidad, así como las actividades destinadas a evaluar la Calidad Académica de la Institución. A este grupo pertenecen:

- Seguimiento Institucional
- Gestión de la Calidad Académica

➤ **Procesos Misionales:** son aquellos que se relacionan directamente con la parte académica de la Universidad Industrial de Santander. A este grupo pertenecen:

- Docencia
- Investigación
- Extensión

➤ **Procesos de Apoyo:** son aquellos que soportan los procesos misionales a través de la ejecución de las políticas y estrategias académicas, financieras y administrativas. A este grupo pertenecen:

- Admisiones y Registro Académico
- Biblioteca
- Bienestar Estudiantil
- Comunicación Institucional
- Contratación
- Financiero
- Gestión Cultural
- Gestión de Investigación y Extensión
- Gestión Documental
- Jurídico
- Publicaciones
- Recursos Físicos
- Recursos tecnológicos
- Relaciones Interinstitucionales de Intercambio Académico
- Servicios Informáticos y de Telecomunicaciones
- Talento Humano

7.6.2 IDENTIFICACIÓN DE SUBPROCESOS DEL PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL

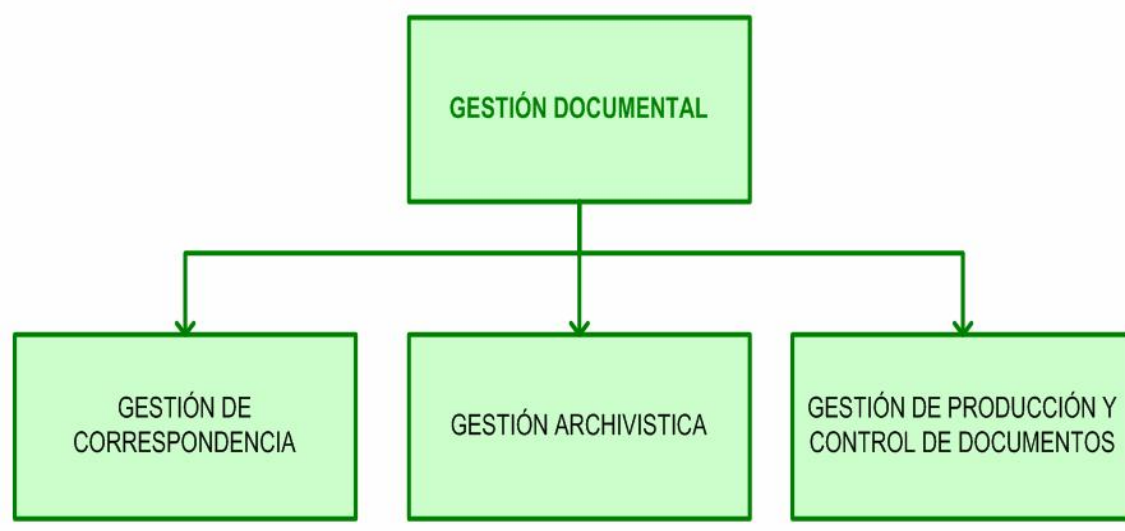
Para definir un proceso se debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Tener un único responsable
- Gestionar el ciclo PHVA , y
- Tener capacidad de desarrollar el producto o servicio que presta.



Teniendo en cuenta estos requisitos, las actividades identificadas en el diagnóstico, la Norma ISO 9001:2000, la Ley General de Archivos (Ley 594 del 2000) y la Guía para la Implementación de un Programa de Gestión Documental⁸, se definieron los subprocesos mostrados en la Figura 14 y la documentación a modificar, elaborar e implementar (Ver Anexo C).

Figura 14. Subprocesos



Fuente: Autoras del proyecto

➤ Gestión de Correspondencia

En este subproceso se agrupan todas las actividades que tienden a garantizar que los documentos dirigidos a la Universidad Industrial de Santander y los enviados por la misma, lleguen a su destino de una manera oportuna. El líder de este subproceso es el Clasificador de Correspondencia.

Las actividades que se desarrollan son:

- Recibir documentos oficiales.
- Verificar que los documentos estén completos, que corresponden a lo enunciado y sean competencia de la entidad para efectos de radicación y registro
- Dejar constancia de recibo
- Clasificar los documentos
- Radicar las comunicaciones oficiales
- Enrutar los documentos al destinatario.

⁸ Manual de Archivística – Primera Fase. Archivo General de la Nación. Jorge William Triana. 2006



➤ **Gestión Archivística**

En este subproceso se agrupan todas las actividades que tienden a organizar, disponer y conservar los documentos de forma que se garantice el acceso y la integridad física de los mismos. El líder de este subproceso es un Auxiliar de Archivo.

Las actividades que se desarrollan son:

- Recibir de todas la Unidades Académicas y/o Administrativas la documentación que ha cumplido su tiempo de retención en los archivos de gestión.
- Clasificar y ordenar los documentos tanto en las carpetas como en el sitio previamente establecido, así como describir los mismos (elaborar los inventarios documentales).
- Atender, registrar y controlar el préstamo de documentos de archivo a usuarios que desean acceder a la información.
- Garantizar las condiciones mínimas encaminadas a la protección de los documentos y sistemas de almacenamiento de información en sus distintos soportes.
- Realizar la disposición final que consiste en las acciones que se aplican a los documentos una vez han cumplido su permanencia en el archivo de gestión y/o en el archivo central. Estas acciones pueden ser la microfilmación, la selección, eliminación o conservación total, previa valoración de los documentos.

➤ **Gestión de Producción y Control de Documentos**

En este subproceso se agrupan todas las actividades que tienden a gestionar la estandarización de los documentos de la Universidad Industrial de Santander y controlar los documentos establecidos en los procesos de apoyo de la institución de acuerdo con los requisitos de la Norma ISO 9001:2000. El líder de este subproceso es el Secretario General de la Universidad Industrial de Santander.

Las actividades que se desarrollan son:

- Establecer parámetros de forma para la elaboración de los documentos del SGC en la Universidad Industrial de Santander y actualizar los mismos según la normatividad vigente.
- Establecer la metodología para la identificación, el almacenamiento, la protección, la recuperación, el tiempo de retención y la disposición de los registros del Sistema de Gestión de la Calidad.
- Gestionar la aprobación, emisión y actualización de los documentos necesarios en los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad.



8. DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Cuando se habla de gestión de la calidad, se realizan diferentes actividades que van encaminadas a coordinar, dirigir y controlar una organización con respecto a la calidad de sus productos o servicios que presta. En este sentido, se debe hablar de planificación, control, aseguramiento y mejoramiento de la calidad, dentro de lo cual se genera una serie de documentación relacionada no sólo con la gestión de calidad de la empresa, sino con la necesaria para dejar evidencia de las actividades que desarrolla.

Para el éxito en la implementación de un SGC es necesario contar con bases sólidas de documentación, lo cual se logra realizando procedimientos, guías, instructivos, manuales y todos los documentos exigidos por la Norma ISO 9001:2000 y los requeridos por la organización. Esta documentación debe plasmar de manera clara las actividades desarrolladas dentro del proceso, el objetivo, alcance, responsables, recursos y los indicadores para medir y evaluar su desempeño.

Durante la planificación del proceso Gestión Documental se definió la documentación necesaria para la eficaz implementación del SGC, luego de acuerdo a la información suministrada por el talento humano del proceso, se elaboraron las caracterizaciones, procedimientos, guías y registros necesarios para su ejecución y el cumplimiento de los requisitos del cliente; finalmente y después de la revisión y socialización dentro del proceso, se llevó a las instancias competentes de la Universidad Industrial de Santander para su aprobación.

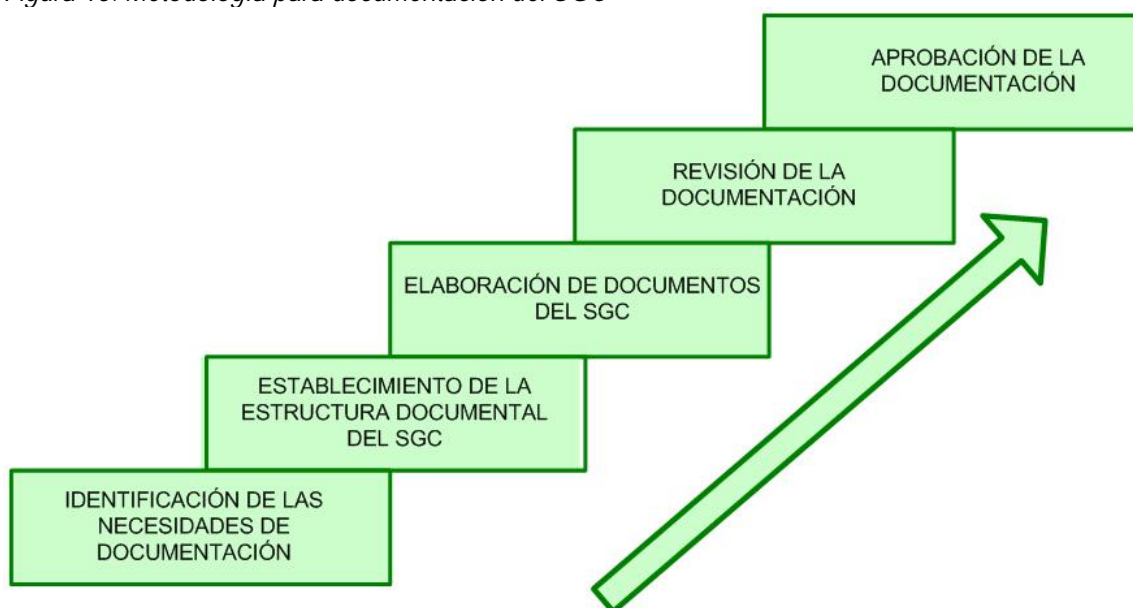
8.1 METODOLOGÍA PARA LA DOCUMENTACIÓN DEL SGC

La parte documental es muy importante en los sistemas de gestión, porque permite continuar los procesos a través de elementos informativos que cualquier persona puede seguir, estén o no los funcionarios que han venido ejecutando las distintas actividades. En este sentido, la creación de una memoria en la organización, permite ver como se están realizando las actividades e ir ampliando el conocimiento de la organización hacia el futuro.

Para que la documentación en la Universidad Industrial de Santander fuera desarrollada de manera exitosa, la Coordinación de Calidad definió la metodología general a seguir, mostrada en la Figura 15.



Figura 15. Metodología para documentación del SGC



Fuente: Autoras del proyecto

8.1.1 Identificación de las necesidades de documentación

Una vez realizado el diagnóstico, entrevistas con el talento humano del proceso, evaluación de la documentación existente y comparándola con la requerida por la Norma ISO 9001:2000 y por la Ley General de Archivos, se determinó qué documentación era necesaria modificar y crear dentro del proceso Gestión Documental (Anexo C).

Esta documentación se definió teniendo en cuenta que no es posible ni adecuado documentar absolutamente todo, pues se debe buscar el necesario equilibrio entre la extensión de la documentación y las habilidades y formación del talento humano.

8.1.2 Establecimiento de la estructura documental del SGC

En esta etapa, el proceso Gestión Documental definió la Guía de Elaboración de Documentos, la cual presenta el esquema general de la documentación implementada en la Universidad Industrial de Santander y es la base para la elaboración de los documentos transversales (de aplicación en varios procesos de la Universidad) y los específicos (de aplicación particular en un proceso de la Universidad) de todo el SGC. Esta guía fue aprobada mediante Resolución de Rectoría No. 1736 del 19 de Noviembre de 2007. (Anexo D).



➤ Esquema general de la documentación del SGC

En la figura 16, se muestra la estructura de la documentación de la Universidad Industrial de Santander y seguidamente la identificación que se le dará a la misma dentro del SGC.

Figura 16. Estructura de la documentación del SGC



Fuente: Autoras del proyecto

Plan de desarrollo: "Es un instrumento de gestión para el largo plazo, permitiendo la orientación de la planeación anual presupuestal y de programación de la gestión coherentemente con los objetivos de desarrollo, estableciendo lineamientos estratégicos que organicen y asignen de forma adecuada los recursos. Es, además, un agente motivador para la comunidad universitaria en cuanto establece las metas que la Universidad aspira a realizar con el fin de consolidar su posición de liderazgo en el ámbito educativo nacional e internacional".⁹

Plan de Gestión: constituye el compromiso de gestión compartida del nuevo equipo rectoral para el periodo de duración de sus funciones.

⁹ [http://cardenal.uis.edu.co/documentos/pdi\(2008-2018\).pdf](http://cardenal.uis.edu.co/documentos/pdi(2008-2018).pdf)



Manual de Calidad: es el documento que especifica el sistema de gestión de la calidad de una organización, de acuerdo a la política y a los objetivos establecidos.

Mapa de Procesos: descripción sistemática y/o gráfica en la que se visualizan los procesos de la organización y la interacción de los mismos (entradas y salidas de los procesos).

Procedimientos: son documentos en los cuales se describe de manera clara, organizada y detallada una actividad repetitiva o rutinaria que se realiza en la organización. Cuando se habla de procedimiento documentado significa que debe estar establecido, documentado, implementado y mantenido

Reglamento: colección ordenada de reglas o preceptos, que por la autoridad competente se da para el desarrollo y cumplimiento de una norma superior.

Guía: documento que establece recomendaciones o sugerencias.

Instructivo: documento que describe en forma detallada y secuencial una actividad específica (cómo).

Registros: documentos que proveen evidencia efectiva de las actividades efectuadas o de los resultados obtenidos.

Protocolo Médico: documento que describe el conjunto de recomendaciones y procedimientos técnico-médicos necesarios para la atención de una situación específica de salud.

➤ Identificación de la documentación del SGC

- Codificación

Los documentos del Sistema de Gestión de Calidad establecidos en los procesos de apoyo de la Universidad Industrial de Santander se codifican de la siguiente forma:

XYY.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



Tabla 5. Tipos de documentos del Sistema de Gestión de Calidad

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

Fuente: Autoras del proyecto

Tabla 6. Tipos de Procesos del Sistema de Gestión de Calidad de los procesos de apoyo

| CÓDIGO | PROCESO |
|---------------------|--|
| ESTRATEGICOS | |
| DI | Dirección institucional |
| PI | Planeación institucional |
| EVALUACIÓN | |
| CA | Gestión de la Calidad Académica |
| SE | Seguimiento Institucional |
| DE APOYO | |
| FI | Financiero |
| TH | Talento Humano |
| IE | Gestión de Investigación y Extensión |
| AR | Admisiones y Registro Académico |
| RF | Recursos Físicos |
| RT | Recursos Tecnológicos |
| SI | Servicios Informáticos y de Telecomunicaciones |
| GD | Gestión Documental |
| CI | Comunicación Institucional |
| JU | Jurídico |
| RI | Relaciones Interinstitucionales de Intercambio Académico |
| CO | Contratación |
| PU | Publicaciones |
| BI | Biblioteca |
| BE | Bienestar Estudiantil |
| CU | Gestión Cultural |

Fuente: Autoras del proyecto

* Los reglamentos son un tipo especial de documentos que no poseen codificación. Su identificación se realiza a través del nombre y el control de las versiones se realiza a través de la fecha de aprobación.

** Para los Formatos incorporados en aplicaciones de software la identificación se realiza a través del nombre del formato y no llevan codificación.



8.1.3 Elaboración de documentos del SGC

En esta etapa, el proceso Gestión Documental definió los lineamientos para el diseño de la documentación de todos los procesos del SGC. A continuación se presentan los aspectos de forma y el contenido de dichos documentos.

➤ Aspectos de forma

▪ Textos

Todos los documentos del Sistema de Gestión de Calidad de los procesos de apoyo de la Universidad Industrial de Santander deben elaborarse según las siguientes especificaciones:

- **Fuente de los textos:** letra Humanst521BT. El tamaño de la fuente en los documentos es once (11) a excepción de los procedimientos y formatos. En los procedimientos, en las secciones donde se describen las actividades del procedimiento, responsables y documentos de referencia se utiliza el tamaño diez (10) y ocho (8) para el texto de los flujogramas. (ver numeral 4.3.3). El tamaño de fuente para los formatos es de libre escogencia de acuerdo con su contenido.
- **Fuente de los encabezados:** ver numeral 4.2.2
- **Espacios:** interlineado sencillo.
- **Títulos:** la presentación de los títulos y la numeración se realizan de acuerdo con la siguiente especificación:

Tabla 7. Niveles de numeración¹⁰

| DIVISIÓN | | TIPO / TAMAÑO | DIRECTRIZ |
|---------------|----------------|----------------------------|---------------------|
| Primer Nivel | 1.TÍTULO 1 | Humanst 521BT / 11 Negrita | Mayúscula sostenida |
| Segundo Nivel | 1.1 TÍTULO 2 | Humanst521BT / 11 Negrita | Mayúscula sostenida |
| Tercer Nivel | 1.1.1 Título 3 | Humanst521BT / 11 Negrita | Mayúscula inicial |
| Cuarto Nivel | • Viñeta | Humanst521BT / 11 | Mayúscula inicial |
| Quinto Nivel | - Viñeta | Humanst521BT / 11 | Mayúscula inicial |

Fuente: Autoras del proyecto

¹⁰ Esta numeración de títulos no aplica para los procedimientos y las caracterizaciones.





- **Redacción**

Los textos se redactan en forma impersonal con los verbos conjugados en presente. Cuando se requiera mencionar un número, primero se escribe en letras y luego entre paréntesis el número.

- **Encabezado**

Debe presentarse al inicio de cada hoja del documento, y está compuesto por:

| | | |
|---|--|-----------------|
|   | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | Código: |
| | GUIA DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS | Versión: |
| | | Página X de X |

- Logo de la Universidad: Logo definido en el acuerdo 045 de 2005.
- Proceso y Subproceso Asociado: Presenta el proceso y/o subproceso asociado que realizó el documento (si aplica). Debe ir centrado, en mayúscula sostenida, negrita y en tamaño de letra 9.
- Nombre del documento: denominación con la cual se titula el documento. Debe ir centrado, en mayúscula sostenida, negrita y en tamaño de letra 12.
- Código: Se asigna de acuerdo a los parámetros establecidos en el punto 4.1 Debe escribirse la letra inicial en Mayúscula, en negrita, tamaño de letra 9.
- Versión: Número de veces que se ha actualizado el documento. Debe escribirse la letra inicial en Mayúscula, en negrita y tamaño de letra 9.
- Página: Se trata de la numeración de cada una de las páginas del documento.

En la primera hoja de los documentos, a excepción de los formatos, se adiciona al encabezado una fila que contiene:

- Revisó: Describe el cargo de quien revisa el documento.
- Aprobó: Describe el cargo de quien aprueba el documento.
- Fecha de aprobación: Muestra la fecha de aprobación del documento. Lleva el siguiente formato DD/MM/AAAA
- **Encabezado de los procedimientos:** Al encabezado de los procedimientos se adiciona una fila con la simbología del diagrama de flujo en la página donde se inicia la descripción de las actividades del procedimiento.
- **Encabezado de los formatos:** Al encabezado de los formatos se elimina el número de página. De ser necesario, se puede eliminar el nombre del proceso y subproceso. En algunos casos puede ubicarse el código y la versión en otro lugar del formato (no necesariamente en el encabezado).



➤ Contenido de los documentos

▪ Contenido de los manuales

Los manuales del SGC de la Universidad deben contener:

- Tabla de contenido: se relacionan los títulos que se encuentran en el documento y los números de página correspondientes. Se escribe la palabra "contenido" en mayúscula sostenida y centrada. Los números de página se ubican en una columna hacia el margen derecho, encabezado con la abreviatura pág., escrita todo en minúscula y seguida de puntos a doble interlinea de la palabra contenido.
- Objetivo: Describir el resultado esperado o propósito final del conjunto de actividades mencionadas en el documento.
- Alcance: Indicar el cubrimiento o limitación de la aplicación del procedimiento (a quién se dirige: personas, procesos, entre otros)
- Definiciones y/o Abreviaturas: Escribir los términos administrativos y/o técnicos y abreviaturas que se consideren necesarios para un claro entendimiento.
- El contenido es de libre escogencia de acuerdo con las necesidades del documento.
- Control de cambios: se especifica el cambio realizado, la versión del documento y la fecha de aprobación.

▪ Contenido de las caracterizaciones

Las caracterizaciones de los procesos del SGC de la Universidad deben contener:

- 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.
- 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.

▪ Contenido de los procedimientos

Los procedimientos del SGC de la Universidad deben realizarse en el software *Microsoft Visio*, cumpliendo con la siguiente estructura:

- Objetivo: Describir el resultado esperado o propósito final del conjunto de actividades mencionadas en el documento.
- Alcance: Indicar el cubrimiento o limitación de la aplicación del procedimiento (a quién se dirige: personas, procesos, entre otros).
- Definiciones y/o Abreviaturas: Escribir los términos administrativos y/o técnicos y abreviaturas que se consideren necesarios para un claro entendimiento.
- Normatividad: Leyes, normas y/o resoluciones macro asociadas al procedimiento.
- Consideraciones: Escribir las condiciones generales para la realización de las actividades, aclaraciones u otras observaciones que se consideren necesarias. En caso de no existir, se coloca "No aplica" en el espacio correspondiente.
- La descripción del procedimiento se realiza en una tabla cuyas columnas presentan el flujograma, la descripción de la actividad, el cargo del responsable y el código y/o nombre de los documentos relacionados.

- El Flujograma es un diagrama que expresa gráficamente las distintas operaciones que componen un procedimiento o parte de éste, estableciendo su secuencia cronológica. El tamaño de letra para los textos dentro del flujograma es ocho (8). Para su realización, se recomienda que los símbolos de los diagramas mantengan un mismo tamaño, por uniformidad.

- Las actividades se redactan con los verbos conjugados en presente. Ejemplo: El encargado "realiza" la actividad. Las actividades deben numerarse en forma secuencial; si una actividad tiene subpasos, éstos se numeran en orden alfabético. Ejemplo: a), b) y así sucesivamente. Para las actividades que se realizan en los sistemas de información de la Universidad o en Intranet, en caso de considerarse necesario, se describen las rutas de acceso utilizando el símbolo—>.Ej.: (Manejo de egresos → Contratación→ Orden de pago automático).



- En la casilla "Responsable" se enuncia el cargo de la persona que realiza la actividad. También pueden utilizarse denominaciones genéricas frente a la normatividad de la universidad o al Sistema de Gestión de la Calidad, como por ejemplo: ordenador del gasto, Consejo Superior, Interventor, Unidad Académico Administrativa, entre otros.

- La casilla "documento de referencia" corresponde al código y nombre del documento interno utilizado para poder realizar esa actividad, o actos administrativos (Acuerdos o Resoluciones) de referencia.

- Control de Cambios: se especifica el cambio realizado, la versión del documento y la fecha de aprobación.

- Anexos: documentos que se requieren para la ejecución del procedimiento (tablas, dibujos, planos, entre otros). Si los anexos no aplican, el título puede eliminarse.

▪ **Contenido de las guías**

Las Guías del SGC de la Universidad deben contener:

- Objetivo: Describir el resultado esperado o propósito final del conjunto de actividades mencionadas en el documento.
- Alcance: Indicar el cubrimiento o limitación de la aplicación del procedimiento (a quién se dirige: personas, procesos, entre otros)
- Definiciones y/o Abreviaturas: Escribir los términos administrativos y/o técnicos y abreviaturas que se consideren necesarios para un claro entendimiento.
- Contenido de la Guía: de acuerdo con las necesidades del documento.
- Control de cambios: se especifica el cambio realizado, la versión del documento y la fecha de aprobación.

▪ **Contenido de los protocolos médicos**

Los protocolos tienen los mismos elementos de un manual, pero su uso es exclusivo del área de la salud. Dependiendo de las características del documento se adiciona el ítem de normatividad. El protocolo debe fijar la conducta diagnóstica y terapéutica aconsejable ante determinadas eventualidades clínicas.



- **Contenido de los formatos**

La descripción de los formatos, debe procurarse llevarse tabulada, pero la estructuración del contenido es de libre opción para quien lo usa. Dependiendo de las características del formato pueden adicionarse instrucciones de diligenciamiento.

- **Contenido de los instructivos**

Los instructivos deben contener:

- **Objetivo:** Describir el resultado esperado o propósito final del conjunto de actividades mencionadas en el documento.
- **Alcance:** Indicar el cubrimiento o limitación de la aplicación del procedimiento (a quién se dirige: personas, procesos, entre otros)
- **Definiciones y/o Abreviaturas:** Escribir los términos administrativos y/o técnicos y abreviaturas que se consideren necesarios para un claro entendimiento.
- **Normatividad:** si se requiere, se especifican Leyes, Normas y/o Resoluciones macro asociadas al instructivo.
- **Control de cambios:** se especifica el cambio realizado, la versión del documento y la fecha de aprobación.
- La descripción del instructivo, en lo posible, se debe llevar tabulada de la siguiente forma:

| Paso N° | DESCRIPCIÓN DETALLADA |
|---------|-----------------------|
| | |

Donde,

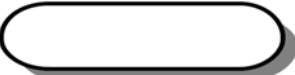







- Paso N°: Es la secuencia numérica dada para expresar cada paso en el instructivo.
- Descripción detallada: Se presentan todas las actividades que siguen el orden dados en los pasos, las cuales deben seguirse para cumplir con el instructivo.

Dependiendo de la necesidad del instructivo puede adicionarse una columna con imágenes que brinden una mayor claridad al desarrollo de las actividades.



➤ Simbología de diagramas de flujo.

Tabla 8. Simbología de diagramas de flujo

| DEFINICIÓN DE SIMBOLOS | | |
|---|------------------------------|---|
| SIMBOLO | SIGNIFICADO | DEFINICIÓN |
|  | INICIO / FIN | Se emplea para el inicio o fin de diferentes actividades del procedimiento. En su interior, se escriben los términos INICIO o FIN en estilo de fuente negrilla y en mayúscula sostenida. |
|  | ACTIVIDAD | Representa la actividad llevada a cabo para la ejecución o transformación de información, recursos, bienes, entre otros. Se emplea en las situaciones que dan nacimiento a un documento o incorporan elementos de información al mismo. |
|  | DECISIÓN | Se emplea para el diseño de diferentes caminos de acción que surgen en una etapa del procedimiento ante una circunstancia planteada. En su interior, se formula una pregunta que genere las diferentes alternativas del procedimiento. |
|  | DOCUMENTO | Representa la información que requiera registrarse o documentar manualmente, que se genera en una actividad. |
|  | PROCESAMIENTO S.I O INTRANET | Representa la información cuyo procesamiento y registro se realiza en Sistemas de Información (S.I) o en la intranet de la Universidad. |
|  | PROCEDIMIENTO PREDEFINIDO | Representa un procedimiento predefinido, documentado y estandarizado en la Universidad. |
|  | CONECTOR | Representa el vínculo entre actividades que se hallan en diferentes partes de un procedimiento. En su interior se escribe un número que sirva de vínculo y el número de la página en donde se encuentra. |
|  | CONECTOR DE PÁGINA | Representa el vínculo entre varias páginas. En su interior se escribe un número que sirva de vínculo. |

Fuente: Autoras del proyecto



➤ Documentos obligatorios

La extensión de la documentación puede diferir de una organización a otra debido al tamaño de la misma, el tipo de actividades, la complejidad de los procesos y sus interacciones y la competencia del talento humano.

No obstante, la documentación del SGC debe incluir los siguientes procedimientos documentados requeridos por la Norma ISO 9001:2000:

- Control de Documentos
- Control de Registros
- Acciones Correctivas
- Acciones Preventivas
- Producto no Conforme
- Auditoría Interna

Mediante Resolución Rectoral 1736 de 2007 se aprobaron los siguientes procedimientos obligatorios del SGC a los procesos de apoyo de la Universidad Industrial de Santander de acuerdo a la NTC ISO 9001:2000:

- **Del proceso Gestión Documental**

PGD.01 Procedimiento Control de Documentos

PGD.02 Procedimiento Control de Registros

El objetivo primordial de estos procedimientos es definir los controles para:

- Aprobar los documentos en cuanto a su adecuación antes de su emisión;
- Revisar y actualizar los documentos cuando sea necesario y aprobarlos nuevamente;
- Asegurarse de que se identifican los cambios y el estado de revisión actual de los documentos;
- Asegurarse de que las versiones o actualizaciones pertinentes de los documentos aplicables se encuentran disponibles en los puntos de uso;
- Asegurarse de que se identifiquen los documentos de origen externo y se controle su distribución;
- Prevenir el uso no intencionado de documentos obsoletos, y aplicarles una identificación adecuada en el caso de que se mantengan por cualquier razón;
- Identificar, almacenar, proteger, recuperar, definir el tiempo de retención y la disposición de los registros.



- **Del proceso Seguimiento Institucional**

- PSE.01 Procedimiento de Auditorías Internas de Calidad
 - PSE.02 Procedimiento Acciones Preventivas/Correctivas
 - PSE.03 Procedimiento de Producto o Servicio no Conforme

- **Documentos del Proceso Gestión Documental**

Gestión Documental es considerada un proceso crítico por su responsabilidad en el establecimiento de procedimientos documentados para definir los controles de los documentos y registros del SGC según lo exigido por la Norma ISO 9001:2000 y por los servicios que presta a la Universidad Industrial de Santander en general.

Inicialmente el proceso contaba con un Manual de Administración de Documentos totalmente desactualizado ya que fue aprobado en Octubre de 1982. En este Manual se encontraban documentados los procedimientos de correspondencia despachada, correspondencia recibida y manejo de archivos.

Durante la identificación de las necesidades de documentación se definieron los documentos que debían ser creados o actualizados y posteriormente se inició la documentación del proceso.

- **Caracterizaciones**

Una vez definidos los procesos y subprocesos dentro de la organización, se describió la interacción existente entre ellos. Esto se logró por medio de las caracterizaciones donde se especifican las entradas, las actividades realizadas en el proceso y las salidas que éste genera a sus beneficiarios, de tal forma que a través de ellas se puede conocer el proceso y el objetivo del mismo.

Para la descripción de los diferentes procesos establecidos en la Universidad Industrial de Santander se utilizó el formato mostrado en la Figura 17.



Figura 17. Formato de caracterización

| | | | | | |
|---|---------------------|-----------------------------------|--|--|---|
|  | | CARACTERIZACIÓN DE PROCESO | | | Código: |
| | | | | | Versión: |
| | | | | | Página de |
| Revisó | | Aprobó | | Fecha de aprobación | |
| OBJETIVO | | | | | |
| ALCANCE | | | | | |
| Proveedores | ENTRADAS | ACTIVIDADES | SALIDAS | Beneficiarios | |
| • | | • | • | • | |
| RECURSOS | RESPONSABLES | | REQUISITOS | | MECION DEL PROCESO (Indicadores) |
| | Líder del proceso: | | Beneficiario: | | |
| | Colaboradores: | | 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: Coordinación de calidad

Nombre del Proceso: Denominación del Proceso.

Código: Identificación asignada de acuerdo con los parámetros establecidos.

Versión: Número de veces que se ha actualizado la caracterización.

Página: Numeración de cada una de las páginas de la caracterización.

Revisó: Describe el cargo de quien revisa la caracterización.

Aprobó: Describe el cargo de quien aprueba la caracterización.

Fecha de aprobación: Muestra la fecha de aprobación de la caracterización.

Objetivo: Define el propósito general del proceso.

Alcance: Indica el cubrimiento o limitación del proceso.

Proveedores: Organizaciones, entes, personas o procesos que suministran las entradas del proceso.

Entradas: Información, documentos o elementos necesarios para desarrollar las actividades propias del proceso.

Actividades: Conjunto de transformaciones que se llevan a cabo sobre las entradas del proceso y que generan salidas.

Salidas: Información, documentos o elementos transformados requeridos en otras actividades propias o de otros procesos.

Beneficiarios: Organizaciones, entes, personas o procesos que son afectados por las salidas del proceso.

Recursos: Recursos Necesarios para la operación del proceso.

Responsables: Responsables del proceso.

Requisitos: Requisitos que deben cumplirse para la operación del proceso.



Medición del Proceso: Indicadores a nivel estratégico, táctico y operativo.

Seguimiento y Monitoreo del Proceso: Actividades para realizar seguimiento y medición del proceso (comités, listas de verificación).

Registros del Proceso: Evidencias de la ejecución de las actividades.

Documentos de Referencia: Documentos de referencia utilizados para el desarrollo del proceso.

Control de Cambios: Especifica el cambio realizado, la versión del documento y la fecha de aprobación.

En el proceso Gestión Documental se realizaron las caracterizaciones con base en la información recolectada, los requisitos del cliente, de la Norma ISO 9001:2000 y los legales y reglamentarios, luego fueron revisadas por cada líder del proceso o subproceso, dejando evidencia de lo anterior en las Actas de reunión (Anexo E) y finalmente, fueron aprobadas mediante Resolución rectoral 1843 de 2007 (Anexo F).

En el artículo tres (3) de la mencionada Resolución se enuncian las caracterizaciones aprobadas, las cuales se nombran a continuación y se describen de forma detallada en el Anexo G.

- CGD.01 Caracterización del Proceso Gestión Documental
- CGD.02 Caracterización del Subproceso Gestión de Producción y Control de Documentos
- CGD.03 Caracterización del Subproceso Gestión de Correspondencia
- CGD.04 Caracterización del Subproceso Gestión Archivística

▪ **Procedimientos, guías y registros del Proceso Gestión Documental**

Teniendo en cuenta que los documentos pueden ser: transversales ó específicos, para el diseño de la documentación las autoras del proyecto se apoyaron en los conocimientos y en la experiencia del talento humano, el cual proveía grandes ideas que se aplicaban luego de ser revisadas por el grupo primario y ajustadas a las necesidades del cliente, de la organización, de la Norma y de las exigencias legales, y finalmente esta documentación era aprobada por la instancia competente.

El listado de la documentación del Proceso Gestión Documental se presenta en la Tabla 9 y de manera detallada en el Anexo H.



Tabla 9. Documentos del Proceso Gestión Documental

| | CÓDIGO | NOMBRE | TIPO DE DOCUMENTO | |
|--------------------|----------------------------------|--|-------------------|------------|
| | | | TRANSVERSAL | ESPECÍFICO |
| RESOLUCIÓN 1736 | PGD.01 | Procedimiento Control de Documentos | X | |
| | PGD.02 | Procedimiento Control de Registros | X | |
| | GGD.01 | Guía de Elaboración de Documentos | X | |
| | FGD.01 | Listado Maestro de Documentos Internos | X | |
| | FGD.02 | Listado Maestro de Documentos Externos | X | |
| | FGD.03 | Listado Maestro de Registros | X | |
| | FGD.22 | Solicitud de Actualización de Documentos | X | |
| RESOLUCIÓN 1843 | PGD.03 | Procedimiento de Correspondencia Recibida | X | |
| | PGD.04 | Procedimiento de Correspondencia Despachada | | X |
| | PGD.05 | Procedimiento Transferencia de Archivos | X | |
| | PGD.06 | Procedimiento de Microfilmación | | X |
| | GGD.02 | Guía para el Registro de Documentos Radicados | | X |
| | GGD.03 | Guía para la Organización de Archivos de Gestión y Transferencias Documentales | X | |
| | GGD.04 | Guía para la Consulta de Documentos | X | |
| | GGD.05 | Guía para la Microfilmación | | X |
| | GGD.06 | Guía para el Revelado y Duplicado de Rollos | | X |
| | CGD.01 | Caracterización del Proceso Gestión Documental | X | |
| | CGD.02 | Caracterización del Subproceso Gestión de Producción y Control de Documentos | X | |
| | CGD.03 | Caracterización del Subproceso Gestión de Correspondencia | | X |
| | CGD.04 | Caracterización del Subproceso Gestión Archivística | X | |
| | FGD.04 | Planilla de Devolución de Correspondencia Externa | | X |
| | FGD.05 | Planilla de Control de Correos Recibidos | | X |
| | FGD.06 | Planilla de Entrega de Recomendados | | X |
| | FGD.07 | Informe Mensual de Correspondencia Recibida | | X |
| | FGD.08 | Envío de Correspondencia | | X |
| | FGD.09 | Servicio de Atención Fuera de Recorrido | X | |
| | FGD.10 | Devolución de Correspondencia Interna | | X |
| FGD.11 | Informe Mensual de Correo Urbano | | X | |



| | | | | |
|--|--------|---|---|---|
| | FGD.12 | Informe Mensual de Correspondencia Despachada Interna | | X |
| | FGD.13 | Relación Préstamo de Documentos | | X |
| | FGD.14 | Informe de Visita Asesoría de Archivo | | X |
| | FGD.15 | Formato Único de Inventario Documental | X | |
| | FGD.16 | Control para Calibración del Equipo Procesador | | X |
| | FGD.17 | Control e Rollos a Procesar en el | | X |
| | FGD.18 | Control de Calidad de los Rollos Procesados | | X |
| | FGD.19 | Informe Mensual de actividades de Microfilmación | | X |
| | FGD.20 | Informe Mensual de Rollos Duplicados | | X |
| | FGD.21 | Informe Mensual de Correspondencia Despachada Externa | | X |

Fuente: Autoras del proyecto

8.1.4 Revisión y aprobación de la documentación

Para esta etapa de la documentación se definieron diferentes instancias de revisión y aprobación dependiendo si los documentos son obligatorios de Norma ISO 9001:2000, transversales ó específicos.

Los documentos específicos, transversales y obligatorios de Norma ISO 9001:2000 que se encuentran bajo responsabilidad del proceso Gestión Documental, fueron revisados por el Líder del Proceso antes de ser enviados a las instancias competentes de revisión y aprobación (Anexo E).

De manera general, la creación o anulación de los documentos, requiere de Acto Administrativo. Las modificaciones están a cargo de las instancias definidas para realizar la revisión técnica, de acuerdo con la delegación otorgada (Ver tabla 10). En los casos que las instancias de revisión lo consideren necesario, las modificaciones se realizan a través de Acto Administrativo (de acuerdo con el impacto de la modificación).



Tabla 10. Instancias de elaboración, revisión y aprobación de documentos

| DOCUMENTOS | ELABORACIÓN | REVISIÓN | | APROBACIÓN |
|--|---|---|-----------------------|------------------------|
| | | *TÉCNICA | DE ADECUACIÓN | |
| Documentos obligatorios de Norma ISO 9001:2000 | Seguimiento Institucional Gestión Documental | Líder del proceso que generó el documento Vicerrector Administrativo Líderes de procesos Involucrados | Profesional (Calidad) | Rector |
| Documentos transversales | Funcionario asociado a un proceso | Líder del proceso que generó el documento Funcionario de Planeación Líderes de procesos involucrados | Profesional (Calidad) | Rector |
| Documentos específicos | Funcionario asociado a un proceso | Líder del proceso y/o funcionario con la competencia técnica requerida | Profesional (Calidad) | Rector o Vicerrectores |

Fuente: Autoras del proyecto

8.2 INDICADORES DE CALIDAD

La organización debe aplicar métodos apropiados para el seguimiento y la medición de los procesos del SGC. Estos métodos deben demostrar la capacidad de los procesos para alcanzar los resultados planificados¹¹. En este sentido, se definen indicadores para poder interpretar lo que está ocurriendo en cada proceso, tomar medidas cuando las variables se salen de los límites establecidos, definir la necesidad de introducir cambios y/o mejoras y poder evaluar sus consecuencias en el menor tiempo posible.

Para establecer los indicadores del Proceso Gestión Documental, se siguió el ciclo PHVA, realizando las siguientes actividades:

➤ Planear

En esta etapa la Coordinación de Calidad, definió el formato Hoja de Vida de Indicadores (Figura 18), con el fin de precisar los elementos de planeación del indicador y de esta forma recoger la información necesaria para el análisis y evaluación de los respectivos procesos.

* La revisión técnica de Planeación se realiza a los documentos transversales de los procesos: Financiero, Talento Humano, Contratación y Admisiones y Registro Académico.

¹¹ Norma ISO 9001:2000



Figura 18. Hoja de vida de indicadores

| Universidad Industrial de Santander | | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | | | | | | |
|-------------------------------------|------------------------|----------------------------|-------------------|--------|------------|-----------------|---|----------------------|
| 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 |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

Nombre del indicador: nombre completo del indicador.

Objetivo del indicador: es la explicación breve de lo que mide el indicador y cuál es su propósito.

Meta: resultado que se pretende alcanzar en un plazo determinado para alcanzar hacia el cumplimiento de un objetivo.

Método de cálculo: es la expresión matemática mediante la cual se calcula el indicador. Esta fórmula deberá contener las variables que inciden directamente en el resultado del indicador.

Unidad de medida del indicador: hace referencia a las unidades en que se mide el indicador en el sistema internacional; puede tratarse de metros, pies cúbicos, entre otros.

Frecuencia: es la periodicidad con la que se obtiene la información sea esta anual, semestral, mensual, entre otros.



Fuente de los datos: nombre de entidades encargadas de la producción de información que puede ser empleada como insumo para la construcción del indicador

Sentido: maximizar o minimizar.

Responsable del indicador: se definen los responsables para: establecer la meta, gestionar la meta, reportar datos y consolidar y procesar la información.

Una vez definido el formato, se sensibilizó a través de capacitaciones el Talento Humano del proceso, dando a conocer la importancia y el manejo del mismo, luego se realizó un taller por subproceso (Anexo I) y se obtuvo como resultado un listado de indicadores para cada uno, posteriormente estos indicadores fueron revisados por el grupo primario, donde surgieron algunas correcciones y se definieron los indicadores que aportaban valor al proceso y permitían realizar la medición de los objetivos del mismo, finalmente fueron aprobados los siguientes indicadores:



| | |
|---|-----------------------------|
|   | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL |
| | 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 |
|----------------------------|--|------|--|--------|------------|---|---|---|
| Consultas atendidas | Atender las asesorías solicitadas para la organización de los archivos de las diferentes UAA | 100% | No. De asesorías atendidas oportunamente (4 días) No. De asesorías solicitadas | % | Semestral | Informe de visita-Asesoría de archivos | Maximizar | Directora de Certificación y Gestión Documental |
| Satisfacción beneficiarios | Satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios de la DCGD | 100% | Promedio de la Calificación Obtenida en la Encuesta Calificación Máxima Posible | % | Semestral | Encuestas | Maximizar | Directora de Certificación y Gestión Documental |
| Consultas atendidas | Brindar la información de los diferentes documentos solicitados | 100% | No. De consultas atendidas No. De consultas solicitadas | % | Semestral | Formato Relación préstamo de Documentos | Maximizar | Directora de Certificación y Gestión Documental |

Fuente: Autoras del proyecto

➤ Hacer

Ya definidos y aprobados los indicadores, se sensibilizó constantemente al talento humano para crear la cultura de dejar evidencia a través de los formatos establecidos dentro del proceso, con el fin de tener la información al día, es decir, oportuna, confiable y organizada de tal manera que no sean datos fríos y con errores y lograr con ello mantener actualizada la hoja de vida del indicador.



➤ Verificar

A través del formato Informe de Seguimiento a los Procesos (Anexo J) periódicamente se hace análisis de la información organizada para evaluar el cumplimiento de metas, tendencias positivas o negativas y tomar decisiones o conclusiones las cuales quedan formalizadas en Actas, o en el mismo registro donde están los datos.

➤ Actuar

Una vez realizado el análisis de los indicadores se ejecutan las acciones planteadas. Estas acciones quedan evidenciadas en los formatos de acciones correctivas, preventivas y de mejora diseñados para tal fin.

8.3 MANUAL DE CALIDAD INSTITUCIONAL

La organización debe establecer y mantener un manual de calidad que incluya¹²:

- El alcance del SGC, incluyendo los detalles y la justificación de cualquier exclusión,
- Los procedimientos documentados establecidos para el SGC, o referencia a los mismos, y
- Una descripción de la interacción entre los procesos del SGC.

Una vez elaborada la documentación dentro de cada proceso, se procedió con la preparación del Manual de Calidad, para dar cumplimiento a lo estipulado en la Norma ISO 9001:2000. Esta actividad estuvo a cargo del proceso de Dirección Institucional.

A continuación se muestra la tabla de contenido del Manual de Calidad de la Universidad Industrial de Santander, el cual fue aprobado mediante Resolución 1861 de 2007.

1. OBJETIVO
2. ALCANCE Y EXCLUSIONES
 - 2.1 ALCANCE
 - 2.2 EXCLUSIONES
3. DEFINICIONES / ABREVIATURAS
4. CONTENIDO DEL MANUAL
 - 4.1 UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
 - 4.1.1 RESEÑA HISTÓRICA
 - 4.1.2 MISIÓN

¹² Norma NTC ISO 9001:2000



- 4.1.3 VISIÓN
- 4.1.4 POLÍTICAS
- 4.1.5 ORGANIGRAMA
- 4.2 CONFIGURACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
 - 4.2.1 POLÍTICA DE CALIDAD
 - 4.2.2 OBJETIVOS DE CALIDAD
 - 4.2.3 RESPONSABLES
 - 4.2.4 ESTRUCTURA DE LA DOCUMENTACIÓN
 - 4.2.5 PROCESOS DE APOYO A LA ACTIVIDAD MISIONAL DE LA UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
 - 4.2.6 MAPA DE PROCESOS
 - 4.2.7 REQUISITOS
 - 4.2.8 CARACTERIZACIONES



9. SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIONES EN EL SGC

Para que una organización sea exitosa en la implementación de su SGC, debe ser consciente que la calidad debe ir mucho más allá de los registros. La calidad debe ser parte de la cultura, ya que para lograr los objetivos esperados se necesita estar convencido y comprometido con la empresa en la cual se labora.

En la Universidad Industrial de Santander, se concibe la calidad como soporte fundamental del apoyo a las actividades de formación y educación; y por lo mismo, adopta acciones de dirección y participación encaminadas a desarrollar una cultura de calidad, en la cual está inmersa la filosofía del mejoramiento continuo, las cuales implican actividades de capacitación a los funcionarios, búsqueda de factores críticos, aclaración de la misión y objetivos que conllevan, por sí mismas, mejoras cualitativas institucionales.

La capacitación es la espina dorsal para implantar un Sistema de Gestión de Calidad en cualquier organización y por tal motivo dicha actividad se llevó a en cada una de las etapas de implementación del SGC en la Universidad Industrial de Santander.

9.1 PLANIFICACIÓN DE LAS CAPACITACIONES

La Coordinación de Calidad definió un plan de capacitaciones para desarrollar dentro de cada proceso a lo largo de la implementación del SGC. (Tabla 11). Además, definió las presentaciones de cada uno de los temas y dentro del proceso Gestión Documental (las autoras del proyecto), se gestionaron los medios y recursos para la ejecución del mismo.

Tabla 11. Plan de capacitación

| No. | TEMAS DE CAPACITACIÓN | FECHA | No. DE HORAS |
|---|--|--|--------------|
| 1 | Sensibilización SGC y Fundamentos de la Norma | Marzo 5 | 2 |
| 2 | Gestión por procesos y documentación | Abril 10 y Julio 12 | 2 |
| 3 | Indicadores de gestión | Julio 25 y Julio 26 | 2 |
| 4 | Enfoque de auditoría | Septiembre 11 | 2 |
| 5 | Producto no conforme, acción correctiva, acción preventiva | Octubre 25 Octubre 26 Noviembre 23 | 2 |
| Otras capacitaciones para personal específico | | | |
| 1 | Enfoque de auditoría (Auditores) | | 12 |
| 2 | Socialización Implementación del SGC y MECI en la Universidad Militar Nueva Granada (Directivos y líderes de los procesos) | | 12 |

Fuente: Coordinación de calidad



Estas capacitaciones se desarrollaron a través de charlas de divulgación, reuniones participativas y conferencias con la ayuda de video beam, adicionalmente se utilizaron folletos, talleres y afiches que permitieron al talento humano fortalecer los conocimientos y la información dada y comprometerse con el SGC. Estas capacitaciones fueron evaluadas a través de talleres.

El control de asistencia a las capacitaciones se realizó con el formato presentado en la Figura 19.

Figura 19. Formato de Asistencia

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

Fuente: Coordinación de Calidad

9.2 EJECUCIÓN DEL PLAN DE CAPACITACIÓN

- Con el objetivo de despertar la conciencia acerca de los requisitos del SGC entre todo el personal que realiza actividades que afectan la calidad del servicio y sembrar los pilares básicos que se convierten en una útil herramienta de trabajo, en la etapa del diagnóstico se capacitó al talento humano en lo referente al SGC y fundamentos de la Norma ISO 9001:2000.

En esta capacitación se dio a conocer y se profundizó en los siguientes temas:

- ¿Qué es calidad?
- ¿Qué es un Sistema de Gestión de la Calidad?
- ¿Qué busca un sistema de gestión?
- Beneficios
- ¿Cómo establecer un SGC?
- Modelo ISO 9001:2000
- Implementación del SGC en la UIS

Dado que el proceso Gestión Documental es el responsable del procedimiento de control de documentos y registros, se capacitó a los Auxiliares de Calidad en el capítulo 4 Sistema de Gestión de la Calidad de la Norma ISO 9001:2000, con el objetivo de consolidar conceptos y requisitos.



- Durante la etapa de planificación del SGC, una vez el talento humano había entendido el funcionamiento básico y la importancia de su participación en el proceso de implementación, se hizo necesario abordar otros temas que al igual que los anteriores ayudan a tomar conciencia clara de la necesidad imperiosa de una estructura documental. Se capacitó al talento humano en la Gestión por procesos y documentación, enfocado los siguientes temas:

- Definición de proceso y tipología
- ¿Cómo se gestiona un proceso?
- Conceptos de documentación
- Metodología de la documentación
- Control de documentos

El objetivo de esta capacitación fue lograr un cambio de actitud en todo el personal frente a la documentación del SGC, de tal forma, que la implementación se realice sobre una base sólida de compromiso y conciencia de que los procedimientos y las instrucciones escritas son un instrumento que trabaja para la organización en forma efectiva.

Debido a los disturbios ocurridos en la Universidad Industrial de Santander durante el mes de mayo de 2007, esta capacitación fue presentada nuevamente durante el mes de julio de 2007 con el fin de retomar los conceptos dados.

- En la etapa de Documentación e Implementación se capacitó al talento humano en la metodología a seguir en la Universidad Industrial de Santander para la documentación y para el seguimiento a los procesos. Los temas tratados fueron:

- ¿Qué es un indicador?
- Unidades de medición.
- Para que sirven los indicadores?
- Características del Sistema Integral de Medición.
- Requisitos de la Norma relacionados
- Metodología para el establecimiento de indicadores de gestión.
- Documentación en la UIS

Esta capacitación se desarrolló en dos sesiones, en la primera se expusieron los temas anteriormente mencionados y en la segunda se realizó un taller (Anexo I) donde el talento humano de cada subproceso de Gestión Documental planteó indicadores de calidad que podrían ser aplicados dentro del mismo de acuerdo con los objetivos de calidad y los objetivos de cada subproceso.

- Igualmente durante la implementación y antes del desarrollo de las auditorías, se capacitó al talento humano en el tema "Enfoque de Auditoría", dando una aproximación sobre la esencia y los fundamentos del proceso de la misma, con el objetivo que comprendieran la dinámica y se prepararan para las auditorías de calidad. Los temas tratados fueron:



- ¿Qué es auditoría?
- Definiciones
- Proceso de auditoría
- ¿Cuándo hacer auditorías?
- Clases de auditoría
- Tipos de auditoría
- Proceso de auditoría
- Contenido del plan de Auditoría
- Preguntas frecuentes

Igualmente, con el objetivo que se familiarizaran con el alcance, la política y los objetivos de calidad, se elaboró y socializó un folleto donde se especificaba la información anterior.

- Finalizando la etapa de implementación se capacito al talento humano en el reporte de acciones correctivas, preventivas y de mejora que conlleven a identificar y corregir las condiciones adversas a la calidad, investigar las causas y determinar las acciones que deben tomarse para evitar su repetición, específicamente se trataron los siguientes temas:

- Producto no conforme, acción correctiva, acción preventiva
- Solución de Problemas
- Etapas de la Solución de problemas
- Tratamiento de productos no conformes, acciones correctivas y acciones preventivas.

La asistencia y participación del talento humano del proceso a las socializaciones y capacitaciones anteriormente mencionadas se evidencia en el Anexo K.



10. IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

En el proceso Gestión Documental, las etapas de documentación e implementación se desarrollaron paralelamente ya que una vez se analizaban y documentaban los subprocesos, se procedía a su implementación. Esto se hizo con el objetivo que el talento humano se hiciera participe del SGC, pues a pesar que las capacitaciones fueron el motor que estimuló en gran parte su interés, por si solas no eran suficientes.

10.1 SOCIALIZACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN

Las actividades de socialización de los procedimientos, guías y formatos generados durante la etapa de documentación estuvieron a cargo de las Auxiliares de Calidad. De manera general, la implementación se llevó a cabo en dos partes: primero se socializó la documentación con todo el talento humano de cada subproceso y luego con cada uno de los responsables de la ejecución de las diferentes actividades. Adicional a lo anterior, se socializó con los Auxiliares de Calidad de cada proceso del SGC los procedimientos obligatorios de la Norma ISO 9001:2000 "Control de Documentos" y "Control de Registros", con el fin de que dichos procedimientos fueran conocidos por todos los funcionarios de la Universidad Industrial de Santander involucrados en el SGC (Anexo L).

El objetivo primordial de estas socializaciones, más que dar a conocer unos procedimientos que ya eran realizados por el talento humano, fue crear la cultura de registro, es decir, que el dejar evidencia en los formatos previamente establecidos, se convirtiera no en una obligación sino en parte fundamental de sus labores diarias, que le van a permitir, conseguir periódicamente la medición del proceso a través de indicadores y evaluar la eficiencia del mismo.

La implementación se llevó a cabo de la siguiente manera:

Una vez el documento se encontraba establecido, era revisado por el líder del proceso junto con las auxiliares de calidad. En esta revisión se perfeccionaban los aspectos que se consideraban pertinentes y se procedía a comunicar a los demás miembros del proceso.

Con el fin de explicar detalladamente cada parte de los documentos y aclarar dudas a todos los participantes del proceso, se realizaban reuniones y socializaciones donde se hacía entrega de copias del mismo para que lo leyeran y tuvieran la oportunidad de opinar y hacer sugerencias, pues finalmente, son ellos los que ejecutan las actividades y conocen más a fondo todo el proceso.

Después de la socialización general, se realizaba una socialización con cada uno de los funcionarios, con el fin de resolver dudas que no fueron planteadas inicialmente y recoger sugerencias, las cuales sirvieron para mejorar el proceso haciendo necesario además, volver a ajustar los documentos.



Una vez las modificaciones planteadas estaban hechas y el documento era explicado a todos, se iniciaba la ejecución de las actividades, teniendo en cuenta los procedimientos planteados, las guías a seguir y los formatos a diligenciar, estas actividades estaban controladas por el responsable del proceso y las auxiliares de calidad.

Durante la socialización del procedimiento de correspondencia despachada y correspondencia recibida, se detectó la necesidad de crear un formato que permitiera dejar evidencia de los documentos entregados y recibidos en la bolsa de correos. Esto surgió por dos razones fundamentales: la primera para dejar evidencia de la entrega de los documentos a su destinatario delegando responsables, dado que en la DCGD algunos usuarios habían presentado quejas en cuanto a la pérdida o confusión de sus documentos y la segunda para dar cumplimiento a lo exigido por el Acuerdo 060 de 2.001 del Archivo General de la Nación, por medio del cual se "Establecen pautas para la administración de las comunicaciones oficiales en las entidades públicas y las privadas que cumplen funciones públicas".

El formato creado fue "Planilla de documentos entregados en los recorridos", (Anexo M) para uso de todas las UAA. Debido a que este formato debía ser diligenciado por funcionarios de la DCGD y de otras UAA, se decidió ponerlo a prueba durante ocho (8) días y así determinar la viabilidad de su implementación. Antes de entrar en circulación, la DCGD envió un memorando (Anexo N) a todas las UAA, informando el uso de la nueva planilla, luego fue socializada por las Auxiliares de Calidad con cada una de las personas responsables de recibir la bolsa de correo en las UAA, dando a conocer su objetivo, el contenido y la metodología a seguir para su aplicación.

Terminado el periodo de prueba se le solicitó a las UAA encuestas diligenciar un formato de sugerencias (Anexo O) emitido por la DCGD con el fin de medir la aceptación de la planilla. Una vez analizados los resultados se concluyó lo siguiente:

- La entrega de los documentos por parte de la DCGD se hizo más demorada, es decir, los documentos llegaban a su destinatario entre 1 y 2 horas después del horario habitual.
- La actividad de radicación de las comunicaciones oficiales a despachar se extendió debido al tiempo de llegada de los mensajeros.
- Las personas responsables de la bolsa de correos en las UAA, no tenían la planilla lista al momento de llegada de los mensajeros y por tanto éstos debían esperar su diligenciamiento o ejecutar esta actividad.
- Dado que son aproximadamente 120 UAA y se hacen dos recorridos diarios a cada una, excepto al Edificio de Administración donde se realizan tres recorridos al día, era necesario emitir en promedio 240 formatos diarios, lo que representaba 1200 formatos a la semana, lo cual mostraba más que un beneficio para la DCGD, un gasto adicional.
- El formato no fue bien recibido por aquellas unidades que generan gran cantidad de documentación pues su diligenciamiento tomaba más de tiempo.

Por lo anterior se determinó no implementar este formato y buscar una alternativa diferente para dar solución a las necesidades por las cuales surgió.



10.2 ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

El proceso gestión Documental con el fin de evaluar el servicio prestado en la Dirección de Certificación y Gestión documental, realizó una encuesta de satisfacción (Anexo P) que permitía medir:

- Servicios utilizados
- Correos equivocados
- Entrega oportuna
- Grado de satisfacción
- Información dada a la solicitud de consulta
- Calidad de asesoría

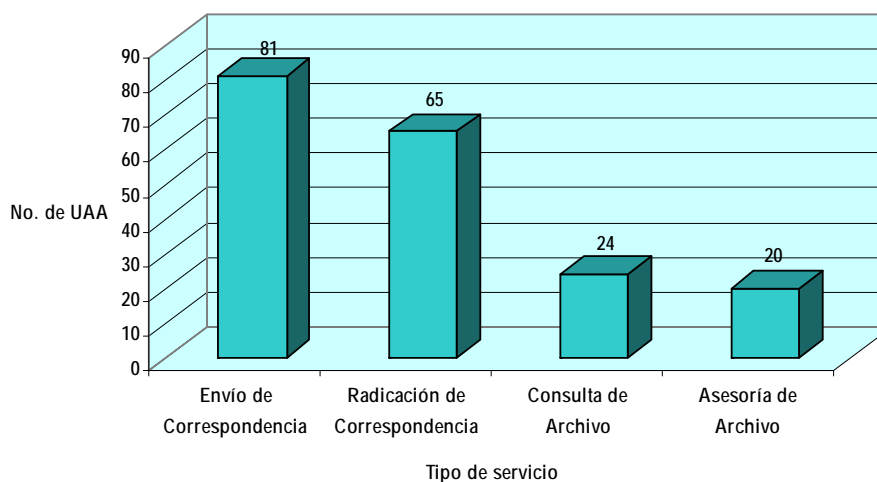
Esta encuesta fue diseñada por las Auxiliares de Calidad y entregada a cada una de las UAA para su diligenciamiento, el objetivo básico medir la satisfacción de los usuarios y plantear acciones que permitieran mejorar el proceso.

De las aproximadamente 120 UAA a las cuales la DCGD presta sus servicios el 70% dio respuesta la encuesta realizada.

Los siguientes son los resultados obtenidos y las acciones tomadas:

- De los siguientes servicios de la DCGD, ¿Cuáles ha utilizado?

Figura 20. Servicios utilizados por las UAA



Fuente: Autoras del proyecto



Según los resultados obtenidos, se observó que el 77% de los servicios que utilizan las UAA corresponden al envío y radicación de correspondencia, mientras que sólo el 23% solicita asesoría en la organización de archivo y realiza consulta de documentos que se encuentran en el archivo central.

Indagando las causas, se puede concluir que el servicio de consulta es menos solicitado debido a que los documentos que más requieren los usuarios se encuentran en el archivo de gestión y no en el archivo central; así mismo las asesorías no son solicitadas por las UAA ya que muchas de ellas no tiene conocimiento de que la DCGD presta este servicio y otras consideran que tienen los conocimientos necesarios para poder archivar de manera adecuada los documentos.

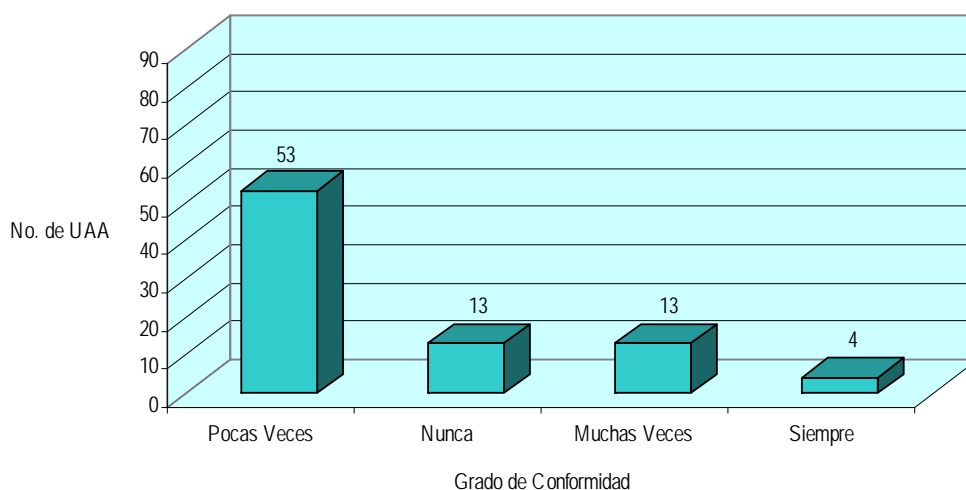
Acciones a tomar:

Socializar durante el Primer Semestre del 2008, con los responsables del archivo de gestión, la "Guía para organización de archivos de gestión y transferencia documentales", con el fin de estandarizar la metodología para la organización de la documentación y a la vez crear conciencia de la importancia de la conservación de los mismos.

Generar un plegable en donde se plasmen los servicios que ofrece la DCGD, con una breve explicación de cada uno de ellos, con el fin de dar a conocerlo a las UAA.

- ¿A través de la bolsa de correo recibe documentos de correspondencia de otras unidades?

Figura 21. Frecuencia de correos equivocados



Fuente: Autoras del proyecto



Según los resultados obtenidos, se observó que el 83% de las UAA encuestadas, en alguna ocasión han recibido a través de la bolsa de correos documentos que no corresponden a su Unidad. Este resultado, no es nada satisfactorio para la DCGD, pues solo el 17% mostró total conformidad con el servicio, esto representa deficiencias en el proceso, además que crea una imagen de poca confiabilidad en el servicio de correspondencia.

Analizando las causas, se pudo concluir que las razones por las cuales se presenta esta situación pueden ser:

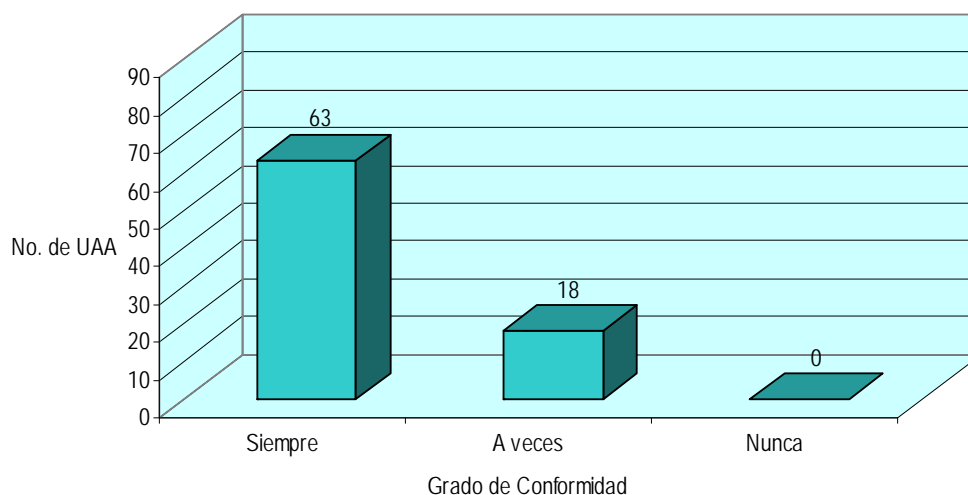
- La información del destinatario no es específica o se han realizado cambios en la ubicación de los funcionarios y estos no han sido reportados a la DCGD, ni a entidades como Capruis, Favuis y Coopruis y por tanto los documentos son dirigidos a su anterior puesto de trabajo.
- Falta de atención por parte del Clasificador de Correspondencia, al momento de distribuir los documentos en su respectivo casillero.
- El número de casillero no corresponde, al número de UAA usuarias de la DCGD, y por ello se utilizan casilleros para más de un destinatario.

Acciones a tomar:

- Enviar una comunicación a la División de Recursos Humanos, solicitando una lista actualizada del personal de cada UAA, y de igual forma que ésta sea enviada a Capruis, Favuis y Coopruis.
- Dar instrucciones al Clasificador de Correspondencia para que tenga más cuidado durante la distribución de los documentos en los casilleros.
- Determinar que UAA requieren de casillero y cuales se pueden reasignar.

➤ ¿Los documentos son entregados de manera oportuna?

Figura 22. Documentos entregados de manera oportuna



Fuente: Autoras del proyecto



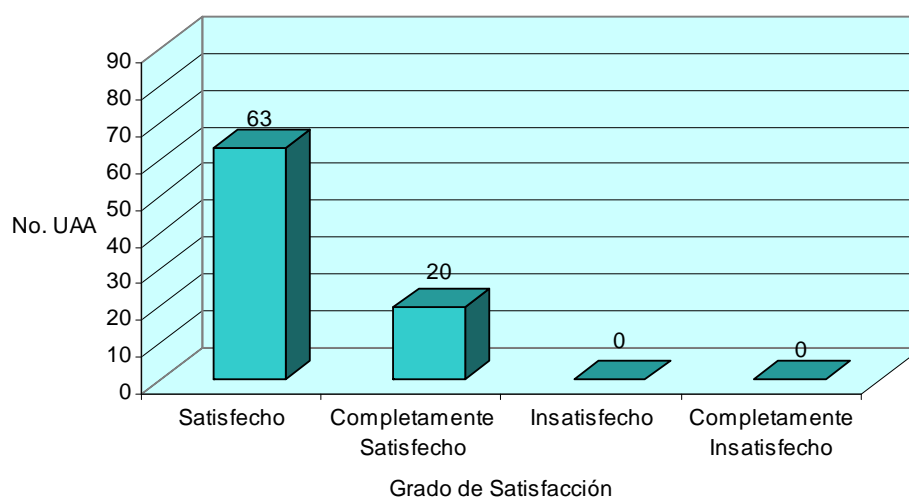
Se observa que el 75% de las UAA encuestadas, reciben los documentos a tiempo y un 25% se les demora un poco la entrega de los mismos. Estos resultados son satisfactorios para la DCGD. Con base en estos resultados y en la información recopilada por las Auxiliares de Calidad durante la visita a las UAA (Al momento de la implementación de la planilla de documentos entregados en los recorridos), se pudo concluir que no existe claridad entre correspondencia interna y externa, no se conocen los tiempos e entrega de la correspondencia externa ni los horarios de recorridos dentro de la Universidad.

Acciones a tomar:

Especificar en el plegable los horarios de los recorridos de los mensajeros y los horarios de recogida de documentos por parte de las empresas de correo.

➤ ¿Cuál es el grado de satisfacción del servicio de correspondencia?

Figura 23. Grado de satisfacción del servicio de correspondencia



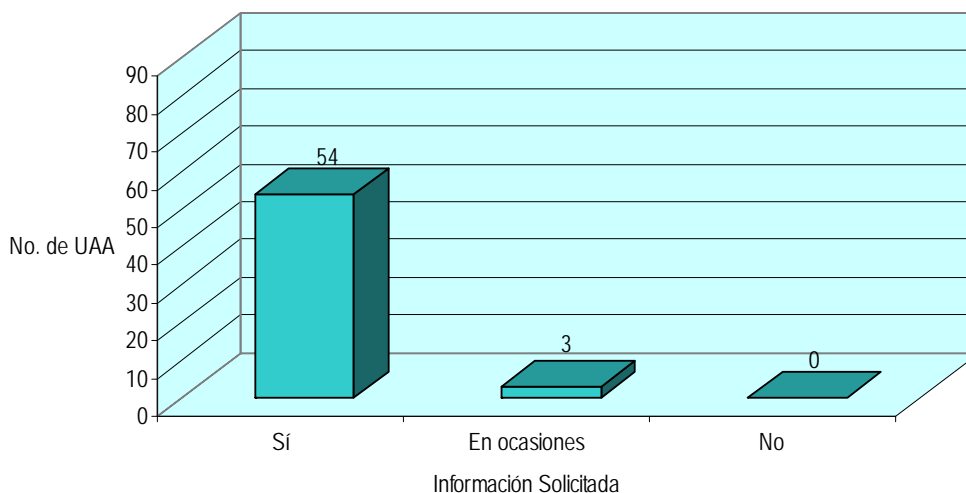
Fuente: Autoras del proyecto

Se puede observar que el 76 % de las UAA encuestadas están satisfechas con el servicio de correspondencia, sin embargo el 24% no lo están. Esto puede ser por los inconvenientes que se han presentado con los documentos al momento de entregarlos, por tanto, se le dará instrucciones a todo el personal para prestar mayor atención con respecto a los documentos que deben ser entregados.



- Al momento de solicitar la consulta de documentos del archivo central ¿le ha sido facilitada la información?

Figura 24. Acceso a al información de archivo

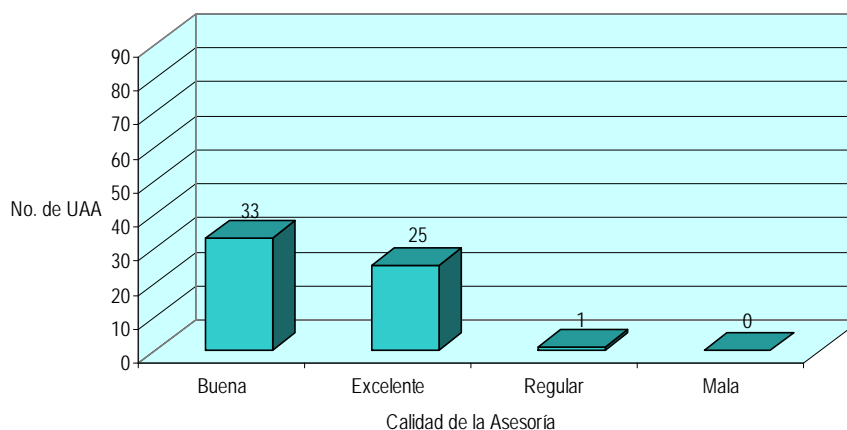


Fuente: Autoras del proyecto

De las 84 UAA encuestados solo el 68% ha realizado consultas al archivo central, y de éstas al 95% se le ha facilitado la información, por tanto se considera, que el servicio de consulta de documentos en el archivo central es satisfactorio, aunque se hace necesario dar a conocer este servicio a toda la comunidad UIS a través del plegable.

- Considera que la asesoría prestada en cuanto al archivo ha sido:

Figura 25. Calidad de la asesoría prestada



Fuente: Autoras del proyecto



Al igual que la consulta de documentos del archivo central, solo el 70% de las UAA encuestadas ha solicitado asesoría para el manejo y organización del archivo de gestión, mostrando que el 98% de estos usuarios considera el servicio prestado e cumple sus expectativas, aunque se hace necesario dar a conocer este servicio a toda la comunidad UIS a través del plegable.

10.3 LOGROS ALCANZADOS DURANTE LA ETAPA DE IMPLEMENTACIÓN

A continuación se presentan los cambios que se obtuvieron al finalizar la implementación de la Norma:

Tabla 12. Logros alcanzados

| ANTES | DESPUES |
|---|--|
| Falta de compromiso con las actividades de mejoramiento, realizadas en la Unidad. | Compromiso con la mejora continua, dado que se sienten motivados y han visto resultados. |
| No se le daba la oportunidad al usuario de calificar el servicio prestado. | Se utiliza un formato para que el usuario pueda calificar la asesoría prestada. |
| No se establecían metas que permitieran medir la eficiencia del proceso. | Se establecieron indicadores que muestran el grado de mejoramiento del proceso. |
| Los procedimientos de correspondencia recibida, correspondencia despachada y archivos se encontraban desactualizado. | Los procedimientos de correspondencia recibida, correspondencia despachada y archivos fueron socializados y de conocimiento para todo el talento humano. |
| No se tenía un responsable por cada subproceso que hiciera seguimiento a las actividades y rindiera un informe general. | Existe un responsable para cada subproceso y se cuenta con un espacio donde exponen sus ideas y hacen aportes para el desarrollo del proceso. |
| Las UAA, no tenían lista la bolsa de correos al momento de ser recogida por los mensajeros. | Se logró crear compromiso por parte de las UAA, frente a la entrega de la documentación a tiempo. |
| Los funcionarios tenían asignados en su inventario equipos que no les correspondía o que ya habían sido de baja. | El inventario de equipos se encuentra actualizado |
| No todas las UAA conocían los servicios prestados por la DCGD | Todas las UAA son conocedoras de los servicios que pueden solicitar en la DCGD. |
| El archivo no se encontraba organizado de acuerdo a lo reglamentado por la Ley de Archivos. | El Archivo se encuentra organizado de acuerdo a la Ley de Archivos. |
| No se tenían un método para medir la satisfacción de los usuarios. | Se creó y se aplicó una encuesta para medir la satisfacción del cliente y la imagen del proceso. |
| No se tenía un procedimiento documentado que definiera el control de los documentos y registros, así como tampoco se tenían estandarizados los lineamientos a seguir para la elaboración de los documentos. | Se crearon los procedimientos "Control de Documentos" y "Control de registros" y la Guía para la elaboración y control de documentos. |

Fuente: Autoras del Proyecto



11. EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Durante la etapa de implementación, se hizo necesario evaluar el SGC para determinar el grado de cumplimiento frente a lo estipulado en la Norma ISO 9001:2000 y lo plasmado en los procedimientos durante la etapa de documentación.

En la Universidad Industrial de Santander se definió hacer esta evaluación a través de las Auditorías de Calidad y la Revisión por la Dirección, teniendo en cuenta el Procedimiento de Auditorías Internas de Calidad y la Guía para la Revisión por la Dirección.

11.1 AUDITORIAS INTERNAS

En el proceso Gestión Documental se desarrollaron dos auditorías internas (Agosto y Octubre de 2007) y una preauditoría externa por parte del ICONTEC (Diciembre de 2007), con el fin de:

- Detectar oportunidades para la mejora continua.
- Asegurar la implementación eficiente y eficaz de los procesos.
- Identificar fortalezas y debilidades del Sistema de Gestión de la Calidad.
- Evaluar el compromiso del talento humano del proceso.
- Conocer la capacidad del SGC para cumplir con los requisitos de la Norma ISO 9001: 2000 y otros requisitos legales y reglamentarios.
- Determinar si el SGC es conforme a las disposiciones planificadas.

11.1.1 Programación de las auditorías

En la Dirección de Control Interno y Evaluación, aplicando la Matriz Impacto de los Procesos se analizaron los procesos bajo las siguientes variables:

Requisitos Críticos de Norma: Grado de intervención de los requisitos críticos de Norma en cada uno de los procesos.


Número de No Conformidades detectadas: Se califican los procesos de acuerdo a las No Conformidades detectadas durante la auditoría anterior.

Transversalidad: Grado de intervención de determinado proceso en los demás procesos del S.G.C.

Una vez evaluados los procesos, y teniendo en cuenta el total de puntos arrojados por la matriz, se elaboró una propuesta del Programa de Auditorías Internas de Calidad (Tabla 13), donde se asignaron posibles fechas de auditoría para cada proceso, su respectivo auditor líder y los auditores observadores. Una vez fue revisada la propuesta, se realizaron algunas modificaciones y finalmente fue aprobado el Rector (Tabla 13).



Tabla 13. Programa de Auditorías Internas

|  | | SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL | | | CÓDIGO: FSE.09 |
|---|---|--|------------------------|----------------------|--|
| | | CRONOGRAMA DE AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD | | | VERSIÓN: 01 |
| FECHA AUDITORÍA | PROCESOS A AUDITAR | AUDITOR OBSERVADOR | HORA | EQUIPO AUDITOR | OBSERVACIONES |
| Sept. 6/07 | REUNIÓN DE APERTURA | | 7:30 a 8:00 a.m | | El Auditor Líder es el Ing. Jorge Figueroa, junto a su equipo auditor pertenecen a la Firma Strategjka |
| | Comunicación Institucional | Aura María Rey y Sonia García | 8 a 11 a.m | Margie Rueda | |
| | Bienestar Estudiantil | Gloria Isabel Román y Adriana Arenas | 8 a 12 a.m | Jorge Figueroa | |
| Financiero | Carmenza Salamanca y Jaime Sarmiento | 2 a 6 p.m | Jorge Figueroa | | |
| Sept. 12/07 | REUNIÓN DE APERTURA | | 7:30 a 8:00 a.m | | |
| | Relaciones Interinstitucionales | Carmenza Carreño y Luz Dary Méndez | 8 a 10 a.m | Margie Rueda | |
| | Gestión de la Calidad Administrativa | Sonia García y Gloria Isabel Román | 2 a 5 p.m. | Sandra Vargas | |
| Sept. 13/07 | REUNIÓN DE APERTURA | | 7:30 a 8:00 a.m | | |
| | Recursos Físicos | Sonia García y Sheila Plata | 8 a 12 a.m | Margie Rueda | |
| | Gestión Documental | Carmenza Salamanca y María Claudia Caballero | 2 a 5 p.m | Sandra Vargas | |
| Sept. 20/07 | Recursos Tecnológicos | Sandra Juliana Peña y Adriana Arenas | 2 a 5 p.m | Jaime Osorio | |
| | REUNIÓN DE APERTURA | | 7:30 a 8:00 a.m | | |
| | Contratación | Sheila Plata y Sandra Juliana Peña | 8 a 11 a.m | Margie Rueda | |
| | Biblioteca | Janeth Gutiérrez y Olga Patricia Ortiz | 8 a 12 a.m | Jorge Figueroa | |
| | Talento Humano | Dora Mejía y Carmenza Carreño | 8 a 12 a.m | Sandra Vargas | |
| Oct 1/07 | Gestión Cultural | María Claudia Caballero y Jaime Sarmiento | 2 a 4 p.m | Sandra Vargas | |
| | REUNIÓN DE APERTURA | | 7:30 a 8:00 a.m | | |
| | Gestión de la Investigación y Extensión | Paola Camargo y Maritza Jaimes | 8 a 11 a.m | Sandra Vargas | |
| Oct 2/07 | Admisiones y Registro Académico | Dora Mejía y Luz Dary Méndez | 8 a 11 a.m | Jorge Figueroa | |
| | Talento Humano | Dora Mejía y Carmenza Carreño | 7 a 10 a. m | Sandra Vargas | |
| Oct 3/07 | REUNIÓN DE APERTURA | | 7:30 a 8:00 a.m | | |
| | Gestión de la Calidad Académica | Paola Camargo y Gloria Isabel Román | 2 a 5 p.m. | Sandra Vargas | |
| | Sistemas de Información | Jaime Sarmiento y Janeth Gutiérrez | 2 a 5 p.m | Jorge Figueroa | |

Fuente: Coordinación de Calidad

El equipo auditor estuvo conformado por el Ingeniero Jorge Figueroa, Asesor del Proyecto y las Ingenieras Margie Rueda y Sandra Vargas de la Firma Estratégica, quienes contaron con el apoyo de un grupo de auditores observadores que desempeñan sus labores en distintas Unidades Administrativas de la Universidad Industrial de Santander.

Los auditores observadores fueron seleccionados teniendo en cuenta su nivel de educación, entrenamiento, experiencia y habilidades.



11.1.2 Planeación de Auditorías

Una vez definido el programa de auditorías, el Auditor Líder conjuntamente con el equipo auditor elaboraron el Plan de Auditorías Internas de Calidad definiendo entre otros, los siguientes aspectos:

- Objetivo.
- Alcance.
- Equipo auditor.

Este Plan de Auditorías Internas de Calidad fue aprobado por la Directora de Control Interno y Evaluación de Gestión y posteriormente comunicado al líder del proceso auditado.

11.1.3 Preparación de Auditorías

Con base en la revisión de información de los procesos asignados para la realización de auditorías, el Auditor Líder junto con su equipo auditor prepararon los documentos necesarios. Entre dichos documentos estaban las listas de verificación creadas por cada auditor, los listados maestros de documentos y el Manual de Calidad de la Institución en el cual se encuentran las caracterizaciones de cada proceso así como la planificación, la operación y el control del SGC.

11.1.4 Ejecución de las Auditorías

En esta fase se realizó la reunión de apertura, en la cual se presentó el Plan de Auditorías Internas de Calidad y se resolvieron las dudas existentes, dejando evidencia en un Acta de Reunión de Apertura.

Durante el desarrollo los auditores recolectaron y verificaron la información del proceso a través de la revisión de las caracterizaciones, procedimientos, guías y registros, observación directa y entrevistas al personal, confrontándolo con los criterios de auditoría para generar los hallazgos según corresponda.

Finalizada la auditoría el Auditor Líder informó al líder del proceso y al personal involucrado, los principales hallazgos encontrados para finalmente preparar y entregar el Informe de Auditoría.

La Directora de Control Interno y Evaluación de Gestión y el Auditor Líder realizaron la reunión de cierre a todas las personas responsables de los procesos auditados y presentó el Informe de Auditoría haciendo énfasis en:


- a) Los hallazgos de la auditoría.
- b) Las conclusiones de la auditoría.

11.1.5 Informe de Auditoría del Proceso Gestión Documental

A continuación se presenta los informes de las auditorías internas del proceso, donde se presentan los aspectos positivos, los aspectos por mejorar, las no conformidades y las observaciones.



Figura 26. Informe de la primera Auditoría Interna

| | | |
|---|------------------------------|-----------------|
|  | SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL | CÓDIGO : FSE.04 |
| | INFORME PRELIMINAR AUDITORIA | VERSIÓN: 1 |

| | |
|-----------------------------|----------------------------|
| Fecha del Informe: 09-10-07 | N° Informe Auditoría: 1-07 |
|-----------------------------|----------------------------|

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 la 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 presentaron.



Figura 27. Informe de la segunda Auditoría Interna

| | | |
|---|------------------------------|-----------------|
|  | SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL | CÓDIGO : FSE.04 |
| | INFORME PRELIMINAR AUDITORIA | VERSIÓN: 1 |

| | |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| Fecha del Informe: 26-11-07 | N° Informe Auditoría: 2-07 |
|------------------------------------|-----------------------------------|

PROCESO GESTION DOCUMENTAL

No se ha implementado la aprobación de los documentos del proceso y subprocesos según lo establecido en el procedimiento control de documentos.

ASPECTOS POSITIVOS

- La organización de documentos y registros de las reuniones del Comité de Archivos.
- El compromiso del Talento Humano con el desarrollo de las actividades que contribuyen a la implementación y mejoramiento del SGC.

ASPECTOS POR MEJORAR

- Analizar y mejorar los indicadores establecidos para medir la gestión del proceso / subprocesos, asegurando que midan los objetivos establecidos para los mismos.
- Asegurar que en el Listado Maestro de Registros se incluyan todos los registros aplicables al proceso y subprocesos.
- Asegurar que en los documentos Caracterizaciones del Proceso y Subprocesos estén relacionados los medios de comunicación requeridos (recursos) y todas las interacciones aplicables al proceso.

NO CONFORMIDADES

- No se presentaron.

OBSERVACIONES

- Fortalecer las actividades de socialización de los documentos transversales establecidos en el proceso Gestión Documental a todas las Unidades Académicas y Administrativas de tal forma que se asegure la claridad y el cumplimiento de dicha documentación.



11.1.6 Seguimiento y mejoramiento

Con el propósito de llevar a cabo un seguimiento a los informes anteriores, el Líder del Proceso junto con las Auxiliares de Calidad del mismo, analizaron las no conformidades detectadas y sus causas, para buscar soluciones e implementar acciones de mejora teniendo en cuenta las observaciones. Las acciones correctivas, preventivas y de mejora que se llevaron a cabo se registraron en los formatos FSE.07, FSE.08 y FSE.11, según lo definido en el procedimiento de Acciones Correctivas y Preventivas PSE.02. A continuación se presentan las acciones tomadas como resultados de las auditorías:

- Incluir en el Procedimiento de Control de Documentos, el responsable, la periodicidad, fuente de actualización y acceso a la consulta de documentos externos actualizados.
- Socializar el procedimiento, para dar a conocer internamente a los miembros del Proceso Gestión Documental del manejo de los documentos externos.
- Asignar la responsabilidad de la adecuación al SGC de los documentos que se van a modificar o actualizar
- Elaborar un plegable para cada UAA, donde se especifique los servicios que presta la DCGD y la forma en que se puede acceder a los mismos.
- Brindar capacitaciones a las diferentes UAA, con el fin de darles a conocer a todas las UAA el correcto manejo de los archivos de gestión.
- Solicitar a Recursos Humanos un listado actualizado de los funcionarios de la UIS con información de la UAA en que laboran para ser distribuido a quienes emiten los documentos.
- Promover a través de un Plegable la solicitud de especificar detalladamente la información del destinatario.
- Elaborar un plegable para cada UAA, donde se especifique los horarios de recorridos realizados por los mensajeros y los tiempos de entrega de los documentos que son enviados fuera de la UIS
- Solicitar a la División de Recursos Humanos un listado actualizado de los funcionarios de la UIS para FAVUIS, COPRUIS y CAPRUIS.
- Enviar los listados actualizados a FAVUIS, COPRUIS y CAPRUIS.
- Reestructurar la encuesta de satisfacción.
- Aplicar la encuesta de satisfacción a las UAA
- Analizar los resultados y plantear las acciones respectivas.
- Incluir como una consideración en el Procedimiento de Control de Documentos, el envío de una solicitud a Secretaría General para realizar los cambios de forma necesarios junto con el documento corregido en medio digital y pueda ser publicado en la página web de la Universidad.



11.2 PREAUDITORÍA EXTERNA

La Preauditoría es una evaluación sistemática, en la que se analizan las condiciones de la organización para cumplir con un documento normativo y/ o Programa de certificación determinados.

En la Universidad la Preauditoría Externa se realizó durante los primeros días del mes de Diciembre a todos los procesos de apoyo, con el fin de tener un diagnóstico claro sobre la situación inicial y sobre los aspectos que se deben implementar y mejorar para adaptarse a la Norma, para luego decidir si ingresar o no a la certificación.

Esta preauditoría fue realiza por ICONTEC, el cual fue escogido por el Comité de Calidad, ya que es un organismo, que trabaja para fomentar la normalización, la certificación, la metrología y la gestión de la calidad en Colombia.

En la realización de la preauditoría externa, el ICONTEC desarrolló las siguientes etapas:

11.2.1 Planificación de la preauditoría

ICONTEC, inicialmente solicitó los listados maestros de documentos y el Manual de Calidad de la Universidad en el cual se encuentran las caracterizaciones de cada proceso así como la planificación, la operación y el control del sistema, con base a ello, envió a la Universidad el Plan de la Preauditoría, mostrada en la Tabla 14.

Tabla 14. Plan de Auditoría en Sitio

| | | | |
|---|---|--------------------|---------------------|
|  | PLAN DE AUDITORIA EN SITIO | | Página 1 de 2 |
| 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 |
| Alcance: | 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, Publicaciones, Recursos Físicos, Recursos Tecnológicos, Relaciones Interinstitucionales de Intercambio Académico, Sistemas Informáticos y de Telecomunicaciones, Talento Humano. | | |
| CRITERIOS DE AUDITORIA | ISO 9001/2000 | | |




PLAN DE AUDITORIA EN SITIO

Página 1 de 2

| Tipo de auditoría: EXTRAORDINARIA | <input checked="" type="checkbox"/> PRE - AUDITORIA AMPLIACIÓN | OTORGAMIENTO RENOVACION | SEGUIMIENTO | |
|--|---|---|-------------------------|--|
| Reunión de Apertura: | 2007-12-05 | Hora: | 08:00 -08:30 | |
| Reunión de Cierre: | 2007- 12-07 | Hora: | 02:00 – 02:30 | |
| <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Para la reunión inicial le pido el favor de disponer un proyector para computador (sólo para auditorías de certificación inicial).</p> <p>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.</p> <p>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.</p> | | | | |
| 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 |



|  | | PLAN DE AUDITORIA EN SITIO | | | Página 1 de 2 |
|---|---------------|--|----|--|---------------|
| | 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 | Gestión de Investigación y Extensión | DC | Dr. Oscar Gualdrón González, Vicerrector de Investigación y Extensión | |
| | 10:00-11:30 | Gestión 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 Guatiquará y 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 evaluará. 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 | | | | | |

Fuente: Coordinación de Calidad



11.2.2 Ejecución de la preauditoría

La preauditoría inició con una reunión de apertura con los líderes de los procesos y las coordinadoras de calidad.

A la hora acordada en el plan de auditoría, el equipo auditor, el líder del proceso, las coordinadoras de calidad, las auxiliares de calidad del proceso y los líderes de cada subproceso, participaron dando a conocer la experiencia del auditor líder.

Luego, se empezó a evaluar el proceso y los subprocesos en la estructura de la documentación, en la medición de los indicadores y en las acciones tomadas por el proceso, recogiendo evidencia por medio de entrevistas a los responsables del mismo y observando las instalaciones y el talento humano involucrado.

Al finalizar la evaluación del proceso, el auditor líder, expuso los aspectos positivos y negativos encontrados, y luego se realizó una reunión de cierre con los líderes de todos los procesos, para comunicar los hallazgos encontrados.

11.2.3 Informe de preauditoría

En el Anexo Q, se presenta el informe de la preauditoría externa del proceso Gestión Documental.

11.2.4 Solicitud de auditoría de certificación

La dirección Institucional, ha reiterado su compromiso de alcanzar la certificación de calidad según la Norma NTC ISO 9001:2000, para lo cual se ha establecido como meta, recibir la visita de ICONTEC en la segunda quincena del mes de abril de 2008.

11.3 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

La Revisión por la Dirección es un proceso en el que la Dirección de la organización examina los resultados obtenidos, la situación actual de la misma y toma decisiones para mejorar los resultados. La Revisión por la Dirección forma parte del Proceso de Mejora Continua, es la etapa en la cual se da el impulso para mejorar.

En la Universidad Industrial de Santander, una vez implementado el SGC y evaluado en las dos auditorías internas, se realizó la Revisión por la Dirección con el fin de asegurar su adecuación, conveniencia y eficacia permanente para satisfacer los requisitos de la Norma NTC-ISO 9001:2000, la política, los objetivos de calidad y la satisfacción oportuna de los beneficiarios. Para la realización de esta revisión se siguió los parámetros dados en la Guía para la Revisión por la Dirección, diseñada por el proceso de Dirección Institucional.



11.3.1 Programación de la Revisión por la Dirección

La Dirección Institucional es el proceso encargado de realizar la Revisión por la Dirección de todos los procesos de apoyo a la actividad misional de la Universidad Industrial de Santander. La programación de esta Revisión se elabora de acuerdo a la periodicidad definida para cada elemento de revisión (Tabla 15).

Tabla 15. Frecuencia de la Revisión por la Dirección

| ELEMENTO DE REVISIÓN | PERIODICIDAD | RESPONSABLE |
|---|---|-------------------------------|
| Auditorías internas y de Gestión | Semestral | DCIEG |
| Satisfacción de los Beneficiarios. | Semestral | DCIEG |
| Quejas y reclamos | Trimestral | DCIEG |
| Indicadores de Calidad e informe de desempeño del proceso | Trimestral | DCIEG |
| Acciones correctivas y Preventivas | Trimestral | DCIEG |
| Cambios al SGC. | Semestral | Representante de la Dirección |
| Propuestas de mejoramiento | | |
| Acciones Mejora Procesos | Trimestral | DCIEG |
| Plan de Inversión UIS | Anual | Planeación |
| Revisión de revisiones previas | De acuerdo a la periodicidad de cada elemento | Representante de la Dirección |

Fuente: Proceso Dirección Institucional

La primera Revisión por la Dirección fue programada para el 1 de Diciembre de 2007, y se estableció que en ella participarían las siguientes personas:

Dr. Jaime Alberto Camacho Pico
Ing. Sergio Isnardo Muñoz Villarreal
Ing. Sonia Cristina García Rincón
Ing. Irma Paola Camargo Segura
Ing. Sandra Pinzón Rodríguez

Rector
Vicerrector Administrativo
Directora DCIEG
Coordinadora proyecto SGC
Coordinadora proyecto SGC



11.3.2 Información para la Revisión por la Dirección

La revisión debe incluir la evaluación de las oportunidades de mejora y la necesidad de efectuar cambios en el sistema de gestión de la calidad, incluidos la política y los objetivos de la calidad. Para que esto sea posible es necesario contar con entradas que brinden las bases suficientes para la toma de dichas decisiones.

Las entradas para la Revisión por la Dirección fueron:

- Resultados de las Auditorías Internas.
- Encuestas de satisfacción de los clientes.
- Desempeño de los procesos.
- Estado de las acciones correctivas y preventivas.
- Cambios internos y externos que podrían afectar el SGC de la institución. Propuestas o sugerencias de mejoramiento del SGC por parte de los clientes y/o personal de la institución.
- Cambios que podrían afectar el sistema de gestión de la calidad.
- Recomendaciones para la mejora.

Estas entradas, a excepción de los cambios que podrían afectar el sistema de gestión de la calidad y las recomendaciones para la mejora, fueron suministradas por cada uno de los procesos de apoyo a la actividad misional de la Universidad Industrial de Santander, presentadas en el formato "Informe de desempeño", en el cual se describe: El comportamiento de los indicadores, el seguimiento al producto y/o servicio no conforme y el estado de las acciones correctivas, preventivas y de mejora.

En el Anexo R, se presenta el Informe de Desempeño del proceso Gestión Documental, del que se pueden destacar las siguientes conclusiones por indicador:

➤ **Asesorías atendidas**

Observaciones

Durante el primer semestre del 2007, se presentó un desfase del 25% con respecto a la meta, es decir, no fueron atendidas oportunamente todas las asesorías solicitadas, lo cual se presentó por los repentinos cierres de la Universidad en este periodo. Durante el transcurso del segundo semestre se ha cumplido con la meta propuesta.

Acciones de mejora

A pesar que se está cumpliendo con la meta establecida, no todas las UAA han solicitado el servicio de asesoría para la organización de su documentación, lo cual demuestra que sus archivos no están conforme a lo estipulado en la guía para la organización de archivos de gestión, por tanto se hace necesario, iniciar las capacitaciones a los responsables de estos archivos en el primer periodo del 2008.



Dificultades en el desarrollo del proceso

No se cuentan con el espacio y los recursos suficientes para recibir material de todas las UAA de la Universidad, lo cual hace que nuestro servicio no sea del todo eficiente, pues en el momento sólo se le está recibiendo material a Financiero, mientras existen UAA que no se le recibe material hace más de 7 años.

➤ **Consultas atendidas**

Observaciones

Durante los dos semestres del presente año se ha cumplido con la meta estipulada.

➤ **Satisfacción beneficiarios**

Observaciones

Se observa que durante el segundo semestre del 2007 se ha cumplido con la meta propuesta, sin embargo es posible aumentar el nivel de satisfacción de nuestros usuarios y por tanto se pueden implementar algunas acciones de mejora.

Acciones de mejora

Realizar capacitaciones sobre actualización archivística a todas las unidades el primer semestre del 2008.

Realizar un plegable de servicios para dárselo a conocer a la comunidad.

Así mismo, en la tabla 16 se presenta el resultado de la medición de los indicadores de Calidad para el año 2007, realizada por la Dirección Institucional con base en la información suministrada en el Informe de Desempeño de cada proceso y la Evaluación de Desempeño presentada por Talento Humano.


11.3.3 Desarrollo de la Revisión

La Revisión por la Dirección se desarrolló en el siguiente orden:

- Verificación de la asistencia de los invitados a la reunión.
- Presentación de la información presentada por cada proceso en el Informe de Desempeño.
- Revisión de los resultados de las auditorías internas de calidad.
- Revisión de la satisfacción de los beneficiarios.
- Revisión del desempeño de los procesos y conformidad del producto.
- Revisión del estado de las acciones correctivas y preventivas
- Revisión de los cambios que pueden afectar el SGC.
- Revisión de la Política de Calidad.
- Planteamiento de Acciones y Conclusiones



Tabla 16. Resultados de la medición de los indicadores de calidad

|  | | RESULTADOS DE LOS INDICADORES DE CALIDAD | |
|---|---|---|--|
| NOMBRE DEL INDICADOR | MÉTODO DE CÁLCULO | RESULTADOS | |
| Eficacia de los Objetivos de los Procesos | 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 | 89% | |
| SUE | IC Vs IRD | No fueron calculados | |
| | IC Vs IRE | | |
| | IC Vs IRI | | |
| Eficacia Acciones Correctivas | No total de Acciones Correctivas ejecutadas eficazmente / No total de Acciones Correctivas planteadas | 28,00% | |
| Eficacia Acciones Preventivas | No Acciones Preventivas eficaces / No Total Acciones Preventivas planteadas | 33,3% | |
| Cultura Preventiva | No de Acciones Preventivas planteadas / No total de Acciones Correctivas y Preventivas planteadas | 20,0% | |
| 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 | 81,04% | |
| Nivel de desempeño del área administrativa | Σ Puntaje total obtenido en la evaluación de desempeño de los servidores de la universidad / No total de servidores de la universidad evaluados | *Profesionales Admtivos = 93,75 *Admtivos no profesionales= 91.3 | |
| Oportunidad en el servicio | Σ Puntaje total de servicios prestados oportunamente por población de cada proceso / No Total de procesos | 84,93% | |
| 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 | No fue calculado | |
| 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 | 85,09% | |

Fuente: Proceso Dirección Institucional

11.3.4 Conclusiones de la Revisión por la Dirección

De acuerdo a las revisiones anteriores La Dirección Institucional planteó acciones, definiendo los responsables de ejecutarlas e identificando los recursos para cada una con base en los siguientes parámetros:

- Acciones de mejoras conducentes a garantizar el cumplimiento de la eficacia del SGC y sus procesos.
- Acciones de mejora de los productos y/o servicios con relación a los requisitos de los beneficiarios.



Así mismo, se establecieron conclusiones sobre cómo se percibe el Sistema desde la Dirección Institucional y el nivel de eficacia alcanzado, con el fin de retroalimentar a todo el personal de cumplimiento de los requisitos legales, reglamentarios y de la organización y el mejoramiento continuo del sistema.

Finalmente, todas las conclusiones y decisiones tomadas quedaron estipuladas en el Acta de Revisión por la Dirección No. 001 del 1 de Diciembre de 2007 (Anexo S), a continuación se presentan las conclusiones generales y las conclusiones que involucran al proceso Gestión Documental.

- El Sistema de Gestión de Calidad se encuentra en un proceso inicial de implementación. Se hace necesario complementar los informes de desempeño de los procesos para realizar un análisis más detallado de los indicadores.
- Se destaca la formulación de acciones de mejora (74) como resultado de las observaciones de la auditoría y otras por iniciativa propia de los procesos.
- Se resalta el compromiso de los líderes de proceso y el esfuerzo por presentar la información necesaria para la Revisión por la Dirección.
- Es necesario continuar con el proceso de capacitación y socialización que permita incentivar la implementación de los documentos del SGC y la generación de acciones correctivas, preventivas y de mejora.
- Asignar recursos para desarrollar un plan de acción propuesto por la DCGD con el fin de dar solución a la acumulación de archivos para microfilmear, ya que esto contribuye directamente al proceso de mejoramiento institucional (Anexo T).

De los resultados de la medición de los indicadores de calidad se concluyó:

- **Eficacia de los Objetivos de los Procesos:** Se deben revisar las metas establecidas en los indicadores de cada proceso y en algunos casos replantearlas. Esto en virtud que el cálculo de los indicadores de eficacia presentan valores cumbres que no reflejan la eficacia real de los procesos. Además, se deben implementar las herramientas de recolección de información que permitan reportar la totalidad de los indicadores para no sesgar los resultados.
- **Eficacia Acciones Correctivas:** Las acciones correctivas presentadas son principalmente formuladas por no conformidades encontradas en las auditorías internas.
- **Eficacia Acciones Preventivas:** Se presenta un índice bajo de formulación de acciones preventivas.
- **Cultura Preventiva:** Debido al bajo reporte de acciones correctivas y preventivas, se hace necesario reforzar la cultura del reporte de acciones correctivas, preventivas, de mejora y de producto no conforme. Esto debe contemplarse en los planes de capacitación a desarrollar dentro de cada proceso.
- **Nivel de satisfacción de los beneficiarios de los procesos Apoyo:** El resultado de éste indicador se ve afectado por la diferencia de las escalas de calificación y el tamaño de la muestra de las encuestas.



- **Nivel de desempeño del área administrativa:** Los resultados de la evaluación de desempeño presentan índices satisfactorios, sin embargo se deben establecer acciones en el Proceso de Talento Humano para mejorarlos.
- **Oportunidad en el servicio y Asertividad en la comunicación:** Los resultados de estos indicadores reflejan índices altos, no obstante, se deben mantener y mejorar con el fin de brindar a los beneficiarios productos y servicios en los tiempos requeridos, acorde a sus necesidades e información veraz, clara y respetuosa, que facilite su interacción con la Institución.



12. CUMPLIMIENTO DEL ALCANCE DEL PROYECTO

12.1 GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL CON LOS REQUISITOS DE LA NORMA ISO 9001:2000

Una vez documentado, implementado y evaluado el SGC se realizó una lista de chequeo final (Anexo U) utilizando la misma metodología definida en la etapa de Diagnóstico del presente documento, en la cual se confrontaron los requisitos de la Norma ISO 9001:2000 con los establecidos por la Universidad Industrial de Santander.

A continuación se presenta el análisis obtenido de la lista de chequeo final y su respectiva comparación con la inicial.

| NTC ISO 9001 VERSION 2000 | | | NIVEL DE APLICACIÓN | | % OTORGADO | |
|-------------------------------------|--|---|---------------------|----|------------|--|
| | | | SI | NO | | |
| 4. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD | 4.1 REQUISITOS GENERALES | | X | | 83 | |
| | 4.2 REQUISITOS DE DOCUMENTACIÓN | 4.2.1 GENERALIDADES | X | | 100 | |
| | | 4.2.2 MANUAL DE CALIDAD | | X | | |
| | | 4.2.3 CONTROL DE LOS DOCUMENTOS | X | | 100 | |
| | | 4.2.4 CONTROL DE LOS REGISTROS | X | | 100 | |
| 5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN | 5.1 COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN | | | X | | |
| | 5.2 ENFOQUE AL CLIENTE | | X | | 100 | |
| | 5.3 POLÍTICA DE CALIDAD | | | X | | |
| | 5.4 PLANIFICACIÓN | 5.4.1 OBJETIVOS DE CALIDAD | X | | 100 | |
| | | 5.4.2 PLANEACIÓN DEL SISTEMA | | X | | |
| | 5.5 RESPONSABILIDAD AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN | 5.5.1 RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD | | | X | |
| | | 5.5.2 REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN | | | X | |
| | | 5.5.3 COMUNICACIÓN INTERNA | | | X | |
| | 5.6 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | 5.6.1 GENERALIDADES | | | X | |
| | | 5.6.2 INFORMACIÓN PARA LA REVISIÓN | | | X | |
| 5.6.3 RESULTADOS DE LA REVISIÓN | | | X | | | |
| 6. GESTIÓN DE RECURSOS | 6.1 PROVISIÓN DE RECURSOS | | X | | 80 | |
| | 6.2 RECURSOS HUMANOS | 6.2.1 GENERALIDADES | | X | | |
| | | 6.2.2 COMPETENCIA, TOMA DE CONCIENCIA Y FORMACIÓN | | X | | |
| | 6.3 INFRAESTRUCTURA | | | X | | |
| | 6.4 AMBIENTE DE TRABAJO | | | X | | |
| 7. REALIZACIÓN DEL PRODUCTO | 7.1 PLANIFICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL PRODUCTO | | X | | 100 | |
| | 7.2 PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE | 7.2.1. DETERMINACIÓN DE LOS REQUISITOS RELACIONADOS CON EL PRODUCTO | | X | | |

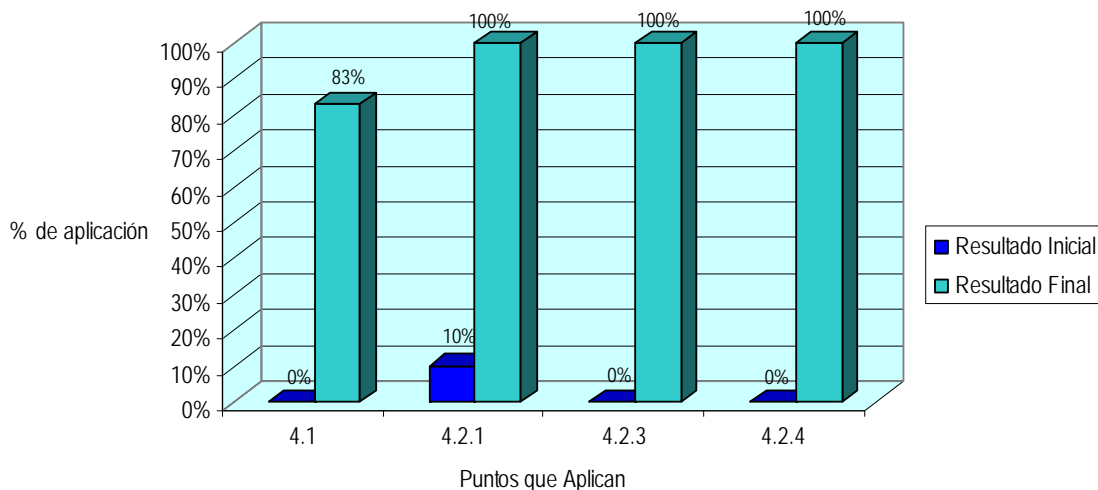


| | | | | | |
|--------------------------------|---|---|---|----|-----|
| | | 7.2 REVISIÓN DE LOS REQUISITOS RELACIONADOS CON EL PRODUCTO | X | | 100 |
| | | 7.2.3 COMUNICACIÓN CON EL CLIENTE | X | | 80 |
| | 7.3 DISEÑO Y DESARROLLO | 7.3.1 PLANIFICACIÓN DEL DISEÑO Y DESARROLLO | | X | |
| | | 7.3.2 RESULTADOS DEL DISEÑO Y DESARROLLO | | X | |
| | | 7.3.3 REVISIÓN DEL DISEÑO Y DESARROLLO | | X | |
| | | 7.3.4 VERIFICACIÓN DEL DISEÑO Y DESARROLLO | | X | |
| | | 7.3.5 VALIDACIÓN DEL DISEÑO Y DESARROLLO | | X | |
| | | 7.3.6 CONTROL DE LOS CAMBIOS DEL DISEÑO Y DESARROLLO | | X | |
| | 7.4 COMPRAS | 7.4.1 PROCESO DE COMPRAS | | X | |
| | | 7.4.2 INFORMACIÓN DE LAS COMPRAS | | X | |
| | | 7.4.3 VERIFICACIÓN DEL PRODUCTO COMPRADO | | X | |
| | 7.5 PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO | 7.5.1 CONTROL PRODUCTO Y/O PRESTACIÓN DEL SERVICIO | X | | 80 |
| | | 7.5.2 VALIDACIÓN DE PROCESOS DE PRODUCTO Y/O SERVICIO | | X | 0 |
| | | 7.5.3 IDENTIFICACIÓN Y TRAZABILIDAD | X | | 80 |
| | | 7.5.4 PROPIEDAD DEL CLIENTE | X | | 100 |
| | | 7.5.5 PRESERVACIÓN DEL PRODUCTO O SERVICIO | X | | 100 |
| | 7.6 CONTROL DE LOS DISPOSITIVOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN | | X | | 0 |
| 8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA | 8.1 GENERALIDADES | | X | | 100 |
| | 8.2 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN | 8.2.1 SATISFACCIÓN DEL CLIENTE | X | | 100 |
| | | 8.2.2 AUDITORÍA INTERNA | X | | 100 |
| | | 8.2.3 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE LOS PROCESOS | X | | 100 |
| | | 8.2.4 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DEL PRODUCTO | X | | 80 |
| | 8.3 CONTROL DEL PRODUCTO NO CONFORME | | X | | 100 |
| | 8.4 ANÁLISIS DE DATOS | | X | | 100 |
| | 8.5 MEJORA | 8.5.1 MEJORA CONTÍNUA | X | | 100 |
| | | 8.5.2 ACCIÓN CORRECTIVA | X | | 80 |
| 8.5.3 ACCIÓN PREVENTIVA | | X | | 70 | |



➤ Capítulo 4. Sistema de Gestión de la Calidad

Figura 28. Cumplimiento por el SGC del capítulo 4 de la Norma



Fuente: Autoras del proyecto

4.1 Requisitos Generales

- Se identificaron los procesos necesarios para el SGC y su aplicación, lo cual se evidencia en el Mapa de Procesos.
- Se determinó la secuencia e interacción de los mismos a través de las caracterizaciones.
- Se realizó el seguimiento, la medición y el análisis de estos procesos por medio de indicadores.
- Se implementaron las acciones necesarias para alcanzar los resultados y la mejora continua para estos procesos.

Sin embargo, dado la magnitud de la Universidad Industrial de Santander no ha sido posible asignar todos los recursos necesarios para apoyar la operación y el seguimiento de los procesos del SGC.

4.2.1 Generalidades

La documentación del SGC incluye:

- Declaraciones documentadas de una política de la calidad y de objetivos de la calidad
- Un manual de la calidad
- Los procedimientos documentados requeridos por la Norma ISO 9001:2000, los documentos necesitados por la organización y los registros requeridos por esta Norma.



4.2.3 Control de documentos

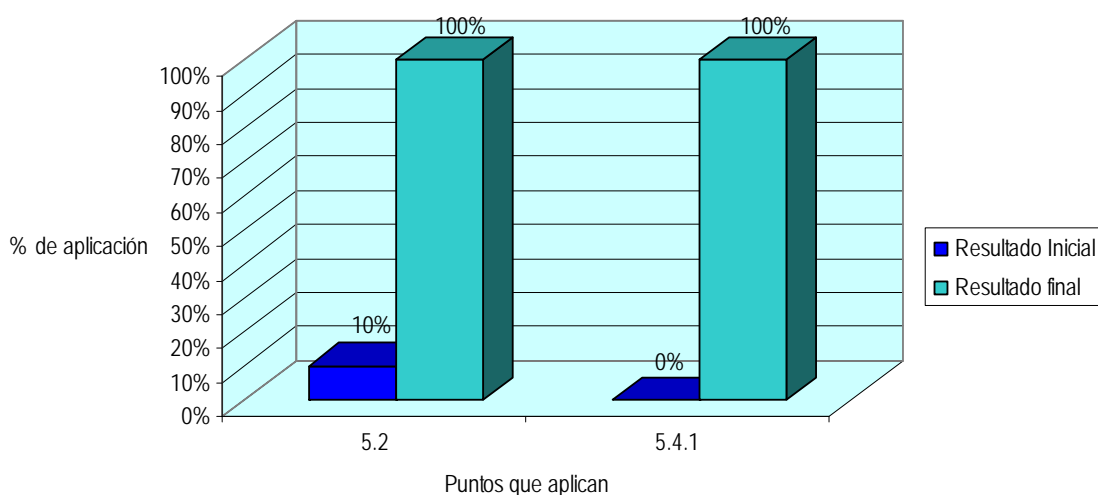
Se estableció el procedimiento Control de Documentos, en el cual se definen los controles necesarios para aprobar, revisar y actualizar los documentos, así como asegurarse de identificar los cambios para prevenir el uso no intencionado de documentos obsoletos.

4.2.4 Control de registros

Se estableció el procedimiento Control de Registros, en el cual se definen los controles necesarios para la identificación, el almacenamiento, la protección, la recuperación, el tiempo de retención y la disposición de los registros.

➤ Capítulo 5. Responsabilidad de la dirección

Figura 29. Cumplimiento del capítulo 5 de la Norma por el SGC



Fuente: Autoras del proyecto

5.2 Enfoque al cliente

En el proceso Gestión Documental, se determinaron los requisitos del cliente y se vela por el cumplimiento de los mismos con el fin de aumentar la satisfacción de los mismos, eso se evidencia con la aplicación de encuestas de satisfacción.

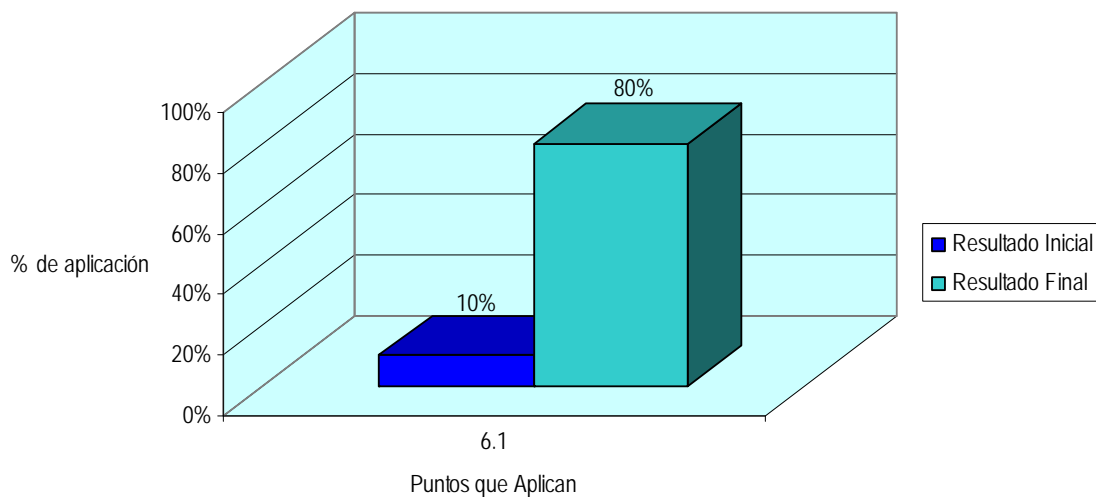
5.4.1 Objetivos de Calidad

Se definieron los objetivos de calidad, los cuales son coherentes y medibles con la política de la calidad. Así mismo, se establecieron objetivos dentro de cada proceso de acuerdo a sus funciones y niveles.



➤ Capítulo 6. Gestión de los recursos

Figura 30. Cumplimiento del capítulo 6 de la Norma por el SGC



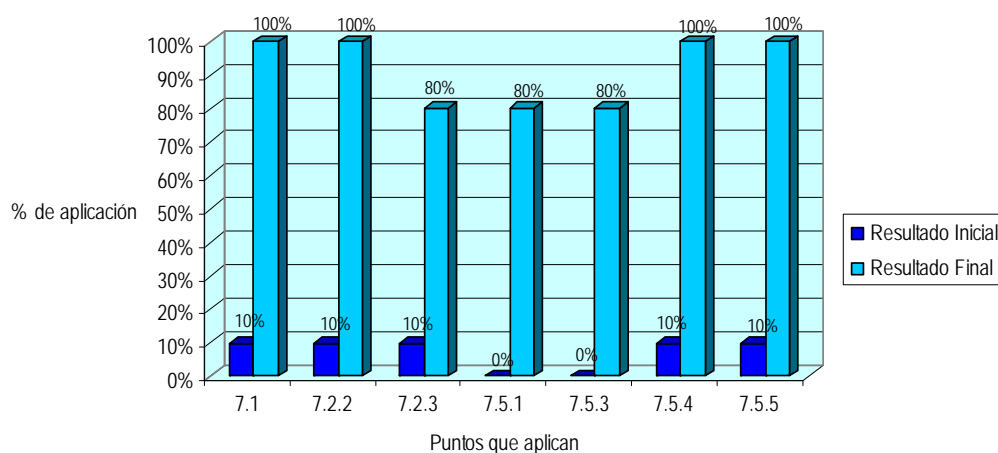
Fuente: Autoras del proyecto

6.1 Provisión de los Recursos

El proceso Gestión Documental, cuenta con dos auxiliares para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad y ha proporcionado algunos recursos necesarios para la implementación y mantenimiento de este sistema.

➤ Capítulo 7. Prestación del producto

Figura 31. Cumplimiento del capítulo 7 de la Norma por el SGC



Fuente: Autoras del proyecto



7.1 Planificación de la realización del producto

Se planifica la prestación del servicio de acuerdo a los requisitos del cliente y las normas legales establecidas (Ley General de Archivos), y se deja evidencia que el servicio prestado cumple con los requisitos.

7.2.2 Revisión de los requisitos relacionados con el producto

Se revisan los requisitos relacionados con el servicio antes de comprometerse con el cliente a proporcionarlo, se mantienen registros de los resultados de la revisión y de las acciones originadas por la misma.

7.2.3 Comunicación con el cliente

Se implementaron disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes, relativas a la información sobre el servicio, las consultas y asesorías, sin embargo, no se definió una metodología para el reporte de quejas y sugerencias que se puedan presentar.

7.5.1 Control producción y/o prestación del servicio

En los puestos de trabajo se dispone de toda la información necesaria que describe las características del servicio y las instrucciones de trabajo. Sin embargo, dado los altos costos de algunos equipos (máquina de microfilmación), no se utilizan los apropiados para una eficaz prestación del servicio.

7.5.3 Identificación y trazabilidad

Se identifican las comunicaciones oficiales recibidas y emitidas por la Universidad Industrial de Santander y se hace trazabilidad de las mismas, sin embargo, falta determinar un método para dejar evidencia de la documentación recibida y entregada.

7.5.4 Propiedad del cliente

Se identifican, verifican, protegen y salvaguardan los bienes que son propiedad del cliente, y se deja registro de dichas actividades (microfilmación: material a microfilmar, rollos a revelar o a lavar).

7.5.5 Preservación del producto o servicio

Durante el proceso interno y la entrega al destino previsto se preserva la conformidad del producto.

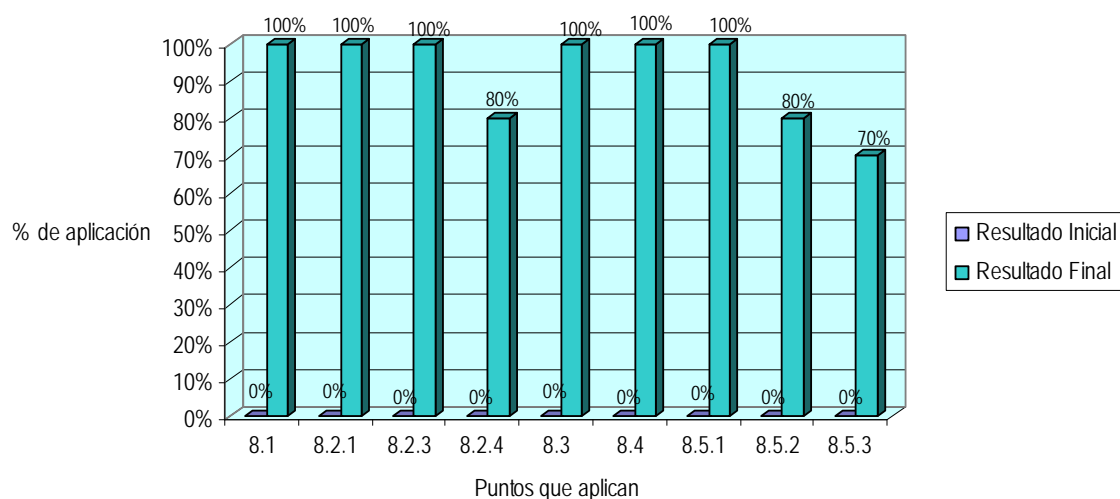
7.6 Control de los dispositivos de seguimiento y medición

Se determina el seguimiento y la medición a realizar, los dispositivos de medición y seguimiento necesarios para proporcionar la evidencia de la conformidad del servicio con los requisitos determinados.



➤ Capítulo 8. Medición, análisis y mejora

Figura 32. Cumplimiento del capítulo 8 de la Norma por el SGC



Fuente: Autoras del proyecto

8.1 Generalidades

La Universidad Industrial de Santander definió procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora necesarios para demostrar la conformidad del servicio, la conformidad del Sistema de Gestión de la Calidad y mejorar continuamente su eficacia.

8.2.1 Satisfacción del cliente

A través de las encuestas de satisfacción de los beneficiarios, se realiza seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de sus requisitos y se toman acciones que permiten mejorar el servicio.

8.2.2 Auditoría interna

Se estableció un procedimiento de Auditorías Internas con el fin de determinar si el SGC es conforme con las disposiciones planificadas, con los requisitos de la Norma ISO 9001:2000 y se ha implementado y se mantiene de manera eficaz.

8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos

Se diseñaron y aplicaron métodos apropiados para el seguimiento y la medición de los procesos.

8.2.4 Seguimiento y medición del producto

Dentro de algunos subprocesos de Gestión Documental se mide y se hace seguimiento de las características del servicio para verificar que se cumplen los requisitos del mismo, mientras que en otros, no ha sido posible la implementación de métodos para el seguimiento.



8.3 Control del producto no conforme

Se estableció un procedimiento documentado, que determina los controles, las responsabilidades y autoridades relacionadas con el tratamiento del producto no conforme.

8.4 Análisis de datos

Cada proceso recolecta información y realiza un análisis de los datos para proporcionar información sobre: la satisfacción del cliente, la conformidad con los requisitos del servicio, las características y tendencias de los procesos, incluyendo las oportunidades para llevar a cabo acciones preventivas.

8.5.1 Mejora continua

Mediante el uso de la política de calidad, los objetivos de la calidad, los resultados de las auditorías, el análisis de datos, las acciones correctivas, preventivas y la revisión por la dirección se ha logrado crear una cultura de mejora continua dentro de cada proceso.

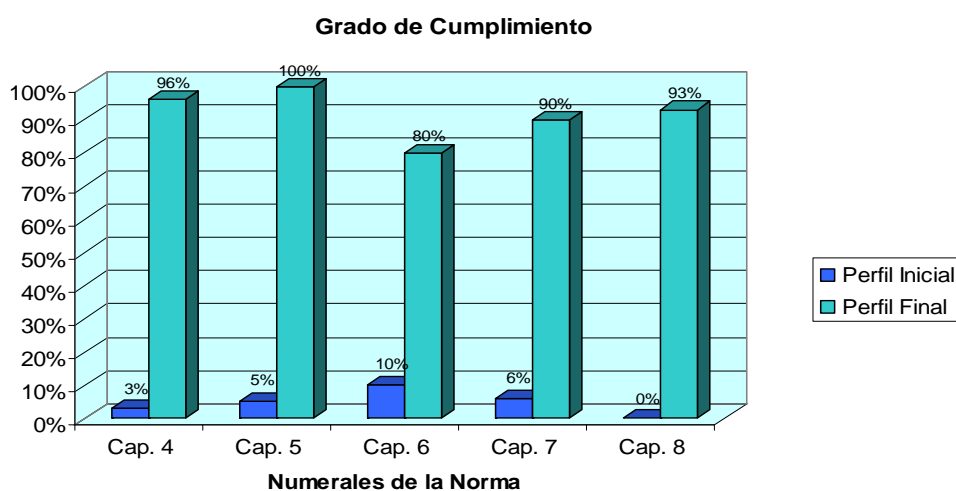
8.5.2 Acción correctiva

Se elaboró un procedimiento documentado para determinar las acciones a seguir para eliminar la causa de no conformidades y prevenir vuelva a ocurrir. Sin embargo, se debe seguir socializando esta metodología para obtener un mayor compromiso del talento humano.

8.5.3 Acción preventiva

Se implementó un procedimiento documentado para determinar las acciones a seguir para eliminar la causa de no conformidades potenciales y prevenir su ocurrencia. Sin embargo, es necesario seguir incentivando al talento humano de todos los procesos para que se familiaricen y creen la cultura del reporte de acciones preventivas.

➤ Grado de Cumplimiento General



Perfil Inicial: 3,2 %

Perfil Final: 92,52 %



12.2 CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS EN EL PROYECTO

Tabla 17. Evidencia de cumplimiento de los objetivos específicos

| OBJETIVO ESPECIFICO | CUMPLIMIENTO |
|---|--|
| Diagnosticar el proceso de Gestión Documental donde se establezca el estado actual de la documentación relacionada con los requisitos de la Norma NTC-ISO 9001:2000 y los necesarios para el desarrollo adecuado del proceso. | Capítulo 6. Diagnóstico del proceso Gestión Documental |
| Identificar los principales subprocesos de Gestión Documental y definir el alcance, objetivo, responsables y las actividades que se realizan en cada uno de ellos, teniendo en cuenta los requerimientos de la norma NTC ISO 9001:2000. | Numeral 7.6.2. Identificación de subprocesos del proceso gestión documental |
| Adecuar los documentos existentes y generar los documentos adicionales que sean necesarios, de acuerdo con los subprocesos definidos, la legislación y las normas vigentes. | Capítulo 8. Documentación del Sistema de Gestión de la Calidad |
| Capacitar al talento humano de todos los procesos del Sistema de Gestión de Calidad en la elaboración y control de documentos necesarios para su desarrollo. | Capítulo 9. Sensibilización y capacitación Numeral 9.2 Ejecución del plan de capacitación |
| Capacitar y desarrollar actividades de sensibilización al talento humano de Gestión Documental, en lo referente a lo establecido en los documentos y en cumplimiento con los requisitos de la norma NTC-ISO 9001:2000. | Capítulo 9. Sensibilización y capacitación Numeral 9.2 Ejecución del plan de capacitación |
| Implementar el Sistema de Gestión de Calidad, con base en los requerimientos de la norma técnica ISO 9001:2000 en el proceso de Gestión Documental. | Capítulo 10. Implementación del SGC |
| Mejorar la administración de los subprocesos establecidos. | Numeral 10.3. Logros alcanzados durante la etapa de implementación |
| Acompañar a la realización de las auditorías internas con el fin de detectar las fortalezas y oportunidades de mejora que conduzcan al fortalecimiento y consolidación del proceso de Gestión Documental. | Capítulo 11. Evaluación del sistema de gestión de la calidad |
| Implementar las acciones correctivas y preventivas necesarias para el mejoramiento del proceso de Gestión Documental. | Capítulo 10. Implementación del SGC |

Fuente: Autoras del proyecto



13. CONCLUSIONES

- Para que una organización sea exitosa en la implementación de su SGC, debe ser consciente que la calidad debe ir mucho más allá de los registros. La calidad debe ser parte de la cultura, ya que para lograr los objetivos esperados se necesita estar convencido y comprometido con la empresa en la cual se labora.
- Antes de iniciar la implementación del SGC, es fundamental que la organización identifique cuales son las necesidades actuales y futuras de los clientes, que se comprometa a cumplir con sus requisitos y que se esfuerce por exceder sus expectativas.
- El diagnostico inicial realizado en el proceso Gestión Documental, permitió conocer el estado de la Unidad en general y organizar todas las actividades a desarrollar.
- Inicialmente el proceso Gestión Documental tenia un porcentaje de cumplimiento con los requisitos de la Norma ISO 9001:2000 de 3.2% y una vez finalizada la etapa de implementación y evaluación se determinó un cumplimiento de 92.52%.
- La identificación de los tres subprocesos de Gestión Documental permitió una mayor organización del talento humano, tanto para la implementación del SGC como para el desarrollo de sus labores, ya que en cada uno de ellos se definió el alcance, el objetivo y responsables de cada actividad.
- Al momento de realizar la documentación se debe tener en cuenta la magnitud de la misma, ya que muchos documentos pueden convertirse en algo complejo y tedioso para el talento humano y la falta ellos puede generar una no conformidad del sistema, por tal motivo en el proceso Gestión Documental se adecuó y diseño sólo la documentación precisa para dar cumplimiento a las necesidades de cada subproceso, a los requisitos legales y reglamentarios y a la Norma ISO 9001:2000.
- La participación del talento humano en las capacitaciones y en el desarrollo del SGC, evidenció su compromiso con el sistema, convirtiéndose esto en la base para el cumplimiento de todas las actividades planeadas, pues un personal motivado siempre estará dispuesto a contribuir al mejoramiento continuo de la organización.
- El personal se involucró totalmente en el logro de los objetivos de la organización, dado que la alta dirección esta comprometida con el sistema y brinda los espacios y recursos necesarios para el desarrollo de las actividades.



- A través de la plena identificación de las entradas, las actividades realizadas en el proceso y las salidas que éste genera a sus beneficiarios, los involucrados en la implementación del SGC conocieron a fondo el proceso, el objetivo y la interacción del mismo con los demás.
- Para lograr el mejoramiento continuo dentro de una organización, no es suficiente con establecer documentación, socializarla y aplicarla dentro de los procesos, es necesario evaluar el cumplimiento de lo establecido a fin de detectar las fortalezas y oportunidades de mejora que conduzcan al fortalecimiento y consolidación de los mismos.
- Los indicadores se plantean con el fin de medir los procesos, por tanto estos deben ser de carácter dinámico y flexible, sin olvidar así mismo que son un reflejo de las políticas de calidad establecidas.
- Por medio de la encuesta de satisfacción se logró conocer el concepto y la imagen de los usuarios con respecto al servicio prestado por la DCGD, lo cual permitió tomar acciones de mejora frente a los resultados presentados y las sugerencias dadas por los mismos.
- A través del informe de desempeño presentado en la Revisión por la Dirección se logró la asignación de recursos para el mejoramiento del proceso Gestión Documental.
- La presente práctica dio la oportunidad a las autoras del proyecto de aplicar los conocimientos adquiridos a lo largo de la carrera y fortalecerlos con la experiencia y enseñanza adquirida del personal que se desempeñaba en los procesos.



14. RECOMENDACIONES

14.1 RECOMENDACIONES GENERALES

- Seguir implementando la cultura de registro y de reporte de acciones correctivas, preventivas y de mejora con el fin de que el SGC no se quede sólo en documentación, sino que se mejore continuamente.
- Socializar nuevamente los procedimientos transversales en todos los procesos, con el fin de reforzar el conocimiento de dichas actividades en todos los involucrados en el SGC.
- En las reuniones del Comité de Calidad, revisar periódicamente junto a los líderes de cada proceso los indicadores, con el fin de adaptarlos a las necesidades no sólo del proceso sino del sistema en general.
- Realizar capacitaciones generales del talento humano no sólo con base en las evaluaciones de desempeño, sino también acorde a las actividades desarrolladas en cada proceso.
- Involucrar a los procesos misionales de la Universidad Industrial de Santander en la implementación del SGC, no con el fin de obtener un certificado de calidad para estos procesos, sino para hacer más integral todo el sistema.
- Fortalecer las sensibilizaciones en cuanto a calidad y compromiso con la Institución, dado que entre algunos funcionarios aún se siente el rechazo por la estandarización de actividades e implementación del SGC.

14.2 RECOMENDACIONES AL PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL

- Realizar periódicamente encuestas de satisfacción a las UAA, con el fin de seguir realizando un seguimiento al mejoramiento del servicio prestado por la DCGD.
- Incluir en el próximo Informe de Desempeño, la necesidad de adquisición de nueva tecnología para el proceso de microfilmación, con el fin de agilizar dicho proceso y además poder imprimir la información que se encuentra microfilmada al momento de atender una consulta.
- Realizar un estudio de distribución de espacios, con el objetivo de optimizar los espacios con que se cuenta para el archivo de documentación.



- Realizar periódicamente talleres para sensibilizar y dar a conocer a los responsables de la organización de los archivos de gestión, el correcto manejo de los mismos y la importancia de la documentación para la Institución.
- Capacitar al talento humano del subproceso Gestión de Correspondencia en el uso de herramientas informáticas, para así hacer más ágil el proceso de radiación y publicación de la información.
- Mantener el compromiso del Director de Certificación y Gestión Documental en la implementación del SGC, para garantizar desde su proceso el mantenimiento y mejoramiento del sistema.



BIBLIOGRAFÍA

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN ICONTEC. NTC ISO 9001. Sistema de Gestión de Calidad. Requisitos, Bogotá D.C. ICONTEC. 2005.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN ICONTEC. NTC ISO 9000. Sistema de Gestión de Calidad. Fundamentos y Vocabulario, Bogotá D.C. ICONTEC. 2005.

Orientación acerca de la terminología usada en las normas ISO 9001:2000 e ISO 9004:2000

TRIANA TORRES JORGE WILLIAN. Guía para la Implementación de un Programa de Gestión Documental. Manual de Archivística. Bogotá D.C. Archivo General de la Nación de Colombia. 2006.

Sitios Web Consultados

- www.icontec.org.co
- www.normas9000.com
- www.uis.edu.co




ANEXOS

ANEXO A. LISTA DE CHEQUEO

| NTC ISO 9001 VERSION 2000 | | | NIVEL DE APLICACIÓN | | % OTORGADO |
|--|--|---|---------------------|----|------------|
| | | | SI | NO | |
| 4. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD | 4.1 REQUISITOS GENERALES | | X | | 0 |
| | 4.2 REQUISITOS DE DOCUMENTACIÓN | 4.2.1 GENERALIDADES | X | | 10 |
| | | 4.2.2 MANUAL DE CALIDAD | | X | |
| | | 4.2.3 CONTROL DE LOS DOCUMENTOS | X | | 0 |
| | | 4.2.4 CONTROL DE LOS REGISTROS | X | | 0 |
| 5. RESPONSA BILIDAD DE LA DIRECCIÓN | 5.1 COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN | | | X | |
| | 5.2 ENFOQUE AL CLIENTE | | X | | 10 |
| | 5.3 POLÍTICA DE CALIDAD | | | X | |
| | 5.4 PLANIFICACIÓN | 5.4.1 OBJETIVOS DE CALIDAD | X | | 0 |
| | | 5.4.2 PLANEACIÓN DEL SISTEMA | | X | |
| | 5.5 RESPONSABILIDAD AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN | 5.5.1 RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD | | X | |
| | | 5.5.2 REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN | | X | |
| | | 5.5.3 COMUNICACIÓN INTERNA | | X | |
| | 5.6 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | 5.6.1 GENERALIDADES | | X | |
| | | 5.6.2 INFORMACIÓN PARA LA REVISIÓN | | X | |
| 5.6.3 RESULTADOS DE LA REVISIÓN | | | X | | |
| 6. GESTIÓN DE RECURSOS | 6.1 PROVISIÓN DE RECURSOS | | X | | 10 |
| | 6.2 RECURSOS HUMANOS | 6.2.1 GENERALIDADES | | X | |
| | | 6.2.2 COMPETENCIA, TOMA DE CONCIENCIA Y FORMACIÓN | | X | |
| | 6.3 INFRAESTRUCTURA | | | X | |
| 6.4 AMBIENTE DE TRABAJO | | | X | | |
| 7. REALIZACI ÓN DEL PRODUCTO | 7.1 PLANIFICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL PRODUCTO | | X | | 10 |
| | 7.2 PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE | 7.2.1. DETERMINACIÓN DE LOS REQUISITOS RELACIONADOS CON EL PRODUCTO | | X | |

| | | | | | | |
|--------------------------------|---|---|---|---|----|----|
| | | 7.2.2 REVISIÓN DE LOS REQUISITOS RELACIONADOS CON EL PRODUCTO | X | | 10 | |
| | | 7.2.3 COMUNICACIÓN CON EL CLIENTE | X | | 10 | |
| | 7.3 DISEÑO Y DESARROLLO | | 7.3.1 PLANIFICACIÓN DEL DISEÑO Y DESARROLLO | | X | |
| | | | 7.3.2 RESULTADOS DEL DISEÑO Y DESARROLLO | | X | |
| | | | 7.3.3 REVISIÓN DEL DISEÑO Y DESARROLLO | | X | |
| | | | 7.3.4 VERIFICACIÓN DEL DISEÑO Y DESARROLLO | | X | |
| | | | 7.3.5 VALIDACIÓN DEL DISEÑO Y DESARROLLO | | X | |
| | | | 7.3.6 CONTROL DE LOS CAMBIOS DEL DISEÑO Y DESARROLLO | | X | |
| | 7.4 COMPRAS | | 7.4.1 PROCESO DE COMPRAS | | X | |
| | | | 7.4.2 INFORMACIÓN DE LAS COMPRAS | | X | |
| | | | 7.4.3 VERIFICACIÓN DEL PRODUCTO COMPRADO | | X | |
| | 7.5 PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO | | 7.5.1 CONTROL PRODUCTO Y/O PRESTACIÓN DEL SERVICIO | X | | 0 |
| | | | 7.5.2 VALIDACIÓN DE PROCESOS DE PRODUCTO Y/O SERVICIO | | X | 0 |
| | | | 7.5.3 IDENTIFICACIÓN Y TRAZABILIDAD | X | | 0 |
| | | | 7.5.4 PROPIEDAD DEL CLIENTE | X | | 10 |
| | | | 7.5.5 PRESERVACIÓN DEL PRODUCTO O SERVICIO | X | | 10 |
| | 7.6 CONTROL DE LOS DISPOSITIVOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN | | X | | | |
| 8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA | 8.1 GENERALIDADES | | X | | 0 | |
| | 8.2 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN | 8.2.1 SATISFACCIÓN DEL CLIENTE | X | | 0 | |
| | | 8.2.2 AUDITORIA INTERNA | X | | 0 | |
| | | 8.2.3 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE LOS PROCESOS | X | | 0 | |
| | | 8.2.4 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DEL PRODUCTO | X | | 0 | |
| | 8.3 CONTROL DEL PRODUCTO NO CONFORME | | X | | 0 | |
| | 8.4 ANÁLISIS DE DATOS | | X | | 0 | |
| | 8.5 MEJORA | 8.5.1 MEJORA CONTÍNUA | | X | | 0 |
| | | 8.5.2 ACCIÓN CORRECTIVA | | X | | 0 |
| 8.5.3 ACCIÓN PREVENTIVA | | X | | 0 | | |

ANEXO B. ACTA 01 CONFORMACIÓN DEL GRUPO PRIMARIO

| | |
|---|--|
|  | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL ACTA DE REUNIÓN No. 01 |
|---|--|

| | | |
|------------------|---------------------------------|--|
| Fecha | Abril 18 de 2007 | Lugar: Dirección de Certificación y Gestión Documental |
| Proyecto /tema : | Conformación del Grupo Primario | |
| Hora de inicio | 8:00 A.M | Hora de finalización: 9:00 A.M |

| ASISTENTES | | |
|-----------------------------------|---|---------------------------------|
| NOMBRE | CARGO | FIRMA |
| Dra. Alba Cecilia Bohórquez Amaya | Directora de Certificación y Gestión Documental | <i>Alba C. Bohórquez A.</i> |
| Neyla Esther Galvis | Auxiliar de Archivo | <i>Neyla Esther Galvis C.</i> |
| Margarita Pinzón | Auxiliar de Archivo | <i>Margarita Pinzón</i> |
| Wilson Carvajal Pimiento | Clasificador de Correspondencia | <i>Wilson Carvajal Pimiento</i> |
| Yolimar Carvajal López | Auxiliar | <i>Yolimar Carvajal López</i> |
| Luz Amparo Rodríguez | Auxiliar | <i>Luz Amparo Rodríguez B.</i> |

| TEMAS TRATADOS | | | |
|--|-----------------------------------|----------|--------------|
| <ul style="list-style-type: none"> Definición de responsabilidades de los líderes de cada sub-proceso Definición de las funciones y responsabilidades del grupo primario | | | |
| COMPROMISOS | RESPONSABLE | FECHA | VERIFICACIÓN |
| Brindar y disponer espacios para realizar las reuniones del comité primario | Dra. Alba Cecilia Bohórquez Amaya | | |
| Informar los temas tratados en el grupo primario a los demás miembros de la Dirección de Certificación y Gestión Documental | Neyla Esther Galvis | | |
| | Margarita Pinzón | | |
| Prestar la colaboración necesaria para la recolección de la información | Wilson Carvajal Pimiento | | |
| Organizar la información recopilada y preparar un esquema de las caracterizaciones de cada sub-proceso. | Yolimar Carvajal López | Abril 20 | Abril 23 |
| | Luz Amparo Rodríguez | | |

| Próxima reunión | |
|--------------------------|--|
| Fecha : Abril 24 de 2007 | Lugar: Dirección de Certificación y Gestión Documental |

ANEXO C. DOCUMENTACIÓN A MODIFICAR. CREAR O ANULAR

| PROCESO: GESTIÓN DOCUMENTAL | | | | | | | | | |
|-----------------------------|-------------------|---|------------------------------|----|----|---|---------------------|----|----|
| SUBPROCESO | TIPO DE DOCUMENTO | NOMBRE DOCUMENTO | NECESIDAD DOCUMENTO | | | REGISTROS ASOCIADOS | NECESIDADE REGISTRO | | |
| | | | C | AC | AN | | C | AC | AN |
| GESTION DE CORRESPONDENCIA | PROCEDIMIENTO | PROCEDIMIENTO DE CORRESPONDENCIA RECIBIDA | | X | | Planilla de devolución de correspondencia externa | | X | |
| | | | | | | Planilla de entrega de recomendados | | X | |
| | | | | | | Planilla diaria de control de correos recibidos | | X | |
| | | | | | | Planilla de documentos entregados en los recorridos | X | | |
| | | | | | | Guía para el registro de documentos radicados | X | | |
| | PROCEDIMIENTO | PROCEDIMIENTO DE CORRESPONDENCIA DESPACHADA | | | | Informe diario de correspondencia recibida-radicada | | | X |
| | | | | | | Formato para el envío de correspondencia | | X | |
| | | | | | | Formato para la devolución de correspondencia | | X | |
| | | | | | | Informe mensual de correspondencia despachada externa | | | |
| | | | | | | Informe mensual de correo urbano | | X | |
| GESTIÓN ARCHIVÍSTICA | PROCEDIMIENTO | PROCEDIMIENTO DE TRANSFERENCIA DE ARCHIVO | | | | Informe mensual de correspondencia despachada interna | | X | |
| | | | | | | Formato Relación de Afuera | | | X |
| | | | | | | Inventario de archivo | | | X |
| | | | | | | Archivo Centralizado | | | X |
| | | | | | | Formato Único de Inventario Documental | X | | |
| | | | | | | Guía para la organización de archivos de gestión y transferencias | X | | |
| | | | | | | Guía para la consulta de documentos | X | | |
| | | | Informe de Visita - Asesoría | | X | | | | |

| | | | | | | | | |
|---|--|---------------------------------------|---|------------------------------|---|--|---|--|
| | | | | | Relación Préstamo de Documentos | X | | |
| | PROCEDIMIENTO | PROCEDIMIENTO DE MICROFILMACIÓN | X | | Guía para la Microfilmación | X | | |
| | | | | | Formato de Relación de Rollos a Procesar | | X | |
| | | | | | Formato de Control del proceso para el equipo Procesador | | X | |
| | | | | | Formato de Control de Rollos a Procesar en el Laboratorio de Revelado | | X | |
| | | | | | Formato de Control de Calidad de los Rollos Procesados | | X | |
| | | | | | Reporte de actividades de microfilmación | | X | |
| GESTIÓN DE PRODUCCIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS | | | | | PROCEDIMIENTO | PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE DOCUMENTOS | X | |
| | Listado maestro de documentos internos | X | | | | | | |
| | Listado maestro de documentos externos | X | | | | | | |
| | Guía de elaboración de documentos para uso general de la UIS | X | | | | | | |
| | PROCEDIMIENTO | PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE REGISTROS | | | Guía para la organización de archivos de gestión y transferencias | X | | |
| | | | | Listado Maestro de Registros | X | | | |

ANEXO D. RESOLUCIÓN RECTORAL No. 1736 DE 2007

República de Colombia
Rectoría



2

RESOLUCIÓN N° 1736 DE 2007 (Noviembre 19)

construcción de los documentos relacionados con el Sistema de Gestión de la Calidad a los procesos de apoyo de la Universidad Industrial de Santander.

ARTÍCULO 3°. APROBACIÓN DE LOS FORMATOS RELACIONADOS EN LOS PROCEDIMIENTOS OBLIGATORIOS: Aprobar los formatos relacionados en los procedimientos obligatorios, según documentos adjuntos, los cuales forman parte integral de la presente Resolución y se relacionan a continuación:

Proceso Gestión Documental

- FGD.01 Listado Maestro de Documentos Internos.
- FGD.02 Listado Maestro de Documentos Externos.
- FGD.03 Listado Maestro de Registros.
- FGD.22 Solicitud de actualización de documentos.

Proceso Seguimiento Institucional

- FSE.01 Programa Anual de Auditorías Internas de Calidad.
- FSE.02 Plan de Auditorías Internas de Calidad.
- FSE.03 Listas de Verificación.
- FSE.04 Informe de Auditoría Interna de Calidad.
- FSE.05 Matriz Impacto de los Procesos.
- FSE.07 Acciones Correctivas/Preventivas
- FSE.08 Evaluación de Desempeño del Auditor Interno.
- FSE.09 Producto o Servicio No Conforme.
- FSE.10 Informe de Desempeño de los Procesos.
- FSE.11 Acciones de Mejora.

ARTÍCULO 4°. ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA: Autorizar a las instancias competentes referenciadas en el Procedimiento de Control de Documentos para realizar las actualizaciones pertinentes.

ARTÍCULO 5°. PUBLICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS: Autorizar a la División de Servicios de Información para publicar los documentos, así como las actualizaciones realizadas conforme al artículo cuatro de la presente Resolución en la Intranet de la Universidad, facilitando la consulta por parte de la comunidad universitaria.

ARTÍCULO 6°. VIGENCIA Y DEROGATORIAS. La presente Resolución rige a partir de la fecha de su publicación.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.

Expedida en Bucaramanga, a los diecinueve (19) días del mes de noviembre de 2007.


ÁLVARO GÓMEZ TORRADO
Vicerrectoría Académica

SECRETARIA GENERAL,


OLGA CECILIA GONZÁLEZ NORIEGA

RESOLUCIÓN N° 1736 DE 2007
(Noviembre 19)

Por la cual se aprueban los procedimientos obligatorios para el Sistema de Gestión de la Calidad (S.G.C.) a los procesos de apoyo de la Universidad Industrial de Santander de acuerdo con la norma NTC ISO 9001:2000.

EL VICERRECTOR ACADÉMICO DE LA UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER en uso de las atribuciones legales y reglamentarias que le confiere el Artículo 33 del Estatuto General de la Universidad Industrial de Santander, y

CONSIDERANDO:

- a. Que la Universidad, dentro de la autonomía que le confiere la Constitución Política de Colombia y la Ley, puede adoptar sus correspondientes regímenes para el cumplimiento de su misión social y su función institucional.
- b. Que, según el Artículo 30 del Estatuto General, es función del Rector de la Universidad, expedir los manuales de funciones y requisitos y los procedimientos administrativos.
- c. Que, según el Artículo 1° del Acuerdo del Consejo Superior No. 015 de 2007, se crea el Comité de Calidad de la Universidad Industrial de Santander, como órgano responsable de fomentar, promover y orientar todas las actividades de la institución que afectan la calidad de sus productos o servicios. El Comité de Calidad constituye la instancia en la que se atenderán y analizarán los intereses, necesidades, inquietudes, opiniones y sugerencias de cada proceso de apoyo de la Universidad.
- d. Que existe la necesidad de reglamentar los procedimientos obligatorios de acuerdo con la norma NTC ISO 9001:2000.
- e. Que bajo la coordinación de la Vicerrectoría Administrativa, la Dirección de Control Interno y Evaluación de Gestión y la Dirección de Certificación y Gestión Documental, analizaron, diseñaron y documentaron los procedimientos obligatorios del S.G.C. a los procesos de apoyo de la Universidad Industrial de Santander.
- f. Que la Universidad Industrial de Santander reconoce en la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad basado en la Norma Técnica de Calidad NTC ISO 9001:2000, una herramienta de gestión que apoya el mejoramiento sistémico de los procesos de apoyo a las funciones misionales de la institución, orientándoles hacia el fortalecimiento y cumplimiento de los objetivos, la calidad institucional y el ejercicio de los poderes de autodeterminación propios de la autonomía universitaria.

RESUELVE:

ARTÍCULO 1°. APROBACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS OBLIGATORIOS: Aprobar los procedimientos obligatorios del S.G.C. a los procesos de apoyo de la Universidad Industrial de Santander de acuerdo con la norma NTC ISO 9001:2000, según documentos adjuntos, los cuales forman parte integral de la presente resolución y se relacionan a continuación:

Proceso Gestión Documental



- PGD.01 Procedimiento Control de Documentos.
- PGD.02 Procedimiento de Control de Registros.

Proceso Seguimiento Institucional

- PSE.01 Procedimiento Auditorías Internas de Calidad.
- PSE.02 Procedimiento Acciones Preventivas/Correctivas.
- PSE.03 Procedimiento Producto o Servicio No Conforme.

ARTÍCULO 2°. APROBACIÓN DE LA GUÍA DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS: Aprobar la Guía de Elaboración de Documentos, del Proceso Gestión Documental donde se dan los lineamientos para la

ANEXO E. ACTAS DE REUNIÓN



| | | |
|---|---|--|
|  |  | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL ACTA DE REUNIÓN No. 01 |
|---|---|--|

| | | |
|------------------|---------------------------------|--|
| Fecha | Abril 18 de 2007 | Lugar: Dirección de Certificación y Gestión Documental |
| Proyecto /tema : | Conformación del Grupo Primario | |
| Hora de inicio | 8:00 A.M | Hora de finalización: 9:00 A.M |

| ASISTENTES | | |
|-----------------------------------|---|---------------------------------|
| NOMBRE | CARGO | FIRMA |
| Dra. Alba Cecilia Bohórquez Amaya | Directora de Certificación y Gestión Documental | <i>Alba C. Bohórquez A.</i> |
| Neyla Esther Galvis | Auxiliar de Archivo | <i>Neyla Esther Galvis C.</i> |
| Margarita Pinzón | Auxiliar de Archivo | <i>Margarita Pinzón</i> |
| Wilson Carvajal Pimiento | Clasificador de Correspondencia | <i>Wilson Carvajal Pimiento</i> |
| Yolimar Carvajal López | Auxiliar | <i>Yolimar Carvajal López</i> |
| Luz Amparo Rodríguez | Auxiliar | <i>Luz Amparo Rodríguez B.</i> |

| TEMAS TRATADOS | | | | |
|--|--|----------|--------------|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Definición de responsabilidades de los líderes de cada sub-proceso • Definición de las funciones y responsabilidades del grupo primario | | | | |
| COMPROMISOS | RESPONSABLE | FECHA | VERIFICACIÓN | |
| Brindar y disponer espacios para realizar las reuniones del comité primario | Dra. Alba Cecilia Bohórquez Amaya | | | |
| Informar los temas tratados en el grupo primario a los demás miembros de la Dirección de Certificación y Gestión Documental | Neyla Esther Galvis Margarita Pinzón | | | |
| Prestar la colaboración necesaria para la recolección de la información | Wilson Carvajal Pimiento | | | |
| Organizar la información recopilada y preparar un esquema de las caracterizaciones de cada sub-proceso. | Yolimar Carvajal López Luz Amparo Rodríguez | Abril 20 | Abril 23 | |

| Próxima reunión | |
|--------------------------|--|
| Fecha : Abril 24 de 2007 | Lugar: Dirección de Certificación y Gestión Documental |



| | | |
|---|----------------------------|--|
|   | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | |
| | ACTA DE REUNIÓN No. 02 | |

| | | | |
|------------------|--|-----------------------|---|
| Fecha | Abril 24 de 2007 | Lugar: | Dirección de Certificación y Gestión Documental |
| Proyecto /tema : | Socialización de Caracterizaciones con el Grupo Primario | | |
| Hora de inicio | 7:30 A.M | Hora de finalización: | 8:30 A.M |

| ASISTENTES | | |
|-----------------------------------|---|---------------------------------|
| NOMBRE | CARGO | FIRMA |
| Dra. Alba Cecilia Bohórquez Amaya | Directora de Certificación y Gestión Documental | <i>Alba C. Bohórquez A.</i> |
| Neyla Esther Galvis | Auxiliar de Archivo | <i>Neyla Esther Galvis C.</i> |
| Margarita Pinzón | Auxiliar de Archivo | <i>Margarita Pinzón</i> |
| Wilson Carvajal Pimiento | Clasificador de Correspondencia | <i>Wilson Carvajal Pimiento</i> |
| Yolimar Carvajal López | Auxiliar | <i>Yolimar Carvajal López</i> |
| Luz Amparo Rodríguez | Auxiliar | <i>Luz Amparo Rodríguez B.</i> |

| TEMAS TRATADOS | | | |
|---|--|-------------------|--------------|
| <ul style="list-style-type: none"> Revisión de las caracterizaciones de los subprocesos de Gestión Archivística y Gestión de Correspondencia | | | |
| | | | |
| COMPROMISOS | RESPONSABLE | FECHA | VERIFICACIÓN |
| Informar sobre las caracterizaciones a los demás miembros de la Dirección de Certificación y Gestión Documental | Dra. Alba Cecilia Bohórquez Amaya | | |
| Prestar la colaboración necesaria para la elaboración de los procedimientos. | Neyla Esther Galvis | | |
| | Margarita Pinzón | | |
| | Wilson Carvajal Pimiento | | |
| Realizar los respectivos ajustes a las caracterizaciones y socializar las mismas con todos los miembros del proceso. | Yolimar Carvajal López Luz Amparo Rodríguez | Abril 26 | Mayo 02 |
| Elaboración del procedimiento de Control de Documentos y la Guía de elaboración de documentos | Yolimar Carvajal López Luz Amparo Rodríguez | Abril 24- Mayo 28 | Mayo 29 |

| | |
|-------------------------|--|
| Próxima reunión | |
| Fecha : Mayo 02 de 2007 | Lugar: Dirección de Certificación y Gestión Documental |



| | | |
|---|----------------------------|--|
|   | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | |
| | ACTA DE REUNIÓN No. 03 | |

| | | | |
|------------------|--|-----------------------|---|
| Fecha | Junio 01 de 2007 | Lugar: | Dirección de Certificación y Gestión Documental |
| Proyecto /tema : | Verificación de los ajustes a la caracterización de Gestión de Correspondencia | | |
| Hora de inicio | 2:00 P.M | Hora de finalización: | 3:00 P.M |

| ASISTENTES | | |
|-----------------------------------|---|-------------------------------|
| NOMBRE | CARGO | FIRMA |
| Dra. Alba Cecilia Bohórquez Amaya | Directora de Certificación y Gestión Documental | <i>Alba C. Bohórquez A.</i> |
| Yolimar Carvajal López | Auxiliar | <i>Yolimar Carvajal López</i> |
| Luz Amparo Rodríguez | Auxiliar | <i>Luz Amparo Rodríguez</i> |

| TEMAS TRATADOS | | | |
|---|--|--------------|--------------|
| <ul style="list-style-type: none"> Revisión de las caracterizaciones del subproceso Gestión de Correspondencia | | | |
| COMPROMISOS | RESPONSABLE | FECHA | VERIFICACIÓN |
| Prestar la colaboración necesaria para la elaboración de los procedimientos y los espacios para su revisión. | Dra. Alba Cecilia Bohórquez Amaya | | |
| Elaboración del procedimiento de correspondencia recibida. | Yolimar Carvajal López Luz Amparo Rodríguez | Junio 01- 04 | Junio 05 |

| Próxima reunión | |
|--------------------------|--|
| Fecha : Junio 05 de 2007 | Lugar: Dirección de Certificación y Gestión Documental |



| | | |
|---|----------------------------|--|
|   | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | |
| | ACTA DE REUNIÓN No. 04 | |

| | | | |
|------------------|--|-----------------------|---|
| Fecha | Junio 05 de 2007 | Lugar: | Dirección de Certificación y Gestión Documental |
| Proyecto /tema : | Revisión del procedimiento de Correspondencia Recibida | | |
| Hora de inicio | 8:00 A.M | Hora de finalización: | 9:00 A.M |

| ASISTENTES | | |
|-----------------------------------|---|--------------------------------|
| NOMBRE | CARGO | FIRMA |
| Dra. Alba Cecilia Bohórquez Amaya | Directora de Certificación y Gestión Documental | <i>Alba C. Bohórquez A.</i> |
| Yolimar Carvajal López | Auxiliar | <i>Yolimar Carvajal López</i> |
| Luz Amparo Rodríguez | Auxiliar | <i>Luz Amparo Rodríguez B.</i> |

| TEMAS TRATADOS | | | | |
|--|------------------------|--------------|--------------|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Revisión del procedimiento de correspondencia recibida | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| COMPROMISOS | RESPONSABLE | FECHA | VERIFICACIÓN | |
| Realizar los respectivos ajustes al procedimiento de correspondencia recibida. | Yolimar Carvajal López | Junio 05- 08 | Junio 08 | |
| Revisar los formatos utilizados actualmente en el procedimiento. | Luz Amparo Rodríguez | | | |

| Próxima reunión | |
|--------------------------|--|
| Fecha : Junio 08 de 2007 | Lugar: Dirección de Certificación y Gestión Documental |



| | | |
|---|----------------------------|--|
|   | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | |
| | ACTA DE REUNIÓN No. 05 | |

| | | | |
|------------------|--|-----------------------|---|
| Fecha | Junio 08 de 2007 | Lugar: | Dirección de Certificación y Gestión Documental |
| Proyecto /tema : | Revisión del procedimiento de Correspondencia Recibida | | |
| Hora de inicio | 8:00 A.M | Hora de finalización: | 9:00 A. M |

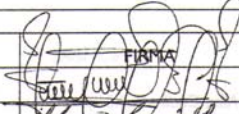
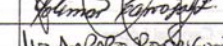
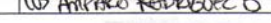
| ASISTENTES | | |
|-----------------------------------|---|--------------------------------|
| NOMBRE | CARGO | FIRMA |
| Dra. Alba Cecilia Bohórquez Amaya | Directora de Certificación y Gestión Documental | <i>Alba C. Bohórquez A.</i> |
| Yolimar Carvajal López | Auxiliar | <i>Yolimar Carvajal L.</i> |
| Luz Amparo Rodríguez | Auxiliar | <i>Luz Amparo RODRIGUEZ B.</i> |

| TEMAS TRATADOS | | | |
|--|------------------------|--------------|--------------|
| <ul style="list-style-type: none"> Revisión del procedimiento de correspondencia recibida | | | |
| COMPROMISOS | RESPONSABLE | FECHA | VERIFICACIÓN |
| Realizar los respectivos ajustes al procedimiento de correspondencia recibida. | Yolimar Carvajal López | Junio 08- 12 | Junio 12 |
| Elaborar Guía para el registro de documentos radicados. | Luz Amparo Rodríguez | | |

| Próxima reunión | |
|--------------------------|--|
| Fecha : Junio 12 de 2007 | Lugar: Dirección de Certificación y Gestión Documental |


| | |
|---|----------------------------|
|   | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL |
| | ACTA DE REUNIÓN No. 06 |

| | | |
|------------------|--|--|
| Fecha | Junio 12 de 2007 | Lugar: Dirección de Certificación y Gestión Documental |
| Proyecto /tema : | Revisión de la Guía para el registro de documentos radicados | |
| Hora de inicio | 5:00 P.M | Hora de finalización: 6:00 P. M |

| ASISTENTES | | |
|------------------------|-------------------------|---|
| NOMBRE | CARGO | FIRMA |
| Juan Pablo Barajas | Auxiliar Administrativo |  |
| Yolimar Carvajal López | Auxiliar |  |
| Luz Amparo Rodríguez | Auxiliar |  |

| TEMAS TRATADOS | | | |
|--|------------------------|-------------|--------------|
| <ul style="list-style-type: none"> Revisión del procedimiento de correspondencia recibida | | | |
| COMPROMISOS | RESPONSABLE | FECHA | VERIFICACIÓN |
| Realizar los respectivos ajustes a la Guía para el registro de documentos radicados. | Yolimar Carvajal López | Junio 14-22 | Junio 22 |
| Presentar propuesta de formatos utilizados en el procedimiento. | Luz Amparo Rodríguez | | |

| Próxima reunión | |
|--------------------------|--|
| Fecha : Junio 20 de 2007 | Lugar: Dirección de Certificación y Gestión Documental |


| | | |
|---|-----------------------------------|--|
|  | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | |
| | ACTA DE REUNIÓN No. 07 | |

| | | |
|-------------------------|---|---|
| Fecha | Junio 20 de 2007 | Lugar: Dirección de Certificación y Gestión Documental |
| Proyecto /tema : | Revisión del procedimiento de Control de Documentos | |
| Hora de inicio | 8:00 A.M | Hora de finalización: 9:00 A. M |

| ASISTENTES | | |
|-----------------------------------|--|--------------------------------|
| NOMBRE | CARGO | FIRMA |
| Dra. Alba Cecilia Bohórquez Amaya | Director de Certificación y Gestión Documental | <i>Alba C. Bohórquez A.</i> |
| Yolimar Carvajal López | Auxiliar | <i>Yolimar Carvajal L.</i> |
| Luz Amparo Rodríguez | Auxiliar | <i>Luz Amparo Rodríguez B.</i> |
| Enry Dwit | Auxiliar | |

| TEMAS TRATADOS | | | |
|---|--|----------|--------------|
| <ul style="list-style-type: none"> Revisión del procedimiento de Control de Documentos | | | |
| COMPROMISOS | RESPONSABLE | FECHA | VERIFICACIÓN |
| Realizar los respectivos ajustes al procedimiento de Control de Documentos. | Yolimar Carvajal López Luz Amparo Rodríguez | Junio 20 | |

| Próxima reunión | |
|---------------------------------|---|
| Fecha : Junio 22 de 2007 | Lugar: Dirección de Certificación y Gestión Documental |



| | | |
|---|----------------------------|--|
|  | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | |
| | ACTA DE REUNIÓN No. 08 | |

| | | |
|------------------|---|--|
| Fecha | Junio 22 de 2007 | Lugar: Dirección de Certificación y Gestión Documental |
| Proyecto /tema : | Revisión de los formatos del procedimiento de Correspondencia recibida. | |
| Hora de inicio | 4:00 P.M | Hora de finalización: 6:00 P. M |

| ASISTENTES | | |
|-----------------------------------|--|--------------------------------|
| NOMBRE | CARGO | FIRMA |
| Dra. Alba Cecilia Bohórquez Amaya | Director de Certificación y Gestión Documental | <i>Alba C. Bohórquez A.</i> |
| Yolimar Carvajal López | Auxiliar | <i>Yolimar Carvajal L.</i> |
| Luz Amparo Rodríguez | Auxiliar | <i>Luz Amparo Rodríguez B.</i> |

| TEMAS TRATADOS | | | |
|--|--|-------------|--------------|
| <ul style="list-style-type: none"> Revisión de los formatos del procedimiento de Correspondencia recibida. | | | |
| | | | |
| COMPROMISOS | RESPONSABLE | FECHA | VERIFICACIÓN |
| Realizar las modificaciones respectivas y crear un formato que permita el control de los documentos recibidos y entregados por la Dirección de Certificación y Gestión Documental. | Yolimar Carvajal López Luz Amparo Rodríguez | Junio 25 | |
| Elaborar el procedimiento de correspondencia despachada. | | Junio 25-27 | Junio 27 |

| Próxima reunión | |
|--------------------------|--|
| Fecha : Junio 27 de 2007 | Lugar: Dirección de Certificación y Gestión Documental |


| | | | |
|---|---|--|----------------------------|
|  |  | | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL |
| | ACTA DE REUNIÓN No. 09 | | |

| | | | |
|------------------|--|-----------------------|---|
| Fecha | Junio 27 de 2007 | Lugar: | Dirección de Certificación y Gestión Documental |
| Proyecto /tema : | Revisión del procedimiento de Correspondencia Despachada | | |
| Hora de inicio | 4:00 P.M | Hora de finalización: | 6:00 P. M |

| ASISTENTES | | |
|-----------------------------------|--|--------------------------------|
| NOMBRE | CARGO | FIRMA |
| Dra. Alba Cecilia Bohórquez Amaya | Director de Certificación y Gestión Documental | <i>Alba C. Bohórquez A.</i> |
| Yolimar Carvajal López | Auxiliar | <i>Yolimar Carvajal L.</i> |
| Luz Amparo Rodríguez | Auxiliar | <i>Luz Amparo Rodríguez B.</i> |

| TEMAS TRATADOS | | | |
|---|--|-------------------|--------------|
| <ul style="list-style-type: none"> Revisión del procedimiento de Correspondencia Despachada. | | | |
| COMPROMISOS | RESPONSABLE | FECHA | VERIFICACIÓN |
| Realizar las modificaciones respectivas al procedimiento. | Yolimar Carvajal López Luz Amparo Rodríguez | Junio 28-Julio 08 | Julio 09 |

| Próxima reunión | |
|--------------------------|--|
| Fecha : Julio 09 de 2007 | Lugar: Dirección de Certificación y Gestión Documental |



| | | |
|---|----------------------------|--|
|  | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | |
| | ACTA DE REUNIÓN No. 10 | |

| | | |
|------------------|---|--|
| Fecha | Julio 09 – Julio 10 de 2007 | Lugar: Dirección de Certificación y Gestión Documental |
| Proyecto /tema : | Revisión del procedimiento y los formatos de Correspondencia Despachada | |
| Hora de inicio | 4:00 P.M | Hora de finalización: 6:00 P. M |

| ASISTENTES | | |
|-----------------------------------|--|--------------------------------|
| NOMBRE | CARGO | FIRMA |
| Dra. Alba Cecilia Bohórquez Amaya | Director de Certificación y Gestión Documental | <i>Alba C. Bohórquez A.</i> |
| Yolimar Carvajal López | Auxiliar | <i>Yolimar Carvajal L.</i> |
| Luz Amparo Rodríguez | Auxiliar | <i>Luz Amparo Rodríguez B.</i> |

| TEMAS TRATADOS | | | |
|--|--|----------|--------------|
| <ul style="list-style-type: none"> Revisión del procedimiento y formatos de Correspondencia Despachada. | | | |
| COMPROMISOS | RESPONSABLE | FECHA | VERIFICACIÓN |
| Realizar las modificaciones respectivas: Fusionar el informe mensual de correo urbano con el informe mensual de correspondencia despachada externa. | Yolimar Carvajal López Luz Amparo Rodríguez | Julio 11 | Julio 17 |

| | |
|--------------------------|--|
| Próxima reunión | |
| Fecha : Julio 17 de 2007 | Lugar: Dirección de Certificación y Gestión Documental |



| | |
|---|----------------------------|
|   | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL |
| | ACTA DE REUNIÓN No. 11 |

| | | |
|------------------|---|--|
| Fecha | Julio 17 de 2007 | Lugar: Dirección de Certificación y Gestión Documental |
| Proyecto /tema : | Revisión final del procedimiento y los formatos de Correspondencia Despachada | |
| Hora de inicio | 4:00 P.M | Hora de finalización: 6:00 P. M |

| ASISTENTES | | |
|-----------------------------------|--|-----------------------------|
| NOMBRE | CARGO | FIRMA |
| Dra. Alba Cecilia Bohórquez Amaya | Director de Certificación y Gestión Documental | <i>Alba C. Bohórquez A.</i> |
| Yolimar Carvajal López | Auxiliar | <i>Yolimar Carvajal L.</i> |
| Luz Amparo Rodríguez | Auxiliar | <i>Luz Amparo Rodríguez</i> |

| TEMAS TRATADOS | | | |
|--|--|----------|--------------|
| <ul style="list-style-type: none"> Revisión final del procedimiento y formatos de Correspondencia Despachada. | | | |
| | | | |
| | | | |
| COMPROMISOS | RESPONSABLE | FECHA | VERIFICACIÓN |
| Realizar el procedimiento de Transferencia de Archivo | Yolimar Carvajal López Luz Amparo Rodríguez | Julio 11 | Julio 17 |

| Próxima reunión | |
|--------------------------|--|
| Fecha : Julio 18 de 2007 | Lugar: Dirección de Certificación y Gestión Documental |


| | | |
|---|----------------------------|--|
|   | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | |
| | ACTA DE REUNIÓN No. 12 | |

| | | | |
|------------------|--|-----------------------|---|
| Fecha | Julio 18-19-23 de 2007 | Lugar: | Dirección de Certificación y Gestión Documental |
| Proyecto /tema : | Revisión del procedimiento y los formatos de Transferencia de Archivos | | |
| Hora de inicio | 4:00 P.M | Hora de finalización: | 6:00 P. M |

| ASISTENTES | | |
|-----------------------------------|--|-----------------------------|
| NOMBRE | CARGO | FIRMA |
| Dra. Alba Cecilia Bohórquez Amaya | Director de Certificación y Gestión Documental | <i>Alba C. Bohórquez A.</i> |
| Yolimar Carvajal López | Auxiliar | <i>Yolimar Carvajal L.</i> |
| Luz Amparo Rodríguez | Auxiliar | <i>Luz Amparo Rodríguez</i> |

| TEMAS TRATADOS | | | |
|--|--|----------|--------------|
| <ul style="list-style-type: none"> Revisión del procedimiento y formatos de Transferencia de Archivo | | | |
| | | | |
| | | | |
| COMPROMISOS | RESPONSABLE | FECHA | VERIFICACIÓN |
| Realizar las modificaciones necesarias al procedimiento y los formatos utilizados. | Yolimar Carvajal López Luz Amparo Rodríguez | Julio 23 | Julio 24 |
| Elaborar el Formato Único de Inventario Documental y el formato de Relación préstamo de documentos. | | | Julio 25-27 |
| Elaborar la Guía para la Consulta de Documentos y la Guía para la Organización de Archivos de Gestión y Transferencias Documentales. | | | |

| Próxima reunión | |
|--------------------------|--|
| Fecha : Julio 24 de 2007 | Lugar: Dirección de Certificación y Gestión Documental |



| | | |
|---|----------------------------|--|
|  | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | |
| | ACTA DE REUNIÓN No. 13 | |

| | | | |
|------------------|--|-----------------------|---|
| Fecha | Julio 24 de 2007 | Lugar: | Dirección de Certificación y Gestión Documental |
| Proyecto /tema : | Revisión final del procedimiento y los formatos de Transferencia de Archivos | | |
| Hora de inicio | 4:00 P.M | Hora de finalización: | 6:00 P. M |

| ASISTENTES | | |
|-----------------------------------|--|--------------------------------|
| NOMBRE | CARGO | FIRMA |
| Dra. Alba Cecilia Bohórquez Amaya | Director de Certificación y Gestión Documental | <i>Alba C. Bohórquez A.</i> |
| Yolimar Carvajal López | Auxiliar | <i>Yolimar Carvajal L.</i> |
| Luz Amparo Rodríguez | Auxiliar | <i>Luz Amparo Rodríguez B.</i> |

| TEMAS TRATADOS | | | | |
|---|--|-------------|--------------|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Revisión final del procedimiento y formatos de Transferencia de Archivo | | | | |
| COMPROMISOS | RESPONSABLE | FECHA | VERIFICACIÓN | |
| Elaboración del procedimiento de microfilmación. | Yolimar Carvajal López Luz Amparo Rodríguez | Julio 26-31 | Agosto 01 | |

| Próxima reunión | |
|--------------------------|--|
| Fecha : Julio 25 de 2007 | Lugar: Dirección de Certificación y Gestión Documental |


| | | |
|---|----------------------------|--|
|   | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | |
| | ACTA DE REUNIÓN No. 14 | |

| | | |
|-------------------------|--|---|
| Fecha | Julio 25-26-27 de 2007 | Lugar: Dirección de Certificación y Gestión Documental |
| Proyecto /tema : | Revisión de la Guía para la Organización de Archivos de Gestión y Transferencia Documentales y la Guía para la Consulta de Documentos. | |
| Hora de inicio | 4:00 P.M | Hora de finalización: 6:00 P. M |

| ASISTENTES | | |
|-----------------------------------|--|--------------------------------|
| NOMBRE | CARGO | FIRMA |
| Dra. Alba Cecilia Bohórquez Amaya | Director de Certificación y Gestión Documental | <i>Alba C. Bohórquez A.</i> |
| Yolimar Carvajal López | Auxiliar | <i>Yolimar Carvajal L.</i> |
| Luz Amparo Rodríguez | Auxiliar | <i>Luz Amparo Rodríguez B.</i> |

| TEMAS TRATADOS | | | |
|--|--|-------------|--------------|
| <ul style="list-style-type: none"> Revisión de las Guías originadas en el procedimiento de Transferencia de Archivo | | | |
| | | | |
| | | | |
| COMPROMISOS | RESPONSABLE | FECHA | VERIFICACIÓN |
| Elaboración del procedimiento de microfilmación | Yolimar Carvajal López Luz Amparo Rodríguez | Julio 26-31 | Agosto 01 |

| Próxima reunión | |
|----------------------------------|---|
| Fecha : Agosto 01 de 2007 | Lugar: Dirección de Certificación y Gestión Documental |



| | | |
|---|----------------------------|--|
|  | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | |
| | ACTA DE REUNIÓN No. 15 | |

| | | | |
|------------------|--|-----------------------|---|
| Fecha | Agosto 01 de 2007 | Lugar: | Dirección de Certificación y Gestión Documental |
| Proyecto /tema : | Revisión del procedimiento de Microfilmación | | |
| Hora de inicio | 4:00 P.M | Hora de finalización: | 6:00 P. M |

| ASISTENTES | | |
|-----------------------------------|--|--------------------------------|
| NOMBRE | CARGO | FIRMA |
| Dra. Alba Cecilia Bohórquez Amaya | Director de Certificación y Gestión Documental | <i>Alba C. Bohórquez A.</i> |
| Yolimar Carvajal López | Auxiliar | <i>Yolimar Carvajal L.</i> |
| Luz Amparo Rodríguez | Auxiliar | <i>Luz Amparo Rodríguez B.</i> |

| TEMAS TRATADOS | | | |
|--|--|--------------|--------------|
| <ul style="list-style-type: none"> Revisión del procedimiento de Microfilmación. | | | |
| | | | |
| | | | |
| COMPROMISOS | RESPONSABLE | FECHA | VERIFICACIÓN |
| Elaboración de la Guía para la Microfilmación. Revisión de los formatos utilizados actualmente. | Yolimar Carvajal López Luz Amparo Rodríguez | Agosto 02-15 | Agosto 16 |

| Próxima reunión | |
|---------------------------|--|
| Fecha : Agosto 14 de 2007 | Lugar: Dirección de Certificación y Gestión Documental |


| | |
|---|----------------------------|
|   | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL |
| | ACTA DE REUNIÓN No. 16 |

| | | | |
|------------------|--|-----------------------|---|
| Fecha | Agosto 14 de 2007 | Lugar: | Dirección de Certificación y Gestión Documental |
| Proyecto /tema : | Revisión de la Planilla de documentos entregados en los recorridos | | |
| Hora de inicio | 4:00 P.M | Hora de finalización: | 6:00 P. M |

| ASISTENTES | | |
|-----------------------------------|---|--------------------------------|
| NOMBRE | CARGO | FIRMA |
| Dra. Alba Cecilia Bohórquez Amaya | Directora de Certificación y Gestión Documental | <i>Alba C. Bohórquez A.</i> |
| Yolimar Carvajal López | Auxiliar | <i>Yolimar Carvajal L.</i> |
| Luz Amparo Rodríguez | Auxiliar | <i>Luz Amparo Rodríguez R.</i> |

| TEMAS TRATADOS | | | |
|--|--|--------------|--------------|
| <ul style="list-style-type: none"> Se revisó el nuevo formato "Planilla de documentos entregados" y se definió realizar un periodo de prueba desde el 17 hasta el 24 de agosto, con el fin de determinar la viabilidad de su implementación definitiva. | | | |
| | | | |
| | | | |
| COMPROMISOS | RESPONSABLE | FECHA | VERIFICACIÓN |
| Dar a conocer a los responsables del proceso de Gestión de Correspondencia el diligenciamiento del formato. Asesorar a los responsables del manejo de la bolsa de correo en cada una de las UAA, en el uso del nuevo formato. | Yolimar Carvajal López Luz Amparo Rodríguez | Agosto 15-16 | Agosto 15-16 |

| Próxima reunión | |
|---------------------------|--|
| Fecha : Agosto 16 de 2007 | Lugar: Dirección de Certificación y Gestión Documental |



| | | |
|---|----------------------------|--|
|  | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | |
| | ACTA DE REUNIÓN No. 17 | |

| | | | |
|------------------|--|-----------------------|---|
| Fecha | Agosto 16 de 2007 | Lugar: | Dirección de Certificación y Gestión Documental |
| Proyecto /tema : | Revisión de la Guía para la Microfilmación y los formatos utilizados | | |
| Hora de inicio | 4:00 P.M | Hora de finalización: | 6:00 P. M |

| ASISTENTES | | |
|-----------------------------------|--|--------------------------------|
| NOMBRE | CARGO | FIRMA |
| Dra. Alba Cecilia Bohórquez Amaya | Director de Certificación y Gestión Documental | <i>Alba C. Bohórquez A.</i> |
| Fabian Corredor Cuellar | Técnico de Microfilmación | <i>Fabian Corredor Cuellar</i> |
| Yolimar Carvajal López | Auxiliar | <i>Yolimar Carvajal L.</i> |
| Luz Amparo Rodríguez | Auxiliar | <i>Luz Amparo Rodríguez B.</i> |

| TEMAS TRATADOS | | | |
|---|--|--------------|--------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Se revisó la Guía para la Microfilmación y las tarjetas relacionadas a la misma. • Se revisaron los formatos | | | |
| COMPROMISOS | RESPONSABLE | FECHA | VERIFICACIÓN |
| Actualizar la tarjeta técnica utilizada en el procedimiento. Realizar las respectivas modificaciones. | Yolimar Carvajal López Luz Amparo Rodríguez | Agosto 15-16 | Agosto 21 |

| | |
|---------------------------|--|
| Próxima reunión | |
| Fecha : Agosto 21 de 2007 | Lugar: Dirección de Certificación y Gestión Documental |


| | | |
|---|----------------------------|--|
|   | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | |
| | ACTA DE REUNIÓN No. 19 | |

| | | | |
|------------------|--------------------------------------|-----------------------|---|
| Fecha | Agosto 24- 27 de 2007 | Lugar: | Dirección de Certificación y Gestión Documental |
| Proyecto /tema : | Revisión de todos los Procedimientos | | |
| Hora de inicio | 4:00 P.M | Hora de finalización: | 06:00 P. M |

| ASISTENTES | | |
|-----------------------------------|--|--------------------------------|
| NOMBRE | CARGO | FIRMA |
| Dra. Alba Cecilia Bohórquez Amaya | Director de Certificación y Gestión Documental | <i>Alba C. Bohórquez A.</i> |
| Yolimar Carvajal López | Auxiliar | <i>Yolimar Carvajal L.</i> |
| Luz Amparo Rodríguez | Auxiliar | <i>Luz Amparo Rodríguez B.</i> |

| TEMAS TRATADOS | | | |
|--|--|-----------|--------------|
| Se revisaron todos los documentos originados en cada uno de los subprocesos de Gestión Documental. | | | |
| | | | |
| | | | |
| COMPROMISOS | RESPONSABLE | FECHA | VERIFICACIÓN |
| Realizar las modificaciones necesarias. | Yolimar Carvajal López Luz Amparo Rodríguez | Agosto 28 | Septiembre 4 |

| Próxima reunión | |
|------------------------|--|
| Fecha : No se programó | Lugar: Dirección de Certificación y Gestión Documental |

| | | |
|---|-----------------------------------|--|
|  | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | |
| | ACTA DE REUNIÓN No. 22 | |



| | | |
|-------------------------|---|---|
| Fecha | Octubre 09 de 2007 | Lugar: Dirección de Certificación y Gestión Documental |
| Proyecto /tema : | Procedimiento Transferencia de Archivos | |
| Hora de inicio | 3:30 P.M | Hora de finalización: 05:00 P. M |

| ASISTENTES | | |
|-------------------------|--|--------------------------------|
| NOMBRE | CARGO | FIRMA |
| Dra. Carmenza Salamanca | Director de Certificación y Gestión Documental | <i>Carmen Salamanca</i> |
| Luz Amparo Rodríguez | Auxiliar | <i>Luz Amparo Rodríguez B.</i> |
| Neyla Esther Galvis | Auxiliar de Archivo | <i>Neyla Esther Galvis</i> |
| Margarita Pinzón | Auxiliar de Archivo | <i>Margarita Pinzón</i> |
| Manuel Montañez Pinto | Auxiliar de Archivo | <i>Manuel Montañez Pinto</i> |
| Luz Marina Patiño | Auxiliar de archivo | <i>Luz Marina Patiño</i> |

| TEMAS TRATADOS | | | |
|--|--|------------|--------------|
| Revisión del procedimiento transferencia de archivos | | | |
| Socialización del procedimiento transferencia de archivos | | | |
| COMPROMISOS | RESPONSABLE | FECHA | VERIFICACIÓN |
| Realizar las modificaciones respectivas Prestar la colaboración de alguna duda con respecto al procedimiento. | Yolimar Carvajal López Luz Amparo Rodríguez | Octubre 10 | |

| Próxima reunión | |
|-------------------------------|---|
| Fecha : No se programó | Lugar: Dirección de Certificación y Gestión Documental |



| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | | |
|---|----------------------------|--|
|   | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | |
| | ACTA DE REUNIÓN No. 21 | |

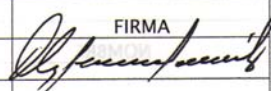
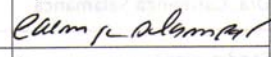
| | | | |
|-------------------------|-----------------------|---|-----------|
| Fecha | Octubre 01 de 2007 | Lugar: Dirección de Certificación y Gestión Documental | |
| Proyecto /tema : | Actividades Generales | | |
| Hora de inicio | 5:00 P.M | Hora de finalización: | 09:00 P.M |

| ASISTENTES | | |
|-------------------------|--|---------------------------------|
| NOMBRE | CARGO | FIRMA |
| Dra. Carmenza Salamanca | Director de Certificación y Gestión Documental | <i>Carmenza Salamanca</i> |
| Luz Amparo Rodríguez | Auxiliar | <i>Luz Amparo Rodríguez B.</i> |
| Samuel Barragan | Mensajero | <i>Samuel Barragan</i> |
| Juan Pablo Barajas | Auxiliar Administrativo | <i>Juan P Barajas</i> |
| Luis Francisco Pedraza | Mensajero | <i>Luis Francisco Pedraza</i> |
| Martín Eduardo León | Mensajero | <i>Martín Eduardo León</i> |
| José Luis Angarita | Mensajero | <i>José Luis Angarita</i> |
| Luis Eduardo Abril | Mensajero | <i>Luis Eduardo Abril</i> |
| Wilson Carvajal | Clasificador de Correspondencia | <i>Wilson Carvajal Pimiento</i> |

| TEMAS TRATADOS | | | |
|--|--|------------|--------------|
| Se analizó las funciones de cada uno de los integrantes | | | |
| Se propuso el Formato de Servicio de Atención Fuera de Recorrido | | | |
| COMPROMISOS | RESPONSABLE | FECHA | VERIFICACIÓN |
| Implementar el formato Servicio de atención Fuera de Recorrido | Yolimar Carvajal López Luz Amparo Rodríguez | Octubre 05 | Octubre 05 |
| Socializar los Procedimientos de Correspondencia ya actualizados | | | |

| | | |
|---|----------------------------|--|
|   | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | |
| | ACTA DE REUNIÓN No. 24 | |

| | | | |
|------------------|-------------------------------------|---------------------------|-----------|
| Fecha | Octubre 12 de 2007 | Lugar: Secretaria General | |
| Proyecto /tema : | Procedimiento Control de Documentos | | |
| Hora de inicio | 8:00 A.M. | Hora de finalización: | 9:00 A.M. |

| ASISTENTES | | |
|----------------------------|--|---|
| NOMBRE | CARGO | FIRMA |
| Dra. Olga cecilia González | Secretaria General |  |
| Dra. Carmenza Salamanca | Director de Certificación y Gestión Documental |  |
| Luz Amparo Rodríguez | Auxiliar | Luz Amparo Rodríguez B. |

| TEMAS TRATADOS | | | |
|--|--|------------|--------------|
| Revisión del procedimiento Control de Documentos | | | |
| COMPROMISOS | RESPONSABLE | FECHA | VERIFICACIÓN |
| Realizar las modificaciones respectivas | Yolimar Carvajal López Luz Amparo Rodríguez | Octubre 12 | Octubre 12 |

| Próxima reunión | |
|------------------------|--|
| Fecha : No se programó | Lugar: Dirección de Certificación y Gestión Documental |



PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL

ACTA DE REUNIÓN No. 25

| | | | |
|------------------|--|-----------------------|-----------|
| Fecha | Diciembre 05 de 2007 | Lugar: | DCGD |
| Proyecto /tema : | Procedimientos Obligatorios del Proceso Gestión Documental | | |
| Hora de inicio | 4:00 P.M. | Hora de finalización: | 5:00 P.M. |

| ASISTENTES | | |
|---------------------------------|--|-----------------------------------|
| NOMBRE | CARGO | FIRMA |
| Dra. Maria del Carmen Salamanca | Director de Certificación y Gestión Documental | <i>Maria del Carmen Salamanca</i> |
| Wilson carvajal Pimiento | Clasificador de Correspondencia | <i>Wilson Carvajal P.</i> |
| Margarita Pinzón | Auxiliar de Archivo | <i>Margarita Pinzón</i> |
| Germañ Rincón | Auxiliar de Secretaria General | <i>Germañ Rincón</i> |
| Matilde Cortés | Auxiliar de Correspondencia | <i>Matilde Cortés</i> |
| Fabian Corredor Cuellar | Técnico de Microfilmación | <i>Fabian Corredor Cuellar</i> |
| Yolimar Carvajal | Auxiliar de Calidad | <i>Yolimar Carvajal</i> |
| Luz Amparo Rodríguez | Auxiliar de Calidad | <i>Luz Amparo Rodríguez</i> |

| TEMAS TRATADOS | | | |
|--|--|--------------|--------------|
| Socialización de los Procedimientos Obligatorios: Control de Documentos y Control de Registros | | | |
| COMPROMISOS | RESPONSABLE | FECHA | VERIFICACIÓN |
| Realizar socialización de los Procedimientos a los demás miembros del proceso. | Yolimar Carvajal López Luz Amparo Rodríguez | Diciembre 07 | Diciembre 11 |

| Próxima reunión | |
|------------------------|--|
| Fecha : No se programó | Lugar: Dirección de Certificación y Gestión Documental |

ANEXO F. RESOLUCIÓN RECTORAL No. 1843 DE 2007

República de Colombia
Rectoría

RESOLUCIÓN N° 1843 DE 2007
Noviembre 29

Por la cual se aprueban los documentos correspondientes al Proceso Gestión Documental para el S.G.C de los procesos de apoyo de la Universidad Industrial de Santander, de acuerdo con la norma NTC ISO 9001:2000.

EL RECTOR DE LA UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
En uso de sus atribuciones legales, y

CONSIDERANDO:

- Que la Universidad, dentro de la autonomía que le confiere la Constitución Política de Colombia y la Ley, puede adoptar sus correspondientes regímenes para el cumplimiento de su misión social y su función institucional.
- Que según el Artículo 30 del Estatuto General, es función del Rector de la Universidad, expedir los manuales de funciones y requisitos y los procedimientos administrativos.
- Que según Artículo 1° del Acuerdo Superior No. 015 de 2007, se crea el Comité de Calidad de la Universidad Industrial de Santander, como órgano responsable de fomentar, promover y orientar todas las actividades de la institución que afectan la calidad de sus productos o servicios. El Comité de Calidad constituye la instancia en la que se atenderán y analizarán los intereses, necesidades, inquietudes, opiniones y sugerencias de cada proceso de apoyo de la Universidad.
- Que existe la necesidad de controlar los documentos del S.G.C. de acuerdo con la norma NTC ISO 9001:2000.
- Que bajo la coordinación de la Dirección de Certificación y Gestión Documental, se analizaron y diseñaron los documentos del proceso de Gestión Documental.
- Que la Universidad Industrial de Santander reconoce en la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad basado en la Norma Técnica de Calidad NTC ISO 9001:2000, una herramienta de gestión que apoya el mejoramiento sistémico de los procesos de apoyo a las funciones misionales de la institución, orientándoles hacia el fortalecimiento y cumplimiento de los objetivos, la calidad institucional y el ejercicio de los poderes de autodeterminación propios de la autonomía universitaria.

En mérito de lo anterior,

RESUELVE:

ARTÍCULO 1° APROBACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DEL PROCESO DE GESTIÓN DE DOCUMENTAL: Aprobar los procedimientos transversales y específicos desarrollados en la Dirección de Certificación Documental, según documentos adjuntos, los cuales forman parte integral de la presente Resolución y se relacionan a continuación:

- PGD.03 Procedimiento de Correspondencia Recibida
- PGD.04 Procedimiento de Correspondencia Despachada
- PGD.05 Procedimiento Transferencia de Archivos
- PGD.06 Procedimiento de Microfilmación

ARTÍCULO 2° APROBACIÓN DE LAS GUÍAS: Aprobar las siguientes guías:

- GGD.02 Guía para el Registro de Documentos Radicados
- GGD.03 Guía para la Organización de Archivos de Gestión y Transferencias Documentales
- GGD.04 Guía para la Consulta de Documentos
- GGD.05 Guía para la Microfilmación



RESOLUCIÓN N° 1843 DE 2007
Noviembre 29

- GGD.06 Guía para el Revelado y Duplicado de Rollos

ARTÍCULO 3° APROBACIÓN DE LAS CARACTERIZACIONES: Aprobar las siguientes caracterizaciones:

- CGD.01 Caracterización del Proceso Gestión Documental
- CGD.02 Caracterización del Subproceso Gestión de Producción y Control de Documentos
- CGD.03 Caracterización del Subproceso Gestión de Correspondencia
- CGD.04 Caracterización del Subproceso Gestión Archivística

ARTÍCULO 4° APROBACIÓN DE LOS FORMATOS RELACIONADOS EN LOS PROCEDIMIENTOS: Aprobar los formatos relacionados en los procedimientos desarrollados en el Proceso de Gestión Documental, según documentos adjuntos, los cuales forman parte integral de la presente resolución y se relacionan a continuación:

- FGD.04 Planilla de Devolución de Correspondencia Externa
- FGD.05 Planilla de Control de Correos Recibidos
- FGD.06 Planilla de Entrega de Recomendados
- FGD.07 Informe Mensual de Correspondencia Recibida
- FGD.08 Envío de Correspondencia
- FGD.09 Servicio de Atención Fuera de Recorrido
- FGD.10 Devolución de Correspondencia Interna
- FGD.11 Informe Mensual de Correo Urbano
- FGD.12 Informe Mensual de Correspondencia Despachada Interna
- FGD.13 Relación Préstamo de Documentos
- FGD.14 Informe de Visita Asesoría de Archivo
- FGD.15 Formato Único de Inventario Documental
- FGD.16 Control para Calibración del Equipo Procesador
- FGD.17 Control de Rollos a Procesar en el Laboratorio
- FGD.18 Control de Calidad de los Rollos Procesados
- FGD.19 Informe Mensual de Actividades de Microfilmación
- FGD.20 Informe Mensual de Rollos Duplicados
- FGD.21 Informe Mensual de Correspondencia Despachada Externa

ARTÍCULO 5° ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA: Autorizar a las instancias competentes referenciadas en el Procedimiento de Control de Documentos para realizar las actualizaciones pertinentes

ARTÍCULO 6° PUBLICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS. Autorizar a la División de Servicios de Información para publicar los documentos, así como las actualizaciones realizadas conforme al Artículo 5° de la presente Resolución en la Intranet de la Universidad, facilitando la consulta por parte de la comunidad universitaria.

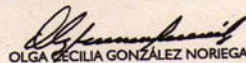
ARTÍCULO 7° VIGENCIA Y DEROGATORIAS. La presente Resolución rige a partir de la fecha de su publicación.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE.

Expedida en Bucaramanga, a los veintinueve (29) días del mes de noviembre de 2007.



JAIME ALBERTO CAMACHO PICO

SECRETARÍA GENERAL,




OLGA CECILIA GONZÁLEZ NORIEGA

ANEXO G. CARACTERIZACIONES



CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL

| | | | |
|---|--|---|----------------|
|  | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | | Código: CGD.01 |
| | CARACTERIZACIÓN DE PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | | Versión: 01 |
| | | | Página 1 de 3 |
| Revisó Director de Certificación y Gestión Documental | Aprobó: Rector | Fecha de aprobación: Noviembre 29 de 2007 Resolución N° 1843 | |

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| OBJETIVO | Garantizar el eficiente manejo de todos los documentos y archivos de la Universidad Industrial de Santander, así como el control de los documentos y registros del Sistema de Gestión de Calidad. | | | |
| ALCANCE | Recepción, control y aprobación de todos los documentos de la Universidad Industrial de Santander y del SGC. | | | |
| PROVEEDORES | ENTRADAS | ACTIVIDADES | SALIDAS | BENEFICIARIOS |
| Empresas de correo UAA Personas naturales (empleados y/o particulares) Comunidad Universitaria Todos los procesos Seguimiento Institucional | Solicitud de actualización de documentos Registros del SGC Comunicaciones Oficiales Correspondencia Documentos Relacionados en el Formato Único de Inventario Documental Informes mensuales de actividades desarrolladas Información del proceso. Información de auditorías No conformidades | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestionar la aprobación, emisión y actualización de los documentos de los procesos del S.G.C. ▪ Actualizar los documentos del SGC. ▪ Controlar la correspondencia y comunicaciones oficiales de la Universidad Industrial de Santander ▪ Organizar y controlar el archivo central y la microfilmación de documentos. ▪ Conservación de los documentos de la Universidad Industrial de Santander. ▪ Medir el desempeño del proceso mediante indicadores de gestión y actividades de seguimiento. ▪ Mejorar continuamente el proceso mediante la aplicación de acciones correctivas, preventivas y de mejora. | Documentos del Sistema de Gestión de la Calidad actualizados Registros Controlados Documentos radicados y registrados Archivo Centralizado Rollos microfilmados Acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento. Informe del desempeño del proceso Acciones aplicadas eficazmente. | Comunidad universitaria Comunidad externa Entidades públicas y privadas UAA Seguimiento Institucional |

| | | |
|---|------------------------------------|----------------|
|   | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | Código: CGD.01 |
| | CARACTERIZACIÓN GESTIÓN DOCUMENTAL | Versión: 01 |
| | | Página 2 de 3 |


| RECURSOS | RESPONSABLES | REQUISITOS | MEDICIÓN DEL PROCESO (Indicadores) |
|---|--|---|-------------------------------------|
| Recursos físicos <ul style="list-style-type: none"> • Cajas de Archivo • Carpetas Adecuadas • Maquinas microfilmadoras • Lector impresor de Microfilm • Maquina procesadora de Microfilm • Maquina duplicadora • Equipos para el control de calidad de los rollos • Estantes metálicos | Líder del proceso: Director de Certificación y Gestión Documental Colaboradores: Secretario General Auxiliar de Secretaria General Funcionario de la División de Servicios de información Profesional de Calidad Auxiliar Administrativo Auxiliares de archivo. Auxiliares de correspondencia Clasificador de Correspondencia Mensajeros Técnico, operador y auxiliar de microfilmación. Funcionarios encargados del manejo de Documentos en las U.A.A. Comité de Archivo. | Beneficiario: Entrega Oportuna y Eficaz Revisión y aprobación de la solicitud de modificación de documentos Acceso a la información de una manera ágil. Legales y reglamentarios: Ver Listado Maestro de Documentos Externos De la organización: Acuerdo No. 033 de 1976 (Marzo 16) Del Consejo Directivo Acta No. 031 de 2007 (Marzo 5) del Comité de Archivo Acta No. 033 de 2007 (Mayo 21) del Comité de Archivo Resolución 278 de 1975 (Septiembre 10) Resolución 279 de 1975 (Septiembre 10) Resolución 287 de 1988 (Junio 22) Resolución 0625 de 1999 (Septiembre 20) Resolución 278 de 1975 (Septiembre 10) Resolución 279 de 1975 (Septiembre 10) Resolución 287 de 1988 (Junio 22) Acuerdo No. 033 de 1976 (Marzo 16) Del Consejo Directivo Acuerdo 060 de 2005 (Noviembre 15) del Consejo Superior. NTC-ISO 9001:2000 Ver Matriz de Interrelación de Requisitos | Ver Hoja de Vida de los Indicadores |

| | | |
|---|------------------------------------|----------------|
|   | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | Código: CGD.01 |
| | CARACTERIZACIÓN GESTIÓN DOCUMENTAL | Versión: 01 |
| | | Página 3 de 3 |


| SEGUIMIENTO Y MONITOREO DEL PROCESO | REGISTROS DEL PROCESO | DOCUMENTOS DE REFERENCIA |
|--|------------------------------|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Grupo Primario ▪ Análisis de Informes generados por cada proceso ▪ Reuniones entre el Líder del Proceso y sus colaboradores en temas de interés. ▪ Comité de Archivo ▪ Seguimiento a indicadores ▪ Seguimiento a encuestas de satisfacción ▪ Auditorías internas | Listado Maestro de Registros | Listado Maestro de Documentos Internos |

| CONTROL DE CAMBIOS | | |
|--------------------|----------------------|-----------------------------------|
| VERSIÓN | FECHA DE APROBACIÓN | DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS |
| 01 | Noviembre 29 de 2007 | Creación del documento |

CARACTERIZACIÓN DEL SUBPROCESO GESTIÓN DE PRODUCCIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS


| | | |
|---|--|---|
|  | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | Código: CGD.02 |
| | CARACTERIZACIÓN DE SUBPROCESO GESTIÓN DE PRODUCCIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS | Versión: 01 Página 1 de 2 |
| Revisó: Director de Certificación y Gestión Documental Secretario General | Aprobó: Rector | Fecha de aprobación: Noviembre 29 de 2007 Resolución N° 1843 |

| | | | | |
|--------------------------------|--|--|---|----------------------|
| OBJETIVO | Gestionar la estandarización de los documentos de la Universidad Industrial de Santander y el control de los documentos establecidos en los procesos de apoyo de la institución conforme los requisitos de la norma ISO 9001:2000. | | | |
| ALCANCE | Aplica desde la creación, modificación o anulación hasta la aprobación e implementación de los documentos necesarios para el desempeño de los procesos de la Universidad Industrial de Santander. | | | |
| PROVEEDORES | ENTRADAS | ACTIVIDADES | SALIDAS | BENEFICIARIOS |
| UAA Organismos Externos | Solicitud de Actualización de Documentos Registros de Calidad Normatividad Interna y Externa | <ul style="list-style-type: none"> Establecer parámetros de forma para la elaboración de documentos del SGC en la Universidad Industrial de Santander y actualizar los mismos según la normatividad vigente. Establecer la metodología para la identificación, el almacenamiento, la protección, la recuperación, el tiempo de retención y la disposición de los registros del Sistema de Gestión de la Calidad. Gestionar la aprobación, emisión y actualización de los documentos necesarios en los procesos del S.G.C. Actualizar Listados Maestros | Documentos propios de la Universidad Industrial de Santander Documentos del Sistema de Gestión de la Calidad actualizados Listado Maestro de documentos Internos, Externos y de Registros actualizados Registros controlados | UAA |



| | | |
|---|--|------------------------------|
|  | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | Código: CGD.02 |
| | CARACTERIZACIÓN DE SUBPROCESO GESTIÓN DE PRODUCCIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS | Versión: 01 Página 2 de 2 |

| RECURSOS | RESPONSABLES | REQUISITOS | MEDICIÓN DEL PROCESO (Indicadores) |
|--|--|--|--------------------------------------|
| Recursos físicos Equipos de oficina Medios de comunicación (página Web) | Líder del proceso: Secretario General Colaboradores: Auxiliar de Secretaría General Funcionario de la División de Servicios de Información Instancias Competentes | Beneficiario: Oportunidad en la actualización de los documentos Legales y reglamentarios: Ver Listado Maestro de Documentos Externos De la organización: Estatuto General de la Universidad Industrial de Santander (1994). NTC-ISO 9001:2000: Ver Matriz Interrelación de Requisitos | Ver Hoja de Vida de los Indicadores. |
| SEGUIMIENTO Y MONITOREO DEL PROCESO | REGISTROS DEL PROCESO | DOCUMENTOS DE REFERENCIA | |
| <ul style="list-style-type: none"> Comité Primario Reuniones entre el Líder del Proceso y sus colaboradores en temas de interés. | Ver Listado Maestro de Registros | Ver Listado Maestro de Documentos Internos | |



CARACTERIZACIÓN DEL SUBPROCESO GESTIÓN ARCHIVÍSTICA

| | | |
|---|---|---|
|  | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | Código: CGD.04 |
| | CARACTERIZACIÓN DE SUBPROCESO GESTIÓN ARCHIVÍSTICA | Versión: 01 Página 1 de 3 |
| Revisó: Director de Certificación y Gestión Documental. Auxiliar de Archivo | Aprobó: Rector | Fecha de aprobación: Noviembre 29 de 2007 Resolución N° 1843 |

| | | | | |
|---|--|--|---|---|
| OBJETIVO | Organizar, disponer y conservar los documentos de forma que se garantice el acceso y la integridad física de los mismos, para cumplir la Ley de Archivos. | | | |
| ALCANCE | Desde la organización de los documentos hasta la disposición final de los mismos. | | | |
| PROVEEDORES | ENTRADAS | ACTIVIDADES | SALIDAS | BENEFICIARIOS |
| UAA Archivos de Gestión Comunidad universitaria Comunidad Externa Organizaciones Externas | Documentos relacionados en el Formato Único de Inventario Documental Solicitud de Consulta Solicitud de Asesoría Documentos para Conservación Total Rollos Microfilmados Informes Mensuales | <ul style="list-style-type: none"> • Definir las UAA que deben realizar las Transferencias Primarias. • Preparar el material y los equipos para la microfilmación. • Ubicar y organizar los documentos, manteniendo las condiciones de conservación establecidas. • Atender las consultas de documentos y prestar asesorías a las UAA que lo soliciten. • Microfilmar los documentos para su conservación. • Revelar los rollos y realizar el control de calidad de los mismos. • Realizar seguimiento a la organización y disposición final de los documentos transferidos al Archivo Central. | Documentos organizados y en buen estado. Archivo Centralizado Documento o información solicitada UAA asesorada Rollos Rollos duplicados Actas | UAA Comunidad universitaria Comunidad externa Organizaciones externas. |

| | | |
|---|---|------------------------------|
|   | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | Código: CGD.04 |
| | CARACTERIZACIÓN DE SUBPROCESO GESTIÓN ARCHIVÍSTICA | |
| | | Versión: 01 Página 2 de 3 |

| RECURSOS | RESPONSABLES | REQUISITOS | MEDICIÓN DEL PROCESO (Indicadores) |
|--|--|--|-------------------------------------|
| Recursos físicos <ul style="list-style-type: none"> • Cajas de Archivo • Carpetas Adecuadas • Máquinas microfilmadoras • Lector impresor de Microfilm • Máquina procesadora de Microfilm • Máquina duplicadora • Equipos para el control de calidad de los rollos • Estantes metálicos • Equipo de aire acondicionado. • Deshumidificador • Termo higrómetro ó • Termo higrógrafo | Líder del proceso: Auxiliar de Archivo Colaboradores: Auxiliares de archivo. Técnico, operador y auxiliar de microfilmación. Funcionarios encargados del manejo de los archivos de gestión. Comité de Archivo. | Beneficiario: Acceso a la información de una manera ágil. Para los clientes externos a la Universidad depende del tipo de servicio que se haya pactado. Asesoría confiable y oportuna Legales y reglamentarios: Ver Listado Maestro de Documentos Externos. De la Organización: Acuerdo No. 033 de 1976 (Marzo 16) Del Consejo Directivo Acta No. 031 de 2007 (Marzo 5) del Comité de Archivo Acta No. 033 de 2007 (Mayo 21) del Comité de Archivo Resolución 278 de 1975 (Septiembre 10) Resolución 279 de 1975 (Septiembre 10) Resolución 287 de 1988 (Junio 22) Resolución 0625 de 1999 (Septiembre 20) NTC-ISO 9001:2000: Ver Matriz de Interrelación de Requisitos | Ver Hoja de Vida de los Indicadores |

| | | |
|---|---|------------------------------|
|   | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | Código: CGD.04 |
| | CARACTERIZACIÓN DE SUBPROCESO GESTIÓN ARCHIVÍSTICA | |
| | | Versión: 01 Página 3 de 3 |



| SEGUIMIENTO Y MONITOREO DEL PROCESO | REGISTROS DEL PROCESO | DOCUMENTOS DE REFERENCIA |
|--|------------------------------|--|
| Comité Primario Análisis de Informes generados por cada proceso Reuniones entre el Líder del Proceso y sus colaboradores en temas de interés. Comité de Archivo | Listado Maestro de Registros | Listado Maestro de Documentos Internos |

| CONTROL DE CAMBIOS | | |
|--------------------|----------------------|-----------------------------------|
| VERSIÓN | FECHA DE APROBACIÓN | DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS |
| 01 | Noviembre 29 de 2007 | Creación del documento |

ANEXO H. DOCUMENTACIÓN DEL PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL

GUÍAS

▪ GUÍA DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS

| | | | |
|---|-----------------------------------|---|----------------|
|   | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | | Código: GGD.01 |
| | GUÍA DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS | | Versión: 01 |
| | | | Página 1 de 10 |
| Revisó Vicerrector Administrativo Secretario General Dir. Certificación y Gestión Documental | Aprobó Vicerrector Académico | Fecha de aprobación Noviembre 19 de 2007 Resolución N° 1736 | |

1. OBJETIVO

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.



2. ALCANCE

Aplica a todos los documentos internos que soporten los procesos de apoyo a las actividades misionales de la Universidad Industrial de Santander, a excepción de los reglamentos considerados documentos especiales dentro del SGC.

3. DEFINICIONES Y/O ABREVIATURAS

- **Acuerdo:** Acto administrativo generado por los Consejos Superior, Académico, de Facultad.
- **Documento:** Información y su medio de soporte.
- **Documento transversal:** Documento de aplicación transversal a varios de los procesos de la universidad.
- **Documento específico:** Documento de aplicación particular a un proceso o dependencia de la universidad.
- **Documento interno:** Documento generado dentro del SGC de la calidad de la Universidad. Ej.: procedimiento, guía, instructivo, entre otros.
- **Documento externo:** Documento generado por entidades externas a la Universidad, pero que es requerido en los procesos. Ej.: normas, especificaciones técnicas, leyes, decretos, resoluciones externas, entre otros.
- **Formato:** Plantilla destinada especialmente a la consignación o anotación de datos.
- **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.
- **Manual:** Documento que contiene información válida y clasificada sobre un aspecto determinado. Es un compendio de información fácilmente accesible. Ej.: manual de calidad, manual de responsabilidades.
- **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.
- **Proceso:** Conjunto de recursos y actividades interrelacionadas que transforman elementos de entrada en resultado.
- **Protocolo Médico:** Documento que describe el conjunto de recomendaciones y procedimientos técnico médicos necesarias para la atención de una situación específicas de salud.

Este documento hace parte integral de la Resolución 1736 de 2007.

| | | |
|---|-----------------------------------|----------------|
|   | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | Código: GGD.01 |
| | GUÍA DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS | Versión: 01 |
| | | Página 2 de 10 |

- **Registro:** Documento que suministra evidencia objetiva de actividades efectuadas o de resultados alcanzados.
- **Reglamento:** Colección ordenada de reglas o preceptos, que por la autoridad competente se da para el desarrollo y cumplimiento de una norma superior.
- **Resolución:** Acto administrativo generado por la Rectoría, Vicerrektorías, Decanaturas de la Universidad u otras dependencias autorizadas.
- **SGC:** Sistema de Gestión de la Calidad.

4. CONTENIDO DE LA GUÍA

4.1 CODIFICACIÓN

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

| |
|---|
| <p style="text-align: center;">XYY.ZZ</p> |
|---|

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

4.1.1 Tipos de documentos del Sistema de Gestión de Calidad

| CODIGO | TIPO DE DOCUMENTO |
|--------|-------------------|
| | *Reglamentos |
| M | Manual |
| C | Caracterización |
| P | Procedimiento |
| G | Guía |
| I | Instructivo |
| T | Protocolo |
| F | **Formato |

* Los reglamentos son un tipo especial de documentos que no poseen codificación. Su identificación se realiza a través del nombre y el control de las versiones se realiza a través de la fecha de aprobación.

**Para los Formatos incorporados en aplicaciones de software la identificación se realiza a través del nombre del formato y no llevan codificación.

| | | |
|---|-----------------------------------|----------------|
|   | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | Código: GGD.01 |
| | GUÍA DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS | Versión: 01 |
| | | Página 3 de 10 |

4.1.2 Tipos de Procesos del Sistema de Gestión de Calidad de los procesos de apoyo

| CODIGO | PROCESO |
|---------------------|--|
| ESTRATEGICOS | |
| DI | Dirección institucional |
| PI | Planeación institucional |
| EVALUACIÓN | |
| CA | Gestión de la Calidad Académica |
| SE | Seguimiento Institucional |
| DE APOYO | |
| FI | Financiero |
| TH | Talento Humano |
| IE | Gestión de Investigación y Extensión |
| AR | Admisiones y Registro Académico |
| RF | Recursos Físicos |
| RT | Recursos Tecnológicos |
| SI | Servicios Informáticos y de Telecomunicaciones |
| GD | Gestión Documental |
| CI | Comunicación Institucional |
| JU | Jurídico |
| RI | Relaciones Interinstitucionales de Intercambio Académico |
| CO | Contratación |
| PU | Publicaciones |
| BI | Biblioteca |
| BE | Bienestar Estudiantil |
| CU | Gestión Cultural |


4.2. ASPECTOS DE FORMA

4.2.1 Textos

Todos los documentos del Sistema de Gestión de Calidad de los procesos de apoyo de la Universidad Industrial de Santander deben elaborarse según las siguientes especificaciones:

- **Fuente de los textos:** letra Humanst52|BT. El tamaño de la fuente en los documentos es once (11) a excepción de los procedimientos y formatos. En los procedimientos, en las secciones donde se describen las actividades del procedimiento, responsables y documentos de referencia se utiliza el tamaño diez (10) y ocho (8) para el texto de los flujogramas. (ver numeral 4.3.3). El tamaño de fuente para los formatos es de libre escogencia de acuerdo con su contenido.

Este documento hace parte integral de la Resolución 1736 de 2007.

| | | |
|---|-----------------------------------|----------------|
|  | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | Código: GGD.01 |
| | GUÍA DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS | Versión: 01 |
| | | Página 4 de 10 |

- **Fuente de los encabezados:** Ver numeral 4.2.2
- **Espacios:** interlineado sencillo.
- **Títulos:** La presentación de los títulos y la numeración se realizan de acuerdo con la siguiente especificación:

| División | Tipo / Tamaño | Directriz |
|---------------|--|---------------------|
| Primer Nivel | I. TÍTULO 1 Humanst521BT / II Negrita | Mayúscula sostenida |
| Segundo Nivel | I.I TÍTULO 2 Humanst521BT / II Negrita | Mayúscula sostenida |
| Tercer Nivel | I.I.I Titulo 3 Humanst521BT / II Negrita | Mayúscula inicial |
| Cuarto Nivel | • Viñeta Humanst521BT / II | Mayúscula inicial |
| Quinto Nivel | - Viñeta Humanst521BT / II | Mayúscula inicial |


Nota: Esta numeración de títulos no aplica para los procedimientos y las caracterizaciones.

- **Redacción**

Los textos se redactan en forma impersonal con los verbos conjugados en presente. Cuando se requiera mencionar un número, primero se escribe en letras y luego entre paréntesis el número.



4.2.2 Encabezado

Debe presentarse al inicio de cada hoja del documento, y está compuesto por:

| | | |
|---|-----------------------------------|---------------|
|  | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | Código: |
| | GUÍA DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS | Versión: |
| | | Página X de X |

- Logo de la Universidad: Logo definido en el acuerdo 045 de 2005.
- Proceso y Subproceso Asociado: Presenta el proceso y/o subproceso asociado que realizó el documento (si aplica). Debe ir centrado, en mayúscula sostenida, negrita y en tamaño de letra 9.
- Nombre del documento: denominación con la cual se titula el documento. Debe ir centrado, en mayúscula sostenida, negrita y en tamaño de letra 12.
- Código: Se asigna de acuerdo a los parámetros establecidos en el punto 4.1 Debe escribirse la letra inicial en Mayúscula, en negrita, tamaño de letra 9.
- Versión: Número de veces que se ha actualizado el documento. Debe escribirse la letra inicial en Mayúscula, en negrita y tamaño de letra 9.
- Página: Se trata de la numeración de cada una de las páginas del documento.

Este documento hace parte integral de la Resolución 1736 de 2007.

| | | |
|---|-----------------------------------|----------------|
|   | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | Código: GGD.01 |
| | GUÍA DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS | Versión: 01 |
| | | Página 5 de 10 |

En la primera hoja de los documentos, a excepción de los formatos, se adiciona al encabezado una fila que contiene:

- **Revisó:** Describe el cargo de quien revisa el documento.
- **Aprobó:** Describe el cargo de quien aprueba el documento.
- **Fecha de aprobación:** Muestra la fecha de aprobación del documento. Lleva el siguiente formato DD/MM/AAAA
- **Encabezado de los procedimientos:** Al encabezado de los procedimientos se adiciona una fila con la simbología del diagrama de flujo en la página donde se inicia la descripción de las actividades del procedimiento.
- **Encabezado de los formatos:** Al encabezado de los formatos se elimina el número de página. De ser necesario, se puede eliminar el nombre del proceso y subproceso. En algunos casos puede ubicarse el código y la versión en otro lugar del formato (no necesariamente en el encabezado).

4.3 CONTENIDO DE LOS DOCUMENTOS

4.3.1 CONTENIDO DE LOS MANUALES


Los manuales del SGC de la Universidad deben contener:

- **Tabla de contenido:** se relacionan los títulos que se encuentran en el documento y los números de página correspondientes. Se escribe la palabra "contenido" en mayúscula sostenida y centrada. Los números de página se ubican en una columna hacia el margen derecho, encabezado con la abreviatura pág., escrita todo en minúscula y seguida de puntos a doble interlinea de la palabra contenido.
- **Objetivo:** Describir el resultado esperado o propósito final del conjunto de actividades mencionadas en el documento.
- **Alcance:** Indicar el cubrimiento o limitación de la aplicación del procedimiento (a quién se dirige: personas, procesos, entre otros)
- **Definiciones y/o Abreviaturas:** Escribir los términos administrativos y/o técnicos y abreviaturas que se consideren necesarios para un claro entendimiento.
- El contenido es de libre escogencia de acuerdo con las necesidades del documento.
- **Control de cambios:** se especifica el cambio realizado, la versión del documento y la fecha de aprobación.

4.3.2 CONTENIDO DE LAS CARACTERIZACIONES

Las caracterizaciones de los procesos del SGC de la Universidad deben contener:

- **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.



| | | |
|---|-----------------------------------|----------------|
|  | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | Código: GGD.01 |
| | GUÍA DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS | Versión: 01 |
| | | Página 6 de 10 |

- 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.
- 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.

4.3.3 CONTENIDO DE LOS PROCEDIMIENTOS

Los procedimientos del SGC de la Universidad deben realizarse en el software *Microsoft Visio*, cumpliendo con la siguiente estructura:

- Objetivo: Describir el resultado esperado o propósito final del conjunto de actividades mencionadas en el documento.
- Alcance: Indicar el cubrimiento o limitación de la aplicación del procedimiento (a quién se dirige: personas, procesos, entre otros).
- Definiciones y/o Abreviaturas: Escribir los términos administrativos y/o técnicos y abreviaturas que se consideren necesarios para un claro entendimiento.
- Normatividad: Leyes, normas y/o resoluciones macro asociadas al procedimiento.
- Consideraciones: Escribir las condiciones generales para la realización de las actividades, aclaraciones u otras observaciones que se consideren necesarias. En caso de no existir, se coloca "No aplica" en el espacio correspondiente.
- La descripción del procedimiento se realiza en una tabla cuyas columnas presentan el flujograma, la descripción de la actividad, el cargo del responsable y el código y/o nombre de los documentos relacionados.
 - El Flujograma es un diagrama que expresa gráficamente las distintas operaciones que componen un procedimiento o parte de éste, estableciendo su secuencia cronológica. (Ver anexo 1). El tamaño de letra para los textos dentro del flujograma es ocho (8). Para su realización, se recomienda que los símbolos de los diagramas mantengan un mismo tamaño, por uniformidad.
 - Las actividades se redactan con los verbos conjugados en presente. Ejemplo: El encargado "realiza" la actividad. Las actividades deben numerarse en forma secuencial; si una actividad tiene subpasos, éstos se numeran en orden

| | | |
|---|-----------------------------------|----------------|
|   | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | Código: GGD.01 |
| | GUÍA DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS | Versión: 01 |
| | | Página 7 de 10 |

alfabético. Ejemplo: a), b) y así sucesivamente.. Para las actividades que se realizan en los sistemas de información de la universidad o en Intranet, en caso de considerarse necesario, se describen las rutas de acceso utilizando el símbolo → .Ej.: (Manejo de egresos → Contratación → Orden de pago automático).

- En la casilla "Responsable" se enuncia el cargo de la persona que realiza la actividad. También pueden utilizarse denominaciones genéricas frente a la normatividad de la universidad o al Sistema de Gestión de la Calidad, como por ejemplo: ordenador del gasto, Consejo Superior, Interventor, Unidad Académico Administrativa, entre otros.
 - La casilla "documento de referencia" corresponde al código y nombre del documento interno utilizado para poder realizar esa actividad, o actos administrativos (acuerdos o resoluciones) de referencia.
 - Control de Cambios: se especifica el cambio realizado, la versión del documento y la fecha de aprobación.
- Anexos: documentos que se requieren para la ejecución del procedimiento (tablas, dibujos, planos, entre otros). Si los anexos no aplican, el título puede eliminarse.

4.3.4 CONTENIDO DE LAS GUÍAS

Las Guías del SGC de la Universidad deben contener:



- Objetivo: Describir el resultado esperado o propósito final del conjunto de actividades mencionadas en el documento.
- Alcance: Indicar el cubrimiento o limitación de la aplicación del procedimiento (a quién se dirige: personas, procesos, entre otros)
- Definiciones y/o Abreviaturas: Escribir los términos administrativos y/o técnicos y abreviaturas que se consideren necesarios para un claro entendimiento.
- Contenido de la Guía: de acuerdo con las necesidades del documento.
- Control de cambios: se especifica el cambio realizado, la versión del documento y la fecha de aprobación.

4.3.5 CONTENIDO DE LOS PROTOCOLOS MÉDICOS

Los protocolos tienen los mismos elementos de un manual, pero su uso es exclusivo del área de la salud. Dependiendo de las características del documento se adiciona el ítem de normatividad. El protocolo debe fijar la conducta diagnóstica y terapéutica aconsejable ante determinadas eventualidades clínicas.

4.3.6 CONTENIDO DE LOS FORMATOS

La descripción de los formatos, debe procurar llevarse tabulada, pero la estructuración del contenido es de libre opción para quien lo usa. Dependiendo de las características del formato pueden adicionarse instrucciones de diligenciamiento.

| | | |
|---|-----------------------------------|----------------|
|   | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | Código: GGD.01 |
| | GUÍA DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS | Versión: 01 |
| | | Página 8 de 10 |

4.3.7 CONTENIDO DE LOS INSTRUCTIVOS

Los instructivos deben contener:

- **Objetivo:** Describir el resultado esperado o propósito final del conjunto de actividades mencionadas en el documento.
- **Alcance:** Indicar el cubrimiento o limitación de la aplicación del procedimiento (a quién se dirige: personas, procesos, entre otros)
- **Definiciones y/o Abreviaturas:** Escribir los términos administrativos y/o técnicos y abreviaturas que se consideren necesarios para un claro entendimiento.
- **Normatividad:** si se requiere, se especifican Leyes, normas y/o resoluciones macro asociadas al instructivo.
- **Control de cambios:** se especifica el cambio realizado, la versión del documento y la fecha de aprobación.
- La descripción del instructivo, en lo posible, se debe llevar tabulada de la siguiente forma:

| Paso N° | DESCRIPCIÓN DETALLADA |
|---------|-----------------------|
| | |

Donde,



- **Paso N°:** Es la secuencia numérica dada para expresar cada paso en el instructivo.
- **Descripción detallada:** Se presentan todas las actividades que siguen el orden dados en los pasos, las cuales deben seguirse para cumplir con el instructivo.

Dependiendo de la necesidad del instructivo puede adicionarse una columna con imágenes que brinden una mayor claridad al desarrollo de las actividades.

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

| | 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 | |

Este documento hace parte integral de la Resolución 1734 de 2007


| | | | | | | | |
|---|-----------------------------------|--|--|--|----------------|--|--|
|   | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | | | | Codigo: GGD.01 | | |
| | GUÍA DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS | | | | Versión: 01 | | |
| | | | | | Página 9 de 10 | | |

| | | | | | | | |
|---------------------------|----------|---|---|----------|----------|---|--|
| Bibliografía | Opcional | | | Opcional | Opcional | ✓ | |
| Control de cambios | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | |


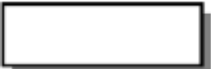






Nota: Cuando los ítems no apliquen para alguno de los documentos se coloca "No aplica". En el caso de procedimientos, si los anexos no aplican, el título puede eliminarse.

CONTROL DE CAMBIOS



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

| | | |
|---|-----------------------------------|-----------------|
|  | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | Código: GGD.01 |
| | GUÍA DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS | Versión: 01 |
| | | Página 10 de 10 |

Anexo I. Simbología de diagramas de flujo.

| DEFINICIÓN DE SIMBOLOS | | |
|---|------------------------------|---|
| SIMBOLO | SIGNIFICADO | DEFINICIÓN |
|  | INICIO / FIN | Se emplea para el inicio o fin de diferentes actividades del procedimiento. En su interior, se escriben los términos INICIO o FIN en estilo de fuente negrilla y en mayúscula sostenida. |
|  | ACTIVIDAD | Representa la actividad llevada a cabo para la ejecución o transformación de información, recursos, bienes, entre otros. Se emplea en las situaciones que dan nacimiento a un documento o incorporan elementos de información al mismo. |
|  | DECISIÓN | Se emplea para el diseño de diferentes caminos de acción que surgen en una etapa del procedimiento ante una circunstancia planteada. En su interior, se formula una pregunta que genere las diferentes alternativas del procedimiento. |
|  | DOCUMENTO | Representa la información que requiera registrarse o documentar manualmente, que se genera en una actividad. |
|  | PROCESAMIENTO S.I O INTRANET | Representa la información cuyo procesamiento y registro se realiza en Sistemas de Información (S.I) o en la intranet de la Universidad. |
|  | PROCEDIMIENTO PREDEFINIDO | Representa un procedimiento predefinido, documentado y estandarizado en la Universidad. |
|  | CONECTOR | Representa el vínculo entre actividades que se hallan en diferentes partes de un procedimiento. En su interior se escribe un número que sirva de vínculo y el número de la página en donde se encuentra. |
|  | CONECTOR DE PÁGINA | Representa el vínculo entre varias páginas. En su interior se escribe un número que sirva de vínculo. |

▪ GUÍA PARA EL REGISTRO DE DOCUMENTOS RADICADOS

| | | | |
|---|--|---|----------------|
|   | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | | Código: GGD.02 |
| | GUÍA PARA EL REGISTRO DE DOCUMENTOS RADICADOS | | Versión: 01 |
| | | | Página 1 de 5 |
| Reviso Dir. Certificación y Gestión Documental Clasificador de Correspondencia | Aprobó Rector | Fecha de aprobación Noviembre 29 de 2007 Resolución N° 1843 | |

1. OBJETIVO

Definir los lineamientos para la digitalización y registro de los documentos radicados en la Universidad Industrial de Santander.

2. ALCANCE

Aplica a todos los documentos radicados en la Dirección de Certificación y Gestión Documental.

3. DEFINICIONES Y/O ABREVIATURAS

- **Correspondencia:** Son todas las comunicaciones que no generan trámite para la Universidad. Se consideran como tal:
 - Todas las comunicaciones de carácter privado que llegan a la Universidad a título personal, citando o no el título del funcionario.
 - Aquellas dirigidas a un funcionario de la Universidad, cuando éste no ocupa un cargo administrativo.
 - Aquellas dirigidas a un jefe de una UAA sin especificar el cargo que ocupa en la Universidad.
- **Correspondencia Despachada:** Es aquella que se produce en la Universidad para ser enviada entre Unidades Académicas Administrativas (UAA) o fuera de la Universidad, como por ejemplo: comunicaciones oficiales, revistas, afiches de eventos, seminarios, entre otros.
- **Correspondencia Recibida:** Es la comunicación que se recibe en la Universidad por entidades públicas, entidades privadas y personas naturales; es la que generan los empleados de la Universidad con destino a alguna UAA.
- **Registro de documentos:** Es el procedimiento por medio del cual la Universidad ingresa en sus sistemas manuales o automatizados de correspondencia, todas las comunicaciones producidas o recibidas, registrando datos tales como:
 - Nombre de la persona y/o entidad remitente o destinataria, nombre o código de la (s) dependencia (s) competente (s), número de radicación, nombre del funcionario responsable del trámite, anexos y tiempo de respuesta (si lo amerita), entre otros.
- **UAA:** Unidad Académica y/o Administrativa.

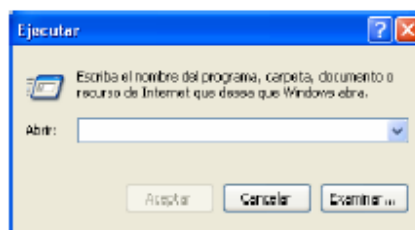
| | | |
|---|--|----------------|
|   | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | Código: GGD.02 |
| | GUÍA PARA EL REGISTRO DE DOCUMENTOS RADICADOS | |
| | | Versión: 01 |
| | | Página 2 de 5 |

4. CONTENIDO DE LA GUÍA

4.1 REGISTRO DE LA CORRESPONDENCIA DESPACHADA Y/O RECIBIDA RADICADA

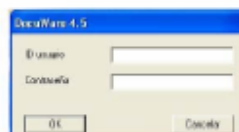
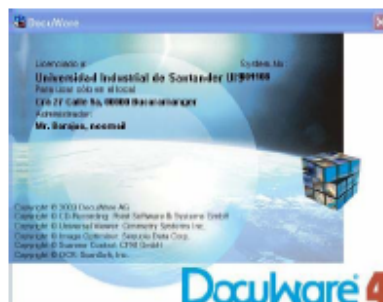
4.1.1 Ingresar al servidor

- Realiza la conexión al servidor: Inicio / ejecutar / dirección (IP del servidor) donde reposa la base de datos que va a contener los documentos digitalizados de la correspondencia despachada y/o recibida.



4.1.2 Ingresar al Software

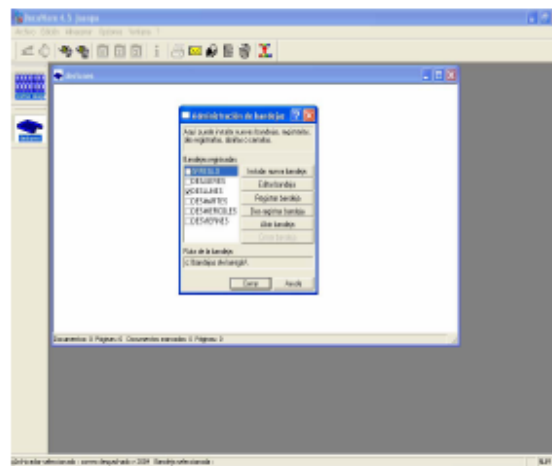
- Ingresar al software, (Docuware), registrando los datos de usuario solicitados por el sistema.



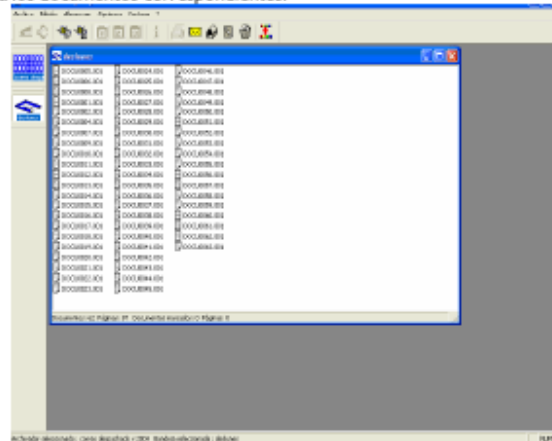
| | | |
|---|--|-----------------------|
|  | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | Código: GGD.02 |
| | GUÍA PARA EL REGISTRO DE DOCUMENTOS RADICADOS | |
| | Versión: 01 | |
| | | Página 3 de 5 |

4.1.3 Registra los datos

- Busca la opción de archivo y escoge administrador de bandejas (Las bandejas están nombradas por los días de la semana lunes, martes, miércoles... etc.). Elige la bandeja según el día al que corresponda el conjunto de documentos a digitalizar.



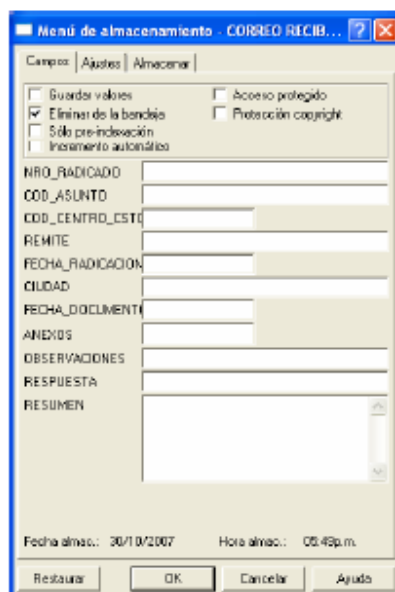
- Escanea los documentos correspondientes.



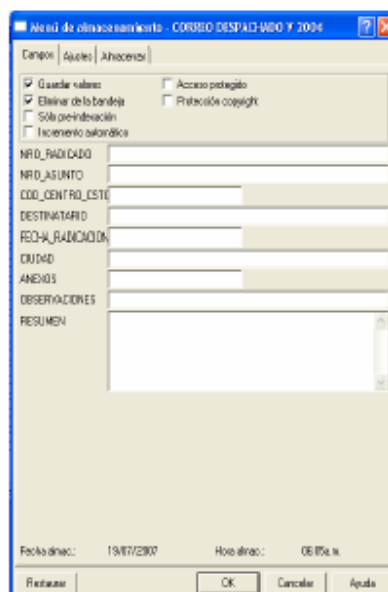
| | | |
|---|--|----------------|
|  | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | Código: GGD.02 |
| | GUÍA PARA EL REGISTRO DE DOCUMENTOS RADICADOS | Versión: 01 |
| | | Página 4 de 5 |

- Ingresar los documentos escaneados a la base de datos del sistema DOCUWARE (El registro de almacenamiento se diligencia teniendo en cuenta los campos obligatorios que se presentan).

Correspondencia Recibida



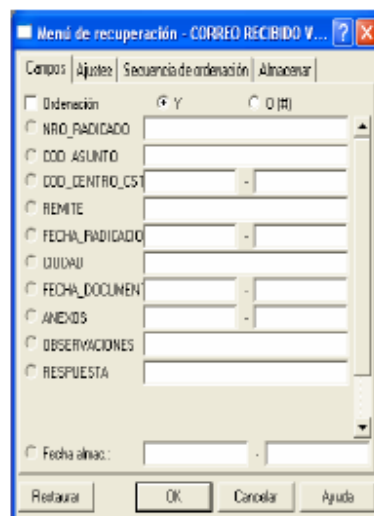
Correspondencia Despachada



| | | |
|---|--|----------------|
|   | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | Código: GGD.02 |
| | GUÍA PARA EL REGISTRO DE DOCUMENTOS RADICADOS | |
| | | Versión: 01 |
| | | Página 5 de 5 |

- De ser necesario alguna modificación en los datos registrados, se dirige al archivador, elige la opción recuperar y realiza la búsqueda del documento para efectuar los cambios necesarios.

Correspondencia Recibida





Correspondencia Despachada



CONTROL DE CAMBIOS

| VERSIÓN | FECHA DE APROBACIÓN | DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS |
|---------|----------------------|-----------------------------------|
| 01 | Noviembre 29 de 2007 | Creación del documento |

- **GUÍA PARA LA ORGANIZACIÓN DE ARCHIVOS DE GESTIÓN Y TRANSFERENCIAS DOCUMENTALES**

| | | | |
|---|---|---|----------------|
|   | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | | Codigo: GGD.03 |
| | GUÍA PARA LA ORGANIZACIÓN DE ARCHIVOS DE GESTIÓN Y TRANSFERENCIAS DOCUMENTALES | | Version: 02 |
| | | Página 1 de 14 | |
| Revisó Dir. Certificación y Gestión Documental Auxiliar de Archivo | Aprobó Rector | Fecha de aprobación Noviembre 29 de 2007 Resolución N° 1843 | |

1. OBJETIVO



Definir los lineamientos para la organización de los documentos que cada Unidad Académica y/o Administrativa recibe y produce en desarrollo de sus funciones.

2. ALCANCE

Aplica a todos los documentos que reciben y producen las diferentes Unidades Académicas y/o Administrativas de la Universidad Industrial de Santander.

3. DEFINICIONES Y/O ABREVIATURAS

- **Archivo:** Es el conjunto de documentos, sea cual fuere su fecha, forma y soporte material, acumulados en un proceso natural por una persona o entidad, en el transcurso de su gestión, conservados para servir como testimonio e información a la persona o institución que los produce y a los ciudadanos, o como fuentes de la historia.
- **Archivo Central:** Es aquel en el que se agrupan documentos transferidos por los distintos archivos de gestión de la entidad respectiva, cuya consulta no es tan frecuente pero que siguen teniendo vigencia y son objeto de consulta por las propias oficinas y particulares en general.
- **Archivo de Gestión:** Comprende toda la documentación que es sometida a continua utilización y consulta administrativa por las oficinas productoras u otras que la soliciten. Su circulación o trámite se realiza para dar respuesta o solución a los asuntos iniciados.
- **Conservación total:** Aplica a aquellos documentos que tienen valor permanente, es decir, los que lo tienen por disposición legal o los que por su contenido informan sobre el origen, desarrollo, estructura, procedimientos y políticas de la Unidad productora convirtiéndose en testimonio de su actividad y trascendencia.
- **DCGD:** Dirección de Certificación y Gestión Documental.
- **Depuración:** Retiro de duplicados idénticos, folios en blanco y documentos de apoyo en los archivos de gestión.
- **Eliminación de documentos:** Es la actividad realizada para aquellos documentos que han perdido sus valores primarios y secundarios, sin perjuicio de conservar su información en otros soportes.
- **Expediente:** Conjunto de todos los documentos y gestiones correspondientes a un asunto.
- **Folio:** Hoja.
- **Foliar:** Acción de numerar hojas.

| | | |
|---|---|----------------|
|   | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | Código: GGD.03 |
| | GUIA PARA LA ORGANIZACIÓN DE ARCHIVOS DE GESTIÓN Y TRANSFERENCIAS DOCUMENTALES | Versión: 02 |
| | | Página 2 de 14 |



- **Foliación:** Acto de numerar los folios sólo por su cara recta.
- **Folio Recto:** Primera cara de un folio, cuya numeración se aplica solamente a ésta.
- **Folio Vuelto:** Segunda cara de un folio y a la cual no se le escribe número.
- **Formato Único de Inventario Documental:** Instrumento que describe la relación sistemática y detallada de las unidades de un fondo (archivo de una entidad), con el fin de asegurar el control de los documentos en sus diferentes fases.
- **Microfilmación:** Técnica que permite, fotografiar documentos y obtener pequeñas imágenes en película.
- **Página:** Cara de una hoja. Lo escrito o impreso en una hoja.
- **Paginar:** Acción de numerar páginas.
- **Principio de Orden Natural:** Hace relación al orden que conservan los documentos dentro de cada serie, de acuerdo a la secuencia que originó el documento y en el orden en que se dieron, iniciado y resuelto en la oficina que tiene la competencia específica.
- **Principio de Procedencia:** Es aquel según el cual cada documento debe estar situado en el fondo documental del que procede, teniendo en cuenta que debe mantenerse la unidad de independencia de cada fondo y en éste la integridad y carácter seriado de los documentos.
- **Transferencias Primarias:** Son los traslados de documentos del archivo de gestión al archivo central, sin alteración de sus propiedades, para su conservación.
- **Unidad de Conservación:** Es el medio físico que se utiliza para almacenar y conservar los documentos tales como cajas, carpetas, tomos entre otros.
- **Unidad Documental:** Unidad de análisis en el proceso de identificación documental. La unidad documental puede ser simple cuando está constituida por un solo documento (ejemplo: una resolución) o compleja cuando lo constituyen varios formando un expediente (ejemplo: una historia laboral).
- **UAA:** Unidad Académica y/o Administrativa.

4. DESCRIPCIÓN DE LA GUÍA

4.1 ORGANIZACIÓN DE CARPETAS

4.1.1 Identificación de carpetas

- Cada Unidad Académica y/o Administrativa, hace apertura e identificación de carpetas con base en las Tablas de Retención Documental de la Universidad y de acuerdo a la asesoría prestada por la Dirección de Certificación y gestión Documental. Es conveniente que se abran carpetas para cada serie y sub-serie.

| | | |
|---|---|----------------|
|   | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | Código: GGD.03 |
| | GUIA PARA LA ORGANIZACIÓN DE ARCHIVOS DE GESTIÓN Y TRANSFERENCIAS DOCUMENTALES | Versión: 02 |
| | | Página 3 de 14 |

- Las carpetas y demás unidades de conservación se deben identificar, marcar y rotular de tal forma que permita su ubicación y recuperación, dicha información general será: Nombre UAA, código UAA, nombre de la serie, código de la serie, nombre de la sub-serie, código de la sub-serie, número de la carpeta, número de folios y fechas extremas.

Ejemplo:

Si vamos a marcar la carpeta de la sub-serie "Informes de Gestión Rectoral", de la serie "Informes" de la Rectoría de la UIS, el rótulo se diligencia de la siguiente forma:



**IDENTIFICACIÓN DE
CARPETAS**



| | | | | | | | |
|-------------------------------|--|------------------------|-------------------------|----------|----------|----------|----------|
| NOMBRE U.A.A. | | | | | | | |
| RECTORIA | | | | | | | |
| CÓDIGO U.A.A. 1110 | | | | | | | |
| NOMBRE SERIE | | | CÓDIGO SERIE | | | | |
| INFORMES | | | 101 | | | | |
| NOMBRE SUB-SERIE | | | CÓDIGO SUB-SERIE | | | | |
| INFORMES DE GESTIÓN RECTORIAL | | | 101-11 | | | | |
| CARPETA No. 1 | | | | | | | |
| No. DE FOLIOS 20 | | FECHAS EXTREMAS | | | | | |
| | | DE | | | A | | |
| | | D | M | A | D | M | A |
| | | 12 | 07 | 1999 | 03 | 10 | 1999 |

Notas:

- En caso de que la documentación no tenga fecha se anotará s.f. (sin fecha).
- Ver Anexo I: Instructivo para el diligenciamiento del formato de Identificación de Carpetas.



4.1.2 Foliación

- Los documentos que integran las unidades documentales estarán debidamente foliados con el fin de facilitar su ordenación, consulta y control.
- La documentación que va a ser objeto de foliación debe estar previamente ordenada y depurada. Se deben foliar todos los documentos. En caso de series documentales simples (acuerdos, decretos, circulares, resoluciones) la foliación se ejecutará de manera independiente por carpeta, tomo o legajo. En el caso de series documentales complejas (contratos, historias laborales, investigaciones disciplinarias, procesos jurídico), cada uno de sus expedientes tendrá una sola foliación de manera continua y si tal expediente se

| | | |
|---|---|----------------|
|   | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | Código: GGD.03 |
| | GUIA PARA LA ORGANIZACIÓN DE ARCHIVOS DE GESTIÓN Y TRANSFERENCIAS DOCUMENTALES | Versión: 02 |
| | | Página 4 de 14 |

encuentra repartido en más de una unidad de conservación (carpeta), la foliación se ejecutará de forma tal que la segunda será la continuación de la primera.



- La foliación debe efectuarse utilizando lápiz de mina negra y blanda, tipo HB ó B. No se debe foliar con lápiz de mina roja ya que este color no es capturado, en la mayoría de los casos, por las máquinas reprográficas (microfilmación, fotocopiado).
- Se debe numerar de manera consecutiva, es decir, sin omitir ni repetir números.
- No se debe foliar utilizando números con el suplemento A, B, C, o bis. En documentos de archivo que contienen texto por ambas caras, se registrará el número correspondiente en la cara recta del folio.
- Se debe escribir el número en la esquina superior derecha de la cara recta del folio en el mismo sentido del texto del documento; en el caso de las fotografías sueltas se foliarán en la cara vuelta.
- Se debe escribir el número de manera legible y sin enmendaduras sobre un espacio en blanco, y sin alterar membretes, sellos, textos o numeraciones originales.
- No se debe escribir con trazo fuerte porque se puede causar daño irreversible al soporte papel.
- No se deben foliar las pastas ni las hojas-guarda en blanco.
- Los anexos impresos (folletos, boletines, periódicos, revistas) que se encuentren se numerarán como un solo folio. En el área de notas del instrumento de control o de consulta (inventario) se debe dejar constancia de título, año y número total de páginas. Si se opta por separar este material se hará la correspondiente referencia cruzada.
- Cuando se encuentren varios documentos de formato pequeño adheridos a una hoja, a ésta se le escribirá su respectivo número de folio, dejando en el área de notas del instrumento de control o de consulta las características del documento foliado: cantidad de documentos adheridos, título, asunto y fecha de los mismos.
- Para el caso de unidades documentales que se generan foliadas por impresora, se dejará esta foliación siempre y cuando en una unidad de conservación no haya más de una, en caso contrario, cuando haya más de una, deberá refoliarse toda la unidad de conservación.
- Si existen errores en la foliación, ésta se anulará con una línea oblicua, evitando tachones.
- La foliación es una tarea previa a cualquier empaste, proceso de descripción (inventario) o proceso técnico de reprografía (microfilmación o digitalización).

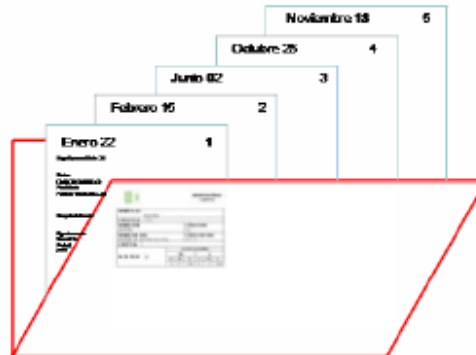
| | | |
|---|---|----------------|
|   | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | Código: GGD.03 |
| | GUIA PARA LA ORGANIZACIÓN DE ARCHIVOS DE GESTIÓN Y TRANSFERENCIAS DOCUMENTALES | Version: 02 |
| | | Página 5 de 14 |

- No se deben numerar los folios totalmente en blanco, cosidos o empastados que se encuentren en tomos o legajos en archivos de gestión o archivos centrales, pero sí dejar la constancia en el área de notas del inventario.
- No se deben foliar ni retirar los folios sueltos en blanco cuando éstos cumplen una función de conservación como: aislamiento de manifestación de deterioro biológico, protección de fotografías, dibujos, grabados u otros, o para evitar migración de tintas por contacto.
- No se deben foliar documentos en soportes distintos al papel (casetes, discos digitales, CD's, disquetes, videos, etc.) pero sí dejar constancia de su existencia y de la unidad documental a la que pertenecen, en el área de notas del inventario. Si se opta por separar este material se hará la correspondiente referencia cruzada.
- Para evitar deterioro físico de la documentación, en cada expediente se debe conservar un máximo de 200 folios, sin embargo esto dependerá del gramaje del papel y del tipo de carpeta.

4.1.3 Organización de Carpetas

- La ubicación física de los documentos se hará de tal manera que la fecha más antigua de producción será el primer documento que se encontrará al abrir la carpeta y la fecha más reciente se encontrará al final de la misma.

| | | |
|---|---|----------------|
|   | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | Código: GGD.03 |
| | GUIA PARA LA ORGANIZACIÓN DE ARCHIVOS DE GESTIÓN Y TRANSFERENCIAS DOCUMENTALES | Version: 02 |
| | | Página 6 de 14 |





- No se deben guardar duplicados y documentos en papel químico o de fax, cuando éstos existan se recomienda sacar fotocopia, debido a que con el tiempo sufren deterioro.
- Cuando se proceda a archivar documentos se debe tener especial cuidado de verificar que efectivamente han cumplido su trámite y que corresponden a la serie bajo la cual se están archivando.



Este documento no pertenece a la serie Contratos por lo tanto no debe ir en la carpeta de contratos.

Algunos aspectos específicos a tener en cuenta:

- Los planos, mapas, dibujos, etc., que se encuentren tendrán el número de folio consecutivo que les corresponde, aún cuando estén plegados. En el área de notas del instrumento de

| | | |
|---|---|----------------|
|   | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | Código: GGD.03 |
| | GUIA PARA LA ORGANIZACIÓN DE ARCHIVOS DE GESTIÓN Y TRANSFERENCIAS DOCUMENTALES | Versión: 02 |
| | | Página 7 de 14 |



control o de consulta se debe dejar constancia de las características del documento foliado: tamaño, colores, título, asunto, fechas y otros datos que se consideren pertinentes. Si se opta por separar este material se dejará constancia mediante un testigo, de su lugar de destino y en éste se indicará la procedencia. Esto es lo que se denomina referencia cruzada.

- En el caso de las historias laborales, se deben tener en cuenta las Circulares No. 004 de 2.003 y No. 012 de 2.004 del Departamento Administrativo de la Función Pública y el Archivo General de la Nación, que establecen los criterios generales para su organización.
- Para la organización de las historias clínicas, se debe tener en cuenta la Resolución No. 01995 del 8 de julio de 1999 del Ministerio de Salud.

4.2 TRANSFERENCIAS DOCUMENTALES

4.2.1 Identificación de cajas

- Las cajas que se utilicen para la transferencia se identificarán así: nombre de la UAA, código de la UAA, código de serie, consecutivo de caja, No. de legajos, No. de libros, No. de carpetas, "otros" en donde se consignarán los datos que sean relevantes y no se hayan registrado los espacios anteriores y fechas extremas.

| | | |
|---|--|----------------|
|   | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | Código: GGD.03 |
| | GUIA PARA LA ORGANIZACIÓN DE ARCHIVOS DE GESTIÓN Y TRANSFERENCIAS DOCUMENTALES | Versión: 02 |
| | | Página 8 de 14 |

DIRECCIÓN DE CERTIFICACIÓN Y GESTIÓN DOCUMENTAL  ARCHIVO CENTRALIZADO



| | | | | | |
|--------------------|-------------------|---|---|---|---|
| NOMBRE U.A.A. | CÓDIGO U.A.A. | | | | |
| CÓDIGO DE SERIE | CAJA No. | | | | |
| No. CARPETAS _____ | | | | | |
| No. LEGAJOS _____ | OTROS: Qué? _____ | | | | |
| No. LIBROS _____ | Cuántos? _____ | | | | |
| | | | | | |
| FECHAS EXIRIMAS | | | | | |
| DE | | | | | |
| D | M | A | D | M | A |
| | | | | | |

Notas:

- El formato es diligenciado por el Auxiliar de Archivo en la oficina de Dirección de Certificación y Gestión Documental.
- Ver Anexo 2: Instructivo para el diligenciamiento del formato de Identificación de Cajas.



4.2.2 Realización de Transferencias

- Las transferencias deberán efectuarse de conformidad con lo estipulado en la Tabla de Retención Documental y de acuerdo a la metodología y recomendaciones que sobre el particular haga la Dirección de Certificación y Gestión Documental, diligenciando el Formato Único de Inventario Documental (FGD.15).

| | | |
|---|---|----------------|
|   | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | Código: GGD.03 |
| | GUIA PARA LA ORGANIZACIÓN DE ARCHIVOS DE GESTIÓN Y TRANSFERENCIAS DOCUMENTALES | Versión: 02 |
| | | Página 9 de 14 |

4.2.3 Preparación física de la documentación

- Limpieza de la documentación. El material debe estar libre de polvo, para ello se debe contar con elementos como brochas de cerdas suaves y lanillas preferiblemente blancas; el personal debe disponer de tapabocas y guantes.
- Eliminación de material metálico. Con el fin de contribuir a la conservación de los documentos, el material que va a ser transferido debe estar libre de ganchos clip, ganchos de cosedora o ganchos legajadores metálicos pues dichos elementos generan oxidación. Para su retiro debe tenerse cuidado con el fin de evitar la rotura de los documentos o la mezcla de ellos que pueda afectar la foliación.
- Identificación del material afectado por biodeterioro. El material que se detecte afectado por hongos y/o insectos, debe identificarse y separarse, pues la mezcla con el material que se encuentra en buen estado, genera contaminación.
- Revisión y foliación. Con el fin de facilitar la ordenación, consulta y control de los documentos, éstos deben estar debidamente foliados según lo descrito en el numeral 4.1.2 Foliación, de la presente guía.
- Los documentos de apoyo no se encuentran consignados en la Tabla de Retención Documental y por lo tanto pueden ser eliminados cuando pierdan su utilidad o vigencia, dejando constancia en Acta suscrita por el respectivo Jefe de la Unidad Académico y/o Administrativa (Ver Anexo 3).
- Amarre. Los expedientes o grupo de documentos no se deben amarrar pues el contacto de la pita o cordel con los documentos, genera la rotura de sus bordes. En caso que por el tipo de material o para reforzar las unidades de conservación a transferir, se requiera amarrarlos, se recomienda utilizar cinta de faya, ya que ésta es de algodón.
- Embalaje. Una vez se han cumplido los pasos anteriores de limpieza, revisión, foliación y amarre, se procederá al empaque, de la siguiente manera:
 - La cantidad de carpetas a introducir en cada caja debe ser de acuerdo al volumen de las mismas, con el fin de evitar el deterioro de los documentos.
 - Al empacar se debe mantener el orden descrito en el Formato Único de Inventario Documental (FGD.15).
 - Las cajas que se van a transferir deben numerarse consecutivamente en un lugar visible.
 - Para cargar las cajas en el vehículo, se debe tener en cuenta que la primera caja que ingrese debe corresponder al último número de la remisión y así sucesivamente, de tal manera que la última caja que ingrese al vehículo sea la número 1, esto para



| | | |
|---|---|--------------------------------|
|   | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | Código: GGD.03 |
| | GUIA PARA LA ORGANIZACIÓN DE ARCHIVOS DE GESTIÓN Y TRANSFERENCIAS DOCUMENTALES | Versión: 02 Página 10 de 14 |

confrontar el ingreso de la transferencia con el Formato Único de Inventario Documental (FGD.15) y mantener el orden en la ubicación física de las mismas.

4.3 CONSERVACIÓN EN LOS ARCHIVOS DE GESTIÓN

Con el fin de garantizar la conservación de los documentos en los Archivos de Gestión y siguiendo las recomendaciones del Archivo General de la Nación, se definen las siguientes normas que deben tenerse en cuenta para que los documentos permanezcan en buen estado:

- Para firmar los documentos de archivo, se debe utilizar lapicero de tinta negra; los otros colores presentan problemas a la hora de microfilmarse. No se recomienda la utilización de lapiceros con tintas solubles en agua, como las tintas de gel o los resaltadores.
- "No se recomienda el uso de fólderes AZ, ni carpetas que requieran la perforación de los documentos y el contacto con el material metálico de los ganchos. Además, la alta capacidad de almacenamiento que caracteriza este tipo de unidades, dificulta el manejo de los documentos y crea rasgaduras y deformaciones en ellos". (COLOMBIA. ARCHIVO GENERAL DE LA NACIÓN. Boletín NEXOS No.69).
- No se deben hacer anotaciones a los documentos de archivo; en caso de ser absolutamente necesarias, se recomienda hacer las notas en un papel blanco adherido al documento con clip plástico.
- Las carpetas celufuá y las carpetas colgantes, en lo posible, deben ser con ph neutro. Las carpetas, deben ser en material libre de acidez, o en su defecto, en cartulina blanca y deben adaptarse al volumen y tamaño del material.
- Cuando un documento tenga un volumen igual o inferior a 10 folios, se utilizarán clips plásticos o recubiertos con plásticos para agruparlos.
- Cuando un documento tenga un volumen superior a 10 folios, se pueden utilizar ganchos de cosedora colocando una protección de papel bond blanco por encima y por debajo del paquete que se va a grapar, con el fin de aislar el gancho metálico y evitar la oxidación. Esto mismo se debe aplicar en caso de colocar clips metálicos.

| | | |
|---|---|-----------------|
|   | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | Código: GGD.03 |
| | GUIA PARA LA ORGANIZACIÓN DE ARCHIVOS DE GESTIÓN Y TRANSFERENCIAS DOCUMENTALES | Version: 02 |
| | | Página 11 de 14 |

ANEXO I: INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO DE IDENTIFICACIÓN DE CARPETAS

Nombre Unidad Académica y/o Administrativa: Debe consignarse el nombre de la Unidad Académica y/o administrativa, que produce y conserva la documentación tramitada en ejercicio de sus funciones.

Código UAA: Debe colocarse el código que corresponde a la respectiva Unidad Académica y/o Administrativa.

Nombre de la Serie: Debe anotarse el nombre asignado a la serie, para ello, debe remitirse a las Tablas de Retención Documental, donde se encuentra la relación de series, sub-series y tipos documentales resultantes de cada una de las UAA de la Universidad.

Código de la Serie: Debe colocarse el código que corresponde a la serie que se archivará en la carpeta. Ver Tablas de Retención Documental.



Nombre de la Sub-serie: Debe anotarse el nombre asignado a la sub-serie, para ello, debe remitirse a las Tablas de Retención Documental, donde se encuentra la relación de series, sub-series y tipos documentales resultantes de cada una de las UAA de la Universidad.

Código de la Sub-Serie: Debe colocarse el código que corresponde a la sub-serie que se archivará en la carpeta. Ver Tablas de Retención Documental.

Carpeta No.: Se escribirá el número asignado a la carpeta en el respectivo proceso.

No. De Folios: Previamente se realizará la foliación de los documentos de acuerdo a la información de la Guía para la Organización de Archivos de Gestión y Transferencias documentales (GGD.03) y en la casilla **No. De Folios** se anotará el número total de folios contenido en la carpeta.

Fechas Extremas: Debe consignarse la fecha del documento más reciente y del más antiguo contenido en la carpeta. Deben colocarse los cuatro dígitos correspondientes al año. Ejemplo: 1950 – 1960. En el caso de una sola fecha se anotará ésta. Cuando la documentación no tenga fecha se anotará s.f. (sin fecha).

| | | |
|---|---|---------------------------------|
|   | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | Código: GGD.03 |
| | GUIA PARA LA ORGANIZACIÓN DE ARCHIVOS DE GESTIÓN Y TRANSFERENCIAS DOCUMENTALES | Versión: 02 Página: 12 de 14 |

ANEXO 2: INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO DE IDENTIFICACIÓN DE CAJAS

Nombre Unidad Académica y/o Administrativa: Debe consignarse el nombre de la Unidad Académica y/o administrativa, que produce y conserva la documentación tramitada en ejercicio de sus funciones.

Código UAA: Debe colocarse el código que corresponde a la respectiva Unidad Académica y/o Administrativa.

Código de la Serie: Debe colocarse el código que corresponde a la serie que se archivará en la caja. Ver Tablas de Retención Documental.

Caja No.: Se anotará el número consecutivo asignado a la caja dentro del Archivo Central.

No. De Legajos: Se anotará el número total de legajos contenidos en la caja.



No. De Libros: Se anotará el número total de libros contenidos en la caja.

No. De Carpetas: Se anotará el número total de carpetas contenidas en la caja.

Otros: Se consignarán los datos que sean relevantes y no se hayan registrado los espacios anteriores. Deberá registrarse la existencia de planos, disquetes, videos, CD's, fotografías o cualquier objeto del cual se hable en el documento principal y de éstos debe señalarse el número de unidades anexas de cada tipo.

Fechas Extremas: Debe consignarse la fecha del documento más reciente y del más antiguo contenido en la caja. Deben colocarse los cuatro dígitos correspondientes al año. Ejemplo: 1950 – 1960. En el caso de una sola fecha se anotará ésta. Cuando la documentación no tenga fecha se anotará s.f. (sin fecha).

Espacio en Blanco: En el espacio en blanco del formato, se registran los números asignados a cada una de las carpetas que se encuentran en la caja.

| | | |
|---|---|---------------------------------|
|   | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | Código: GGD.03 |
| | GUIA PARA LA ORGANIZACIÓN DE ARCHIVOS DE GESTIÓN Y TRANSFERENCIAS DOCUMENTALES | Versión: 02 Página: 12 de 14 |

ANEXO 2: INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO DE IDENTIFICACIÓN DE CAJAS

Nombre Unidad Académica y/o Administrativa: Debe consignarse el nombre de la Unidad Académica y/o administrativa, que produce y conserva la documentación tramitada en ejercicio de sus funciones.

Código UAA: Debe colocarse el código que corresponde a la respectiva Unidad Académica y/o Administrativa.

Código de la Serie: Debe colocarse el código que corresponde a la serie que se archivará en la caja. Ver Tablas de Retención Documental.

Caja No.: Se anotará el número consecutivo asignado a la caja dentro del Archivo Central.

No. De Legajos: Se anotará el número total de legajos contenidos en la caja.



No. De Libros: Se anotará el número total de libros contenidos en la caja.

No. De Carpetas: Se anotará el número total de carpetas contenidas en la caja.

Otros: Se consignarán los datos que sean relevantes y no se hayan registrado los espacios anteriores. Deberá registrarse la existencia de planos, disquetes, videos, CD's, fotografías o cualquier objeto del cual se hable en el documento principal y de éstos debe señalarse el número de unidades anexas de cada tipo.

Fechas Extremas: Debe consignarse la fecha del documento más reciente y del más antiguo contenido en la caja. Deben colocarse los cuatro dígitos correspondientes al año. Ejemplo: 1950 – 1960. En el caso de una sola fecha se anotará ésta. Cuando la documentación no tenga fecha se anotará s.f. (sin fecha).

Espacio en Blanco: En el espacio en blanco del formato, se registran los números asignados a cada una de las carpetas que se encuentran en la caja.

| | | |
|---|---|-----------------|
|   | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | Codigo: GGD.03 |
| | GUIA PARA LA ORGANIZACIÓN DE ARCHIVOS DE GESTIÓN Y TRANSFERENCIAS DOCUMENTALES | Versión: 02 |
| | | Página 13 de 14 |

**ANEXO 3
MODELO ACTA DE ELIMINACIÓN DE DOCUMENTOS DE APOYO**

Fecha:
Hora:
Lugar:

Asistentes:
(Nombre Jefe UAA) Jefe UAA
(Nombre Secretaria UAA) Secretaria UAA



Asunto: Eliminación de documentos de apoyo

Atentamente dejamos constancia de la eliminación que haremos de los siguientes documentos de apoyo, teniendo en cuenta que ya cumplieron su utilidad y por la calidad de los mismos no se encuentran en la Tabla de Retención Documental:

| NOMBRE DEL DOCUMENTO | FECHA DEL DOCUMENTO | No. DE FOLIOS | OBSERVACIONES |
|----------------------|---------------------|---------------|---------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

JEFE UAA



SECRETARIA UAA

| | | |
|---|---|------------------|
|   | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | Código: GGD.03 |
| | GUIA PARA LA ORGANIZACIÓN DE ARCHIVOS DE GESTIÓN Y TRANSFERENCIAS DOCUMENTALES | Version: 02 |
| | | Página: 14 de 14 |

CONTROL DE CAMBIOS

| VERSIÓN | FECHA DE APROBACIÓN | DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS |
|---------|----------------------|---|
| 01 | Noviembre 29 de 2007 | Creación del documento |
| 02 | Febrero 28 de 2008 | Se hizo necesario consolidar la "CARTILLA PARA EL MANEJO DE LOS ARCHIVOS DE GESTIÓN" con la versión 1 de la "GUÍA PARA LA ORGANIZACIÓN DE ARCHIVOS DE GESTIÓN Y TRANSFERENCIAS DOCUMENTALES". |

▪ GUÍA PARA LA CONSULTA DE DOCUMENTOS

| | | | |
|---|-------------------------------------|---|----------------|
|   | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | | Código: GGD.04 |
| | GUÍA PARA LA CONSULTA DE DOCUMENTOS | | Versión: 01 |
| | | | Página 1 de 3 |
| Revisó Dir. Certificación y Gestión Documental Auxiliar de Archivo | Aprobó Rector | Fecha de aprobación Noviembre 29 de 2007 Resolución N° 1843 | |

1. OBJETIVO



Definir los lineamientos para la consulta de documentos de archivo.

2. ALCANCE

Aplica a todos los documentos que se encuentren en los archivos de gestión y en el archivo central.

3. DEFINICIONES Y/O ABREVIATURAS

- **Archivo Central:** Es aquel en el que se agrupan documentos transferidos por los distintos archivos de gestión de la entidad respectiva, cuya consulta no es tan frecuente pero que siguen teniendo vigencia y son objeto de consulta por las propias oficinas y particulares en general.
- **Archivo de Gestión:** Comprende toda la documentación que es sometida a continua utilización y consulta administrativa por las oficinas productoras u otras que la soliciten. Su circulación o trámite se realiza para dar respuesta o solución a los asuntos iniciados.
- **Archivo Histórico:** Es aquel al que se transfieren desde el archivo central los documentos de conservación permanente.
- **Consulta:** Es el acceso a un documento o grupo de documentos con el fin de conocer la información que contienen. La consulta garantiza el derecho que tienen los usuarios (ciudadanos, Unidades Académico-Administrativas, entes de control, etc.) de acceder a la información que se encuentra en los documentos de archivo y también de obtener copias, si son necesarias.
- **DCGD:** Dirección de Certificación y Gestión Documental.
- **Formato Único de Inventario Documental:** Instrumento que describe la relación sistemática y detallada de las unidades de un fondo (archivo de una entidad), con el fin de asegurar el control de los documentos en sus diferentes fases.
- **UAA:** Unidad Académica y/o administrativa.

| | | |
|---|--|----------------|
|   | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | Código: GGD.04 |
| | GUÍA PARA LA CONSULTA DE DOCUMENTOS | Versión:01 |
| | | Página 2 de 3 |

4. CONTENIDO DE LA GUÍA

4.1 CONSULTA DE DOCUMENTOS EN LOS ARCHIVOS DE GESTIÓN

La consulta de los documentos en los archivos de gestión, por parte de otras UAA o de los ciudadanos, deberá efectuarse permitiendo el acceso a los documentos cualquiera que sea su soporte. Si el interesado desea que se le expidan copias o fotocopias, ésta deberán ser autorizadas por el jefe de la respectiva UAA y sólo se permitirá cuando la información no tenga carácter de reservado conforme a la Constitución o a las Leyes. En la correspondiente UAA se llevará el registro de préstamo.

4.2 PRÉSTAMO DE DOCUMENTOS EN LOS ARCHIVOS DE GESTIÓN PARA TRÁMITES INTERNOS

En el evento que se requiera trasladar un expediente a otra UAA en calidad de préstamo, la dependencia productora deberá llevar un registro en el que se consigne la fecha del préstamo, identificación completa del expediente, número total de folios, nombre y cargo de quien retira el expediente y término perentorio para su devolución. Vencido el plazo, el responsable de la UAA productora deberá hacer exigible su devolución inmediata.

4.3 CONSULTA DE DOCUMENTOS EN EL ARCHIVO CENTRAL



La primera fuente de consulta de los documentos en el Archivo Central para las UAA, será la copia del Formato Único de Inventario Documental devuelta por la DCGD, en donde constan todos los elementos de información para facilitar su recuperación.

El préstamo de documentos para consulta o fotocopia, por parte de los funcionarios de las diferentes UAA, se realizará previo diligenciamiento del *formato Relación Préstamo de Documentos*, donde se consigna el número de carpeta, caja, cantidad de folios, nombre del expediente, funcionario que entrega, usuario (funcionario que retira), UAA solicitante, fecha de entrega, fecha de devolución y firma.

El préstamo de documentos para consulta o fotocopia, requerido por otras entidades o personas particulares debe hacerse solamente con el visto bueno del Director de Certificación y Gestión Documental, a la solicitud escrita motivada por la respectiva entidad o particular; dichos usuarios se harán responsables por el cuidado y entrega oportuna de los documentos.

La salida temporal de documentos, sólo se hará en casos imprescindibles. El Director de Certificación y Gestión Documental autorizará la salida temporal de documentos originales, copias o expedientes del Archivo Central sólo en los siguientes eventos:

- a) Por solicitud expresa del jefe de la UAA productora de los documentos;
- b) Por solicitud de entes judiciales, fiscales o de control;

| | | |
|---|--|-----------------------------|
|   | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | Código: GGD.04 |
| | GUÍA PARA LA CONSULTA DE DOCUMENTOS | Versión:01 Página 3 de 3 |


c) Por motivos técnicos como la reprografía (microfilmación, fotocopiado) o procesos de restauración.

En caso de documentos que se encuentran microfilmados, para la consulta debe presentarse también, la solicitud del Jefe de la UAA productora de los documentos. En la DCGD se realiza la búsqueda inicialmente en el Formato Único de Inventario Documental, para saber el número del rollo en el cual se encuentra la información y posteriormente, en el respectivo rollo por medio del lector de microfilm.

CONTROL DE CAMBIOS

| VERSIÓN | FECHA DE APROBACIÓN | DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS |
|---------|----------------------|-----------------------------------|
| 01 | Noviembre 29 de 2007 | Creación del documento |

▪ GUÍA PARA LA MICROFILMACIÓN

| | | | |
|---|-----------------------------|---|------------------------------|
|   | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | | Código: GGD.05 |
| | GUÍA PARA LA MICROFILMACIÓN | | Versión: 02 Página 1 de 5 |
| Revisó Dir. Certificación y Gestión Documental Técnico de Microfilmación | Aprobó Rector | Fecha de aprobación Noviembre 29 de 2007 Resolución Nº 1843 | |

1. OBJETIVO

Definir los lineamientos para la realización del proceso de microfilmación de documentos.

2. ALCANCE

Aplica a la preparación de los documentos internos y externos que son enviados de las UAA a la Dirección de Certificación y Gestión Documental hasta la entrega de los rollos microfilmados para su revelado y duplicado.

3. DEFINICIONES Y/O ABREVIATURAS

- **Correcciones ó Remicrofilmaciones:** Se entiende como correcciones o remicrofilmaciones, la operación realizada una vez se han revisado los rollos de microfilmación y se han encontrado documentos que inicialmente se reportaron como faltantes, o fotogramas con defectos graves que deben ser microfilmados para ser anexados en una tira apéndice; otro procedimiento utilizado, es reunir las remicrofilmaciones de varios rollos en uno solo de correcciones.



Se hará todo esfuerzo posible para conservar el número de empalmes al mínimo y se harán en el negativo original antes de duplicar. (NTC 3723).

En las retomas de microfilmación se debe tener en cuenta el siguiente orden:

- Acta Inicial de Apéndice.
- Tarjeta Técnica.
- Tarjetas Especiales si son aplicables.
- Documentos a ser microfilmados.
- Acta Final de Apéndice.

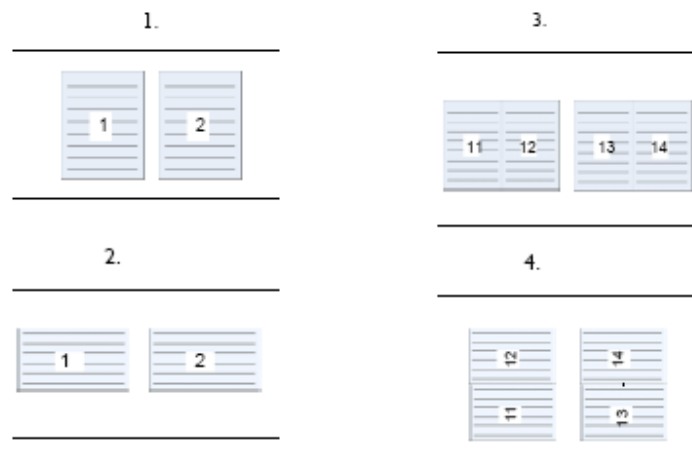
- **Diafragma:** Dispositivo que permite graduar la cantidad de luz que recibe la superficie sensible.
- **Emulsión:** Suspensión coloidal de bromuro de plata en gelatina que forma la capa sensible a la luz del material fotográfico. Superficie sensible.
- **Flash:** Sistema de codificación para separar grupos documentales en el rollo.
- **Lumen:** Unidad de flujo luminoso del Sistema Internacional, que equivale al flujo luminoso emitido por una fuente puntual uniforme situada en el vértice de un ángulo sólido de un estereorradián y cuya intensidad es una candela. Unidad de medida de las ondas luminosas
- **Microfilm:** Fotografía en película generalmente de 16 o 35 milímetros, utilizada en reproducción de documentos.
- **Microfilmación:** Técnica fotográfica de registrar en películas de sales de plata, imágenes de documentos, con reducciones, que de acuerdo al equipo utilizado permite superar muchas veces su tamaño original.


4. CONTENIDO DE LA GUÍA

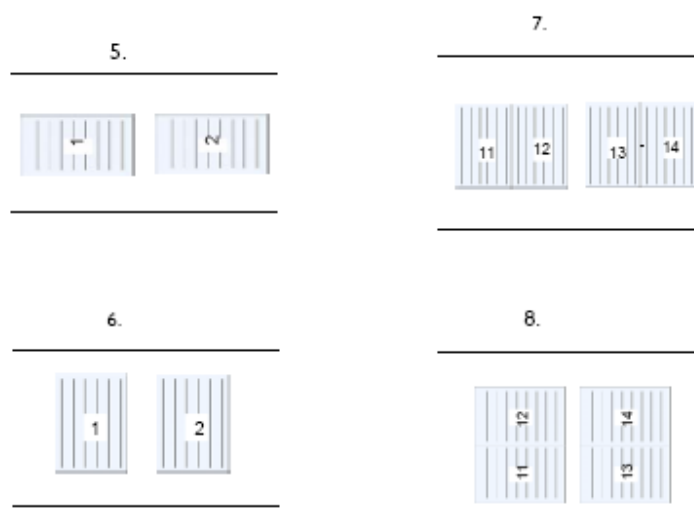
| | | |
|---|---------------------------------|----------------|
|   | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | Codigo: GGD.05 |
| | GUIA PARA MICROFILMACIÓN | Versión: 02 |
| | | Página: 2 de 5 |

4.1 CONSIDERACIONES ANTES DE LA MICROFILMACIÓN

- Los documentos deben ser microfilmados de manera uniforme para que queden reproducidos de manera íntegra.
- Los renglones de texto deben quedar paralelos al borde de la película del rollo en posiciones mostradas en las figuras 1, 2, 3, y 4 o perpendiculares al borde de la película en posiciones mostradas en las figuras 5, 6, 7 y 8
- El grado de reducción debe determinarse por el tamaño y la calidad de los caracteres de los documentos, la calidad del sistema cámara/película y el tamaño de los documentos a ser microfilmados.
- La orientación del documento en el microfilm y el tamaño de éste deben determinarse en relación con el grado de reducción que acomodará el documento y la calidad deseada. El formato de microfilmación y el grado de reducción seleccionados deben permitir la legibilidad de los caracteres alfanuméricos más pequeños en una película de distribución proyectada sobre la pantalla de un lector y en una copia-dura (papel u otro medio).
- Las imágenes se deben registrar preferiblemente de manera horizontal 1, 2, 3, y 4. Si esta organización no es posible, las imágenes se deben situar en cualquiera de las demás orientaciones 5, 6, 7 y 8.



| | | |
|---|---------------------------------|----------------|
|  | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | Codigo: GGD.05 |
| | GUIA PARA MICROFILMACIÓN | Version: 02 |
| | | Página 3 de 5 |





4.2. PROCESO DE MICROFILMACIÓN

4.2.1 Montaje del rollo

- Cada rollo debe tener al principio y al final un mínimo de 104 cm de película no expuesta. Para las Cámaras planetarias MRD2 se aproxima a 10 vueltas y para la Cámara Canon Filmer 100, es equivalente a un pulso automático de avance al botón Leader tráiler.
- El rollo debe ser montado en la cámara con oscuridad total o utilizando luz roja tenue.
- El rollo debe estar bien enhebrado en la cámara pasando por el diafragma, para permitir un recorrido suave. La emulsión debe quedar de cara al espacio focal para que la imagen sea grabada.

4.2.2 Intensidad de la Luz

Si se usan las Cámaras MRD2, se verifica la intensidad de luz de cada bombilla individual y grupalmente; si se usa la Cámara Canon Filmer 100, se verifica que el tiempo de exposición sea el requerido para los documentos a microfilm, según lo determinado en las pruebas



| | | |
|---|---------------------------------|----------------|
|   | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | Código: GGD.05 |
| | GUIA PARA MICROFILMACIÓN | Version: 02 |
| | | Página: 4 de 5 |

realizadas para los rollos que se están utilizando. Se debe verificar que el lente esté en posición con la reducción a utilizar.

4.2.3 Microfilmación

- El Operador de Microfilmación realiza el acta inicial del respectivo rollo a microfilmar.
- Se preparan, organizan y microfilman los documentos. El contenido y orden de los documentos a microfilmarse es el consignado en la tabla siguiente.
- Terminado el proceso de microfilmación se elaborará por parte del Operador de Microfilmación el acta final.

| NOMBRE DEL DOCUMENTO | CONTENIDO |
|--|---|
| Tarjeta de Iniciación de Rollo | Símbolo descrito en la norma NTC 4080 o la palabra "COMIENZO" |
| Símbolos gráficos | Hoja que contiene la descripción de cada uno de los símbolos gráficos que se utilizan durante el proceso de microfilmación. |
| Número del rollo | Número del rollo que se está utilizando. |
| Tarjeta de Título | Descripción total o abreviada del documento a ser encontrado en la película: nombre del archivo a microfilmarse, nombre del microfilmador, fecha de microfilmación, especificaciones de la película, equipo utilizado y datos del rollo (número, reducción y voltaje). |
| Tarjeta especial: Tarjeta de restricción o clasificación | Cualquier restricción sobre acceso, uso o normatividad legal vigente; por ejemplo el Acto Administrativo interno que aprueba el procedimiento de microfilmación (Resolución 278 / 75 de Rectoría). |
| Tarjeta Técnica | Grado de reducción utilizado; escala métrica de referencia; test ISO No. 1 ó No. 2; símbolo que indica si el documento original estaba en color o en blanco y negro; blancos de reflectancia. |
| Acta Inicial | Número de orden del rollo y fecha en que se comienza; nombre de la entidad o persona a quien pertenezca el archivo; la determinación de lo que se va a copiar en él, el nombre y firma de la persona bajo cuya responsabilidad se va a hacer la respectiva microfilmación y firma del Director de Certificación y Gestión Documental. |
| Documentos a microfilmarse | Documentos preparados y listos para ser referenciados en el acta inicial. |
| Tarjetas aclaratorias | Se utilizan a lo largo de la película para dar información acerca de la condición del documento original, la reproducción o para separar un grupo de documentos en el mismo rollo. |
| Acta Final | Se microfilma después del último documento y debe constar: fecha en que se terminó de microfilmarse el |


| | | |
|---|----------------------------|----------------|
|   | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | Código: GGD.05 |
| | GUÍA PARA MICROFILMACIÓN | Versión: 02 |
| | | Página: 5 de 5 |

| | |
|-----------------------------------|--|
| | respectivo rollo; número de orden del rollo y cantidad de documentos que contiene, a ser posible con una lista o detalle de ellos; estado en que haya quedado microfilmada la cinta, expresando los vicios que tenga: los espacios en blanco que hayan quedado, las correcciones que se le hayan hecho, etc.; el nombre y firma de la persona bajo cuya responsabilidad se hizo la microfilmación del respectivo rollo y firma del Director de Certificación y Gestión Documental. |
| Tarjeta de finalización del rollo | Símbolo descrito en la norma NTC 4080 o la palabra "FINAL". |

CONTROL DE CAMBIOS

| VERSIÓN | FECHA DE APROBACIÓN | DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS |
|---------|----------------------|--|
| 01 | Noviembre 29 de 2007 | - Creación del documento |
| 02 | Febrero 28 de 2008 | - Cambio de terminología empleada en el documento. - Aclaración de actividades del proceso de microfilmación. - Modificación del Alcance |

▪ **GUÍA PARA EL REVELADO Y DUPLICADO DE ROLLOS**

| | | | |
|---|--|---|------------------------------|
|  | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | | Código: GGD.06 |
| | GUÍA PARA EL REVELADO Y DUPLICADO DE ROLLOS | | Versión: 02 Página 1 de 3 |
| Revisó Dir. Certificación y Gestión Documental Técnico de Microfilmación | Aprobó Rector | Fecha de aprobación Noviembre 29 de 2007 Resolución N° 1843 | |

1. OBJETIVO

Definir los lineamientos para la realización del proceso de revelado y duplicado de rollos.

2. ALCANCE

Aplica a todos los rollos microfilmados que serán objeto de revelado y duplicado hasta el envío del rollo original al archivo de seguridad.

3. DEFINICIONES Y/O ABREVIATURAS



- **Correcciones ó Remicrofilmaciones:** Se entiende como correcciones o remicrofilmaciones, la operación realizada una vez se han revisado los rollos de microfilmación y se han encontrado documentos que inicialmente se reportaron como faltantes, o fotogramas con defectos graves que deben ser microfilmados para ser anexados en una tira apéndice; otro procedimiento utilizado, es reunir las remicrofilmaciones de varios rollos en uno solo de correcciones.
- **Fijador:** Es un producto químico utilizado para eliminar el haluro de plata de una emulsión dejando la plata negra.
- **Microfilm:** Fotografía en película generalmente de 16 o 35 milímetros, utilizada en reproducción de documentos.
- **Microfilmación:** Técnica fotográfica de registrar en películas de sales de plata, imágenes de documentos, con reducciones, que de acuerdo al equipo utilizado permite superar muchas veces su tamaño original.
- **Revelado:** Tratamiento que permite hacer visible la imagen latente, conseguida mediante la exposición del material sensible.
- **Equipo Procesador:** Máquina empleada para realizar las diversas operaciones del proceso fotográfico.
- **Revelador:** Es aquella solución o compuesto que transforma los haluros de plata de la imagen latente en plata negra haciéndola una imagen visible.

4. CONTENIDO DE LA GUÍA

4.1 REVELADO DE ROLLOS

4.1.1 Preparación inicial del proceso

- El proceso inicia con la identificación del rollo, lo cual se deja evidencia en el formato **Control de rollos a procesar en el laboratorio FGD.17**

| | | |
|---|--|----------------|
|   | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | Codigo: GGD.06 |
| | GUÍA PARA EL REVELADO Y DUPLICADO DE ROLLOS | Versión: 02 |
| | | Página 2 de 3 |

- Preparar los reactivos necesarios, es decir, diluir el revelador y el fijador en agua destilada de acuerdo a las indicaciones del producto.
- Ajustar el equipo procesador, lo cual consiste en acondicionar los recipientes en sus respectivos líquidos, y los juegos de rodillos en la posición correspondiente de acuerdo a su numeración.
- Revisar la presión y temperatura del agua del revelador y de secado.
- Calibrar la temperatura en los líquidos y en el secado, y la presión del agua en los equipos.
 - De la preparación del equipo se debe dejar evidencia en el formato **Control para calibración del equipo procesador FGD.16**
- Marcar la caja donde se almacenará el rollo, con el número y contenido general del mismo.

4.1.2 Revelado

- Realiza el revelado y el control de calidad de los rollos, dejando evidencia en el formato **Control de calidad de los rollos procesados FGD. 18**
- Realiza la limpieza del equipo procesador, deposita los residuos del revelador y fijador en los respectivos recipientes para su almacenamiento y posterior retiro (desechos químicos)
- Verificar la legibilidad de la información en el rollo y confrontar el material microfilmado con lo relacionado en las Actas inicial y final del proceso de microfilmación.
- Si se presentan faltantes o documentos no legibles, el Técnico de Microfilmación debe elaborar el Acta Inicial y final de Apéndice y entregársela con el listado de documentos a remicrofilmarse al Operador de Microfilmación.
- Una vez los documentos sean remicrofilmados el Técnico de Microfilmación debe realizar las aclaraciones necesarias en el stiker de la caja.



4.2 DUPLICADO DE ROLLOS

4.2.1 Preparación de equipos

- Calibrar la duplicadora, verificando la intensidad de luz requerida y que la cámara de vacío funcione adecuadamente.

4.2.2 Duplicado

- Realizar el proceso de duplicado siguiendo los pasos 4.1.1 y 4.1.2 del ítem anterior.
- Enviar original del rollo al archivo de seguridad. La copia se archiva en la Dirección de Certificación y Gestión Documental en condiciones de temperatura y humedad relativa adecuadas.



| | | |
|---|--|----------------|
|   | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | Código: GGD.06 |
| | GUÍA PARA EL REVELADO Y DUPLICADO DE ROLLOS | Versión: 02 |
| | | Página 3 de 3 |



CONTROL DE CAMBIOS


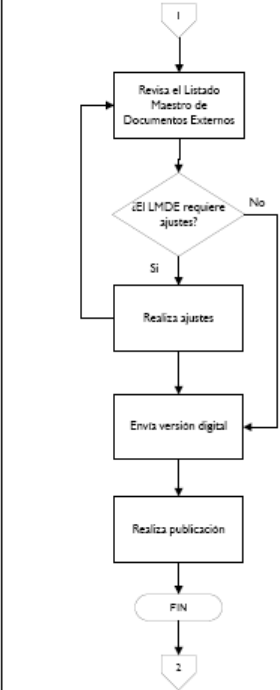
| VERSIÓN | FECHA DE APROBACIÓN | DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS |
|---------|----------------------|--|
| 01 | Noviembre 29 de 2007 | - Creación del documento |
| 02 | Febrero 28 de 2008 | - Cambio de terminología empleada - Aclaración de actividades - Modificación del Alcance |



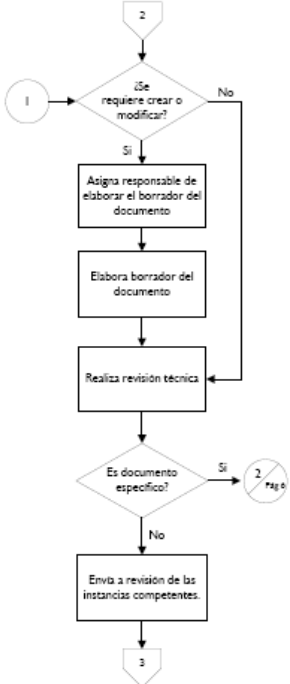
PROCEDIMIENTOS

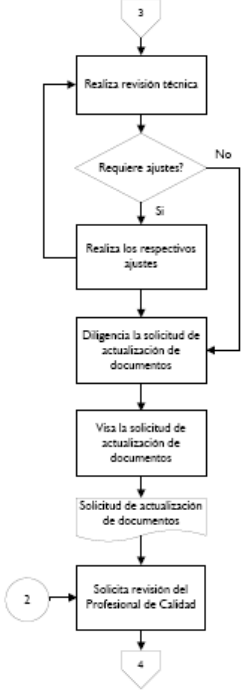
▪ PROCEDIMIENTO CONTROL DE DOCUMENTOS



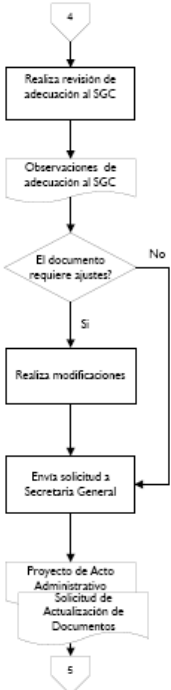
| | | | |
|---|--|---|------------------------|
|   | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | | Código: PCD001 |
| | PROCEDIMIENTO CONTROL DE DOCUMENTOS | | Versión: 01 |
| | | | Página: 1 de 11 |
| Revisó: Secretario General Vicerrector Administrativo Director de Certificación y Gestión Documental | Aprobó: Vicerrector Académico | Fecha de aprobación: Noviembre 19 de 2007 Resolución N° 1736 | |
| OBJETIVO | | ALCANCE | |
| <p>Establecer las actividades necesarias para el control de los documentos en los procesos de apoyo de la Universidad Industrial de Santander conforme los requisitos de la norma ISO 9001:2000.</p> | | <p>Aplica a todos los documentos internos y externos que se utilicen dentro de los Procesos de apoyo de la Universidad Industrial de Santander. Los reglamentos son un tipo especial de documento que se rigen por lo establecido en el Estatuto General de la Universidad y no por lo descrito en el presente procedimiento.</p> | |
| NORMATIVIDAD | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • NTC ISO 9001:2000. • Estatuto General de la Universidad Industrial de Santander (1994) | | | |
| DEFINICIONES Y/O ABREVIATURAS | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Acto administrativo: Expresión de voluntad de la autoridad que crea, extinga o modifique una situación jurídica. • Acuerdo: Acto administrativo generado por los Consejos Superior, Académico y de Facultad. • Copia no controlada: Copia de documentos que se entregan por solicitudes específicas y que no es necesario recoger ni cambiar en caso de actualización. • Documento: Información y su medio de soporte. • Documento interno: Documento diseñado para el SGC de la Universidad. Ej.: procedimiento, guía, instructivo, entre otros. En la UIS se han catalogado estos documentos como específicos, transversales u obligatorios de norma ISO 9001:2000. • Documento específico: Documento de aplicación particular en un proceso de la Universidad. • Documento transversal: Documento de aplicación en varios de los procesos de la Universidad. • Documento externo: Documento generado por entidades externas a la Universidad, pero que es requerido en los procesos. Ej.: normas, especificaciones técnicas, leyes, decretos, resoluciones externas, entre otros. | | | |


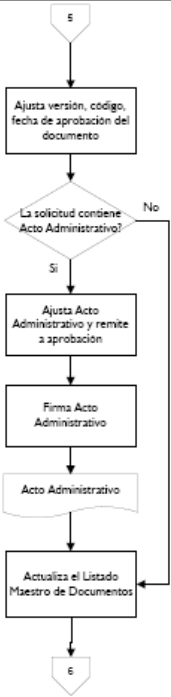
| | | |
|--|--|-------------------------------|
|   | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | Código: PGD01 |
| | PROCEDIMIENTO CONTROL DE DOCUMENTOS | Versión :01 Página 2 de 11 |
| DEFINICIONES | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Documento obsoleto: Documento que ya no se utiliza, debido a que existe una actualización del mismo. • Formato: Plantilla destinada especialmente a la consignación o anotación de datos. • Guía: Documento que establece observaciones y lineamientos a seguir para asegurar el cumplimiento de los objetivos. • Instructivo: Descripción detallada sobre cómo efectuar las actividades y procesos de manera coherente, llegando a un nivel de detalle amplio. • Manual: Documento que contiene información clasificada sobre un aspecto determinado. Es un compendio de información fácilmente accesible. • Manual de Calidad: Documento que describe el Sistema de Gestión de la Calidad de la Universidad. • Procedimiento: Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso. • Proceso: Conjunto de recursos y actividades interrelacionadas que transforman elementos de entrada en resultados. • Protocolo Médico: Documento que describe el conjunto de recomendaciones y procedimientos técnico-médicos necesarios para la atención de una situación específica de salud. • Registro: Documento que suministra evidencia objetiva de actividades efectuadas o de resultados alcanzados. • Reglamento: Colección ordenada de reglas o preceptos, que por la autoridad competente se da para el desarrollo y cumplimiento de una norma superior. • Resolución: Acto administrativo generado por la Rectoría, Vicerrectorías, Decanaturas de la Universidad y dependencias delegadas. • SGC: Sistema de Gestión de la Calidad | | |
| CONSIDERACIONES | | |
| <p>Documentos internos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los documentos internos se mantienen de manera actualizada en la Intranet y la División de Servicios de Información realiza las copias de seguridad respectivas. Todo documento impreso se considera como Copia no Controlada. • La creación o anulación de los documentos, requiere de acto administrativo. Las modificaciones están a cargo de las instancias definidas para realizar la revisión técnica, de acuerdo con la delegación otorgada (Ver anexo I). En los casos que las instancias de revisión lo consideren necesario, las modificaciones se realizan a través de acto administrativo (de acuerdo con el impacto de la modificación). • En el caso del Manual de Funciones, la Dirección de la Universidad determina las instancias competentes de realizar la elaboración, revisión y aprobación. • Todos los documentos internos del SGC, deben registrarse por la normatividad de la Universidad. • El Líder de cada proceso es responsable de que el personal realice las actividades de acuerdo a lo establecido en la documentación. <p>Documentos externos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todo documento de origen externo debe estar relacionado en el Listado Maestro de Documentos Externos y publicado en la página Web de la Universidad. | | |


|  | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | | Código : PGD.01 |
|--|--|--|--|
| | PROCEDIMIENTO CONTROL DE DOCUMENTOS | | Versión : 01 |
| | | | Página 4 de 11 |
| DIAGRAMA DE FLUJO | DESCRIPCIÓN | RESPONSABLE | DOCUMENTOS DE REFERENCIA |
|  <pre> graph TD Start([1]) --> Step1[Revisa el Listado Maestro de Documentos Externos] Step1 --> Decision{¿El LMDE requiere ajustes?} Decision -- Si --> Step2[Realiza ajustes] Step2 --> Step3[Envía versión digital] Decision -- No --> Step3 Step3 --> Step4[Realiza publicación] Step4 --> End([FIN]) End --> Connector2[2] </pre> | <p>3. Revisa y verifica que todos los campos del Listado Maestro de Documentos Externos estén diligenciados correctamente.</p> <p>4. Realiza los ajustes necesarios y envía nuevamente a Secretaría General.</p> <p>5. Envía versión digital del Listado Maestro de Documentos Externos a la División de Servicios de Información para su publicación en la Web.</p> <p>6. Realiza la publicación del documento en la Web.</p> | <p>Auxiliar de Secretaría General</p> <p>Líder del Proceso</p> <p>Secretario General</p> <p>Funcionario de la División de Servicios de Información</p> | <p>Listado Maestro de documentos Externos FGD.02</p> <p>Listado Maestro de documentos Externos FGD.02</p> <p>Listado Maestro de documentos Externos FGD.02</p> |

|   | | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | | Código : PGD.01 |
|--|--|--|---|------------------------|
| | | PROCEDIMIENTO CONTROL DE DOCUMENTOS | | Versión : 01 |
| | | | | Página 5 de 11 |
| DIAGRAMA DE FLUJO | DESCRIPCIÓN | RESPONSABLE | DOCUMENTOS DE REFERENCIA | |
|  <pre> graph TD Start([2]) --> D1{¿Se requiere crear o modificar?} D1 -- No --> RT[Realiza revisión técnica] D1 -- Si --> A[Asigna responsable de elaborar el borrador del documento] A --> E[Elabora borrador del documento] E --> RT RT --> D2{Es documento específico?} D2 -- Si --> Fin([2 Fin]) D2 -- No --> R[Envía a revisión de las instancias competentes] R --> End([3]) </pre> | <p>7. En caso de Documentos Internos, si está de acuerdo con la necesidad de creación o modificación, asigna el responsable de elaborar el borrador del documento.</p> <p>8. Elabora el borrador del documento de acuerdo con la guía para la elaboración de documentos y lo entrega al líder del proceso para su revisión.</p> <p>9. Realiza la revisión técnica, y si lo considera necesario, asigna un funcionario con la competencia requerida para acompañar la revisión. En el caso de anulación, revisa la pertinencia de la anulación.</p> <p>10. En caso de documento transversal u obligatorio de la norma ISO 9001, el Líder del Proceso solicita la revisión a las instancias competentes (ver anexo I).</p> | <p>Líder del proceso y/o grupo primario</p> <p>Funcionario asignado</p> <p>Líder del proceso y/o funcionario asignado</p> <p>Líder del proceso</p> | <p>Guía para elaboración de documentos GGD.01</p> | |

| DIAGRAMA DE FLUJO | DESCRIPCIÓN | RESPONSABLE | DOCUMENTOS DE REFERENCIA |
|---|--|--|---|
|  <pre> graph TD 3[3] --> A[Realiza revisión técnica] A --> B{Requiere ajustes?} B -- Si --> C[Realiza los respectivos ajustes] B -- No --> D[Diligencia la solicitud de actualización de documentos] C --> D D --> E[Visa la solicitud de actualización de documentos] E --> F[Solicitud de actualización de documentos] F --> G[Solicita revisión del Profesional de Calidad] 2((2)) --> G G --> 4[4] </pre> | <p>11. Revisa el documento y realiza las respectivas observaciones al líder del proceso solicitante. En el caso de anulación, revisa la pertinencia de la anulación.</p> <p>12. Realiza los ajustes necesarios.</p> <p>13. Diligencia el Formato de Solicitud de Actualización de Documentos y lo entrega a las instancias competentes para el visado correspondiente.</p> <p>14. Visa la solicitud de actualización de documentos, como constancia de su conformidad.</p> <p>15. Una vez finalizada la revisión técnica del documento envía un comunicado al Profesional de Calidad para solicitar la revisión de adecuación al SGC adjuntando el documento en medio digital.</p> | <p>Instancia competente (Ver anexo 1)</p> <p>Líder del proceso y/o funcionario asignado</p> <p>Líder del proceso y/o funcionario asignado</p> <p>Instancia competente</p> <p>Líder del Proceso</p> | <p>Solicitud de actualización de documentos FGD 22</p> <p>Solicitud de actualización de documentos FGD 22</p> |

|   | | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | | Código : PGD.01 |
|---|--|--|--|-------------------------|
| | | PROCEDIMIENTO CONTROL DE DOCUMENTOS | | Versión : 01 |
| | | | | Página : 7 de 11 |
| DIAGRAMA DE FLUJO | DESCRIPCIÓN | RESPONSABLE | DOCUMENTOS DE REFERENCIA | |
|  <pre> graph TD Start([4]) --> A[Realiza revisión de adecuación al SGC] A --> B[/Observaciones de adecuación al SGC/] B --> C{El documento requiere ajustes?} C -- Si --> D[Realiza modificaciones] C -- No --> F[Envía solicitud a Secretaría General] D --> F F --> E[/Proyecto de Acto Administrativo Solicitud de Actualización de Documentos/] E --> End([5]) </pre> | <p>16. Revisa la coherencia del documento con los parámetros establecidos en el SGC de acuerdo con la Guía para elaboración de documentos y realiza las observaciones pertinentes.</p> <p>17. Cuando se requiera, realiza los ajustes al documento, a partir de las observaciones emitidas por el Profesional de Calidad</p> <p>18. Envía un comunicado a Secretaría General para solicitar la actualización de documentos con los siguientes adjuntos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Solicitud de Actualización de Documentos FGD.22, visada por la instancias que realizaron la revisión. ■ En caso de una creación o modificación, documento en medio digital. ■ El Proyecto de Acto Administrativo, si es requerido (ver consideraciones). Debe presentarse en medio digital e impreso; éste último debe llevar el visado del Líder del proceso que realiza la solicitud, o del Vicerrector Administrativo en caso de documentos obligatorios. | <p>Profesional (Calidad)</p> <p>Líder del proceso y/o funcionario asignado</p> <p>Líder del Proceso y/o Vicerrector Administrativo</p> | <p>Guía para elaboración de documentos GGD.01</p> <p>Observaciones de adecuación al SGC</p> <p>Solicitud de Actualización de Documentos FGD.22</p> | |

|  | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | | Código: PGD.01 |
|--|--|---|--|
| | PROCEDIMIENTO CONTROL DE DOCUMENTOS | | Versión : 01 |
| | | | Página 7 de 11 |
| DIAGRAMA DE FLUJO | DESCRIPCIÓN | RESPONSABLE | DOCUMENTOS DE REFERENCIA |
|  <pre> graph TD S([S]) --> A[Ajusta versión, código, fecha de aprobación del documento] A --> D{¿La solicitud contiene Acto Administrativo?} D -- No --> E22[Actualiza el Listado Maestro de Documentos] D -- Si --> B[Ajusta Acto Administrativo y remite a aprobación] B --> C[Firma Acto Administrativo] C --> D2[Acto Administrativo] D2 --> E22 E22 --> E([E]) </pre> | <p>19. Ajusta el número de versión en el documento; si es un nuevo documento, asigna el código correspondiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actualiza los ítems de: aprobó y fecha de aprobación (incluir número de resolución, cuando aplique). - Actualiza la fecha de aprobación en el control de cambios. <p>20. Si la solicitud contiene Acto Administrativo, ajusta y firma el Acto Administrativo. Lo remite para firma de la Instancia competente de aprobación (Ver anexo 1).</p> <p>21. Firma el Acto Administrativo de aprobación del documento y devuelve a Secretaría General para su correspondiente notificación y publicación.</p> <p>22. Actualiza el Listado Maestro de Documentos Internos, con base en la Solicitud de Actualización de Documentos.</p> | <p>Auxiliar de Secretaría General</p> <p>Secretario General</p> <p>Instancia competente</p> <p>Auxiliar de Secretaría General</p> | <p>Acto Administrativo</p> <p>Listado Maestro de Documentos Internos FGD.01</p> <p>Solicitud de Actualización de Documentos FGD.22</p> |

| DIAGRAMA DE FLUJO | DESCRIPCIÓN | RESPONSABLE | DOCUMENTOS DE REFERENCIA |
|---|---|---|--------------------------|
|  <pre> graph TD Start([6]) --> Step1[Informa al Líder del proceso de la actualización] Step1 --> Step2[Envía versión digital] Step2 --> Step3[Publica y actualiza Web] Step3 --> Step4[Socializa los cambios realizados.] Step4 --> End([FIN]) </pre> | <p>23. Confirma al Líder del Proceso de la actualización del documento y de la emisión del Acto Administrativo, cuando aplique.</p> <p>24. Envía los documentos en medio digital a la División de Servicios de Información para su publicación en la Web. En caso de anulación, solicita la eliminación del documento.</p> <p>25. Realiza la publicación o eliminación del documento.</p> <p>26. Cuando se actualice un documento, se socializa a los usuarios del mismo.</p> | <p>Auxiliar de Secretaría General</p> <p>Secretario General</p> <p>Funcionario de la División de Servicios de Información</p> <p>Líder del proceso y/o funcionario asignado</p> | |

CONTROL DE CAMBIOS

| VERSIÓN | FECHA DE APRORACIÓN | DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS |
|---------|----------------------|-----------------------------------|
| 01 | Noviembre 19 de 2007 | Creación del Documento |
| | | |
| | | |

ANEXOS


Anexo No 1. Instancias de elaboración, revisión y aprobación de documentos

| DOCUMENTO | ELABORACIÓN | REVISIÓN | | APROBACIÓN * |
|--|---|--|-----------------------|------------------------|
| | | TÉCNICA | DE ADECUACIÓN AL SGC | |
| Documentos obligatorios de Norma ISO 9001:2000 | Seguimiento Institucional Gestión Documental | Líder del proceso que generó el documento Vicerrector administrativo Líderes de procesos involucrados | Profesional (Calidad) | Rector |
| Documentos transversales | Funcionario asociado a un proceso | Líder del proceso que generó el documento Funcionario de Planeación** Líderes de procesos involucrados | Profesional (Calidad) | Rector |
| Documentos específicos | Funcionario asociado a un proceso | Líder del proceso y/o funcionario con la competencia técnica requerida | Profesional (Calidad) | Rector o Vicerrectores |

* La creación o anulación de los documentos, requiere de acto administrativo. Las modificaciones están a cargo de las instancias definidas para realizar la revisión técnica, de acuerdo con la delegación otorgada y según el impacto, éstas deben ir acompañada de acto administrativo.


La revisión técnica de Planeación se realiza a los documentos transversales de los procesos: **Financiero, Talento Humano, Contratación y Admisiones y Registro Académico.

▪ PROCEDIMIENTO CONTROL DE REGISTROS

| | | | |
|--|------------------------------------|---|-----------------|
|  | GESTIÓN DOCUMENTAL | | Código : PGD.02 |
| | PROCEDIMIENTO CONTROL DE REGISTROS | | Versión : 01 |
| | | | Página 1 de 5 |
| Revisó: Secretario General Director de Certificación y Gestión Documental Vicerrector Administrativo | Aprobó: Vicerrector Académico | Fecha de aprobación: Noviembre 19 de 2007 Resolución N° 1736 | |
| OBJETIVO | | ALCANCE | |
| Establecer las actividades necesarias para la identificación, el almacenamiento, la protección, la recuperación, el tiempo de retención y la disposición de los registros del Sistema de Gestión de la Calidad. | | Aplica a todos los registros que se utilicen dentro de los Procesos de Apoyo de la Universidad Industrial de Santander. | |
| NORMATIVIDAD | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • NTC ISO 9001:2000 • Ley General de Archivos. Ley 594 de 2000 | | | |
| DEFINICIONES | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Archivo central: Es aquel en el que se agrupan documentos transferidos por los distintos archivos de gestión de la entidad respectiva, cuya consulta no es tan frecuente pero que siguen teniendo vigencia y son objeto de consulta por las propias oficinas y particulares en general. • Archivo de gestión: Comprende toda la documentación que es sometida a continua utilización y consulta administrativa por las oficinas productoras u otras que la soliciten. Su circulación o trámite se realiza para dar respuesta o solución a los asuntos iniciados. • Conservación Total: Aplica a aquellos documentos que tienen valor permanente, es decir, los que lo tienen por disposición. • Eliminación: Documentos que han perdido sus valores, sin perjuicio de conservar su información en otros soportes. • Formato: Plantilla destinada especialmente a la consignación o anotación de datos. • Microfilmación: Técnica que permite fotografiar documentos y obtener pequeñas imágenes en película. • Registro: Documento que suministra evidencia objetiva de actividades efectuadas o de resultados alcanzados. • Selección: Escoger una muestra de documentos de carácter representativo para su conservación permanente. | | | |

CONSIDERACIONES

- Cuando sea necesario crear, modificar o anular un formato, remitirse al Procedimiento control de Documentos.
- Los responsables de diligenciar de los formatos de la Universidad, deben hacerlo en tiempo real, en forma legible o utilizando una herramienta software.
- El Líder del proceso tendrá en cuenta la Guía para la Organización de Archivos de Gestión y Transferencias Documentales para el almacenamiento de sus registros y las medidas de protección según el tipo de información (si es de acceso general o restringido, de acuerdo al Listado Maestro de Registros).
- En el Listado Maestro de Registro se referencian tres (3) tipos de registros: los que provienen de los formatos establecidos por el Sistema de Gestión de Calidad, libres de formato (sin una estandarización) o externos (que provengan de otras entidades).
- Cada Líder de proceso debe garantizar la protección de los registros de factores que alteren sus condiciones físicas tales como polvo, humedad, sol, entre otros.


| DIAGRAMA DE FLUJO | DESCRIPCIÓN | RESPONSABLE | DOCUMENTOS DE REFERENCIA |
|---|---|---|--|
|  <pre> graph TD Start([1]) --> Step1[Determina la disposición final] Step1 --> Step2[Actualiza y envía el Listado Maestro de Registros] Step2 --> Step3[Envía a Secretaría General] Step3 --> Step4[Revisa el Listado Maestro de Registros] Step4 --> Step5[Envía a la División de Servicios de Información] Step5 --> Step6[Publica y actualiza la Web] Step6 --> End([FIN]) </pre> | <p>4. Determina la disposición a aplicar a cada registro una vez haya culminado el periodo de retención del archivo, registrando esta información en el Listado Maestro de Registros.</p> <p>5. Actualiza el Listado Maestro de Registros cuando se requiera, identificando los cambios.</p> <p>6. Envía el Listado Maestro de Registros a Secretaría General para su revisión.</p> <p>7. Revisa que los campos del Listado Maestro de Registros estén diligenciados correctamente.</p> <p>8. Envía la versión digital a la División de Servicios de Información para su publicación.</p> <p>9. Publica el Listado Maestro de Registros en la Web</p> | <p>Líder del proceso y/o funcionario asignado</p> <p>Líder del proceso y/o funcionario asignado</p> <p>Líder del proceso</p> <p>Auxiliar de Secretaría General</p> <p>Funcionario de la División de Servicios de Información.</p> <p>Líder del proceso y grupo primario</p> | <p>Listado Maestro de Registros FGD.03</p> <p>Listado Maestro de Registros FGD.03</p> <p>Listado Maestro de Registros FGD.03</p> <p>Listado Maestro de Registros FGD.03</p> <p>Listado Maestro de Registros FGD.03</p> |



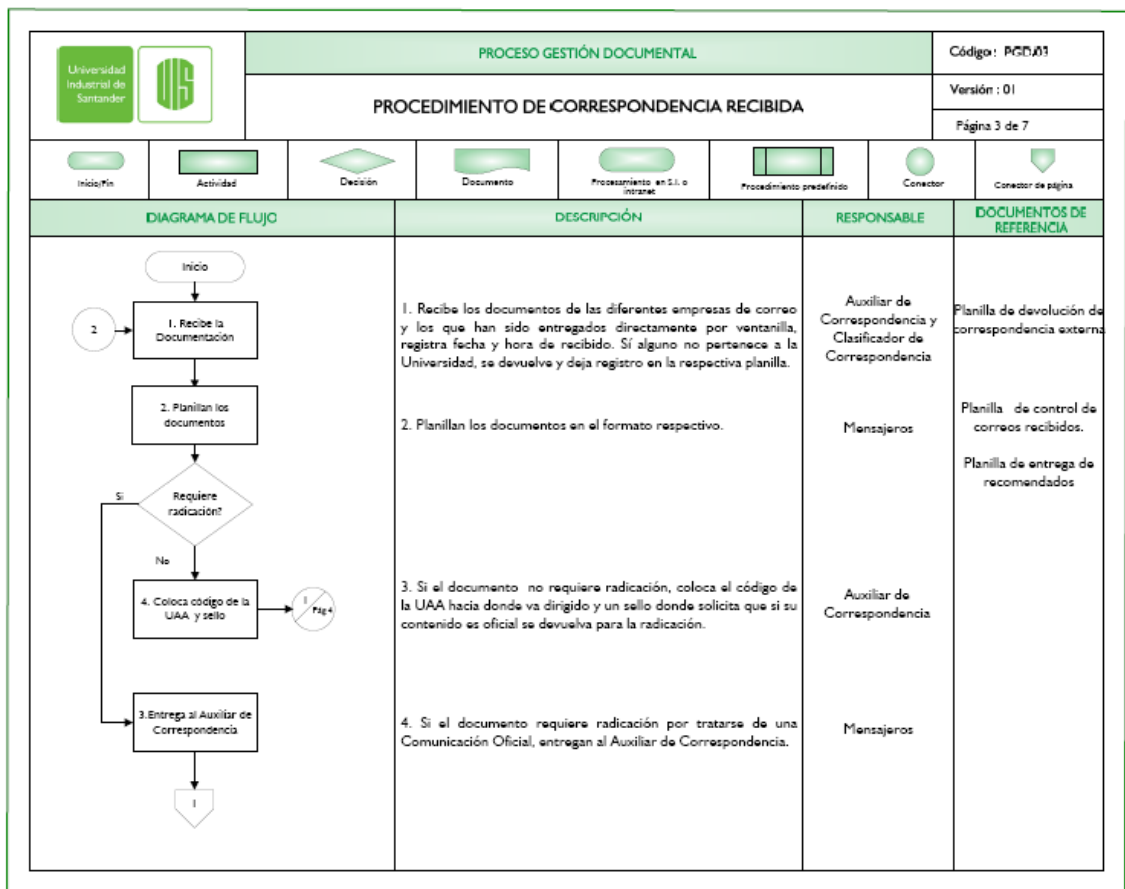
CONTROL DE CAMBIOS


| VERSIÓN | FECHA DE APROBACIÓN | DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS |
|---------|----------------------|-----------------------------------|
| 01 | Noviembre 19 de 2007 | Creación del Documento |
| | | |
| | | |


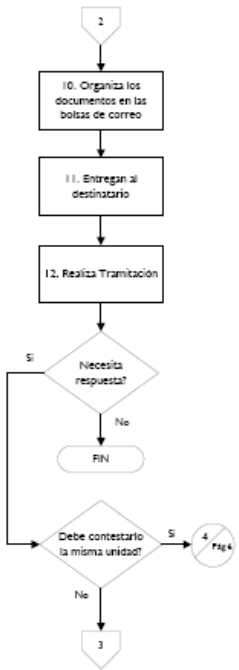
▪ PROCEDIMIENTO DE CORRESPONDENCIA RECIBIDA



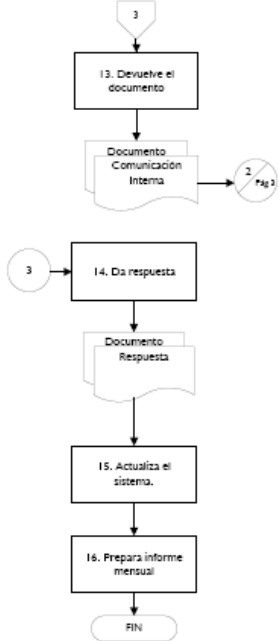
| | | | |
|--|--|--|-----------------|
|  | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | | Código : PGD.03 |
| | PROCEDIMIENTO DE CORRESPONDENCIA RECIBIDA | | Versión : 01 |
| | | | Página 1 de 7 |
| Revisó: Director de Certificación y Gestión Documental Clasificador de Correspondencia | Aprobó: Rector | Fecha de aprobación: Noviembre 29 de 2007 Resolución N° 1843 | |
| OBJETIVO | | ALCANCE | |
| Dar trámite oportuno a las comunicaciones oficiales y la correspondencia recibida en la Universidad. | | Aplica a todos los documentos que se reciben en la Universidad a través de la Dirección de Certificación y Gestión Documental. | |
| NORMATIVIDAD | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Acuerdo No. 060 (30 de Octubre de 2001). Archivo General de la Nación. | | | |
| DEFINICIONES Y/O ARREVIATURAS | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Correspondencia: Son todas las comunicaciones que no generan trámite para la Universidad. Se consideran como tal: <ul style="list-style-type: none"> - Todas las comunicaciones de carácter privado que llegan a la Universidad a título personal, citando o no el título del funcionario. - Aquellas dirigidas a un funcionario de la Universidad, cuando éste no ocupa un cargo administrativo. - Aquellas dirigidas a un jefe de una UAA sin especificar el cargo que ocupa en la Universidad. Correspondencia Recibida: Es la comunicación que se recibe en la Universidad por entidades públicas, entidades privadas y personas naturales; es la que generan los empleados de la Universidad con destino a alguna UAA. | | | |

| | | |
|--|--|-----------------|
|   | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | Código : PGD.03 |
| | PROCEDIMIENTO DE CORRESPONDENCIA RECIBIDA | Versión :01 |
| | | Página 2 de 7 |
| DEFINICIONES | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Comunicación Oficial: Son todas aquellas comunicaciones recibidas o producidas en desarrollo de las funciones asignadas legalmente mediante un acto administrativo, independientemente del medio utilizado. • Radicación de Comunicaciones Oficiales: Es el procedimiento por medio del cual la Universidad asigna un número consecutivo, a las comunicaciones recibidas o producidas, dejando constancia de la fecha y hora de recibo o de envío, con el propósito de oficializar su trámite y cumplir con los términos de vencimiento que establezca la ley. Estos términos empiezan a contar a partir del día siguiente de radicado el documento. • Registro de Comunicaciones Oficiales: Es el procedimiento por medio del cual la Universidad ingresa en sus sistemas informativos de correspondencia, todas las comunicaciones producidas o recibidas, registrando datos tales como: Nombre de la persona y/o entidad remitente o destinataria, nombre o código de la (s) dependencia (s) competente (s), número de radicación, nombre del funcionario responsable del trámite, anexos y tiempo de respuesta (si lo amerita), entre otros. | | |
| CONSIDERACIONES | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Todas las Comunicaciones Oficiales que sean dirigidas a Control Interno Disciplinario deben especificar la dirección y teléfono donde se pueda dar respuesta al remitente. • Los documentos de la Fiscalía, de los Organismos de Control y de ley (como es el caso de las tutelas), que son recibidos por la DCGD, son prioritarios para la entrega a sus respectivos destinatarios, es decir, tan pronto se reciban y sean radicados son llevados al destinatario correspondiente. | | |



| DIAGRAMA DE FLUJO | DESCRIPCIÓN | RESPONSABLE | DOCUMENTOS DE REFERENCIA |
|--|---|--|---|
|  <pre> graph TD Start([1]) --> S5[5. Evalúa el contenido de los documentos] S5 --> D1{Es una Comunicación Oficial?} D1 -- Si --> S7[7. Realiza la radicación] D1 -- No --> S6[6. Coloca sello] S6 --> S8[8. Realiza el registro] S7 --> S8 S8 --> S9[9. Clasifica los documentos y ubica en el casillero] S9 --> End([2]) S8 -- 1 --> S9 </pre> | <p>5. Si el documento requiere radicación, abre el sobre y con base en su contenido verifica si realmente es una comunicación oficial.</p> <p>6. Si no es una comunicación oficial, cierra el sobre y coloca un sello que indica que fue abierto por la Dirección de Certificación y Gestión Documental (DCGD), la fecha de recibido y sus anexos respectivos.</p> <p>7. Si es una comunicación oficial procede a la radicación, Coloca el sello de radicación que contiene: número consecutivo, fecha y hora de recibido, código de serie, oficina destinataria (código), anexos (si o no), total folios.</p> <p>8. Realiza el registro del documento.</p> <p>9. Ubica las Comunicaciones Oficiales y la Correspondencia en el casillero de la respectiva UAA.</p> | <p>Auxiliar de Correspondencia</p> <p>Auxiliar de Correspondencia</p> <p>Auxiliar de Correspondencia</p> <p>Auxiliar de Correspondencia</p> <p>Clasificador de Correspondencia</p> | <p>Lista Códigos de Asunto</p> <p>Guía para el registro de documentos radicados en el sistema</p> |



|  | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | | Código: PGD03 |
|---|---|--|------------------------------|
| | PROCEDIMIENTO DE CORRESPONDENCIA RECIBIDA | | Versión: 01 |
| | | | Página 5 de 7 |
| DIAGRAMA DE FLUJO | DESCRIPCIÓN | RESPONSABLE | DOCUMENTOS DE REFERENCIA |
|  <pre> graph TD Start([2]) --> 10[10. Organiza los documentos en las bolsas de correo] 10 --> 11[11. Entregan al destinatario] 11 --> 12[12. Realiza Tramitación] 12 --> D1{Necesita respuesta?} D1 -- Si --> D1 D1 -- No --> FIN([FIN]) D1 --> D2{Debe contestarlo la misma unidad?} D2 -- Si --> 4((4 / fig 4)) D2 -- No --> 3([3]) </pre> | <p>10. Traslada los documentos a las bolsas de correo y entrega a los mensajeros para la distribución.</p> <p>11. Realizan la entrega de los documentos (Comunicaciones Oficiales y Correspondencia) según los recorridos establecidos de acuerdo a la distribución física de los edificios.</p> <p>12. Da lectura a la comunicación y determina si necesita respuesta.</p> | <p>Clasificador de Correspondencia</p> <p>Mensajeros</p> <p>Unidad Académica y Administrativa (UAA) destinataria</p> | <p>Listado de Recorridos</p> |

|   | | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | | Código: PGD03 |
|---|---|---|--|---------------|
| | | PROCEDIMIENTO DE CORRESPONDENCIA RECIBIDA | | Versión: 01 |
| | | | | Página 6 de 7 |
| DIAGRAMA DE FLUJO | DESCRIPCIÓN | RESPONSABLE | DOCUMENTOS DE REFERENCIA | |
|  <pre> graph TD Start((3)) --> T13[13. Devuelve el documento] T13 --> D1[Documento Comunicación Interna] D1 --> C1((2 / Pág 3)) C1 --> T14[14. Da respuesta] T14 --> D2[Documento Respuesta] D2 --> T15[15. Actualiza el sistema.] T15 --> T16[16. Prepara informe mensual] T16 --> End([FIN]) </pre> | <p>13. Si la comunicación necesita respuesta y debe ser contestada por otra oficina, la devuelve a la DCGD con comunicación interna informando quien debe dar la respuesta.</p> <p>14. Si la comunicación necesita respuesta y debe ser contestada por la misma oficina, prepara la respuesta y la envía a la Dirección de Certificación y Gestión Documental para el trámite correspondiente (radicación y registro de correspondencia despachada).</p> <p>15. Actualiza en el sistema el campo de respuesta y la UAA destinataria.</p> <p>16. Prepara el informe mensual de la correspondencia recibida y el Informe Mensual de Correo Urbano.</p> | <p>Unidad Académica y Administrativa (UAA) destinataria.</p> <p>Unidad Académica y Administrativa (UAA) destinataria.</p> <p>Auxiliar de Correspondencia</p> <p>Auxiliar de Correspondencia Clasificador de Correspondencia</p> | <p>Informe mensual de correspondencia recibida</p> <p>Informe mensual de Correo Urbano</p> | |

CONTROL DE CAMBIOS

| VERSIÓN | FECHA DE APROBACIÓN | DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS |
|---------|----------------------|-----------------------------------|
| 01 | Noviembre 29 de 2007 | Creación del Documento |
| | | |
| | | |

▪ PROCEDIMIENTO DE CORRESPONDENCIA DESPACHADA

| | | | |
|---|--|---|-----------------|
|   | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | | Código : PGD.04 |
| | PROCEDIMIENTO DE CORRESPONDENCIA DESPACHADA | | Versión : 01 |
| | | | Página 1 de 8 |
| Revisó: Director de Certificación y Gestión Documental Clasificador de Correspondencia | Aprobó: Rector | Fecha de aprobación: Noviembre 29 de 2007 Resolución N° 1843 | |
| OBJETIVO | | ALCANCE | |
| Entregar las comunicaciones oficiales tanto dentro como fuera de la Universidad a su respectivo destinatario en un tiempo óptimo. | | Aplica a todos los documentos que deben ser despachados dentro y fuera de la Universidad Industrial de Santander. | |
| NORMATIVIDAD | | | |
| Acuerdo No. 060 (30 de Octubre de 2001). Archivo General de la Nación. | | | |
| DEFINICIONES Y/O ABREVIATURAS | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Comunicación Oficial: Son todas aquellas comunicaciones recibidas o producidas en desarrollo de las funciones asignadas legalmente a una entidad, independientemente del medio utilizado. • Correspondencia: Son todas las comunicaciones que no generan trámite para la Universidad. Se consideran como tal: <ul style="list-style-type: none"> - Todas las comunicaciones de carácter privado que llegan a la Universidad a título personal, citando o no el título del funcionario. - Aquellas dirigidas a un funcionario de la Universidad, cuando éste no ocupa un cargo administrativo. - Aquellas dirigidas a un jefe de una UAA sin especificar el cargo que ocupa en la Universidad | | | |

DEFINICIONES

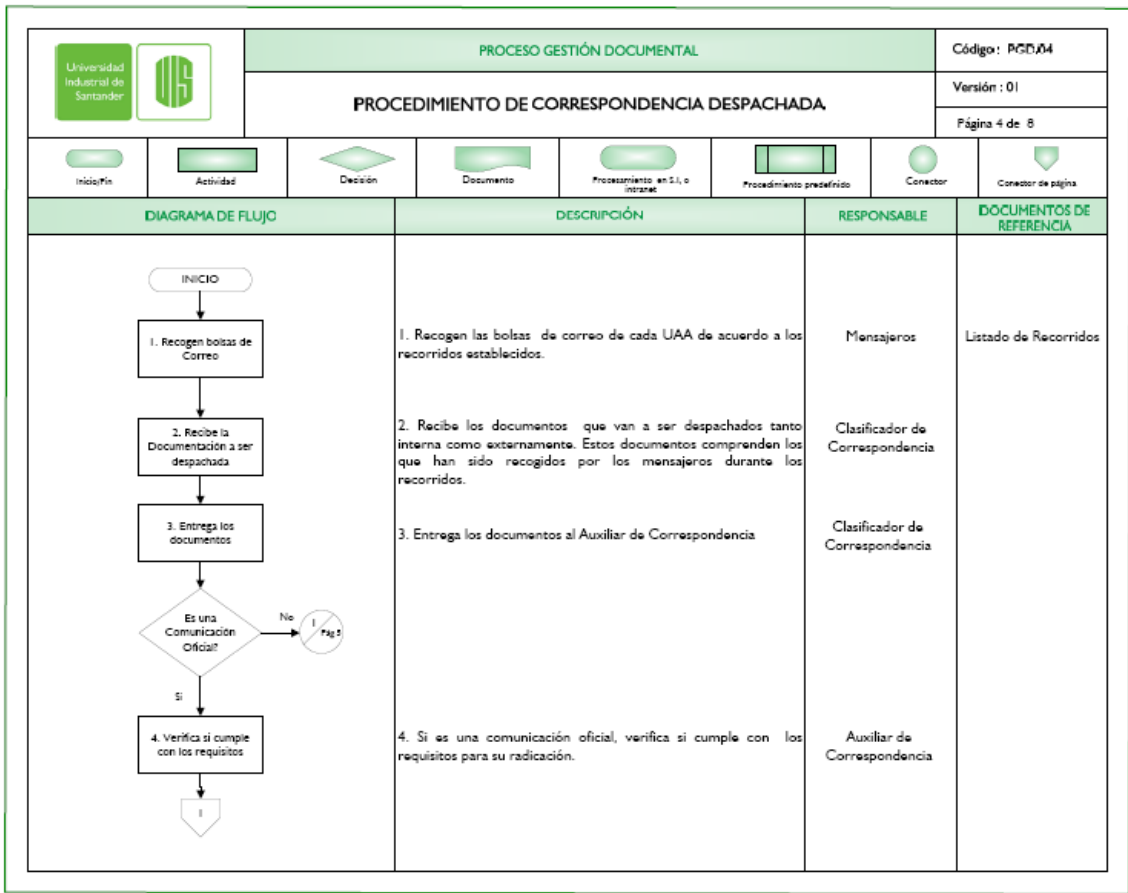
- **Correspondencia Despachada:** Es aquella que se produce en la Universidad para ser enviada entre Unidades Académicas Administrativas (UAA) o fuera de la Universidad, como por ejemplo: comunicaciones oficiales, revistas, afiches de eventos, seminarios, entre otros.
- **Correspondencia Despachada Externa:** Es aquella correspondencia que tiene como destino una persona o entidad localizada fuera de la Universidad.
- **Correspondencia Despachada Interna:** Es aquella que tiene como destino una UAA dentro de la Universidad y los organismos que operan dentro de ella.
- **DCGD:** Dirección de Certificación y Gestión Documental.
- **Radicación de Comunicaciones Oficiales:** Es el procedimiento por medio del cual, la Universidad asigna un número consecutivo, a las comunicaciones producidas o recibidas dejando constancia de la fecha y hora de envío o de recibo, con el propósito de oficializar su trámite y cumplir con los términos de vencimiento que establezca la Ley. Estos términos se empiezan a contar a partir del día siguiente de radicado el documento.
- **Registro de Comunicaciones Oficiales:** Es el procedimiento por medio del cual, la Universidad ingresa en su sistema informático de correspondencia, todas las comunicaciones producidas o recibidas, registrando datos tales como: nombre de la persona y/o entidad destinataria o remitente, nombre o código de la (s) dependencia (s) competente (s), número de radicación, nombre del funcionario responsable del trámite, anexos y Tiempo de respuesta (si lo amerita), entre otros.
- **SPN:** Servicios Postales Nacionales.
- **UAA:** Unidad Académica y/o Administrativa.

CONSIDERACIONES


- Toda la correspondencia que sea enviada a la Dirección de Certificación y Gestión Documental para ser entregada a las diferentes empresas de correo debe estar acompañada del Formato para el Envío de Correspondencia donde se especifica el tipo de correspondencia y el tipo de servicio que se va a utilizar.
- Cuando una UAA solicita el servicio de correspondencia sin tener en cuenta los horarios establecidos de los recorridos, se diligenciará el Formato Servicio de Atención Fuera de Recorrido.
- Los recorridos realizados por los mensajeros para la entrega de la correspondencia son establecidos por el Director de Certificación y Gestión Documental.


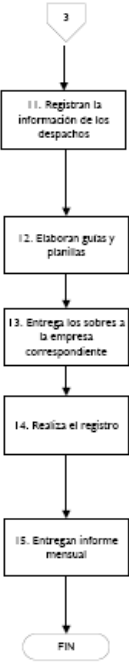
REQUISITOS PARA LA RADICACIÓN:

1. La carta debe elaborarse en original y dos copias; el original va para el destinatario, la primera copia queda para el consecutivo de correspondencia despachada y la segunda copia se devuelve a la UAA que la originó para ser archivada en la carpeta correspondiente.
2. Tanto el original como la primera copia de la carta, deben estar firmadas por el Jefe de la UAA remitente, no se acepta fasimil.
3. Se deben elaborar las copias adicionales anunciadas.
4. En la parte superior izquierda de la carta debe escribirse el código de la UAA que la está originando. Luego de un espacio doble, se escribe la ciudad, seguido de una coma y sin fecha. La fecha se coloca en la Dirección de Certificación y Gestión Documental en el momento de realizar la radicación.



| DIAGRAMA DE FLUJO | DESCRIPCIÓN | RESPONSABLE | DOCUMENTOS DE REFERENCIA |
|--|---|--|--|
| <pre> graph TD I[1] --> D1{Cumple con los requisitos de radicación?} D1 -- No --> B5[5. Devuelve a la UAA que lo originó] B5 --> F1([FIN]) D1 -- Si --> B6[6. Radica el documento] B6 --> D2{Se va a despachar externamente?} D2 -- Si --> C2((2 Fig 4)) D2 -- No --> B7[7. Entrega los documentos] B7 --> C2 </pre> | <p>5. Si el documento no cumple con los requisitos de radicación, lo devuelve a la UAA que lo originó, con un formato que indica el motivo de su devolución.</p> <p>6. Si el documento cumple con los requisitos de radicación, procede a realizar la radicación.</p> <p>7. Si los documentos no se van a despachar externamente, los entrega al Clasificador de Correspondencia.</p> | <p>Auxiliar de Correspondencia</p> <p>Auxiliar de Correspondencia</p> <p>Auxiliar de Correspondencia</p> | <p>Formato para devolución de correspondencia interna</p> <p>Listado Códigos de Asunto</p> |

| DIAGRAMA DE FLUJO | DESCRIPCIÓN | RESPONSABLE | DOCUMENTOS DE REFERENCIA |
|---|---|---|--|
|  <pre> graph TD Start([2]) --> Step8[8. Organiza los documentos y los introduce en las bolsas de correo] Step8 --> Step9[9. Realizan los respectivos recorridos] Step9 --> End([FIN]) Step10[10. Introduce el original en el sobre y coloca el sello] --> Next([3]) </pre> | <p>8. Organiza los documentos en los casilleros de cada UAA, los introduce en las bolsas de correo respectivas y entrega a los mensajeros.</p> <p>9. Realizan los respectivos recorridos para la entrega de los documentos.</p> <p>10. Si el documento se va a despachar externamente, introduce el original en el sobre, y le coloca el sello que identifica el tipo de servicio de correo que se utilizará y entrega a los Mensajeros. Las copias tienen el siguiente trámite:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Una copia se devuelve a la UAA que la originó, para archivarla en la serie correspondiente de acuerdo a lo estipulado en las tablas de retención documental. ▪ Otra copia se deja en la DCGD para conformar el consecutivo. | <p>Clasificador de Correspondencia</p> <p>Mensajeros</p> <p>Auxiliar de Correspondencia</p> | <p>Listado de Recorridos</p> <p>Formato para el Envío de Correspondencia</p> |


|  | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | | Código : PGD.04 |
|--|--|---|---|
| | PROCEDIMIENTO DE CORRESPONDENCIA DESPACHADA | | Versión : 01 |
| | | | Página 7 de 8 |
| DIAGRAMA DE FLUJO | DESCRIPCIÓN | RESPONSABLE | DOCUMENTOS DE REFERENCIA |
|  | <p>11. Registran la información de los despachos.</p> <p>12. Diligencian las guías y planillas de los correos a despachar por cada empresa y entregan los sobres al Clasificador de Correspondencia.</p> <p>13. Entrega los sobres a la empresa correspondiente.</p> <p>14. Realiza el registro de los documentos radicados.</p> <p>15. Entregan el informe mensual de toda la correspondencia despachada.</p> | <p>Mensajeros</p> <p>Mensajeros</p> <p>Clasificador de Correspondencia</p> <p>Auxiliar Administrativo</p> <p>Clasificador de Correspondencia Mensajeros Auxiliar de Correspondencia</p> | <p>Planillas en Excel para el registro de la correspondencia despachada por cada una de las diferentes empresas de correo.</p> <p>Guías y planillas según corresponda a cada una de las diferentes empresas de correo</p> <p>Guía para el registro de documentos radicados.</p> <p>Informe Mensual de correspondencia despachada externa</p> <p>Informe Mensual de Correspondencia despachada interna</p> |



CONTROL DE CAMBIOS

| VERSIÓN | FECHA DE APROBACIÓN | DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS |
|---------|----------------------|-----------------------------------|
| 01 | Noviembre 29 de 2007 | Creación del Documento |
| | | |
| | | |

▪ PROCEDIMIENTO TRANSFERENCIA DE ARCHIVOS

| | | | |
|---|---|---|----------------|
|  | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | | Código: PGD,05 |
| | PROCEDIMIENTO TRANSFERENCIA DE ARCHIVOS | | Versión: 01 |
| | | | Página 1 de 7 |
| Revisó: Director de Certificación y Gestión Documental Auxiliar de Archivo | Aprobó: Rector | Fecha de aprobación: Noviembre 29 de 2007 Resolución N° 1843 | |
| OBJETIVO | | ALCANCE | |
| <p>Establecer la secuencia de actividades necesarias para el manejo, conservación y consulta de los documentos de archivo en cualquiera de las fases de su ciclo vital.</p> | | <p>Aplica para el archivo de todos los documentos que sean tramitados en todas las UAA de la Universidad Industrial de Santander.</p> | |
| NORMATIVIDAD | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ley 594 de 2000 – Ley General de Archivos | | | |
| DEFINICIONES Y/O ABREVIATURAS | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Archivo: Es el conjunto de documentos, sea cual fuere su fecha, forma y soporte material, acumulados en un proceso natural por una persona o entidad, en el transcurso de su gestión, conservados para servir como testimonio e información a la persona o institución que los produce y a los ciudadanos, o como fuentes de la historia. • Archivo de Gestión: Comprende toda la documentación que es sometida a continua utilización y consulta administrativa por las oficinas productoras u otras que la soliciten. Su circulación o trámite se realiza para dar respuesta o solución a los asuntos iniciados. • Archivo Central: Es aquel en el que se agrupan documentos transferidos por los distintos archivos de gestión de la entidad respectiva, cuya consulta no es tan frecuente pero que siguen teniendo vigencia y son objeto de consulta por las propias oficinas y particulares en general. • Archivo Histórica: Es aquel al que se transfieren desde el archivo central los documentos de conservación permanente. | | | |



PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL

Código : PGDD5

PROCEDIMIENTO TRANSFERENCIA DE ARCHIVOS

Versión : 01

Página 2 de 7

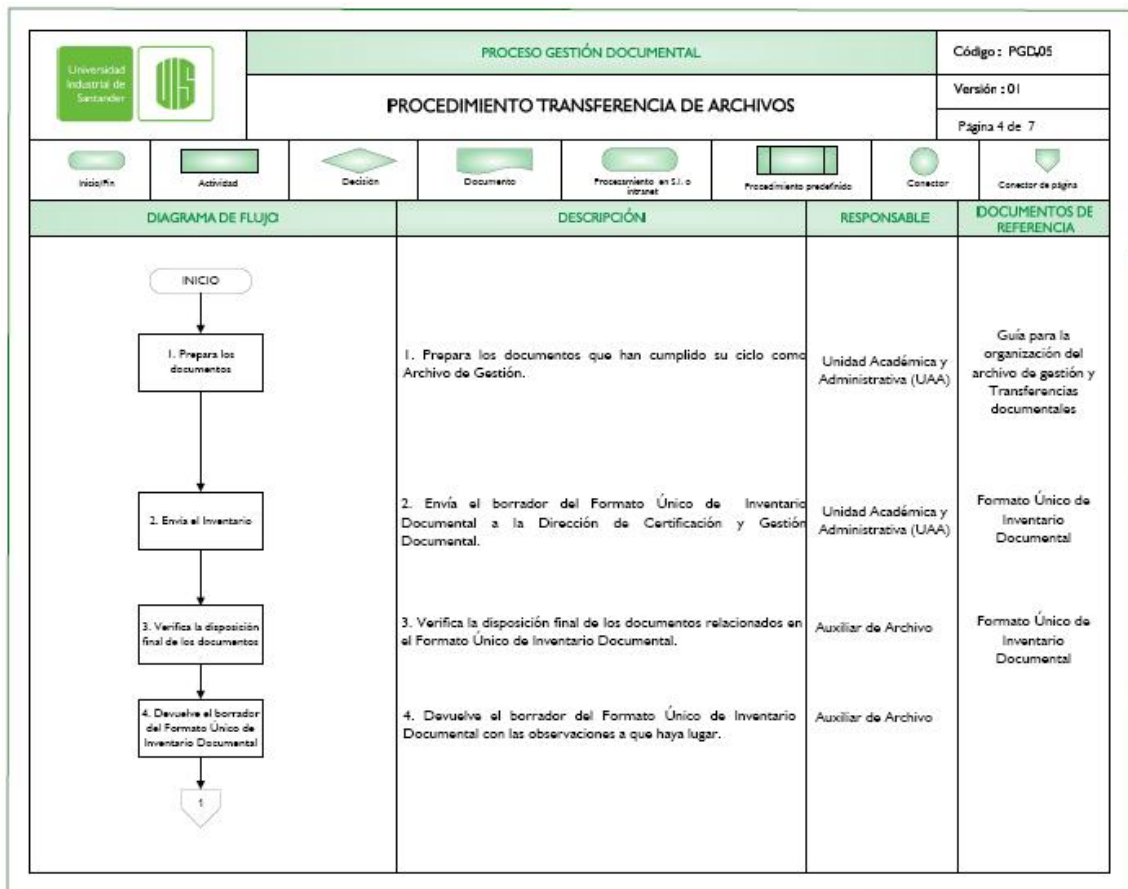
DEFINICIONES



- **Ciclo vital de los documentos:** Etapas sucesivas por las que atraviesan los documentos desde su producción o recepción en la Oficina (Archivo de gestión) y su conservación temporal (Archivo central), hasta su eliminación o integración a un archivo permanente (Archivo histórico).
- **Conservación Total:** Se aplica a aquellos documentos que tienen valor permanente, es decir, los que lo tienen por disposición legal o los que por su contenido informan sobre el origen, desarrollo, estructura, procedimientos y políticas de la entidad productora, convirtiéndose en testimonio de su actividad y trascendencia.
- **DCCGD:** Dirección de Certificación y Gestión Documental.
- **Formato Único de Inventario Documental:** Instrumento que describe la relación sistemática y detallada de las unidades de un fondo (archivo de una entidad), siguiendo la organización de las series documentales, con el fin de asegurar el control de los documentos en sus diferentes fases.
- **Principio de Orden Natural:** Hace relación al orden que conservan los documentos dentro de cada serie, de acuerdo a la secuencia que originó el documento y en el orden en que se dieron, iniciado y resuelto en la oficina que tiene la competencia específica.
- **Principio de Procedencia:** Es aquel según el cual cada documento debe estar situado en el fondo documental del que procede, teniendo en cuenta que debe mantenerse la unidad de independencia de cada fondo y en éste la integridad y carácter seriado de los documentos.
- **Transferencias Primarias:** Son los traslados de documentos del archivo de gestión al archivo central, sin alteración de sus propiedades, para su conservación.
- **Transferencias Secundarias:** Son los traslados de documentos que se hacen del archivo central al archivo histórico.
- **UAA:** Unidad Académica y/o Administrativa.





CONSIDERACIONES

- La Dirección de Certificación y Gestión Documental, brinda asesoría para la organización de los archivos de gestión a todas la UAA que lo soliciten; ésta solicitud puede ser realizada por escrito, vía telefónica o vía e-mail, dirigida al Director de Certificación y Gestión Documental.
- Una vez se haya brindado la asesoría, el funcionario que la realiza debe diligenciar el formato de Informe de visita /asesoría de archivo, con el fin de dejar evidencia del cumplimiento de la solicitud presentada.
- Cuando se requiera hacer consulta de los documentos de archivos de gestión y/o archivo central, debe remitirse a la "Guía para la Consulta de Documentos", y dejarse registro de la consulta en el Formato Relación de Préstamo de Documentos.



|  | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | | Código : PGD.05 |
|---|--|--|--------------------------|
| | PROCEDIMIENTO TRANSFERENCIA DE ARCHIVOS | | Versión : 01 |
| | | | Página 5 de 7 |
| DIAGRAMA DE FLUJO | DESCRIPCIÓN | RESPONSABLE | DOCUMENTOS DE REFERENCIA |
|  <pre> graph TD Start([1]) --> Step5[5. Envía el material en cajas] Step5 --> Doc[Formato Único de Inventario Documental] Doc --> Step6[6. Confronta el inventario con las cajas] Step6 --> Step7[7. Identifica las cajas y registra el número] Step7 --> Step8[8. Envía una copia a la UAA] Step8 --> Step9[9. Ubica las cajas en los estantes] Step9 --> End([2]) </pre> | <p>5. Envía el material de archivo en las cajas suministradas por la DGCD, junto con el Formato Único de Inventario Documental en original y copia.</p> <p>6. Confronta el Formato Único de Inventario Documental con el contenido de las cajas.</p> <p>7. Identifica las cajas de acuerdo con su contenido y registra en el Formato Único de Inventario Documental el número consecutivo asignado a las mismas.</p> <p>8. Envía una copia del Formato Único de Inventario Documental a la UAA que lo generó, el original reposará en la DGCD de manera permanente.</p> <p>9. Ubica las cajas con el material transferido en los estantes asignados y en el orden correspondiente. La ubicación de las cajas debe ser de izquierda a derecha, por cada estante. Una vez terminado el primer estante se continúa de la misma forma en el siguiente y así sucesivamente.</p> | <p>Unidad Académica y Administrativa (UAA)</p> <p>Auxiliar de Archivo</p> <p>Auxiliar de Archivo</p> <p>Auxiliar de Archivo</p> <p>Auxiliar de Archivo</p> | |



|  | | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | | Código : PGD.05 |
|---|--|---|--------------------------|-----------------|
| | | PROCEDIMIENTO TRANSFERENCIA DE ARCHIVOS | | Versión : 01 |
| | | | | Pagina 6 de 7 |
| DIAGRAMA DE FLUJO | DESCRIPCIÓN | RESPONSABLE | DOCUMENTOS DE REFERENCIA | |
|  <pre> graph TD Start([2]) --> Step10[10. Verifica el tiempo de retención] Step10 --> Step11[11. Traslada los Documentos al Archivo Histórico] Step11 --> End([FIN]) </pre> | <p>10. Verifica la Disposición Final de los documentos para identificar los que tienen Conservación Total.</p> <p>11. Realiza el traslado de los documentos de Conservación Total al área asignada como Archivo Histórico.</p> | <p>Auxiliar de Archivo</p> <p>Auxiliar de Archivo</p> | | |



CONTROL DE CAMBIOS

| VERSIÓN | FECHA DE APROBACIÓN | DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS |
|---------|----------------------|-----------------------------------|
| 01 | Noviembre 29 de 2007 | Creación del Documento |
| | | |
| | | |

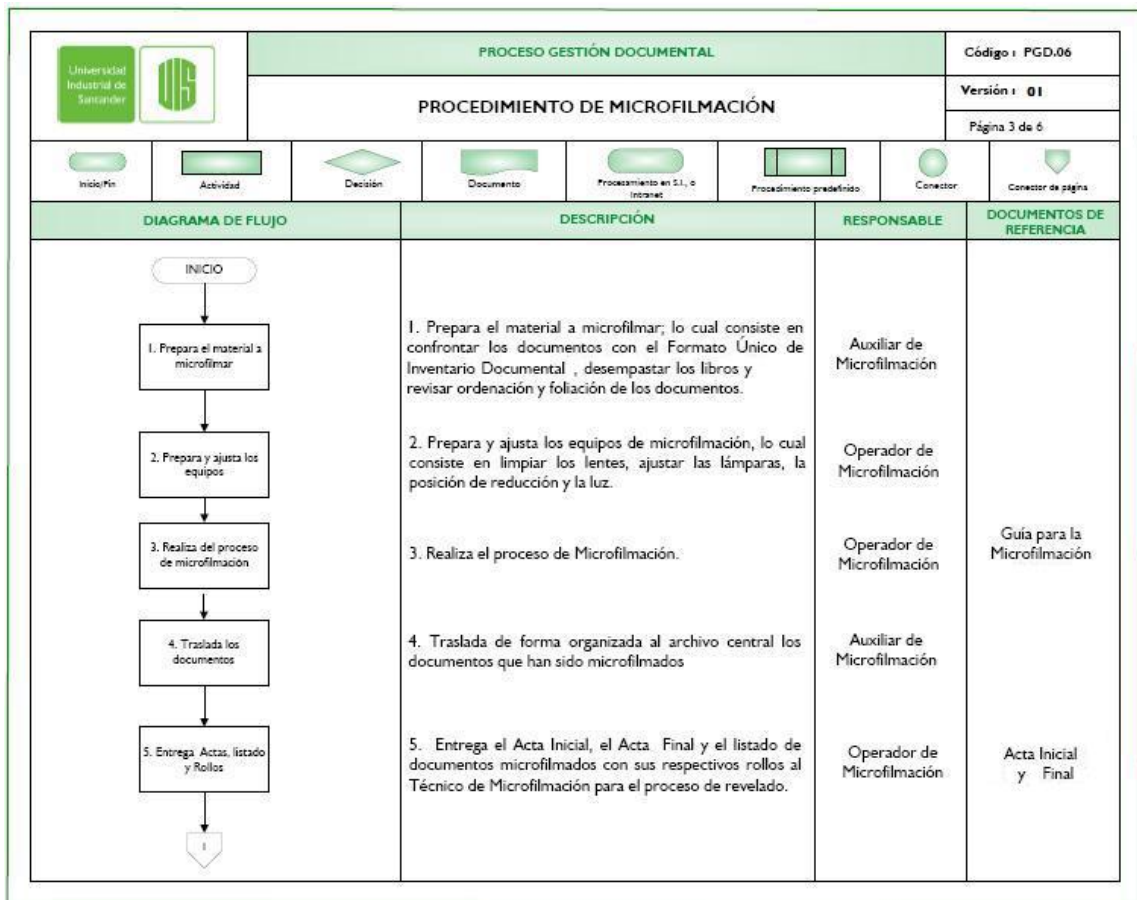
▪ PROCEDIMIENTO DE MICROFILMACIÓN


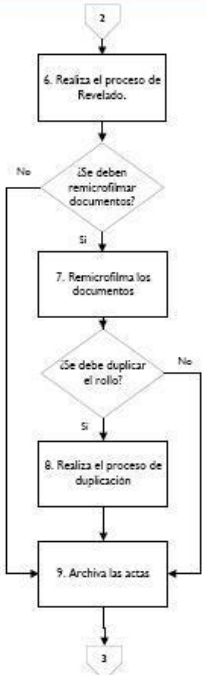
| | | | |
|--|--|--|-----------------|
|   | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | | Código : PGD.06 |
| | PROCEDIMIENTO DE MICROFILMACIÓN | | Versión : 01 |
| | | | Página 1 de 6 |
| Revisó: Director de Certificación y Gestión Documental Técnico de Microfilmación | Aprobó: Rector | Fecha de aprobación: Noviembre 29 de 2007 Resolución N° 1843 | |
| OBJETIVO | | ALCANCE | |
| Establecer los requisitos y las condiciones adecuadas para la microfilmación de documentos. | | Aplica a los documentos que son recibidos por la Dirección de Certificación y Gestión Documental y que deben ser microfilmados para su conservación total. | |
| NORMATIVIDAD | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Decreto 2527 de 1950 • Decreto 3354 de 1954 • NTC 3723 • NTC 4080 • NTC 5238 | | | |
| DEFINICIONES Y/O ABREVIATURAS | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Formato Único de Inventario Documental: Instrumento que describe la relación sistemática y detallada de las unidades de un fondo (archivo de una entidad), siguiendo la organización de las series documentales, con el fin de asegurar el control de los documentos en sus diferentes fases. ▪ Microfilm: Fotografía en película generalmente de 16 mm ó 35 mm, utilizada en reproducción de documentos. ▪ Microfilmación: Técnica fotográfica de registrar en película de sales de plata, imágenes de documentos, con reducciones, que de acuerdo al equipo utilizado permiten superar muchas veces su tamaño original. ▪ Revelado: Tratamiento que permite hacer visible la imagen latente, conseguida mediante la exposición del material sensible. | | | |


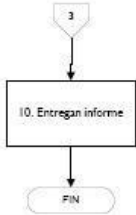


CONSIDERACIONES

- Se recomienda microfilmear documento a documento, y tener en cuenta la calidad del papel para evitar que trasluzca la imagen de las hojas.
- Cuando sea necesario usar varios rollos para microfilmear una secuencia completa de documentos, se debe conservar el orden y la continuidad.
- La numeración de los rollos debe ser consecutiva e independiente por programa (Archivo centralizado, historias académicas, consecutivo de correspondencia despachada, etc.).



|  | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | | Código : PGD.06 |
|--|---|---|---|
| | PROCEDIMIENTO DE MICROFILMACIÓN | | Versión : 01 |
| | | | Página 4 de 6 |
| DIAGRAMA DE FLUJO | DESCRIPCIÓN | RESPONSABLE | DOCUMENTOS DE REFERENCIA |
|  <pre> graph TD 2[2] --> 6[6. Realiza el proceso de Revelado.] 6 --> D1{¿Se deben remicrofilmarse documentos?} D1 -- Si --> 7[7. Remicrofilma los documentos.] D1 -- No --> 9[9. Archiva las actas.] 7 --> D2{¿Se debe duplicar el rollo?} D2 -- Si --> 8[8. Realiza el proceso de duplicación.] D2 -- No --> 9 8 --> 9 9 --> 3[3] </pre> | <p>6. Realiza el proceso de Revelado.</p> <p>7. Remicrofilma los documentos entregados y devuelve al Técnico de Microfilmación para su revelado.</p> <p>8. Realiza el proceso de duplicación</p> <p>9. Archiva las Actas Inicial, Final , y de Apéndice</p> | <p>Técnico de Microfilmación</p> <p>Operador de Microfilmación</p> <p>Técnico de Microfilmación</p> <p>Auxiliar de Microfilmación</p> | <p>Guía para el Revelado y Duplicado de rollos</p> <p>Guía para microfilmación</p> <p>Guía para el Revelado y Duplicado de rollos</p> |

|  | | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | | Código : PGD.06 |
|---|------------------------------|--|--|-----------------|
| | | PROCEDIMIENTO DE MICROFILMACIÓN | | Versión : 01 |
| | | | | Página 5 de 6 |
| DIAGRAMA DE FLUJO | DESCRIPCIÓN | RESPONSABLE | DOCUMENTOS DE REFERENCIA | |
|  <pre> graph TD Start([3]) --> Task[10. Entregan informe] Task --> End([FIN]) </pre> | 10. Entrega informe mensual. | Técnico de Microfilmación. Operador de Microfilmación. Auxiliar de Microfilmación. | Informe mensual de Rollos Duplicados Informe Mensual de Actividades de Microfilmación | |



CONTROL DE CAMBIOS

| VERSIÓN | FECHA DE APROBACIÓN | DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS |
|---------|----------------------|-----------------------------------|
| 01 | Noviembre 29 de 2007 | Creación del Documento |
| | | |
| | | |


ANEXO I. TALLER DE INDICADORES

TALLER INDICADORES

Diseñe indicadores para cada subproceso de Gestión Documental definiendo estrategias, nombre del indicador, meta, frecuencia de medición, etc. Tenga en cuenta los factores claves de éxito identificados anteriormente. Relaciónelos en el formato anexo.

| NOMBRE DEL INDICADOR | OBJETIVO | META | MÉTODO CÁLCULO | UNIDAD | FRECUENCIA | FUENTE DE DATOS | RESPONSABLE DE MEDIR |
|----------------------|----------|------|----------------|--------|------------|-----------------|----------------------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

ANEXO J. FORMATO INFORME DE SEGUIMIENTO A LOS PROCESOS


| | | |
|---|--|----------------|
|  | PROCESO SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL | Código: FSE.10 |
| | INFORMES DE SEGUIMIENTO A LOS PROCESOS | Versión: 01 |

| | | | |
|-----------------------|--|------------|--|
| PROCESO | | SUBPROCESO | |
| DESEMPEÑO DEL PROCESO | | | |

1. COMPORTAMIENTO DE INDICADORES

| | | | | | |
|-----------------------|-------|------------------------|--|---------------------|--|
| Fecha de Seguimiento: | | | | | |
| NOMBRE DEL INDICADOR | | | | OBJETIVO | |
| Método de Cálculo | | Frecuencia de medición | | Unidad | Sentido (Maximizar, minimizar o mantener) |
| Responsable | | Fuente | | Meta | |
| RESULTADOS | | | | | |
| | | | | OBSERVACIONES: | |
| | | | | ACCIONES DE MEJORA: | |
| | | | | RESPONSABLE | |
| PERIODO DE EVALUACIÓN | | | | | |
| Semestre | Sem 1 | Sem 2 | | | |
| VALOR | | | | | |
| META | | | | | |

Nota: Se debe diligenciar por indicador

| | | |
|---|--|---------------------------|
|  | PROCESO SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL | Código: FSE.10 |
| | INFORMES DE DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS | 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 Y PREVENTIVAS

| Origen | Cantidad | N° Acciones Abiertas | N° Acciones Cerradas | Observaciones |
|--|----------|----------------------|----------------------|---------------|
| 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 |
|----------|-----------|-------------|---------------|
| | | | |



PROCESO SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL

Código: FSE.10

INFORMES DE DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS

Versión: 01

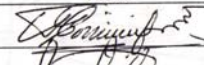
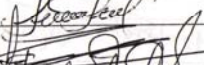
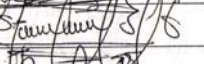

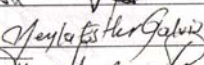
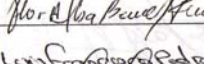
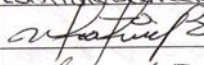
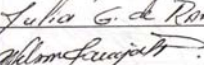
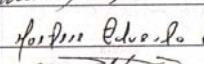
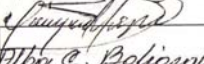
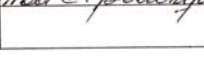
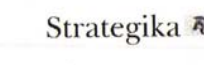



5. DIFICULTADES EN EL DESARROLLO DEL PROCESO

6. NECESIDADES DEL PROCESO/SUBPROCESO PARA CUMPLIR LAS METAS

7. RECOMENDACIONES

ANEXO K. ASISTENCIA A LAS SOCIALIZACIONES Y CAPACITACIONES

| | |
|---|-------------------------------|
|   | REGISTRO DE ASISTENCIA |
|---|-------------------------------|

| OBJETIVO/TEMA | Socialización Gestión Documental | FECHA Y HORA | Abril 10 - 7:30 a.m | |
|--------------------------|----------------------------------|--------------|--------------------------------|---|
| NOMBRE | CARGO | TELEFONO | E-MAIL | FIRMA |
| FABIAN BORREDOR QUELLAR | Técnico de Microfilmac. | EXT. 2283 | adm doc 2@uis.edu.ec |  |
| SANTOS JESUS CASTELLANOS | Operador de Microfilmac. | EXT. 2283 | adm doc 1@uis.edu.ec |  |
| GUSTAVO ALDANA MAYORGA | Auxiliar de Microfilmac. | EXT. 2283 | adm doc 1@uis.edu.ec |  |
| Juan Pablo Borjas C | Aux. Administrativo | Ext. 2191 | Pablo-xxx@hotmail.com |  |
| JOSE LUIS ANGELETA | MENSAJERO | Ext 2191 | Joseph020485@hotmail.com |  |
| Luis Edo Aroch | MENSAJERO | Ext 2191 | luisaroch75@hotmail.com |  |
| Nayra Esther GALVIS | Técnico de Archivo | Ext. 2193 | esthergalvis@hotmail.com |  |
| Mor Alba Bernal Pineda | Técnico de Archivo | ext 2193 | floralba18@hotmail.com |  |
| Luis Francisco Padua | Mensajero | 2191 | chato2789@hotmail.com |  |
| Martilde Cordeiro B. | Auxiliar Contable | Ext 2191 | m.cordeiro@yahoo.com |  |
| Julia G. de Ravello | Auxiliar Contable | 2191 | |  |
| Wilson Carvajal Pimiento | Clasificador | ext 2191 | wilson_carvajal@hotmail.com |  |
| MARTIN EDUARDO LEON | Mensajero | ext 2191 | martins_revolution@hotmail.com |  |
| efargorita JINZA | Aux. Archivo | Ext 2193 | |  |
| Alba C. Polanco | Directora | Ext. 2193 | aboborg@uis.edu.ec |  |

Strategika 



REGISTRO DE ASISTENCIA

| OBJETIVO/TEMA | Capacitación: Inducción y Fundamentos | | FECHA Y HORA | Julio 12 de 2007 / 7:30 am a 8:30 am | |
|---------------------------|---------------------------------------|-------------------|--------------------------------|---|--|
| PROCESO | GESTIÓN DOCUMENTAL | | CAPACITADOR | Sandra Pinzón Rodríguez Yolimar Carvajal Luz Amparo Rodríguez | |
| NOMBRE | CARGO | TELEFONO | E-MAIL | FIRMA | |
| Wilson Carvajal P. | Auxiliar Archivo | 6344000 ext 2191 | wilson_carvajal@hotmail.com | | |
| Martilde Corbe B. | Auxiliar Conexión | 6344000 ext 2191 | m_corbe@yahoo.com | | |
| Jose Luis Angarita O | Mensajero | 6344000 Ext 2191 | Joseph020485@hotmail.com | JOSE LUIS ANGARITA. | |
| Alba Cecilia Bohórquez A. | Directora CED | 6344000 Ext 2193 | abohorq@uis.edu.co | | |
| FABIAN CORREDOR CUELLAR | Tecnico de Mantenimiento | 6344000 Ext. 2283 | admndoc2@uis.edu.co | | |
| Martin Eduardo León | Mensajero | 6344000 ext 2191 | martyns_revolution@hotmail.com | | |
| Luis Edo Dora | Mensajero | 6344000 Ext 2191 | luiscedo75@hotmail.co | | |
| BUSTAVO ALDANA | Auxiliar Archivo | 6344000 Ext. 2283 | | | |
| Margarita | Auxiliar Archivo | 6344000 | | | |
| Manuel Fontaine P. | Auxiliar Conexión | 6344000 Ext 2183 | | | |
| Luz Amparo Rodríguez | Auxiliar Conexión | 6344000 Ext 2191 | | | |
| Santos Jesús Costello | Mensajero | 6344000 Ext 2283 | Santos.Jesca@hotmail.com | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |



REGISTRO DE ASISTENCIA

| OBJETIVO/TEMA | Indicadores de Gestión/Gestión Documental | | FECHA Y HORA | FIRMA |
|------------------------------|---|------------------|---------------------------------|------------------------|
| NOMBRE | CARGO | TELEFONO | E-MAIL | |
| Luis Roberto Pedraza C | Mensajero | 6741142 | chato2289@hotmail | Luis Roberto Pedraza |
| Wilson Carvajal P | Aux. Archivo | 6344000 ext 2191 | wilson_cavajal@hotmail.com | Wilson Carvajal P. |
| Ofelia Esther Galvis | Dux Archivo | 6344000 ext 2193 | esthergalvisc@hotmail.com | Ofelia Galvis |
| Luis Eduardo ABRIL | Dux - Dux | 6344000 2191 | | Luis Eduardo Abril |
| <i>[Signature]</i> | | 2193 | | <i>[Signature]</i> |
| Alba C. Poliborguez A. | Directora | 2193 | abohorg@uis.edu.co | Alba C. Poliborguez A. |
| Fabian Corredor Cuéllar | Técnico | 2283 | admdoc2@uis.edu.co | <i>[Signature]</i> |
| Martida Cortés B. | Aux. Correspondencia | 6344000 2191 | m.corteb@yahoo.com | <i>[Signature]</i> |
| Lidia G. de Rosales | Aux. Corresp. | 2191 | | Lidia Rosales |
| Eustasio Alejandro M. Cortés | Mensajero | 6344000 | | <i>[Signature]</i> |
| Jose Luis Anquilla | Mensajero | 6344000 ext 2191 | Joseph20485@hotmail.com | <i>[Signature]</i> |
| Juan Pablo Borjas C | Aux. Administrativo | 313 264 0926 | borjasCandelito@hotmail.com | Juan Pablo |
| Martín Eduardo León | Mensajero | 6344000 EXT 2191 | martinas-revolution@hotmail.com | Martín Eduardo León |
| | | | | |
| | | | | |



REGISTRO DE ASISTENCIA

| OBJETIVO/TEMA | Socialización Procedimiento Transferencia de Archivos | | | FECHA Y HORA | Septiembre 10/2007 5:00 PM |
|-------------------------------|---|-------------|---------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| NOMBRE | CARGO | TELEFONO | E-MAIL | FIRMA | |
| <i>Luz Patricia Polanco</i> | <i>Auxiliar Archivista</i> | <i>2193</i> | | <i>[Signature]</i> | |
| <i>[Signature]</i> | <i>AUXILIAR DE</i> | <i>2183</i> | | <i>[Signature]</i> | |
| <i>[Signature]</i> | <i>AUXILIAR DE</i> | <i>2183</i> | | <i>[Signature]</i> | |
| <i>Yveta Esther Galvis C.</i> | <i>Aux- Archivo</i> | <i>2193</i> | <i>esthergalvis@hotmail.com</i> | <i>Yveta Esther Galvis</i> | |
| <i>Alba C. Polanco</i> | <i>Aux. Archivo</i> | <i>2193</i> | <i>abohorg@uis.edu.co</i> | <i>Alba C. Polanco</i> | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

REGISTRO DE ASISTENCIA

Strategika



REGISTRO DE ASISTENCIA

| OBJETIVO/TEMA | Enfoque Auditoria / Política de Calidad | | FECHA Y HORA | | |
|-------------------------|---|----------|--------------------------------|--------------------|--|
| NOMBRE | CARGO | TELEFONO | E-MAIL | FIRMA | |
| Jose Luis Ancarita | MENSAJERO | 2191 | Josepho20485@hotmail.com | <i>[Signature]</i> | |
| Alba C. Bolívarques A. | Directora CDD | 2193 | abohorg@uis.edu.co | <i>[Signature]</i> | |
| Meyla Esther Galvis C. | AUX - Archivo | 2193 | esthergalvisc@hotmail.com | <i>[Signature]</i> | |
| Juan Pablo Bonyas | AUX - Administrativo | 2193 | bonyasandrew@hotmail.com | <i>[Signature]</i> | |
| FABIAN CORREDOR CUELLAR | TECNICO de Microfilmac. | 2283 | adm doc 2@uis.edu.co | <i>[Signature]</i> | |
| afargarita | Auxiliar de Archivo | 2183 | | <i>[Signature]</i> | |
| Julia Saccione Ravello | Aux. Corresponsal | 2191 | | <i>[Signature]</i> | |
| afabide Cortés B. | Aux. Corresponsal | 2191 | m.corbec@yahoo.com | <i>[Signature]</i> | |
| Wilson Carvajal P. | Auxiliar de Archivo | 2191 | wilson_carvajal@hotmail.com | <i>[Signature]</i> | |
| Santos Jeostebinos | operador Microfilmación | 2283 | santosjesca@hotmail.com | <i>[Signature]</i> | |
| Luis E. Dora | MENSAJERO | 2191 | luisabril73@hotmail | <i>[Signature]</i> | |
| Martin Eduardo León | MENSAJERO | 2191 | martyns_revolution@hotmail.com | <i>[Signature]</i> | |
| Luis Francisco P6 | mensajero | 2191 | chat02389@hotmail.com | <i>[Signature]</i> | |
| Yenny Yentana Pinto | Auxiliar de correo | 2183 | | <i>[Signature]</i> | |
| JOSE ANTONIO ALDAM | AUX. Mensajero | 2283 | | <i>[Signature]</i> | |

REGISTRO DE VISITACION

Strategika



REGISTRO DE ASISTENCIA

| OBJETIVO/TEMA | Aspectos Generales / Gestión Documental | | FECHA Y HORA | FIRMA | |
|----------------------------|---|----------|--------------------------------|---------------------------------------|--|
| NOMBRE | CARGO | TELEFONO | E-MAIL | | |
| Dr. Diana S. Lucchetti | coordinadora | 2193 | — | [Firma] | |
| Luis Francisco P. G. | Mensajero | 2191 | chato2789@hotmail.com | Luis Francisco P. G. | |
| Neyla Esther Galvis Castro | Auxiliar de Archivo | 2193 | neyla.galvis@gmail.com | Neyla Esther Galvis Castro | |
| FABIAN CORREDOR CUELLAR | Tecnico de Microfilmación | 2283 | admdoc2@uis.edu.co | [Firma] | |
| GUSTAVO A. D. A. M. | AUX. MICROFIL. | 2283 | | [Firma] | |
| Juan Carlos Fontana Pineda | Auxiliar de Archivo | 2183 | | [Firma] | |
| Luis 290 D. B. A. I. | MENSAJERO | 2191 | luisabril75@hotmail.com | [Firma] | |
| Martin Eduardo leba | MENSAJERO | 2191 | martyns-revolution@hotmail.com | [Firma] | |
| Santos J. Castañeda J. | operador microfilmación | 2283 | santos.jesca@hotmail.com | [Firma] | |
| [Firma] | Auxiliar de Archivo | 2183 | | [Firma] | |
| Masilda Cortés B. | Auxiliar de Correo | 2191 | m.corteb@yahoo.com | [Firma] | |
| Samuel Barragán J. | Mensajero | 2103 | — | [Firma] | |
| JOSE LUIS ANGARITA O. | MENSAJERO | 2191 | Joseph020485@hotmail.com | [Firma] | |
| Julia Garcia de Rosette | Aux. Correo | 2191 | | Julia G. de Rosette | |
| Wilson Carvajal Pimiento | Aux. Archivo | 2191 | wilson_carvajal@hotmail.com | Wilson Carvajal Pimiento | |
| Carmenza Sakimay | D. C. G. D. | 2193 | csakimay@uis.edu.co | [Firma] | |
| Luz Amparo Rodriguez | | | luzaro14@hotmail.com | Luz Amparo RODRIGUEZ B. Strategika | |



REGISTRO DE ASISTENCIA

| OBJETIVO/TEMA | Actividades Generales | | FECHA Y HORA | Oct. 01/07 5:00PM. - 07:00 PM | |
|--------------------------|-----------------------|-----------------|-----------------------------------|-------------------------------|--|
| PROCESO: | Gestión Documental | | CAPACITADOR | | |
| NOMBRE | CARGO | TELEFONO | E-MAIL | FIRMA | |
| Samuel Barragán | Mensajero | 6351971 | - - - | Samuel B | |
| Jose Luis Angrito O. | Mensajero | 6344000 Ext 291 | Joseph.0204850@hotmail.com | Jose Luis Angrito O. | |
| WILSON CARVAJAL PIMIENTO | Aux. Archivo | 2191 | Wilson_carvajal@hotmail.com | Wilson Carvajal P. | |
| Luis EDO DOM | MENSAJERO | 2191 | luisabr133@hotmail.com | Luis Edo Dom | |
| Martin Eduardo Ledo | MENSAJERO | 2191 | martinledo-revolution@hotmail.com | Martin Eduardo Ledo | |
| Luis Francisco Pe | Mensajero | 2191 | chato7389@hotmail.com | Luis Francisco P. 6 | |
| Juan Pablo Baryeo | Aux Administrativo | 2193 | baryeo@candela.com | Juan Pablo Baryeo | |
| Carmen Sabmencs. | Director 9 | 2191 | csabmencs@us.edu.co | Carmen Sabmencs | |
| Luz Amparo Rodriguez | Auxiliar | | luzamr1@hotmail.com | Luz Amparo Rodriguez | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |



REGISTRO DE ASISTENCIA

| OBJETIVO/TEMA | Socialización Proce. Transf. de Archivos | | FECHA Y HORA | 3:30 pm - 5:00 pm Od. 09/07 | |
|------------------------|--|----------|--------------------------|--------------------------------|--|
| PROCESO | Gestión Documental | | CAPACITADOR | | |
| NOMBRE | CARGO | TELEFONO | E-MAIL | FIRMA | |
| Mayra Esther Galvis C. | AUX-ARCHIVO | 6559567 | esthergalvis@hotmail.com | <i>Mayra Esther Galvis C.</i> | |
| Juz María Peltin | AUXILIAR DE ARCHIVO | 2193 | | <i>Juz María Peltin</i> | |
| Manuel Fontaine Pinto | AUXILIAR DE ARCHIVO | 2183 | | <i>Manuel Fontaine Pinto</i> | |
| Margarita Pinzov | AUXILIAR DE ARCHIVO | 2183 | | <i>Margarita Pinzov</i> | |
| Carolina Salazar | DIRECTOR | 2193 | | <i>Carolina Salazar</i> | |
| Luz Amparo Rodríguez | Auxiliar | | luzaroz@hotmail.com | <i>Luz Amparo Rodríguez B.</i> | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |



REGISTRO DE ASISTENCIA

| OBJETIVO/TEMA | Socialización Pro. Corresp. Desp. y Heb. | | FECHA Y HORA | Octubre 10/07 . 5:30pm a 6:30 pm | |
|------------------------|--|----------|---------------------------------|----------------------------------|--|
| PROCESO | Gestión Detal | | CAPACITADOR | | |
| NOMBRE | CARGO | TELEFONO | E-MAIL | FIRMA | |
| Luis Francisco Pedraza | Mensajero | 2191 | chato2789@hotmai.com | Luis Francisco P. 6 | |
| Juan Pablo Fongos C | Aux. Administrativo | 2193 | borjaslandelo@hotmail.com | [Signature] | |
| Martin Eduardo León M. | MENSAJERO | 2191 | martyns..revolution@hotmail.com | [Signature] | |
| Martilde Cortés B | Aux. Correspons | 2171 | m.corbe@yahoo.com | [Signature] | |
| JOSE LUIS ANSARITA | MENSAJERO | 2191 | Josepho20486@hotmail.com | [Signature] | |
| Luis Edo Dorl | MENSAJERO | 2191 | luisabnl@hotmail.com | [Signature] | |
| WILSON CARVAJAL P. | AUX. DE ARCHIVO | 2191 | wilson_carvajal@hotmail.com | Wilson Carvajal Pimiento. | |
| Julia G. de Ravello | Aux. Correspons | 2191 | | Julia G. de Ravello | |
| Carmina Galmarini | Directora | 2193 | cgalmag@uis.edu.cu | [Signature] | |
| Luz Amparo Rodríguez | Auxiliar | | luzaro14@hotmail.com | Luz Amparo Rodríguez | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Strategika



REGISTRO DE ASISTENCIA

| OBJETIVO/TEMA | Acciones Correctivas | | FECHA Y HORA | Oct. 25 5:00pm a 6:30 pm. | |
|----------------------------|---------------------------|------------------|--------------------------------|---------------------------|--|
| PROCESO: | GESTIÓN DOCUMENTAL | | CAPACITADOR | Sandia Pinzón | |
| NOMBRE | CARGO | TELEFONO | E-MAIL | FIRMA | |
| Ayela Esther Galvis Castro | Aux- Archivo | 6344000 ext 2193 | estlurgalvis@hotmail.com | Ayela Esther Galvis | |
| Fabian Corredor Cuello | Técnico de Microfilmación | Ext. 2283 | admdoc2@uis.edu.co | Fabian Corredor Cuello | |
| Juz Wario Nolasco | Auxiliar Archivo | Ex 2193 | --- | Juz Wario Nolasco | |
| Luis Felipe Pedraza | Mensajero | EX 2191 | chalo2389@hotmail.com | Luis Felipe Pedraza | |
| Carlos Andrés Rojas | Mensajero | 2283 | --- | Carlos Andrés Rojas | |
| Manuel Fontana Pinto | Aux. correos | EA 2183 | --- | Manuel Fontana Pinto | |
| Maricristina Pinzón | Auxiliar de mensajería | " 2183 | --- | Maricristina Pinzón | |
| Martilde Cortés | Aux. Correo | Ext 2191 | m.corbe@yahoo.com | Martilde Cortés | |
| Julia G. de Ravello | Aux Correo | EXT. 2191 | --- | Julia G. de Ravello | |
| JOSE WIS ANSARITA | MENSAJERO | 6344000 EX 2191 | Josepho20485@hotmail.com | Jose Wis Ansarita | |
| Luis Eduardo León | MENSAJERO | 2191 | --- | Luis Eduardo León | |
| Martín Eduardo León | MENSAJERO | 2191 | martins_revolucion@hotmail.com | Martín Eduardo León | |
| Juan Pablo Borjas C | Aux. Administrativo | 2193 | borjaspablo@hotmail.com | Juan Pablo Borjas C | |
| Carmen Salazar | Directora CPT y GD | 2193 | csalaz@uis.edu.co | Carmen Salazar | |
| Wilson Carvajal P | Aux. Archivo | 2191 | wilson_carvajal@hotmail.com | Wilson Carvajal P | |
| Santos J. Costelunas | --- | 2283 | SantosJesca@hotmail.com | Santos J. Costelunas | |

Strategika



REGISTRO DE ASISTENCIA



| OBJETIVO / TEMA: Elaboración Plan de Riesgos Institucional | | FECHA Y HORA: Noviembre 23 de 2007/ 4:30 p.m. | |
|--|----------------------------|---|----------------------------|
| Sesión 1: Administración de Riesgos | | PROCESO: GESTIÓN DOCUMENTAL | |
| N. | NOMBRE | CARGO | FIRMA |
| 1 | Neyla Esther Galvis Castro | Dux- DUCHIVO | Neyla Esther Galvis Castro |
| 2 | Fabian Corredor Cuéllar | Tecnico de Microfilmación | Fabian Corredor Cuéllar |
| 3 | Martin Eduardo León | MENSAJERO | Martin Eduardo León |
| 4 | Juan Carlos Pineda | aux. Archivo | Juan Carlos Pineda |
| 5 | Lina Francisca Padroza G | Mensajero | Lina Francisca Padroza G |
| 6 | Esteban Aldama | Auxiliar de Archivo | Esteban Aldama |
| 7 | Juan Carlos Pineda | Auxiliar de Archivo | Juan Carlos Pineda |
| 8 | Maricarita Pinzón V | Auxiliar de Archivo | Maricarita Pinzón V |
| 9 | Julio Gonzalo Parillo | Auxiliar de Correspondencia | Julio G. de Parillo |
| 10 | JOSE LOIS ANSARITA O. | MENSAJERO | Jose Luis Ansarita O. |
| 11 | Wilson Cayugal Pimiento | Auxiliar de Archivo | Wilson Cayugal Pimiento |
| 12 | Carolina Pineda | Auxiliar de Archivo | Carolina Pineda |
| 13 | Martilde Cortés B. | Auxiliar Correspondencia | Martilde Cortés B. |
| 14 | Santos Castellanos | Aux. Administrativos | Santos Castellanos |
| 15 | Juan Pablo Borja | Aux. Administrativos | Juan Pablo Borja |



REGISTRO DE ASISTENCIA

| OBJETIVO/TEMA | Reunión General sobre el G... | | FECHA Y HORA | Diciembre 05/07 - 11:00am a 12.m. | |
|--------------------------|-------------------------------|------------------|-----------------------------|--|--|
| PROCESO: | GESTIÓN DOCUMENTAL | | CAPACITADOR | Director de Certificación y Gestión Documental | |
| NOMBRE | CARGO | TELEFONO | E-MAIL | FIRMA | |
| Meyla Esther Galvis C | AUX - Archivo | 6344000 ext 2193 | esthergalvisc@hotmail.com | | |
| Juan Pablo Borjas C | Aux - Administrativo | 313264 0956 | borjasandelo@hotmail.com | | |
| FABIAN CORREDORE CUELLAR | Tecnico de MicroFILMACION | 3163304618 | admdoc2@uis.edu.co | | |
| Juan Manuel Montañez P | AUX. COPIAS | 6344000 ext 2183 | | | |
| Wilson A. Carvajal P. | Aux. Archivo | Ext: 2283 | | | |
| Margarita Pizarro | Auxiliar de apoyo | 2983 | | | |
| Julio Cesar Pardo | Auxiliar de Archivo | 2193 | | | |
| German A. Rincon S | Aux. Administrativo | 2779 | sgeneral@uis.edu.co | | |
| Wilson Carvajal P. | Aux. Archivo | 2191 | wilson_carvajal@hotmail.com | Wilson Carvajal P. | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

ANEXO M. PLANILLA DE DOCUMENTOS ENTREGADOS EN LOS RECORRIDOS

| | | |
|---|--|----------------|
|   | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | Código: |
| | PLANILLA DE DOCUMENTOS ENTREGADOS EN LOS RECORRIDOS | Versión: 01 |

NOMBRE DE LA UNIDAD ACADEMICA ADMINISTRATIVA: _____

FECHA: _____

RECORRIDO: AM ____ PM ____

| CANTIDAD | DESCRIPCIÓN DE LOS DOCUMENTOS | No. DE FOLIOS | OBSERVACIONES |
|----------|------------------------------------|---------------|---------------|
| | ACUERDOS | | |
| | BOLETINES | | |
| | CAJAS | | |
| | CARTAS | | |
| | CERTIFICADOS MEDICOS | | |
| | CIRCULARES | | |
| | COMUNICACIONES INTERNAS | | |
| | COTIZACIONES | | |
| | FACTURAS | | |
| | FAX | | |
| | INFORMES | | |
| | INVENTARIOS | | |
| | DOCUMENTOS DE LICITACIONES | | |
| | MATERIAL AUDIOVISUAL | | |
| | ORDENES DE COMPRA | | |
| | ORDENES DE PRESTACION DE SERVICIOS | | |
| | ORDENES DE PAGO | | |
| | ORDENES DE TRABAJO | | |
| | PAQUETES | | |
| | PASAJES | | |
| | PUBLICACIONES UIS | | |
| | RESOLUCIONES | | |
| | REVISTAS | | |
| | SOBRES | | |
| | SOLICITUDES DE COMISION | | |
| | SOLICITUDES DE PERMISO | | |
| | TIRAS DE PAGO | | |
| | TRASLADOS DE FONDOS | | |
| | TUTELAS | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

RECOMENDADOS:

No. de Guía

Destinatario:

PREPARÓ: _____

RECIBIÓ: _____

Observaciones: En esta columna pueden ir los siguientes datos: Número de radicación, tipo de material audiovisual, tipo de informe, número de las órdenes de compra, de trabajo, de prestación de servicios, entre otros.

ANEXO N. MEMORANDO PARA LAS UAA

MEMORANDO

PARA: SECRETARIAS ADMINISTRATIVAS UNIDADES ACADÉMICAS O

DE: DIRECCION DE CERTIFICACION Y GESTION DOCUMENTAL

FECHA: Agosto 16 de 2.007

Atentamente nos permitimos informar que en desarrollo del proyecto del sistema de gestión de calidad que actualmente se lleva a cabo en la Universidad, se ha realizado la revisión de los procedimientos y formatos y se han hecho ajustes de acuerdo a la normatividad aplicable entre ellos, el diseño del listado adjunto: Planilla de documentos entregados en los recorridos.

Agradecemos iniciar la utilización a partir del día de mañana, con el fin de evaluar su aplicación en términos de tiempo y confiabilidad en la entrega de documentos enviados en las bolsas de correo.

Cordialmente,

Alba C. Bohorquez P.
ALBA CECILIA BOHORQUEZ AMAYA
Directora de Certificación y Gestión
Documental

Sandra Pimzon
SANDRA PIMZON RODRIGUEZ
Coordinadora de Calidad

Anexo: Planilla

ANEXO O. FORMATO DE SUGERENCIAS


FORMATO DE SUGERENCIAS

Con el fin de analizar la aplicación del formato: PLANILLA DE DOCUMENTOS ENTREGADOS EN LOS RECORRIDOS, la Dirección de Certificación y Gestión Documental agradece su colaboración, respondiendo las siguientes preguntas:

- EL TIEMPO PARA DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO FUE:
Poco _____ Suficiente _____ Mucho _____
- EL TIEMPO PARA RECIBIR Y CONFRONTAR LOS DOCUMENTOS CON EL LISTADO FUE:
Poco _____ Suficiente _____ Mucho _____
- LOS DOCUMENTOS SE ENTREGARON :
Oportunamente _____ Con demora _____ Cuánto tiempo de demora? _____
- JUSTIFICA USTED LA APLICACIÓN DE LA PLANILLA?
SI _____ NO _____

Por qué? _____

ANEXO P. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO

| | |
|---|----------------------------|
|  | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL |
| | ENCUESTA DE SATISFACCIÓN |

CON EL FIN DE MEJORAR NUESTRO SERVICIO ATENTAMENTE SOLICITAMOS SU COLABORACION DANDO RESPUESTA A LA SIGUIENTE ENCUESTA

- | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|--|
| <p>1. De los siguientes servicios de la Dirección de Certificación y Gestión Documental, ¿cuáles ha utilizado?</p> <p><input type="checkbox"/> Envío de Correspondencia</p> <p><input type="checkbox"/> Consulta del Archivo</p> <p><input type="checkbox"/> Asesoría de Archivo</p> <p><input type="checkbox"/> Radicación de Correspondencia</p> | <p>5. Al momento de solicitar la consulta de documentos del archivo central (archivo de Dirección de Certificación y Gestión Documental); ¿le ha sido facilitada la información?</p> <p><input type="checkbox"/> Si</p> <p><input type="checkbox"/> En Ocasiones</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> | | | | | | |
| <p>2. A través de las bolsas de correo recibe documentos que corresponden a otras unidades?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Pocas veces</p> <p><input type="checkbox"/> Muchas veces</p> <p><input type="checkbox"/> Siempre</p> | <p>6. Considera que la asesoría prestada en cuanto al archivo ha sido:</p> <p><input type="checkbox"/> Excelente</p> <p><input type="checkbox"/> Buena</p> <p><input type="checkbox"/> Regular</p> <p><input type="checkbox"/> Mala</p> | | | | | | |
| <p>3. Los documentos son entregados de manera oportuna.</p> <p><input type="checkbox"/> Siempre</p> <p><input type="checkbox"/> A veces</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> | <p>7. ¿Tiene alguna sugerencia que desea hacemos llegar?</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 100px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> </table> | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| <p>4. ¿Cuál es su grado de satisfacción general con el servicio de correspondencia?</p> <p><input type="checkbox"/> Completamente Satisfecho</p> <p><input type="checkbox"/> Satisfecho</p> <p><input type="checkbox"/> Insatisfecho</p> <p><input type="checkbox"/> Completamente Insatisfecho</p> | | | | | | | |

ANEXO Q. INFORME DE LA PREAUDITORÍA EXTERNA

INFORME DE PREAUDITORÍA ICONTEC

Diciembre 5, 6 y 7

2007

I. OBSERVACIONES GENERALES

I.1 Aspectos Relevantes

- ✓ La estructura de calidad definida para la implementación, lo cual va garantizar el mantenimiento del sistema de gestión, mientras el mismo toma su dinámica de mejoramiento.
- ✓ Los logros de la universidad en cuanto a los premios y reconocimientos relacionados con tecnología de la información, como el premio colombiano en línea y finalista en el premio de Alta Gerencia.
- ✓ Los planes de gestión. Porque formalmente recopila los compromisos en cuanto a la mejora (proyectos y programas) que se van a desarrollar a lo largo del año con los respectivos seguimientos y sus informes.
- ✓ La rueda de negocios tecnológica. Porque por primera vez en la región se desarrolló con el liderazgo y la organización de la Universidad Industrial de Santander.
- ✓ El liderazgo de los dueños de los procesos de Admisiones y Registro Académico y Gestión de Investigación y Extensión. Por el liderazgo en el proceso de implementación, lo cual les ha permitido en corto tiempo ir más allá de los requisitos de la Norma ISO 9001:2000 con herramientas administrativas que les han facilitado la gestión y control del proceso. Sus experiencias pueden ser aprovechadas por otros dueños de proceso para lograr una consolidación de su gestión.
- ✓ La base documental. Por su manual de calidad, los procedimientos, sus guías, instructivos etc. Por el grado de detalle y el contenido, al igual que por dar respuesta a los requisitos de la norma ISO 9001:2000, lo anterior facilita el unificar y estandarizar sus actividades, la capacitación y su control.
- ✓ El "HACER" de los procesos. Por la experiencia del personal en sus labores cotidianas y en línea con lo establecido en los procedimientos del Sistema de Gestión de la Calidad.
- ✓ El manual del investigador. Porque fue diseñado de una manera didáctica en un idioma amigable con el lector en una interacción de una charla informal pero contándole qué hacer para cada una de las inquietudes, trámites y problemas que se le presentan.

- ✓ El diplomado para conocer la universidad. En donde sus funcionarios conocen con más detalle las actividades que se desarrollan en cada una de las dependencias, aspecto fundamental como inicio para la mejora de la comunicación.
- ✓ El proceso de Servicios Informáticos y de Telecomunicaciones. Por la proyección de la documentación hacia la prestación de servicios externos y por el enfoque práctico del procedimiento de diseño de software.
- ✓ El desarrollo propio y aplicación de software en los diferentes procesos con lo cual se agiliza las actividades, al tiempo que simplifica las labores del personal y mejora el servicio al cliente.
- ✓ La destinación de recursos de la universidad que superan el 2% del presupuesto total para bienestar universitario, lo cual supera lo establecido por ley, con lo cual se avala el compromiso de la institución con la formación integral del estudiante.
- ✓ La diversidad de servicios prestados por bienestar universitario, residencias, alimentación, salud, acompañamiento académico, programas educativos-preventivos, entre otros, así mismo el mejoramiento en infraestructura lo cual representa para la universidad una fortaleza, soportada con los niveles altos de satisfacción de los usuarios.
- ✓ El número de programas acreditados de alta calidad y trámite de los restantes, la calificación de los estudiantes en los exámenes ECAES, el desempeño de los egresados y la imagen de la institución, evidencian la calidad del servicio ofrecido y el compromiso con cumplimiento de los objetivos establecidos.
- ✓ El empleo de la cartilla "Manual de actividades básicas del proceso Financiero" simplifica y facilita la información de todo lo concerniente al cliente, disminuyendo tiempos de consulta y evitando confusiones.

1.2 Aspectos por Mejorar

- ✓ La actitud de servicio. Para que se estructure formalmente una campaña de sensibilización y concienciación a todo el personal que interactúa con la comunidad universitaria para mejorar sustancialmente el servicio al cliente.
- ✓ Las acciones preventivas. Para activar la identificación de las acciones preventivas y empezar a cumplir el indicador de generar la "Cultura Preventiva" en la universidad es importante tener en cuenta:
 - Fortalecer el concepto de prevención.
 - Complementar la metodología definida con herramientas adicionales que les permitan identificar las acciones preventivas.
 - Generar el espacio (ej. comités primarios) para que el dueño de proceso identifique y haga seguimiento a sus acciones preventivas.
 - Seguimiento del comité de calidad de las acciones preventivas de los dueños de proceso.

- ✓ Los indicadores de gestión. Con miras a fortalecer el tablero de indicadores se sugiere tener en cuenta:
 - Minimizar la cantidad de indicadores, considerando con prioridad aquellos que orientan hacia el cumplimiento de los objetivos de calidad, los objetivos del proceso, la satisfacción del cliente interno del proceso.
 - Establecer metas más exigentes
 - Compromiso de los dueños de proceso para la entrega oportuna de los datos necesarios para conocer el comportamiento de los indicadores.
- ✓ Las acciones correctivas. Para fortalecer la aplicación de la metodología definida es importante considerar:
 - Las acciones correctivas se pueden generar por: autogestión, la insatisfacción de un cliente o un proveedor interno.
 - No esperar que las acciones correctivas vengan sólo de las auditorías internas de calidad.
 - Establecer el espacio para que los líderes de los procesos con su equipo de colaboradores identifiquen y hagan seguimiento a las acciones correctivas
- ✓ El control de producto no conforme. Para activar la metodología definida, es importante tener en cuenta:
 - Concienciación para que se reporten los servicios no conformes.
 - Revisar nuevamente los diferentes tipos de productos no conformes en cada proceso.
 - Reentrenar al personal en el procedimiento definido
- ✓ La satisfacción de los beneficiarios de los servicios de los procesos. Para que se terminen en todos los procesos la evaluación de la percepción de la satisfacción de los clientes y se cumpla la frecuencia establecida.

2. OBSERVACIONES DEL PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL


2.1. No Conformidades.

- ✓ No se halló evidencia de la revisión del documento "guía de elaboración de documentos" por parte del profesional de calidad, según lo establecido en el procedimiento "control de documentos".

2.2. Aspectos por mejorar

- ✓ El fortalecimiento de los mecanismos de control de las etapas para la elaboración, actualización, revisión y aprobación de los documentos en el proceso de gestión documental, de tal manera que permita establecer los tiempos, estado y responsables de cada etapa.

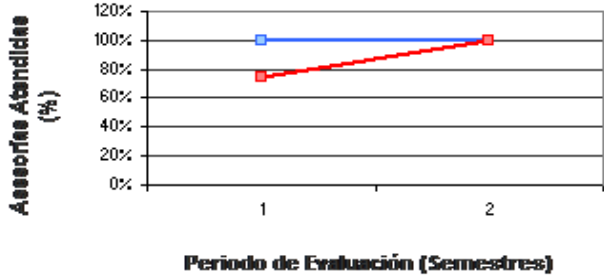
ANEXO R. INFORME DE DESEMPEÑO DEL PROCESO

| | | |
|---|--|----------------|
|  | PROCESO SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL | Código: FSE.10 |
| | INFORMES DE SEGUIMIENTO A LOS PROCESOS | Versión: 01 |


| | | | |
|------------------------------|--------------------|------------|----------------------|
| PROCESO | GESTIÓN DOCUMENTAL | SUBPROCESO | GESTIÓN ARCHIVÍSTICA |
| DESEMPEÑO DEL PROCESO | | | |

1. COMPORTAMIENTO DE INDICADORES

| | | | |
|-----------------------|--|------------------------|--|
| Fecha de Seguimiento: | 2007 | | |
| NOMBRE DEL INDICADOR | Asesorías Atendidas | OBJETIVO | Atender las asesorías solicitadas para la organización de los archivos de las diferentes UAA |
| Método de Cálculo | (No. De Asesorías Atendidas Oportunamente (4 días) / No. De Asesorías Solicitadas) * 100 | Frecuencia de medición | Semestral |
| Responsable | Directora de Certificación y Gestión Documental | Fuente | Informe de Visita-Asesoría de Archivos |
| | | Unidad | % |
| | | Meta | 100% |
| RESULTADOS | | | |

| | | | | | | | |
|---|-------|------|------|------|------|------|---|
| <p style="text-align: center;">Asesorías Atendidas</p>  <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="text-align: center;">VALOR</td> <td style="text-align: center;">75%</td> <td style="text-align: center;">100%</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">META</td> <td style="text-align: center;">100%</td> <td style="text-align: center;">100%</td> </tr> </table> | VALOR | 75% | 100% | META | 100% | 100% | <p>OBSERVACIONES: Durante el primer semestre del 2007, se presentó un desfase del 25% con respecto a la meta, es decir, no fueron atendidas oportunamente todas las asesorías solicitadas, lo cual se presentó por los repentinos cierres de la Universidad en este periodo. Durante el transcurso del segundo semestre se ha cumplido con la meta propuesta.</p> <p>ACCIONES DE MEJORA:</p> <p>RESPONSABLE Directora de Certificación y Gestión Documental</p> |
| VALOR | 75% | 100% | | | | | |
| META | 100% | 100% | | | | | |
| PERIODO DE EVALUACIÓN | | | | | | | |

Nota: Se debe diligenciar por indicador

| | | |
|---|---------------------------------------|----------------|
|  | PROCESO SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL | Código: FSE.10 |
| | INFORMES DE DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS | Versión: 01 |

2. SEGUIMIENTO AL PRODUCTO Y/O SERVICIO NO CONFORME


| Cantidad | Tipo de Producto y/o Servicio no conforme ¹ | Observaciones |
|----------|---|---------------|
| 1 | Entrega de documentos que no corresponden a la UAA destinataria | |

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

| Origen | Cantidad | N° Acciones Abiertas | | N° Acciones Cerradas | | Observaciones |
|--|----------|----------------------|----|----------------------|----|---|
| | | AC | AP | AC | AP | |
| Auditoría Interna | 2 | 2 | | | | Ya se implementaron las acciones, sólo falta el cierre por parte del auditor interno. |
| Producto No Conforme | 1 | 1 | | | | |
| 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 |
|----------|-----------|-------------|--|
| 3 | 2 | 2 | Se están realizando las actividades necesarias para el cumplimiento de las dos acciones de mejora que están pendientes |


| | | |
|---|---------------------------------------|----------------|
|  | PROCESO SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL | Código: FSE.10 |
| | INFORMES DE DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS | Versión: 01 |

5. DIFICULTADES EN EL DESARROLLO DEL PROCESO

No se cuentan con el espacio y los recursos suficientes para recibir material de todas las UAA de la Universidad, lo cual hace que nuestro servicio no sea del todo eficiente, pues en el momento sólo se le está recibiendo material a Financiero, mientras existen UAA que no se le recibe material hace más de 7 años.

6. NECESIDADES DEL PROCESO/SUBPROCESO PARA CUMPLIR LAS METAS

7. RECOMENDACIONES

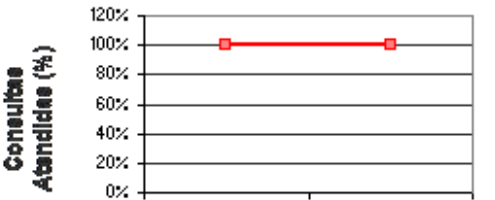
| | | |
|---|---|-----------------------|
|  | PROCESO SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL | Código: FSE.10 |
| | INFORMES DE SEGUIMIENTO A LOS PROCESOS | Versión: 01 |

| | | | |
|------------------------------|---------------------------|-------------------|-----------------------------|
| PROCESO | GESTIÓN DOCUMENTAL | SUBPROCESO | GESTIÓN ARCHIVÍSTICA |
| DESEMPEÑO DEL PROCESO | | | |

1. COMPORTAMIENTO DE INDICADORES

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---------------|------|--|------------------|
| Fecha de Seguimiento: 2007 | | | | | | | |
| NOMBRE DEL INDICADOR Consultas Atendidas | | OBJETIVO Brindar la información de los diferentes documentos solicitados | | | | | |
| Método de Cálculo | (No. De Consultas Atendidas / No. De Consultas Solicitadas) * 100 | Frecuencia de medición | Semestral | Unidad | % | Sentido (Maximizar, minimizar o mantener) | Maximizar |
| Responsable | Directora de Certificación y Gestión Documental | Fuente | Formato Relación Préstamo de Documentos | Meta | 100% | | |
| RESULTADOS | | | | | | | |

Consultas Atendidas



Periodo de Evaluación (Semestres)

OBSERVACIONES:
Durante los dos semestres del presente año se ha cumplido con la meta estipulada.

ACCIONES DE MEJORA:

RESPONSABLE
Directora de Certificación y Gestión Documental

| | | | |
|------------------------------|-------------------|-------------------|--|
| PERIODO DE EVALUACIÓN | | | |
| Semestre | Sem 1-2007 | Sem 2-2007 | |
| VALOR | 100% | 100% | |
| META | 100% | 100% | |

| | | |
|---|--|-----------------------|
|  | PROCESO SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL | Código: FSE.10 |
|---|--|-----------------------|

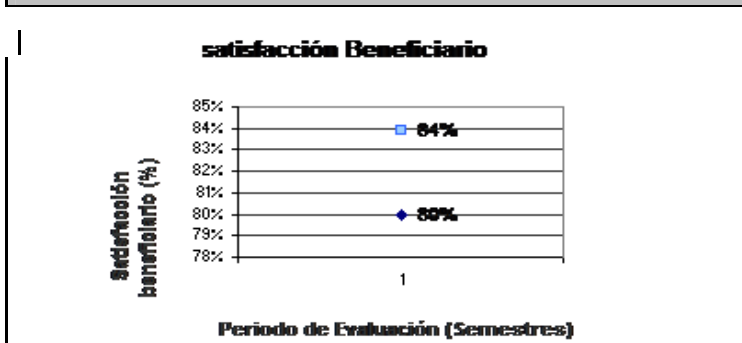
| | | |
|--|--|-------------|
| | INFORMES DE SEGUIMIENTO A LOS PROCESOS | Versión: 01 |
|--|--|-------------|

| | | | |
|-----------------------|--------------------|------------|--|
| PROCESO | GESTIÓN DOCUMENTAL | SUBPROCESO | |
| DESEMPEÑO DEL PROCESO | | | |

1. COMPORTAMIENTO DE INDICADORES

| | | | | | | | |
|------------------------------|---|-------------------------------|-----------|-----------------|--|--|------------------|
| Fecha de Seguimiento: | | 2007 | | | | | |
| NOMBRE DEL INDICADOR | | Satisfacción Beneficiarios | | OBJETIVO | Satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios de la DCGD | | |
| Método de Cálculo | (Promedio de la Calificación Obtenida en la encuesta / Calificación Máxima Posible) * 100 | Frecuencia de medición | Semestral | Unidad | % | Sentido (Maximizar, minimizar o mantener) | Máximizar |
| Responsable | Directora de Certificación y Gestión Documental | Fuente | Encuestas | Meta | 80% | | |

RESULTADOS



OBSERVACIONES:
Se observa que durante el segundo semestre del 2007 se ha cumplido con la meta propuesta, sin embargo es posible aumentar el nivel de satisfacción de nuestros usuarios y por tanto se pueden implementar algunas acciones de mejora

ACCIONES DE MEJORA: Realizar capacitaciones sobre actualización archivística a todas las unidades el primer semestre del 2008. Realizar un plegable de servicios para dárselo a conocer a la comunidad.

RESPONSABLE
Directora de Certificación y Gestión Documental

| PERIODO DE EVALUACIÓN | | | |
|-----------------------|------------|--|--|
| Semestre | Sem 1-2007 | | |
| VALOR | 84% | | |
| META | 80% | | |

ANEXO S. ACTA DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN



REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN PARA EL SGC

ACTA No. 01
Bucaramanga, 1 de diciembre de 2.007

Lugar: Sala Alterna Rectoría
Hora: 8:30 a.m.

Asistentes:

Dr. Jaime Alberto Camacho Pico
Ing. Sergio Isnardo Muñoz Villarreal
Ing. Sonia Cristina García Rincón
Ing. Irma Paola Camargo Segura
Ing. Sandra Pinzón Rodríguez

Rector
Vicerrector Administrativo
Directora Control Interno y Evaluación de Gestión
Coordinadora proyecto SGC
Coordinadora proyecto SGC

AGENDA

1. Resultados de auditorías
2. Retroalimentación del Beneficiario
3. Desempeño de los procesos y conformidad del producto
4. Estado de las acciones correctivas y preventivas
5. Acciones de seguimiento de revisiones por la dirección previas
6. Cambios que podrían afectar el Sistema de Gestión de la Calidad
7. Recomendación para la mejora
8. Planteamiento de acciones y conclusiones

A

Página 1 de 6

Revisión por la Dirección
Ciudad Universitaria, Carrera 27 Calle 9 PBX (7) 6344000 Ext. 2700 Fax: 6451136
E-mail: direcge4@uis.edu.co Bucaramanga, Colombia. www.uis.edu.co



DESARROLLO



Universidad
Industrial de
Santander

I. Resultados de auditorías

La ing. Sonia Cristina presentó los planes de auditoría ejecutados en el segundo semestre de 2007, y el consolidado de las no conformidades encontradas. Aclaró que se hizo seguimiento a los procesos para revisar el avance en las acciones correctivas, preventivas y de mejora y realizar recomendaciones en cuanto a su formulación. En cuanto al estado de las acciones, no se ha dado cierre a ninguna acción resultante de las auditorías internas.

Con respecto a este punto se concluye lo siguiente:

- Se cumplieron a cabalidad los planes de auditorías internas (1 y 2)
- Faltan por auditar los procesos de: Dirección Institucional y Recursos Físicos (Sede Bucarica y Guatigurá). Esta última se realizará el día 4 de diciembre del presente año. Queda por Acordar la fecha de la Auditoría de Dirección Institucional.
- En la semana del 3 al 5 de diciembre, el equipo de profesionales de Control Interno y Evaluación de Gestión realizará la verificación de la eficacia de las acciones correctivas y procederá al cierre de aquellas que hayan cumplido con los requisitos.
- Enviar un comunicado a los procesos de: Gestión de la Investigación y Extensión y Relaciones Interinstitucionales de Intercambio Académico, de manera que presenten a la Alta Dirección los planes de mejoramiento para dar tratamiento a las no conformidades presentadas.

2. Retroalimentación del Beneficiario

PQRS

La ing. Sonia Cristina presentó el consolidado de las quejas y reclamos presentados en el periodo de julio a septiembre de 2007, clasificados por tipo de queja y por Unidad Académico Administrativa. Se especificó que se ha dado el tratamiento respectivo a todas las quejas presentadas, y respuesta a todas las preguntas formuladas.

De igual manera, se informó que se están culminando los ajustes al Modulo de Veeduría Ciudadana, a través del cual se reciben las quejas y reclamos, de manera que permita hacer un mejor seguimiento de las mismas.

Con respecto a este punto se concluye lo siguiente:

- Es necesario socializar el Modulo de Veeduría Ciudadana, e incentivar su uso por parte de la Comunidad Universitaria
- Enviar un comunicado al Director de la Escuela de Derecho para solicitar un informe acerca del tratamiento de las quejas realizadas a esta Unidad

4





Universidad
Industrial de
Santander

Evaluación de la percepción de los beneficiarios

Se presentaron los resultados de las encuestas para medir la satisfacción de los beneficiarios de los procesos. Se aclaró que los procesos de: Gestión de la Calidad Académica, Comunicación Institucional, Recursos Físicos, Recursos Tecnológicos y Jurídico, no han realizado la medición de la percepción. Los procesos de Dirección Institucional, Planeación Institucional y Contratación, no han contemplado su realización.

Se aclaró que el resultado de las encuestas se ve afectado por la diferencia de las escalas de calificación y el tamaño de la muestra presentado en algunos procesos. Al respecto se especificó, que como proyecto de mejora, se plantea la realización de una encuesta unificada para aquellos procesos que evalúen la misma población.

En lo que respecta a la evaluación de la percepción de los beneficiarios, la Alta Dirección define lo siguiente:

- Los procesos de Planeación Institucional y Contratación deben aplicar encuestas de satisfacción para evaluar la percepción de los servicios de asesoría
- Los procesos que no han aplicado la herramienta para evaluar la percepción deben realizarla para revisar los resultados en la próxima reunión de Revisión por la Dirección.

3. Desempeño de los procesos

En este punto se presentaron los resultados del desempeño de los procesos a través del reporte de indicadores.

Se informó que los procesos de Comunicación Institucional y Jurídico no reportaron resultados de indicadores. El proceso de Recursos Físicos reportó un solo indicador y por dificultad en la interpretación, no se presenta en el informe.

Asimismo, se anotó que la mayoría de los procesos no reportaron la totalidad de los indicadores, aludiendo que no se habían implementado las herramientas para la recolección de la información.

Con respecto a este ítem se concluye lo siguiente:

- Los procesos que no reportaron indicadores, deben calcularlos para la próxima Revisión por la Dirección.
- Todos los procesos deben revisar las metas establecidas y en algunos casos replantearlas. Esto en virtud que el cálculo de los indicadores de eficacia presentan valores cumbres, y pueden estar afectados por el establecimiento de metas bajas.
- Se deben implementar las herramientas de recolección de información que permitan reportar la totalidad de los indicadores.
- Se deben calcular los indicadores de calidad con la información obtenida a la fecha

4





Universidad
Industrial de
Santander

4. Estado de Acciones Correctivas y Preventivas

Se presentó el estado de las acciones correctivas, preventivas, de mejora y productos no conformes.

Se especificó que las acciones correctivas presentadas son principalmente formuladas por no conformidades encontradas en las auditorías internas. Los procesos de Planeación Institucional, Gestión de la Calidad Académica y Jurídico no presentaron este tipo de acciones. A la fecha se encuentran 2 Acciones Correctivas cerradas por los líderes de los procesos de Gestión Cultural y Gestión de la Investigación y Extensión. Para las restantes, debe verificarse la eficacia y proceder al cierre respectivo.

Las acciones correctivas más comunes formuladas por los procesos fueron:

- Redefinición de Procesos
- Ajuste de Procedimientos
- Mejoras en infraestructura
- Adquisición de equipos
- Cambios en horarios de atención
- Capacitaciones
- Control de Archivos
- Implementación del sistema de análisis de peligros y puntos de control críticos del Servicio
- Desarrollo Módulo Quejas y Reclamos

Se destaca la formulación de acciones de mejora (74) como resultado de las observaciones de la auditoría y otras por iniciativa propia de los procesos. Las acciones de mejora más comunes fueron:

- Desarrollo de software
- Fortalecimiento de Mecanismos de Comunicación (Cartelera, folletos, buzones)
- Implementación de Registros
- Socialización de servicios ofrecidos
- Capacitaciones
- Interacción con otros procesos
- Elaboración de Fichas de operación de equipos
- Implantación de Planes de Calidad
- Plan Preventivo de Mantenimiento
- Sistema de Señalización de la Universidad
- Expedición de Manuales Normativos
- Reubicación de áreas de trabajo
- Adquisición de equipos de cómputo

Se presenta un índice bajo de formulación de acciones preventivas. Los procesos que reportaron este tipo de acciones fueron: Bienestar Estudiantil, Servicios Informáticos y de Telecomunicaciones, Gestión Cultural, Gestión de Investigación y Extensión y Comunicación Institucional. De igual manera, se encontró un reporte bajo de productos no conformes.



Página 4 de 6

Revisión por la Dirección

Ciudad Universitaria, Carrera 27 Calle 9 PBX (7) 6344000 Ext. 2700 Fax: 6451136
E-mail: direcge4@uis.edu.co Bucaramanga, Colombia. www.uis.edu.co





Universidad
Industrial de
Santander

Adicional a esto, se informó que actualmente se lleva a cabo la implementación de la metodología de Administración del Riesgo. Se espera como resultado de este ejercicio, que el reporte de acciones preventivas se incremente.

Al respecto se concluye lo siguiente:

- Es necesario reforzar la cultura del reporte de acciones correctivas, preventivas, de mejora y de producto no conforme. Esto debe contemplarse en los planes de capacitación a desarrollar dentro de cada proceso.

5. Acciones de seguimiento de revisiones por la dirección previas

No se presenta por tratarse de la primera Revisión por la Dirección

6. Cambios que podrían afectar el Sistema de Gestión de la Calidad

La Alta Dirección sugiere evaluar los cambios que pueden afectar el SGC en el próximo Comité de Calidad, teniendo en cuenta aspectos tales como:

- Implementación de Sistemas de Información para el SGC
- Aprobación del Plan de Desarrollo
- Implementación de la Administración de Riesgos

7. Recomendación para la mejora.

Dentro de las recomendaciones para la mejora presentadas por los procesos se encontraron:

- Apoyo en recursos económicos y tiempo para garantizar buen servicio
- Fomentar estrategias de comunicación efectiva entre líderes de procesos y coordinadores de calidad
- Socializar los logros de los diferentes procesos
- Trabajo coordinado con la Dirección Institucional
- Hacer seguimiento a los procesos, no a los formatos
- Capacitar más personal en el SGC
- Sistematización del SGC

Con respecto a este punto y teniendo en cuenta la criticidad de los procesos, la Alta Dirección define:

- Solicitar al proceso de Gestión documental las acciones a seguir en lo referente a la acumulación de archivos a microfilm
- Solicitar al proceso de Recursos Tecnológicos, un avance detallado del proceso y las acciones a seguir con el subproceso de metrología
- Hacer seguimiento al plan de acción definido para el manejo del Archivo Histórico y de Gestión del proceso de Admisiones y Registro Académico

A

Página 5 de 6

Revisión por la Dirección
Ciudad Universitaria, Carrera 27 Calle 9 PBX (7) 6344000 Ext. 2700 Fax: 6451136
E-mail: direcge4@uis.edu.co Bucaramanga, Colombia. www.uis.edu.co





Universidad
Industrial de
Santander

8. Planteamiento de acciones

Con respecto a los inconvenientes presentados en los procesos y las recomendaciones para la mejora se plantean las siguientes acciones

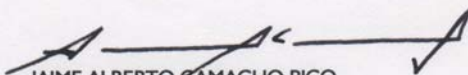
| ACCIÓN | RESPONSABLE | FECHA |
|--|-------------------------|---|
| Trasladar el Molino para desechos vegetales (dificultad del proceso de Bienestar Estudiantil) | Jefe de Planta Física | Diciembre 21 de 2007 -Enero 15 de 2008 |
| Realizar una proyección de necesidades de recursos para el 2008 | Coordinación de Calidad | Diciembre 11 de 2007 |
| Ajustar los informes de desempeño de los procesos (complementar la información enviada inicialmente) | Líderes de proceso | De acuerdo con la fecha estipulada la próxima revisión por la Dirección |

Conclusiones

- El Sistema de Gestión de Calidad se encuentra en un proceso inicial de implementación. Se hace necesario complementar los informes de desempeño de los procesos para realizar un análisis más detallado de los indicadores.
- Se resalta el compromiso de los líderes de proceso y el esfuerzo por presentar la información necesaria para la Revisión por la Dirección.
- Es necesario continuar con el proceso de capacitación y socialización que permita incentivar la implementación de los documentos del SGC y la generación de acciones correctivas, preventivas y de mejora.

Siendo las 12:20 de la tarde se da por terminada la reunión.

En constancia firman,


JAIME ALBERTO CAMACHO PICO
Rector


SERGIO IGNACIO MUÑOZ VILLARREAL
Vicerrector Administrativo

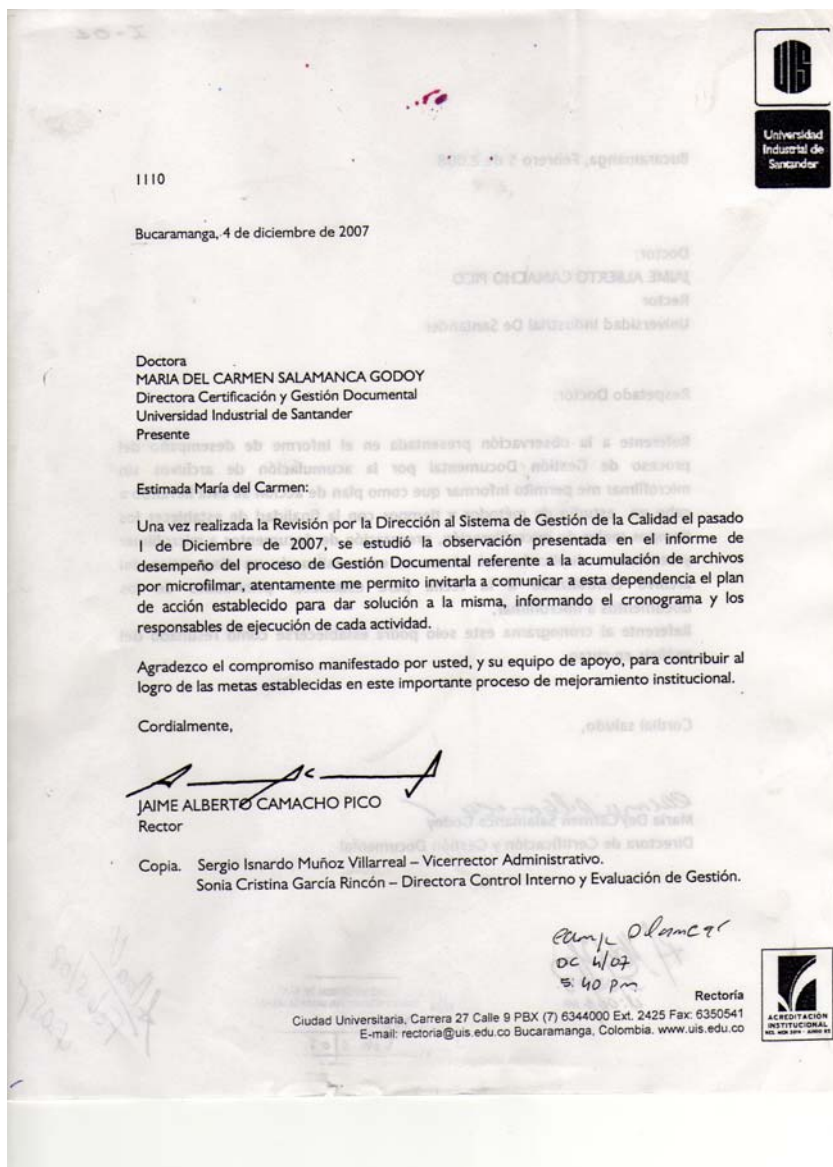
Página 6 de 6

Revisión por la Dirección

Ciudad Universitaria, Carrera 27 Calle 9 PBX (7) 6344000 Ext. 2700 Fax: 6451136
E-mail: direcge4@uis.edu.co Bucaramanga, Colombia. www.uis.edu.co



ANEXO T. COMUNICACIÓN INFORMATIVA DE ASIGNACIÓN DE RECURSOS



ANEXO U. LISTA DE CHEQUEO FINAL

| NTC ISO 9001 VERSION 2000 | | | NIVEL DE APLICACIÓN | | % Inicial | % Final | |
|-------------------------------------|--|---|---------------------|----|-----------|---------|--|
| | | | SI | NO | | | |
| 4. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD | 4.1 REQUISITOS GENERALES | | X | | 0 | 83 | |
| | 4.2 REQUISITOS DE DOCUMENTACIÓN | 4.2.1 GENERALIDADES | X | | 10 | 100 | |
| | | 4.2.2 MANUAL DE CALIDAD | | X | | | |
| | | 4.2.3 CONTROL DE LOS DOCUMENTOS | X | | 0 | 100 | |
| | | 4.2.4 CONTROL DE LOS REGISTROS | X | | 0 | 100 | |
| 5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN | 5.1 COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN | | | X | | | |
| | 5.2 ENFOQUE AL CLIENTE | | X | | 10 | 100 | |
| | 5.3 POLÍTICA DE CALIDAD | | | X | | | |
| | 5.4 PLANIFICACIÓN | 5.4.1 OBJETIVOS DE CALIDAD | X | | 0 | 100 | |
| | | 5.4.2 PLANEACIÓN DEL SISTEMA | | X | | | |
| | 5.5 RESPONSABILIDAD AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN | 5.5.1 RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD | | | X | | |
| | | 5.5.2 REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN | | | X | | |
| | | 5.5.3 COMUNICACIÓN INTERNA | | | X | | |
| | 5.6 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | 5.6.1 GENERALIDADES | | | X | | |
| | | 5.6.2 INFORMACIÓN PARA LA REVISIÓN | | | X | | |
| 5.6.3 RESULTADOS DE LA REVISIÓN | | | X | | | | |
| 6. GESTIÓN DE RECURSOS | 6.1 PROVISIÓN DE RECURSOS | | X | | 10 | 80 | |
| | 6.2 RECURSOS HUMANOS | 6.2.1 GENERALIDADES | | X | | | |
| | | 6.2.2 COMPETENCIA, TOMA DE CONCIENCIA Y FORMACIÓN | | | X | | |
| | 6.3 INFRAESTRUCTURA | | | X | | | |
| | 6.4 AMBIENTE DE TRABAJO | | | X | | | |
| 7. REALIZACIÓN DEL PRODUCTO | 7.1 PLANIFICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL PRODUCTO | | X | | 10 | 100 | |

| | | | | | |
|--|---|---|---|----|-----|
| 7.2 PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE | 7.2.1. DETERMINACIÓN DE LOS REQUISITOS RELACIONADOS CON EL PRODUCTO | | X | | |
| | 7.2.2 REVISIÓN DE LOS REQUISITOS RELACIONADOS CON EL PRODUCTO | X | | 10 | 100 |
| | 7.2.3 COMUNICACIÓN CON EL CLIENTE | X | | 10 | 80 |
| 7.3 DISEÑO Y DESARROLLO | 7.3.1 PLANIFICACIÓN DEL DISEÑO Y DESARROLLO | | X | | |
| | 7.3.2 RESULTADOS DEL DISEÑO Y DESARROLLO | | X | | |
| | 7.3.3 REVISIÓN DEL DISEÑO Y DESARROLLO | | X | | |
| | 7.3.4 VERIFICACIÓN DEL DISEÑO Y DESARROLLO | | X | | |
| | 7.3.5 VALIDACIÓN DEL DISEÑO Y DESARROLLO | | X | | |
| | 7.3.6 CONTROL DE LOS CAMBIOS DEL DISEÑO Y DESARROLLO | | X | | |
| 7.4 COMPRAS | 7.4.1 PROCESO DE COMPRAS | | X | | |
| | 7.4.2 INFORMACIÓN DE LAS COMPRAS | | X | | |
| | 7.4.3 VERIFICACIÓN DEL PRODUCTO COMPRADO | | X | | |
| 7.5 PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO | 7.5.1 CONTROL PRODUCTO Y/O PRESTACIÓN DEL SERVICIO | X | | 0 | 80 |
| | 7.5.2 VALIDACIÓN DE PROCESOS DE PRODUCTO Y/O SERVICIO | | X | | |
| | 7.5.3 IDENTIFICACIÓN Y TRAZABILIDAD | X | | 0 | 80 |
| | 7.5.4 PROPIEDAD DEL CLIENTE | X | | 10 | 100 |

| | | | | | | |
|--------------------------------|---|--|---|---|----|-----|
| | | 7.5.5 PRESERVACIÓN DEL PRODUCTO O SERVICIO | X | | 10 | 100 |
| | 7.6 CONTROL DE LOS DISPOSITIVOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN | | X | | 0 | 0 |
| 8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA | 8.1 GENERALIDADES | | X | | 0 | 100 |
| | 8.2 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN | 8.2.1 SATISFACCIÓN DEL CLIENTE | X | | 0 | 100 |
| | | 8.2.2 AUDITORÍA INTERNA | X | | 0 | 100 |
| | | 8.2.3 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE LOS PROCESOS | X | | 0 | 100 |
| | | 8.2.4 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DEL PRODUCTO | X | | 0 | 80 |
| | 8.3 CONTROL DEL PRODUCTO NO CONFORME | | X | | 0 | 100 |
| | 8.4 ANÁLISIS DE DATOS | | X | | 0 | 100 |
| | 8.5 MEJORA | 8.5.1 MEJORA CONTÍNUA | X | | 0 | 100 |
| 8.5.2 ACCIÓN CORRECTIVA | | X | | 0 | 80 | |
| 8.5.3 ACCION PREVENTIVA | | X | | 0 | 70 | |

