

**DISEÑO, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y MEJORAMIENTO DEL
PROCESO BIENESTAR ESTUDIANTIL DENTRO DEL SISTEMA DE
GESTIÓN DE CALIDAD DE LA UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE
SANTANDER BASADO EN LA NORMA NTC ISO 9001:2000**

VIANNY JULIETH PALENCIA PÉREZ

MARÍA ANGÉLICA MANTILLA LÓPEZ

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

**DISEÑO, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y MEJORAMIENTO DEL
PROCESO BIENESTAR ESTUDIANTIL DENTRO DEL SISTEMA DE
GESTIÓN DE CALIDAD DE LA UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE
SANTANDER BASADO EN LA NORMA NTC ISO 9001:2000**

VIANNY JULIETH PALENCIA PÉREZ

MARÍA ANGÉLICA MANTILLA LÓPEZ

**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**

DEDICATORIA

*A Dios por ser mi fortaleza,
A los Ángeles por que son la luz en mi camino,
A mis padres por brindarme su amor, enseñanza y apoyo incondicional en todo momento,
A mis hermanos Rafael Augusto, Olga Lucía y Fanny Teresa por su cariño y comprensión,
A mi compañera de proyecto Vianny Julieth por su paciencia en todo este proceso,
A mi mejor amiga Astrid Liliana por su constante motivación y consejo.*

María Angélica Mantilla López

*A Dios por ser la luz de mi camino,
A mis padres por su amor, consejo, paciencia y su constante apoyo en el camino recorrido,
A mi hermano por su compañía y comprensión,
A mis verdaderos amigos por su constante motivación en la culminación de la última etapa de mi carrera.*

Vianny Julieth Palencia Pérez

AGRADECIMIENTOS

Doctor Isnardo Ardila Rueda, Jefe de la División Bienestar Universitario de la Universidad Industrial Santander, por su apoyo incondicional, compromiso y consejo que contribuyeron a nuestro crecimiento personal.

Doctora Elida Jácome Bohórquez, Jefe de la Sección de Servicios Integrales de Salud y Desarrollo Psicosocial de la División Bienestar Universitario, por su colaboración y apoyo en este proceso.

Doctora Consuelo Serrano Vega, Jefe de la Sección Comedores y Cafetería de la División Bienestar Universitario, por su paciencia y colaboración en el proceso de cambio.

Doctora María Claudia Caballero, Coordinadora de Programas Preventivos de la División Bienestar Universitario, por su compromiso y cooperación con el mejoramiento continuo de la División.

Ingeniera Maria Fernanda Reyes Sarmiento, Profesional Administrativo de la División Bienestar Universitario, por su compromiso con el Sistema de Gestión de Calidad y contribución a nuestro crecimiento profesional.

Ingeniera Diana María Idárraga, por su dedicación y comprensión durante la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad de la Universidad.

Ingeniero Jorge Eliécer Figueroa Vargas, Profesor de la Universidad Industrial de Santander y Director del Trabajo de Grado, por sus valiosas orientaciones.

Personal de la División Bienestar Universitario de la Universidad Industrial de Santander, por su participación y colaboración en cada una de las actividades desarrolladas en la Implementación del Sistema de Gestión de Calidad.

CONTENIDO

Pág.

INTRODUCCIÓN	16
1 ESPECIFICACIONES DEL PROYECTO	19
1.1 OBJETIVOS DEL PROYECTO	19
1.1.1 Objetivo General	19
1.1.2 Objetivos Específicos.....	19
1.2 ALCANCE	20
2 MARCO TEÓRICO	21
2.1 INTRODUCCIÓN DE LA CALIDAD	21
2.2 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA CALIDAD	23
2.2.1 Control de calidad	23
2.2.2 Aseguramiento de la calidad.....	24
2.2.3 Calidad Total.....	24
2.2.4 Excelencia empresarial.....	24
2.3 ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL PARA LA ESTANDARIZACIÓN (ISO)	25
2.4 FAMILIA DE LA NORMA ISO 9000	26
2.5 PRINCIPIOS DE CALIDAD	29
2.5.1 Enfoque al cliente	30
2.5.2 Liderazgo	31
2.5.3 Participación del personal.....	31
2.5.4 Enfoque basado en procesos	32
2.5.5 Enfoque de sistema para la gestión.....	32
2.5.6 Mejora continua	33
2.5.7 Enfoque basado en hechos para la toma de decisión.	33
2.5.8 Relaciones mutuamente benéficas con proveedores	33
3 DESCRIPCIÓN DE LA EMPRESA	34
3.1 UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER	34
3.1.1 Misión.....	34
3.1.2 Visión	34
3.1.3 Estructura Organizacional.....	36
3.2 VICERRECTORÍA ADMINISTRATIVA	42
3.2.1 Generalidades.....	42
3.2.2 Funciones	42
3.2.3 Políticas administrativas.....	43
3.2.4 Estructura Organizacional.....	44
3.3 DIVISIÓN DE BIENESTAR UNIVERSITARIO	44
3.3.1 Políticas	45
3.3.2 Estructura organizacional.....	45
3.3.3 Servicios	46
3.3.4 Colaboradores de la División	58

4 DIAGNÓSTICO ACTUAL DE LA DIVISIÓN DE BIENESTAR UNIVERSITARIO CON RESPECTO AL SGC	60
4.1 OBJETIVO DEL INFORME DIAGNÓSTICO.....	60
4.2 RESPONSABLES DEL DIAGNÓSTICO.....	61
4.3 ALCANCE DEL DIAGNÓSTICO.....	61
4.4 FECHA DE DIAGNÓSTICO.....	61
4.5 PREDIAGNÓSTICO.....	62
4.6 DIAGNÓSTICO SEGÚN NORMA.....	65
4.6.1 Resultados del Diagnóstico.....	75
5 PLANIFICACIÓN	76
5.1 COMITÉ DE CALIDAD INSTITUCIONAL.....	77
5.2 CONSOLIDACIÓN GRUPO PRIMARIO.....	79
5.3 ALCANCE Y EXCLUSIONES.....	81
5.3.1 Alcance.....	81
5.3.2 Exclusiones.....	82
5.3.3 Alcance Proceso BE.....	82
5.4 POLÍTICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD.....	82
5.4.1 Política de Calidad.....	82
5.5 OBJETIVOS DE CALIDAD.....	86
5.6 MAPA DE PROCESOS.....	88
5.7 SUBPROCESOS Y ACTIVIDADES.....	91
5.8 CARACTERIZACIONES.....	93
5.9 INDICADORES DE GESTIÓN.....	95
6 SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN	97
6.1 SENSIBILIZACIÓN.....	99
6.2 PLANIFICACIÓN DE LAS CAPACITACIONES.....	100
6.3 DESARROLLO DE LAS CAPACITACIONES.....	101
6.4 CONTROL DE ASISTENCIA A LAS CAPACITACIONES.....	105
6.5 EVALUACIÓN DE LAS CAPACITACIONES.....	105
6.6 RESULTADOS DE LAS CAPACITACIONES.....	106
7 DOCUMENTACIÓN	107
7.1 METODOLOGÍA DE LA DOCUMENTACIÓN.....	107
7.1.1 Determinación de las necesidades de documentación.....	108
7.1.2 Identificación de tipos de documentos aplicables al Proceso BE.....	109
7.1.3 Diseño del sistema documental.....	109
7.1.4 Elaboración de documentos.....	109
7.1.5 Implementación de documentos.....	111
7.1.6 Acciones de mejoras en los documentos.....	112
7.2 ALCANCE DE LA ETAPA DE DOCUMENTACIÓN.....	113
7.3 DOCUMENTACIÓN DEL PROCESO.....	115
7.3.1 Subproceso Atención en Salud.....	117
7.3.2 Subproceso Programas Educativo-Preventivos.....	123
7.3.3 Subproceso Atención Socioeconómica.....	127
8 IMPLEMENTACIÓN DEL SGC	131
8.1 REVISIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN.....	131
8.2 VALIDACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN.....	132

8.3 IMPLEMENTACIÓN DE DOCUMENTACIÓN	132
8.3.1 Socialización de documentos.....	137
9 EVALUACIÓN	140
9.1 ETAPAS DE LA AUDITORÍA INTERNA DE CALIDAD	140
9.1.1 Programación.....	141
9.1.2 Planeación	141
9.1.3 Preparación.....	142
9.1.4 Ejecución	143
9.1.4 Seguimiento y Mejoramiento.....	144
9.2 PREAUDITORÍA EXTERNA	148
10 MEJORAMIENTO	154
10.1 ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN	160
11 EVALUACIÓN DEL PROYECTO	167
11.1 CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS	167
11.2 PERFIL FINAL DEL SGC DEL PROCESO BIENESTAR ESTUDIANTIL	168
CONCLUSIONES	171
RECOMENDACIONES	175
BIBLIOGRAFÍA	177
ANEXOS	179

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Evolución de la calidad	23
Figura 2. Familias de Normas ISO.....	28
Figura 3. Modelo de un Sistema de Gestión basado en procesos.....	29
Figura 4.Principios de calidad	30
Figura 5. Estructura Organizacional de la Universidad Industrial de Santander	39
Figura 6. Estructura Organizacional Vicerrectoría Administrativa	44
Figura 7. Esquema Organizacional de la División de Bienestar Universitario de la UIS	46
Figura 8. Equipo de Calidad UIS.....	78
Figura 9. Mapa de Procesos Universidad Industrial de Santander.	89
Figura 10. Diagrama de Actividades de Alcance del Proceso BE.....	92
Figura 11. Participación de Capacitaciones	102
Figura 12. Formato Registro de Asistencia.....	105
Figura 13. Metodología de la documentación del Proceso	108
Figura 14. Entrega de Carpetas de calidad	111
Figura 15. Entrega primer Noti-Bienestar	
Figura 16. Noti-Bienestar N°1	135
Figura 17. Buzón Calidoso	
Figura 18. Entrega premios del Cruci-Calidoso	136
Figura 19. Cartelera de Calidad	136
Figura 20. Etapas de la Auditoría interna de calidad	141
Figura 21. Aspectos claves para definir la encuesta de satisfacción del beneficiario del Proceso BE	161
Figura 22. Porcentaje de implementación del SGC según la Norma ISO 9001:2000	169

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Listado de colaboradores de la DBU	58
Tabla 2. Nomenclatura y valoración de los niveles de desempeño de la DBU .	66
Tabla 3. Matriz de Interrelación de requisitos de la NTC ISO 9001:2000	67
Tabla 4. Resultados del diagnóstico	75
Tabla 5. Matriz de atributos de calidad de los Procesos de apoyo	84
Tabla 6. Objetivos de Calidad	87
Tabla 7. Responsables de Subprocesos	92
Tabla 8. Hoja de vida de indicadores Proceso BE	97
Tabla 9. Temas Jornadas de Capacitación.....	100
Tabla 10. Plan de Jornadas de Capacitación	101
Tabla 11. Cronograma Jornadas de Capacitación ejecutadas	104
Tabla 12. Frecuencia Acumulada de consultas asistenciales	114
Tabla 13. Tipos de documentos del SGC de la Universidad.....	116
Tabla 14. Documentos subproceso Atención en Salud	117
Tabla 15. Registros del Subproceso Atención en Salud	122
Tabla 16. Documentos del Subproceso Programas Educativo – Preventivos	123
Tabla 17. Registros del Subproceso Programas Educativo – Preventivos	126
Tabla 18. Documentos del Subproceso Atención Socioeconómica	127
Tabla 19. Registros del Subproceso Atención Socioeconómica.....	129
Tabla 20. Cronograma de jornadas de socialización	137
Tabla 21. Acciones Correctivas del Proceso BE.....	144
Tabla 22. Acciones Preventivas del Proceso BE	146
Tabla 23. Acciones de mejora del Proceso BE	147
Tabla 24. Acciones correctivas del Proceso BE.....	151
Tabla 25. Acciones preventivas del Proceso BE.....	152
Tabla 26. Acciones de mejora del Proceso BE	152
Tabla 27. Tamaño de muestra (n) para el Servicio de Salud.....	163

Tabla 28. Tamaño de muestra (n) para el Servicio de Cafetería	163
Tabla 29. Cumplimiento De objetivos	167
Tabla 30. Porcentaje de implementación final del SGC	170

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO A. Caracterización del Proceso Bienestar Estudiantil.....	180
ANEXO B. Informe de desempeño del Proceso BE.....	183
ANEXO C. Taller Acciones Correctivas y Producto No Conforme	200
ANEXO D. Folleto de capacitación acerca de auditoría.....	201
ANEXO E. Matriz de asistencia a capacitaciones del SGC	203
ANEXO F. Formato Evaluación de Jornadas de Capacitación	205
ANEXO G. Informe de resultados de evaluación de jornadas de capacitación del SGC del Proceso BE.....	206
ANEXO H. Guía de elaboración de documentos.	211
ANEXO I . Procedimiento control de documentos (PGD.01)	223
ANEXO J. Procedimiento control de registros (PGD.02)	234
ANEXO K. Boletín Informativo NOTI-BIENESTAR N° 1	239
ANEXO L. Procedimiento de auditorías internas de calidad.....	246
ANEXO M. Informe de auditoría interna de calidad al Proceso Bienestar Estudiantil	254
ANEXO N. Encuesta de Satisfacción del Beneficiario del Servicio de Salud..	257
ANEXO O. Encuesta de Satisfacción del Beneficiario de Programas Educativo-Preventivos	259
ANEXO P. Encuesta de Satisfacción de los Usuarios del Servicio de Cafetería	260
ANEXO Q. Análisis de resultados de las encuestas de satisfacción del Proceso BE	262

RESUMEN

TÍTULO: DISEÑO, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y MEJORAMIENTO DEL PROCESO BIENESTAR ESTUDIANTIL DENTRO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DE LA UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER BASADO EN LA NORMA NTC ISO 9001:2000*.

AUTORES: VIANNY JULIETH PALENCIA PÉREZ
MARIA ANGÉLICA MANTILLA LÓPEZ**

PALABRAS CLAVES: NTC ISO 9001:2000, Sistema de Gestión de Calidad, mejoramiento continuo, documentación, implementación, evaluación, servicio, proceso, satisfacción del cliente, auditoría.

DESCRIPCIÓN

Este documento presenta los fundamentos teóricos necesarios para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) en la Universidad Industrial de Santander (UIS) y de forma particular para el Proceso Bienestar Estudiantil (BE), teniendo en cuenta que cada uno de los servicios y programas son ofrecidos a la Comunidad Estudiantil. Es necesario mencionar que la Norma NTC ISO 9001:2000 es la base principal sobre la cual se soporta el SGC.

El desarrollo del proyecto parte de la necesidad de mejorar los procesos administrativos de las Unidades Académicas y Administrativas (UAA) adscritas a la Vicerrectoría Administrativa, como complemento a la Acreditación Institucional otorgada por el Consejo Nacional de Acreditación (CNA) por la Calidad Académica de los programas impartidos en la Institución. Es así como se realizó el diagnóstico inicial del Proceso de acuerdo a la Norma NTC ISO 9001:2000, con el fin de visualizar sus necesidades y continuar con la elaboración de los documentos que permitan estandarizar las actividades administrativas y asistenciales desarrolladas en él. Una vez concluido el diagnóstico y la documentación se llevó a cabo la implementación, socialización y verificación del Sistema. Conjuntamente se realizaron jornadas de sensibilización y capacitación a las personas colaboradoras en la División de Bienestar Universitario la cuál es la unidad encargada del Proceso BE, con el fin de garantizar la apropiación del Sistema.

Finalmente, el desarrollo de auditorías internas del SGC, fueron soporte para establecer el plan de mejoras y de igual forma reconocer la importancia de la implementación del ciclo PHVA, el cual garantiza la prestación de un mejor servicio y la correcta organización de cada una de las actividades a desarrollar en el corto, mediano y largo plazo contribuyendo a la satisfacción de beneficiarios internos como externos.

* Trabajo de Grado.

** Facultad de Ingenierías Físico - Mecánicas. Escuela de Estudios Industriales y Empresariales. Director: Ing. Jorge Eliécer Figueroa Vargas

ABSTRACT

TITLE: DESIGN, DOCUMENTATION, IMPLEMENTATION AND IMPROVEMENT OF THE STUDENT WELL-BEING PROCESS INSIDE DE QUALITY MANAGEMENT SYSTEM OF THE UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER BASED IN THE NORM ISO 9001:2000*

AUTHORS: VIANNY JULIETH PALENCIA PÉREZ
MARÍA ANGÉLICA MANTILLA LÓPEZ**

KEY WORDS: NTC ISO 9001:2000, Quality Management System, continuous improvement, documentation, implementation, evaluation, service, process, the client's satisfaction, audit.

DESCRIPTION

This document presents the necessary theoretical fundamentals for the implementation of the Quality Management System (QMS) in the Universidad Industrial de Santander (UIS) and particularly for the Student Well-being Process (SW), taking into account that each one of the services and programs are offered to the student community. It is necessary to mention that NTC ISO 9001:2000 norm is the principal base supporting the QMS.

The project development starts from the necessity to improve the administrative processes of the Administrative and Academic Units (AUU) adscript to de Academic Vice rector, as a complement to the Institutional Accreditation given by the National Accreditation Council for the Academic Quality of the institution programs. This is how the initial process diagnoses was made according to the NTC ISO 9001:2000 norm, with the aim of visualizing its needs and continue with the elaboration of the documents that enable the standardization of the administrative and attendance activities developed in it. Once the diagnosis and documentation were concluded, the implementation, socialization and verification of the System were carried out. Sensitization and capacitating activities were done together to the people who collaborate in the University Well-being Division, which is the unit in charge the SW Process, with the aim of guaranteeing the system's appropriation.

Finally, the development of the QMS's internal audits, were support to the establishment of the improvement plan and also recognizing the importance of the PHVA cycle implementation, which guarantees the developing of a better service and the correct organization of each one of the short, medium and long term activities contributing to internal and external beneficiaries satisfaction.

* Trabajo de Grado.

** Facultad de Ingenierías Físico - Mecánicas. Escuela de Estudios Industriales y Empresariales. Director: Ing. Jorge Eliécer Figueroa Vargas

INTRODUCCIÓN

El fenómeno de la globalización es conocido por el efecto sobre los mercados y la economía mundial, generando en las organizaciones una búsqueda de estrategias para incursionar en nuevos mercados y para fortalecer y mantener relaciones con los cuales ya se ha iniciado convenios o actividades en común. Es así como se afirma, que las fronteras físicas que delimitan los países han desaparecido y que a medida que aumentan los pactos, convenios y acuerdos de cooperación entre las naciones es más sencillo incursionar en nuevos territorios. En este mismo sentido, al interior de las organizaciones, se evidencia la necesidad de crear equipos interdisciplinarios que propicien el desarrollo de proyectos con miras a construir una visión integrada donde la colaboración y fusión contribuya directamente a mejoras en los productos y servicios que se ofrecen.

Es así como la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad dentro de una organización, garantiza una mayor calidad de sus procesos, mejoramiento de sus aspectos organizacionales y fortalecimiento de sus recursos (Humanos, Físicos, Informáticos y Tecnológicos). Por ello, llevar a cabo una implementación de un Sistema de Gestión de Calidad tiene por objeto establecer, documentar, implementar y mantener los procesos que permitan cumplir la misión de la institución a través del mejoramiento continuo, que se logrará por medio de la metodología PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar).

De otra parte, la expansión, diversificación y privatización de los sistemas de educación superior, han originado una creciente preocupación en el mundo entero por la calidad de sus procesos y por sus resultados tanto en los países desarrollados como en las naciones en vía de desarrollo. Muchos de estos países se encuentran en un proceso de diseño de nuevos sistemas de gestión externa de la calidad dentro de sus propias fronteras y es así como uno de los

enfoques de común ocurrencia para abordar esta tarea es el establecimiento de los así llamados sistemas de acreditación.

En esta tónica, la Universidad Industrial de Santander en búsqueda de su desarrollo y mejoramiento continuo, decidió seguir con el proceso que inició con la obtención de la Acreditación Institucional, con el que se confirma la excelente calidad de la educación profesional impartida en sus programas académicos, contemplando a su vez la implementación de herramientas que permitan mejorar el desempeño de la Institución de acuerdo a los lineamientos y orientaciones establecidas por el Consejo Nacional de Acreditación, por lo cual se ha decidido implementar un Sistema Integral de Calidad basado en la Norma NTC-ISO 9001:2000, consolidando así las bases para una posterior implementación de un SGC según la norma NTCGP 1000:2004, siendo esta norma una herramienta de gestión sistemática y transparente que permitirá dirigir y evaluar el desempeño institucional (véase la Ley 872 de 2003)

Teniendo en cuenta el compromiso social que mantiene la Universidad con la Comunidad, en el sentido de brindar un nivel educativo con altos estándares de calidad, se coloca a su disposición los instrumentos y medios necesarios para desarrollar, implementar, mantener, revisar y perfeccionar el Sistema Integral de Gestión de Calidad a todos sus procesos de apoyo a su actividad misional.

Es allí, donde el Proceso de Bienestar Estudiantil como parte fundamental de los procesos de apoyo identificados dentro de la Universidad, cuenta con el compromiso y responsabilidad de todos sus integrantes, desarrollando actividades generadoras de ambientes propicios para el desarrollo e implementación del Sistema de Gestión de Calidad bajo la Norma NTC-ISO 9001:2000.

El presente documento resultado del trabajo de grado en la modalidad de práctica empresarial describe con mayor énfasis en cada uno de los capítulos la metodología empleada y las actividades necesarias para llevar a cabo el diagnóstico, planificación, documentación, implementación, evaluación y mejoramiento del Sistema de Gestión de Calidad en el Proceso Bienestar Estudiantil de la Universidad Industrial de Santander bajo los lineamientos de la NTC ISO 9001:2000.

1 ESPECIFICACIONES DEL PROYECTO

1.1 OBJETIVOS DEL PROYECTO

1.1.1 Objetivo General

Diseñar, documentar, implementar y proponer mejoras al Proceso de Bienestar Estudiantil enmarcado en el Sistema de Gestión de Calidad de la Universidad Industrial de Santander y fundamentado en el cumplimiento de los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2000, de forma que se contribuya con el compromiso de mejora continua en el Proceso.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Identificar y valorar los sub-procesos de Bienestar Estudiantil, por medio de la elaboración de un informe diagnóstico que permita visualizar su situación actual conforme a los requisitos de la Norma NTC ISO 9001:2000 y de esta forma proseguir al establecimiento de la estructura documental que se requiere.
- Consolidar un sistema de indicadores de gestión por medio del cual se midan y controlen los procesos administrativos y operativos del Proceso Bienestar Estudiantil, con el propósito de garantizar un mejoramiento continuo del servicio educativo que ofrece la Universidad Industrial de Santander.
- Implementar el Sistema de Gestión de la Calidad de acuerdo a los lineamientos y exigencias de la norma NTC ISO 9001:2000, que contribuya en la satisfacción de la comunidad y el reconocimiento de su función imprescindible dentro de la formación integral que imparte la Universidad.

- Elaborar un plan de acciones correctivas a partir de los resultados de las auditorías internas aplicadas al Proceso de Bienestar Estudiantil, con el fin de eliminar las no conformidades encontradas y así garantizar el total cumplimiento de los requisitos de la norma para la revisión por parte del organismo certificador.

1.2 ALCANCE

Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en el Proceso Bienestar Estudiantil según la NTC ISO 9001:2000, fundamentada en el diseño, recopilación, documentación y mejoramiento de los procedimientos administrativos y operativos de dicho Proceso. Esta propuesta involucra la valoración de su estado actual consolidada en un diagnóstico inicial, que origina el desarrollo de una propuesta de mejora a los procesos seleccionados. A todo el desarrollo de la propuesta se le hará el seguimiento y la evaluación respectiva, mediante las auditorías internas realizadas en la Universidad, hasta el planteamiento de los planes de mejoramiento con las cuales se tomarán las acciones correctivas y preventivas.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 INTRODUCCIÓN DE LA CALIDAD²

Se piensa que la calidad es un fenómeno actual, y que las empresas han descubierto lo que significa. Esto no es en absoluto cierto, ya que en la edad media existe constancia de artesanos que fueron condenados a ser puestos en la picota por vender un alimento en mal estado, ya que la calidad era un tema muy importante en aquella época. En esa época había escasez de productos y se realizaban de forma artesanal, por lo cual los bienes de consumo eran muy caros. Por tanto, desperdiciar alguno de estos recursos era considerado un delito grave.

Si bien, es cierto que es a partir de principios del siglo XX cuando se empieza a formar lo que hoy conocemos por gestión de la calidad, sobre todo a raíz del desarrollo de la fabricación en serie.

A comienzos de siglo, Frederick W. Taylor (1856-1915), desarrolló una serie de métodos destinados a aumentar la eficiencia en la producción, en los que se consideraba a los trabajadores como máquinas con manos. Esta forma de gestión, conocida como Taylorismo, ha estado vigente durante gran parte de este siglo, y aunque está muy alejada de las ideas actuales sobre calidad, fue una primera aproximación a la mejora del proceso productivo.

En 1931, Walter E. Shewart (1891-1967), saca a la luz su trabajo Economía y Control de Calidad en la Producción, precursor de la aplicación de la estadística a la calidad. Este trabajo es aprovechado por otros estudiosos de la

² SENA VIRTUAL. Evolución de la calidad. Adaptado del Modulo 1 de formación: Fundamentación del Sistema de Gestión de la Calidad. Curso ISO 9000. Semana 1. Colombia. Julio de 2005.

época como base de ulteriores desarrollos en el mundo de la gestión de la calidad. Además, se da la coincidencia de que el ejército de los Estados Unidos decide aplicar muchas de sus ideas para la fabricación en serie de maquinaria de guerra.

A raíz del final de la guerra, los japoneses se interesan por las ideas de Shewart, Deming, Juran y otros, que inician los primeros pasos de la gestión de la calidad moderna, éstos, ante el rechazo de la industria americana a aplicar sus ideas, deciden trabajar en Japón, obteniendo los resultados que todos conocemos. El impacto de sus ideas fue tal, que en la actualidad, el premio más importante en el ámbito de la gestión de la calidad lleva el nombre de uno de ellos, es el premio Deming.

A partir de finales de los años 70, la industria occidental se da cuenta de la desventaja que sufre respecto a los productores japoneses y empieza a imitar sus filosofías de gestión, ya que los consumidores tuvieron un cambio de actitud, que cada vez se ilusionan más por productos de elevada calidad a precio competitivo. Es paradójico pensar que estas ideas partieran de científicos americanos, pero que su industria se mostrara evasiva a aplicarlas. Es a partir de estos años cuando se empieza a hablar de aseguramiento de la calidad en las empresas, y cuando surgen las primeras normas que regulan la gestión de la calidad.

Una vez que parece que la industria occidental ha conseguido reducir en gran medida la desventaja respecto a la japonesa, surgen nuevos modelos relacionados con la gestión de la calidad, como lo son las normas ISO 9000, con el cual se busca que las empresas obtengan un importante factor diferenciador.

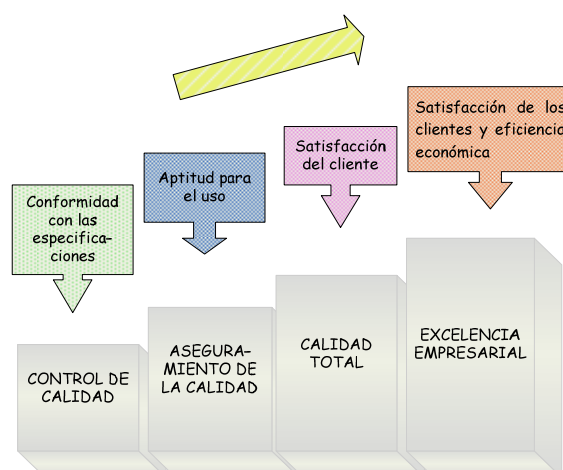
2.2 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA CALIDAD³

La gestión de la calidad ha evolucionado con el paso del tiempo e incorporando nuevas ideas, así como rechazando aquellas que se han quedado obsoletas. Se puede decir que la filosofía sobre la calidad ha pasado por cuatro fases (ver figura 1) distintas, cada una de ellas correspondiente a un paso más en el camino hacia la gestión de la calidad actual:

2.2.1 Control de calidad

El control de calidad fue y sigue siendo lo que mucha gente considera como gestión de la calidad, ya que el departamento de control de la calidad de la empresa se encarga de la verificación de los productos mediante muestreo o inspección al 100 %. En esta fase, la calidad sólo atañe a los del departamento de control de la calidad y a sus inspectores, ya que mediante este sistema se procura que no lleguen productos defectuosos a los clientes, pero en modo alguno se evita la aparición de esos errores.

Figura 1. Evolución de la calidad



Fuente: Adaptado del Modulo 1 de formación: Fundamentación del Sistema de Gestión de la Calidad. "Evolución de la calidad". Curso Senavirtual ISO 9000. Semana 1. Colombia. Julio de 2005

³ Ibid

2.2.2 Aseguramiento de la calidad

Los directivos se dan cuenta de la importancia que tiene la calidad para su empresa, por lo cual se empieza a plantear la implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad, como por ejemplo, el basado en las normas ISO 9000. Esta necesidad puede partir de la exigencia de un cliente importante o por convencimiento de que la empresa requiere una ventaja competitiva para mantenerse en el mercado, pero no como una inversión, ya que generalmente lo único que se busca es la certificación del modelo de calidad que emplea la empresa.

2.2.3 Calidad Total

La Calidad Total busca un nivel elevado de calidad en cuatro aspectos: Calidad del producto, del servicio, de gestión y de vida.

La Calidad Total supone un cambio de cultura en la empresa, ya que la gente se debe concientizar que la calidad atañe a todos, siendo este cambio responsabilidad de la dirección, mediante la implementación de un sistema de mejora continua permanente, por medio del autocontrol y la instauración de un sistema participativo de gestión.

A partir de esta fase aparece la figura del cliente interno y externo, mediante la que se busca la mejora de la calidad en todos los puntos de la cadena de valor del producto, partiendo desde el proveedor hasta el cliente final, se busca su colaboración, viéndolo más como un compañero que como un enemigo.

2.2.4 Excelencia empresarial

Se puede decir que el modelo de Excelencia empresarial no es más que una adaptación del modelo de Calidad Total (de origen japonés) a las costumbres occidentales. En estos momentos existen dos modelos ampliamente

aceptados, son el Baldrige en los Estados Unidos y el de la EFQM en Europa, estos son un complemento a las normas ISO 9000, añadiendo la importancia de las relaciones con todos los clientes de la empresa y los resultados de la misma.

2.3 ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL PARA LA ESTANDARIZACIÓN (ISO)

La Organización Internacional para la Estandarización (ISO) es una organización internacional no gubernamental, se fundó en 1946 con el fin de crear un conjunto común de normas para la manufactura, el comercio y las comunicaciones.

La Organización cuya matriz se encuentra en Ginebra (Suiza), está formada por 100 países aproximadamente. En la ISO, cada país está representado por su Organismo Integrante, la organización que coordina las normas nacionales. Cada Organismo Integrante tiene derecho a un solo voto, sin importar su tamaño. El American National Standards Institute, ANSI, es el organismo Integrante de Estados Unidos ante la ISO, así como el ICONTEC es el de Colombia.

La finalidad de dichas normas es la coordinación de las normas nacionales, en consonancia con el Acta Final de la Organización Mundial del Comercio, con el propósito de fomentar el desarrollo de la normalización y actividades para facilitar el intercambio de bienes y servicios, además desarrolla la cooperación intelectual, científica, tecnológica y económica.

Todas las normas establecidas por la ISO son voluntarias; no existen requisitos legales que obliguen a los países a adoptarlas. No obstante, los países y las industrias suelen acoger las Normas ISO como normas nacionales.

Para establecer métodos de control de calidad, en 1979 veinte países con participación activa y 10 países observadores se reunieron y crearon, por consenso, la serie de normas ISO 9000 de administración de sistemas de calidad, que finalmente se emitió en 1987.

Las normas se basan en gran medida en la norma de calidad británica BS 5750, así como en la norma canadiense CSA Z299, la norma estadounidense ASQC Z1. 15, MIL Q9858A y en un grupo limitado en los lineamientos de la Asociación de Científicos e Ingenieros Japoneses, ganadores del premio Deming, porque estas normas tuvieron sus orígenes en la milicia, debido a la naturaleza crítica de los productos militares y los problemas prácticos de investigar productos defectuosos utilizados en acción, además se destacó la importancia de los procedimientos de manufactura y los sistemas de calidad de los proveedores. Pero el contenido de la serie ISO 9000 es el mismo que el de la BS 5750, con algunas diferencias sintácticas menores.

2.4 FAMILIA DE LA NORMA ISO 9000

La ISO 9000 es una guía para poner en práctica un Sistema de Calidad Total, siendo este un instrumento que se utiliza con propósitos contractuales con los clientes, al certificar que la empresa cuenta con un sistema que le permite la elaboración de productos y prestación de servicios de calidad, orientándose principalmente hacia los procesos (ver figura 3) que generan dichos productos y servicios, enfocándose hacia principios, metas y objetivos, todos ellos relacionados con el cumplimiento y satisfacción de las necesidades del consumidor.

Estas normas fueron escritas con el espíritu de que la calidad de un producto no nace de controles eficientes, si no de un proceso productivo y de soportes que operan adecuadamente, de esta forma es una norma que se aplica a la

empresa y no a los productos de esta como tal, asegurándole al cliente que la calidad del producto que está comprando se mantendrá en el tiempo.

En la medida que existan empresas que no hayan sido certificadas constituye la norma una diferenciación en el mercado, sin embargo con el tiempo se transformará en algo habitual y se comenzará la discriminación hacia empresas no certificadas. Esto ya ocurre hoy en países desarrollados en donde los departamentos de abastecimiento de grandes corporaciones exigen la norma a todos sus proveedores, para garantizar la calidad de un producto mediante la implementación de controles exhaustivos, asegurándose de que todos los procesos que han intervenido en su fabricación operan dentro de las características previstas. La normalización es el punto de partida en la estrategia de la calidad, así como para la posterior certificación de la empresa.

La familia de normas ISO 9000 es un conjunto de normas internacionales y guías de calidad que ha obtenido una reputación mundial como base para establecer Sistemas de Gestión de la Calidad (SGC), de las cuales existen cuatro normas básicas (ver Figura 2), una de ellas es la ISO 9000 Sistemas de Gestión de la Calidad – Principios y Vocabulario, la cual tiene como propósito establecer un punto de partida para comprender las normas y definir los términos fundamentales utilizados en la familia de normas, que se necesitan para evitar malentendidos en su utilización⁴.

También se tiene la norma ISO 9001 que define los requerimientos de un SGC para cualquier organización que necesita demostrar su habilidad para proveer consistentemente producto que satisface al cliente, orientándose a la eficacia del Sistema⁵.

La Norma ISO 9004 – Sistemas de Gestión de la Calidad – Recomendaciones para la Mejora del Desempeño, proporciona ayuda para la mejora de su SGC para beneficiar a todas las partes interesadas a través del mantenimiento de la

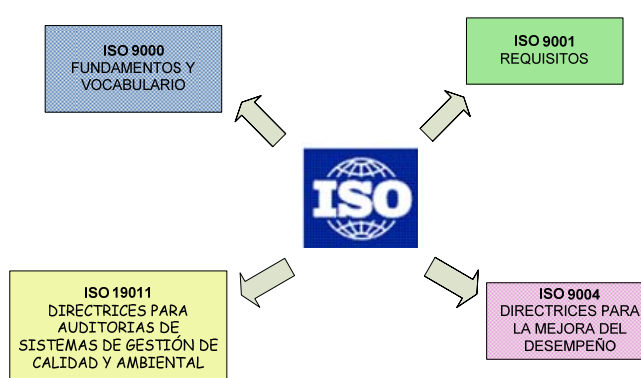
⁴ <http://www.icontec.org.co/Contents/e-Mag/Files/seleccyuso.pdf>

⁵ Tomado de la NTC ISO 9001:2000

satisfacción del cliente. Esta a su vez abarca tanto la eficacia como la eficiencia del Sistema⁶.

Finalmente existe la norma ISO 19011⁷ – Directrices para la Auditoría Medioambiental y de la Calidad, la cual proporciona directrices para verificar la capacidad del sistema y conseguir objetivos de calidad definidos. Se puede usar esta norma tanto internamente como para auditar a los suministradores.

Figura 2. Familias de Normas ISO



Fuente: Adaptado de <http://www.icontec.org.co/Contents/e-Mag/Files/seleccyuso.pdf>

Por otro lado, es posible alcanzar mayor valor al utilizar la serie en forma integral, comenzando por ISO 9000:2005 Principios y vocabulario, se adopta ISO 9001:2000 Requisitos con la que se obtiene un primer nivel de desempeño. Las prácticas descritas en ISO 9004:2000 Recomendaciones para la mejora del desempeño, pueden luego ser implantadas para lograr cada vez mayor efectividad en el logro de las metas de la organización.

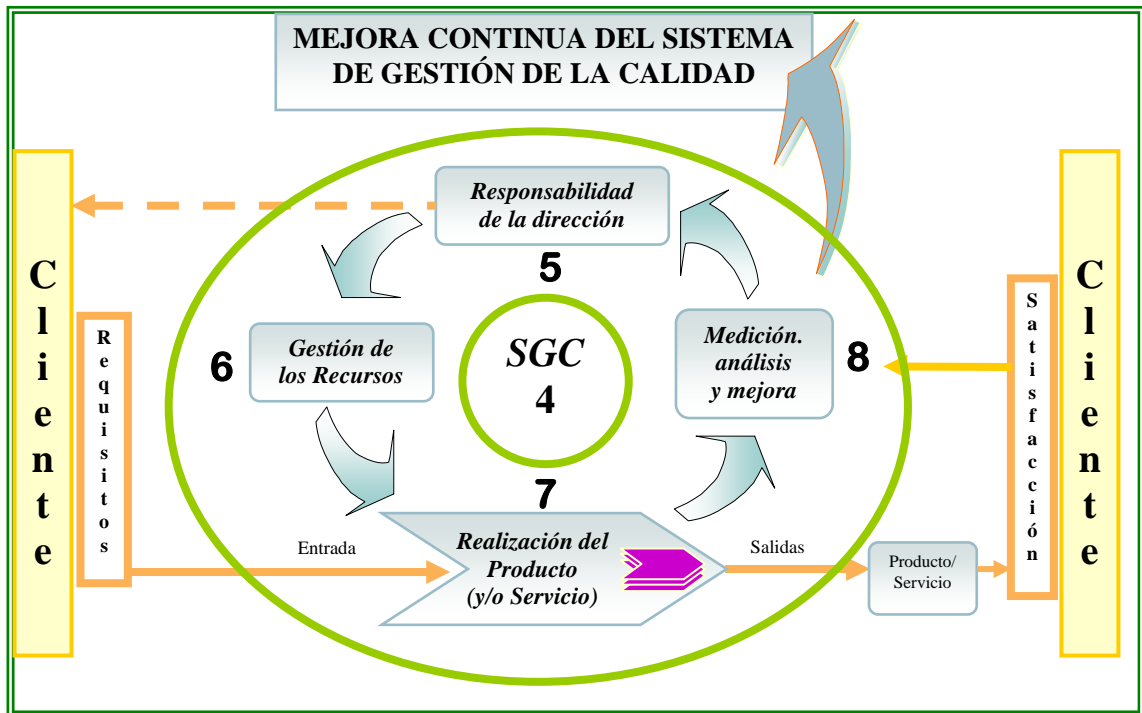
Para facilitar su uso, ISO 9001:2000 Requisitos e ISO 9004:2000 Recomendaciones han sido desarrolladas como un par consistente. Ambas cuentan con cinco secciones (ver figura 3) que especifican actividades a considerar al implantar un sistema. Cuatro secciones indican requerimientos que aplican para toda organización: (4) Sistema de Gestión de la Calidad, (5)

⁶ <http://www.icontec.org.co/Contents/e-Mag/Files/seleccyuso.pdf>

⁷ Ibid

Responsabilidad de la dirección, (6) Gestión de los recursos y (8) Medición, análisis y mejora. De la sección (7) Realización del Producto se podrán excluir apartados que no aplican en una operación determinada⁸.

Figura 3. Modelo de un Sistema de Gestión basado en procesos



Fuente: NTC ISO 9001:2000

2.5 PRINCIPIOS DE CALIDAD

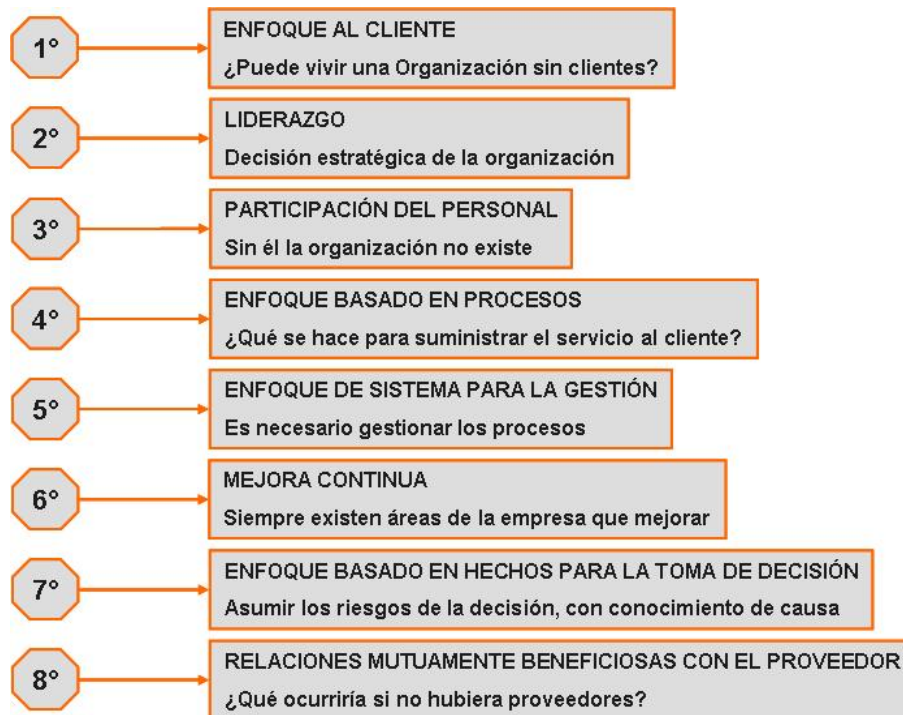
Los principios de la calidad son el pilar de un SGC, cualquiera que sea su clase, ya que si una empresa implementa estos principios está cumpliendo con cualquier norma certificable. Además dichos principios pueden ser usados por los gerentes ejecutivos como marco para guiar a sus organizaciones hacia un desempeño mejorado.

Los ocho principios de la gestión de la calidad están definidos en la norma ISO 9000:2000 denominada Sistemas de Gestión de la Calidad, Fundamentos y

⁸ Adaptado del Modulo 1 de formación: Fundamentación del sistema de Gestión de la Calidad. "Norma de Calidad ISO 9001:2000". Curso Senavirtual ISO 9000. Semana 1. Colombia. Julio de 2005.

Vocabulario y en la norma ISO 9004:2000 cuyo nombre es Sistemas de Gestión de la Calidad, Directrices para la mejora del desempeño (ver figura 4).

Figura 4.Principios de calidad



Fuente: SENA VIRTUAL. Evolución de la calidad. Modulo 1 de formación: Fundamentación del Sistema de Gestión de la Calidad. Curso ISO 9000. Semana 1. Colombia. Julio de 2005

2.5.1 Enfoque al cliente

Las organizaciones dependen de sus clientes; por lo tanto, deben entender sus necesidades actuales y futuras, cumplir con los requisitos y esforzarse para exceder las expectativas del cliente⁹.

Se debe entender que los clientes son también los proveedores, los empleados y los socios de la organización. Compras, recursos humanos y alta gerencia, les atienden y deben establecer los correspondientes indicadores y metas.

En la implementación inicial de un programa de calidad, se puede recolectar información con el personal que atiende a los clientes, para definir qué es lo

⁹ Norma ISO 9000:2000. Sistemas de Gestión de la Calidad. Fundamentos y Vocabulario.

que ellos esperan del producto o servicio, ya sea haciendo uso de encuestas de satisfacción aplicadas por ellos mismos o realizando una buena tormenta de ideas en donde se pueden obtener indicadores y derivados de ellos, metas de atención al cliente.

2.5.2 Liderazgo

Los líderes establecen y unifican el propósito y dirección de la organización. Ellos deben crear y mantener un ambiente interno, en el cual el personal se involucre totalmente en el logro de los objetivos organizacionales¹⁰.

Los líderes deben aceptar que las organizaciones, cualquier institución, sólo tiene dos propósitos objetivos: sobrevivir y crecer. Poner otros propósitos al mismo nivel es producto de la subjetividad personal o colectiva de la dirección y siempre lleva a los participantes o empleados a la confusión improductiva. Los dos objetivos, crecer y sobrevivir se consiguen sobre dos pilares: los clientes y los empleados.

2.5.3 Participación del personal¹¹

Las personas, en todos los niveles, son la esencia de la organización. Informarlos y educarlos sobre los objetivos y métodos de la organización les permite comprometerse y al hacerlo, utilizar a plenitud sus habilidades en beneficio de la organización y de su propio crecimiento o experiencia. Cada uno debe saber cuál es su papel y cuáles sus indicadores de desempeño y a su vez deben saber cómo le complementan y apoyan el grupo y la organización.

En su perspectiva personal cada empleado tiene sus propios objetivos: sobrevivir y crecer, en su calidad de vida. Puesto que esas definiciones personales serán subjetivas, sólo cada uno puede saber qué le estimula a

¹⁰ Ibid.

¹¹ Adaptado de los ocho principios de la calidad . Camilo D.Alemán. 2004. <http://www.mollabs.com/archivos/calidad.pdf>

trabajar mejor. Como cliente de la organización el empleado también espera que sean identificadas y excedidas sus necesidades; algunas de ellas, la autorrealización por ejemplo, quizás de mayor impacto en la motivación que el salario mismo.

El buen trato personal es producto de las expectativas de las dos partes: mejores expectativas, mejores resultados. Cada par organización-persona establece su propia espiral productiva; satisfactoria o no para ambos, pero siempre simétrica en cuanto dependiente de las expectativas.

2.5.4 Enfoque basado en procesos

Un resultado deseado se alcanza más eficientemente, cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso (ver figura 3)¹².

Es necesario definir el flujo de las actividades que se realizan en la organización (en un diagrama) y reconsiderarlo al detalle para evitar las interfases, cambios de área o de persona responsable de cada tarea. Cada proceso tiene como principio y fin las necesidades del cliente interno y externo.

2.5.5 Enfoque de sistema para la gestión

Identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuye a la eficacia y eficiencia de una organización en el logro de sus objetivos¹³.

Como resultado la gerencia puede organizar y dirigir con claridad y racionalidad, en situaciones que no llevan a sorpresas internas y permiten la confianza de los componentes del equipo en el conjunto de la organización. De ambas partes se genera la actitud de transparencia y conocimiento de la situación actual, basados en los indicadores y las cifras, con lo cual es posible

¹² Norma ISO 9000:2000. Sistemas de Gestión de la Calidad. Fundamentos y Vocabulario.

¹³ Ibid.

la discusión abierta y la búsqueda de soluciones adecuadas y a tiempo para los problemas actuales o previstos¹⁴.

2.5.6 Mejora continua

Con indicadores y procesos bien definidos, los objetivos de mejora de la organización resultan siempre evidentes, pero la dirección debe plantear objetivos reales y que requieran de un esfuerzo considerable, para que el personal no se muestre apático a colaborar para alcanzarlos.

Los objetivos de mejora continua son cuantitativos y sólo por acumulación producen cambios importantes, por eso la referencia al pasado resulta un gran estimulante para los responsables de las actividades¹⁵.

2.5.7 Enfoque basado en hechos para la toma de decisión.

Las decisiones eficaces se basan en el análisis de datos e información¹⁶, los cuales se reflejan en indicadores, objetivos y cumplimiento de objetivos. Siendo estos una secuencia clara para guiar a cualquiera de los actores del proceso y a cada grupo, en el mejoramiento de sus resultados.

2.5.8 Relaciones mutuamente benéficas con proveedores

Una organización y sus proveedores son interdependientes y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor¹⁷. Además al mantener una relación estrecha con el proveedor, se logra que los procesos sean más flexibles y tengan una velocidad de respuesta conjunta ante cambios del mercado o de las necesidades o expectativas del cliente.

¹⁴ Adaptado de los ocho principios de la calidad. Camilo D.Alemán. 2004. <http://www.mollabs.com/archivos/calidad.pdf>.

¹⁵ Ibid

¹⁶ Norma ISO 9000:2000. Sistemas de Gestión de la Calidad. Fundamentos y Vocabulario.

¹⁷ Ibid.

3 DESCRIPCIÓN DE LA EMPRESA

3.1 UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER

3.1.1 Misión¹⁸

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

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

Sustenta su trabajo en las cualidades humanas de las personas que la integran, en la capacidad laboral de sus empleados, en la excelencia académica de sus profesores y en el compromiso de la comunidad universitaria con los propósitos institucionales y la construcción de una cultura de vida.

3.1.2 Visión¹⁹

La Universidad Industrial de Santander es una institución de educación superior estatal y autónoma, financiada por el Estado, comprometida con la defensa de un estado social y democrático de derecho y de derechos humanos y la

¹⁸ UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER. Principios. [en línea]. Febrero 2007. Disponible en <www.uis.edu.co>

¹⁹ Ibid.

proposición de políticas públicas que garanticen el acceso de la población a condiciones de vida digna.

La UIS es actor principal del desarrollo económico, social y cultural de la región y ejemplo de democracia, convivencia, autonomía y libertad responsable. Es lugar de consulta sobre las tendencias y desarrollos en el campo de las ciencias, los avances tecnológicos, las necesidades y oportunidades del mundo del trabajo y los deseos de bienestar de la comunidad.

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

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

Es líder del desarrollo científico en bio-ingeniería, fuentes alternas de energía, petroquímica y carboquímica, nuevas opciones para uso de combustibles, nuevos materiales y tecnologías de materiales compuestos, aprovechamiento y

uso sostenible de la biodiversidad, promoción de la salud, prevención y control de las enfermedades de mayor ocurrencia, estímulo y acompañamiento a procesos de organización comunitaria orientados al desarrollo social y cultural, y mejoramiento de la calidad de la educación en todos sus niveles. Mantiene como líneas transversales la investigación en electrónica, telecomunicaciones, informática y ciencia y tecnología del medio ambiente. Promueve el desarrollo de la literatura y las artes. En todas sus Escuelas, Centros e Institutos, los miembros de la Comunidad Universitaria actúan como docentes-investigadores y se mantienen interconectados con grupos de pares académicos que cooperan local, nacional e internacionalmente.

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

Es una organización inteligente capaz de adaptarse con eficacia a la velocidad de los cambios y a las necesidades emanadas del entorno. Recibe del Estado los recursos suficientes para adelantar sus funciones de investigación, formación y proyección social, en reconocimiento a su calidad, a los resultados presentados anualmente ante la sociedad y a sus políticas de eficiencia en la utilización de los recursos. Invierte sus rentas propias para fortalecer su posición de excelencia en el medio universitario.

3.1.3 Estructura Organizacional²⁰

La Universidad Industrial de Santander (UIS), Institución oficial, del orden departamental, está encaminada fundamentalmente a la formación del hombre, mediante la generación y difusión del saber en sus diversas ramas.

²⁰ UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER. Descripción General. [en línea]. Febrero 2007. Disponible en <www.uis.edu.co>

Como institución académica de educación superior enmarca su estructura organizacional (ver figura 5) en torno a los saberes en cinco facultades: Ingenierías Físico-Mecánicas, Ingenierías Físico-Químicas, Ciencias, Salud y Humanidades se conjugan los campos del conocimiento en los que la Universidad adelanta las actividades de docencia, investigación y extensión. Las Facultades son unidades académicas y administrativas que agrupan campos y disciplinas afines del conocimiento, profesores, personal administrativo, bienes y recursos, con el objeto de orientar, planificar, fomentar, coordinar, integrar y evaluar actividades de las Escuelas y Departamentos a su cargo, de conformidad con las políticas y criterios emanados del Consejo Superior -máximo órgano de dirección y gobierno de la Universidad- y del Consejo Académico -máxima autoridad académica-.

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

Las Escuelas son unidades académicas y administrativas que agrupan uno o varios campos afines del conocimiento y desarrollan programas académicos de pregrado o postgrado, de investigación y de extensión. Cada Escuela tiene un Director quien está asesorado por el Consejo de Escuela y a su cargo se encuentra el personal docente y administrativo adscrito a ésta. Solamente la Escuela de Medicina tiene subdirector, por la cantidad de programas académicos de especialización que maneja.

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

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

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

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

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

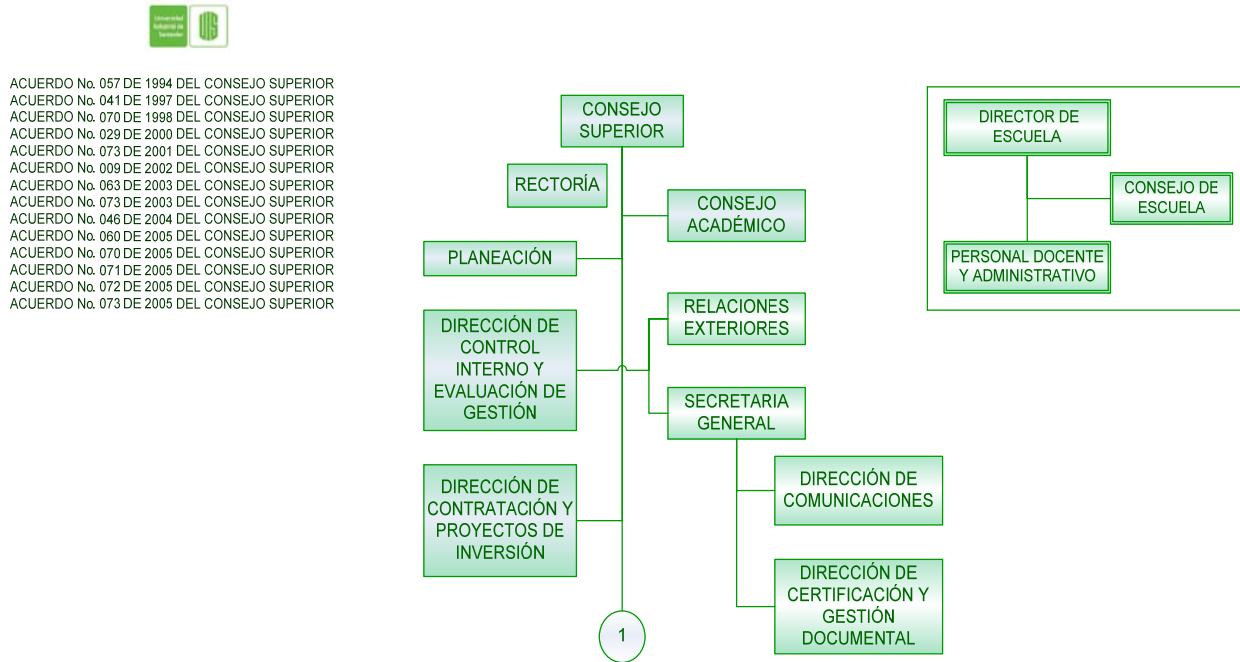
Los Departamentos son unidades académicas y administrativas dependientes de una Facultad o Escuela, que prestan servicios a una o varias Escuelas y desarrollan programas de investigación y extensión, de conformidad con las políticas y directrices de la Universidad.

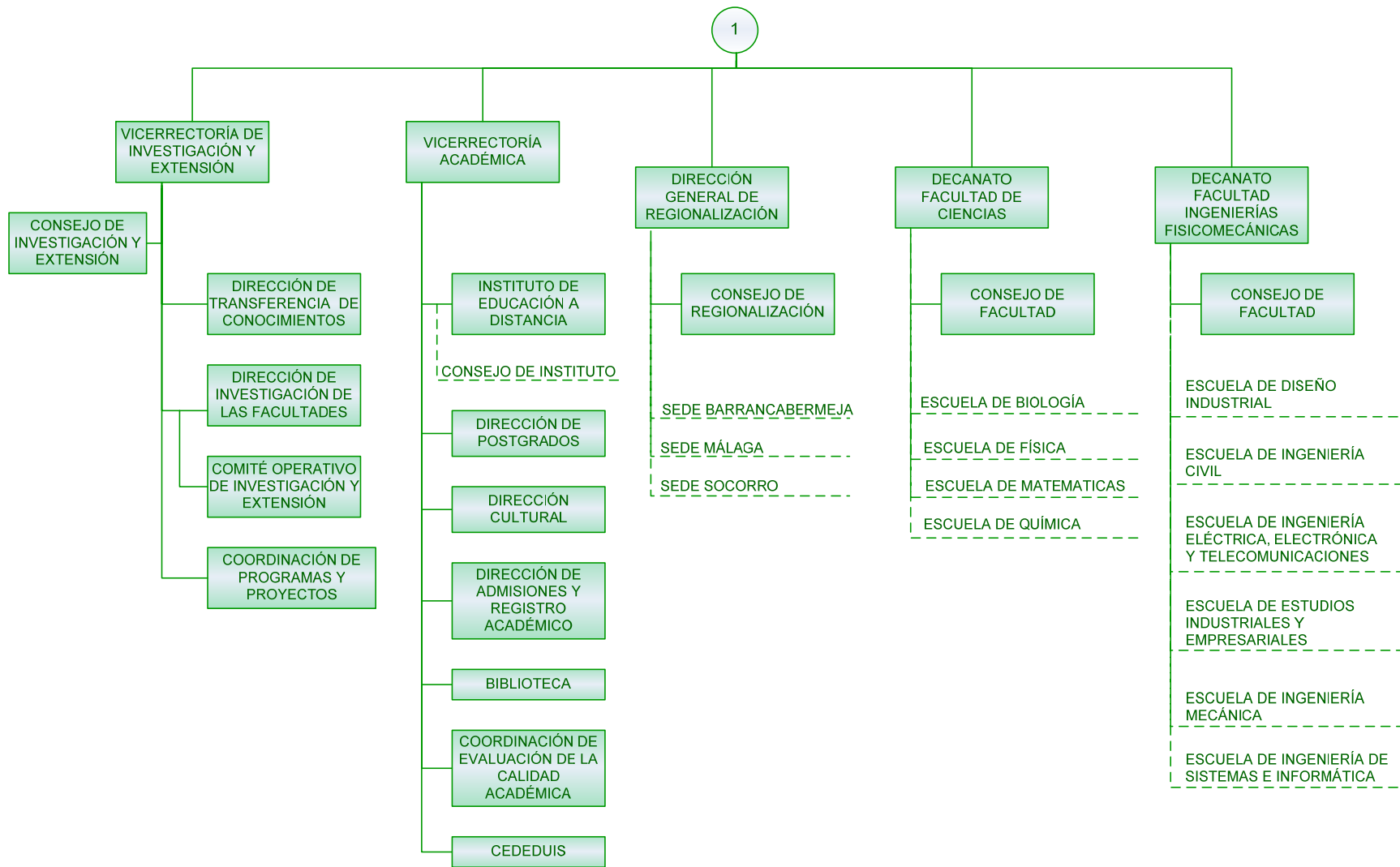
Así, el Departamento de Deportes pertenece a la Facultad de Ciencias Humanas, y de la Escuela de Medicina dependen los Departamentos de Ciencias Básicas, Cirugía, Ginecobstetricia, Medicina Interna, Patología, Pediatría, Salud Mental y Salud Pública.

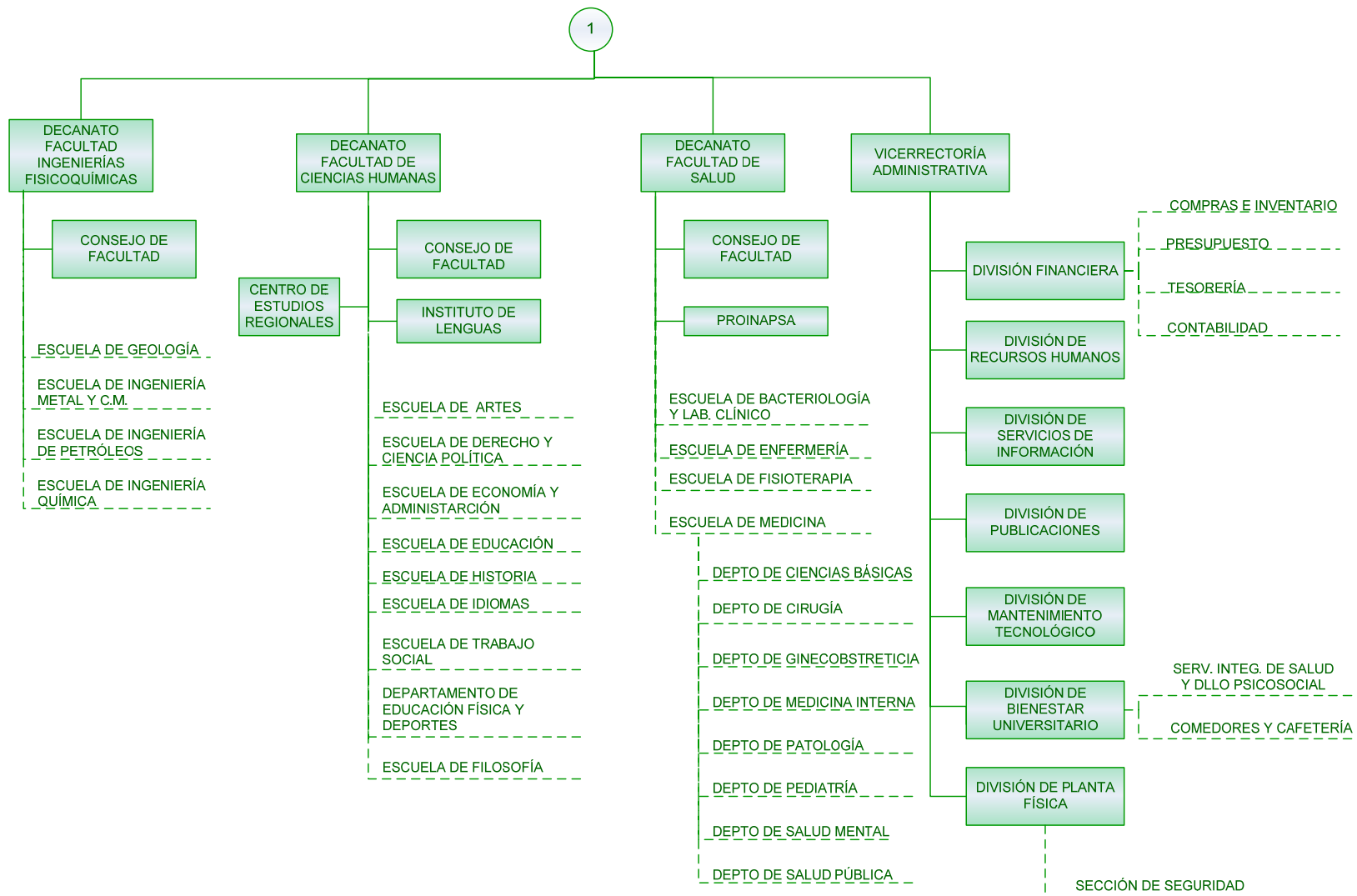
La Dirección General de Regionalización es la encargada de planificar, fomentar, dirigir, coordinar, evaluar y propender por la calidad académica de los programas de regionalización de la UIS. Además, este organismo se constituye en la instancia correspondiente para la toma de decisiones directamente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

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

Figura 5. Estructura Organizacional de la Universidad Industrial de Santander







Fuente: Acuerdo N° 73 de 2005 del consejo superior

3.2 VICERRECTORÍA ADMINISTRATIVA²¹

3.2.1 Generalidades

A principios de 1981, la UIS, en uso de sus atribuciones legales y en especial las que le confirió el Artículo 59, literal b. del Decreto-Ley 80 de 1.980 de la Presidencia de la República, acordó expedir su Estatuto General.

Por medio del referido Estatuto se ratificó la naturaleza jurídica de la misma, se definieron los principios y objetivos generales y se fijaron las funciones, normas y procedimientos básicos que regularían la dirección y administración de la Universidad.

En el Estatuto General de 1981 se habla por primera vez de que la Universidad tendrá un Vicerrector Administrativo, cuyo nombramiento le correspondería al Rector con la ratificación del Consejo Superior. De esta manera desaparecía el cargo de Rector Asistente.

3.2.2 Funciones

- La Vicerrectoría Administrativa tiene como misión específica, gerenciar los procesos administrativos de la UIS con el objeto de hacer posible el cumplimiento de la misión, las políticas y los objetivos institucionales.
- La Vicerrectoría Administrativa es consciente de su papel facilitador para que la misión de las personas que constituyen los estamentos de la UIS, se desarrolle en forma ágil y eficiente.

²¹ UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER. Administración. [en línea]. Febrero 2007. Disponible en <www.uis.edu.co>

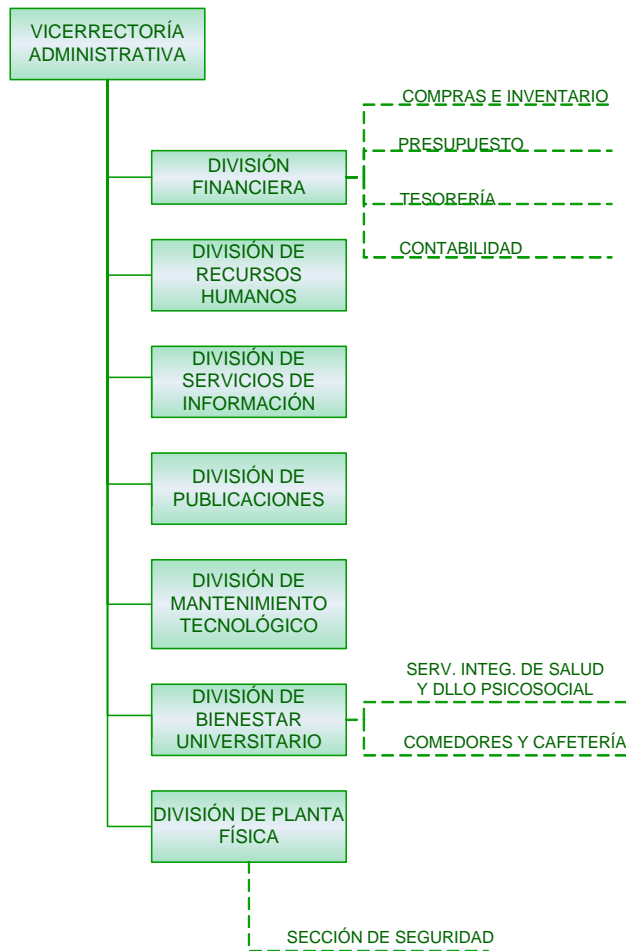
- La Vicerrectoría Administrativa orienta la administración de la Universidad Pública, goza de la autonomía que le otorga la Constitución Colombiana y tiene como criterio fundamental la organización institucional en torno a los saberes.

3.2.3 Políticas administrativas

- Las políticas administrativas son coherentes con las políticas institucionales; cada una de las Divisiones que conforman el organigrama de la Vicerrectoría Administrativa establecen y adoptan estrategias adecuadas para que esas políticas tengan viabilidad y se manifiesten en la marcha cotidiana de la UIS.
- Acorde con el Plan de Gestión y con el presupuesto que aprueba anualmente el Consejo Superior de la Universidad, cada División elabora su plan anual de trabajo. Este se debe evaluar al final de cada vigencia.
- Bajo los criterios anteriores, la Vicerrectoría Administrativa se concibe como un ente que coordina un equipo de trabajo y, que intenta con base en esa dinámica atender las necesidades programadas y urgentes de todas las unidades académicas y administrativas de la Universidad.
- Se parte del principio que nuestra programación se encuentra acoplada con la programación que defina cada Director o Jefe para su Escuela o su Sección.
- La oportunidad y la calidad del servicio que ofrece cada División dependen fundamentalmente del Plan de trabajo de cada Escuela.

3.2.4 Estructura Organizacional

Figura 6. Estructura Organizacional Vicerrectoría Administrativa



Fuente: Acuerdo N° 73 de 2005 del consejo superior

3.3 DIVISIÓN DE BIENESTAR UNIVERSITARIO

La División de Bienestar Universitario (D.B.U) es la dependencia administrativa que respalda en forma permanente la actividad académica, reconociéndola como uno de los pilares institucionales de la Universidad Industrial de Santander y contribuyendo activamente en la formación integral de los estudiantes a través del

desarrollo de programas y el ofrecimiento de servicios que propenden por el mejoramiento de su calidad de vida.

3.3.1 Políticas²²

- Propiciar un clima institucional amable.
- Crear propicios para el conocimiento y fortalecimiento del ser social.
- Aumentar la eficiencia y solidez financiera en el área tradicional de los servicios de Bienestar Universitario.
- Articular el trabajo con las unidades académicas y administrativas.
- Establecer relaciones con entidades similares a nivel nacional e internacional.
- Crear e impulsar estrategias para estimular la participación de la comunidad UIS.
- Propiciar la creación de espacios que permitan obtener la opinión y crítica de los estudiantes.
- Propiciar la cooperación interinstitucional.

3.3.2 Estructura organizacional

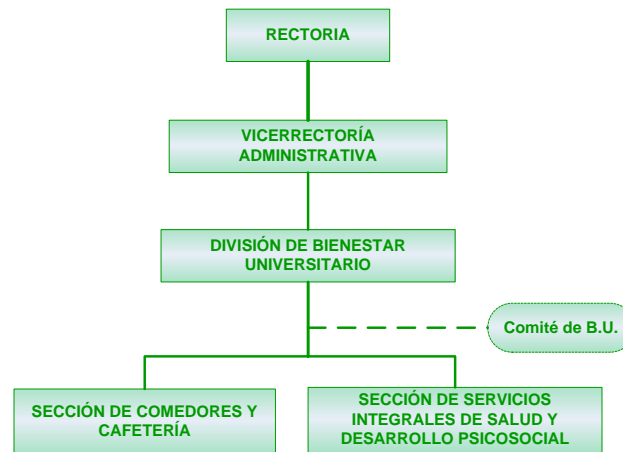
Con el propósito de contextualizar la DBU de acuerdo a su funcionalidad dentro de la UIS, se presenta en la Figura 7, el esquema organizacional de la División.

Teniendo en cuenta la Figura 7, se puede decir que la DBU esta conformado por: La Sección de Servicios Integrales de Salud y Desarrollo Psicosocial (SSISDP), el cual está conformado por los servicios asistenciales y Programas Educativo-Preventivos, cada una de estas, soportada por los servicios de apoyo que son el Archivo médico, Farmacia y el Centro de Información y Atención al Estudiante (CIAE).; la Sección de Comedores y Cafetería (SCC) y Promoción Socioeconómica que corresponde a los programas ofrecidos por la Jefatura de la

²² DIVISIÓN DE BIENESTAR UNIVERSITARIO, Portafolio de programas y servicios. Bucaramanga: División de publicaciones UIS, 2006.

División, entre los cuales se encuentran las auxilias estudiantiles, las becas del Fondo Patrimonial, Becas hijos de servidores, Comité de Matriculas y el apoyo a grupos artísticos y deportivos no formales.

Figura 7. Esquema Organizacional de la División de Bienestar Universitario de la UIS



Fuente: Informe de Gestión DBU 2006

3.3.3 Servicios²³

❖ Servicios Integrales de Salud y Desarrollo Psicosocial

Los servicios que se describen a continuación se ofrecen a los estudiantes que han cancelado derechos de salud (10% del Valor de la Matrícula):

- **Consultas Asistenciales.** Estas prestan atención en primer nivel en Medicina General, Odontología General, Fisioterapia, Nutrición, Ginecología, Psicología, Trabajo Social, Psicopedagogía, Psiquiatría.

²³ DIVISIÓN DE BIENESTAR UNIVERSITARIO, Portafolio de programas y servicios. Bucaramanga: División de publicaciones UIS, 2006.

- **Atención de Enfermería.** Este servicio se ofrece a los estudiantes desde el punto de vista asistencial y preventivo. Entre las actividades asistenciales se encuentran las relacionadas con inyectología, curaciones, pequeña cirugía, lavado de oídos, lavado de ojos, toma de tensión arterial, toma de peso, suministro de medicamentos y atención de urgencias menores.
- **Remisiones Externas a Consultas Especializadas.** Consultas fuera de la universidad en Oftalmología, Optometría, Ginecología, Homeopatía.
- **Servicio de Hospitalización.** Desde junio de 1994 la Institución asume los costos de la atención de cirugías de emergencia para los estudiantes en la clínica intra-hospitalaria del Hospital Universitario de Santander. Así mismo, los estudiantes que lo requieran pueden ser remitidos al Hospital Psiquiátrico San Camilo.
- **Atención de Urgencias Médicas.** La Institución provee éste servicio a todos los estudiantes de Pregrado, asumiendo los costos en su totalidad, a través de un convenio con el Hospital Universitario de Santander y el Hospital Psiquiátrico San Camilo.
- **Servicio de Laboratorio y Exámenes Diagnóstico.** La Universidad se compromete a cubrir los exámenes que requieren los estudiantes hasta por un valor equivalente al 22.5% del salario mínimo vigente. Si el monto del valor excede este tope, la Universidad subsidiará el 50% de este monto.
- **Servicio de Farmacia.** La Universidad provee totalmente gratis la droga básica que los estudiantes requieren a través de la farmacia localizada en las instalaciones de Bienestar Universitario.

- **Apoyo en Trámites de Problemas Académicos.** La División de Bienestar Universitario brinda apoyo los trámites académicos solicitados por los estudiantes a las Unidades Académicas de la Universidad, por medio de la elaboración de estudios Socioeconómicos, Psicosociales y Vocacionales, los cuales serán un concepto profesional que servirá de soporte al Consejo de la Escuela encargada del trámite en el momento de emitir un dictamen final acerca del caso.

Los Trámites Académicos comprenden:

- Gestión de incapacidades ante las escuelas.
 - Cancelación de semestre.
 - Cancelaciones extemporáneas de materias.
 - Supletorios.
 - Cambios de carrera y simultaneidad.
 - Conceptos para readmisiones.
- **Apoyo en Trámites Administrativos.** Al igual que en los Trámites Académicos, los profesionales de la Sección llevan a cabo estudios Socioeconómicos y Psicosociales, y realizan pruebas psicológicas a los estudiantes, para apoyar los Trámites Administrativos los cuales corresponden a la reliquidación de matrícula, asignación especial de comedores y asignación de residencias. Los estudios elaborados en la Sección son complemento del análisis que se realiza para cada solicitud de trámite, y son remitidos a la dependencia encargada de continuar con dicho análisis.
 - **Vacunación.** Este servicio tiene por objeto prevenir la morbilidad por Tétanos, Fiebre Amarilla y Hepatitis B, mediante jornadas de vacunación dirigidas a toda la Comunidad Estudiantil UIS.

- **Manejo del Accidente Biológico.** Cada semestre se efectúa inducción a los estudiantes que inician sus prácticas en las carreras del área de la Salud para que asuman conductas seguras y eviten el riesgo de accidentes. A partir de mayo del año 2004, el manejo del accidente biológico se incluyó entre los beneficios de la póliza colectiva de accidentes tomada por la UIS con una determinada compañía de seguros, para el cubrimiento de los estudiantes que pagaron al matricularse los derechos de Salud.

- **Seguro de Accidentes y Urgencias Médicas.** La Institución provee éste servicio a todos los estudiantes de Pregrado, asumiendo los costos en su totalidad, a través de un convenio con el Hospital Universitario de Santander.

Los estudiantes de la UIS que no cancelan derechos de salud sólo pueden acceder a los Programas Educativo-Preventivos y a los estudios para Trámites Académicos y Administrativos.

❖ **Programas Educativo-Preventivos**

Los Programas Educativo-Preventivos tienen como propósito corregir hábitos nocivos, fortalecer hábitos saludables y fomentar conductas de autocuidado traducidas en la identificación y control temprano de factores de riesgo. Como estrategias para lograrlo se efectúan asesorías individuales con inscripción previa y jornadas educativas masivas dirigidas a toda la Comunidad Universitaria cuya programación se efectúa semestralmente.

La población objetivo está constituida, por todos los estudiantes de pregrado matriculados cada semestre en la Universidad.

Los Programas Educativo-Preventivos que ofrece la SSISDP están organizados en tres (3) grandes grupos, los cuales se describen a continuación.

- **Mente, Cuerpo y Espíritu Saludable:** Este grupo de Programas Educativo-Preventivos vela por el mantenimiento y conservación de la salud biosicosocial promoviendo una cultura del autocuidado y la prevención en la Comunidad Universitaria.

Para lograr este objetivo se han considerado los siguientes programas:

- ✓ **Mantenimiento de la Salud.** Las actividades desarrolladas por este programa incluyen:
 - Elaboración del perfil individual de salud a través de la evaluación integral por el equipo de salud.
 - Detección temprana de problemas de salud y factores de riesgo de enfermedad.
 - Educación personalizada.
 - Control integral anual.
 - Remisión a los programas pertinentes.
- ✓ **Salud Mental.** Este programa se apoya en las siguientes actividades:
 - Asesoría individual en crisis.
 - Grupos terapéuticos.
 - Redes de apoyo.
 - Jornadas masivas.
 - Actividades de formación.
- ✓ **Programa SER-UIS (Servicio Estratégico de Respuesta en Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas en la UIS).** Este programa ofrece las siguientes líneas de acción:

- Estrategias comunicativas como plegables, afiches, test evaluativos, encuestas y las páginas interactivas Web www.gocebakano.com y www.viabakana.com.
 - Jornadas educativas en forma de talleres y charlas que se realizan con los miembros de las diferentes Facultades y Escuelas de la Universidad.
 - Espacios saludables permanentes (Viernestar) que comprenden: actividades lúdicas dirigidas a los estudiantes y coordinadas por estudiantes vinculados a Bienestar Universitario en calidad de mentores y promotores.
 - Consulta e intervención a nivel individual y grupal, así como también, la remisión de casos de estudiantes con problemas a instituciones expertas en el tratamiento de la adicción.
 - Protección específica a los grupos vulnerables, para evitar el consumo.
 - Redes de apoyo (mentores).
 - Investigación.
- ✓ **Espalda Sana.** Para llevar a cabo el programa de Espalda Sana, se realizan actividades de educación personalizada al estudiante, se efectúa una valoración postural por un fisioterapeuta y se hacen las respectivas recomendaciones posturales.
- ✓ **Acondicionamiento Físico.** Mediante este programa se pretende motivar al estudiante hacia la práctica del ejercicio físico como un componente fundamental de un estilo de vida saludable. Para lograr este objetivo se llevan a cabo jornadas de ejercicio aeróbico y labor educativa, tanto personal como grupal, acerca de las etapas y los beneficios del ejercicio físico.
- ✓ **Prevención del Riesgo Cardiovascular.** Las principales actividades con las que se lleva a cabo el programa son:

- Atención integral al estudiante por el equipo de salud.
 - Educación personalizada sobre factores de riesgo y su prevención.
 - Exámenes de laboratorio pertinentes.
 - Talleres sobre el manejo del estrés.
- ✓ **Salud Oral.** Tiene como actividades principales:
- Examen de la cavidad oral.
 - Profilaxis y tratamiento del cálculo.
 - Educación personalizada y grupal sobre el cuidado de los dientes.
 - Taller sobre correcto cepillado.
 - Control anual.
- ✓ **Salud Visual.** Se llevan a cabo actividades tales como:
- Taller sobre ejercicios oculares, adecuada alimentación y protección ocular.
 - Examen de agudeza visual.
 - Remisión a optómetra u oftalmólogo según necesidad.
- ✓ **Pastoral Universitaria.** El objetivo de la Pastoral Universitaria UIS, es fortalecer en la Comunidad Universitaria el desarrollo humano y crecimiento espiritual, desarrollando procesos de formación de los diferentes grupos humanos que a ella pertenecen para crear un ambiente laboral, profesional, investigativo y académico, acorde con los principios básicos de formación del individuo.

- **Salud Sexual y Reproductiva:** Este grupo de programas pretende fomentar y promover el ejercicio de una sexualidad sana y responsable, prevenir factores de riesgo y ofrecer atención primaria oportuna para aquellas alteraciones que se identifiquen en el sistema reproductivo.

Para lograr este objetivo se han considerado los siguientes programas:

- ✓ **Prevención del Cáncer de Cérvix, Mama y Testículo.** Para llevar a cabo el programa, se cuenta con las siguientes actividades:
 - Toma de citología
 - Educación para autoexamen mamario y testicular
 - Educación personalizada y grupal sobre factores de riesgo para adquirir cáncer.
- ✓ **Control de la Fecundidad.** Comprende las siguientes actividades:
 - Orientación y asesoría por el equipo de salud sobre sexualidad y métodos de planificación.
 - Control periódico del método.
 - Venta de anticonceptivos.
 - Educación personalizada y grupal sobre métodos de control de fecundidad.
- ✓ **Prevención y Atención de las Enfermedades de Transmisión Sexual Especialmente el Sida.** Las actividades que se llevan a cabo en este programa son:
 - Asesoría y orientación individual.

- Talleres educativos sobre prevención.
 - Prueba de VIH.
 - Venta de condones.
- ✓ **Atención Integral a la Mujer Gestante.** Ofrece los siguientes servicios:
- Controles periódicos por el equipo de salud: médico, enfermera, odontólogo y nutricionista.
 - Exámenes de laboratorio.
 - Curso de preparación para la maternidad y paternidad.
 - Promoción de la lactancia materna.
- ✓ **Educación Para el Disfrute.** Constituye un espacio de reflexión y diálogo para identificar individual y grupalmente los diversos aspectos que favorecen el disfrute de la vida desde el punto de vista físico, emocional y espiritual. Está dirigido básicamente a ofrecer a los estudiantes oportunidades para el aprovechamiento del tiempo libre y el fomento del ocio creativo.
- **Apoyo a la Academia:** Este grupo de Programas Educativo-Preventivos vela por el mejoramiento académico de los estudiantes de la Institución y brindar asesoría necesaria a sus nuevos integrantes.
- ✓ **Programa de Inducción a la Vida Universitaria (PIVU).** El programa se lleva a cabo en tres etapas:
- Fase de Promoción: Sensibilización y Formación de orientadores.
 - Fase de Ambientación: Información de servicios y semana de preparación a la vida universitaria.

- Fase de Seguimiento: Optimización de relaciones, acompañamiento a profesores y estudiantes, superación de mitos y apoyo al proceso de formación.
- ✓ **Mejoramiento del Rendimiento Académico (PAMRA).** El programa lleva a cabo las siguientes actividades:
 - Tutorías personalizadas en materias donde el estudiante necesite refuerzo.
 - Asesoría especializada para superar dificultades de aprendizaje.
 - Talleres sobre métodos de estudio.
 - Formación de tutores.
- ✓ **Preparación Para el Ingreso a la Vida Laboral.** El Programa se desarrolla a través de un seminario – taller donde se da a conocer a los estudiantes diferentes aspectos necesarios para considerar en los procesos de selección laboral a los que se van a enfrentar tan pronto culminen sus estudios.

❖ **Promoción socioeconómica**

Dentro de las actividades, programas y acciones contempladas en el Plan de Gestión de la División de Bienestar Universitario, se presenta dentro de la promoción Socioeconómica, actividades desarrolladas a cargo de la Jefatura propiamente, es decir, la División cuenta con una promoción económica correspondiente a los programas emprendidos por la Jefatura de la División, entre los cuales se encuentran las Auxiliaturas estudiantiles, las becas del Fondo Patrimonial, las becas para hijos y cónyuges de servidores de la Universidad, el Comité de Matriculas y becas de sostenimiento a estudiantes procedentes de Barrancabermeja.

- **Auxiliaturas Estudiantiles.** Es responsabilidad propia de la División corroborar las solicitudes de las Unidades Académicas y Administrativas(UAA), con el fin de velar por el cumplimiento de los requisitos para acceder a cada una de las auxiliaturas establecidos en el Acuerdo No 66 de 2003 del Consejo Superior. Es así como en el caso del no cumplimiento, se remiten nuevamente las solicitudes a las unidades para su nueva adjudicación.

Finalmente, por resolución de Rectoría, se adjudican las auxiliaturas a los estudiantes que cumpliendo los requisitos exigidos por la Universidad en cada uno de los tipos de auxiliaturas y en acuerdo de la Unidad o Dependencia se hacen merecedores de este estímulo.

- **Becas Fondo Patrimonial.** Conforme al Acuerdo Superior No. 69 de 1997, la Universidad creó el Fondo Patrimonial por el cual se manejan las donaciones que se reciben, con la finalidad de financiar la matrícula a estudiantes de bajos recursos y desarrollo de educación, ciencia y tecnología, a través del rendimiento financiero de dicho fondo.

- **Becas A Hijos y Conyugues De Servidores.** Conforme al Acuerdo Académico No. 28 de 2001, por el cual se reglamenta la contraprestación de las becas otorgadas en el Acuerdo 07 de 2001 del Consejo Superior, en el que se establece un sistema de bienestar social para los servidores de la UIS, se otorgan a los estudiantes que son: cónyuge o compañero permanente, hijos e hijas de servidores de la UIS matriculados en programas presénciales de pregrado, académicos, administrativos y de proyección social de la Universidad el 90% de la matrícula y como contraprestación de este servicio, participan en labores académicas o administrativas de acuerdo a la unidad académica con la cual se comprometan a trabajar por 32 horas, sin que por esto se establezca vinculo laboral alguno.

- **Servicio Residencias Estudiantiles.** Este servicio esta dirigido a estudiantes de bajos recursos, provenientes de regiones apartadas de Santander y otros departamentos con residencias estudiantiles según cumplimiento de requisitos y disponibilidad de cupos.
- **Comité de Matriculas.** Atender oportunamente las solicitudes de reliquidación de matricula generadas por inconformidad o cambios en la situación económica de las familias.
- **Grupos Especiales.** Estimular económicamente a los estudiantes que se destacan académicamente y que participan voluntariamente y son sobresalientes en grupos deportivos y artísticos reconocidos por la universidad.
- **Apoyo a Grupos Deportivos y Culturales.** Apoyar logísticamente a los grupos deportivos no competitivos y culturales de los estudiantes UIS como, colonias, danzas, expresión musical, teatro, centros de estudio.
- **Estudiantes Promotores.** Capacitar a grupos de estudiantes, en diferentes temáticas alusivas a su desarrollo integral para que se conviertan en multiplicadores dentro de la Comunidad Estudiantil.

❖ **Sección de comedores y cafetería**

- **Servicio Comedores.** Este servicio de alimentación es dirigido a estudiantes que cumpliendo los siguientes requisitos: pagar una matrícula mínima de acuerdo a los estándares de la Universidad en este concepto; cursar un mínimo de 11 créditos en el semestre en el que se beneficia del servicio, no tener sanción disciplinaria y no gozar de ningún otro beneficio especial en la Universidad aspiran y presentan la solicitud para este servicio subsidiado por la Universidad, evidenciando necesidades económicas. Además estudiantes

pertencientes a las diferentes selecciones deportivas de la Institución y Grupos Culturales que demuestren la necesidad de gozar de este beneficio también podrán ser considerados para la asignación de es este servicio. Se debe aclarar que todos los estudiantes que presenten dicha solicitud, son estudiados para la adjudicación del servicio, pero los cupos son limitados, por lo que no a todos se les ofrecerá esta alimentación.

- **Servicio de Cafetería.** Servicio que se ofrece a toda la comunidad UIS, en la modalidad de Almuerzos y Lonchería directamente, tanto en la cafetería ubicada en el edificio de Bienestar Universitario como en la Cafetería de profesores ubicada en el edificio Camilo Torres. También se atienden refrigerios y eventos especiales para las dependencias académicas y administrativas de la Universidad, procurando la satisfacción de los clientes, cumpliendo en aspectos tales como la calidad físico - organoléptica de los alimentos, las condiciones higiénico – sanitarias, ambiente y comodidad en el servicio ofrecido.

3.3.4 Colaboradores de la División

A continuación se presenta la lista de los colaboradores que hacen parte de la División de Bienestar Universitario, tanto en la SCC como de la SSISDP:

Tabla 1. Listado de colaboradores de la DBU

CARGO	N° de personas	CARGO	N° de personas
División		SSISDP	
Administrativo		Administrativo	
Jefe División	1	Jefe SSISDP	1
Auxiliar contable	1	Secretaria	2
Asistente de División	1	Auxiliar administrativa	1
Secretaria	1	Profesional en salud	
Total de División	4	Médico	4

SCC			
Administrativo			Odontólogo
Jefe SCC	1		5
Asistente	1		Fisioterapeuta
Secretaria	1		1
Auxiliar administrativa	1		Psicólogo
Almacenista	1		3
Operativos			Trabajador social
Jefes de cocina	3		4
Cajera	1		Enfermera
Auxiliares			1
Auxiliar de almacén	1		Coordinadora Programas Preventivos
Auxiliar de cafetería	9		1
Auxiliar de comedores	21		Psicorientadora
Total comedores y cafetería	40		1
			Psicopedagogo
			1
			Asesor espiritual
			1
			Auxiliares
			Auxiliar de enfermería
			1
			Auxiliar odontología
			2
			Auxiliar de Archivo
			1
			Almacenista (Farmacia)
			1
			Auxiliar de Servicios Generales
			1
			Total de salud
			32

Fuente: Autoras

En las instalaciones de la DBU, laboran diariamente un total de 76 personas, entre profesionales de salud, personal administrativo, operativos, auxiliares y secretarias. Es de aclarar que en la lista no se tiene en cuenta a los estudiantes practicantes de las diferentes áreas de salud, tales como: enfermería, nutrición, fisioterapia, medicina, ginecología, psiquiatría, trabajo social y psicología, y tampoco a los médicos especialistas, por ser contratados externamente; tampoco se incluye los estudiantes tutores y auxiliares que participan en el desarrollo de cada uno de los Programas Educativo-Preventivos de la División.

4 DIAGNÓSTICO ACTUAL DE LA DIVISIÓN DE BIENESTAR UNIVERSITARIO CON RESPECTO AL SGC

En esta etapa se identificó el estado actual del SGC desde las secciones inmersas dentro de la DBU, como uno de los procesos de apoyo a la formación integral que imparte la UIS. Este Diagnóstico busca identificar el estado actual del proceso desde el punto de referencia la Norma NTC-ISO 9001:2000.

Como punto de partida, se tomó la consolidación de un informe denominado prediagnóstico, el cuál permitió conocer las actividades macro que desarrolla la División, el número de personas responsables y partícipes, los documentos y registros de información que se manipulan diariamente, los indicadores de gestión que colaboran con el mejoramiento continuo, las encuestas de satisfacción y planes de mejora que se tienen propuestos. Después de encontrar y valorar esta información se continuó con el informe de diagnóstico para determinar el nivel de cumplimiento de la DBU con relación a los requisitos exigidos por la norma ISO 9001:2000 y así poder determinar las actividades necesarias para documentar e implementar con éxito el SGC.

A continuación se relaciona la información que se tuvo en cuenta para el desarrollo del diagnóstico:

4.1 OBJETIVO DEL INFORME DIAGNÓSTICO

Determinar el nivel de cumplimiento de los requisitos de la Norma NTC ISO 9001:2000 y establecer todas las actividades que se documentarán en el Sistema de Gestión de Calidad desde la DBU.

4.2 RESPONSABLES DEL DIAGNÓSTICO

Para el desarrollo de esta primera fase del proceso se asignaron a los estudiantes auxiliares: María Angélica Mantilla López y Vianny Julieth Palencia Pérez como responsables de la recolección de toda la información y la socialización de los resultados.

4.3 ALCANCE DEL DIAGNÓSTICO

La evaluación se elaboró teniendo en cuenta los procesos y actividades que se desarrollan en la SSISDP, la SCC, el Servicio de Residencias, los Programas Educativo-Preventivos desarrollados por la División y asignación de los auxilios económicos del Fondo Patrimonial.

4.4 FECHA DE DIAGNÓSTICO

Desde el 12 de Febrero de 2007 se inició el proceso de recolección de información, tanto en medio físico como digital para consolidar posteriormente los resultados en el Informe Prediagnóstico de la situación actual de la División enmarcada dentro del SGC iniciado por la Universidad. Este estudio preliminar culminó el día 22 de Febrero del mismo año y ese día se realizó la socialización de los resultados iniciales al Grupo Primario designado en la DBU. En esta socialización, se propusieron modificaciones para la presentación oficial de los resultados el 23 de Febrero con la presencia de la Coordinadora del SGC de la

UIS. Finalmente, la presentación del diagnóstico definitivo según la norma ISO 9001: 2000 se llevó a cabo el día 9 de abril de 2007.

4.5 PREDIAGNÓSTICO

El estudio prediagnóstico de la DBU de la Universidad Industrial de Santander, se realizó con el propósito de recopilar información necesaria y útil al SGC, para posteriormente elaborar un diagnóstico según la Norma ISO 9001:2000 y de esta forma planear las actividades a desarrollar en el proceso de implementación del SGC.

Dentro del documento elaborado como prediagnóstico, se encuentran los siguientes hallazgos:

- Las actividades macro desarrolladas por la División, las cuales están relacionadas en el numeral 3.3.5 de este libro.
- Descripción especificada de los colaboradores partícipes y responsables de las actividades y servicios que ofrece la División se encuentra en el numeral 3.3.6.
- Dentro de la documentación existente como soporte al SGC, se encontró:
 - El portafolio de programas y servicios de la División.
 - Borrador del Manual de Calidad, cuyo alcance es la prestación de servicios de comedores y cafetería, realizado por cuatro integrantes de la División que participaron en el Diplomado Basado en la Norma NTC GP 1000:2004.

- Manuales operativos, uno para la SCC y otro para la SSISDP, en el primero se documentan 29 procedimientos que enmarcan la planeación, prestación de servicios de comedores y cafetería, apoyo a la gestión y evaluación de la sección y en el segundo se encuentran 30 procedimientos para la SSISDP con los cuales se documenta la planeación, prestación de servicios asistenciales, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, gestión de recursos y evaluación. Estos manuales no han sido implementados y se encuentran desactualizados.

 - Manuales normativos en donde se consolida los documentos legales internos y externos que aplican a los procesos que se realizan en la División; también se cuenta con un plan semestral de actividades masivas para los diferentes programas que se ofrecen en la DBU.

 - Manuales de fábrica, en donde se especifica la operación y mantenimiento de algunos equipos utilizados en la SCC, pero no son utilizados como herramienta de manejo adecuado de los equipos debido a que se encuentran en inglés, igualmente no se están controlando de acuerdo a los requisitos de la norma ISO 9001:2000.

 - Informe de gestión anual de la División entregado a la Vicerrectoría Administrativa y Rectoría; se aporta anualmente información para el boletín estadístico llamado “UIS en cifras”, donde se refleja la gestión institucional.
- Los registros encontrados en la DBU son:
 - Información de las secciones, se encontraron 8 formatos para la SCC y 39 formatos para la SSISDP.

- No se cuenta con fichas técnicas de los equipos y de maquinaria utilizada; no se desarrollan planes de mantenimiento preventivo para preservar la vida útil de los equipos, es decir, únicamente se realiza mantenimiento correctivo.
 - Actas de las reuniones de mejoramiento realizadas en el año 2007, las cuales evidencian la comunicación mensual que se tiene con los colaboradores de la SSISDP.
- Se cuenta con un Sistema de Indicadores de Gestión en cada sección, sin embargo no se ha desarrollado la implementación de estos, por lo cual se carece de registro numérico; se realizó una revisión de estos y se determinó que la cantidad de indicadores propuestos eran excesivos y no agregaban valor para la determinación de acciones de mejora. Para la SCC estaban planteados 11 Indicadores de Dirección, 14 Indicadores de Operación, 7 Indicadores de Soporte; y para la SSISDP se contaba con 16 Indicadores Estratégicos, 17 Indicadores Operativos, 11 Indicadores de Apoyo. Es de aclarar que la División presenta anualmente indicadores SUE para el Ministerio de Educación, y en los informes de gestión anual se consolidan estadísticas que conforman datos de cobertura, realización de actividades masivas, asistencia del servicio, porcentaje de adjudicación de servicios de comedores, residencias, auxilio fondo patrimonial y demás beneficios que se ofrecen.
- Los estudiantes en práctica de la Escuela de Nutrición y Dietética de la UIS, aplicaron encuestas de satisfacción a los beneficiarios del servicio de comedores, en el primer y segundo semestre de 2006, con el propósito de identificar oportunidades de mejora y fortalezas en el servicio, cuyos resultados se encuentran en los informes de práctica de los estudiantes; en el servicio de salud no existe diseño de encuesta de satisfacción.

- Para el servicio de cafetería se cuenta con un libro de sugerencias para brindar la oportunidad a los clientes de expresar su opinión acerca de la atención que se les ofrece.
- Dentro del proceso de mejoramiento continuo de la Universidad, cada dependencia o UAA diseña proyectos específicos, con los que se contribuye a una mejora tanto en el funcionamiento como en la gestión propia de acuerdo a su razón de ser dentro de la Institución. Por esto, la DBU cuenta para el 2007 con un Programa de Gestión denominado *“Estrategia integral para la prevención y el control de los factores de riesgo biopsicosociales en la población estudiantil de la Universidad Industrial de Santander”*.

4.6 DIAGNÓSTICO SEGÚN NORMA

La revisión de la DBU de acuerdo con los requisitos de la Norma NTC ISO 9001:2000 se realizó en conjunto con la Coordinación del SGC de la Universidad y el Grupo Primario de la DBU, para garantizar una identificación exacta entre el cumplimiento real de cada uno de los aspectos considerados en la Norma y la información disponible en la División, esto con el fin de conocer los numerales de la Norma que aplican y de esta forma implementarlos correctamente según las exigencias de la misma.

A continuación se presenta la nomenclatura, valoración y descripción de los niveles de madurez de desempeño de la NTC ISO 9001:2000 a utilizar en la matriz de interrelación de requisitos, los puntos de la Norma, lo cual permite comparar el estado inicial de la División con el estado final esperado luego de la implementación del SGC:

Tabla 2. Nomenclatura y valoración de los niveles de desempeño de la DBU

ABREVIATURA	VALORACIÓN	DESCRIPCIÓN
NA		Requisito no aplicable, bajo los parámetros de exclusión de ISO 9001.
AP	0	Requisito aplicable, no diseñado, ni desarrollado, ni implementado.
D&D	1	Requisito en proceso de diseño o desarrollo como especificación del SGC.
IM	2	Requisito implementado, con resultados, registros y evidencias.
AU	3	Requisito implementado y auditado con resultados conformes.
ME	4	Requisito implementado, auditado y en proceso de mejoramiento continuo.

Fuente: Autoras

En la Tabla 3 se presenta la matriz interrelación de requisitos de la NTC ISO 9001:2000, la cual relaciona los puntos que conforman la Norma, la valoración cuantitativa otorgada a cada uno de ellos según el estado en que se encuentra en la División y las observaciones, donde se describen los hallazgos identificados.

Tabla 3. Matriz de Interrelación de requisitos de la NTC ISO 9001:2000

NTC ISO 9001: 2000		NIVELES DE MADUREZ DE DESEMPEÑO						OBSERVACIONES
		NA	(0) AP	(1) D&D	(2) IM	(3) AU	(4) ME	
4. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	4.1 REQUISITOS GENERALES				1			No se tienen identificados los subprocesos y su interacción en los cuales se agrupan cada uno de los servicios que presta la DBU.
	4.2 REQUISITOS DE DOCUMENTACIÓN	4.2.1 GENERALIDADES			1			Existen procedimientos, pero estos se encuentran desactualizados y no son conocidos por la totalidad de colaboradores del Proceso BE. La DBU debe colaborar en la identificación de los documentos que aplican a los servicios que en esta se prestan, con el fin de contribuir al establecimiento de la estructura documental y de los parámetros a seguir en la elaboración de los documentos del SGC de la UIS.
		4.2.2 MANUAL DE CALIDAD		0				No se ha elaborado el Manual de Calidad. La DBU se encarga de facilitar la información requerida para su construcción.
		4.2.3 CONTROL DE LOS DOCUMENTOS		0				No se tiene aplicadas las tablas de retención documental según lo establecido en el Proceso. No existe un procedimiento para el Control de Documentos, en donde se establezcan los controles necesarios para la aprobación, revisión, actualización y aprobación y distribución de los documentos y el aseguramiento de las versiones actualizadas.
		4.2.4 CONTROL DE LOS REGISTROS		0				No existe un procedimiento para el Control de Registros, en donde se establezcan los controles necesarios para la identificación, el almacenamiento, la protección, la recuperación, el tiempo de retención y la disposición de los registros. Para el correcto control de registros se aplicará el lineamiento general que se establezca para la Universidad.

5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN	5.1 COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN				1			La Dirección de la Universidad delega la responsabilidad de la DBU para el buen desarrollo de la implementación del SGC.
	5.2 ENFOQUE AL CLIENTE				1			En ocasiones no se determinan ni se cumplen los requisitos del cliente, para aumentar su satisfacción.
	5.3 POLÍTICA DE CALIDAD				0			No se ha establecido la política de calidad Institucional, su elaboración es responsabilidad de la Dirección de la Universidad, por lo tanto la DBU se encarga de la difusión y sensibilización de esta.
	5.4 PLANIFICACIÓN	5.4.1 OBJETIVOS DE CALIDAD				0		No se han establecido los objetivos de calidad Institucional. Estos son determinados por la Dirección de la Universidad.
		5.4.2 PLANEACIÓN DEL S.G.C.				0		La Universidad a través de la Coordinación del SGC, transmite la planificación y las actividades a desarrollar en la implementación del SGC.
	5.5 RESPONSABILIDAD AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN	5.5.1 RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD				1		No se tienen definidas las responsabilidades en el Proceso. La Dirección de la DBU debe asegurarse de que las responsabilidades y autoridades se encuentren bien definidas.
		5.5.2 REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN				1		El Jefe de la DBU es el representante de la Dirección de la Universidad, quien debe asegurarse que se establezcan, implementen y mantengan los subprocesos del SGC de la División. La Universidad lleva a cabo reuniones de STAFF donde se rinde informe a la Dirección acerca de la implementación del SGC.
		5.5.3 COMUNICACIÓN INTERNA				1		Se deben crear medios de comunicación con los colaboradores de la División de forma que conozcan el desarrollo de la implementación del SGC.

	5.6 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	5.6.1 GENERALIDADES	X					No aplica al Proceso BE
		5.6.2 INFORMACIÓN PARA LA REVISIÓN	X					El jefe de la DBU debe revisar continuamente la implementación del SGC.
		5.6.3 RESULTADOS DE LA REVISIÓN	X					No aplica al Proceso BE.
6.GESTIÓN DE RECURSOS	6.1 PROVISIÓN DE RECURSOS				1			La Vicerrectoría Administrativa presupuestó los recursos necesarios para la implementación del SGC y ejecutar las acciones de mejora que permitan satisfacer las necesidades de los beneficiarios.
	6.2 RECURSOS HUMANOS	6.2.1 GENERALIDADES			1			La División de Recursos Humanos certifica que los colaboradores de la DBU tienen la educación, formación, habilidades y experiencias apropiadas para que no afecten la calidad de los productos y servicios que se ofrecen.
		6.2.2 COMPETENCIA, TOMA DE CONCIENCIA Y FORMACIÓN			1			La DBU junto con la División de Recursos Humanos, proporcionan la formación de los colaboradores, según el campo de desempeño. La División de Recursos Humanos determinan las competencias de los colaboradores de la Universidad.
	6.3 INFRAESTRUCTURA				1			Se cuenta con espacios de trabajo, equipos y servicios de apoyo para lograr la conformidad con los requisitos del producto.
	6.4 AMBIENTE DE TRABAJO				1			La División de Recursos Humanos desarrolla para el año 2007 el proyecto de mejoramiento del clima laboral en cada una de las Unidades Académico Administrativas, con el fin de garantizar un ambiente de trabajo favorable, que permita lograr la conformidad con los requisitos del producto.

7. REALIZACIÓN DEL PRODUCTO	7.1 PLANIFICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL PRODUCTO					2			Se tienen registros de la planificación de las citas médicas, de las minutas que se ofrecen en los servicios de comedores y cafetería. También se realiza anualmente el plan de gestión de la División con el fin de planificar el desarrollo de proyectos de mejora. No se evidencian verificaciones, validaciones, seguimientos, inspecciones, pruebas específicas para los alimentos ofrecidos en los servicios de comedores y cafetería.
	7.2 PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE	7.2.1 DET. DE LOS REQ. RELACIONADOS CON EL PRODUCTO			1			La DBU no ha establecido formalmente los requisitos especificados, los no especificados por el cliente pero necesarios para la prestación de los servicios, los requisitos legales y reglamentarios.	
		7.2.2 REVISIÓN DE LOS REQ. RELACIONADOS CON EL PCTO.		0				La Dirección de la División realiza revisiones a los requisitos relacionados con el producto, pero no existen registros donde evidencie el desarrollo de dicha actividad.	
		7.2.3 COMUNICACIÓN CON EL CLIENTE				2		Existe publicación de los productos y servicios que se prestan, ya sea por medio de carteleras, internet, comunicados y folletos. La DBU no realiza la retroalimentación con el cliente.	
	7.3 DISEÑO Y DESARROLLO	7.3.1 PLANIFICACIÓN DEL DISEÑO Y DESARROLLO	X					No aplica al Proceso BE.	
		7.3.2. ELEMENTOS DE ENTRADA PARA EL DISEÑO Y DLLO.	X						
		7.3.3 RESULTADOS DEL DISEÑO Y DESARROLLO	X						
		7.3.4 REVISIÓN DEL DISEÑO Y DESARROLLO	X						
		7.3.5 VERIFICACIÓN DEL DISEÑO Y DESARROLLO	X						
		7.3.6 VALIDACIÓN DEL DISEÑO Y DESARROLLO	X						
7.3.7 CONTROL DE LOS CAMBIOS DEL DISEÑO Y DLLO.		X							

7. REALIZACIÓN DEL PRODUCTO	7.4 COMPRAS	7.4.1 PROCESO DE COMPRAS		0				La DBU participa como evaluador de las especificaciones técnicas exigidas en las licitaciones en el Proceso de compras. No se realiza evaluación de los proveedores de la DBU.
		7.4.2 INFORMACIÓN DE LAS COMPRAS			1			La DBU facilita un documento donde se especifican las características de los productos a comprar, con el fin de facilitar el proceso de compra
		7.4.3 VERIFICACIÓN DEL PRODUCTO COMPRADO		0				La DBU realiza la verificación visual de las características con las cuales se realizó la compra, con el fin de garantizar que el proveedor cumple con lo establecido. No se diligencia registro alguno que valide el cumplimiento de las especificaciones de los productos.
	7.5 PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO	7.5.1 CRTL. PROD. Y/O PRESTACIÓN DEL SERV.			1			Existe un portafolio de servicios ofrecidos por la División de Bienestar Universitario, en el cual se describe las características de cada uno de ellos. Existe disponibilidad y uso de equipos de medición como lo son balanzas, termómetros, metros, entre otros, los cuales garantizan el control de la buena calidad de los productos.
		7.5.2 VALIDACIÓN DE PROCESOS DE PROD. Y/O SERV.				2		La División cuenta con personal capacitado y equipos apropiados para la prestación de un buen servicio.
		7.5.3 IDENTIFICACIÓN Y TRAZABILIDAD		0				No existen instrumentos para identificar el estado de los productos y servicios con respecto a los requisitos de seguimiento y medición.
		7.5.4 PROPIEDAD DEL CLIENTE					2	Existen las historias clínicas de todos los estudiantes de la Universidad, las cuales son guardadas por 20 años. (Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud)

		7.5.5 PRESERVACIÓN DEL PRODUCTO O SERVICIO			1			Existen espacios específicos de almacenaje para historias clínicas y medicamentos. Existen un cuarto frío, donde se almacenan los productos que requieran refrigeración; un congelador y una bodega para los alimentos en seco e insumos de limpieza que se utilizan en los servicios de Comedores y Cafetería.
	7.6 CONTROL DE LOS DISPOSITIVOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN				0			La División de Recursos Tecnológicos es la encargada de garantizar el mantenimiento preventivo, correctivo y calibración de los equipos que se utilizan en la DBU. No existe hoja de vida y un programa de mantenimiento de los equipos utilizados.
8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA	8.1 GENERALIDADES							No aplica al Proceso BE.
	8.2 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN	8.2.1 SATISFACCIÓN DEL CLIENTE				2		Existen instrumentos para medir el grado de satisfacción de los beneficiarios del servicio de comedores, pero los datos no son tenidos en cuenta para la formulación de nuevas estrategias ni el mejoramiento del servicio. Se deben modificar los instrumentos de recolección de información acerca del grado de satisfacción del beneficiario, para poder obtener mejores resultados y plantear propuestas de mejoras a los servicios. En los Servicios de Salud y de Comedores no existe un buzón de sugerencias, pero en el Servicio de Cafetería existe un libro donde el cliente puede opinar acerca del servicio prestado.

	8.2.2 AUDITORÍA INTERNA			1				No existe un procedimiento donde estén definidas las responsabilidades y requisitos para la planificación y realización de las auditorías internas. La División de Control Interno y Evaluación de Gestión es la encargada de programar y desarrollar las auditorías internas del SGC. El Ministerio de Salud realiza periódicamente visitas de verificación del cumplimiento de los requisitos reglamentarios que debe cumplir el servicio de comedores.
	8.2.3 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE LOS PROCESOS			1				Están diseñados sistemas de indicadores de gestión, tanto para la SCC, como para la SSISDP, pero no se ha desarrollado la implementación de dichos indicadores, por lo cual se carece de registro numérico de estos.
	8.2.4 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DEL PRODUCTO			1				No se realiza seguimiento de las características de los servicios y productos que presta la División. No se realizan pruebas de laboratorio a los alimentos ofrecidos en el servicio de comedores y cafetería.
	8.3 CONTROL DEL PRODUCTO NO CONFORME			0				Se tienen identificadas algunas causas que hacen que los servicios prestados no sean de la calidad esperada por el cliente, pero no se llevan registros, ni se toman acciones para eliminar estas no conformidades.

	8.4 ANÁLISIS DE DATOS					2			<p>Semestralmente se presentan informes de gestión, en donde se recopilan datos de la prestación del servicio. Existen informes en donde los resultados son tabulados y analizados empíricamente.</p> <p>No se realiza análisis de los resultados de las encuestas de satisfacción, del servicio de comedores, por parte de la Dirección de Bienestar Universitario.</p>
	8.5 MEJORA	8.5.1 MEJORA CONTÍNUA		0					<p>La DBU cuenta para el 2007 con un programa de gestión denominado "Estrategia integral para la prevención y el control de los factores de riesgo biopsicosociales en la población estudiantil de la Universidad Industrial de Santander".</p>
		8.5.2 ACCIÓN CORRECTIVA		0					<p>No existe un documento que describa una metodología para eliminar la causa de no conformidades mediante acciones correctivas.</p>
		8.5.3 ACCIÓN PREVENTIVA		0					<p>No existe un documento que describa una metodología para eliminar las causas de no conformidades potenciales mediante acciones preventivas.</p>
TOTAL			NA	0	19	12	0	0	31

Fuente: Autoras

4.6.1 Resultados del Diagnóstico

Considerando la información presentada en la matriz de interrelación de requisitos (ver Tabla 3), se observa que el Proceso cumple con la Norma ISO 9001:2000 en un 18,9%, reflejando un puntaje total obtenido en el diagnóstico inicial, valor resultante de la comparación entre la valoración dada a cada numeral, con base en el nivel de desempeño descrito en la Tabla 2 y el valor máximo que podrían tener los numerales de la Norma que aplican al Proceso BE.

Tabla 4. Resultados del diagnóstico

NUMERAL	DESCRIPCIÓN	NIVEL DE DESEMPEÑO OTORGADO	VALORACIÓN MÁXIMA	PORCENTAJE
4	Sistema de Gestión de la Calidad	2	20	10,0%
5	Responsabilidad de la dirección	5	32	15,6%
6	Gestión de recursos	5	20	25,0%
7	Realización del producto	12	56	21,4%
8	Medición, análisis y mejora	7	36	19,4%
PUNTAJE TOTAL		31	164	18,90%

Fuente: Autoras

El resultado del diagnóstico demuestra el avance en la implementación y mejora que ha tenido el Proceso con relación a los requisitos de la Norma y sustenta numéricamente los alcances que la implementación del SGC trae consigo.

Además el 18,9% como promedio total (ver Tabla 4), indica que se debe fortalecer en gran medida todos los numerales aplicables, especialmente en los que refieren al SGC del numeral cuatro, el cual fue el porcentaje más bajo, y de esta forma garantizar una adecuada implementación y mantenimiento del SGC.

5 PLANIFICACIÓN

La Universidad Industrial de Santander como una institución de educación superior pública ha iniciado el proceso de implementación del SGC en sus procesos de apoyo a las actividades de docencia, investigación y extensión, basado en la norma NTC ISO 9001:2000, con el propósito de mejorar sus procesos administrativos y lograr una certificación en la norma NTC GP 1000:2004²⁴, de acuerdo a las directrices y orientaciones definidas por el Consejo Nacional de Acreditación (CNA).

Con base en los resultados del diagnóstico se establecieron diferentes etapas, en las cuales se especifica la metodología a desarrollar en la implementación del SGC. En la etapa de planificación del SGC en la Universidad, se establece la consolidación de los grupos de trabajo en cada una de las Divisiones involucradas, los procesos de apoyo de la Universidad, la misión, visión, política y objetivos de calidad.

Para el diseño del Sistema de Gestión de Calidad en los procesos de apoyo de la Universidad Industrial de Santander, la alta Dirección contrató los servicios de la empresa Strategika, la cual tuvo como objeto direccionar el proceso de implementación del Sistema.

Por otra parte en la División de Bienestar Universitario llevó a cabo el establecimiento de los subprocesos, alcance, caracterizaciones e indicadores del

²⁴ Política 07: Eficacia y eficiencia de las acciones universitarias. Programa de Gestión Institucional 2007. Planeación Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Noviembre 2006. Pág 13.

Proceso BE; a su vez se definió el plan de actividades a seguir en el proceso de documentación e implementación; los recursos necesarios y las responsabilidades de los colaboradores de la División, teniendo en cuenta los resultados presentados previamente sobre el diagnóstico.

5.1 COMITÉ DE CALIDAD INSTITUCIONAL

El Comité de Calidad Institucional se formalizó en el Acuerdo 015 del Consejo Superior, el 12 de marzo de 2007, por el cual se define:

CREACIÓN DEL COMITÉ DE CALIDAD DE LA UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER. Créase el Comité de Calidad para el Sistema de Gestión de la 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 y 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.²⁵

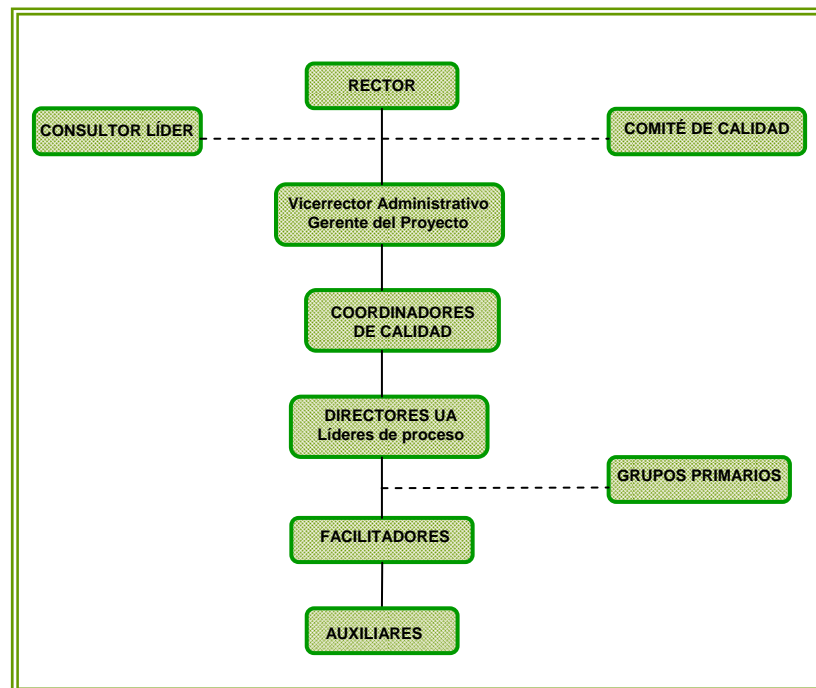
El proceso de implementación inició con el siguiente equipo de trabajo (ver Figura 8):

- Rector, quien lo preside.
- Vicerrector académico, quien lo presidirá en ausencia del Rector.
- Vicerrector administrativo, quien actuará como secretario técnico.
- Vicerrector de Investigación y Extensión.
- Una representación de las unidades de la Vicerrectoría Administrativa.
- Una representación de la Vicerrectoría Académica.

²⁵ UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER. Acuerdo N° 015 de 2007 emanado del Consejo Superior.

- Una representación de las unidades de la Vicerrectoría de Investigación y Extensión.
- Una representación de las unidades Asesoras de Rectoría.

Figura 8. Equipo de Calidad UIS



Fuente: Coordinación SGC UIS

El Comité de Calidad Institucional ejerce las siguientes 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.
- Las demás funciones que sean requeridas.

5.2 CONSOLIDACIÓN GRUPO PRIMARIO

Dentro de las instancias de la Dirección se determinó la conformación de Grupos Primarios en cada uno de los procesos de apoyo de la Universidad, para lo cual el Jefe de la División de Bienestar Universitario convocó libremente las personas que lo conformarían, con el fin de garantizar el correcto desarrollo de la implementación del Sistema de Gestión de Calidad en el Proceso.

A continuación se presenta los colaboradores que conforman el Grupo Primario:

- Jefe División de Bienestar Universitario
Dr. Isnardo Ardila Rueda
- Jefe Sección Servicios Integrales de Salud y Desarrollo Psicosocial
Dra. Élide Jácome Bohórquez
- Coordinadora Programas Preventivos
Dra. María Claudia Caballero Badillo
- Jefe Sección Cafetería y Comedores
Dra. Consuelo Serrano Vega
- Profesional de la División:
María Fernanda Reyes Sarmiento
- Coordinadoras del SGC en el Proceso Bienestar Estudiantil:
Vianny Julieth Palencia Pérez
María Angélica Mantilla López

Cabe resaltar las principales responsabilidades del Grupo Primario dentro de la implementación del SGC:

- Hacer seguimiento al desempeño del proceso y establecimiento de mejora.
- Hacer seguimiento a la implementación de la documentación del proceso.
- Impulsar actividades de capacitación, sensibilización para la adecuada implementación del S.G.C.
- Implementar las acciones necesarias para construir la cultura de acciones correctivas y preventivas.

El día 22 de Febrero se oficializó la conformación del Grupo Primario, mediante la primera reunión por parte de las personas en mención.

En las reuniones del Grupo Primario se presentan los avances realizados en el proceso de implementación del Sistema de Gestión de Calidad por parte de las Coordinadoras del Proceso BE. Además se realizan las modificaciones pertinentes teniendo en cuenta las sugerencias plasmadas por el grupo; a su vez se definen tareas estableciendo su tiempo de entrega, responsabilidades y agenda de trabajo a desarrollar, las cuales funcionan como mecanismos de apoyo a la implementación del SGC.

5.3 ALCANCE Y EXCLUSIONES

5.3.1 Alcance

El alcance del Sistema de Gestión de Calidad de la Universidad Industrial de Santander se definió como:

Procesos de apoyo a las funciones sustantivas de la Universidad: Gestión de Investigación y Extensión, Admisiones y Registro Académico, Bienestar Estudiantil, Biblioteca, Contratación, Financiero, Talento Humano, Recursos Físicos, Servicios Informáticos y de Telecomunicaciones, Gestión Documental, Recursos Tecnológicos, Comunicación Institucional, Jurídico, Gestión Cultural y Relaciones Interinstitucionales de Intercambio Académico.

5.3.2 Exclusiones

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

5.3.3 Alcance Proceso BE

El establecimiento del alcance del Proceso Bienestar Estudiantil se definió de forma conjunta con el Grupo Primario, reunión en la cual se presentó una propuesta por parte de las Coordinadoras del SGC, la cual se puso a consideración de los asistentes, quedando finalmente de la siguiente manera:

“Prestación de servicios para la Atención en Salud en el primer nivel de complejidad; Programas Educativo-Preventivos en Salud y Atención Socio-Económica a estudiantes de pregrado y postgrado tiempo completo (Maestría y Doctorado) de la Universidad Industrial de Santander”.

5.4 POLÍTICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD

5.4.1 Política de Calidad

La construcción de la Política de Calidad de la Universidad Industrial de Santander la realizó el Comité de Calidad Institucional con base a las directrices estratégicas de la institución, con el fin de asegurar su adecuación a dichos propósitos organizacionales.

Su elaboración se constituyó en una actividad en la que se consideran las necesidades globales de la institución extractadas de la misión y la visión

institucional, y las necesidades de los beneficiarios. Esta además debe estar alineada al Proyecto Educativo Institucional – PEI; a continuación se presentan las políticas del PEI que tienen una relación directa con los procesos de apoyo:

- **Eficacia y eficiencia de las acciones universitarias:** Se trata de propiciar un compromiso colectivo con el prudente manejo de los recursos, con un sentido de la racionalización en todos los procesos y unos propósitos de eficacia y eficiencia en la realización de las tareas institucionales.

- **La UIS: proyecto cultural:**
 - Dado que la existencia de la Universidad es en si misma la vigencia de un proyecto cultural de la nación colombiana, la política cultural parte de la comprensión de esta como la realización efectiva de los supremos valores de la humanidad por medio del cuidado de los bienes mas elevados del hombre.

 - Esta política obliga a desarrollar los propósitos culturales formulados en la misión: formar personas de alta calidad ética, política y profesional, es decir, desarrollar la cultura del ejercicio responsable de la ciudadanía, la cultura ética de la modernidad de Occidente, y las culturas del decir y del hacer correspondiente a los ejercicios profesionales.

- **Internacionalización:** Se trata de asumir la educación superior en el contexto moderno de la globalización y con espíritu critico crear las condiciones necesarias para posicionar a la Universidad Industrial de Santander en una activa interrelación con las comunidades académicas internacionales.

- **Política financiera:** La viabilidad institucional en el largo plazo depende de las circunstancias de la globalización y de adecuadas políticas estatales de

financiación de la Universidad. Los ingresos económicos de la UIS dependen de dichas políticas, de la generación de recursos propios, de la captación de donaciones y de la puesta en marcha de alternativas innovadoras de asociación con el sector productivo para crear empresas rentables aportando el conocimiento y su infraestructura. Parte de esta política debe ser el intervenir decididamente ante el Estado, para incrementar la financiación de la universidad estatal como reconocimiento a su buen desempeño en las funciones de formación, investigación y extensión.

- **Política organizacional:** Se trata de disponer de los recursos y de conducir el desarrollo universitario hacia el cumplimiento de las metas y objetivos institucionales en el marco de la ley y en correspondencia con los desarrollos de la ciencia y de la tecnología, profundizando la cultura de la organización inteligente, con una gestión descentralizada, flexible, autónoma y responsable.

Conjuntamente, se identificaron los principales atributos de calidad de cada uno de los Procesos (Tabla 5), permitiendo así determinar los puntos clave y coincidencias entre los procesos para incluirlas en la Política de Calidad Institucional.

Tabla 5. Matriz de atributos de calidad de los Procesos de apoyo

PROCESO	BENEFICIARIOS	ATRIBUTO
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	Comunidad Universitaria UAA	Oportunidad en el servicio y Asertividad en la comunicación. Asesoría administrativa confiable y asertiva para el desarrollo de los procesos de apoyo.
SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL	Comunidad Universitaria UAA Entes externos y de control	Oportunidad en el servicio y Asertividad en la comunicación. Confiabilidad. Objetividad.
ADMISIONES Y REGISTRO ACADÉMICO	Sociedad Comunidad Universitaria UAA Entes externos	Oportunidad en el servicio y Asertividad en la comunicación. Información académica oportuna, confiable y segura.
COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL	Sociedad Comunidad Universitaria	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. Contrataciones oportunas de acuerdo con especificaciones y a precios de mercado. Transparencia
FINANCIERO	Sociedad Comunidad Universitaria UAA Organismos 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	Sociedad Comunidad Universitaria UAA	Oportunidad en el servicio y Asertividad en la comunicación. Asesoría confiable y asertiva para el desarrollo de proyectos de investigación
GESTIÓN DOCUMENTAL	Comunidad Universitaria UAA	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	Comunidad Universitaria UAA Sociedad	Oportunidad en el servicio y Asertividad en la comunicación. Asesoría confiable, oportuna y asertiva Efectividad y oportunidad en el desarrollo del servicio
RECURSOS TECNOLÓGICOS	Comunidad Universitaria UAA Sociedad	Oportunidad en el servicio y Asertividad en la comunicación. Asesoría confiable, oportuna y asertiva. Efectividad y oportunidad en el desarrollo del servicio.
RELACIONES INTERINSTITUCIONALES DE INTERCAMBIO ACADÉMICO	Sociedad Comunidad Universitaria	Oportunidad en el servicio y Asertividad en la comunicación. Acceso a Información actualizada Acompañamiento oportuno y eficaz.
SISTEMAS DE INFORMACIÓN	Comunidad Universitaria UAA Sociedad	Oportunidad en el servicio y Asertividad en la comunicación. Soporte idóneo. Información confiable, oportuna y segura. Cumplimiento de requisitos.

TALENTO HUMANO	UAA Comunidad Universitaria	Oportunidad en el servicio y Asertividad en la comunicación. Personal competente y comprometido.
BIENESTAR ESTUDIANTIL	Estudiantes Comunidad Universitaria Sociedad	Oportunidad en el servicio y Asertividad en la comunicación. Mejoramiento de la calidad de vida (Alimentos inocuos, Servicios de Salud de acuerdo a requisitos de calidad- Accesibilidad, Oportunidad, etc).
BIBLIOTECA	Comunidad Universitaria Usuarios UNIRED	Oportunidad en el servicio y Asertividad en la comunicación. Material bibliográfico actualizado y disponible. Ambiente adecuado.
GESTIÓN CULTURAL	Sociedad Comunidad Universitaria	Oportunidad en el servicio y Asertividad en la comunicación. Cobertura, Pluralidad y Diversidad en los eventos realizados.
PUBLICACIONES	Sociedad Comunidad Universitaria	Oportunidad en el servicio y Asertividad en la comunicación. Material bibliográfico actualizado y disponible. Precios asequibles.

Fuente Coordinación de Calidad UIS

La Política de Calidad de la Universidad Industrial de Santander quedó definida el día 8 de Junio de 2007 de la siguiente manera:

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

5.5 OBJETIVOS DE CALIDAD

Los Objetivos de Calidad se determinaron con el fin de dar cumplimiento a la Política de Calidad, cada uno de ellos se asoció a una de las directrices que hace parte de la Política de Calidad, tal como se puede apreciar en la Tabla 6. La

formulación de los Objetivos de Calidad estuvo a cargo del Comité de Calidad Institucional.

Tabla 6. Objetivos de Calidad

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

Fuente: Coordinación SGC UIS

5.6 MAPA DE PROCESOS

El Mapa de procesos se puede definir como la descripción de los procesos y su interacción entre beneficiarios, proveedores y demás grupos de interés.

Cuando ya se tienen identificados los procesos, es necesario definir y diseñar una estructura que facilite y visualice de una forma clara las interrelaciones existentes entre los procesos. Por lo tanto es conveniente representarlo en un mapa de procesos.

Para la construcción del mapa es importante clasificar los diferentes procesos en los siguientes grupos:

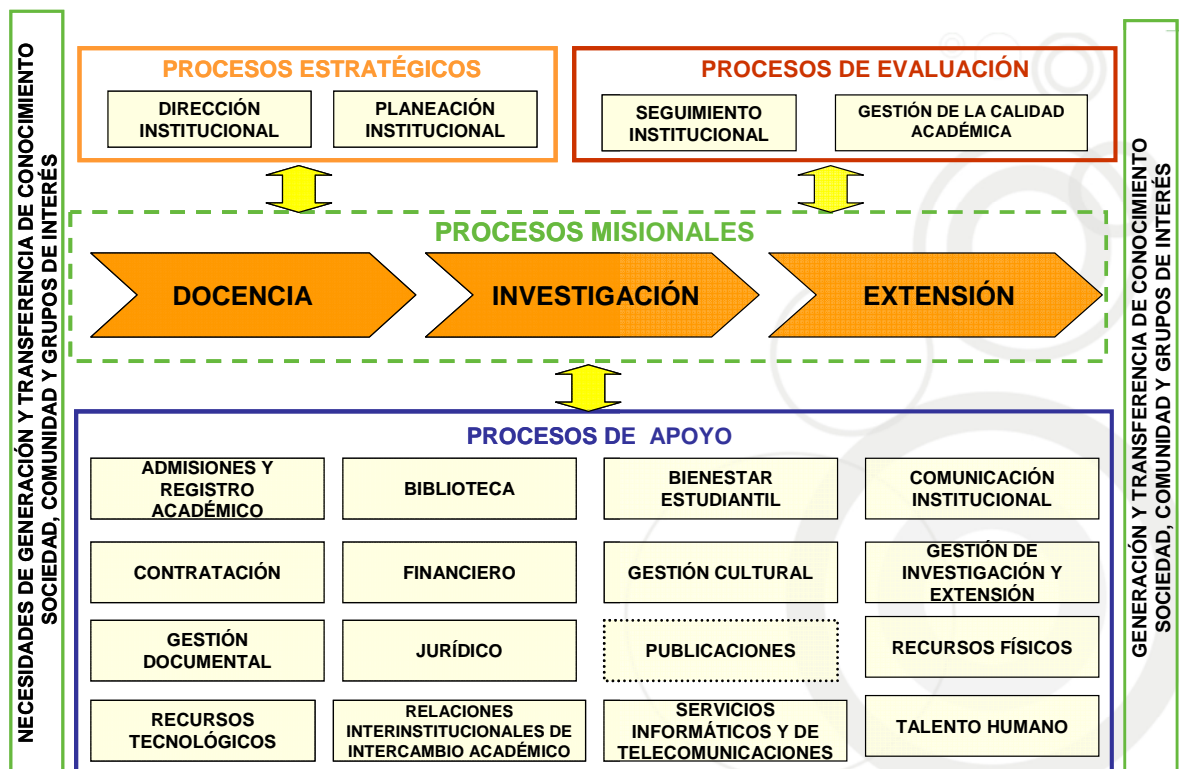
- **Procesos estratégicos:** son aquellos que proporcionan directrices a todos los demás procesos y son realizados por la dirección de la Universidad.
- **Procesos evaluación:** son aquellos que controlan y verifican el cumplimiento de las metas y objetivos de la Universidad.
- **Procesos de realización o cadena de valor:** corresponden a diferentes áreas del servicio y tienen impacto en los beneficiarios creando valor para éstos. Son las actividades esenciales del servicio.
- **Procesos de apoyo:** como su nombre lo indica, dan apoyo a los procesos fundamentales que realiza la Universidad.

Retomando los conceptos anteriores, el levantamiento de información para la elaboración del mapa de procesos consistió en el envío de informes de las dependencias de la UIS, describiendo las actividades macro que allí se llevan a

cabo; Contando con la información requerida el 5 de Febrero, el Asesor Líder y las Coordinadoras de Calidad de la Universidad, presentan una primera versión del mapa de procesos, la cual fue aprobada por el señor Rector y por el Comité de Calidad el 16 de Febrero de 2007. En esta primera versión las actividades responsables de la División Bienestar Universitario, se denominaron Proceso Bienestar Universitario, pero luego de una revisión del alcance de este, se replanteó su denominación a Proceso Bienestar Estudiantil.

Con el avance de la implementación del Sistema de Gestión de Calidad, en la diversas reuniones que sostiene el Comité de Calidad Institucional han surgido diversas modificaciones al mapa de procesos de la Universidad, y la última versión aprobada se observa a continuación (Figura 9):

Figura 9. Mapa de Procesos Universidad Industrial de Santander.



Fuente: Coordinación SGC UIS

Seguidamente se describen cada uno de los procesos definidos en el Mapa de Procesos de la Universidad Industrial de Santander.

- **Procesos Estratégicos:** Conformados por los procesos de Dirección Institucional y Planeación Institucional.
- **Procesos de Evaluación:** del cual hacen parte los procesos Seguimiento Institucional y Gestión de la Calidad Académica.

El aseguramiento de la calidad de los procesos estratégicos y de evaluación se considera implícito en la certificación de los procesos de apoyo, por lo tanto estos no se encuentran incluidos dentro del alcance del Sistema de Gestión de la Calidad de la Universidad.

- **Procesos Misionales:** Docencia, Investigación y Extensión, son los procesos que hacen parte de los procesos operativos o misionales de la Universidad. Estos a través de la Acreditación Institucional, lograron el reconocimiento en cuanto a la Alta Calidad de sus Programas Académicos, su organización, funcionamiento y cumplimiento de su función social.
- **Procesos de Apoyo:** Son objeto de certificación según los lineamientos de la NTC-ISO 9001:2000, a continuación se listan:

- 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.

5.7 SUBPROCESOS Y ACTIVIDADES

Dentro de las primeras acciones desarrolladas por el Grupo Primario fue establecer los subprocesos, las actividades y el Alcance del Proceso BE; más adelante se fue desarrollando el diseño e implementación de los Indicadores de Gestión.

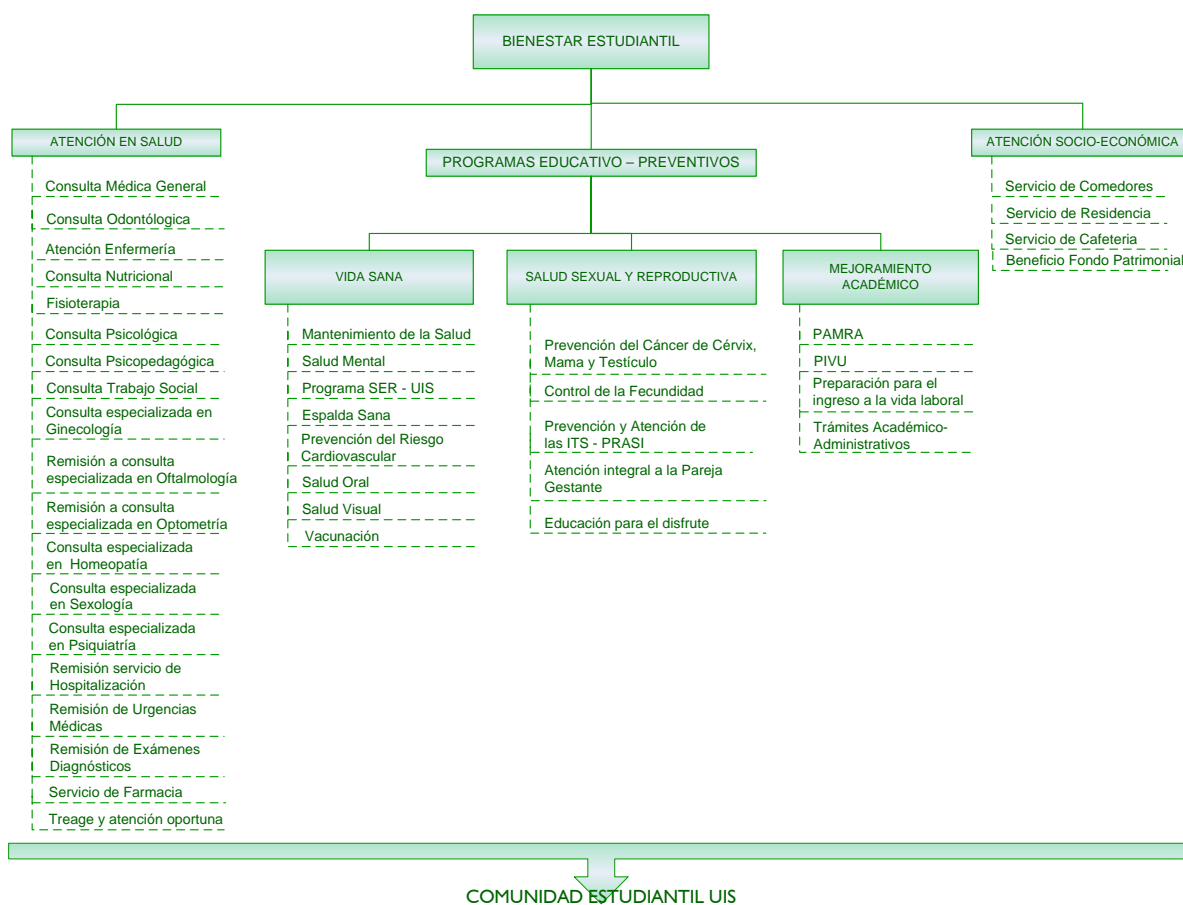
El día 23 de Febrero de 2007, día en que se llevó a cabo reunión del Grupo Primario se estableció la definición de los subprocesos de Bienestar Estudiantil y sus responsables (Tabla 7). Así mismo se presentó un diagrama donde se describen las actividades que hacen parte del Proceso BE. (Figura 10).

Tabla 7. Responsables de Subprocesos

SUBPROCESO	RESPONSABLE
Atención en salud	Dra. Érida Jácome Bohórquez (Jefe Sección Servicios Integrales de Salud y Desarrollo Psicosocial)
Programas Educativo-Preventivos	Dra. María Claudia Caballero Badillo (Coordinadora Programas Preventivos)
Atención Socioeconómica	Dra. Consuelo Serrano (Jefe Sección Cafetería y Comedores)

Fuente: Autoras.

Figura 10. Diagrama de Actividades de Alcance del Proceso BE



Fuente: Autoras

5.8 CARACTERIZACIONES

Las caracterizaciones tienen como objeto describir y facilitar la comprensión de los procesos. En ellas se sintetiza las entradas, actividades, salidas, beneficiarios, recursos, responsables, requisitos, mediciones, registros, documentos involucrados en el Proceso o subproceso.

El formato empleado para la caracterización del Proceso BE y sus subprocesos (Anexo A) contiene la siguiente información:

- **Nombre del Proceso/Subproceso:** Identifica el nombre del Proceso o Subproceso a describir.
- **Tipo de Proceso:** Dirección, Misionales y de Soporte
- **Objetivo del Proceso/Subproceso:** Describe el propósito general del Proceso o Subproceso. Responde las preguntas Qué pretende el proceso y Para qué?
- **Alcance:** Describe a nivel macro en dónde inicia y en dónde termina el proceso, es decir las actividades, la cobertura de las actividades que lo comprenden.
- **Proveedores:** Organización o personas que proporcionan un producto o un servicio. Pueden ser externos u Procesos internos.
- **Entradas:** Información, documentos o elementos necesarios para desarrollar las actividades propias del Proceso o Subproceso.

- **Actividades:** Conjunto de transformaciones que se llevan a cabo sobre las entradas del Proceso y generan salidas.
- **Salidas:** Información, documentos o elementos transformados requeridos en otras actividades propias o de otros Procesos.
- **Clientes:** Organización o persona que recibe un producto o servicio. Pueden ser beneficiarios y entes externos u Procesos.
- **Recursos:** Suministros, insumos y materiales requeridos por el Proceso. Pueden ser recursos físicos y software.
- **Responsables:** *Líder del Proceso:* Es el principal responsable de la gestión del Proceso. *Colaboradores:* Son los responsables de apoyar la gestión y desarrollo de las actividades del líder del Proceso.
- **Requisitos:** *Beneficiarios:* Requisitos y lineamientos de los Beneficiarios aplicables al Proceso. *Legales y Reglamentarios:* Reglamentación y normatividad interna y externa aplicable al producto/servicio. de la Universidad aplicables al Proceso. *NTC ISO 9001:2000:* Numerales de la norma a los que esta relacionado el Proceso.
- **Medición del Proceso (Indicadores):** Expresión cuantitativa del desempeño de un proceso que al ser comparada con estándar señala desviaciones que generan acciones correctivas.
- **Seguimiento y Monitoreo:** Actividades que permiten realizar seguimiento y monitoreo del proceso para asegurar el cumplimiento del objetivo (comités, listas de verificación).

- **Registros del Proceso:** Lista de registros generados por el Proceso.
- **Documentos de Referencia:** Lista de documentos generados en el Proceso.

5.9 INDICADORES DE GESTIÓN

Los indicadores de gestión son un instrumento de medición que contribuye al mejoramiento continuo de los Procesos. Para el caso del Proceso BE se identificaron con base en los objetivos de calidad anteriormente mencionados con el fin de que la alta dirección realizara seguimiento al Sistema.

La construcción y aprobación de los indicadores para el Proceso BE fue un trabajo arduo y de compromiso por parte de los líderes, ya que se pretendía que la cantidad de indicadores a establecer fuera la adecuada y que realmente aportará al mejoramiento del Proceso.

Para la elaboración de los indicadores como primera instancia se planteó que se debían responder los siguientes interrogantes:

¿Qué debemos medir?, ¿Dónde es conveniente medir?, ¿Cuándo hay que medir?, ¿En qué momento o con que frecuencia?, ¿Quién debe medir?, ¿Cómo se debe medir?, ¿Quién y con qué frecuencia se va a revisar y/o auditar la fuente de recolección de datos?.
--

Con la respuesta a los interrogantes anteriores se logró proponer los indicadores y diligenciar la tabla de despliegue de los indicadores perteneciente al Proceso. En la Tabla 8 se presenta la hoja de vida de los indicadores definida para el Proceso BE, la cual permite conocer globalmente sus características.

El diseño de los indicadores no es una labor fácil, ya que en el transcurso de su implementación estos se fueron modificando; para algunos indicadores las metas se establecieron implementando las fórmulas con datos históricos; evitando así plantear metas inalcanzables. En este punto es donde se comienza a percibir las ventajas que tiene un SGC ya que a medida de que se realizan las mediciones respectivas se empiezan a tomar decisiones acertadas basadas en hechos reales que es uno de los pilares de Norma NTC ISO 9001:2000.

Por otro lado, se definió el informe de desempeño de los Procesos (ver Anexo B), herramienta que permite registrar los resultados obtenidos por cada indicador, este formato se diligencia trimestralmente; además facilita el análisis respectivo apoyado de ayudas visuales (gráficos) para la determinación de tendencias, también permite conocer el estado en el que se encuentran las acciones preventivas, correctivas y de mejora, es decir si se han cumplido o cerrado hasta la fecha de la revisión por parte de la dirección. Este informe permite evidenciar las dificultades que se hayan encontrado en el desarrollo del proceso y las necesidades para cumplir las metas planteadas.

Para la fecha de culminación del proyecto se entregó un informe preliminar de desempeño de los indicadores (ver Anexo B), debido a que el semestre académico aún no se ha culminado y no se ha realizado la recolección de toda la información necesaria.

Es importante aclarar que la hoja de vida de indicadores presentada en el informe de desempeño del Proceso (Anexo B) varía con respecto a la Tabla 8, debido a las sugerencias derivadas de la Preauditoría Externa; esta se modificó teniendo en cuenta que los indicadores deben permitir la toma de decisiones propias del Proceso BE y contribuir al mejoramiento continuo de este.

Tabla 8. Hoja de vida de indicadores Proceso BE

NOMBRE DEL INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	META	SERVICIO	MÉTODO DE CÁLCULO	UNIDAD	FRECUENCIA	FUENTE DE DATOS	SENTIDO (Maximizar, minimizar o mantener)	RESPONSABLE DE MEDIR
Cobertura de Servicios	Ofrecer y mantener servicios de atención en salud y programas educativo - preventivos a la Comunidad Universitaria para contribuir al mejoramiento de su calidad de vida.	75%	Atención en salud	(# de solicitudes(citas) adjudicadas / # total de solicitudes realizadas por los beneficiarios) *100	%	Semestral	Sistema de Información (Datos registrados en material físico) Formato Reporte de Citas no Asignadas (FBE.39)	Mantener	Secretaria C.I.A.E
		75%	Programas Educativo-Preventivos				Sistema de Información (Datos registrados en material físico) Formato Reporte de Citas no Asignadas (FBE.39)		Coordinadora de Programas Preventivos - Secretaria Psicorientación
		80%	Atención en salud	(# de consultas atendidas / # de consultas disponibles) *100	%	Semestral	Sistema de información		Jefe S.S.I.S.D.P.
		7%	Atención en salud	(# de estudiantes que solicitan atención (1 Vez) / # de estudiantes que pagan derechos de salud) *100	%	Semestral	Sistema de información		Jefe S.S.I.S.D.P.

Participación de actividades educativo-preventivas por programa	Fomentar en la Comunidad Estudiantil la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el autocuidado y la adopción de estilos de vida saludables que propendan por una mejor calidad de vida y una nueva cultura de salud.	60000	Programas Educativo-Preventivos	# de personas beneficiarios	# Personas	Anual	Planillas de Registro Labor educativa de cada programa (FBE.16)	Maximizar	Profesional responsable de la actividad y de cada programa
Atención de factores de riesgos Psicosociales detectados	Atender a los estudiantes que presenten factores de riesgo para favorecer sus condiciones de salud y contribuir a su formación y desarrollo integral	75%	Atención en salud	(# de estudiantes con factores de riesgos atendidos / # total de estudiantes con factores de riesgo detectado) *100	%	Semestral	Sistema de Información (soporte Informático)	Maximizar	Profesionales en cada área
Cumplimiento de minutas	Controlar el cumplimiento de la minuta programa con respecto a la minuta elaborada diariamente.	90%	Comedores	(menú realizado correctamente* / menú programado) * 100	%	Semestral	Cumplimiento de minutas de comedores y cafetería (FBE.03)	Maximizar	Profesional de Nutrición
			Cafetería						
Nivel de Satisfacción del usuario	Evaluar el nivel de satisfacción de los usuarios	80%	Comedores	(Promedio de la calificación real obtenida en encuestas /calificación máxima posible) *100 (Por población)	%	Semestral	Encuestas de satisfacción	Maximizar	Profesional en Nutrición de S.C.C.
			Cafetería						
			Programas Educativo-Preventivos						Profesional responsable de cada programa
			Atención en salud						Profesional en cada área de salud

* Se entiende por correctamente el menú que se realizó igual al menú programado. Fuente: Autoras

6 SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN

Una vez llevado a cabo el diagnóstico de la situación inicial del Proceso, se pudo concluir que además del diseño del Sistema de Gestión de Calidad, existía la necesidad de desarrollar jornadas de capacitación y sensibilización dirigidas a todos los colaboradores enfatizando en los conceptos de calidad y la importancia de la implementación del SGC.

6.1 SENSIBILIZACIÓN

La participación de los colaboradores es indispensable en la implementación del SGC del Proceso BE, debido a que ellos son los encargados de ejecutar cada una de las actividades necesarias para prestar un mejor servicio o producto y de esta forma contribuir a la satisfacción de los usuarios de los servicios ofrecidos.

Es por esto que la Coordinación del SGC de la Universidad determinó la necesidad de desarrollar una jornada de sensibilización del SGC e inducción acerca de los puntos de la Norma, con el fin de dar a conocer a los colaboradores la importancia de prestar servicios y productos de alta calidad. La jornada de sensibilización se llevó a cabo los días 9 de Mayo para los colaboradores de la SSISDP y el día 11 de Mayo para los colaboradores de la SCC, en esta se trataron tópicos que fomentaron en el personal la adopción de una cultura de calidad. Los temas de capacitación se pueden apreciar en la Tabla 9:

Tabla 9. Temas Jornadas de Capacitación

No.	TEMA
1	Sensibilización del SGC
2	Fundamentos de la Norma
3	Control de Documentos
4	Indicadores de Gestión
5	Enfoque de Auditoría
6	Producto No Conforme y Acciones Correctivas
7	Acciones Preventivas y Análisis de Riesgo

Fuente: Autoras

Esta jornada de sensibilización se realizó con el fin de comunicar las intenciones de la Universidad con respecto al sistema que se quería implementar, los beneficios que podría tener en el futuro todos los miembros de la institución y además instruirlos en los conceptos relacionados con la calidad.

6.2 PLANIFICACIÓN DE LAS CAPACITACIONES

El programa de jornadas de capacitación lo determinó la Coordinación del SGC de la UIS, que se encargó de planear y diseñar el manejo del contenido para cada tema.

Con el fin de garantizar que todos los colaboradores del Proceso conocieran la información con respecto a los temas de calidad mencionados anteriormente, se definió con el líder la necesidad de realizar tres horarios diferentes de jornadas de Capacitación, ya que el número de personas es alto (76 personas) y los horarios de trabajo son diversos en los servicios de salud, comedores y cafetería.

A continuación se da despliegue en la Tabla 10, el plan de jornadas de capacitación en donde se describe el tema, objetivo propuesto y a quien va dirigida.

Tabla 10. Plan de Jornadas de Capacitación

No.	TEMA	OBJETIVO	DIRIGIDA A
1	Sensibilización del SGC	Dar a conocer a los colaboradores del Proceso BE los conceptos fundamentales de un SGC, los beneficios y la importancia que se logrará implementado el Sistema en la Universidad.	Líder del Proceso y líderes de los subprocesos, personal de la SSISDP y SCC
2	Fundamentos de la Norma	Instruir a los colaboradores del Proceso BE acerca de los fundamentos de la NTC ISO 9001:2000, aclarando conceptos referentes a los requisitos de norma, proceso, tipos de procesos y como se gestionan estos.	
3	Control de Documentos	Afianzar en los colaboradores del Proceso BE las definiciones de proceso, gestión de procesos y documentación; socializar la metodología de documentación, control de documentos y control de registros a implementar en la Universidad.	
4	Indicadores de Gestión	Presentar la metodología para el establecimiento de los indicadores de gestión en cada uno de los procesos de la Universidad.	
5	Enfoque de Auditoría	Presentar el objeto, metodología y procedimiento de auditorías internas de calidad, con el fin de explicar como es el desarrollo de las mismas y prepararlos para la visita de los auditores.	
6	Producto No Conforme y Acciones Correctivas	Exponer la metodología para el tratamiento de los productos y/ o servicios no conformes y las acciones correctivas.	
7	Acciones Preventivas y Análisis de Riesgo	Presentar la metodología para la administración del riesgo.	

Fuente: Autoras

6.3 DESARROLLO DE LAS CAPACITACIONES

Luego de desarrollarse la sensibilización del SGC y las dos primeras capacitaciones, se observó que el porcentaje de participación por parte del personal del Proceso fue disminuyendo de 84% a 71% y 53% de asistencia, ésta situación generó la necesidad de planear una nueva estrategia, que garantizara un

mayor número de participación a dichas jornadas por parte del talento humano, ya que la norma exige la total vinculación de estos en el desarrollo de la implementación del SGC; y por medio de las jornadas de capacitación se crea un vínculo de comunicación directo, con el cual se pueden conocer sugerencias o nuevas ideas para mejorar la prestación de los servicios.

Debido a lo anterior se desarrollaron dos jornadas adicionales de capacitación en donde la ingeniera Diana María Idárraga (Coordinadora del SGC UIS) expuso los puntos claves de cada uno los temas tratados en las tres capacitaciones iniciales, pues es necesario que todos reciban y conozcan la información acerca de la Norma NTC ISO 9001:2000.

Por otro lado las siguientes capacitaciones (Figura 11), se llevaron a cabo de una forma más dinámica, es decir, al finalizar cada una se realizaron concursos, en donde se premió la puntualidad, la atención y participación por parte del personal del Proceso, y como parte de retroalimentación se realizaban talleres (Anexo C). También como estrategia de refuerzo de los temas tratados en las jornadas, se entregaron folletos (Anexo D) con la información más importante de las capacitaciones, con el fin de garantizar la recordación de la información.

Figura 11. Participación de Capacitaciones





Fuente: Autoras

Adicionalmente para las últimas capacitaciones de acciones de mejora, acciones correctivas, acciones preventivas y análisis de riesgos, la asistencia por parte del personal fue baja debido a la alta demanda de los servicios de salud y servicios de alimentación especial durante el mes de noviembre. Es por eso que se decidió enviar las diapositivas a cada una de las personas que requerían la capacitación al correo electrónico, con la dinámica de lectura individual para al cabo de una semana, aclarar dudas respecto al tema y evaluar la recepción de la información, esto significó un esfuerzo adicional en la divulgación de la información, obteniéndose de esta forma una alta percepción de los conocimientos expuestos.

Las jornadas de capacitación del SGC del Proceso BE, fueron desarrolladas con las ingenieras de la Coordinación del SGC de la UIS (Ing. Diana María Idárraga, Ing. Paola Camargo, Ing. Sandra Pinzón) y las Coordinadoras del Proceso BE (María Angélica Mantilla y Vianny Julieth Palencia).

En la Tabla 11 se presenta el cronograma de jornadas ejecutadas, allí se describen los temas, las fechas en que se desarrollaron, total de participantes y el porcentaje de participación de estas. Hay que tener en cuenta que la cantidad total de

colaboradores del Proceso es 76 personas; y por otro lado los estudiantes auxiliares y practicantes de las áreas de salud, no se tuvieron en cuenta para calcular este porcentaje de participación debido a la alta rotación que ellos tuvieron durante el año de implementación del SGC. En el Anexo E se puede apreciar la matriz de asistencia a las capacitaciones.

Tabla 11. Cronograma Jornadas de Capacitación ejecutadas

TIPO DE CAPACITACIÓN	FECHA 1	FECHA 2	FECHA 3	FECHA 4	TOTAL ASISTENTES	% DE PARTICIPACIÓN
Sensibilidad del SGC	Miércoles 9 Mayo 10 am - 12 m	Viernes 11 Mayo 7 am - 11 am	Miércoles 4 Julio 7 a.m – 10 a.m		71	93 %
Fundamentos de la Norma	Viernes 11 Mayo 7 am - 12 am	Viernes 11 Mayo 2 pm - 5 pm	Miércoles 4 Julio 7 a.m – 10 a.m		69	91%
Control de Documentos	Jueves 24 Mayo 8 am - 12 am	Viernes 25 Mayo 7 am - 11 am	Jueves 5 Julio 8 a.m. – 10 a.m.		59	78%
Indicadores de Gestión	Martes 10 Julio 6:30 – 8:30 am	Miércoles 11 Julio 8 am - 10 am			63	83%
Enfoque de Auditoría	Jueves 30 Agosto. 10:30 – 11:30 a.m 2 p.m. – 3 p.m. 4:30 – 5:30 p.m.	Lunes 3 Sept. 7:30 a.m – 9 a.m	Martes 4 Sept. 2 p.m. – 3:30 p.m.		70	92%
Producto No Conforme y Acciones correctivas	Jueves 4 de Oct. 2 p.m. – 3 p.m.	Viernes 5 Octubre 7:30 a.m. -9:30 a.m.	Jueves 11 Oct. 9:30 a.m. – 10:30 a.m.	Miércoles 24 Oct. 3 p.m. – 4 p.m.	69	91%
Acciones Preventivas y Análisis de Riesgo	Viernes 19 Oct. 7 a.m. – 8 a.m.	Martes 30 Oct. 8 a.m. – 9 a.m. 3 p.m. – 4 p.m.	Jueves 8 Nov. 10 a.m. -11 a.m.		69	91%

Fuente: Autoras

6.4 CONTROL DE ASISTENCIA A LAS CAPACITACIONES

Para establecer el control de asistencia a las capacitaciones se utilizó el formato Registro de Asistencia (Figura 12), el cual contiene el Objetivo/Tema de la capacitación, fecha y hora en que se desarrolla la actividad, nombre del Proceso que se está capacitando y capacitador responsable; nombre, cargo, teléfono, e-mail y firma de los asistentes.

Figura 12. Formato Registro de Asistencia

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

Fuente: Coordinación SGC UIS

6.5 EVALUACIÓN DE LAS CAPACITACIONES

La evaluación de las capacitaciones se realizó a través del diligenciamiento del Formato Evaluación Jornadas de Capacitación (ver Anexo F). Esta se aplicó al finalizar las jornadas de capacitación, con el fin de evaluar la percepción recibida por los colaboradores del Proceso en el desarrollo de las actividades de formación relacionadas con la implementación del SGC. El informe de resultados de la evaluación de las jornadas de capacitación se relaciona en el Anexo G.

6.6 RESULTADOS DE LAS CAPACITACIONES

- El Desarrollo de las jornadas de capacitación dentro del Proceso BE, generó un ambiente de participación y comunicación activa entre los colaboradores y las Coordinadoras de Calidad; ya que estos demostraron su compromiso y responsabilidad ante la implementación del Sistema de Gestión de Calidad. Estos espacios además fomentaron la solución de inquietudes y sugerencias que iban resultando durante este proceso.
- Se logró que los colaboradores entendieran y apropiaran la importancia que se tiene al implementar un Sistema de Gestión de la Calidad e interiorizaran una cultura de enfoque hacia el cliente y mejora continua.
- Comunicación de las intenciones del SGC de la Universidad en lo referente a la calidad, por medio de la socialización de la Política y Objetivos de Calidad Institucionales.
- Una alta participación por parte del líder del Proceso BE y los líderes de los subprocesos en la etapa de planificación del Sistema de Gestión de la Calidad, por medio del aporte de la definición de los subprocesos y sus actividades, y la construcción de las caracterizaciones.
- Se logró la participación de los colaboradores en la construcción de la documentación (Procedimientos, Instructivos, Guías y Protocolos) y en el diligenciamiento de los registros diseñados como evidencia de la ejecución del SGC.

7 DOCUMENTACIÓN

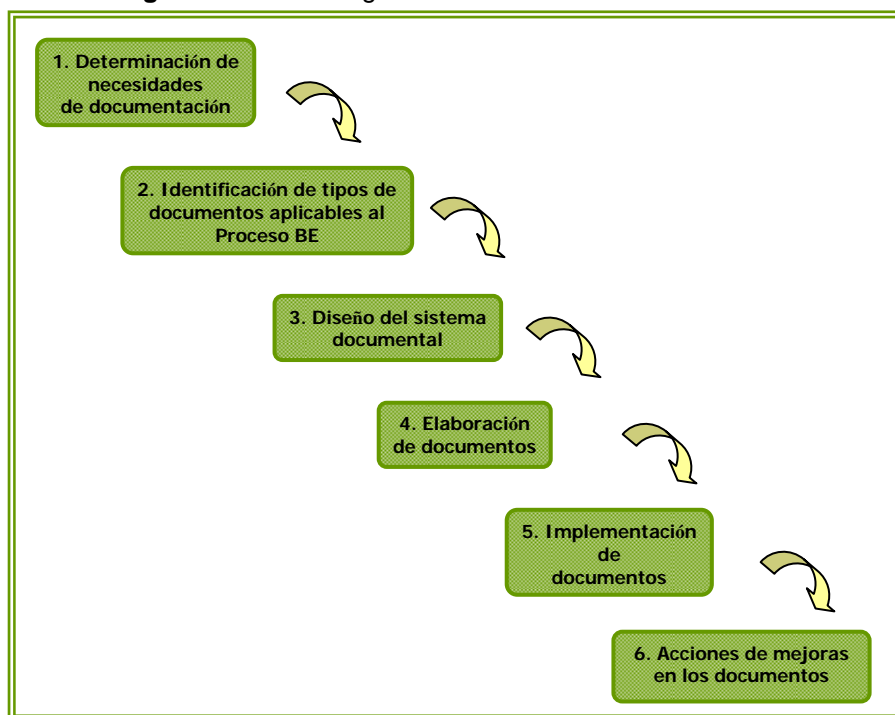
En el siguiente capítulo se describirán las actividades que se desarrollaron en la etapa de documentación, siendo esta la más extensa de todo el proyecto, con una duración de siete meses, debido a la variedad de servicios que se prestan en este Proceso y a la necesidad de cumplir con los requisitos del Decreto 3075 del Ministerio de Salud y el 1011 del Ministerio de Protección Social.

El objeto de esta etapa fue la elaboración de la documentación requerida por la NTC ISO 9001:2000, así como la documentación requerida para cada Proceso, en este caso el Proceso BE para así garantizar la efectividad en el desempeño de sus actividades.

7.1 METODOLOGÍA DE LA DOCUMENTACIÓN

Con la finalidad de estandarizar la forma de establecer la documentación del Proceso BE, se determinó la metodología descrita en la Figura 13, la cual inició con la identificación de las necesidades de documentación existentes en el Proceso, la identificación de los tipos de documentos aplicables, seguido del diseño del sistema documental, elaboración, adecuación e implementación de documentos, y finalmente aplicación de acciones de mejora en los documentos.

Figura 13. Metodología de la documentación del Proceso



Fuente: Autoras

Continuando con la metodología planteada en la etapa de documentación, se describe cada uno de los pasos:

7.1.1 Determinación de las necesidades de documentación

Teniendo en cuenta el informe prediagnóstico, documento donde describe las actividades que se desarrollan en los Programas Educativo-Preventivos, en los servicios de alimentación y alojamiento y los tipos de consultas asistenciales que se ofrecen a los estudiantes, se logró determinar los tipos de documentos a elaborar para el Proceso.

Es importante explicar que la documentación exigida por la NTC ISO 9001:2000 (Política y Objetivos de Calidad, Manual de Calidad y procedimientos obligatorios),

son documentos que se elaboraron a nivel institucional considerando que el alcance de la implementación del SGC se estableció a nivel de la Universidad, por lo tanto se aplican de forma transversal a todos los Procesos.

7.1.2 Identificación de tipos de documentos aplicables al Proceso BE

Una vez identificadas las necesidades, se continuó con la determinación de los tipos de documentos a realizar para el Proceso BE, teniendo en cuenta los servicios ofrecidos a Comunidad Universitaria.

Para lograr la determinación de los tipos de documentos se fundamentó en la elaboración de las caracterizaciones, procedimientos, guías, protocolos médicos, formatos y registros de los subprocesos, dejando evidencia objetiva del método utilizado en cada una de las actividades del Proceso, de acuerdo a los requisitos de la NTC ISO 9001:2000.

7.1.3 Diseño del sistema documental

Para la tercera etapa “Diseño del sistema documental”, se realizó en trabajo conjunto con la Coordinación del SGC de la Universidad, por cuanto es necesario seguir los lineamientos que aplican a todos los Procesos de apoyo involucrados en el Sistema para la Universidad. Es por esto, que se creó una Guía de Elaboración de Documentos, la cual se encuentra dentro de los documentos del Proceso Gestión Documental (ver Anexo H).

7.1.4 Elaboración de documentos

La elaboración de documentos, fue dentro del proceso a seguir el paso más extenso del SGC, ya que duró aproximadamente siete meses, todo esto debido a que el Proceso BE involucra 23 servicios y 17 programas que requieren ser

documentados en cada una de sus actividades (ver Figura 10). Para su desarrollo se contó con la participación y colaboración de las personas responsables y participes en todos los subprocesos.

Inicialmente se plasmaron las apreciaciones rescatadas por la observación de la rutina diaria de trabajo de cada uno de ellos directamente en sus puestos de trabajo, y luego esta información se completó con las entrevistas a los trabajadores.

La participación de las personas responsables permitió conocer originariamente los procedimientos y de esta forma realizar algunas mejoras que facilitaran el correcto desarrollo de algunas actividades con el propósito de plasmarlas inmediatamente en los documentos.

Por otro parte, es de resaltar que para la elaboración de los documentos específicos del Área de Salud, se contó con la valiosa participación de los profesionales de cada disciplina, quienes se encargaron de recopilar la información teórica específica de las atenciones biosicosociales desarrolladas en el Proceso.

Para finalizar el proceso de documentación, se contó con la revisión de cada uno de los responsables de las actividades, líderes de cada subproceso, líder del Proceso y Coordinador de Calidad, para posteriormente ser aprobado por la Secretaría General de la Universidad, ya que esta es la encargada de refrendar con su firma y notificar en los términos legales y reglamentarios las resoluciones y actos que expira el Rector y los Vicerrectores. Este procedimiento fue establecido para todos los Procesos mediante el Procedimiento de Control de Documentos (PGD.01) y Control de Registros (PGD.02) (ver Anexo I Y Anexo J).

7.1.5 Implementación de documentos

Conjuntamente con la etapa de elaboración de documentos se llevó a cabo la implementación y socialización de estos. Para garantizar que cada uno de los responsables de las actividades descritas en estos conociera y se apropiara de los documentos que le aplicaban en su puesto de trabajo; se diseñó la estrategia de “*Carpetas Personalizadas de Calidad*”, la cual consistió en entregar a cada uno de las personas que trabajan en la División de Bienestar Universitario, es decir 81 fólder, con los documentos que son de su interés, ya sea porque participan en su desarrollo o porque hacen parte del SGC de la Universidad.

Para la entrega de estas carpetas (ver figura 14), se realizó una reunión con los colaboradores del Área de la Salud y tres reuniones con grupos diferentes del personal de la SCC. En ella se explicó cada uno de los documentos contenidos, la importancia de su lectura y constante revisión, con el fin de garantizar coherencia entre lo que realmente se hace y lo que se encuentra escrito en ellos, a su vez se les informó de la necesidad de comunicación acerca de modificaciones a realizar en estos documentos.

Figura 14. Entrega de Carpetas de calidad



Fuente: Autoras

Es necesario aclarar, que las copias entregadas a los trabajadores son copias no controladas de cada uno de los documentos en los cuales se encuentren involucrados.

Adicional a la entrega oficial de los fólderes, se realizaron aproximadamente dos reuniones individuales, con cada una de las personas implicadas para corroborar lo descrito en los documentos con el desarrollo real de las actividades, teniendo esto como propósito de comprometer y hacer partícipes directos del proceso de documentación del SGC.

Finalmente, con el propósito de garantizar el correcto diligenciamiento de los formularios o documentos de registro de las actividades, se explicó a cada uno de los responsables acerca de su manejo, es decir, la forma de diligenciarlos, archivarlos y mantenerlos, por cuanto estos hacen parte de la evidencia de cada una de las actividades desarrolladas y servicios prestados por el Proceso BE a la Comunidad Estudiantil.

7.1.6 Acciones de mejoras en los documentos

El Grupo Primario decidió establecer la revisión interna de los documentos creados para el SGC semestralmente, de forma que los profesionales de la División junto con los informes de gestión semestrales, se rinda un corto informe acerca del contenido de los documentos, con el fin de crear la cultura de revisión y mejoramiento continuo, el cual es el compromiso que se adquiere al implementar este Sistema.

7.2 ALCANCE DE LA ETAPA DE DOCUMENTACIÓN

Para el desarrollo propio del Proceso BE se deben dar cumplimiento a los Decretos 1011 y 3075, siendo el primero aplicable a los servicios médicos en el primer nivel de complejidad ofertados en el Proceso y el segundo al servicio alimentación. Es por esto que para su funcionamiento cada una de las exigencias deben ser consideradas por parte de la Universidad, de modo que no solo se de respuesta a las normas sino que se garantice la prestación de los servicios con las condiciones de inocuidad e higiene necesarias en los mismos en pro de la salud integral y calidad de vida de los estudiantes.

En lo que respecta a los servicios de salud prestados por el Proceso BE, se debe dar cumplimiento al Decreto 1011 del Ministerio de Protección Social, con el fin de establecer un Sistema Obligatorio de Garantía De Calidad de la Atención de Salud del Sistema General De Seguridad Social en Salud (SOGCS), con el que se permita generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud.

El SOGCS tiene cuatro componentes que asegurarán la prestación de un servicio con altos estándares de calidad. El primero de ellos es el Sistema Único de Habilitación, el cual es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios. El segundo componente es la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la atención de la salud, el cual es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios; el tercero es el sistema de información

para la calidad. El cuarto componente es el Sistema único de Acreditación, el cual es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

Teniendo en cuenta los componentes del SOGCS mencionados anteriormente, el Proceso BE ha iniciado en conjunto con la implementación del SGC, la implementación del Sistema de Habilitación para prestar unos servicios con altos estándares de calidad. Para este Sistema se tiene como requisito la documentación de cada una de las consultas asistenciales que se prestan en las instalaciones de la División de Bienestar Universitario, dentro de las cuales se encuentran: Medicina, Odontología, Enfermería, Fisioterapia, Psicología, Trabajo Social, Ginecología, Psicopedagogía, Nutrición, Psiquiatría y Homeopatía.

Para el desarrollo de este proyecto, se tuvo en cuenta el número de consultas asistenciales prestadas durante el año 2006, y de esta forma documentar los servicios cuya demanda se concentre en el 80% de la frecuencia acumulada, como se muestra en la Tabla 12.

Tabla 12. Frecuencia Acumulada de consultas asistenciales

SERVICIOS ASISTENCIALES	# CONSULTAS	%	FRECUENCIA ACUMULADA
Cons. Médica	11.643	35,9%	35,9%
Cons. Odontológica	8.212	25,3%	61,2%
Aten. Enfermería	6.418	19,8%	81,0%
Cons. Fisioterapia	2.218	6,8%	87,8%
Cons. Psicológica	1.323	4,1%	91,9%
Cons. Trabajo Social	1.004	3,1%	95,0%

Remis. Optometría	581	1,8%	96,8%
Remis. Ginecología	246	0,8%	97,6%
Cons. Psicopedagogía	227	0,7%	98,3%
Cons. Nutricional	173	0,5%	98,8%
Remis. Psiquiatría	171	0,5%	99,3%
Remis. Oftalmología	165	0,5%	99,8%
Remis. Homeopatía	56	0,2%	100,0%
TOTAL DE CONSULTAS	32.437	100%	

Fuente: Autoras

Finalmente se llevó a cabo la primera fase de documentación necesaria para el Sistema de Habilitación, en el cual se elaboraron las guías y protocolos de las diez primeras causas de morbilidad de las áreas de: Medicina general, Odontología y Enfermería.

7.3 DOCUMENTACIÓN DEL PROCESO

La estructura documental y la normalización de los documentos del SGC de la UIS, se encuentran descritas en la Guía de elaboración de documentos (ver Anexo H), la cual aplica a todos los documentos internos que soporten los procesos de apoyo a las actividades misionales de la UIS, a excepción de los reglamentos y estatutos, considerados documentos especiales dentro del SGC, lo que quiere decir que en el momento que se requiera digitar un documento, debe cumplir los requisitos establecidos en la Guía con previa autorización de la Secretaria General de la Universidad.

Con el fin de contextualizar cada uno de los documentos elaborados en el Proceso, se presenta a continuación en la Tabla 13 su descripción:

Tabla 13. Tipos de documentos del SGC de la Universidad

CÓDIGO	TIPO DE DOCUMENTO	DESCRIPCIÓN
C	Caracterización	Documento que permite visualizar las actividades, proveedores, beneficiarios, entradas, salidas, recursos, requisitos, colaboradores, indicadores, seguimiento, normatividad y documentos de cada uno de los subprocesos de Bienestar Estudiantil.
P	Procedimiento	Es un documento que describe de forma específica el qué, quién, cuándo y dónde se lleva a cabo una actividad o un proceso. Los procedimientos presentan un flujograma en el cual se expresa gráficamente las distintas operaciones que componen el documento, a su vez describe con más detalle el desarrollo de ésta actividad y finalmente presenta el responsable de llevarla a cabo.
G	Guía	Documento que establece recomendaciones o sugerencias, materiales e insumos, funciones de las personas que intervienen en la actividad y descripción del desarrollo de esta, de acuerdo con las necesidades que se presente.
I	Instructivo	Documentos que describen en forma detallada y secuencial una actividad específica.
T	Protocolo	Documento que describe en resumen el conjunto de recomendaciones y procedimientos técnico médicos necesarios para la atención de una situación específica de salud. ²⁶ El protocolo también debe fijar la conducta diagnóstica y terapéutica aconsejable ante determinadas eventualidades clínicas.
F	Formato	Plantilla destinada especialmente a la consignación o anotación de datos.

Fuente: Guía de elaboración de documentos GGD.01

La extensión de la etapa de documentación por cada uno de los subprocesos, se puede apreciar en la figura 10 del capítulo 5 del libro, en el cual se describe con claridad los servicios, beneficios y programas presentes en el alcance del SGC del Proceso.

A continuación se presentan las tablas con el tipo de documento, nombre, código, objetivo y los registros:

²⁶ Guías de Práctica Clínica. Una orientación para su desarrollo, implementación y evaluación. Número 2 Junio 2004. <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/A822ED5F-67F9-4021-BD57-354253612352/0/GUIASDEPRACTICACLINICAFP.pdf>

7.3.1 Subproceso Atención en Salud

Objetivo: Prestar servicios de salud en el primer nivel de complejidad para favorecer las condiciones de salud y contribuir a la formación y desarrollo integral de los estudiantes.

- **Documentos**

Tabla 14. Documentos subproceso Atención en Salud

TIPO	NOMBRE	CÓDIGO	OBJETIVO
INSTRUCTIVO	INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	IBE.03	Facilitar el adecuado diligenciamiento de las actividades asistenciales en la Historia Clínica por parte de los profesionales del Servicio de Salud.
GUÍA	GUÍA DE ATENCIÓN MÉDICA DE RESFRIADO COMÚN (RINOFARINGITIS AGUDA)	GBE.15	Establecer los lineamientos necesarios para que los médicos que laboran en el servicio, puedan tomar decisiones adecuadas y manejos basados en las opciones terapéuticas existentes en la actualidad.
GUÍA	GUÍA DE ATENCIÓN DE FARINGOAMIGDALITIS	GBE.16	Establecer los lineamientos necesarios para que los médicos que laboran en el servicio, puedan tomar decisiones adecuadas y manejos basados en las opciones terapéuticas existentes en la actualidad.
GUÍA	GUÍA DE ATENCIÓN MÉDICA DE RINITIS	GBE.17	Establecer los lineamientos necesarios para que los médicos que laboran en el servicio, puedan tomar decisiones adecuadas y manejos basados en las opciones terapéuticas existentes en la actualidad.
GUÍA	GUÍA DE ATENCIÓN MÉDICA DE OTITIS EXTERNA AGUDA	GBE.18	Establecer los lineamientos necesarios para que los médicos que laboran en el servicio, puedan tomar decisiones adecuadas y manejos basados en las opciones terapéuticas existentes en la actualidad.
GUÍA	GUÍA DE ATENCIÓN MÉDICA DE OTITIS MEDIA AGUDA	GBE.19	Establecer los lineamientos necesarios para que los médicos que laboran en el servicio, puedan tomar decisiones adecuadas y manejos basados en las opciones terapéuticas existentes en la actualidad.
GUÍA	GUÍA DE ATENCIÓN MÉDICA DE INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS	GBE.20	Establecer los lineamientos necesarios para que los médicos que laboran en el servicio, puedan tomar decisiones adecuadas y manejos basados en las opciones terapéuticas existentes en la actualidad.
GUÍA	GUÍA DE ATENCIÓN MÉDICA DE CEFALEA	GBE.21	Establecer los lineamientos necesarios para que los médicos que laboran en el servicio, puedan tomar decisiones adecuadas y manejos basados en las opciones terapéuticas existentes en la actualidad.

GUÍA	GUÍA DE ATENCIÓN MÉDICA DE VULVOVAGINITIS	GBE.22	Establecer los lineamientos necesarios para que los médicos que laboran en el servicio, puedan tomar decisiones adecuadas y manejos basados en las opciones terapéuticas existentes en la actualidad.
GUÍA	GUÍA DE ATENCIÓN MÉDICA DE PARASITISMO INTESTINAL	GBE.23	Establecer los lineamientos necesarios para que los médicos que laboran en el servicio, puedan tomar decisiones adecuadas y manejos basados en las opciones terapéuticas existentes en la actualidad.
GUÍA	GUÍA DE ATENCIÓN MÉDICA DE GASTRITIS AGUDA	GBE.24	Establecer los lineamientos necesarios para que los médicos que laboran en el servicio, puedan tomar decisiones adecuadas y manejos basados en las opciones terapéuticas existentes en la actualidad.
GUÍA	GUÍA DE ATENCIÓN MÉDICA DE DERMATOFITOSIS	GBE.25	Establecer los lineamientos necesarios para que los médicos que laboran en el servicio, puedan tomar decisiones adecuadas y manejos basados en las opciones terapéuticas existentes en la actualidad.
GUÍA	GUÍA DE ATENCIÓN MÉDICA DE ACNÉ	GBE.26	Establecer los lineamientos necesarios para que los médicos que laboran en el servicio, puedan tomar decisiones adecuadas y manejos basados en las opciones terapéuticas existentes en la actualidad.
GUÍA	GUÍA PARA CONSULTAS ESPECIALIZADAS	GBE.35	Definir los lineamientos para ofrecer una atención médica de primer nivel, abarcando acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria con el propósito de Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los estudiantes.
PROCEDIMIENTO	PROCEDIMIENTO GESTIÓN DE INCAPACIDADES	PBE.05	Establecer las actividades necesarias para validar las incapacidades expedidas a los estudiantes por profesionales de la salud externos a la SSISDP
PROCEDIMIENTO	PROCEDIMIENTO VALORACIÓN INTEGRAL DE SALUD PARA EL INGRESO	PBE.06	Establecer las actividades necesarias para identificar el estado actual de salud de los estudiantes de pregrado y postgrado presencial por medio de la información suministrada por ellos mismos y por el diagnóstico de los profesionales del área de salud originando el perfil individual y colectivo de cada cohorte que ingresa a la Universidad.
PROCEDIMIENTO	PROCEDIMIENTO ASIGNACIÓN DE CITAS DEL ÁREA DE SALUD	PBE.07	Establecer los lineamientos para asignar las citas correspondientes a las consultas de medicina general, odontología, psicología, psicopedagogía, trabajo social, medicina especializada y programas preventivos con el fin de permitir el acceso de los estudiantes a estos servicios de manera organizada.
PROCEDIMIENTO	PROCEDIMIENTO CONSULTA DE MEDICINA PARA LA PREVENCIÓN SECUNDARIA EN SALUD	PBE.12	Definir los lineamientos para ofrecer una atención médica de primer nivel, abarcando acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria con el propósito de Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los estudiantes.
PROCEDIMIENTO	PROCEDIMIENTO CONSULTA DE ODONTOLOGÍA PARA LA PREVENCIÓN SECUNDARIA EN SALUD	PBE.13	Definir los lineamientos para ofrecer una atención odontológica de baja complejidad a los estudiantes que solicitan espontáneamente atención por alteraciones en la cavidad oral.

PROCEDIMIENTO	PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN EN ENFERMERÍA	PBE.14	Definir los lineamientos para ofrecer servicios de enfermería en primer nivel de atención a la Comunidad Universitaria.
PROCEDIMIENTO	PROCEDIMIENTO CONSULTA DE FISIOTERAPIA PARA LA PREVENCIÓN SECUNDARIA EN SALUD	PBE.15	Definir los lineamientos para ofrecer una atención en Fisioterapia de baja complejidad a los estudiantes remitidos por el médico o que solicitan espontáneamente atención por alteraciones del Sistema Osteomuscular.
PROCEDIMIENTO	PROCEDIMIENTO CONSULTA DE PSICOLOGÍA PARA LA PREVENCIÓN SECUNDARIA EN SALUD	PBE.16	Definir los lineamientos para ofrecer una atención psicológica a los estudiantes que presenten problemas de tipo mental, emocional y familiar con el fin de orientarlos y asesorarlos a través de estrategias terapéuticas y educativas.
PROCEDIMIENTO	PROCEDIMIENTO CONSULTA DE TRABAJO SOCIAL PARA LA PREVENCIÓN SECUNDARIA EN SALUD	PBE.17	Definir los lineamientos para ofrecer una atención en trabajo social a los estudiantes que presenten problemas de tipo emocional y familiar con el fin de orientarlos y asesorarlos a través de estrategias terapéuticas y educativas.
PROCEDIMIENTO	PROCEDIMIENTO CONSULTA DE PSICOPEDAGOGÍA PARA LA PREVENCIÓN SECUNDARIA EN SALUD	PBE.19	Definir los lineamientos para ofrecer una atención en psicopedagogía a los estudiantes que presenten problemas de tipo mental, emocional y familiar con el fin de orientarlos y asesorarlos a través de estrategias terapéuticas y educativas.
PROCEDIMIENTO	PROCEDIMIENTO ORIENTACIÓN VOCACIONAL Y PROFESIONAL	PBE.20	Establecer las actividades necesarias para descubrir las áreas generales donde se sitian los intereses y preferencias del estudiante, contribuyendo a que se determine la modalidad de trabajo ocupacional, con el fin de apoyar los trámites académicos de simultaneidad y cambio de carrera cuando sea necesario.
PROTOCOLO	PROTOCOLO MANEJO DE HERIDAS	TBE.01	Estandarizar normas de cuidado en el manejo de las heridas que se realiza en el servicio de enfermería de Bienestar Universitario.
PROTOCOLO	PROTOCOLO MANEJO DE HERIDAS POR QUEMADURAS	TBE.02	Estandarizar normas de cuidado en el manejo de las heridas por quemaduras que se realiza en el servicio de enfermería de Bienestar Universitario.
PROTOCOLO	PROTOCOLO DE DESINFECCIÓN, LIMPIEZA Y ESTERILIZACIÓN EN EL SERVICIO DE ENFERMERÍA	TBE.03	Estandarizar los procesos de limpieza, desinfección y esterilización del material necesario para la realización de procedimientos que a diario son programados y realizados en el servicio de enfermería de Bienestar Universitario.
PROTOCOLO	PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA LAVADO Y EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN OÍDOS	TBE.04	Establecer los lineamientos necesarios para que el personal de salud que labora en Bienestar Universitario, brinden una atención adecuada al realizar el procedimiento de lavado y extracción de cuerpo extraño en oídos.
PROTOCOLO	PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA LAVADO E IRRIGACIÓN DE OJOS	TBE.05	Establecer los lineamientos necesarios para que el personal de salud que labora en Bienestar Universitario, brinden una atención adecuada al realizar el procedimiento de lavado e irrigación de ojos.

PROTOCOLO	PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN OJOS	TBE.06	Establecer los lineamientos necesarios para que el personal de salud que labora en Bienestar Universitario, brinden una atención adecuada al realizar el procedimiento de extracción de cuerpo extraño en ojos.
PROTOCOLO	PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA SUTURAS DE HERIDAS	TBE.07	Establecer los lineamientos necesarios para que el personal de salud que labora en Bienestar Universitario, brinden una atención adecuada al realizar el procedimiento de suturas de heridas.
PROTOCOLO	PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA PEQUEÑA CIRUGÍA	TBE.08	Establecer los lineamientos necesarios para que el personal de salud que labora en Bienestar Universitario, brinden una atención adecuada al realizar el procedimiento de pequeña cirugía: extracción de lipomas o cuerpos extraños en tejidos blandos.
PROTOCOLO	PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA TOMA DE BIOPSIAS EN TEJIDOS BLANDOS	TBE.09	Establecer los lineamientos necesarios para que el personal de salud que labora en Bienestar Universitario, brinden una atención adecuada al realizar el procedimiento de toma de biopsias en tejidos blandos.
PROTOCOLO	PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA ONICECTOMÍA	TBE.10	Establecer los lineamientos necesarios para que el personal de salud que labora en Bienestar Universitario, brinden una atención adecuada al realizar el procedimiento de onicectomía.
PROTOCOLO	PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA CAUTERIZACIÓN DE LESIONES	TBE.11	Establecer los lineamientos necesarios para que el personal de salud que labora en Bienestar Universitario, brinden una atención adecuada al realizar el procedimiento de cauterización de lesiones.
PROTOCOLO	PROTOCOLO DE ODONTOLOGÍA PARA MANEJO Y TRATAMIENTO DE CARIES DENTAL	TBE.12	Establecer los lineamientos necesarios para que los odontólogos que laboran en el servicio de Bienestar Universitario, puedan tomar decisiones adecuadas de manejo, diagnóstico y tratamiento de caries basados en los principios científicos para tomar las acciones terapéuticas indicadas.
PROTOCOLO	PROTOCOLO DE ODONTOLOGÍA PARA MANEJO Y TRATAMIENTO DEL BRUXISMO	TBE.13	Establecer los lineamientos necesarios para que los odontólogos que laboran en el servicio de Bienestar Universitario, puedan tomar decisiones adecuadas de manejo, diagnóstico y tratamiento del bruxismo basadas en los principios científicos para tomar las acciones terapéuticas indicadas.
PROTOCOLO	PROTOCOLO DE ODONTOLOGÍA PARA MANEJO Y TRATAMIENTO DE DISFUNCIÓN ATM	TBE.14	Establecer los lineamientos necesarios para que los odontólogos que laboran en el servicio de Bienestar Universitario, puedan tomar decisiones adecuadas de manejo, diagnóstico y tratamiento de la disfunción de ATM basados en los principios científicos para tomar las acciones terapéuticas indicadas.
PROTOCOLO	PROTOCOLO DE ODONTOLOGÍA PARA MANEJO Y TRATAMIENTO DE GINGIVITIS SIMPLE	TBE.15	Establecer los lineamientos necesarios para que los odontólogos que laboran en el servicio de Bienestar Universitario, puedan tomar decisiones adecuadas con relación al manejo, diagnóstico y tratamiento de la gingivitis simple, basados en los principios científicos para tomar las acciones terapéuticas indicadas.

PROTOCOLO	PROTOCOLO DE ODONTOLOGÍA PARA MANEJO Y TRATAMIENTO DE GINGIVOESTOMATITIS HERPÉTICA-AGUDA	TBE.16	Establecer los lineamientos necesarios para que los odontólogos que laboran en el servicio de Bienestar Universitario, puedan tomar decisiones adecuadas con relación al manejo, diagnóstico y tratamiento de la gingivoestomatitis herpética aguda, basados en los principios científicos para tomar las acciones terapéuticas indicadas.
PROTOCOLO	PROTOCOLO DE ODONTOLOGÍA PARA MANEJO Y TRATAMIENTO DE GINGIVITIS ULCERONECROTIZANTE AGUDA	TBE.17	Establecer los lineamientos necesarios para que los odontólogos que laboran en el servicio de Bienestar Universitario, puedan tomar decisiones adecuadas con relación al manejo, diagnóstico y tratamiento de la gingivitis ulceronecrotica, basados en los principios científicos para tomar las acciones terapéuticas indicadas.
PROTOCOLO	PROTOCOLO DE ODONTOLOGÍA PARA MANEJO Y TRATAMIENTO DE ALVEOLITIS	TBE.18	Establecer los lineamientos necesarios para que los odontólogos que laboran en el servicio de Bienestar Universitario, puedan tomar decisiones adecuadas con relación al manejo, diagnóstico y tratamiento de la alveolitis, basados en los principios científicos para tomar las acciones terapéuticas indicadas.
PROTOCOLO	PROTOCOLO DE ODONTOLOGÍA PARA MANEJO Y TRATAMIENTO DE ABSCESO PERIODONTAL AGUDO	TBE.19	Establecer los lineamientos necesarios para que los odontólogos que laboran en el servicio de Bienestar Universitario, puedan tomar decisiones adecuadas con relación al manejo, diagnóstico y tratamiento del absceso periodontal agudo, basados en los principios científicos para tomar las acciones terapéuticas indicadas.
PROTOCOLO	PROTOCOLO DE ODONTOLOGÍA PARA MANEJO Y TRATAMIENTO DE PERICORONITIS	TBE.20	Establecer los lineamientos necesarios para que los odontólogos que laboran en el servicio de Bienestar Universitario, puedan tomar decisiones adecuadas con relación al manejo, diagnóstico y tratamiento de la pericoronitis, basados en los principios científicos para tomar las acciones terapéuticas indicadas.
PROTOCOLO	PROTOCOLO DE ODONTOLOGÍA PARA MANEJO Y TRATAMIENTO DE PULPITIS REVERSIBLE (HIPEREMIA PULPAR)	TBE.21	Establecer los lineamientos necesarios para que los odontólogos que laboran en el servicio de Bienestar Universitario, puedan tomar decisiones adecuadas con relación al manejo, diagnóstico y tratamiento de la pulpitis reversible, basados en los principios científicos para tomar las acciones terapéuticas indicadas.
PROTOCOLO	PROTOCOLO DE ODONTOLOGÍA PARA MANEJO Y TRATAMIENTO DE PULPITIS IRREVERSIBLE ESTADO AGUDO SINTOMÁTICO	TBE.22	Establecer los lineamientos necesarios para que los odontólogos que laboran en el servicio de Bienestar Universitario, puedan tomar decisiones adecuadas con relación al manejo, diagnóstico y tratamiento de la pulpitis irreversible, basados en los principios científicos para tomar las acciones terapéuticas indicadas.
PROTOCOLO	PROTOCOLO DE ODONTOLOGÍA PARA MANEJO Y TRATAMIENTO DE HIPERPLASIA PULPAR (PÓLIPO PULPAR)	TBE.23	Establecer los lineamientos necesarios para que los odontólogos que laboran en el servicio de Bienestar Universitario, puedan tomar decisiones adecuadas con relación al manejo, diagnóstico y tratamiento de la hiperplasia pulpar (pólipo pulpar), basados en los principios científicos para tomar las acciones terapéuticas indicadas.

PROTOCOLO	PROTOCOLO DE ODONTOLOGÍA PARA MANEJO Y TRATAMIENTO DE PERIODONTITIS APICAL AGUDA SUPURATIVA - ABSCESO PERIAPICAL AGUDO - ORIGEN BACTERIANO	TBE.24	Establecer los lineamientos necesarios para que los odontólogos que laboran en el servicio de Bienestar Universitario, puedan tomar decisiones adecuadas con relación al manejo, diagnóstico y tratamiento de la periodontitis apical aguda supurativa - absceso periapical agudo de origen bacteriano, basados en los principios científicos para tomar las acciones terapéuticas indicadas.
PROTOCOLO	PROTOCOLO DE ODONTOLOGÍA PARA MANEJO Y TRATAMIENTO DE PERIODONTITIS APICAL CRÓNICA NO SUPURATIVA - ABSCESO PERIAPICAL CRÓNICO	TBE.25	Establecer los lineamientos necesarios para que los odontólogos que laboran en el servicio de Bienestar Universitario, puedan tomar decisiones adecuadas con relación al manejo, diagnóstico y tratamiento de la periodontitis apical crónica no supurativa - absceso periapical crónico, basados en los principios científicos para tomar las acciones terapéuticas indicadas.

Fuente: Listado maestro de documentos internos BE (FGD.01)

- **Registros**

Tabla 15. Registros del Subproceso Atención en Salud

NOMBRE	CÓDIGO
Ficha odontológica para estudiantes	FBE.01
Certificado médico de ingreso	FBE.05
Certificado de incapacidad	FBE.06
Fórmula médica	FBE.07
Asignación de cita	FBE.11
Tarjeta de citas	FBE.12
Remisión de estudiantes	FBE.14
Hoja de evolución	FBE.17
Hoja de remisión	FBE.21
Rips bienestar universitario	FBE.27
Rips - odontología	FBE.28
Historia de fisioterapia	FBE.30
Sugerencias del servicio de salud	FBE.34
Control archivo historia clínica	FBE.36
Registro diario de atención a estudiantes	FBE.37

Ficha psicopedagogía	FBE.38
Reporte de citas no asignadas	FBE.39
Certificado de incapacidad externa	FBE.46
Encuesta de satisfacción del beneficiario del servicio de salud	FBE.54
Historia clínica de psicología	FBE.70
Historia psicosocial	FBE.73
Encuesta de estilos de vida	
Test de salud mental en universitarios	
Encuesta vespa	
APGAR familiar	
Escala autoevaluación de depresión de Zung	
Escala autoevaluación de ansiedad de Zung	
Antecedentes familiares	

Fuente: Listado maestro de registros BE (FGD.03)

7.3.2 Subproceso Programas Educativo-Preventivos

Objetivo: Fomentar en la Comunidad Estudiantil la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el autocuidado y la adopción de estilos de vida saludables que propendan por una mejor calidad de vida y una nueva cultura de salud.

- **Documentos**

Tabla 16. Documentos del Subproceso Programas Educativo – Preventivos

TIPO	NOMBRE	CÓDIGO	OBJETIVO
GUÍA	GUÍA DE ATENCIÓN DEL PROGRAMA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CÉRVIX	GBE.01	Establecer los lineamientos para estandarizar el proceso de toma de citologías cervicouterinas a través del cual se pretende identificar oportunamente lesiones preneoplásicas y neoplásicas de cuello uterino, orientar y definir el tratamiento oportuno con el fin de disminuir el riesgo de complicación y aumentar los años con calidad de vida.

GUÍA	GUÍA DE ATENCIÓN PROGRAMA EDUCACIÓN AUTOEXAMEN DE SENO	GBE.02	Establecer los lineamientos para evitar la morbilidad por Cáncer de Seno en las estudiantes universitarias, mediante la detección precoz y el tratamiento oportuno, haciendo énfasis en la educación para promover la cultura del autocuidado.
GUÍA	GUÍA DE ATENCIÓN EDUCACIÓN AUTOEXAMEN DE TESTÍCULO	GBE.03	Establecer los lineamientos para evitar la morbilidad por Cáncer de Testículo en los estudiantes universitarios, mediante la detección precoz y el tratamiento oportuno, haciendo énfasis en la educación para promover la cultura del autocuidado.
GUÍA	GUÍA DE ATENCIÓN DEL PROGRAMA CONTROL DE LA FECUNDIDAD	GBE.04	Establecer los lineamientos para ofrecer a mujeres, hombres y parejas en edad fértil información, educación y asesoría en el uso de métodos anticonceptivos apropiados para sus necesidades y preferencias, con el objetivo de promover un comportamiento sexual saludable y evitar gestaciones no planeadas ni deseadas.
GUÍA	GUÍA DE ATENCIÓN DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LAS ITS, ESPECIALMENTE EL VIH/SIDA (PRASI)	GBE.05	Establecer los lineamientos para ofrecer a la Comunidad Estudiantil información, educación y asesoría sobre las its/vih con el objetivo de promover un comportamiento sexual saludable, aumentar la conciencia de la problemática social de las its/vih, hacer más comprensiva la vulnerabilidad real de los jóvenes a estas situaciones y disminuir la incidencia de its/vih en la Universidad Industrial de Santander.
GUÍA	GUÍA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER GESTANTE	GBE.06	Establecer los lineamientos para brindar atención oportuna, adecuada e integral en el primer nivel de complejidad a la estudiante o pareja gestante, con el objeto de vigilar la evolución de la gestación, detectar tempranamente las complicaciones y orientar tratamiento, realizar intervenciones educativas para nuevas construcciones de la maternidad y paternidad.
GUÍA	GUÍA DE LABOR EDUCATIVA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	GBE.07	Establecer los lineamientos para promover cambios en los valores y actitudes para el ejercicio saludable de la sexualidad, con el propósito de aportar a la construcción de una cultura de la salud y del autocuidado.
GUÍA	GUÍA DE ATENCIÓN DEL PROGRAMA DE CONTROL DE RIESGO CARDIOVASCULAR	GBE.08	Establecer los lineamientos para prevenir la enfermedad cardiovascular a través del control o minimización de factores de riesgo modificables en la Comunidad Estudiantil de la Universidad Industrial de Santander, mediante las intervenciones educativas y terapéuticas orientadas a modificar actitudes y comportamientos que promueven un estilo de vida favorecedor de la Salud Cardiovascular.
GUÍA	GUÍA PARA EL SEMINARIO TALLER: PREPARACIÓN PARA AFRONTAR EL PROCESO DE SELECCIÓN LABORAL	GBE.09	Establecer las actividades necesarias para facilitar y preparar al estudiante próximo a egresar de la UIS para afrontar de forma asertiva el proceso de ingreso a la vida laboral, a través del asesoramiento eficaz en la búsqueda y obtención de un empleo.

GUÍA	GUÍA DE ATENCIÓN PROGRAMA DE VACUNACIÓN	GBE.10	Establecer los lineamientos para apoyar la estrategia de Eliminación, Erradicación y Control de las enfermedades inmunoprevenibles en Colombia, con el fin de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por estas enfermedades en la población adolescente y joven.
GUÍA	GUÍA DE ATENCIÓN PROGRAMA DE ESPALDA SANA	GBE.11	Establecer los lineamientos necesarios para la promoción de hábitos saludables que permitan mantener la espalda sana y la prevención de lesiones ocasionadas por alteraciones posturales o esfuerzos inadecuados.
GUÍA	GUÍA DE ATENCIÓN PROGRAMA SER-UIS	GBE.12	Establecer los lineamientos para la prevención primaria y secundaria en el consumo de sustancias psicoactivas (legales y no legales) en la población estudiantil UIS, mediante el desarrollo de estrategias pedagógicas y terapéuticas.
GUÍA	GUÍA DE ATENCIÓN PROGRAMA SALUD VISUAL	GBE.13	Establecer los lineamientos para la promoción de la salud visual y la detección temprana de las alteraciones oculares que afectan la salud visual de la Comunidad Estudiantil.
GUÍA	GUÍA DE ATENCIÓN PROGRAMA SALUD ORAL	GBE.14	Establecer los lineamientos para prevenir la caries a través del control o minimización de factores de riesgo modificables en la Comunidad Estudiantil de la Universidad Industrial de Santander, mediante las intervenciones educativas y terapéuticas orientadas a modificar actitudes y comportamientos.
GUÍA	GUÍA DE ATENCIÓN PROGRAMA DE ASESORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DEL RENDIMIENTO ACADÉMICO (PAMRA)	GBE.29	Establecer los lineamientos para brindar estrategias metodológicas y educativas que apoyen el proceso de formación profesional del estudiante UIS, contribución a la disminución de problemáticas relacionadas con el rendimiento académico.
GUÍA	GUÍA DE ATENCIÓN PROGRAMA DE INDUCCIÓN A LA VIDA UNIVERSITARIA (PIVU)	GBE.30	Establecer los lineamientos necesarios para el desarrollo del Programa de Inducción a la Vida Universitaria (PIVU), el cual tiene como propósito facilitar la adaptación al medio universitario de los estudiantes que ingresan a la Universidad a cursar su primer nivel, promoviendo el conocimiento de la Institución y la construcción del sentido de pertenencia.
GUÍA	GUÍA DE ATENCIÓN PROGRAMA MANTENIMIENTO DE SALUD.	GBE.33	Establecer los lineamientos para el cuidado prospectivo de la salud en todos los estudiantes que ingresan a la UIS, con énfasis en la detección temprana de factores de riesgo y patologías establecidas, mediante un enfoque biosicosocial, para fomentar en ellos el autocuidado y la cultura de la prevención y el tratamiento oportuno de los problemas de salud.
GUÍA	GUÍA DE ATENCIÓN PROGRAMA PARA LA PROMOCIÓN EN SALUD MENTAL	GBE.34	Establecer los lineamientos para desarrollar un proceso de intervención en salud mental a nivel individual y colectivo para la estructuración o reestructuración de los esquemas afectivos, cognitivos y comportamentales.

PROCEDIMIENTO	PROCEDIMIENTO TRAMITES ACADÉMICO ADMINISTRATIVOS	PBE.18	Establecer las actividades necesarias para conocer la situación real del estudiante a nivel socioeconómico y psicosocial con el fin de apoyar los trámites académicos (supletorios, readmisiones, cancelaciones extemporáneas de materias y de semestre) y administrativos (asignación especial de comedores, residencias y reliquidación de matrícula) solicitados a la División de Bienestar Universitario.
---------------	--	--------	---

Fuente: Listado maestro de documentos internos BE (FGD.01)

- **Registros**

Tabla 17. Registros del Subproceso Programas Educativo – Preventivos

NOMBRE	CÓDIGO
Historia toma de citologías	FBE.13
Remisión de estudiantes	FBE.14
Registro diario de citologías	FBE.15
Registro labor educativa	FBE.16
Registro diario Programas Preventivos	FBE.18
Historia de seguimiento del método para el control de la fecundidad	FBE.19
Prevención y control de los factores de riesgo cardiovascular modificables	FBE.22
Registro de vacunación	FBE.26
Inscripción orientadores PIVU	FBE.29
Control de asistencia de pacientes	FBE.35
Acta de compromiso orientadores (PIVU)	FBE.42
Programación de actividades del PIVU	FBE.43
Evaluación de la labor del orientador PIVU	FBE.45
Encuesta de satisfacción del beneficiario de Programas Educativo-Preventivos	FBE.53
Inscripción de tutores (PAMRA)	FBE.57
Historia psico-social y académica (PAMRA)	FBE.58
Acta de compromiso tutores (PAMRA)	FBE.59
Control de asistencia a tutorías (PAMRA)	FBE.60
Evaluación al tutor del PAMRA	FBE.61
Acta de compromiso tutores voluntarios (PAMRA)	FBE.62

Inscripción de beneficiarios (PAMRA)	FBE.63
Control de almacenamiento en bodegas de alimentos	FBE.64
Inscripción al programa salud mental	FBE.65
Solicitud de trámites académico - administrativos	FBE.67
Evaluación al beneficiario del PAMRA	FBE.68
Registro de procedimientos a realizar en el área de enfermería	FBE.69
Reporte de estudiantes de primer nivel (PIVU)	FBE.71
Evaluación de actividades del PIVU	FBE.72
Historia psicosocial	FBE.73
Encuesta PRASI	
Historia de riesgo cardiovascular	

Fuente: Listado maestro de registros BE (FGD.03)

7.3.3 Subproceso Atención Socioeconómica

Objetivo: Ofrecer y mantener servicios de alimentación, alojamiento y auxilios económicos a la Comunidad Universitaria para contribuir al mejoramiento de su calidad de vida.

- **Documentos**

Tabla 18. Documentos del Subproceso Atención Socioeconómica

TIPO	NOMBRE	CÓDIGO	OBJETIVO
INSTRUCTIVO	INSTRUCTIVO DE OPERACIÓN DE MÁQUINA LAVADORA DE VAJILLAS	IBE.01	Describe los pasos para facilitar el uso de la máquina lavadora de vajillas por parte del personal encargado y así maximizar los beneficios que ésta tiene.
INSTRUCTIVO	INSTRUCTIVO DE OPERACIÓN DEL HORNO DE CADENA	IBE.02	Facilitar el correcto uso del horno por parte del personal de cocina y de esta manera garantizar un mejor producto.

GUÍA	GUÍA DE ALMACENAMIENTO SECO, REFRIGERADO Y CONGELADO	GBE.27	Establecer los lineamientos para aplicar las normas generales sobre prácticas de higiene y de operación durante el almacenamiento de los productos alimenticios, a fin de garantizar alimentos inocuos y de calidad.
GUÍA	GUÍA DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DEL SERVICIO DE COMEDORES Y CAFETERÍA	GBE.28	Establecer los lineamientos para estructurar un programa de limpieza y desinfección en el Servicio de Alimentación de Comedores y Cafetería de Bienestar Universitario de la Universidad Industrial de Santander, con el fin de desarrollar el primer componente del Plan de Saneamiento, el cual permite disminuir los riesgos de contaminación de los alimentos.
GUÍA	GUÍA DE MANEJO Y RECEPCIÓN DE ALIMENTOS	GBE.31	Establecer los lineamientos para la recepción de alimentos utilizados en el servicio de alimentación, con el fin de garantizar la buena calidad de los productos ofrecidos.
GUÍA	GUÍA PARA LA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS	GBE.32	Establecer los lineamientos que contribuyan al cumplimiento de las normas de higiene y requisitos sanitarios, con el fin de prevenir riesgos asociados a la contaminación de alimentos.
GUÍA	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN DE MINUTAS	PBE.01	Describir las actividades necesarias para la asignación de los cupos de alojamiento, en el Servicio de Residencia Universitaria otorgado por la Universidad, teniendo en cuenta los parámetros establecidos por el Consejo Superior en el Acuerdo 090 de 1984.
PROCEDIMIENTO	PROCEDIMIENTO ASIGNACIÓN DE TURNOS DE TRABAJO	PBE.02	Describir las actividades a realizar en la elaboración de las minutas diarias para el desayuno, almuerzo y comida del Servicio de Comedores y el almuerzo del Servicio de Cafetería, con el fin de asegurarles un adecuado estado de salud y nutrición.
PROCEDIMIENTO	PROCEDIMIENTO ADJUDICACIÓN DE CUPOS PARA EL SERVICIO DE COMEDORES	PBE.03	Describir los lineamientos a realizar en la asignación de los turnos de trabajo del personal que labora en los servicios de Comedores y Cafetería, con el fin de organizar las actividades desarrolladas en cada tiempo de trabajo.
PROCEDIMIENTO	PROCEDIMIENTO ALISTAMIENTO Y PREPARACIÓN DE ALIMENTOS	PBE.04	Describir las actividades a realizar en la asignación de los cupos, para el servicio de alimentación otorgado por la Universidad, teniendo en cuenta los parámetros establecidos en el reglamento.
PROCEDIMIENTO	PROCEDIMIENTO ASIGNACIÓN DEL AUXILIO FONDO PATRIMONIAL	PBE.08	Describir las actividades que se realizan para la preparación de los alimentos, teniendo en cuenta la minuta previamente diseñada, con el fin de ofrecer una alimentación balanceada y nutritiva.
PROCEDIMIENTO	PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DEL SERVICIO DE ALIMENTACIÓN	PBE.09	Describir las actividades necesarias a seguir en la asignación de los beneficios derivados de los rendimientos financieros del Fondo Patrimonial de la Universidad, destinado a ofrecer auxilios económicos a estudiantes de bajos recursos de acuerdo a sus condiciones socioeconómicas.

PROCEDIMIENTO	PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE SERVICIOS DE ALIMENTACIÓN ESPECIAL	PBE.10	Describir las actividades que se realizan en la atención del servicio de alimentación que ofrece la División de Bienestar Universitario, para garantizar la satisfacción de los beneficiarios.
PROCEDIMIENTO	PROCEDIMIENTO ADJUDICACIÓN DE CUPOS PARA EL SERVICIO DE RESIDENCIAS UNIVERSITARIA	PBE.11	Describir las actividades a realizar frente a la solicitud y atención de servicios de alimentación especial.

Fuente: Listado maestro de documentos internos BE (FGD.01)

- **Registros**

Tabla 19. Registros del Subproceso Atención Socioeconómica

NOMBRE	CÓDIGO
Orden de producción de eventos especiales	FBE.02
Cumplimiento de minuta de comedores y cafetería	FBE.03
Entrega y devolución de insumos	FBE.04
Ciclo de minutas	FBE.08
Distribución de tareas	FBE.09
Asignación de turnos de trabajo	FBE.10
Justificación de inasistencia al servicio de comedores	FBE.20
Solicitantes del servicio de residencia universitaria	FBE.23
Solicitud del beneficio fondo patrimonial	FBE.24
Solicitantes del auxilio económico por fondo patrimonial	FBE.25
Solicitud de revalidación del cupo al servicio de residencia universitaria	FBE.31
Inscripción del servicio de residencia universitaria	FBE.32
Sugerencias del servicio de cafetería	FBE.33
Solicitud servicio de alimentación especial	FBE.40
Consolidado de solicitudes de servicios de alimentación especial	FBE.41
Estudiantes inscritos al servicio de residencia universitaria	FBE.44
Devolución de mercancía	FBE.47
Informe diario del servicio de comedores	FBE.48
Control de temperatura del cuarto frío	FBE.49
Información consolidada de solicitantes del servicio de residencia universitaria	FBE.50

Consolidado de valoración de los aspirantes al servicio de residencia universitaria	FBE.51
Lista de chequeo - recepción de alimentos	FBE.52
Encuesta de satisfacción del beneficiario del servicio de cafetería	FBE.55
Encuesta de satisfacción del beneficiario del servicio de comedores	FBE.56
Control de almacenamiento en bodegas de alimentos	FBE.64
Control de mantenimiento de la caldera	FBE.66
Listado de minuta diaria del almuerzo	
Listado de minuta diaria de la comida	
Listado de alimentos de pique para el almuerzo	
Listado de alimentos de pique para la comida	
Listado de alimentos de no pique para el almuerzo	
Listado de alimentos de no pique para la comida	
Recetas con la cantidad de alimentos para los usuarios del almuerzo	
Recetas con la cantidad de alimentos para los usuarios de la comida	
Listado de estudiantes adjudicados	
Registro diario de servicio	
Control manual de asistencia al servicio de comedores	
Instructivo de inscripción al servicio de comedores	

Fuente: Listado maestro de registros BE (FGD.03)

8 IMPLEMENTACIÓN DEL SGC

Finalizadas las etapas de Planificación, Documentación y Sensibilización del personal definidas en la metodología, se continuó con la Implementación del SGC en el Proceso Bienestar Estudiantil. Esta etapa fue una de las más complejas, ya que se desarrollaron todas las actividades de difusión y aplicación de la documentación diseñada para el Proceso BE, con su ejecución se identificaron modificaciones a los documentos sugeridas por los colaboradores del Proceso, las cuales se tenían en cuenta para realizar los ajustes pertinentes después de un análisis detallado. Con esta dinámica se logró que cada colaborador conociera aún más cada una de las actividades en las cuales es partícipe y sea proactivo para la mejora continua del Proceso.

Durante la implementación se realizaron reuniones con los colaboradores del Proceso, con el propósito de dar a conocer los documentos aprobados y establecidos dentro del SGC; el diligenciamiento de los formatos; la sensibilización del reporte de producto no conforme y el reporte de datos para el análisis de los indicadores; el planteamiento de acciones correctivas, preventivas y de mejora.

A continuación se describen las etapas de la implementación del SGC en el Proceso BE:

8.1 REVISIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN

Durante la elaboración de los documentos, estos se revisaron tan pronto eran construidos con los colaboradores que intervienen directamente en las actividades

descritas en cada uno de estos, y de esta forma corroborar la información y el desarrollo real de las actividades descritas.

Adicionalmente, se explicó detalladamente el correcto diligenciamiento de los formatos a utilizar en cada área de trabajo, los cuales son evidencia real de las labores diarias. Luego de la formación, los documentos se ponen a prueba para verificar la facilidad de manejo, comprensión, diligenciamiento y la utilidad dentro del proceso, y así poder recibir sugerencias que se incorporen en el diseño definitivo de los formatos pertenecientes al Proceso.

8.2 VALIDACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN

Esta etapa se desarrolló de acuerdo a la programación de reuniones con los líderes de los subprocesos, con el propósito de socializar los documentos e instruir sobre el diligenciamiento de los formatos, y así vincular a todo el personal al Sistema y comprometerlos a la consecución de metas y logros. Después de la instrucción, se les entregó el formato para que lo utilizaran y realizaran sugerencias de cambios, si estos lo requerían.

8.3 IMPLEMENTACIÓN DE DOCUMENTACIÓN

Finalizada la revisión y aprobación de los documentos internos por parte del líder del Proceso BE y los líderes de los subprocesos, se continuó con su divulgación e implementación. Esta actividad fue un poco dispendiosa, a pesar de que el personal participó en la construcción de la documentación (procedimientos, instructivos, guías, protocolos y formatos), relatando las actividades que realizan a

diario en su puesto de trabajo, por medio de entrevistas informales realizadas por las Coordinadoras del SGC en el Proceso BE, el personal no estaba acostumbrado a encontrar de forma escrita lo que debe hacer.

Cabe resaltar que existían procedimientos documentados, estos estaban desactualizados y no estaban al alcance de aquellos que forman parte de las actividades que se mencionaban en el documento. Sin embargo con la participación de las Coordinadoras y el compromiso de los líderes de los subprocesos se llevó a cabo esta etapa, logrando así la implementación de los documentos diseñados.

En éste proceso de implementación se realizaron actividades tales como:

- Se hizo entrega a cada uno de los colaboradores las caracterizaciones del Proceso BE y subproceso(s) del cual hace parte y copias no controladas de cada uno de los documentos en los cuales era partícipe, por medio de la creación de la carpeta de calidad. Esto con el fin de que los colaboradores estudiaran e implementaran los documentos para el logro de los objetivos tanto del Proceso como de la Institución.
- Se llevaron a cabo 17 reuniones con el Grupo Primario, de las cuales existen actas en donde se enuncian los temas tratados, actividades por desarrollar, responsables, fecha límite, y casilla de verificación de cumplimiento de las actividades.
- Se realizaron reuniones con el personal de la DBU, teniendo como objetivo explicar la documentación obligatoria del SGC de la Universidad y del Proceso BE, y la forma de diligenciamiento, dejando un periodo de prueba para estos.

- Se establecieron reuniones de mejoramiento mensualmente con los profesionales de salud, con el fin de comunicar avances de la implementación, socializar documentos elaborados y establecer tareas que faciliten este proceso. Estas reuniones están programadas para realizarse los primeros viernes de cada mes.
- Las Coordinadoras del SGC en el Proceso BE realizaron seguimiento a cada uno de los subprocesos, con el fin de resolver inquietudes y aclarar el manejo de los formatos y documentos definidos, y de esta manera lograr que la implementación se desarrollara de forma estándar.
- Se realizaron revisiones periódicas de los formatos diligenciados con el fin de estipular el nivel de implementación.
- Se estableció que el Grupo Primario sería quien verificaría la toma de acciones y su adecuado seguimiento. Esto a través de las acciones correctivas, preventivas y de mejora resultantes de las auditorías internas, satisfacción de usuarios y las propuestas generadas en las reuniones. Y de este planteamiento y cumplimiento de las actividades evaluar la eficacia de las acciones tomadas.

Paralelamente a las actividades mencionadas anteriormente, se establecieron estrategias para que la implementación del SGC fuera más amable, participativa y agradable a los colaboradores, y de esta forma garantizar la apropiación del SGC en el Proceso BE; dentro de las cuales se encuentran:

- Se diseñaron folletos en los cuales se describía información de las capacitaciones, política y objetivos de Calidad Institucional, documentos existentes en cada subproceso y demás información que ellos deben conocer de la implementación del SGC, con el fin de que todos los colaboradores del Proceso fueran partícipes de las actividades de dicho proyecto.

- Se elaboró un boletín informativo denominado NOTI-BIENESTAR (ver Anexo K), con el fin de crear una comunicación directa con los colaboradores del Proceso, donde se relaten los avances y decisiones tomadas en el Grupo Primario, conceptos de calidad vistos en las capacitaciones, actividades desarrolladas durante el mes y se complementaba con una sección dinámica, en la cual permite de alguna forma evaluar el grado de percepción de la información, incluyendo sopas de letras, crucigramas, acertijos, adivinanzas, etc, los cuales podrán ser resueltos y depositados en un buzón específico para concursar por el título del señor(a) de la calidad, haciéndole entrega de un incentivo y diferentes premios, previamente adquiridos y aprobados por el Jefe de la División. Hasta la fecha se entregaron 4 versiones del NOTI-BIENESTAR y el porcentaje de participación de los colaboradores del Proceso en los concursos fue del 50% por cada boletín entregado, lo cual indica un gran interés por el proceso de implementación del SGC.

Figura 15. Entrega primer Noti-Bienestar



Fuente: Autoras

Figura 16. Noti-Bienestar N°1



Fuente: Autoras

Figura 17. Buzón Calidoso



Fuente: Autoras

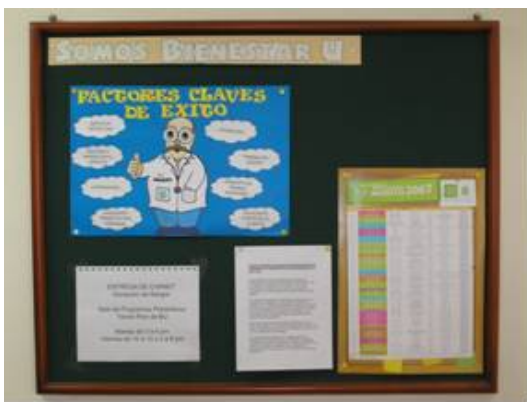
Figura 18. Entrega premios del Cruci-Calidoso



Fuente: Autoras

- Se dispuso de una cartelera con información específica del SGC a la entrada del edificio de la División, la cual permitió transmitir las actividades que se desarrollaban sobre el sistema, temas a tratar en las capacitaciones, Política de Calidad y Objetivos de Calidad Institucional, Mapa de Procesos y demás información relevante sobre los avances del SGC.

Figura 19. Carteleras de Calidad



Fuente: Autoras

8.3.1 Socialización de documentos

Las socializaciones se desarrollaron durante la implementación del SGC; su objetivo principal fue el de presentar a los colaboradores del Proceso los avances del SGC en la Universidad Industrial de Santander, e informar los temas de trabajo en el Grupo Primario. Estas jornadas se llevaron a cabo por medio de charlas dirigidas a todo el personal del Proceso, realizando retroalimentación de los temas tratados en las capacitaciones y sobre los documentos y formatos aprobados e implementados.

En la Tabla 20 se puede apreciar las fechas en que se realizaron las socializaciones, temas tratados y responsables de su ejecución:

Tabla 20. Cronograma de jornadas de socialización

FECHA	TEMAS TRATADOS	RESPONSABLES
Marzo 2 de 2007	<ul style="list-style-type: none"> Mapa de procesos institucional. Versión 1 Diagrama de subprocesos y sus actividades. Informe de Prediagnóstico: Documentos y registros existentes, encuestas de satisfacción aplicadas, planes de mejora de la DBU. Alcance del Proceso BE. 	Coordinadoras de Calidad Proceso BE
Abril 13 de 2007	<ul style="list-style-type: none"> Mapa de procesos. Versión 2 Diagrama de subprocesos. Lineamientos de la documentación. Caracterizaciones de los subprocesos. 	Coordinadoras de Calidad Proceso BE
Agosto 28 de 2007	<ul style="list-style-type: none"> Socialización de formatos subprocesos Atención en Salud y Programas Educativo-Preventivos. 	Coordinadoras de Calidad Proceso BE
Agosto 31 y Septiembre 2 de 2007	<ul style="list-style-type: none"> Socialización de Documentación y formatos. Nota: Se entregó folleto informativo.	Coordinadoras de Calidad Proceso BE
Agosto 31, Septiembre 3 y 4 de 2007	<ul style="list-style-type: none"> Socialización Objetivos y Política de Calidad. Socialización documentación y registros. Nota: Se entregó folleto informativo.	Coordinadoras de Calidad Proceso BE

Septiembre 5 de 2007	<ul style="list-style-type: none"> Socialización acerca de cómo se desarrolla una auditoría. Se realizó con el fin de aclarar dudas acerca del tema y se realizó un ejercicio práctico, planteando posibles preguntas que se pueden generar en el transcurso de la auditoría. 	Coordinadoras de Calidad Proceso BE
Septiembre 7 de 2007	<ul style="list-style-type: none"> Socialización de informe preliminar acerca de la primera auditoría interna de calidad desarrollada al Proceso BE. (Este informe fue elaborado por las Coordinadoras de Calidad del Proceso BE, según las observaciones generadas en el transcurso de la auditoría). 	Coordinadoras de Calidad Proceso BE
Octubre 5 de 2007	<ul style="list-style-type: none"> Comités Bienestar Universitario. Documentación faltante para el Proceso BE Documentación faltante para el proceso de habilitación del sistema de salud. 	Coordinadoras de Calidad Proceso BE
Octubre 22 y 24 de 2007	<ul style="list-style-type: none"> Socialización de la guía de manipulación, limpieza y desinfección de alimentos. Su objeto fue el de presentar a los colaboradores de la SCC, las buenas prácticas de manipulación de los alimentos e insumos utilizados en el puesto de trabajo, teniendo en cuenta el decreto 3075 de 1997 establecido por el Ministerio de Salud de la República de Colombia. 	Practicante de Nutrición
Octubre 25 de 2007	<ul style="list-style-type: none"> Socialización de la guía de almacenamiento en seco, refrigerado y congelado de alimentos. 	Profesional en Nutrición
Noviembre 8 de 2007	<ul style="list-style-type: none"> Socialización del informe de la primera auditoría interna de calidad entregado por la Coordinación del SGC UIS; además se enfatizó en aspectos importantes que hay que tener en cuenta para las próximas auditorías 	Coordinadoras de Calidad Proceso BE
Noviembre 19 de 2007	<ul style="list-style-type: none"> Reunión con los responsables de los Programas Educativo-Preventivos, además se hizo entrega de copias no controladas de nuevos documentos. 	Coordinadoras de Calidad Proceso BE
Diciembre 14 de 2007	<ul style="list-style-type: none"> Aspectos de Preauditoría externa: Preguntas realizadas por el auditor, aspectos positivos y observaciones realizadas por el auditor Sugerencias del Buzón del área de salud. Resultados encuestas de satisfacción. Resultados buzón de sugerencias de la SSISDP, incluyendo observaciones generales. Resultados preliminares de encuestas de satisfacción del área de salud y Programas Educativo-Preventivos. 	Coordinadoras de Calidad Proceso BE

Diciembre 21 de 2007	<ul style="list-style-type: none">• Socialización acerca de los resultados de la Preauditoría externa y presentación general a cerca de la implementación del SGC en el Proceso BE a los colaboradores de la SCC.	Coordinadoras de Calidad Proceso BE
----------------------	---	--

Fuente: Autoras

9 EVALUACIÓN

Luego de las etapas de diagnóstico, documentación, implementación y capacitación, se hizo necesario evaluar la conformidad del SGC en los Procesos de la Universidad y de esta forma verificar el nivel de cumplimiento de los requisitos de la Norma NTC ISO 9001:2000 hasta la fecha.

Para realizar esta verificación las directivas determinaron la necesidad de realizar una auditoría interna y una preauditoría externa, para conocer la capacidad del SGC antes de recibir la visita del ente certificador y tomar acciones que permitan garantizar la obtención de la certificación.

Por otro lado, el Proceso de Seguimiento Institucional elaboró el procedimiento de auditorías internas de calidad, quien es el encargado de diseñar la programación, planeación, preparación y ejecución de las auditorías, y conformar el grupo auditor según los parámetros establecidos en el procedimiento creado para tal fin (ver Anexo L), comunicar a cada uno de los Procesos la fecha establecida para la ejecución de auditoría, la entrega de informes finales y el seguimiento de los planes de acción derivados del informe.

9.1 ETAPAS DE LA AUDITORÍA INTERNA DE CALIDAD

Para el desarrollo de las auditorías internas de calidad de la Universidad Industrial de Santander, se tuvo en cuenta las siguientes etapas (Figura 20):

Figura 20. Etapas de la Auditoría Interna de Calidad



Fuente: Autoras

9.1.1 Programación

De acuerdo a los lineamientos descritos en el procedimiento de auditorías internas, la Dirección de Control Interno y Evaluación de Gestión aplicó la Matriz de Impacto de los Procesos, permitiendo así establecer la frecuencia de las auditorías internas y la elaboración del Programa Anual de Auditorías.

9.1.2 Planeación

Durante esta etapa el Auditor Líder y Equipo Auditor definieron el Plan de Auditorías Internas de Calidad, teniendo en cuenta aspectos como el establecimiento del objetivo, alcance, equipo auditor y el cronograma de estas verificaciones.

De acuerdo al establecimiento del Plan de Auditorías, se determinó que la fecha para la primera auditoría interna para el Proceso BE, se ejecutaría el día 6 de Septiembre en el horario de las 8 a.m. hasta las 12 m.m., y como Auditor Líder, el Ingeniero Jorge Eliécer Figueroa.

Es de vital importancia la correcta elección de los colaboradores de la Universidad que participarían de las auditorías internas, es por esto que en el transcurso del año 2006 se capacitó a personal de la institución con el Diplomado basado en la Norma NTCGP 1000:2004, quienes estarían al frente de la ejecución de este proyecto. El propósito de este diplomado fue básicamente conformar el grupo de auditores internos de la Universidad y de esta forma facilitar la evaluación continua de cada uno de los Procesos incluidos en el alcance de la certificación basado en la Norma NTC ISO 9001:2000.

Luego de una convocatoria realizada a las personas que obtuvieron el título de auditor interno con el diplomado mencionado, se consolidó el equipo que realizaría la primera verificación; quienes participaron como auditores observadores en formación junto con los auditores líderes bajo la asesoría de la empresa Strategika.

A continuación se presenta el equipo auditor designado para el Proceso BE:

Auditora observadora. Enfermera Jefe Adriana Arenas.

Auditora observadora. Ing. Gloria Isabel Román

9.1.3 Preparación

La preparación de la auditoría estuvo a cargo del Líder y Equipo Auditor, la cual comprendió actividades tales como:

- La revisión de la documentación relevante del SGC necesarios para el desarrollo de la auditoría.
- Formulación de preguntas.

- Descripción de los aspectos que se consideren importantes a verificar durante el desarrollo de la auditoría (listas de verificación).

9.1.4 Ejecución

La primera auditoría interna para el Proceso BE se realizó el día 6 de septiembre, ésta inició con una reunión de apertura, en la cual el Líder Auditor realizó la exposición del objetivo, el alcance, los criterios de evaluación, la metodología y el cronograma de ejecución de la verificación. También se presentó el Equipo Auditor y se resolvieron toda clase de dudas e inquietudes a los asistentes a esta reunión.

El desarrollo de la auditoría se llevó a cabo en el horario de 8 a.m a 3 p.m, en las instalaciones de la División de Bienestar Universitario, como se puede apreciar el horario se extendió al inicialmente propuesto, debido a la complejidad del Proceso; en ésta se verificaron las etapas de planificación, documentación, implementación y participación de personal.

Esta verificación se realizó primero en presencia del Grupo Primario, revisando en una primera instancia las actividades del Planear y del Hacer del Proceso, debido a que existen requisitos asociados al Verificar y Actuar que se encontraban en etapa de configuración y diseño. También se entrevistaron a cinco colaboradores, con el fin de confirmar el conocimiento que tenían acerca del SGC y el correcto diligenciamiento de los registros establecidos. Al finalizar la jornada el Auditor Líder se reunió con el Grupo Primario e informó algunos hallazgos encontrados durante la auditoría.

Finalmente, el día 8 de octubre en presencia del Grupo Primario, la Directora de Control Interno y Evaluación de Gestión, el Líder Auditor y Equipo Auditor, hizo entrega del informe de auditoría (ver Anexo M), en el cual se encuentran

consignados los hallazgos de la auditoría, junto con los aspectos positivos, aspectos por mejorar, las no conformidades y las observaciones.

9.1.4 Seguimiento y Mejoramiento

Una vez conocido el informe de auditoría, con la intención de eliminar las no conformidades detectadas y sus causas; implementar acciones de mejora y tener en cuenta las observaciones, se establecieron acciones correctivas, preventivas y de mejora, a las cuales se les haría seguimiento por parte del Líder del Proceso, y su verificación por parte del Director de Control Interno y Evaluación de Gestión y Equipo Auditor.

A continuación se presentan las acciones correctivas, preventivas y de mejora implementadas para dar solución a los hallazgos de la auditoría:

- **Acciones Correctivas**

Tabla 21. Acciones Correctivas del Proceso BE

NO CONFORMIDAD	ACCIONES	FECHA LÍMITE
No se evidencia la programación de calibración y mantenimiento de los instrumentos de medición (Manómetros Winters de 0-300 psi y 0-58 psi) que son básicos para la operación de la caldera. (Requisito 7.6 de la NTC ISO 9001:2000)	Identificar los equipos de que requieren de calibración.	Diciembre 15 2007
	Solicitar a la División de Mantenimiento Tecnológico el plan de mantenimiento preventivo de los equipos de la DBU.	Noviembre 15 2007
	Elaboración de un instructivo de uso de la caldera de la SCC.	Diciembre15 2007
	Elaboración de un instrumento para facilitar el seguimiento y control del mantenimiento de la caldera.	Noviembre 29 2007
	Socializar el instructivo y el instrumento para el seguimiento y control del mantenimiento de la caldera.	Diciembre 15 2007
No se evidencia un adecuado manejo y organización de los	Compra de un instrumento de medición para el cuarto frío existente.	Noviembre20 2007

alimentos existentes en el cuarto frío, se encontraron en el mismo lugar materias primas, alimentos y otros productos tales como bebidas los cuales no son compatibles para su almacenamiento. (Requisito 7.5.5 de la NTC ISO 9001:2000).	Recibir obra civil de construcción de un cuarto frío y adecuación del cuarto existente.	Noviembre 20 2007
	Elaboración de una guía de almacenamiento seco, refrigerado y congelado.	Noviembre 15 2007
	Elaboración de un instrumento para facilitar el seguimiento y control de la temperatura de los alimentos almacenados en los cuartos fríos.	Noviembre 15 2007
	Socializar la guía de almacenamiento seco, refrigerado y congelado y el instrumento de seguimiento y control de temperatura.	Noviembre 10 2007
No se evidencia los carnés de manipulación de alimentos por parte del personal de la sección de comedores, el cual es un requisito establecido por la Secretaria de Salud.	Oficializar formalmente a la empresa operadora de servicios prestados la responsabilidad de la exigencia del carné de manipulación de alimentos a las operarias del SCC.(Comunicación escrita)	Octubre 19 2007
	Enviar comunicación escrita a la División de Recursos Humanos para que a partir de la fecha, las personas contratadas por outsourcing para prestar sus servicios en comedores y cafetería deban presentar como requisito el carné de "manipulador de alimentos" expedido por la Secretaría de Salud.	Octubre 12 2007
	Establecer periodos para la toma de exámenes, revisión física y tramite de carnés de las manipuladoras de alimentos de la SCC.	Diciembre 15 2007
	Elaborar una guía donde se describan los procedimientos y las recomendaciones para la manipulación y preparación de alimentos.	Noviembre 10 2007
	Socializar los documentos establecidos para la limpieza, desinfección y manipulación de alimentos por medio de charlas y plegables.	Octubre 26 2007
No se evidencia la estandarización de los cuidados necesarios para el almacenamiento y manipulación de las materias primas en la bodega con el fin garantizar una preservación inocua. (Requisito 7.5.5 de la NTC ISO 9001:2000)	Recibir obra civil de construcción y adecuación de espacios suficientes para almacenar los alimentos según sus características.	Noviembre 6 2007
	Elaboración de una guía de almacenamiento seco, refrigerado y congelado.	Noviembre 15 2007
	Elaboración de un instrumento para facilitar el seguimiento y control de la manipulación y almacenamiento de los alimentos de acuerdo a la guía establecida.	Noviembre 15 2007
	Socialización de la guía de almacenamiento seco, refrigerado y congelado y del instrumento de seguimiento y control, al personal de la SCC.	Noviembre 10 2007
No se evidencian los registros de laboratorio para el análisis de control de calidad de los alimentos	Gestionar ante la Escuela de Bacteriología de la Universidad la asesoría para el análisis de peligros y puntos de control crítico.	Diciembre 5 2007

procesados en Comedores (Requisito 8.2.4 de la NTC ISO 9001:2000).	Solicitar cotizaciones (2) para el análisis microbiológico de las muestras de alimentos del Servicio de Comedores y Cafetería.	Diciembre 21 de 2007
	Toma de la muestra para el análisis microbiológico de los alimentos, el cual servirá como base para la elaboración del documento guía y servirá para establecer acciones de mejora.	Diciembre 21 2007
	Socialización del documento donde se establezca el procedimiento de la toma de muestras para el análisis microbiológico.	Marzo 10 2008

Fuente: Autoras

• Acciones Preventivas

Tabla 22. Acciones Preventivas del Proceso BE

OBSERVACIÓN	ACCIONES	FECHA LÍMITE
Reforzar las actividades de socialización con el personal que manipula alimentos para culturizarlos de la importancia de utilizar los elementos necesarios para mantener la inocuidad de los alimentos.	Solicitar a la División de Recursos Humanos la programación de capacitaciones de los colaboradores del Servicio de Comedores y Cafetería.	Enero 30 2008
	Realizar solicitud escrita a todos los trabajadores del Servicio de comedores acerca de la importancia de del uso de implementos de protección personal en el área de trabajo.	Diciembre 21 2007
Establecer una periodicidad para la revisión de documentos (procedimientos, instructivos, manuales y guías) establecidos en el Proceso, con el fin de asegurar la inclusión de todas las actividades desarrolladas para el alcance planteado.	Informar a la Jefe de la Sección de Servicio Integrales de Salud y Desarrollo Psicosocial, sobre la actualización de documentos del SGC, para su control.	Agosto 2008
	Revisión de informes de los documentos existentes en el Proceso.	Agosto 2008
Actualizar el sistema de minutas con el fin de eliminar aquellas que hoy no se utilizan, y de esta forma garantizar una mayor satisfacción de los usuarios de los servicios de comedores y cafetería.	Ejecución del programa de gestión 2008.	Diciembre 2008

Fuente: Autoras

• **Acciones de Mejora**

Tabla 23. Acciones de Mejora del Proceso BE

ASPECTO POR MEJORAR	ACCIONES	FECHA LÍMITE
Fortalecer los mecanismos existentes en el Proceso para el control de las resoluciones y acuerdos donde se establecen disposiciones para el desarrollo del Proceso.	Solicitar a Secretaría General copia en medio físico o magnético de la normatividad interna (resoluciones, acuerdos) que aplique para la administración y funcionamiento de la División de Bienestar Universitario.	Noviembre 15 2007
	Crear una carpeta física donde se evidencie la normatividad interna que aplica a la administración y funcionamiento de la División de Bienestar Universitario.	Enero 30 2008
Establecer las recomendaciones necesarias para la operación y manipulación de los equipos existentes en el área de comedores, tales como la Caldera y Cuartos Fríos.	Solicitar al Jefe de la División de Mantenimiento Tecnológico el apoyo del técnico que manipula la caldera, para obtener la información de manipulación de la caldera.	Diciembre 17 2007
	Elaboración de fichas de operación de los equipos de la cocina: máquina picadora de alimentos, caldera, máquina peladora de alimentos, máquina lavadora de platos.	Enero 30 2008
	Verificar el apoyo del técnico de la División de Mantenimiento Tecnológico, para la elaboración del instructivo de la caldera.	Febrero 15 2008
Elaborar los planes de calidad para cada uno de los Programas Educativo-Preventivos que adelanta el subproceso, con el fin de realizar una adecuada plantación de todas las actividades, recursos y controles necesarios para garantizar el cumplimiento del objetivo planteado.	Solicitar el cronograma de actividades a los líderes de cada programa educativo-preventivo.	Enero 30 2008
	Consolidar la información de cada uno de los Programas Educativo - Preventivos en el modelo de plan de calidad propuesta por la Coordinación del SGC de la Universidad.	Febrero 17 2008
Incorporar dentro de los requisitos por cumplir el decreto 3075 de 1997 y establecer las disposiciones necesarias para asegurar su cumplimiento.	Gestionar la contratación con una empresa especializada en fumigación y control de roedores.	Enero 30 2008
	Solicitar información a la División de Planta física sobre la frecuencia y disposiciones generales de la Universidad para el manejo de residuos sólidos y líquidos.	Enero 30 2008
	Elaboración de las guías de control de roedores y manejo de desechos sólidos y líquidos.	Enero 30 2007
Mejorar la identificación y gestión realizada sobre el ambiente de trabajo necesario para lograr la conformidad de los requisitos del producto.	Solicitar a la División de Planta física las fotos de las reformas locativas que se han adelantado en la División de Bienestar Universitario.	Noviembre 15 2007
	Elaborar un documento donde consolide las reformas locativas que se han adelantado en la DBU.	Noviembre 23 2007

Mejorar el análisis de causas de incapacidades presentadas por los alumnos con el fin de identificar las más representativas y plantear acciones de mejora.	Solicitar al jefe de la División de Sistemas de Información el reporte de incapacidades del último año.	Diciembre 21 2007
	Realizar el consolidado y análisis de incapacidades con el cual se establecen las más repetitivas.	Diciembre 21 2007
Incorporar dentro del SGC las presentaciones desarrolladas en los Programas Educativo – Preventivos, igualmente el portafolio de servicios de la División y establecer el control necesario para asegurar el uso de versiones actualizadas.	Solicitar a cada uno de los profesionales de la DBU a cargo de cada programa, los objetivos, alcance, justificación, desarrollo del programa, el cronograma de actividades, población objetivo, recursos e indicadores,	Diciembre 21 2007
	Elaborar el portafolio de servicios y programas ofrecidos por la DBU.	Diciembre 5 2007

Fuente: Autoras

9.2 PREAUDITORÍA EXTERNA

El día 5 de Diciembre de 2007, se realizó la Preauditoría Externa por parte del ICONTEC, contando con la participación del Auditor Jorge Pinto, quien fue el encargado de realizar la revisión a cada una de las etapas que conforman la implementación del SGC basado en la Norma ISO 9001:2000 y verificación de las acciones correctivas, preventivas y de mejora planteadas para dar solución a las no conformidades, observaciones y aspectos por mejorar descritas en el primer informe de auditoría interna (ver Anexo M).

La verificación tuvo una duración de dos horas, ésta se inició con una presentación del Proceso por parte del líder, con el fin de mostrar los servicios y programas que lo conforman, los indicadores de Gestión, mejoras de la infraestructura de la División, resultados del nivel de satisfacción del usuario y acciones de mejora realizadas. Esta presentación facilitó el desarrollo de la auditoría, puesto que el auditor pudo contextualizar de un mejor modo la implementación del SGC en el Proceso y así plantear interrogantes y solicitar las evidencias que le permitieron avalar la información expuesta.

Finalmente el día 7 de Diciembre se presentó a todos los líderes de los Procesos de apoyo de la Universidad, el informe de auditoría por parte del ICONTEC, en el cual se resaltaron los siguientes aspectos positivos acerca del Proceso BE:

- 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 Calidad.
- El desarrollo propio y aplicación de software en los diferentes procesos con lo cual se agiliza las actividades, al tiempo que implica las labores del personal y mejora el servicio al cliente.
- La destinación de recursos de la Universidad que esperan 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 Educativo-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.

Dentro de los aspectos por mejorar presentados en el informe de auditoría se encuentran:

- La actitud de servicio, para que se estructure formalmente una campaña de sensibilización y concienciación de 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 primario) 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 de 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.
- 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.

Teniendo en cuenta la sugerencia realizada por el auditor del ICONTEC, en cuento a realizar ejercicios dentro de las reuniones de Grupo Primario de detectar no conformidades y potenciales no conformidades; a continuación se presentan las acciones correctivas, preventivas y de mejoras resultantes de un primer ejercicio:

• **Acciones correctivas**

Tabla 24. Acciones Correctivas del Proceso BE

NO CONFORMIDAD	ACCIONES	FECHA LÍMITE
En el área de Psicorientación no se diligencian los registros (en medio físico y el Sistema de información para el manejo de los servicios integrales de salud) descritos en el PBE.07 Procedimiento asignación de citas del área de salud.	Entregar formatos de: tarjeta de citas (FBE.12), (Asignación de citas (FBE.11) y Reporte de citas no asignadas (FBE.39).	Diciembre 11 de 2007
	Solicitar a la División de Servicios de Información capacitación para la secretaria del área de psicorientación.	Enero 30 2007
	Verificar el correcto desarrollo del procedimiento de asignación de citas	Enero 30 de 2008
Mediante queja verbal de un estudiante, se evidenció la incorrecta expedición de solicitud de supletorio (trámite académico-administrativo).	Diseñar una plantilla de elaboración de trámite.	Enero 30 2008
	Delegar a un profesional para el desarrollo de los trámites académico – administrativos, con el fin de garantizar oportunidad y exactitud en el desarrollo de esta actividad.	Enero 30 2008
	Socializar a los profesionales del área de salud, el procedimiento de elaboración de trámites académico – administrativos.	Enero 30 2008

Fuente: Autoras

- **Acciones preventivas**

Tabla 25. Acciones Preventivas del Proceso BE

	ACCIONES	FECHA LÍMITE
No se tiene estandarizado la evaluación de las materias construyendo comunidad I, II y metamorfiando, las cuales se encuentran a cargo del programa educativo preventivo de Preparación para el Ingreso a la Vida Universitaria (PIVU).	Realizar reunión con la Coordinador del programa PIVU, con el fin de conocer la metodología actual de evaluación de las materias.	Enero 30 2007
	Solicitar a la División de Admisiones y Registro Académico los listados de estudiantes matriculados en las materias construyendo comunidad I, II y metamorfiando.	Enero 30 2007
	Corregir y establecer finalmente la guía de atención del programa PIVU, con la participación de la Coordinadora del programa, Coordinadora de Calidad y líder del subproceso.	Enero 30 2007
	Realizar reunión con el Vicerrector Académico para informar y estandarizar la metodología de evaluación de las materias.	Enero 30 2007
	Socializar la guía del programa PIVU a los colaboradores de la Sección de Servicios Integrales de Salud.	Enero 30 2007

Fuente: Autoras

- **Acciones de mejora**

Tabla 26. Acciones de Mejora del Proceso BE

ASPECTO POR MEJORAR	ACCIONES	FECHA LÍMITE
Reorganizar el Programa de Mantenimiento de la Salud, con el fin de fomentar el cuidado prospectivo de la salud en todos los estudiantes que ingresan a la UIS, con énfasis en la detección temprana de factores de riesgo y patologías establecidas, mediante un enfoque biosicosocial, para fomentar en ellos el autocuidado y la cultura de la prevención y el tratamiento oportuno de los problemas de salud.	Delegar el profesional responsable del cumplimiento de las actividades del programa de Mantenimiento de la Salud (MAMSA).	Enero 30 2008
	Elaborar cronograma de actividades y el desarrollo del programa de Mantenimiento de la Salud (MAMSA).	Febrero 17 2008

Mejorar los canales de comunicación con la Comunidad Universitaria para dar a conocer las actividades a desarrollarse en cada uno de los Programas Educativo-Preventivos ofrecidos por el Proceso Bienestar Estudiantil, con el fin de aumentar la participación y satisfacción de los usuarios.	Solicitar a la División de Admisiones y Registro Académico la base de datos de los correos electrónicos de los estudiantes que se encuentran matriculados en el segundo semestre de 2007 en cada uno los Programas Académicos de la Universidad.	Enero 21 2008
	Enviar comunicación de las actividades de los Programas Educativo-Preventivos a los correos electrónicos de los estudiantes inscritos en el semestre.	Marzo 30 2008

Fuente: Autoras

10 MEJORAMIENTO

Tal y como se ha descrito en cada una de las etapas previas: planeación, capacitación, documentación, implementación y evaluación del SGC en el Proceso BE, se han realizado acciones de mejora que contribuyen a la prestación de un mejor servicio y al aumento en el nivel de satisfacción de los usuarios.

Por lo anterior y con el propósito de visualizar las acciones desarrolladas durante el establecimiento del SGC se presenta a continuación cuadros comparativos entre la situación inicial y la situación final luego de concluida la implementación en el Proceso BE:

• PLANIFICACIÓN

SITUACIÓN INICIAL	Carencia de mecanismos o indicadores que permitieran medir y evaluar las acciones que contribuyan a la mejora continua del Proceso.
SITUACIÓN FINAL	Se diseñaron 5 indicadores que miden el desempeño del Proceso: <ul style="list-style-type: none">- Cobertura de servicios (valorado semestralmente).- Participación de actividades educativo-preventivas por programa (valorado una vez al año)- Atención de factores de riesgo biopsicosociales detectados (medición semestral).- Nivel de satisfacción del beneficiario (valorado semestralmente).- Cumplimiento de minutas (medición semestral).

SITUACIÓN INICIAL	El Proceso Bienestar Estudiantil presentaba debilidad en la planificación de cada una de las actividades a desarrollar en los Programas Educativo-Preventivos debido a que los profesionales coordinadores de estos desconocían la aplicabilidad del ciclo PHVA.
SITUACIÓN FINAL	<ul style="list-style-type: none"> - Se estableció el Plan de Calidad, en el cual se puede evidenciar las actividades a desarrollar por cada uno de los programas, objetivos, elementos a utilizar y responsables de su ejecución y de esta forma llevar a cabo una mejor planeación de tiempo y utilización de recursos, y diseñar una estrategia de divulgación. - Se decidió que al finalizar el semestre los profesionales del área de Salud deben reportar la agenda de actividades para los Programas Educativo-Preventivos y los costos que conlleva su ejecución para el siguiente semestre, con el fin de alimentar el Plan de Calidad del subproceso y verificar el impacto que estos están generando en la Comunidad Estudiantil.

• CAPACITACIÓN

SITUACIÓN INICIAL	Los colaboradores del Proceso contaban con conocimientos insuficientes en cuanto a la importancia de la atención al cliente.
SITUACIÓN FINAL	<ul style="list-style-type: none"> - Se programó una capacitación relacionada con la Atención al Cliente en colaboración con el SENA. Esta se llevó a cabo los días 1, 2 y 3 de Octubre en las horas de la mañana para los colaboradores de la SCC; los días 8, 9 y 10 de Octubre en las horas de la tarde para los colaboradores de la Sección de Salud; Los días 8, 9 y 10 de Octubre en las horas de la mañana a los colaboradores de las dos secciones que no podían asistir a los horarios anteriores. - El desarrollo de esta capacitación permitió iniciar con la creación de la cultura del buen trato, partiendo desde el manejo de su convivencia con los compañeros de trabajo hasta la relación que se debe tener con los usuarios del servicio.

• DOCUMENTACIÓN

SITUACIÓN INICIAL	Los documentos y registros se modificaban sin ningún control ni procedimiento.
--------------------------	--

SITUACIÓN FINAL	<ul style="list-style-type: none"> - Se cuenta con 2 procedimientos documentados para llevar el control de documentos y registros, y así estandarizar la metodología a desarrollar para la actualización de los diferentes documentos, estos procedimientos fueron establecidos por el Proceso Gestión Documental para toda la Universidad. - Se estableció la revisión semestral de los documentos aprobados, por parte de cada uno de los colaboradores del Proceso BE implicados, con el propósito de garantizar la veracidad de la información descrita en ellos.
------------------------	---

SITUACIÓN INICIAL	El Proceso carecía de un registro que permitiera controlar la cantidad de insumos y alimentos entregados a las Jefes de Cocina en cada preparación realizada.
SITUACIÓN FINAL	Se elaboró el formato FBE.04 denominado “Entrega y devolución de insumos”, con el fin de que el responsable del almacén diligencie las cantidades y tipo de producto entregado o devuelto y la jefe de cocina valide esta información con su firma.

SITUACIÓN INICIAL	No se registraba formalmente los pedidos de alimentación especial realizados por las UAA lo cual no permitía controlar los pagos de estos.
SITUACIÓN FINAL	Se diseñó e implementó el formato FBE.40 denominado “Solicitud servicio de alimentación especial”, con el propósito de estandarizar el registro y evidenciar la recepción y atención del servicio.

SITUACIÓN INICIAL	El Proceso BE presentaba ausencia de registro de los motivos por los cuales se devuelve mercancía a los proveedores de alimentos.
SITUACIÓN FINAL	Se elaboró el formato FBE.47 denominado “Devolución de mercancía”, en el cual se describe el motivo por el cual se devuelve el producto, quedando una copia para el proveedor y otra para el almacenista de DBU, esto permite tener evidencia de los productos entregados en mal estado y de esta manera garantizar en un futuro una mejor calidad de los productos.

SITUACIÓN INICIAL	Las excusas a la inasistencia presentadas por los estudiantes beneficiarios del Servicio de Comedores eran entregadas en cualquier tipo de hoja, en la cual se explicaba los motivos de su inasistencia.
SITUACIÓN FINAL	Se creó el formato FBE.20, cuyo nombre es “justificación de inasistencia al servicio de comedores”, con el fin de estandarizar y facilitar la recolección de las excusas de los estudiantes inasistentes al servicio.

SITUACIÓN INICIAL	No existía un registro que permitiera conocer la ubicación de las Historias Clínicas cuando estas eran solicitadas por algún profesional.
SITUACIÓN FINAL	Se diseñó el formato FBE.36 Control Archivo Historia Clínica, con el fin de establecer en qué lugar se encuentran en caso de préstamo.

• IMPLEMENTACIÓN

SITUACIÓN INICIAL	Los mecanismos de comunicación interna eran insuficientes para la divulgación de las decisiones tomadas por la dirección y la información del Sistema de Gestión de Calidad.
SITUACIÓN FINAL	Se establecieron diferentes reuniones y comités con periodicidad definida: Reunión Grupo Primario, Reunión Mejoramiento de Calidad (SSISDP), Comité de Bienestar Universitario, Grupo Interdisciplinario, Comité Bienestar para Bienestar, Reunión Mejoramiento de Calidad (Sección Comedores y Cafetería), Comité adjudicación cupos comedores, Comité adjudicación cupos residencias.

SITUACIÓN INICIAL	No se realizaba control de los alimentos preparados en el servicio de comedores y cafetería que garantizara la inocuidad de estos.
SITUACIÓN FINAL	Se realizó una toma de muestras microbiológicas a los alimentos que componen el almuerzo, lo cual permitió conocer el estado actual de estos y de esta forma establecer la periodicidad y el tipo de pruebas que evidencien la inocuidad de los productos ofrecidos en los servicios de comedores y cafetería.

SITUACIÓN INICIAL	En la parte posterior al edificio de la DBU se encuentra ubicado el molino de desechos orgánicos, el cual genera contaminación en el área de la cocina, comedor estudiantil, cafetería y el área de salud.
SITUACIÓN FINAL	Se llevó la solicitud a la reunión del Comité de Calidad con el fin de gestionar el traslado del molino, debido a que la Secretaria de Salud lo sugirió en la última visita realizada al Servicio de Comedores y Cafetería, con el propósito de garantizar la elaboración y manipulación adecuada de los alimentos ofrecidos. De esta solicitud se acordó el traslado del Molino a una zona del campus que no afecte los servicios de salud y alimentación.

SITUACIÓN INICIAL	La bodega de alimentos no perecederos se encontraba en condiciones inadecuadas, de forma que no se podía garantizar la correcta preservación de los alimentos que allí se almacenaban.
SITUACIÓN FINAL	Se realizaron reformas de infraestructura en el área de cocina del Servicio de Comedores y la bodega en seco y en frío de insumos y alimentos, con el fin de garantizar una correcta preservación de estos, y por consiguiente entregar un producto de mejor calidad. El proyecto de remodelación de las zonas anteriormente mencionadas se tenía planteado y aprobado desde el año 2006, la implementación del SGC contribuyó con aportes basados en el Decreto 3075, el cual reglamenta las condiciones generales de equipos y utensilios en la fabricación de alimentos.

• EVALUACIÓN

SITUACIÓN INICIAL	Las quejas, reclamos y sugerencias percibidas por los usuarios no eran registradas y estandarizadas formalmente impidiendo su seguimiento del Proceso.
SITUACIÓN FINAL	<ul style="list-style-type: none"> - La Universidad diseñó un formato electrónico en la página web (Veeduría Ciudadana), en donde se puede registrar la queja y esta será gestionada por la Dirección de Control Interno y Evaluación de Gestión, y luego será dirigida a los responsables para su respectiva solución. - Se elaboraron tres buzones de sugerencias, para los servicios de salud, Programas Educativo-Preventivos y cafetería, con sus respectivos formatos que facilitan la recolección, análisis y toma de decisiones sobre las sugerencias realizadas por los beneficiarios.

SITUACIÓN INICIAL	La generación y registro de las acciones correctivas, preventivas y de mejora no hacía parte de la cultura organizacional del Proceso BE.
SITUACIÓN FINAL	<ul style="list-style-type: none"> - Se tiene un procedimiento documentado que estandariza las acciones correctivas y preventivas, con el fin de establecer las actividades necesarias para la identificación de sus causas, control y seguimiento adecuado de las acciones, de tal manera que permitan eliminar las causas de no conformidades reales y potenciales relacionadas con el producto o servicio prestado. Procedimiento establecido por el Proceso Seguimiento Institucional. - Mediante las sensibilizaciones se está generando en los colaboradores del Proceso BE la cultura de reportar acciones correctivas, preventivas y de mejora desde su puesto de trabajo. - Durante las reuniones de Grupo Primario se estableció que éste sería el encargado de reportar y registrar las acciones correctivas, preventivas y acciones de mejora, y a su vez se realizaría su análisis para la eliminación de la causa raíz. Para estandarizar dicho registro el Proceso de Seguimiento Institucional diseñó e implementó los respectivos formatos para las acciones preventivas, correctivas y acciones de mejora.

SITUACIÓN INICIAL	El Proceso de Bienestar Estudiantil contaba con un mecanismo insuficiente de seguimiento y medición para conocer la satisfacción del beneficiario.
SITUACIÓN FINAL	<p>Se establecieron 3 instrumentos para evaluar la satisfacción del beneficiario:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Encuesta de Satisfacción del Beneficiario del Servicio de Salud. - Encuesta de Satisfacción del Beneficiario de Programas Educativo-Preventivos. - Encuesta de Satisfacción del Beneficiario del Servicio de Cafetería. <p>Los resultados obtenidos por la aplicación de las encuestas de satisfacción, se pueden tomar acciones más acertadas para aumentar la satisfacción de los beneficiarios.</p>

SITUACIÓN INICIAL	El mecanismo para verificar el cumplimiento y mejora del Sistema de Gestión de Calidad dentro del Proceso BE es insuficiente para conocer las debilidades, oportunidades y fortalezas presentes en el desarrollo diario de las actividades.
SITUACIÓN FINAL	Existe un procedimiento documentado que estandariza la metodología a seguir para la planificación, ejecución y seguimiento de las Auditorías internas de Calidad, con el propósito de verificar que el Sistema de Gestión de Calidad es conforme con las disposiciones planificadas, con los requisitos de norma, los requisitos del usuario y los requisitos establecidos por la Institución. Procedimiento establecido por el Proceso Seguimiento Institucional.

SITUACIÓN INICIAL	El Proceso presentaba carencia de mecanismos de seguimiento, para garantizar el cumplimiento de las acciones tomadas en busca del mejoramiento continuo.
SITUACIÓN FINAL	Se establecieron los siguientes mecanismos de seguimiento: <ul style="list-style-type: none"> - El resultado de las Auditorías Internas de Calidad. - El resultado de las encuestas de satisfacción aplicadas a los usuarios. La eficacia de las acciones correctivas, preventivas y de mejoras propuestas.

SITUACIÓN INICIAL	La ausencia de la definición de los Productos No Conformes que se pueden detectar dentro del Proceso, no permitía establecer mecanismos de control y mejora para evitar la frecuencia de ocurrencia de estos.
SITUACIÓN FINAL	Se tiene un procedimiento documentado que asegura que los productos o servicios no conformes presentados se identifiquen y controlen para prevenir su uso o entrega no intencional, así como establecer las responsabilidades y autoridades relacionadas con su tratamiento. Procedimiento establecido por el Proceso Seguimiento Institucional

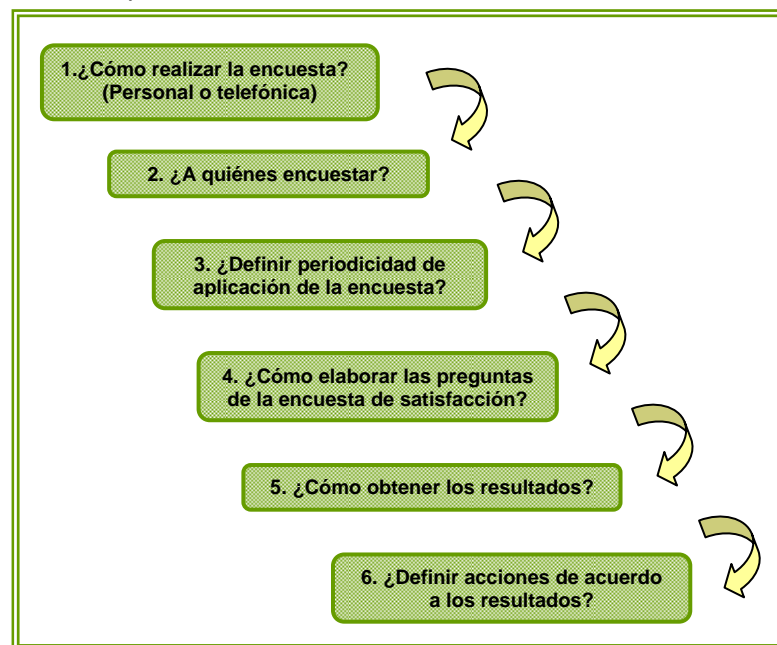
10.1 ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN

Como una de las medidas del desempeño del SGC en el Proceso BE se realizó el seguimiento de la información relacionada con el nivel de satisfacción de los

usuarios de forma que se utilizara el mejor método para obtener dicha información, y así proponer acciones en busca del mejoramiento y la satisfacción de ellos.

Para diseñar el instrumento con el cual se midiera el nivel de satisfacción de los usuarios del Proceso se tuvo en cuenta los aspectos mencionados en la Figura 21.

Figura 21. Aspectos claves para definir la encuesta de satisfacción del beneficiario del Proceso BE



Fuente: Coordinación SGC UIS

En el Proceso Bienestar Estudiantil se realizaron encuestas de satisfacción para medir el nivel de satisfacción de los usuarios para cada uno de los servicios, es decir, se elaboró un formato para evaluar el Servicio de Salud, los Programas Educativo-Preventivos y el Servicio de Cafetería (ver Anexos N, O, P). Estas encuestas se realizaron personalmente con los beneficiarios de cada uno de los servicios.

Para determinar el número de encuestas a aplicar en los Servicios de Salud y Cafetería, se utilizó la herramienta estadística de muestreo simple; para los Programas Educativo-Preventivos, se estipuló que se tomará como mínimo una

muestra del 10% de los participantes de cada una de las actividades que estos desarrollan.

A continuación, se presenta la fórmula utilizada para hallar el tamaño de la muestra (Servicios de Salud y Cafetería):

$$n = \frac{Z^2 * P * Q}{D^2 + \frac{Z^2 * P * Q}{N}}$$

Donde:

Z: Porcentaje de la curva normal correspondiente a un “X” de confianza. El Nivel de Confianza se refiere a la probabilidad de que el valor real de un parámetro se encuentre dentro de los límites específicos en la estimación que se quiere calcular. El nivel de confianza que queremos es del 95% para un valor de Z=1.96.

P: Prevalencia del evento del estudio En este estudio es la variable USO.

Q: Complemento de P, es decir, 1-P.

D: Nivel de precisión deseado. En nuestra muestra es del 5% (0.05).

N: Población total de estudiantes. En este estudio para determinar la población total, se escogió la cantidad de estudiantes que cancelaron derechos de salud en el segundo semestre de 2006: 9524 estudiantes; esto para el caso de las consultas asistenciales y para el Servicio de Cafetería se tomó un valor aproximada de toda la Comunidad Universitaria.

Seguidamente se presentan las Tabla 27 y 28 en la que se especifica el tamaño de muestra (n) por disciplina aplicado al Servicio de Salud y al Servicio de Cafetería:

Tabla 27. Tamaño de muestra (n) para el Servicio de Salud

Disciplina	Usuarios (1 vez)	N	P (%)	Q (%)	n
Medicina	1588	9524	16,67	83,33	209
Odontología	1092	9524	11,47	88,53	154
Enfermería	1115	9524	11,70	88,3	150
Trabajo Social	429	9524	4,5	95,5	66
Psicología	396	9524	4,16	95,84	61
Fisioterapia	306	9524	3,21	96,79	48
Ginecología	114	9524	1,2	98,8	18
Psicopedagogía	110	9524	1,15	98,85	17
Psiquiatría	45	9524	0,47	99,53	7
Homeopatía	9	9524	0,09	99,91	2
TOTAL					732

Fuente: Autoras

Tabla 28. Tamaño de muestra (n) para el Servicio de Cafetería

Servicio	Usuarios	N	P (%)	Q (%)	n
Cafetería	860	15000	5.73	94.27	83

Fuente: Autoras

Como tercer aspecto tenido en cuenta fue la definición de la periodicidad de la aplicación de la encuesta, para lo cual se determinó que sería semestralmente (semestre académico), y de esta forma tomar decisiones que permitan prestar un mejor servicio. Cabe aclarar que hasta la fecha no ha culminado el semestre académico, por lo tanto para las encuestas de satisfacción del Servicio de Salud y Programas Educativo-Preventivos se presentan resultados parciales.

Para la elaboración de las preguntas se tuvieron en cuenta los aspectos de servicio, talento humano y equipos e instalaciones locativas, esto para las encuestas del Servicio de Salud y Programas Educativo-Preventivos, adicionalmente para el Servicio de Cafetería se evaluó el aspecto de producto-alimento.

Para la consolidación de la encuestas de satisfacción se diseñó una plantilla de recolección de datos, con el fin de tabular la información, y finalmente generar gráficas estadísticas que faciliten la visualización de la satisfacción de los usuarios y proceder a su respectivo análisis.

Finalmente se definió que la persona responsable de tabular esta información deberá presentar un informe al finalizar el semestre académico, planteando acciones de mejora a los aspectos más relevantes y realizando un comparativo con los resultados del semestre anterior.

Seguidamente se presentan las propuestas de mejora establecidas, según el informe de resultados de las encuestas de satisfacción del Proceso (ver Anexo Q):

❖ Propuestas de mejoras según resultados de las encuestas de satisfacción

Con los resultados obtenidos de la medición del nivel de satisfacción de los usuarios, se logró plantear las siguientes acciones de mejora:

- **Servicio de Salud**

- Revisar periódicamente el proceso de asignación de citas para su mejoramiento; una de las actividades ya implementadas para su mejoramiento es la asignación de citas de forma telefónica.

- Capacitar y apoyarse en los médicos internos para mejorar la atención de TRIAGE, de forma que se pueda prestar un servicio oportuno.
 - Con el apoyo de la Coordinación del SGC y la insistencia de la DBU, se logró que se habilitara el ingreso a la SSISDP por la puerta principal (primer piso); ya que se evidenció en las observaciones realizadas en las encuestas de satisfacción de fisioterapia, la dificultad que presentan las personas que requieren de implementos terapéuticos para su movilización.
- **Servicio Cafetería**
 - Se llevó a cabo una jornada de capacitación de 12 horas con la temática del “Servicio al Cliente”, puesto que en las observaciones de las encuestas de satisfacción se presentó la inconformidad con la atención por parte de las colaboradoras del servicio, sin embargo se hace necesario reforzar continuamente acerca de este tema.
 - Apoyar toda actividad relacionada con la consecución de recursos para mejoras de infraestructura; actualmente se está adelantando una reestructuración a la cafetería.
- **Programas Educativo-Preventivos**
 - Reforzar las estrategias de divulgación para el conocimiento de los programas, tales como la actualización de la base de correos electrónicos de los estudiantes, para enviar la programación e información de las actividades a desarrollar semanalmente.

- Abrir más espacios físicos para las tutorías del Programa de Asesoría para el Mejoramiento Académico (PAMRA); actualmente se está adelantando la construcción de aulas para tal fin.

11 EVALUACIÓN DEL PROYECTO

11.1 CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS

Cada una de las actividades realizadas durante la práctica empresarial, eran direccionadas hacia la consecución de los objetivos propuestos en el Plan de Proyecto. Es así como en la Tabla 29 se visualiza el cumplimiento de cada uno los objetivos específicos y se describe concretamente el desarrollo de éste dentro de la implementación en el SGC en el Proceso BE.

Tabla 29. Cumplimiento de objetivos

OBJETIVO GENERAL	CUMPLIMIENTO
Diseñar, documentar, implementar y proponer mejoras al proceso de Bienestar Estudiantil enmarcado en el Sistema de Gestión de Calidad de la Universidad Industrial de Santander y fundamentado en el cumplimiento de los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2000, de forma que se contribuya con el compromiso de mejora continua en el proceso.	Con la implementación del SGC en el Proceso Bienestar Estudiantil, se creó la necesidad y compromiso con el mejoramiento continuo, realizando jornadas de socialización y actividades para involucrar a todas los colaboradores del Proceso.
OBJETIVO ESPECIFICO	CUMPLIMIENTO
Identificar y valorar los sub-procesos de Bienestar Estudiantil, por medio de la elaboración de un informe diagnóstico que permita visualizar su situación actual conforme a los requisitos de la Norma NTC ISO 9001:2000 y de esta forma proseguir al establecimiento de la estructura documental que se requiere.	Con la elaboración del prediagnóstico se identificaron los servicios y programas ofrecidos por la DBU, lo cual facilitó el establecimiento de los subprocesos en la etapa de planeación de este proyecto (numeral 5.7), para finalmente determinar las necesidades de documentación que permitiera estandarizar y mejorar las actividades desarrolladas en el Proceso.

<p>Consolidar un sistema de indicadores de gestión por medio del cual se midan y controlen los procesos administrativos y operativos del proceso de Bienestar Estudiantil, con el propósito de garantizar un mejoramiento continuo del servicio educativo que ofrece la Universidad Industrial de Santander.</p>	<p>Dentro de la planeación del SGC del Proceso BE se estableció un sistema de indicadores (numeral 5.9) que favorece tomar decisiones de mejora para cada uno de los subprocesos identificados previamente.</p>
<p>Implementar el Sistema de Gestión de la Calidad de acuerdo a los lineamientos y exigencias de la norma NTC ISO 9001:2000, que contribuya en la satisfacción de la comunidad y el reconocimiento de su función imprescindible dentro de la formación integral que imparte la Universidad.</p>	<p>La implementación del SGC se evidencia en el capítulo 8 de este documento; allí se aprecian actividades como la revisión, validación, socialización e implementación de los documentos, facilitadas por diferentes estrategias de divulgación, tales como carpetas personalizadas de Calidad, folletos, carteleras, boletín informativo NOTI-BIENESTAR, estrategias motivadoras y demás actividades descritas en el capítulo. Se resalta como una de las actividades de mayor impacto el desarrollo de jornadas de capacitación, las cuales permitieron el conocimiento de la Norma por parte de los colaboradores de la DBU.</p>
<p>Elaborar un plan de acciones correctivas a partir de los resultados de las auditorías internas aplicadas al Proceso de Bienestar Estudiantil, con el fin de eliminar las no conformidades encontradas y así garantizar el total cumplimiento de los requisitos de la norma para la revisión por parte del organismo certificador.</p>	<p>El desarrollo de la auditoría interna, contribuyó al diseño y establecimiento de planes de acción que comprometieran al mejoramiento del Proceso, esto se evidencia en el capítulo 9.1.4.</p>

Fuente: Autoras

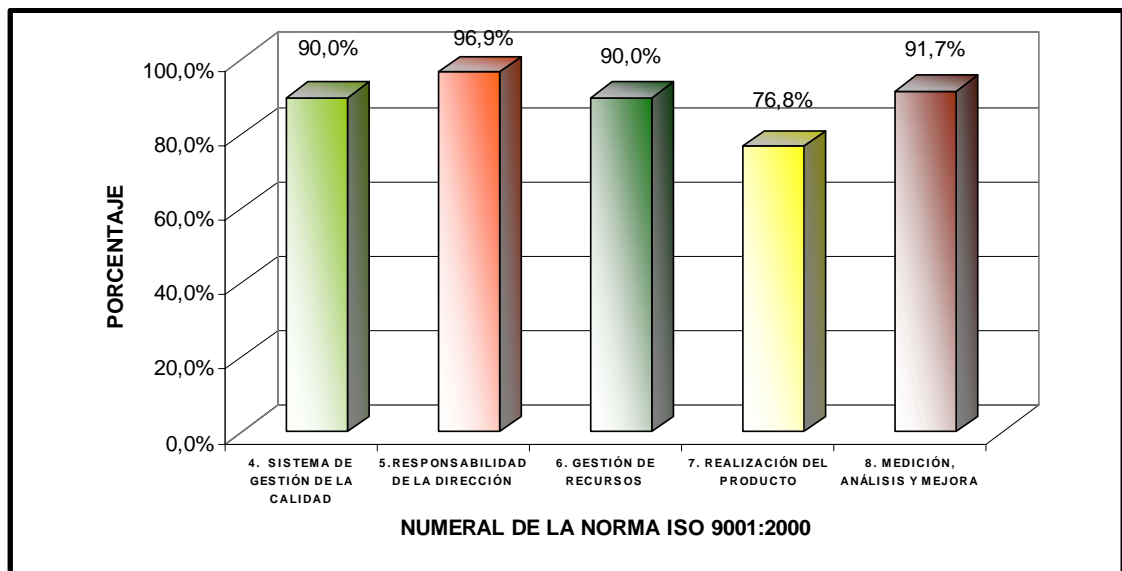
11.2 PERFIL FINAL DEL SGC DEL PROCESO BIENESTAR ESTUDIANTIL

Teniendo en cuenta el porcentaje de cumplimiento de la Norma ISO 9001:2000 determinado con el diagnóstico del Proceso BE (ver numeral 4.6 del libro), se hace necesario realizar de la misma forma el perfil final de la implementación del

SGC, con el propósito de determinar el porcentaje de avance en el cual se encuentra el Proceso con respecto a la Norma.

En la Figura 22 se observa que el numeral en el cual existió un mayor avance en cuanto a los requisitos de la Norma es el de “Responsabilidad de la Dirección” (numeral 5), seguidamente el numeral 8 “Medición, Análisis y Mejora” con un 91,7% de implementación, debido a que se desarrolló una auditoría interna de calidad y una preauditoría externa, alcanzando la mayoría de los puntos una valoración de cuatro, lo que significa que ya fue auditado y se encuentra en proceso de mejoramiento.

Figura 22. Porcentaje de implementación del SGC según la Norma ISO 9001:2000



Fuente: Autoras

Por otro parte, el numeral 7 que hace relación a la “Realización del Producto” presenta el porcentaje de implementación más bajo, puesto que aún no se ha realizado la evaluación a los proveedores de alimentos perecederos y no perecederos y esto no permite evidenciar el total cumplimiento del numeral.

Finalmente en la Tabla 30, se observan los porcentajes obtenidos en cada uno de los numerales de la norma, de lo cual se puede inferir con respecto al porcentaje del 18,9% del diagnóstico inicial se incrementó en 70,2 puntos porcentuales en el transcurso de la práctica empresarial descrita en este documento, dejando implementadas las bases del SGC y de esta forma garantizar un buen desempeño del Proceso en la futura auditoría por parte del ente certificador.

Tabla 30. Porcentaje de implementación final del SGC

NUMERAL	DESCRIPCIÓN	PORCENTAJE
4	Sistema de Gestión de la Calidad	90,0%
5	Responsabilidad de la dirección	96,9%
6	Gestión de recursos	90,0%
7	Realización del producto	76,8%
8	Medición, análisis y mejora	91,7%
PUNTAJE TOTAL DE IMPLEMENTACIÓN		89,1%

Fuente: Autoras

CONCLUSIONES

El trabajo de grado desarrollado en la División Bienestar Universitario de la Universidad Industrial de Santander, favoreció con la dinámica de mejoramiento del desempeño de los servicios ofrecidos a la Comunidad Universitaria y en particular a los estudiantes. Es así como se abrió el espacio que facilitara el análisis del estado actual de los procesos administrativos, operativos y asistenciales reconociendo de esta forma deficiencias y oportunidades de mejora que permitieran llevar a cabo reformas estructurales en la unidad de modo que se fortalezca la cultura de calidad en la prestación de los servicios y el ofrecimiento de los programas.

Por su parte, todas las decisiones tomadas en el marco de la implementación del Sistema de Gestión de Calidad provenían en su gran mayoría de la Vicerrectoría Administrativa y del Comité de Calidad de la Universidad. Es importante destacar el compromiso y apoyo de toda la Universidad en el avance del proyecto emprendido hacia la Certificación, y en particular reconocer en la Jefatura de la DBU responsable del Proceso Bienestar Estudiantil el establecimiento de estrategias de comunicación que permitieron despertar el interés y motivar la participación de todo el personal de la División.

En cuanto a la participación y compromiso de los colaboradores del Proceso Bienestar Estudiantil es necesario reconocer su relevancia, debido a que fue fundamental para el buen desarrollo de las jornadas de capacitación y socialización del Sistema de Gestión de Calidad, y de esta forma garantizar la apropiación de la cultura de calidad en cada una de las actividades realizadas a diario.

El bienestar de los estudiantes de la Universidad es considerado un aspecto que contribuye directamente a la formación integral de los futuros profesionales, lo cual permite evidenciar lo valioso que ha sido su gestión reconociendo que al ser una institución pública cuenta con presupuesto limitado. Sin embargo, los recursos destinados a esta función han permitido a lo largo del tiempo el desarrollo creciente de Programas Educativo-Preventivos, ampliación de beneficios ofertados a la Comunidad Estudiantil y la inversión en remodelación de espacios físicos donde se brinda un bienestar con calidad.

Las actividades desarrolladas por cada uno de los colaboradores del Proceso BE, es fundamental en la prestación de los servicios ofertados, ya que estas personas tienen tareas específicas para realizar diariamente y tan solo cada uno conoce el procedimiento a seguir y le inyectan el componente humano elemental para la calidad del mismo. Por tal razón, el diseño de la documentación de las actividades que se realizan en el Proceso, permitió estandarizar, mejorar y evidenciar el paso a paso del desarrollo de las acciones diarias de los puestos de trabajo, y a su vez demostrar la transparencia con la cual se administran los recursos.

Por otra parte, considerando los portales de Internet en las organizaciones como un canal efectivo de comunicación tanto a nivel externo como interno, se identificó que la DBU presenta una desventaja en la información presentada en materia de divulgación de las actividades y avances obtenidos en comparación con unas de las mejores universidades del país. Por esto, se requiere adecuar el portal de Internet de la UIS con una estructura de información informática completa, real y actualizada que integre todos los servicios y programas de modo que se visualice y se refleje el impacto a la comunidad.

Ahora bien, en su proceso de mejoramiento e implementación del SGC, el Proceso BE debe contar con herramientas que contribuyan a la evaluación de sus

actividades, de sus objetivos y de sus resultados a mediano y largo plazo, es por tal motivo que se diseñó un Sistema de Gestión de Indicadores que permite conocer el desempeño del Proceso de forma numérica, con el propósito de evaluar las acciones realizadas en el tiempo de su recolección y de esta forma plantear acciones de mejora que permitan el mejoramiento continuo del Proceso.

El Proceso BE implementó un SGC, el cual refleja una mejor planificación de sus actividades, el logro de objetivos y la realización de acciones encaminadas a la mejora continua. Todo esto gracias al compromiso de la Jefatura de la DBU y el trabajo en equipo consolidado con cada uno de los colaboradores del Proceso.

La Auditoría Interna de Calidad y la Preauditoría Externa realizadas fueron parte de las herramientas que permitieron identificar las fortalezas, oportunidades de mejora y debilidades del Proceso; logrando así plantear un plan de acción de mejora, de modo que favorezca la prestación del servicio y preparar al Proceso para la auditoría de otorgamiento de la Certificación.

Conocer los requisitos y necesidades de los usuarios es fundamental para identificar oportunidades de mejora en la prestación del servicio, por esto se implementaron estrategias tales como un buzón de sugerencias y la aplicación de encuestas de satisfacción de los servicios de Salud, Cafetería y Programas Educativo-Preventivos, por medio de las cuales se conoce directamente el nivel de aceptación por parte de los beneficiarios a los servicios recibidos. Aunque los resultados obtenidos en las encuestas fueron satisfactorios con una satisfacción del 79%, se debe continuar con la política mejoramiento continuo y con el desarrollo de estas herramientas.

La implementación del SGC en el Proceso Bienestar Estudiantil permitió no solo la estandarización de procesos sino también justificar las mejoras locativas de las

áreas de bodega, cocina y cafetería enmarcadas estas dentro del Proyecto de Modernización y Adecuación Tecnológica de Bienestar Universitario de modo que se pudiera dar cumplimiento a los requisitos de ley establecidos por el Ministerio de Salud en el Decreto 3075 de 1997 garantizando condiciones adecuadas en conservación y preparación de alimentos.

Es vital destacar el avance que se ha obtenido en la implementación del SGC en el Servicio de Salud, pues se ha adelantado en gran parte el proceso necesario para obtener la habilitación del sistema de salud (Decreto 1011 de 2006 – Ministerio de la Protección Social). Y dentro de esta implementación se pudo detectar las 10 causas de morbilidad más frecuentes en cada disciplina, se documentaron las guías y protocolos para el tratamiento de las consultas de medicina, odontología y enfermería las cuales son las más utilizadas por los beneficiarios, y finalmente de esta forma se da cumplimiento a unos de los requisitos exigidos para la obtención de la habilitación y para un servicio más asertivo.

Con el diagnóstico realizado en la fase inicial de la implementación del Sistema según la Norma NTC ISO 9001:2000 tuvo un valor de 18.9%, y al finalizar el proyecto se obtuvo un porcentaje del 89,1%, destacando el numeral “Responsabilidad por la dirección” con el 96,9%. Estos resultados reflejan el comportamiento y desempeño que ha obtenido el Proceso BE, en pro de las mejoras de sus actividades y la percepción de la Comunidad Universitaria.

El trabajo de grado modalidad práctica empresarial permite al estudiante aplicar los conocimientos adquiridos durante su formación académica en la Universidad y complementarla en un continuo aprendizaje sobre los procesos organizacionales y las variables que sobre en ellos influyen, como lo son las variables de tipo humano, legal, financiero y procedimental.

RECOMENDACIONES

A continuación se presentan una serie de recomendaciones producto del trabajo desarrollado y que de acuerdo y en la medida de las posibilidades la administración de la División, deberán realizar por cuanto de ellas se obtendrán mejoras en el Proceso:

Para conservar el Sistema de Gestión de Calidad en el Proceso Bienestar Estudiantil y acogerlo como parte de la Cultura de la Organización se requiere del compromiso constante de todos sus miembros con el propósito de contribuir al mejoramiento continuo.

Debido a la cantidad de servicios, programas y beneficios que ofrece la División de Bienestar Universitario obliga a que el Proceso requiera la asignación de un Profesional encargado de su seguimiento, identificación necesidades y oportunidades de mejora, con el ánimo de preservar la cultura de calidad en la prestación de sus servicios y ofrecimiento de sus programas a la Comunidad Estudiantil en particular.

Por su parte, durante de la implementación del Sistema de Gestión de Calidad en el Proceso BE se creó la necesidad de utilizar y aprovechar las ventajas que ofrece el ciclo PHVA en todas las actividades que se desarrollan, pues para evaluar el desempeño y rendimiento de las actividades realizadas, se hace necesario planear y crear unos objetivos y metas específicos que permitan finalmente evidenciar el nivel de cumplimiento logrado y así diseñar acciones de mejora que garanticen la satisfacción de los beneficiarios.

En cuanto a los indicadores del Sistema de Gestión de Calidad deberán convertirse en un instrumento para toma decisiones en el corto, mediano y largo plazo y ayudar al seguimiento y control de cada una de estas acciones con el fin de mejorar continuamente los servicios prestados.

La participación de todos los miembros de la organización en la búsqueda del mejoramiento continuo es vital, por lo cual se recomienda facilitar un espacio donde se puedan llevar a cabo reuniones que permitan generar nuevas ideas con el ánimo de motivar y fomentar la actitud hacia el cambio.

Finalmente, se deberá diseñar e implementar el cronograma de capacitaciones de refuerzo de los temas relacionados con el SGC y las socializaciones acerca de los documentos específicos del área de trabajo de los colaboradores del Proceso Bienestar Estudiantil, con el propósito de actualizar e informar sobre los avances del SGC.

BIBLIOGRAFÍA

COLOMBIA. CONGRESO. Ley 872 de 2003, Diciembre 30, Por la cual se crea el sistema de gestión de la calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios. Bogotá, D.C.: El Congreso, 2003.

DIVISIÓN DE BIENESTAR UNIVERSITARIO, Portafolio de programas y servicios. Bucaramanga: División de publicaciones UIS, 2006.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN. (ICONTEC). Norma Técnica Colombiana ISO 9000:2000 Sistemas de gestión de la calidad. Fundamentos y vocabulario. Bogotá, D.C, 2002.

-----Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2000. Sistema de Gestión de Calidad. Requisitos, Bogotá D.C, 2000.

SÁENZ Silvia Juliana, CAMARGO Irma Paola, Diseño de los Procesos de la División de Bienestar Universitario. Universidad Industrial de Santander. 2005.

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE.(SENA). Curso Senavirtual ISO 9000. Norma de Calidad ISO 9001:2000. Modulo 1 de formación: Fundamentación del sistema de Gestión de la Calidad. Bogotá D.C. Semana 1. Julio de 2005.

----- Curso Senavirtual ISO 9000. Evolución de la calidad. Modulo 1 de formación: Fundamentación del sistema de Gestión de la Calidad. Semana 1. Bogotá D.C: Julio de 2005.

STANDARD AUSTRALIA INTERNACIONAL. Traducción al Español realizada por el ICONTEC. Guía para la implementación de ISO 9000 en empresas de servicios.

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER. Acuerdo Consejo Superior N° 73 de 2005.

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER. Descripción general, Principios, Reseña Histórica y generalidades, políticas y funciones de la Vicerrectoría Administrativa. [en línea]. Bucaramanga, Febrero 2007. Disponible en <www.uis.edu.co>

----- Programa de Gestión Institucional 2007. Planeación Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Noviembre 2006. Pág 13.

<http://www.icontec.org.co/Contents/e-Mag/Files/seleccyuso.pdf>. Febrero 2007.


http://www.cna.gov.co/cont/acr_alt_cal/index.htm. Febrero 2007.

http://www.iram.com.ar/Documentos/Certificacion/Sistemas/ISO9000_2000/Calidad.pdf. Febrero 2007.



<http://www.mollabs.com/archivos/calidad.pdf>. Febrero 2007.

ANEXOS


ANEXO A. Caracterización del Proceso Bienestar Estudiantil

	PROCESO BIENESTAR ESTUDIANTIL		Código: CBE01
	CARACTERIZACIÓN DE PROCESO BIENESTAR ESTUDIANTIL		Versión: 01
			Página 1 de 4
Revisó	Jefe D.B.U.	Aprobó	Fecha de aprobación

OBJETIVO	Ofrecer y mantener servicios y programas que promuevan la formación integral y el mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad estudiantil.			
ALCANCE	Prestación de servicios para la Atención en Salud en el primer nivel de complejidad, Programas Educativo-Preventivos en salud y Atención Socio-Económica a estudiantes de pregrado y postgrado tiempo completo (Maestría y Doctorado) de la Universidad Industrial de Santander.			
PROVEEDORES	ENTRADAS	ACTIVIDADES	SALIDAS	BENEFICIARIOS
Internos: Todos los procesos UAA Externos: Estudiantes Comunidad Universitaria Facultad de Salud Convenios docente-asistencial con universidades Secretaría de Salud Municipal y Departamental Min de Protección Social Min de Educación Laboratorios farmacéuticos Comité de BU Profamilia Productores y comercializadores de alimentos, abarrotes y artículos de aseo Redes de Apoyo Acudientes de los estudiantes ASCUN Aseguradora HUS Hospital Psiquiátrico San Camilo	<ul style="list-style-type: none"> • Normas y lineamientos de la gestión • Políticas Nacionales de Bienestar Universitario • Necesidades de información académica de estudiantes • Necesidades Socio-Económicas de los estudiantes • Necesidades de servicio de alimentación • Necesidades y expectativas de los estudiantes • Necesidades de productos farmacéuticos y biológicos • Necesidad de póliza de accidentes • Necesidades exámenes médicos • Necesidades de compras • Información del proceso • Informe de auditorías • No Conformidades 	<ul style="list-style-type: none"> • Planear actividades y desarrollar actividades programadas • Preparar los alimentos • Atender los servicios • Gestionar programas • Coordinar Eventos • Asignar citas • Realizar Consulta • Generar incapacidades y certificados • Realizar procedimientos ambulatorios menores • Formular medicamentos y recomendaciones • Elaborar informes • Medir el desempeño del proceso a través del cumplimiento de indicadores de gestión y actividades de seguimiento • Mejorar continuamente el proceso mediante la aplicación de acciones correctivas, preventivas y de mejora 	<ul style="list-style-type: none"> • Agenda de trabajo semanal de profesionales • Cita asignada (Ticket de asignación de cita) • Formula Médica (emitida) • Medicamento Suministrado • Comunidad informada • Personas atendidas, formadas y educadas • Solicitud atendida • Raciones preparadas • Eventos atendidos • Informe de gestión • Acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento • Informe de desempeño del proceso • Acciones aplicadas eficazmente 	<ul style="list-style-type: none"> • Comunidad Universitaria • Acudientes de los estudiantes • Redes de apoyo • Entidades y órganos con nexos a la UIS con requerimientos de servicios de alimentación • Seguimiento institucional

 	PROCESO BIENESTAR ESTUDIANTIL	Código: CBE01
	CARACTERIZACIÓN DE PROCESO BIENESTAR ESTUDIANTIL	Versión: 01
		Página 2 de 3



RECURSOS	RESPONSABLES	REQUISITOS	MEDICIÓN DEL PROCESO (Indicadores)
<p>Recursos físicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instalaciones físicas de comedores, cafetería, servicios de salud, programas preventivos, psicorientación y residencias • Bienes Muebles • Utensilios y Menaje • Implementos de aseo • Equipos de cocina • Equipos Médicos, Odontológicos, de enfermería y de fisioterapia • Equipo para asistencia individual • Equipos audiovisuales y de comunicación • Material didáctico e impreso (Pruebas, Test, Folletos, Cartillas, Plegables) 	<p>Líder del proceso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jefe de División Bienestar Universitario <p>Colaboradores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jefe de sección de Comedores y Cafetería • Jefe Sección de Servicios de Salud Integral y Desarrollo Psicosocial • Coordinador de programas preventivos • Jefe de cocina • Auxiliares: cafetería y comedores • Auxiliares: administrativo, control registradora, de almacén • Almacenista • Estudiantes Auxiliares • Aseador • Profesionales en las áreas de: Medicina, Enfermería, Odontología, Psicología, Trabajo Social, Psicopedagogía, Nutrición, Fisioterapia, Psiquiatría, Ginecología, Homeopatía • Auxiliares de: Enfermería, Odontología, consultorio médico y servicios generales • Almacenista de Farmacia • Médicos Internos • Secretarías • Tutores • Orientadores • Promotores • Estudiantes y docentes Convenios Docente-asistencial (enfermería, nutrición, fisioterapia, psiquiatría, ginecología, psicología y trabajo social) 	<p>Beneficiario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alimentación exquisita, nutritiva, saludable e higiénica • Alojamiento en condiciones adecuadas de higiene, salubridad y seguridad • Atención respetuosa y oportuna • Alta variación del menú del día • Presentación y porciones de alimentos adecuadas en el plato diario • Organización y limpieza tanto del salón como de los implementos en que se sirve la comida • Tiempo de espera mínimo para ser atendido • Tutores con pedagogía • Información veraz • Conformidad del servicio de salud • Atención oportuna e inmediata en el servicio de treage • Remisiones pertinentes • Atención profesionalizada • Existencia de medicamentos requeridos para el tratamiento a seguir <p>Legales y reglamentarios: Ver Listado Maestro de Documentos Externos</p>	Ver Hoja de Vida de Indicadores
<p>Software</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sistema de información elaboración de minuta • Sistema de información para la inscripción, adjudicación y manejo de ingreso y asistencia de de los servicios de comedores • Sistema de información Almin • SIMSIS II 			


	PROCESO BIENESTAR ESTUDIANTIL	Código: CBE01
	CARACTERIZACIÓN DE PROCESO BIENESTAR ESTUDIANTIL	Versión: 01
		Página 3 de 3

		De la organización: <ul style="list-style-type: none"> • Acuerdo 133 de 1993 Consejo superior • Resolución 832 de 1999 Rectoría • Acuerdo 100 de 1999 Consejo Superior • Acuerdo 090 del 19 de Septiembre de 1984 Consejo Superior • Acuerdo 001 del 2 de Febrero de 1987 Consejo Superior • Acuerdo 005 del 12 de Marzo de 2007 Consejo Superior • Acuerdo 069 del 25 de Noviembre de 1997 Consejo Superior • Acuerdo 019 de Marzo de 2004 Consejo Superior 	
		NTC-ISO 9001:2000 Ver Matriz de Interrelación de Requisitos	
SEGUIMIENTO Y MONITOREO DEL PROCESO	REGISTROS DEL PROCESO	DOCUMENTOS DE REFERENCIA	
<ul style="list-style-type: none"> • Reunión Mejoramiento de Calidad (SSISDP) (Mensual) • Reunión Mejoramiento de Calidad (Comedores) (Mensual) • Reunión Mejoramiento de Calidad (Cafetería) (Mensual) • Comité de Bienestar Universitario (Mensual) • Reunión Grupo Interdisciplinario (Quincenal) • Comité Bienestar para Bienestar (Mensual) • Comité adjudicación cupos comedores (Semestral) • Comité adjudicación cupos residencias (Semestral) • Reunión de Grupo primario (Quincenal) • Seguimiento a encuestas de satisfacción • Seguimiento a indicadores • Auditorías internas 	Ver Listado Maestro de Registros	Ver listado Maestro de Documentos Internos	

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

ANEXO B. Informe de desempeño del Proceso BE

 		PROCESO SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL HOJA DE VIDA DE INDICADORES							
		HOJA DE VIDA DE INDICADORES							
NOMBRE DEL INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	META	SERVICIO	MÉTODO DE CÁLCULO	UNIDAD	FRECUENCIA	FUENTE DE DATOS	SENTIDO (Maximizar, minimizar o mantener)	RESPONSABLE DE MEDIR
Cobertura de servicios	Ofrecer y mantener servicios de alimentación, alojamiento y atención en salud a la Comunidad Universitaria para contribuir al mejoramiento de su calidad de vida.	7596	Comedores	(# de cupos adjudicados / # total de solicitudes de estudiantes) * 100	96	Semestral	Sistema de Información (soporte Informático)	Mantener	Auxiliar Administrativo de S.C.C.
			Casos especiales de comedores			Semestral	Acta de adjudicación		Auxiliar Administrativo de S.C.C.
		30	Residencias	(# de cupos adjudicados / # total de solicitudes de estudiantes que cumplen con los criterios) * 100	96	Anual	Sistema de Información (Datos registrados en material físico)		Profesional en Trabajo Social. Coordinador Residencias Universitarias
			Atención en salud	(# de solicitudes(citas) adjudicadas / # total de solicitudes realizadas por los beneficiarios) * 100	96	Semestral	Sistema de Información (Datos registrados en material físico) Formato Reporte de Citas no Asignadas (FBE.39)		Secretaria C.I.A.E
			Programas Educativo-Preventivos				Sistema de Información (Datos registrados en material físico) Formato Reporte de Citas no Asignadas (FBE.39)		Coordinadora de Programas Preventivos - Secretaria Psicorientación
			Atención en salud	(# de consultas atendidas / # de consultas disponibles) * 100	96	Semestral	Sistema de información		Jefe S.S.I.S.D.F.
			Atención en salud	(# de estudiantes que solicitan atención (1 Vez) / # de estudiantes que pagan derechos de salud) * 100	96	Semestral	Sistema de información		Jefe S.S.I.S.D.F.
		25	Auxilio Fondo Patrimonial	# estudiantes beneficiados	# Personas	Semestral	Sistema de Información (Datos registrados en material físico)		Secretaria DBU
Participación de actividades educativo-preventivas por programa	Fomentar en la comunidad estudiantil la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el autocuidado y la adopción de estilos de vida saludables que propendan por una mejor calidad de vida y una nueva cultura de salud.		Programas Educativo-Preventivos	# de personas beneficiarios	# Personas	Anual	Planillas de Registro Labor educativa de cada programa (FBE.16)	Maximizar	Profesional responsable de la actividad y de cada programa

	HOJA DE VARIABLES
	PROCESO SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL

Cobertura de servicios - Servicio de Comedores	Sem I-2007	
# de cupos adjudicados	1760	
# total de solicitudes de estudiantes	2311	
RESULTADO	76%	
META	75%	

Cobertura de servicios- Residencia Universitaria	2007	
# de cupos adjudicados	9	
# total de solicitudes de estudiantes que cumplen con los criterios	18	
RESULTADO	50%	
META	30%	

Cobertura de servicios - Auxilio Fondo Patrimonial	Sem I-2007	
# de personas participantes	14	
RESULTADO	14	
META	25	

Nivel de Satisfacción de los beneficiarios - Estudiantes	SEM 2 - 2007	
Promedio de la Calificación real obtenida	3,21	
Calificación máxima posible	4	
RESULTADO	80%	
META	80%	

Nivel de Satisfacción de los beneficiarios - Docentes	SEM 2 - 2007	
Promedio de la Calificación real obtenida	2,74	
Calificación máxima posible	4	
RESULTADO	69%	
META	80%	

Nivel de Satisfacción de los beneficiarios - Trabajadores UIS	SEM 2 - 2007	
Promedio de la Calificación real obtenida	2,69	
Calificación máxima posible	4	
RESULTADO	67%	
META	80%	

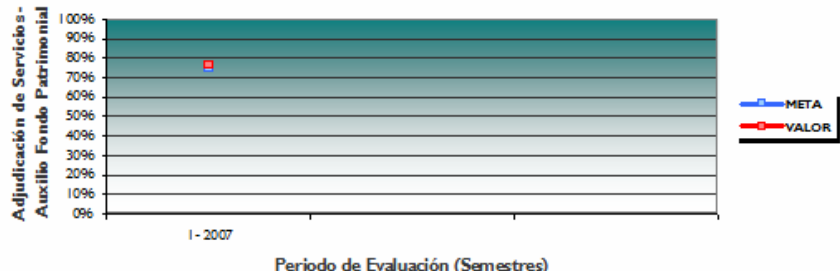
Nivel de Satisfacción de los beneficiarios - Personal Externo	SEM 2 - 2007	
Promedio de la Calificación real obtenida	2,77	
Calificación máxima posible	4	
RESULTADO	69%	
META	80%	
Oportunidad en el servicio - Estudiantes	Sem 2-2007	
Promedio de la calificación real de la	3,15	
calificación máxima posible	4	
RESULTADO	79%	
META	75%	
Oportunidad en el servicio - Docentes	Sem 2-2007	
Promedio de la calificación real de la	2,40	
calificación máxima posible	4	
RESULTADO	60%	
META	75%	
Oportunidad en el servicio - Trabajador UIS	Sem 2-2007	
Promedio de la calificación real de la	2,60	
calificación máxima posible	4	
RESULTADO	65%	
META	75%	
Oportunidad en el servicio - Personal Externos	Sem 2-2007	
Promedio de la calificación real de la	3,25	
calificación máxima posible	4	
RESULTADO	81%	
META	75%	
Eficacia del proceso	Sem 2-2007	
ΣEficacia de los indicadores del proceso	10,60	
Nº total de indicadores del proceso	11	
RESULTADO	96%	
META	90%	

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

PROCESO	BIENESTAR ESTUDIANTIL	SUBPROCESO	Atención socioeconómica
Fecha de Seguimiento:	28 de Noviembre de 2007		
DESEMPEÑO DEL PROCESO			

I. COMPORTAMIENTO DE INDICADORES

NOMBRE DEL INDICADOR	Cobertura de Servicio- Servicio de Comedores		OBJETIVO	Ofrecer y mantener servicios de alimentación, alojamiento y atención en salud a la Comunidad Universitaria para contribuir al mejoramiento de su calidad de vida.	
Meta	75%	Frecuencia de medición	Semestral	Unidad	%
Responsable de medir	Auxiliar Administrativo S.C.C.	Periodo de seguimiento	I - Semestre de 2007	Sentido (Maximizar, minimizar o mantener)	Mantener

RESULTADOS	
 <p style="text-align: center;">Periodo de Evaluación (Semestres)</p>	<p>OBSERVACIONES: Para el segundo semestre de 2007 no se cuenta con datos, debido a que se tiene una fecha máxima de adjudicación de cupos para casos especiales (15 Diciembre).</p> <p>ACCIONES DE MEJORA:</p> <p>RESPONSABLE</p>

SEMESTRE	PERIODO DE EVALUACION	
	I - 2007	
VALOR	76%	
META	75%	

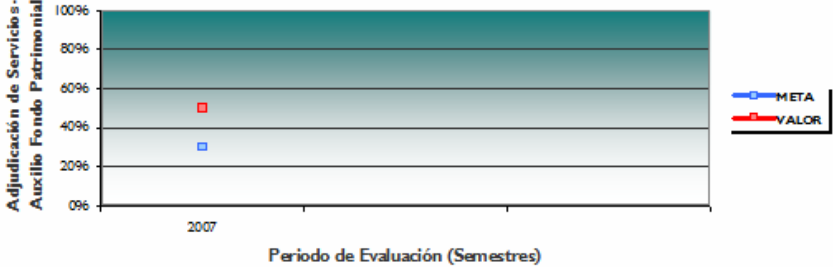
	INFORME DE DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS	Código: FSE.10
		Versión: 01

PROCESO	BIENESTAR ESTUDIANTIL	SUBPROCESO	Atención socioeconómica
Fecha de Seguimiento:	28 de Noviembre de 2007		

DESEMPEÑO DEL PROCESO

I. COMPORTAMIENTO DE INDICADORES

NOMBRE DEL INDICADOR	Cobertura de servicios - Residencia Universitaria		OBJETIVO	Ofrecer y mantener servicios de alimentación, alojamiento y atención en salud a la Comunidad Universitaria para contribuir al mejoramiento de su calidad de vida.	
Meta	30%	Frecuencia de medición	Anual	Unidad	%
Responsable de medir	Profesional en Trabajo Social. Coordinador Residencias Univesritarias	Periodo de seguimiento	2007	Sentido (Maximizar, minimizar o mantener)	Mantener

RESULTADOS	
 <p align="center">Periodo de Evaluación (Semestres)</p>	<p>OBSERVACIONES: Este indicador se toma de acuerdo con la disponibilidad de habitaciones desocupadas en la residencia universitaria masculina.</p> <p>ACCIONES DE MEJORA:</p> <p>RESPONSABLE</p>

AÑO	PERIODO DE EVALUACION	
2007	VALOR	META
	50%	30%

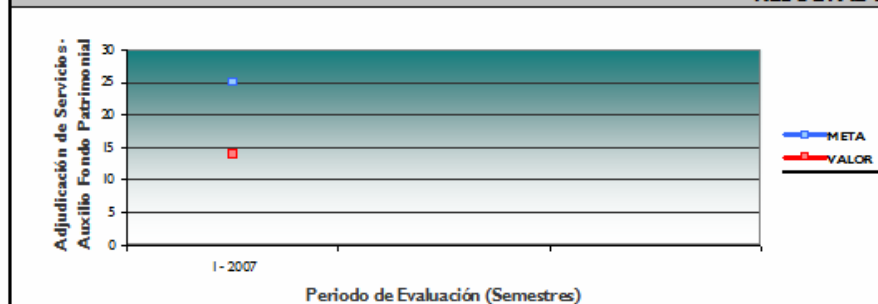
	INFORME DE DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS	Código: FSE.10
		Versión: 01

PROCESO	BIENESTAR ESTUDIANTIL	SUBPROCESO	Atención socioeconómica
Fecha de Seguimiento:	28 de Noviembre de 2007		
DESEMPEÑO DEL PROCESO			

I. COMPORTAMIENTO DE INDICADORES

NOMBRE DEL INDICADOR	Cobertura de servicios - Auxilio Fondo Patrimonial		OBJETIVO	Ofrecer y mantener servicios de alimentación, alojamiento y atención en salud a la Comunidad Universitaria para contribuir al mejoramiento de su calidad de vida.	
Meta	25	Frecuencia de medición	Semestral	Unidad	# de Personas
Responsable de medir	Secretaria D.B.U	Periodo de seguimiento	I- Semestre de 2007	Sentido (Maximizar, minimizar o mantener)	Máximizarse

RESULTADOS



OBSERVACIONES:
No se cuenta con los datos del segundo semestre del 2007, puesto que el proceso de adjudicación del beneficio fondo p

ACCIONES DE MEJORA: Fortalecer los canales de comunicación con los estudiantes para dar a conocer el beneficio de fondo patrimonial.

RESPONSABLE
lefe División Bienestar Universitario

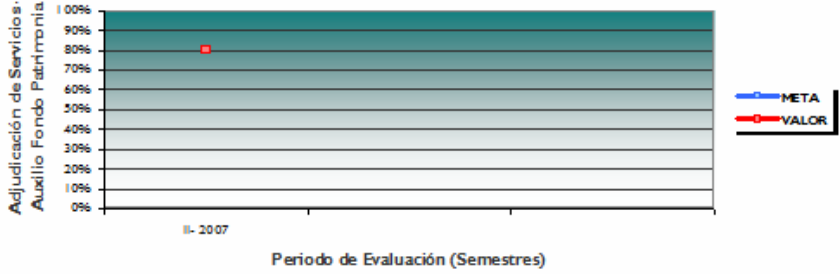
SEMESTRE	I- 2007	PERIODO DE EVALUACIÓN	
VALOR	14		
META	25		

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

PROCESO	BIENESTAR ESTUDIANTIL	SUBPROCESO	
Fecha de Seguimiento:	28 de Noviembre de 2007		
DESEMPEÑO DEL PROCESO			

I. COMPORTAMIENTO DE INDICADORES

NOMBRE DEL INDICADOR	Nivel de satisfacción de los beneficiarios de los procesos de apoyo - Estudiantes	OBJETIVO	Evaluar el nivel de satisfacción de los beneficiarios		
Meta	80%	Frecuencia de medición	Semestral	Unidad	%
Responsable de medir	Profesional en cada área de salud, Profesional responsable de cada programa y Profesional en Nutrición S.C.C	Periodo de seguimiento	II - Semestre de 2007	Sentido (Maximizar, minimizar o mantener)	Máximizar

RESULTADOS	
 <p align="center">Periodo de Evaluación (Semestres)</p>	<p>OBSERVACIONES: Se presenta el indicador, pero hasta el momento no se ha terminado de realizar todas las encuestas (Servicios de Salud y Programas Educativo Preventivos).</p> <p>ACCIONES DE MEJORA:</p> <p>RESPONSABLE</p>

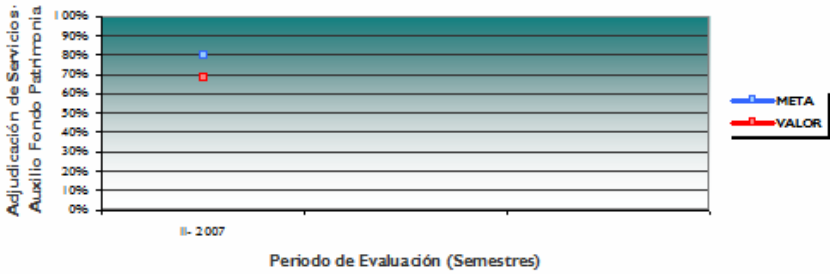
PERIODO DE EVALUACION	
SEMESTRE	II- 2007
VALOR	80%
META	80%

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

PROCESO	BIENESTAR ESTUDIANTIL	SUBPROCESO	
Fecha de Seguimiento:	28 de Noviembre de 2007		
DESEMPEÑO DEL PROCESO			

I. COMPORTAMIENTO DE INDICADORES

NOMBRE DEL INDICADOR	Nivel de satisfacción de los beneficiarios de los procesos de apoyo - Docentes		OBJETIVO	Evaluar el nivel de satisfacción de los beneficiarios	
Meta	80%	Frecuencia de medición	Semestral	Unidad	%
Responsable de medir	Profesional en cada área de salud, Profesional responsable de cada programa y Profesional en Nutrición S.C.C		Periodo de seguimiento	II - Semestre de 2007	Sentido (Maximizar, minimizar o mantener)
					Maximizar

RESULTADOS	
 <p align="center">Periodo de Evaluación (Semestres)</p>	OBSERVACIONES: ACCIONES DE MEJORA: RESPONSABLE

SEMESTRE	II- 2007	
VALOR	69%	
META	80%	



INFORME DE DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS

Código: FSE.10

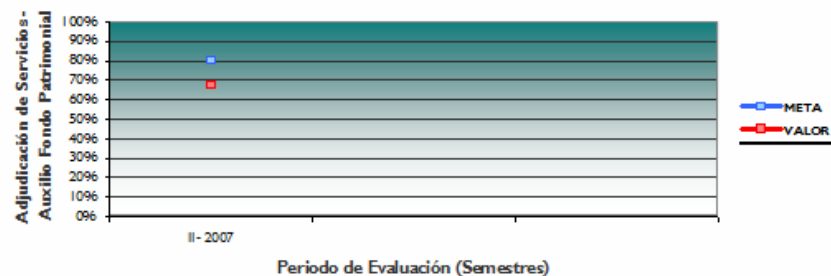
Versión: 01

PROCESO	BIENESTAR ESTUDIANTIL	SUBPROCESO	
Fecha de Seguimiento:	28 de Noviembre de 2007		
DESEMPEÑO DEL PROCESO			

I. COMPORTAMIENTO DE INDICADORES

NOMBRE DEL INDICADOR	Nivel de satisfacción de los beneficiarios de los procesos de apoyo - Trabajadores UIS	OBJETIVO	Evaluar el nivel de satisfacción de los beneficiarios		
Meta	80%	Frecuencia de medición	Semestral	Unidad	%
Responsable de medir	Profesional en cada área de salud, Profesional responsable de cada programa y Profesional en Nutrición S.C.C	Periodo de seguimiento	II - Semestre de 2007	Sentido (Maximizar, minimizar o mantener)	Máximizar

RESULTADOS



OBSERVACIONES:

ACCIONES DE MEJORA:

RESPONSABLE

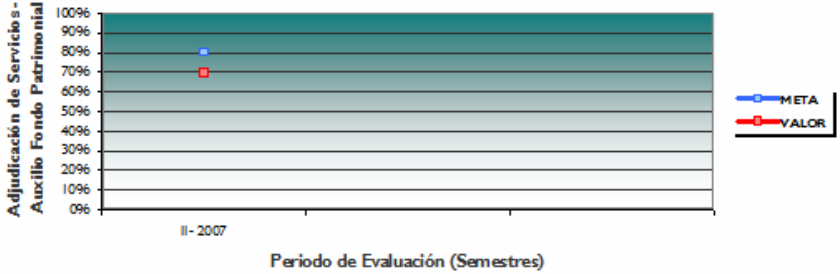
SEMESTRE	II- 2007	PERIODO DE EVALUACION
VALOR	67%	
META	80%	

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


PROCESO	BIENESTAR ESTUDIANTIL	SUBPROCESO	
Fecha de Seguimiento:	28 de Noviembre de 2007		
DESEMPEÑO DEL PROCESO			

I. COMPORTAMIENTO DE INDICADORES

NOMBRE DEL INDICADOR	Nivel de satisfacción de los beneficiarios de los procesos de apoyo - Personal externo		OBJETIVO	Evaluar el nivel de satisfacción de los beneficiarios	
Meta	80%	Frecuencia de medición	Semestral	Unidad	%
Responsable de medir	Profesional en cada área de salud, Profesional responsable de cada programa y Profesional en Nutrición S.C.C	Periodo de seguimiento	II - Semestre de 2007	Sentido (Maximizar, minimizar o mantener)	Máximizar

RESULTADOS	
 <p align="center">Periodo de Evaluación (Semestres)</p>	OBSERVACIONES: Se presenta el indicador, pero hasta el momento no se ha terminado de realizar todas las encuestas. ACCIONES DE MEJORA: RESPONSABLE

PERIODO DE EVALUACION	
SEMESTRE	II- 2007
VALOR	69%
META	80%

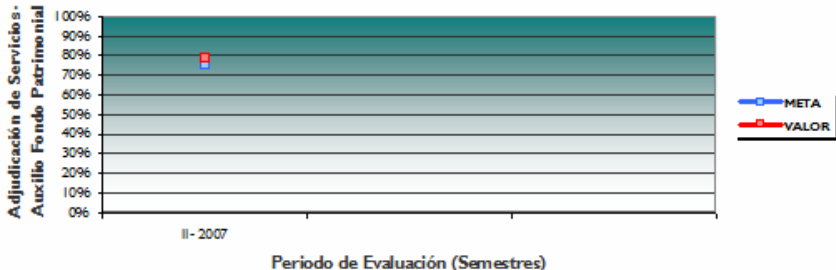
	INFORME DE DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS	Código: FSE.10
		Versión: 01

PROCESO	BIENESTAR ESTUDIANTIL	SUBPROCESO	
Fecha de Seguimiento:	28 de Noviembre de 2007		
DESEMPEÑO DEL PROCESO			

I. COMPORTAMIENTO DE INDICADORES

NOMBRE DEL INDICADOR	Oportunidad en el servicio - Estudiantes	OBJETIVO	Medir la oportunidad en la entrega o prestación de los servicios.		
Meta	75%	Frecuencia de medición	Semestral	Unidad	%
Responsable de medir	Profesional en cada área de salud, Profesional responsable de cada programa y Profesional en Nutrición S.C.C	Periodo de seguimiento	II - Semestre de 2007	Sentido (Maximizar, minimizar o mantener)	Máximiziar

RESULTADOS

	OBSERVACIONES: Los datos utilizados para este indicador, fueron tomados de los puntos: • Tiempo de entrega del producto (Prontitud) de la encuesta del servicio de cafetería.
	ACCIONES DE MEJORA:
	RESPONSABLE

SEMESTRE	II- 2007	PERIODO DE EVALUACION	
VALOR	79%		
META	75%		



INFORME DE DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS

Código: FSE.10

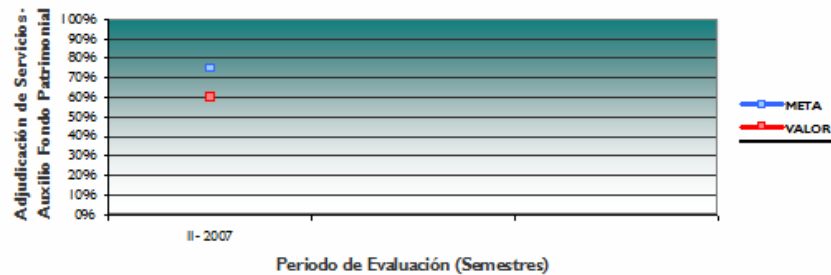
Versión: 01

PROCESO	BIENESTAR ESTUDIANTIL	SUBPROCESO	
Fecha de Seguimiento:	28 de Noviembre de 2007		
DESEMPEÑO DEL PROCESO			

I. COMPORTAMIENTO DE INDICADORES

NOMBRE DEL INDICADOR	Oportunidad en el servicio - Docentes	OBJETIVO	Medir la oportunidad en la entrega o prestación de los servicios		
Meta	75%	Frecuencia de medición	Semestral	Unidad	%
Responsable de medir	Profesional en cada área de salud, Profesional responsable de cada programa y Profesional en Nutrición S.C.C	Periodo de seguimiento	II - Semestre de 2007	Sentido (Maximizar, minimizar o mantener)	Máximizarse

RESULTADOS



OBSERVACIONES:

Los datos utilizados para este indicador, fueron tomados de los puntos:
 • Tiempo de entrega del producto (Prontitud) de la encuesta del servicio de cafetería.

ACCIONES DE MEJORA:

RESPONSABLE

	PERIODO DE EVALUACION	
SEMESTRE	II- 2007	
VALOR	60%	
META	75%	

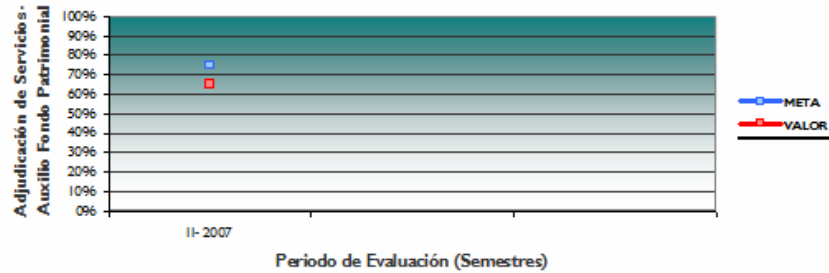
	INFORME DE DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS	Código: FSE.10
		Versión: 01

PROCESO	BIENESTAR ESTUDIANTIL	SUBPROCESO	
Fecha de Seguimiento:	28 de Noviembre de 2007		
DESEMPEÑO DEL PROCESO			

I. COMPORTAMIENTO DE INDICADORES

NOMBRE DEL INDICADOR	Oportunidad en el servicio - Trabajador UIS	OBJETIVO	Medir la oportunidad en la entrega o prestación de los servicios		
Meta	75%	Frecuencia de medición	Semestral	Unidad	%
Responsable de medir	Profesional en cada área de salud, Profesional responsable de cada programa y Profesional en Nutrición S.C.C	Periodo de seguimiento	II - Semestre de 2007	Sentido (Maximizar, minimizar o mantener)	Máximizarse

RESULTADOS



OBSERVACIONES:
Los datos utilizados para este indicador, fueron tomados de los puntos:
• Tiempo de entrega del producto (Prontitud) de la encuesta del servicio de cafetería.

ACCIONES DE MEJORA:

RESPONSABLE

SEMESTRE	II- 2007	PERIODO DE EVALUACION	
VALOR	65%		
META	75%		

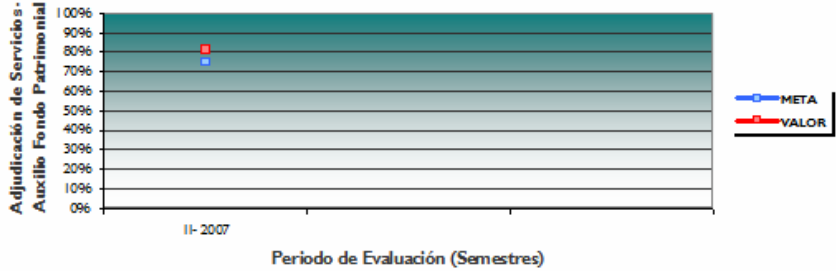
	INFORME DE DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS	Código: FSE.10
		Versión: 01

PROCESO	BIENESTAR ESTUDIANTIL	SUBPROCESO	
Fecha de Seguimiento:	28 de Noviembre de 2007		
DESEMPEÑO DEL PROCESO			

I. COMPORTAMIENTO DE INDICADORES

NOMBRE DEL INDICADOR	Oportunidad en el servicio - Personal Externo	OBJETIVO	Medir la oportunidad en la entrega o prestación de los servicios		
Meta	75%	Frecuencia de medición	Semestral	Unidad	%
Responsable de medir	Profesional en cada área de salud, Profesional responsable de cada programa y Profesional en Nutrición S.C.C	Periodo de seguimiento	II - Semestre de 2007	Sentido (Maximizar, minimizar o mantener)	Maximizar

RESULTADOS

	OBSERVACIONES: Los datos utilizados para este indicador, fueron tomados de los puntos: • Tiempo de entrega del producto (Prontitud) de la encuesta del servicio de cafetería.
	ACCIONES DE MEJORA:
	RESPONSABLE

SEMESTRE	II- 2007	PERIODO DE EVALUACION	
VALOR	81%		
META	75%		

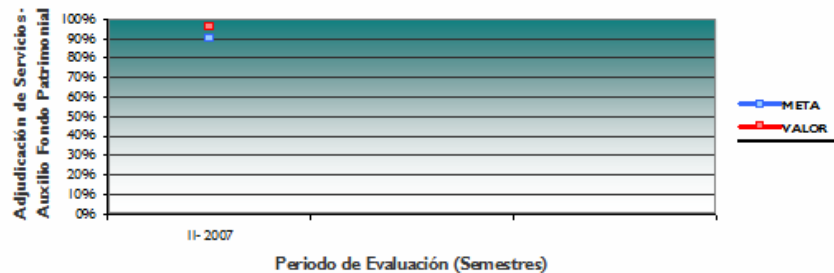
	INFORME DE DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS	Código: FSE.10
		Versión: 01

PROCESO	BIENESTAR ESTUDIANTIL	SUBPROCESO	
Fecha de Seguimiento:	28 de Noviembre de 2007		
DESEMPEÑO DEL PROCESO			

I. COMPORTAMIENTO DE INDICADORES

NOMBRE DEL INDICADOR	Eficacia del Proceso	OBJETIVO	Medir el cumplimiento de los indicadores del proceso		
Meta	90%	Frecuencia de medición	Semestral	Unidad	%
Responsable de medir	Profesional de la DBU	Periodo de seguimiento	II - Semestre de 2007	Sentido (Maximizar, minimizar o mantener)	Máximizar

RESULTADOS



OBSERVACIONES:
Este indicador es parcial, debido a que no se cuenta con la medición de todos los indicadores planteados para el Proceso BE.

ACCIONES DE MEJORA:

RESPONSABLE

SEMESTRE	II - 2007	PERIODO DE EVALUACION	
VALOR	96%		
META	90%		

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

2. SEGUIMIENTO AL PRODUCTO Y/O SERVICIO NO CONFORME

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

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

Origen	Cantidad	Nº Acciones Abiertas		Nº Acciones Cerradas		Observaciones
		AC	AP	AC	AP	
Auditoría Interna	8	3	1	2	2	
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
8	3	5	

¹Hace referencia al servicio donde se presentó el PNC

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

5. DIFICULTADES EN EL DESARROLLO DEL PROCESO

- La complejidad de la División de Bienestar Univesitario ha exigido un importante esfuerzo adicional para las personas responsables del S.G. C. Teniendo en cuenta los múltiples servicios y programas que se ofrecen.
- La resistencia al cambio por parte de algunos de los colaboradores del proceso ha dificultado el cumplimiento de las acciones correctivas, preventivas y de mejora.

6. NECESIDADES DEL PROCESO/SUBPROCESO PARA CUMPLIR LAS METAS

A continuación se enuncian algunas de las necesidades más prioritarias del proceso:

- Recurso Humano.
- Apoyo por parte de la División de Mantenimiento Tecnológico.
- Apoyo de la División de Sistemas de Información.

7. RECOMENDACIONES

- Es indispensable continuar con el apoyo del Recurso Humano (Auxiliares Administrativos) asignado por la Vicerrectoría Administrativa.
- Fortalecer y apoyar las propuestas para el mejoramiento de los sistemas informáticos y nuevos desarrollos.

ANEXO C. Taller Acciones Correctivas y Producto No Conforme

Taller Acciones Correctivas y Producto No conforme.

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. Incluir en el informe técnico del cliente, el capítulo faltante para aclarar los resultados conforme con los requisitos del contrato. _____
2. Vender productos no conformes como saldos e imperfectos.

3. Antes de iniciar su producción, se solicitó autorización al cliente para utilizar la materia prima Tipo A en las primeras 2000 unidades, mientras llegaba la materia prima acordada inicialmente. _____.
4. Con el fin de atender la queja No. 44, se aprobó la compra de sillas y un televisor, que permita una espera más cómoda y ordenada para los clientes.

ANEXO D. Folleto de capacitación acerca de auditoría

¿QUÉ ES UNA AUDITORÍA?

"Proceso sistemático, independiente, documentado, para obtener evidencia y evaluarla objetivamente, con el fin de determinar en que grado se cumplen los criterios de la auditoría" ISO 19011

¿PARA QUÉ REALIZAR UNA AUDITORÍA?

- Detectar oportunidades para la mejora continua.
- Asegurar la implementación eficiente y eficaz de los procesos.
- Identificar fortalezas y debilidades del Sistema de Gestión de Calidad.
- Evaluar el compromiso del talento humano de la Universidad.
- Ejecutar seguimiento de las acciones correctivas y preventivas (eficacia).
- Conocer la capacidad del SGC para cumplir con los requisitos de la norma ISO 9001: 2000 y otros requisitos legales y reglamentarios.

¿QUÉ SE VERIFICA EN UNA AUDITORÍA?

- Adecuación de la documentación que describe la operación de los procesos y disponibilidad los mismos.
- Indicadores de Gestión de procesos.
- Aplicación de las Acciones correctivas y preventivas en cada proceso.
- Satisfacción de los beneficiarios y de las partes interesadas.
- Planes de mejora
- Seguimiento del desempeño de los procesos y control de no conformidades.
- Asignación clara de responsabilidades y niveles de autoridad.
- Compromiso y cultura de calidad por parte del talento humano de la Universidad.
- Suficiencia de los recursos y ambiente de trabajo.
- Despliegue de directrices y objetivos de calidad de proceso.

¿QUÉ RESULTADOS PUEDO ESPERAR DE UNA AUDITORÍA?

1. Conocimiento acerca de cómo funciona un proceso
 - La forma en que el procedimiento actual dice que se ejecuta
 - La forma en que la Dirección piensa que ejecuta.
 - La forma en que realmente se ejecuta.
2. Una mejor comunicación entre procesos.
3. Confirmación de que el SGC funciona eficazmente.
4. Mejora de la eficiencia del proceso.

TIPOS DE AUDITORÍAS

1. Internas

De primera parte: Son realizadas por la organización o en nombre de ésta para revisión por la dirección.

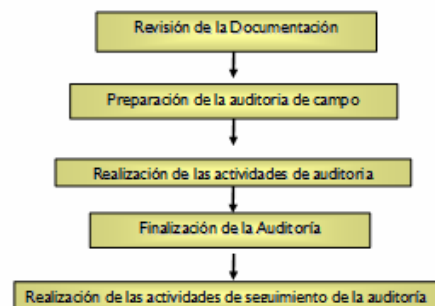
2. Externas

De segunda parte: La realizan las partes que tienen interés en la organización, por ejemplo beneficiarios o proveedores.

De tercera parte: La realizan organismos externos e independientes, por ejemplo los que ofrecen registros de certificación de conformidad con los requisitos de la norma ISO 9001.

DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

Actividades de la auditoría



1. Revisión de la documentación

- Verificar la adecuación del manual de calidad.
- Verificar procedimientos, guías, instructivos, etc.
- Entender de manera más detallada cómo es el HACER del proceso.
- Reportes de auditoría, no conformidades, acciones tomadas, etc.

2. Preparación de la auditoría de campo

- El auditor debe preparar los documentos de trabajo:
 - Plan de auditoría
 - Listas de verificación
- El auditado debe preparar los documentos :
 - Manual de calidad
 - Documentos de los procesos
 - Registros
 - Indicadores
 - Acciones Correctivas
 - Acciones Preventivas
 - Productos no Conformes
 - Planes de mejoras

3. Realización de las actividades de auditoría

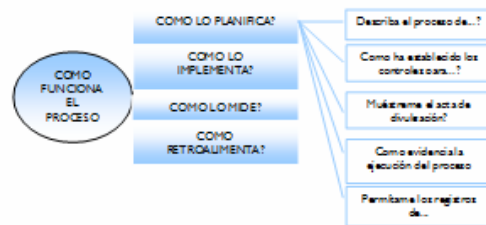
• Reunión de apertura

A la reunión asistirá el líder del proceso y subprocesos a las 7:30 de la mañana el día que le corresponda la auditoría y tendrá una duración de treinta minutos.

• Fuentes de información



• **Proceso de entrevista**



• **Realización de la reunión de cierre**

El auditor líder menciona de forma general los hallazgos y conclusiones de la auditoría, elabora la solicitud de acción correctiva, plantea las fechas tentativas para las Acciones Correctivas y eventualmente realiza acuerdos sobre la precisión de las No Conformidades.

4. Finalización de la auditoría

El auditor líder da por terminada la jornada de auditoría cuando:

- Plan de Auditoría cumplido.
- Informe de auditoría aprobado.
- Disposición de documentos y registros (Listas de verificación)

5. Realización de las actividades de seguimiento de una auditoría

El auditor líder, el equipo auditor y el auditado debe:

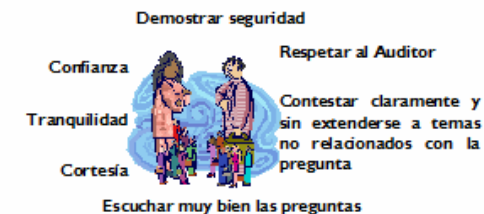
- Verificar las respuestas a las solicitudes de acciones correctivas
- Verificar la eficacia de las acciones implementadas
- En caso de tener acciones pendientes, reprogramar un nuevo seguimiento
- Elaborar el programa de la auditoría de seguimiento, de ser necesario.

ASPECTOS A TENER EN CUENTA

No conformidades orientadas a...

- Hallazgos que evidencian fallas e impactos a los objetivos de la auditoría y el objetivo definido.
- Hallazgos que incumplen requisitos del cliente, legales o de la entidad que impactan en los resultados.
- Hallazgos repetidos durante la recolección de la información.
- El hallazgo que genera un alto impacto para la entidad.
- La documentación es diferente a lo que sucede en la realidad.
- El auditado no tiene conocimiento de las disposiciones documentadas aplicables.
- Contradicciones en políticas, procedimientos, formatos, guías, etc.

ACTITUD FRENTE A LA AUDITORÍA



¡ POR UN BIENESTAR CON CALIDAD !



ANEXO E. Matriz de asistencia a capacitaciones del SGC

MATRIZ DE ASISTENCIA CAPACITACIONES PROCESO BIENESTAR ESTUDIANTIL



#	NOMBRE	CARGO	TIPO DE SOCIALIZACIÓN						
			1	2	3	4	5	6	7
1	Adriana Cáceres	Trabajadora Social	jul-04	jul-04	may-24		sep-03	oct-11	nov-08
2	Adriana Lucía Ortega	Odontologa	may-09	jul-04	may-24	jul-11	sep-03	oct-11	oct-30
3	Alix Camargo	Nutricionista	may-09	may-11	may-24		ago-30	oct-04	oct-30
4	Aminta Hernández	Auxiliar Comedores	may-11	may-11	may-25	jul-10	ago-30	oct-04	oct-30
5	Ana Joaquina Medina	Auxiliar Comedores	may-11	may-11	may-25	jul-10	ago-30	oct-04	oct-19
6	Andrea Hernández	Auxiliar Comedores	may-11	may-11	may-25		ago-30	oct-04	oct-30
7	Angela María Mateus	Psicologa	may-09		may-24	jul-11	sep-03	oct-11	oct-30
8	Angélica Lozano	Auxiliar Caja	may-11	may-11		jul-10	ago-30	oct-05	oct-19
9	Beatriz Abril	Auxiliar Cafetería	may-11	may-11		jul-10	ago-30	oct-05	oct-19
10	Brigida Arenales	Auxiliar Comedores	may-11	may-11	jul-05	jul-10	ago-30	oct-04	oct-19
11	Carlos Fernando Gómez	Médico	may-09	may-11	may-24	jul-11	sep-03	oct-11	oct-30
12	Carmen Inés Nieves	Supervisora Comedores	may-11	may-11	may-25	jul-10	ago-30	oct-04	oct-30
13	Carmen Cecilia Villalobos	Trabajadora Social	may-09			jul-11	sep-04	oct-11	oct-30
14	Claudia Fabiola Espinel	Auxiliar Comedores	may-11	may-11	may-25	jul-10	ago-30	oct-04	oct-30
15	Claudia Galvis	Secretaria de Psicorientación	may-09	may-11	jul-05		sep-03	oct-11	nov-08
16	Consuelo Serrano	Jefe Comedores y Cafetería	may-09	may-11		jul-10	ago-30	oct-08	oct-19
17	Deisy Asa Vargas	Auxiliar Odontología	may-11	may-11	may-24	jul-11	sep-03	oct-11	oct-30
18	Deisy Rocio Lizarazo	Trabajadora Social	may-09	may-11	jul-05	jul-11	sep-03	oct-11	nov-08
19	Diana Ximena Camargo	Psicologa	may-09	may-11	may-24	jul-11	sep-03	oct-11	oct-30
20	Élida Jácome Bohórquez	Jefe Sección Salud	may-09		may-24	jul-11	sep-03	oct-08	oct-30
21	Elsa Cecilia Arciniegas	Médico	may-11	may-11	may-24	jul-11	sep-03	oct-11	oct-30
22	Elsa Prieto	Auxiliar Comedores	may-11	may-11	may-25	jul-10	ago-30	oct-04	oct-19
23	Erancés Osorio C	Médico		may-11			sep-04	oct-24	oct-30
24	Eva Torres	Auxiliar Odontología	may-09	may-11	may-24	jul-11	sep-03	oct-11	oct-30
25	Fanny Martínez	Secretaria	may-09	jul-04		jul-11	sep-03	oct-11	oct-30
26	Flor Angela Martínez	Auxiliar Finanzas	may-09	may-11	jul-05	jul-11	sep-04	oct-24	nov-08
27	Flor del Carmen Buitrago	Auxiliar Cafetería	may-11	may-11		jul-10	ago-30	oct-05	oct-19
28	Gilma Contreras	Trabajadora Social	may-09	may-11	may-24	jul-11	sep-03	oct-11	oct-30
29	Gloria Paulina Uribe	Psicopedagoga					sep-03	oct-11	
30	Hector Almeyda	Auxiliar Almacén	jul-04	jul-04	jul-05	jul-11	ago-30		oct-30
31	Isnardo Ardila	Jefe Bienestar Universitario	may-09		may-24	jul-11	sep-03	oct-08	
32	Jaime Almeyda	Auxiliar Administrativo	may-11	may-11	jul-05	jul-11	ago-30	oct-04	
33	Jaime Marín	Odontologo	may-11	may-11	may-24	jul-11	sep-03	oct-11	oct-30
34	Janeth Rodríguez	Enfermera	may-09	may-11	jul-05	jul-11	sep-03	oct-11	oct-30
35	Juan Pablo Montañez	Auxiliar Cafetería	jul-04	jul-04	jul-05	jul-10	ago-30		oct-19
36	Kelyn Lizarazo	Trabajadora Social			may-24	jul-11		oct-24	oct-30
37	Leonor Gelvez	Auxiliar Cafetería	may-11	may-11		jul-10		oct-05	oct-19
38	Lucy Sanchez	Odontologo		may-11			sep-04	oct-24	oct-30
39	Lucila Pérez	Auxiliar Cafetería	may-11	may-11	jul-05		sep-04	oct-05	oct-19
40	Luis Eduardo Barragán	Almacenista	jul-04	jul-04	jul-05	jul-11	sep-04	oct-05	oct-19
41	Luz Amparo Hernandez	Auxiliar Cafetería	jul-04	jul-04	jul-05	jul-11			
42	Luz Elena González	Auxiliar Comedores	may-11	may-11	jul-05	jul-10	ago-30	oct-04	oct-30
43	Luz Marina Toloza	Auxiliar Cafetería	may-11	may-11		jul-10	ago-30	oct-05	oct-30
44	Luz Stella Casanova	Auxiliar Comedores	may-11	may-11	may-25	jul-11	ago-30	oct-04	oct-30
45	Marcela Hernández	Psicologa	may-11	may-11	may-24	jul-11	sep-03	oct-24	oct-30

46	Marggy Rodríguez	Auxiliar Administrativo	may-09	jul-04	jul-05	jul-11	ago-30	oct-04	oct-30
47	María Angela Ávila	Auxiliar Comedores							oct-19
48	María Claudia Caballero	Cordinadora Prog. - Prevent.	jul-04	jul-04	jul-05	jul-11	sep-03	oct-08	oct-30
49	María de los Angeles Pabón	Auxiliar Comedores	may-11	may-11	may-25	jul-11	ago-30	oct-04	oct-30
50	María Eugenia Guzmán	Auxiliar Comedores	may-11	may-11			ago-30	oct-04	oct-30
51	María Eugenia Ramírez	Auxiliar Farmacia	may-09	may-11	jul-05	jul-11	sep-03	oct-11	oct-30
52	María Fernanda Reyes	Profesional Administrativo					sep-03	oct-08	
53	María Isabel Fonseca	Auxiliar Enfermería	may-11	may-11	may-25	jul-11	sep-03	oct-11	oct-30
54	María Josefina Mejía	Auxiliar Comedores		jul-05	may-25	jul-10	ago-30	oct-04	oct-30
55	María Leonilde Manrique	Jefe de Turno	may-11	may-11	jul-05	jul-10	ago-30		
56	Marlene Afonso	Almacenista	may-09	jul-04		jul-11		oct-11	oct-30
57	Martha Forero	Auxiliar Comedores	may-11	may-11	may-25	jul-10	ago-30	oct-04	oct-30
58	Martha Villamizar	Médico	may-09	may-11	may-24	jul-11		oct-11	oct-30
59	Matilde Laideo	Auxiliar Administrativo	may-09	jul-04	jul-05	jul-11	sep-03	oct-11	oct-30
60	Melva Corzo	Auxiliar Comedores	may-11	may-11	may-25	jul-10	ago-30	oct-04	oct-30
61	Mireya Velandia	Odontologa	may-11	may-11	may-24	jul-11	sep-03	oct-11	nov-08
62	Nancy Barbosa	Auxiliar Comedores	may-11	may-11	may-25	jul-11	ago-30	oct-04	oct-30
63	Nelly Esperanza Rios	Secretaria División	may-11	may-11	jul-05	jul-11	sep-04	oct-24	oct-30
64	Nelly Sandoval	Auxiliar Cafetería	may-11	may-11		jul-10	ago-30	oct-05	oct-19
65	Nelly Suárez	Auxiliar Comedores	may-11	may-11	may-25	jul-10	ago-30	oct-04	oct-30
66	Nilsa Díaz	Oficios Varios	may-09	jul-04	jul-05	jul-11	sep-03	oct-11	oct-30
67	Norma Luisa León	Auxiliar Cafetería	may-11	may-11		jul-10	sep-04	oct-05	oct-19
68	Ofelmina Sandoval	Supervisora Comedores	may-11	may-11	may-25	jul-10	ago-30	oct-04	oct-30
69	Olga Lucia Castillo	Auxiliar Comedores	may-11	may-11	may-25	jul-10	ago-30		oct-30
70	Paola Rosillo	Fisioterapeuta	jul-04	jul-04	may-24		sep-03	oct-11	oct-30
71	Rafael Ortega	Odontólogo					sep-04	oct-11	nov-08
72	Raquel Caballero	Auxiliar Comedores	may-11	may-11	may-25	jul-10	ago-30	oct-04	oct-30
73	Sonia Serrano	Secretaria	may-09	jul-04	may-24	jul-11	sep-03	oct-11	oct-30
74	Yolanda León	Auxiliar Comedores	may-11	may-11	may-25		ago-30	oct-04	oct-30
75	Yolanda Rincón	Auxiliar Cafetería	may-11	may-11					
76	Yolanda Suárez	Auxiliar Comedores	may-11	may-11	may-25	jul-10	ago-30	oct-04	oct-30
TOTAL ASISTENTES			71	69	59	63	70	69	69

Tipos de Sensibilización


1	Sensibilidad del SGC
2	Fundamentos de la Norma
3	Control de Documentos
4	Indicadores de Gestión
5	Enfoque de Auditoria
6	Producto No Conforme Y Acciones Correctivas
7	Acciones preventivas

ANEXO F. Formato Evaluación de Jornadas de Capacitación

		EVALUACIÓN JORNADAS DE CAPACITACIÓN PROCESO BIENESTAR ESTUDIANTIL
---	---	--

Responda de 1 a 5 las siguientes preguntas, marcando con una X en la casilla correspondiente; siendo 1 En desacuerdo y 5 De acuerdo.

En desacuerdo De acuerdo



1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

ASPECTOS POR EVALUAR	1	2	3	4	5
1. ¿Considera importante los contenidos abordados en las capacitaciones?					
2. ¿La metodología utilizada por los capacitadores fue adecuada?					
3. ¿Los capacitadores demostraron dominio en los temas expuestos?					
4. ¿Las instalaciones físicas donde se desarrollaron las capacitaciones son visualmente atractivas?					
5. ¿Los medios audiovisuales empleados (diapositivas, presentaciones, carteleras, acetatos, videos, etc) en las capacitaciones son visualmente atractivas?					
6. ¿La motivación (Carteleras, folletos, dinámicas y premios) para participar en las capacitaciones cumplió sus expectativas?					
7. ¿Los capacitadores siempre mostraron una actitud amable para resolver inquietudes a los asistentes?					

❖ Aspectos por resaltar de las jornadas de capacitación

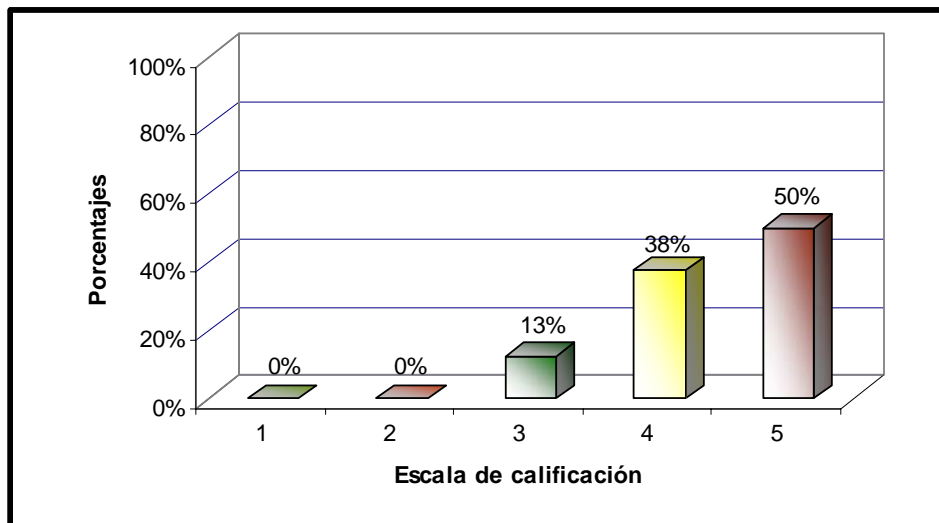
• Aspectos Positivos

• Aspectos Por Mejorar:

❖ Sugerencias

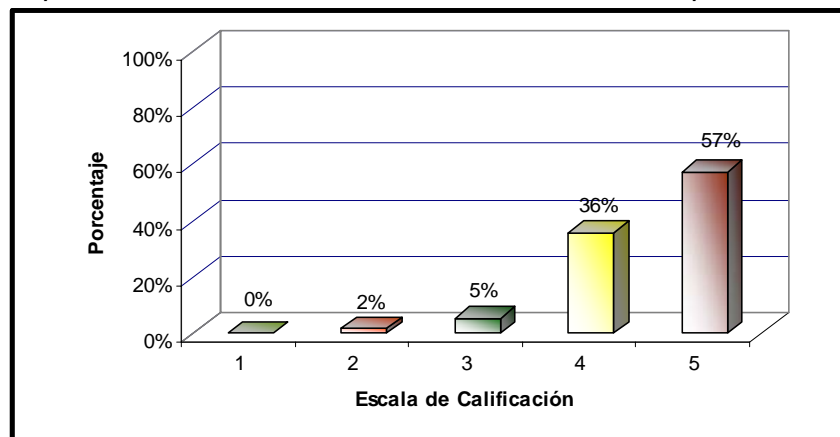
El 68% de los participantes que realizaron la evaluación calificaron la importancia de los temas abordados en las capacitaciones con un puntaje de 5, y el 29% con un valor de 4, esto indica que los temas elegidos fueron adecuados para la implementación del Sistema de Gestión de Calidad en el Proceso BE.

2. *¿La metodología utilizada por los capacitadores fue adecuada?*



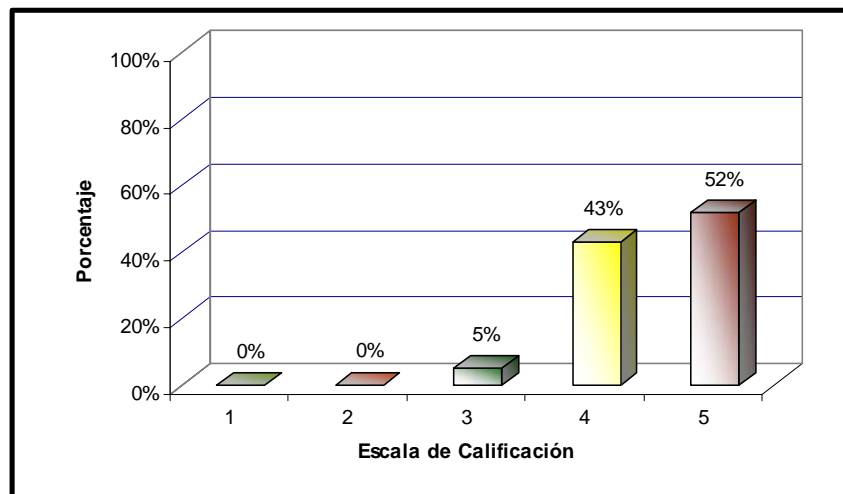
Teniendo en cuenta el gráfico anterior, se observa que los colaboradores de la DBU estuvieron poco de acuerdo con la metodología utilizada en las capacitaciones, pues tan solo el 50% de estos calificaron con el valor más alto; esto indica que la Coordinación del Sistema de Gestión de Calidad de la Universidad debe replantear esta metodología, con el propósito de garantizar una mayor percepción de la información que se quiere impartir.

3. *¿Los capacitadores demostraron dominio en los temas expuestos?*



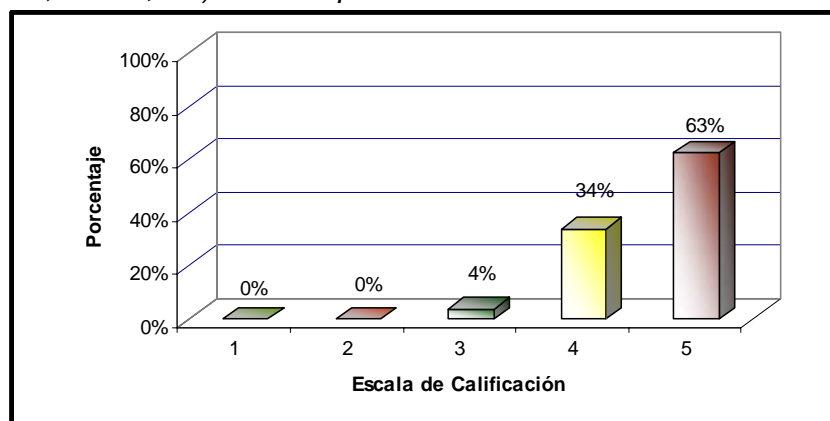
El 57% de las personas evaluadas calificaron con valor de 5 y el 36% con un valor de 4 el dominio del tema por parte de las capacitadoras, lo cual indica que la preparación de cada una de estas capacitaciones fue la correcta, a pesar de presentarse una persona casi en desacuerdo con este aspecto, en general se presenta conformidad.

4. *¿Las instalaciones físicas donde se desarrollaron las capacitaciones son visualmente atractivas?*



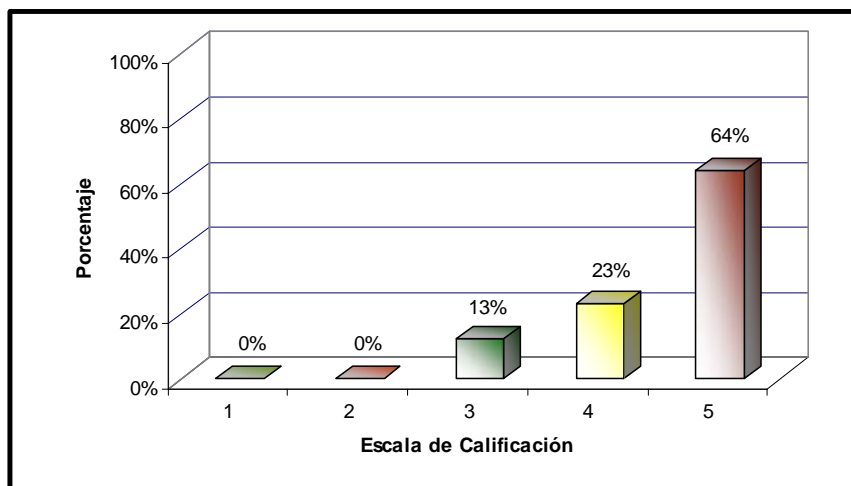
Como se observa en el gráfico, el 52% de las personas calificaron de forma adecuada el lugar donde se desarrollaron las capacitaciones del SGC, y el 43% otorgaron un valor de 4 en la escala, esto indica que el lugar era visualmente atractivo y adecuado para realizar estas actividades.

5. *¿Los medios audiovisuales empleados (diapositivas, presentaciones, carteleras, acetatos, videos, etc) en las capacitaciones son visiblemente atractivos?*



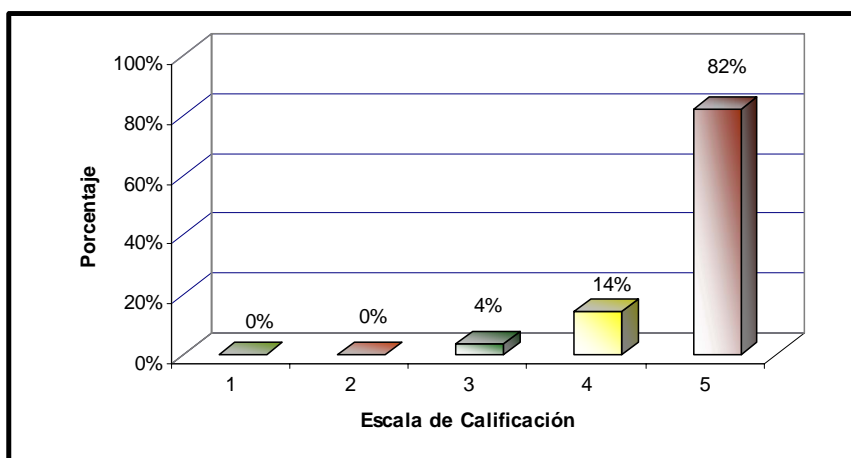
Los medios audiovisuales utilizados como diapositivas, videos, presentaciones, carteleras y demás utilizadas para llevar a cabo las capacitaciones son adecuados, según se observa en el gráfico, ya que el 63% de los colaboradores evaluados otorgaron máxima calificación al buen aspecto que estas presentaban.

6. *¿La motivación (Carteleras, folletos, dinámicas y premios) para participar en las capacitaciones cumplió sus expectativas?*



Se observa que el 64% de las personas evaluadas determinaron que la motivación para participar en las capacitaciones cumplió totalmente sus expectativas, al otorgar una calificación de 5 en la escala establecida; esto demuestra que a pesar de utilizarse diferentes clases de dinámicas, premios, folletos, se debe considerar nuevas estrategias que permitan aumentar la motivación a por lo menos un 80%.

7. *¿Los capacitadores siempre mostraron una actitud amable para resolver inquietudes a los asistentes?*



EL 82% de los participantes evaluados determinaron, según el gráfico anterior, que se encuentran de acuerdo con la amabilidad presentada por parte de los capacitadores a la hora de resolver inquietudes, es decir siempre se prestaron atentos a dar a conocer la información de forma clara.

ASPECTOS POSITIVOS

- Las capacitadoras siempre demostraron dedicación y disposición en cada una de las actividades.
- Las capacitadoras fueron muy amables y cordiales al resolver todas las inquietudes presentes por parte de los asistentes.
- La puntualidad por parte de las capacitadoras fue buena.
- El interés y compromiso de las facilitadores para abordar todos los temas de calidad, a pesar de las dificultades del horario del personal.
- La frecuencia con que se realizaron las capacitaciones permitieron mayor adherencia de la información.



ASPECTOS POR MEJORAR

- Los horarios establecidos para las capacitaciones no siempre permiten que todo el personal asista a ellas.
- La duración de las capacitaciones debería ser más corta, con el fin de que las personas reciban de una mejor manera la información que se quiere impartir.
- Realizar más talleres aplicables a los temas de capacitación.
- La programación de las capacitaciones debería ser con mayor anticipación.

SUGERENCIAS

- Ofrecer refrigerios cuando las jornadas de capacitación son extensas.
- Entregar premios más atractivos.
- Realizar las capacitaciones en tiempos de receso, con el fin de garantizar mayor asistencia y mejor percepción de la información.
- Entregar un resumen general de los temas tratados en las capacitaciones del Sistema de Gestión de Calidad.
- Continuar motivando a todo el personal para garantizar el mejoramiento continuo del Proceso.
- Realizar un cronograma de capacitaciones para el semestre, con el propósito de planear los tiempos de consulta.

ANEXO H. Guía de elaboración de documentos.

 	PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL	Código: GGD.01
	GUÍA DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS	Versión: 01
		Página 211 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.
- **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 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:

XY.Y.ZZ

X: Hace referencia al tipo de documento

YY: Hace referencia al proceso que generó el documento

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

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.

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

CÓDIGO	PROCESO
ESTRATÉGICOS	
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 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:

División		Tipo / Tamaño	Directriz
Primer Nivel	I. TÍTULO 1	Humanst52 BT / II Negrita	Mayúscula sostenida
Segundo Nivel	I.1 TÍTULO 2	Humanst52 BT / II Negrita	Mayúscula sostenida
Tercer Nivel	I.1.1 Título 3	Humanst52 BT / II Negrita	Mayúscula inicial
Cuarto Nivel	• Viñeta	Humanst52 BT / II	Mayúscula inicial
Quinto Nivel	- Viñeta	Humanst52 BT / 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.

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.
- **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 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.

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:



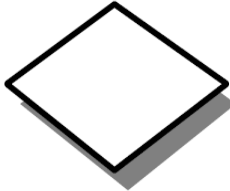




	M	C	P	G	I	T	F
Encabezado	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Tabla de contenido	✓						
Objetivo	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Alcance	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Definiciones y/o abreviaturas	✓		✓	✓	✓	✓	
Entradas, salidas, clientes y proveedores		✓					
Normatividad		✓	Opcional		Opcional	Opcional	
Consideraciones			Opcional				
Descripción	✓		✓	✓		✓	
Indicadores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

Anexo I. Simbología de diagramas de flujo.

DEFINICIÓN DE SÍMBOLOS		
SÍMBOLO	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.
---	-----------------------	---

ANEXO I. Procedimiento control de documentos (PGD.01)

		PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL	Código : PGD.01
		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		
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.	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.		
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 : PGD.01

PROCEDIMIENTO CONTROL DE DOCUMENTOS

Versión : 01

Página 2 de 11

DEFINICIONES

- **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

Documentos internos

- 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 regirse 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.

Documentos externos

- Todo documento de origen externo debe estar relacionado en el Listado Maestro de Documentos Externos y publicado en la página Web de la Universidad.

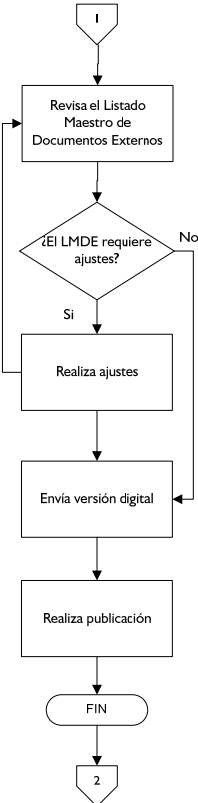
DIAGRAMA DE FLUJO	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	DOCUMENTOS DE REFERENCIA
 <pre> graph TD Start([1]) --> Step1[Revisa el Listado Maestro de Documentos Externos] Step1 --> Decision{¿El LMDE requiere ajustes?} Decision -- Si --> Step2[Realiza ajustes] Step2 --> Step3[Envía versión digital] Decision -- No --> 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>

DIAGRAMA DE FLUJO	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	DOCUMENTOS DE REFERENCIA
<pre> graph TD Start((2)) --> D1{¿Se requiere crear o modificar?} D1 -- Si --> A[Asigna responsable de elaborar el borrador del documento] A --> B[Elabora borrador del documento] B --> C[Realiza revisión técnica] D1 -- No --> C C --> D{Es documento específico?} D -- Si --> E((2 / Pág 6)) D -- No --> F[Envía a revisión de las instancias competentes.] F --> G((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] C --> D[Diligencia la solicitud de actualización de documentos] B -- No --> 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 I)</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>

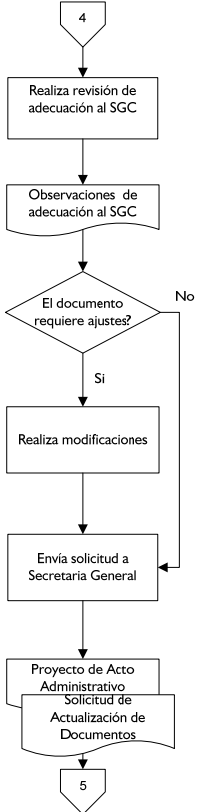
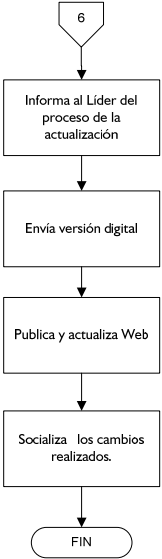
DIAGRAMA DE FLUJO	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	DOCUMENTOS DE REFERENCIA
 <pre> graph TD Start([4]) --> A[Realiza revisión de adecuación al SGC] A --> B[/Observaciones de adecuación al SGC/] B --> C{El documento requiere ajustes?} C -- Si --> D[Realiza modificaciones] C -- No --> F[Envía solicitud a Secretaría General] D --> F F --> G[/Proyecto de Acto Administrativo Solicitud de Actualización de Documentos/] G --> 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 Secretaria 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>

DIAGRAMA DE FLUJO	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	DOCUMENTOS DE REFERENCIA
<pre> graph TD Start([5]) --> Step1[Ajusta versión, código, fecha de aprobación del documento] Step1 --> Decision{La solicitud contiene Acto Administrativo?} Decision -- Si --> Step2[Ajusta Acto Administrativo y remite a aprobación] Step2 --> Step3[Firma Acto Administrativo] Step3 --> Step4[Acto Administrativo] Step4 --> Step5[Actualiza el Listado Maestro de Documentos] Decision -- No --> Step5 Step5 --> End([6]) </pre>	<p>19. Ajusta el número de versión en el documento; si es un nuevo documento, asigna el código correspondiente. - 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> <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 I).</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 APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
01	Noviembre 19 de 2007	Creación del Documento

**PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL**Código : **PGD.01****PROCEDIMIENTO CONTROL DE DOCUMENTOS**Versión : **01**

Página 11 de 11

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.

ANEXO J. Procedimiento control de registros (PGD.02)

	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. 			



PROCEDIMIENTO CONTROL DE REGISTROS

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 Maestros 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

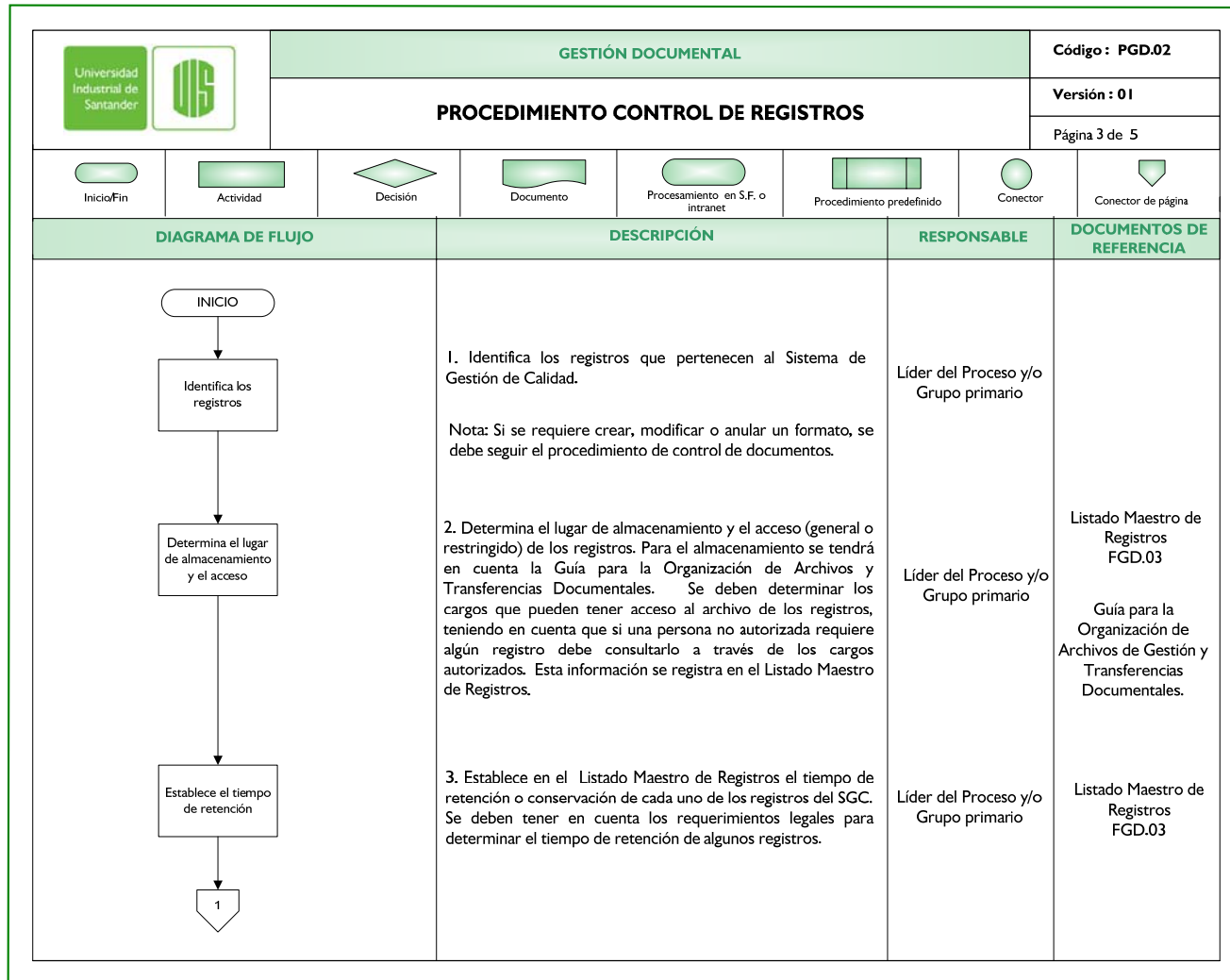
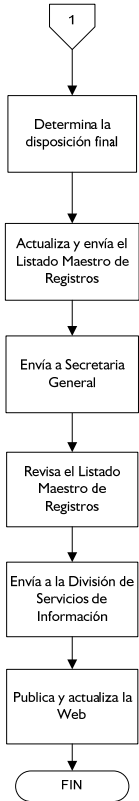


DIAGRAMA DE FLUJO	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	DOCUMENTOS DE REFERENCIA
 <pre> graph TD Start([1]) --> Step1[Determina la disposición final] Step1 --> Step2[Actualiza y envía el Listado Maestro de Registros] Step2 --> Step3[Envía a Secretaría General] Step3 --> Step4[Revisa el Listado Maestro de Registros] 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 Secretaria 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>



PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL

Código : PGD.02

PROCEDIMIENTO CONTROL DE REGISTROS

Versión : 01

Página 5 de 5

CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
01	Noviembre 19 de 2007	Creación del Documento

NOTI • Bienestar

Proceso Bienestar Estudiantil

¡Por un bienestar con calidad!

Boletín Interno No.01 Agosto de 2007

Universidad Industrial de Santander



¡Hola, soy Calidoso!

Desde hoy estaré acompañando a toda la familia de la División de Bienestar Universitario de la UIS, en el proceso de implementación del Sistema de Gestión de Calidad. Para mí es placentero hacer la entrega de la primera edición del Noti-Bienestar, por medio del cual se establece un mecanismo ágil de información y divulgación de los avances y logros en materia de calidad (Sistema de Gestión de Calidad Proceso Bienestar Estudiantil) y de difusión de noticias que incidan de forma directa en el desarrollo del proceso. Pues bien, aquí estoy.

La Dirección de Bienestar Universitario y las Coordinadoras del Sistema de Gestión de Calidad del Proceso de Bienestar Estudiantil, Vianny y María Angélica, me han encargado la tarea de estar en contacto con los colaboradores de este proceso, para contarles los adelantos y la forma como se está implementando el Sistema de Gestión de Calidad (S.G.C.) bajo la Norma ISO 9001:2000.

Me han contado que han estado juiciosos participando de las jornadas de sensibilización que la Ingeniera Diana María Idárraga, Coordinadora del S.G.C., ha preparado para el proceso de Bienestar Estudiantil. De mi parte una felicitación a todos las personas que han participado de éstas, ya que es importante, tanto para la División como para la Universidad, que los colaboradores directos conozcan a fondo el significado de Calidad y aprovechen estos conceptos para prestar un mejor servicio a los estudiantes de la Universidad, quienes son los clientes del proceso.

Recordemos algunos conceptos básicos del Sistema de Gestión de Calidad

- **Calidad:** Grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos.
- **Gestión:** Actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización.
- **Sistema:** Conjunto de elementos mutuamente relacionados o que interactúan.
- **Sistema de Gestión de Calidad:** Sistema de gestión para dirigir y controlar una organización con respecto a la calidad.
- **Proceso:** Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados.
- **ISO (Organización Internacional para la Estandarización):** Es una organización internacional no gubernamental, se fundó en 1946 con el fin de crear un conjunto común de normas para la manufactura, el comercio y las comunicaciones. Actualmente su trabajo técnico consiste en desarrollar acuerdos internacionales por consenso, publicándose dichos acuerdos como normas.
- **Requisito:** Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.
- **Eficacia:** Grado en el que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados.
- **Eficiencia:** Relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados.
- **Efectividad:** Medida del impacto de la gestión tanto en el logro de los resultados planificados, como en el manejo de los recursos utilizados y disponibles.

Requisitos del S.G.C.

- Determinar necesidades y expectativas de clientes y partes interesadas.
- Establecer la política y objetivos de calidad.
- Determinar los procesos y responsabilidades necesarias para el logro de los objetivos.
- Determinar y proporcionar los recursos necesarios.
- Establecer los métodos para medir la eficacia y eficiencia de cada proceso.
- Aplicar estas medidas para determinar la eficacia y eficiencia de cada proceso.
- Determinar métodos para prevenir no conformidades.
- Establecer y aplicar un proceso para la mejora continua.

Pongamos en práctica los principios de calidad

Para que la Universidad y en particular nuestro Proceso Bienestar Estudiantil se conduzca y opere de una forma exitosa, requiere que se dirija y controle de forma sistemática y transparente. Por lo tanto debemos tener en cuenta los ocho principios de Gestión de la Calidad que nos llevarán a una mejora en el desempeño, aquí se los presento:



1 Enfoque al cliente

La Universidad depende de sus clientes o beneficiarios y por lo tanto deberían comprender sus necesidades actuales y futuras, satisfacer sus requisitos y esforzarse en exceder sus expectativas. Dentro de los principales beneficios que trae consigo este principio se encuentran:

- Mayores ingresos y participación en el mercado gracias a las respuestas rápidas y flexibles a las oportunidades.
- Mayor efectividad en el uso de los recursos que se orientan a incrementar la satisfacción del beneficiario.
- Mayor lealtad del beneficiario lo que conduce a la repetición de los negocios.



2 Liderazgo

Los líderes establecen la unidad de propósito y la orientación de la organización. Ellos deberían crear y mantener un ambiente interno en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la Universidad. Dentro de los beneficios que trae este principio se encuentran:

- Las personas comprenderán y se encontrarán motivadas hacia el alcance de los objetivos y metas de la Universidad.
- Las actividades se evalúan, organizan e implementan de manera unificada.
- Se minimizan las fallas en la comunicación entre los diferentes niveles.



3 Participación del Personal

El personal en todos los niveles, es la esencia de la Universidad y su total compromiso posibilita que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la organización. Los principales beneficios son:

- La presencia de personas motivadas, confiables y comprometidas dentro de la Universidad.
- La existencia de creatividad e innovación en beneficio de los objetivos de la Universidad.
- La presencia de personas responsables de su propio desempeño.
- La colaboración de personas deseosas de participar y contribuir al mejoramiento continuo.



4 Enfoque basado en procesos

Un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso. Algunos de los beneficios de este principio son:

- Menores costos y ciclos cronológicos más cortos gracias al uso efectivo de los recursos.
- Resultados predecibles, consistentes y mejorados.
- Claridad y priorización de las oportunidades de mejoramiento.



5 Enfoque de sistema para la gestión

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



- La integración y coordinación de los procesos que mejor alcancen los resultados deseados.
- Capacidad de orientar los esfuerzos hacia los procesos claves.
- Confianza en las partes interesadas en cuanto a la consistencia, efectividad y eficiencia de la Universidad.

6 Mejora continua

La mejora continua del desempeño global de la Universidad debería ser un objetivo permanente de ésta. Algunos beneficios son:

- El mejoramiento del desempeño mediante la capacidad mejorada de la Universidad.
- La coordinación multinivel de las actividades de mejoramiento orientado hacia el propósito estratégico de la Universidad.
- La flexibilidad para reaccionar rápidamente a las oportunidades.



7 Enfoque basado en hechos para la toma de decisión

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

Dentro de los principales beneficios se encuentran:

- Decisiones tomadas con base en información.
- Mayor capacidad para demostrar la efectividad de las decisiones mediante la referencia a registros.
- Mayor capacidad de revisar, contrastar y cambiar las opiniones y decisiones.



8 Relaciones mutuamente beneficiosas con los proveedores

Una organización y sus proveedores son interdependientes, y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor. Dentro de los beneficios que trae este principio se encuentran:

- Mayor capacidad de crear valor tanto para la organización como para el proveedor.
- Flexibilidad y velocidad de la respuesta conjunta al mercado cambiante o a las necesidades y expectativas del beneficiario.
- Optimización de costos y recursos.



Estos ocho principios de gestión de la calidad constituyen la base de las normas de Sistemas de Gestión de la Calidad de la familia de Normas ISO 9000.

¿Qué beneficios trae la implementación de un S.G.C ?

Beneficios Internos



Beneficios Externos



Conozcamos la metodología de implementación del S.G.C.

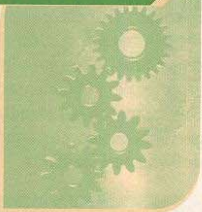


En las reuniones realizadas por la Coordinación del Sistema de Gestión de Calidad se mencionó la metodología que se llevará a cabo en el desarrollo del proyecto de implementación del Sistema que está siendo liderado por la Vicerrectoría Administrativa de la Universidad. Dicho proyecto consta de cinco etapas secuenciales (Ver Figura), comenzando con una etapa de valoración y análisis de la situación actual del Proceso Bienestar Estudiantil, continuando con la

planificación del Sistema de Gestión de Calidad que incluye la realización de la documentación e implementación de los procedimientos requeridos dentro del proceso. Finalmente, se verificará por medio de las auditorías internas, la adecuada aplicación con relación a los capítulos de la Norma NTC ISO 9001:2000. Adicionalmente a lo anterior, se desarrollarán de manera simultánea, capacitaciones que garantizarán el logro de los objetivos planteados y se socializarán los resultados tanto en el Grupo Primario definido para el proceso de Bienestar Estudiantil, como en todo el grupo de personas que intervienen y son responsables del desarrollo del proceso.

Pero, ¿en qué vamos?

Luego de varios meses trabajando en este proyecto se empiezan a ver algunos resultados, a pesar de la difícil situación por la cual está atravesando la Universidad, que no ha sido impedimento para avanzar en el proceso de Implementación del Sistema de Gestión de Calidad. A continuación se mencionan las actividades que se han realizado según la metodología previamente planteada por la Vicerrectoría Administrativa:



I. Diagnóstico

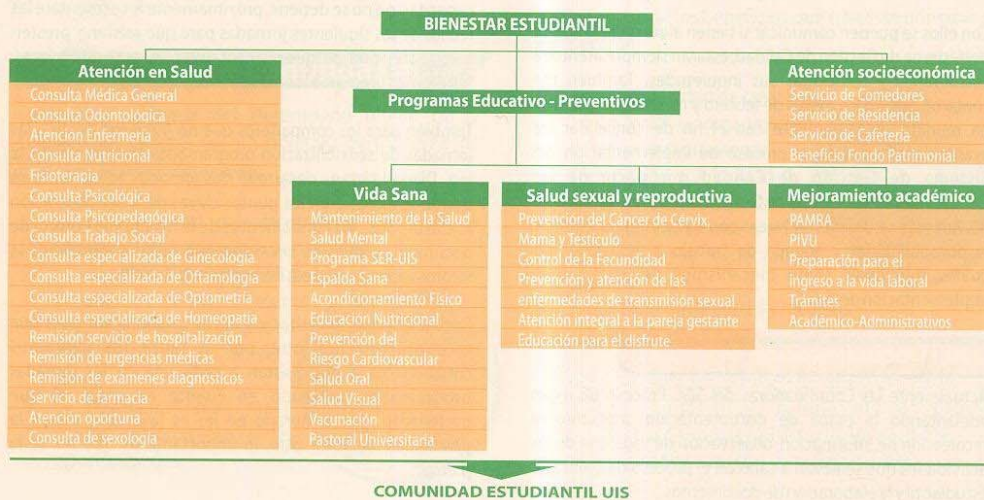
En esta etapa la Dirección de la División de Bienestar Estudiantil, junto con las Coordinadoras del Sistema de Gestión de Calidad, trabajaron en la recolección y consolidación de la información en el mes de febrero del presente año, identificando de esta manera el estado actual del Sistema de Gestión de Calidad en los diferentes procesos inmersos dentro de Bienestar Estudiantil, tomando como punto de referencia la Norma NTC-ISO 9001:2000. Uno de los resultados obtenidos en dicha etapa se encuentra el prediagnóstico, el cual se consolidó información como: documentos, registros, indicadores de gestión, encuestas de satisfacción y demás; otro resultado de esta etapa es el

diagnóstico del proceso de acuerdo con los requisitos de la Norma en mención, el cual permitió clasificar los aspectos a considerar en dichos requisitos según el nivel de desempeño en que se encuentre el Proceso Bienestar Estudiantil.

II. Planificación del S.G.C.

En esta etapa se estableció el Alcance del Proceso de Bienestar Estudiantil; se definió el plan de actividades a seguir en el proceso de documentación e implementación, los recursos necesarios y las responsabilidades de los actores; se definieron los subprocesos y actividades de Bienestar Estudiantil que se van a certificar, teniendo en cuenta los resultados presentados previamente sobre el diagnóstico. Además, en los meses de marzo y abril, las coordinadoras del S.G.C. de Bienestar Estudiantil junto con el líder del proceso (Dr. Isnardo Ardila) y las líderes de cada subproceso, llevaron a cabo la elaboración de las caracterizaciones del Proceso General de Bienestar Estudiantil y de cada Subproceso, en las cuales se sintetizan las actividades, entradas, salidas, recursos, responsables, requisitos, mediciones, registros, documentos, beneficiarios internos y externos involucrados en el proceso y en los subprocesos. A continuación les presentamos los subprocesos actividades de Bienestar Estudiantil:

- Atención en salud
Líder: Dra. Élide Jácome
- Programas Educativo-Preventivos
Líder: Dra. María Claudia Caballero
- Atención Socioeconómica.
Líder: Dra. Consuelo Serrano



6 NOTI Bienestar

También en esta etapa se consolidó el Grupo Primario (Líderes de Proceso y equipo de gestión del proceso) cuyas responsabilidades son:

- Hacer seguimiento al desempeño del proceso y establecer acciones de mejora.
- Hacer seguimiento a la implementación de la documentación del proceso.
- Impulsar actividades de capacitación y sensibilización para la adecuada implementación del S.G.C.
- Implementar las acciones necesarias para construir la cultura de acciones correctivas, preventivas y de mejora.

A continuación les presento las personas que conforman el Grupo Primario del Proceso Bienestar Estudiantil:



- Líder del Proceso Bienestar Estudiantil:
Dr. ISNARDO ARDILA RUEDA
- Líder del Subproceso Atención en Salud:
Dra. ÉLIDA JÁCOME BOHÓRQUEZ
- Líder del Subproceso Programas Educativo-Preventivos:
Dra. MARÍA CLAUDIA CABALLERO BADILLO
- Líder del Subproceso Atención Socioeconómica:
Dra. CONSUELO SERRANO VEGA
- Profesional de la División:
Ing. MARÍA FERNANDA REYES
- Coordinadoras del SGC en el Proceso Bienestar Estudiantil:
VIANNY JULIETH PALENCIA PÉREZ
MARÍA ANGÉLICA MANTILLA LÓPEZ

Con ellos se pueden comunicar si tienen alguna duda acerca del Sistema de Gestión de Calidad; estarán siempre atentos a colaborarles y solucionar sus inquietudes. También me contaron que en los meses de febrero y marzo este grupo se ha reunido continuamente con el fin de consolidar los avances realizados en el proceso de implementación del Sistema de Gestión de Calidad por parte de las Coordinadoras del Sistema de Gestión de Calidad del Proceso BE. Además se definieron tareas con su tiempo de entrega, responsabilidades y agenda de trabajo a desarrollar, las cuales funcionan como mecanismos de apoyo a la implementación del S.G.C.

III. Documentación del S.G.C.

Actualmente las Coordinadoras del SGC Proceso BE están adelantando la etapa de documentación, mediante la recolección de información, observación de cada uno de las actividades que se llevan a cabo en el proceso de Bienestar Estudiantil y la elaboración de documentos.

IV. Capacitación

En cuanto a esta etapa me han contado que en la División se están desarrollando jornadas de capacitación y sensibilización, tanto a los auxiliares que hacen parte del proceso de implementación del Sistema de Gestión de Calidad que adelanta la Universidad, como a todas aquellas personas que hacen parte de cada uno de los subprocesos de Bienestar Estudiantil.

Con el desarrollo de estas actividades se dan a conocer al personal las habilidades y actitudes que le permitirán participar de forma activa y eficiente en la Gestión del Sistema. Cabe aclarar que las capacitaciones se realizarán durante todo el proceso de implementación.

Los líderes del proceso definieron previamente que el personal de la División se dividiría en dos grupos, para facilitar que todas las personas puedan asistir a una de las sensibilizaciones, esto con el propósito de que haya una mayor concurrencia, puesto que el proceso de implementación del Sistema de Gestión de Calidad es un compromiso de todas las personas que están involucradas en las actividades que se desarrollan en la División de Bienestar Universitario.

Me he enterado que hasta el momento se han desarrollado cuatro jornadas de sensibilización en la División, en donde se han expuesto temas como: Sensibilización del SGC, Fundamentos de la Norma, Control de documentos e indicadores de gestión. Pero como este proceso de capacitación no se detiene, próximamente les presentaré las fechas de las siguientes jornadas para que asistan y presten mucha atención, porque me contaron que serán dinámicas y tendremos premios a los más pilos de la jornada.

También para los compañeros que no pudieron asistir a las jornadas de sensibilización programadas anteriormente, la Ing. Diana Idárraga desarrolló dos jornadas adicionales, en donde se expusieron los puntos claves de la sensibilización inicial del SGC, los Fundamentos de la Norma y el Control de documentos, pues es necesario que todos conozcamos la información acerca de la norma ISO 9001:2000.

Recuerden que necesitamos de su colaboración para que este proceso funcione, por lo tanto los invitamos cordialmente a que asistan a cada una de las jornadas programadas, teniendo en cuenta el grupo al que pertenecen, y si el horario no les es favorable, tienen la posibilidad de ir en otro, lo importante es que no se la pierdan.

¡Sopa de Calidad!

Z A D O C U M E N T A C I O N C R H X Z
 X Z Z B N S U I O P C A M B I O Ñ L R A
 G C V N V O W Q C E Y T N M D U E M E Q
 E F B X A T X Z D A V A J E U Q T N J N
 S P R T H I G B N M K I E U T F N V Z O
 T R C W S S L T J L K V M K A R E B X I
 I O C A L I D A D E O E N U R E I F C C
 O D W E R U J T G R C C N H T W L D H C
 N U T Q T Q K L P C I I R B J L C D M A
 V C H G G E E R E R T F S B K Ñ J Z O F
 C T J K L R Q A W N S C F O Y I H S J S
 X I U A Ñ Z A V O B O E W S X G E A O I
 A V I O P C B C K L N M W E T C E S O T
 S I S T E M A R T Y G W E Q O W R W P A
 Q D H V B R M K J U A O I R O U R Q L S
 Q A J W O E R T Y U I J P K C L K J I H
 O D M J Q Z X C V B D N M E Ñ L F Y U G
 Ñ Q E F I C A C I A V F R E A S D T R E
 L M V P O I J U Y T O G Z A R E D I L W
 G T P R I N C I P I O S R T N F C S A Q

- CALIDAD
- GESTIÓN
- SISTEMA
- PRINCIPIOS
- MEJORA CONTINUA
- CLIENTE
- DIAGNÓSTICO
- ALIANZA
- EFICACIA
- LIDERAZGO
- DOCUMENTACIÓN
- SATISFACCIÓN
- CAMBIO
- REQUISITOS
- RECURSOS
- QUEJA
- PROCESO
- ISO
- PROVEEDOR
- PRODUCTIVIDAD

NOMBRE:



SECCIÓN:

CARGO:

Para participar en el concurso del Señor(a) de la Calidad, deben resolver la Sopa de Calidad, escribir los datos personales en un lugar visible y depositarla en el Buzón con Calidad que se encuentra en la oficina de la Jefatura de la División de Bienestar Universitario. Deben estar atentos con todos los temas relacionados con calidad pues próximamente se publicarán más concursos con la llegada de cada boletín.

He aquí el primer encuentro, espero que como lectores del Noti-Bienestar se conviertan rápidamente en Colaboradores Activos, me comenten sus inquietudes y lo que piensan de la implementación del Sistema de Gestión de Calidad enviando notas, noticias, sugerencias, recomendaciones y aspectos relacionados con Calidad y Mejoramiento a el Buzón con Calidad, que estará ubicada en la entrada de la Oficina de la Jefatura de la DBU o el correo electrónico: calidad.be@gmail.com.

ANEXO L. Procedimiento de auditorías internas de calidad

		PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL	Código : PGD.02
		PROCEDIMIENTO CONTROL DE REGISTROS	Versión : 01
			Página 5 de 5

CONTROL DE CAMBIOS		
VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
01	Noviembre 19 de 2007	Creación del Documento



PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL

Código : PGD.02

PROCEDIMIENTO CONTROL DE REGISTROS

Versión : 01

Página 5 de 5

CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
01	Noviembre 19 de 2007	Creación del Documento



DIAGRAMA DE FLUJO	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	DOCUMENTOS DE REFERENCIA
<pre> graph TD Start([1]) --> Step3[3. Presenta al Rector el Programa Anual de Auditorías Internas de Calidad.] Step3 --> Decision{¿Requiere ajustes?} Decision -- Si --> Step4[4. Realiza los ajustes correspondientes.] Decision -- No --> Step5[5. Aprueba el Programa Anual de Auditorías Internas de Calidad.] Step4 --> Step5 Step5 --> Step6[6. Elabora el Plan de Auditorías Internas de Calidad.] Step6 --> End([2]) </pre>	<p>3. Presenta al Rector el Programa Anual de Auditorías Internas de Calidad.</p> <p>4. En caso de requerirse, realiza los respectivos ajustes al Programa Anual de Auditorías Internas de Calidad, de acuerdo a las observaciones efectuadas y se envía nuevamente a Rectoría, para su revisión.</p> <p>5. Aprueba el Programa Anual de Auditorías Internas de Calidad.</p> <p>PLANEACIÓN DE AUDITORÍAS</p> <p>6. Elabora conjuntamente con el equipo auditor, el Plan de Auditorías Internas de Calidad definiendo entre otros, los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objetivo. • Alcance. • Equipo auditor. • Fechas de realización de auditorías. 	<p>Director de Control Interno y Evaluación de Gestión</p> <p>Director de Control Interno y Evaluación de Gestión</p> <p>Rector</p> <p>Auditor Líder y equipo auditor</p>	<p>FSE.01 Programa Anual de Auditorías Internas de Calidad.</p> <p>FSE.01 Programa Anual de Auditorías Internas de Calidad.</p> <p>FSE.01 Programa Anual de Auditorías Internas de Calidad.</p> <p>-FSE.02 Plan de Auditorías Internas de Calidad.</p>



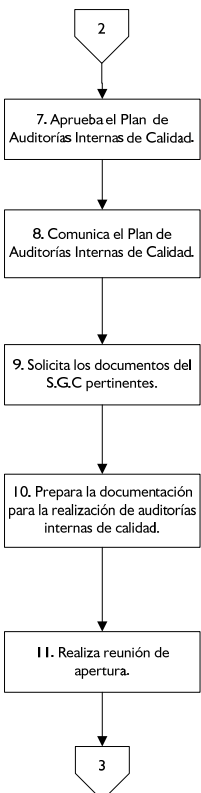


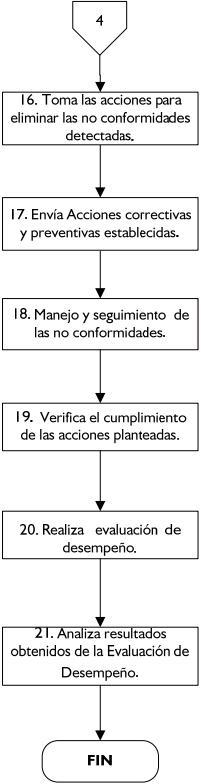
 	PROCESO SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL		Código : PSE.01
	PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD		Versión : 01
			Página 5 de 8
DIAGRAMA DE FLUJO	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	DOCUMENTOS DE REFERENCIA
	<p>7. Aprueba el Plan de Auditorías Internas de Calidad.</p> <p>8. Comunica el Plan de Auditorías Internas de Calidad al líder del proceso auditado. Cualquier modificación al Plan de Auditoría Interna debe ser acordada entre las partes antes de continuar con el proceso de auditoría.</p> <p>PREPARACIÓN DE AUDITORÍAS</p> <p>9. Solicita los documentos del S.G.C. pertinentes para el desarrollo de la auditoría.</p> <p>10. Prepara los documentos necesarios con base en la revisión de la información pertinente relacionada con sus asignaciones de auditoría. Entre dichos documentos se encuentran las <i>listas de verificación</i> creadas por cada auditor.</p> <p>EJECUCIÓN DE LAS AUDITORÍAS</p> <p>11. Realiza la reunión de apertura, en la cual se presenta el Plan de Auditorías Internas de Calidad, y se resuelven las dudas existentes, dejando evidencia en un acta reunión de apertura.</p>	<p>Director de Control Interno y Evaluación de Gestión</p> <p>Director de Control Interno y Evaluación de Gestión</p> <p>Auditor Líder y equipo auditor</p> <p>Auditor Líder y equipo auditor</p> <p>Equipo auditor</p>	<p>-FSE.02 Plan de Auditorías Internas de Calidad.</p> <p>-FSE.02 Plan de Auditorías Internas de Calidad.</p> <p>- Todos los Documentos y/o registros necesarios en los procesos auditados.</p> <p>-FSE.03 Lista de verificación.</p> <p>-Acta reunión de apertura.</p>



DIAGRAMA DE FLUJO	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	DOCUMENTOS DE REFERENCIA
<pre> graph TD Start([3]) --> Step12[12. Desarrollo de auditorías en el sitio.] Step12 --> Step13[13. Informa al líder del proceso los principales hallazgos.] Step13 --> Step14[14. Prepara el Informe de Auditoría.] Step14 --> Step15[15. Realiza reunión de cierre.] Step15 --> End([4]) </pre>	<p>12. Recolecta y verifica la información de los procesos que le sean asignados, a través de la revisión de documentos y registros, observación directa y entrevistas al personal; confrontándolo con los criterios de auditoría para generar los hallazgos según corresponda.</p> <p>NOTA: Durante la auditoría, el auditor líder puede reunirse periódicamente con el equipo auditor para intercambiar información, evaluar el progreso de la auditoría y reasignar trabajo entre los auditores, según se requiera.</p> <p>13. Informa al líder del proceso y al personal involucrado los principales hallazgos una vez terminada la auditoría.</p> <p>14. Revisa los hallazgos y prepara el Informe de Auditoría.</p> <p>15. Realiza la reunión de cierre presidida por el auditor líder y las personas responsables de los procesos auditados, para presentar el Informe de Auditoría haciendo énfasis en: a) Los hallazgos de la auditoría. b) Las conclusiones de la auditoría. Esta información se presenta para que sea comprendida y reconocida por el auditado.</p>	<p>Auditor Líder junto a su equipo auditor</p> <p>Auditor Líder</p> <p>Auditor Líder junto a su equipo auditor</p> <p>Director de Control Interno y Evaluación de Gestión y Auditor Líder</p>	<p>-FSE.03 Listas de Verificación.</p> <p>FSE.04 Informe de Auditoría Interna de Calidad.</p> <p>FSE.04 Informe de Auditoría Interna de Calidad.</p>


		PROCESO SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL		Código : PSE.01
PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD				Versión : 01
				Página 7 de 8
DIAGRAMA DE FLUJO	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	DOCUMENTOS DE REFERENCIA	
	<p>SEGUIMIENTO Y MEJORAMIENTO</p> <p>16. Toma las acciones necesarias para eliminar las no conformidades detectadas y sus causas, empleando el formato FSE.07.</p> <p>17. Envía trimestralmente el estado de las acciones Preventivas/Correctivas a la Dirección de Control Interno y Evaluación de Gestión.</p> <p>18. Realiza seguimiento de las no conformidades, según lo estipulado en el <i>Procedimiento Acciones Preventivas/Correctivas</i>.</p> <p>19. Verifica la eficacia de las acciones planteadas, según lo estipulado en el <i>Procedimiento Acciones preventivas/correctivas</i>.</p> <p>20. Realiza la Evaluación de Desempeño a los miembros del equipo auditor.</p> <p>21. Analiza los resultados obtenidos en la Evaluación de Desempeño del Auditor Interno para ser comentados con el equipo auditor y tomar las medidas necesarias para mejorar y tenerlas en cuenta para el próximo ciclo de auditoría.</p>	<p>Líder del Proceso</p> <p>Líder del Proceso</p> <p>Líder del Proceso</p> <p>Director de Control Interno y Evaluación de Gestión – Equipo Auditor</p> <p>Auditor Líder Líder del Proceso</p> <p>Auditor Líder y equipo auditor</p>	<p>- FSE.07 Acciones Correctivas/ Preventivas</p> <p>- FSE.10 Informe de Desempeño de los Procesos.</p> <p>-PSE.02 Procedimiento de Acciones Preventivas/ Correctivas.</p> <p>-PSE.02 Procedimiento de Acciones Preventivas/ Correctivas.</p> <p>- FSE.08 Evaluación de Desempeño del Auditor Interno.</p> <p>- FSE.08 Evaluación de Desempeño del Auditor Interno.</p>	



CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
01	Noviembre 19 de 2007	Creación del Documento

ANEXO M. Informe de auditoría interna de calidad al Proceso Bienestar Estudiantil

	SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL	Código : FSE.04
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CALIDAD	Versión: 01

Fecha del Informe: 09-10-07	Nº Informe Auditoria: I-07
------------------------------------	-----------------------------------

I. DATOS GENERALES

OBJETIVO: Determinar el grado de conformidad del Sistema de Gestión de la Calidad-SGC con los criterios establecidos en la norma NTC ISO 9001:2000. Evaluar la capacidad del SGC para asegurar el cumplimiento de los requisitos de los beneficiarios, legales y reglamentarios del servicio. Evaluar la eficacia del SGC para lograr los objetivos especificados. Identificar mejoramientos potenciales en el SGC.
ALCANCE DE LA AUDITORÍA: Todos los Procesos de apoyo del SGC, excepto: Planeación Institucional, Dirección institucional, Seguimiento Institucional y Jurídico.
EQUIPO AUDITOR: Jorge Eliécer Figueroa Vargas (Líder Equipo Auditor). Sandra Patricia Vargas Margie Liliana Rueda Jaime Enrique Osório Trujillo
DOCUMENTOS DE REFERENCIA (Criterios) Norma NTC-ISO 9001:2000, Manual de Calidad, Requisitos Legales y Reglamentarios y los documentos establecidos en los diferentes procesos del SGC.

2. HALLAZGOS DE LA AUDITORIA

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

2.4 PROCESO BIENESTAR ESTUDIANTIL

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

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

ASPECTOS POSITIVOS

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

ASPECTOS POR MEJORAR

- Fortalecer los mecanismos existentes en el proceso para el control de las resoluciones y acuerdos donde se establecen disposiciones para el desarrollo del proceso.
- Revisar continuamente los documentos (procedimientos, instructivo, manuales y guías) establecidos en el proceso con el fin de asegurar la inclusión de todas las actividades desarrolladas para el alcance planteado.
- Incluir dentro del listado maestro de documentos externos toda la normatividad aplicable como por ejemplo el Decreto 1011 de 2006 y otros.
- Establecer las recomendaciones necesarias para la operación y manipulación de los equipos existentes en el área de comedores tales como la Caldera y Cuartos Fríos.
- Elaborar los planes de calidad para cada uno de los programas educativo-preventivos que adelanta el subproceso con el fin de realizar una adecuada planeación de todas las actividades, recursos y controles necesarios para garantizar el cumplimiento del objetivo planteado.
- Reforzar las actividades de socialización con el personal que manipula alimentos para culturizarlos de la importancia de utilizar los elementos necesarios para mantener la inocuidad de los alimentos.
- Incorporar dentro de los requisitos por cumplir el Decreto 3075 de 1997 y establecer las disposiciones necesarias para asegurar su cumplimiento.

- Mejorar la identificación y gestión realizada sobre el ambiente de trabajo necesario para lograr la conformidad de los requisitos del producto.


NO CONFORMIDADES

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

OBSERVACIONES

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

ANEXO N. Encuesta de Satisfacción del Beneficiario del Servicio de Salud

	PROCESO BIENESTAR ESTUDIANTIL SUBPROCESO ATENCIÓN EN SALUD	Código: FBE.54
		Versión: 01
	ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL BENEFICIARIO DEL SERVICIO DE SALUD	Página 1 de 2

Es de gran importancia para la Sección de Servicios Integrales de Salud y Desarrollo Psicosocial evaluar cada uno de los servicios ofrecidos a la Comunidad Estudiantil, para identificar las fortalezas y debilidades, las cuales nos permitirán diseñar estrategias en búsqueda de la mejora continua.

Por esto, solicitamos diligenciar ésta encuesta y de antemano le agradecemos por su colaboración.


SERVICIO: _____

Fecha		Hora		Género	M	F
Nombre (Opcional) _____						
Correo Electrónico: _____						
Carrera		Semestre				

Marque con una **X** la casilla correspondiente a su valoración para cada uno de los aspectos mencionados a continuación, de acuerdo a los siguientes indicadores:

1. Deficiente 2. Regular 3. Bueno 4. Excelente


ASPECTOS A VALORAR		1	2	3	4
SERVICIO					
Área Administrativa (Secretaría, farmacia, archivo)					
1. Información suministrada:					
2. Horarios para:	a. Asignación de citas				
	b. Consultas				
3. Medicamentos:	a. Disponibilidad				
Área Profesional:					
4. Consultas:	a. Calidad de la atención recibida en concordancia con su problemática de salud				
	b. Actitud para orientar y responder inquietudes				
	c. Disponibilidad de citas				
	d. Tiempo empleado				
TALENTO HUMANO					
5. Personal Administrativo (Secretarías, auxiliares administrativos):					
a. Actitud y trato recibida					
b. Presentación Personal					
c. Puntualidad					

	PROCESO BIENESTAR ESTUDIANTIL SUBPROCESO ATENCIÓN EN SALUD	Código: FBE.54
	ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL BENEFICIARIO DEL SERVICIO DE SALUD	Versión: 01 Página 1 de 2

ASPECTOS A VALORAR		1	2	3	4
TALENTO HUMANO					
6. Profesional (médicos, odontólogos, psicólogos, enfermeras, etc):					
a. Actitud y trato recibida					
b. Calidad de la atención con respecto a su problemática de salud					
c. Presentación Personal					
d. Puntualidad					
EQUIPOS E INSTALACIONES LOCATIVAS					
7. Uso de equipos y elementos de trabajo					
8. Comodidad en:	a. Oficinas				
	b. Consultorios				
	c. Salas de espera				
	d. Baños				
9. Limpieza en:	a. Oficinas				
	b. Consultorios				
	c. Salas de espera				
	d. Baños				

Es importante y valioso para nosotros conocer sus opiniones y comentarios adicionales con relación a nuestros servicios. Le agradecemos nos comunique cualquier observación en el siguiente espacio:

ANEXO O. Encuesta de Satisfacción del Beneficiario de Programas Educativo-Preventivos

	PROCESO BIENESTAR ESTUDIANTIL SUBPROCESO PROGRAMAS EDUCATIVO-PREVENTIVOS	Código: FBE.53
	ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL BENEFICIARIO DE PROGRAMAS EDUCATIVO - PREVENTIVOS	Versión: 01

Es de gran importancia para los Programas Preventivos evaluar cada uno de las actividades ofrecidas a la Comunidad Estudiantil, para identificar las fortalezas y debilidades, las cuales nos permitirán diseñar estrategias en busca una mejora continua.

Por lo anterior, le agradecemos diligenciar completamente la siguiente encuesta:

PROGRAMA: _____ ACTIVIDAD: _____

Fecha		Hora		Género	M	F
Nombre: (Opcional) _____						
Correo Electrónico: _____						
Carrera		Semestre				


Marque con una X en la casilla correspondiente a su valoración para cada uno los aspectos mencionados a continuación, de acuerdo a los siguientes indicadores:

1. Deficiente 2. Regular 3. Bueno 4. Excelente

ASPECTOS A EVALUAR		1	2	3	4
SERVICIO					
1. Información y divulgación previa para conocer la actividad:					
2. Ejecución de la actividad:	a. Cumplimiento de programación establecida				
	b. Cumplimiento del tiempo programado				
	c. Horario establecido				
TALENTO HUMANO					
3. Actitud y trato recibida					
4. Actitud para orientar y responder inquietudes					
5. Presentación Personal					
6. Puntualidad					
EQUIPOS E INSTALACIONES LOCATIVAS					
7. Ayudas lúdicas y/o audiovisuales utilizadas en la actividad					
8. Instalaciones físicas donde se realiza la actividad					
9. Ambiente en que se desarrolla la actividad					

Es importante y valioso para nosotros conocer sus opiniones y comentarios adicionales con relación a nuestros programas. Le agradecemos nos comunique cualquier observación en el siguiente espacio:

ANEXO P. Encuesta de Satisfacción de los Usuarios del Servicio de Cafetería

	PROCESO BIENESTAR ESTUDIANTIL SUB PROCESO ATENCIÓN SOCIOECONÓMICA		Código: FBE.55
			Versión: 01
	ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO DEL SERVICIO DE CAFETERÍA		Página 1 de 2

Nº _____

Es de gran importancia para el Servicio de Cafetería evaluar cada uno de los productos ofrecidos a la Comunidad Universitaria, con el propósito de identificar las fortalezas y debilidades, las cuales nos permitirán diseñar estrategias en busca de una mejora continua.

Por lo anterior, le agradecemos diligenciar la siguiente encuesta:


Fecha				Hora			Género	M	F
Estudiante	Docente	Trabajador	Persona externa a la UIS		Otro (Cual?)				
Nombre: (Opcional)									
Correo Electrónico:									
Usted es usuario de:	Cafetería	Servicio de almuerzo	¿Es usuario primera vez?		SI	NO			

Marque con una **X** la casilla correspondiente a su valoración para cada uno de los aspectos mencionados a continuación, de acuerdo a los siguientes indicadores:

1. Deficiente 2. Regular 3. Bueno 4. Excelente

ASPECTOS A EVALUAR	1	2	3	4
PRODUCTOS - ALIMENTOS				
1. Sabor				
2. Frescura				
3. Temperatura				
4. Bebidas				
5. Forma de presentación de los alimentos				
6. Variedad				
7. Tamaño de las porciones de alimentos servidos en la bandeja del almuerzo*				
8. Precio de venta				
TALENTO HUMANO				
9. Atención recibida				
10. Presentación personal				
11. Calidad humana				

*Si su calificación es menor de dos (2) por favor mencione los alimentos en el espacio de observaciones.

	PROCESO BIENESTAR ESTUDIANTIL SUB PROCESO ATENCIÓN SOCIOECONÓMICA	Código: FBE. 55
		Versión: 01
	ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO DEL SERVICIO DE CAFETERÍA	Página 2 de 2

ASPECTOS A EVALUAR		1	2	3	4
SERVICIO					
12. Jornada del servicio (Horario de distribución de alimentos)					
13. Tiempo de entrega del producto (Prontitud)					
INSTALACIONES LOCATIVAS					
14. Salón	a. Limpieza				
	b. Organización				
	c. Iluminación				
	d. Ventilación				
	e. Ambiente y confort				
15. Menaje (Cubiertos, platos, vasos y bandejas)	a. Limpieza				
	b. Estado Físico				
	c. Cantidad suficiente				
16. Mobiliario (Sillas y mesas)	a. Limpieza				
	b. Estado Físico				
	c. Cantidad suficiente				
17. Medios de comunicación del menú					

Es importante y valioso para nosotros conocer sus opiniones y comentarios adicionales con relación a nuestros productos y servicios. Le agradecemos nos comunique cualquier observación en el siguiente espacio:

ANEXO Q. Análisis de resultados de las encuestas de satisfacción del Proceso BE



1. ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL BENEFICIARIO DEL SERVICIO DE SALUD

En el presente documento se presenta el análisis de los resultados de las encuestas de satisfacción realizadas a los beneficiarios del servicio de salud, la cual se aplicó de forma aleatoria a los beneficiarios que reciben este servicio

A continuación se presenta la Tabla 1, resumen de los porcentajes de satisfacción, en la cual se describe el método de cálculo de este valor, siendo este la relación entre los puntos calificados por los beneficiarios encuestados y los puntos máximos reales de calificación:

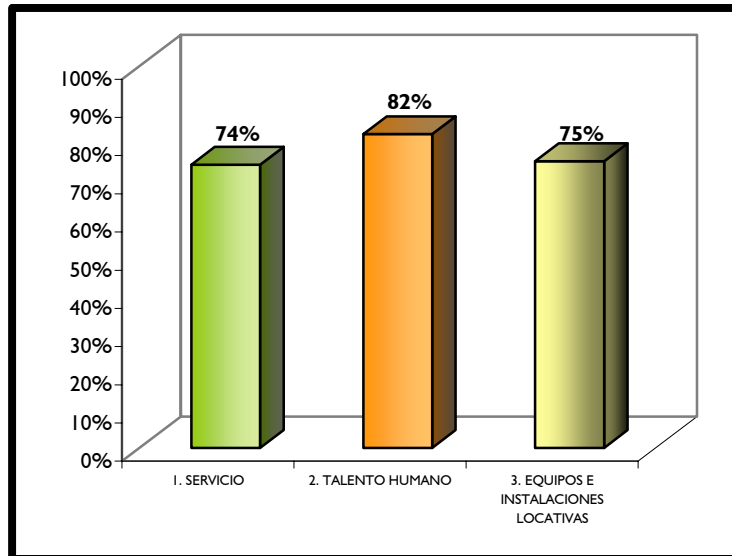
Tabla 1. Resumen técnico de las encuestas de satisfacción del beneficiario del servicio de salud

ASPECTOS EVALUADOS	ASPECTOS EVALUADOS	VALOR MÁXIMO INDIVIDUAL	MAXIMA CALIFICACION	PUNTOS REALES	PUNTOS CALIFICADOS POR USUARIOS	% DE SATISFACCIÓN
1. SERVICIO	8	4	32	6816	5051	74%
2. TALENTO HUMANO	7	4	28	5964	4898	82%
3. EQUIPOS E INSTALACIONES LOCATIVAS	9	4	36	7668	5755	75%
TOTAL	24	4	96	20448	15704	77%

Fuente: Autoras

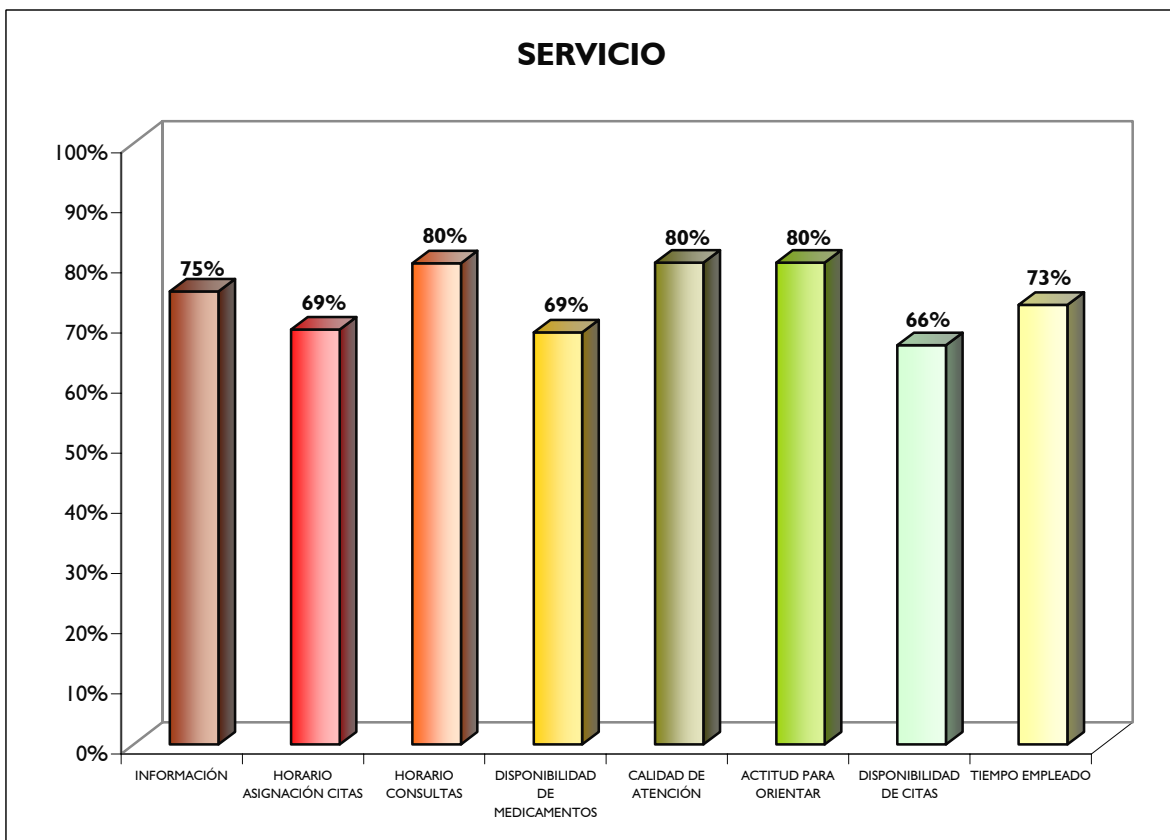
Satisfacción por grupo de aspectos evaluados

Los resultados obtenidos en las encuestas de satisfacción evidencian que se tiene un nivel de satisfacción del 82% respecto al aspecto evaluado de talento humano, mientras que los aspectos de servicio (74%) y equipos e instalaciones (75%) se encuentran por debajo del 80% de satisfacción, meta propuesta para alcanzar el nivel de satisfacción de los beneficiarios. Lo cual indica que deben establecer acciones para aumentar el nivel de satisfacción.



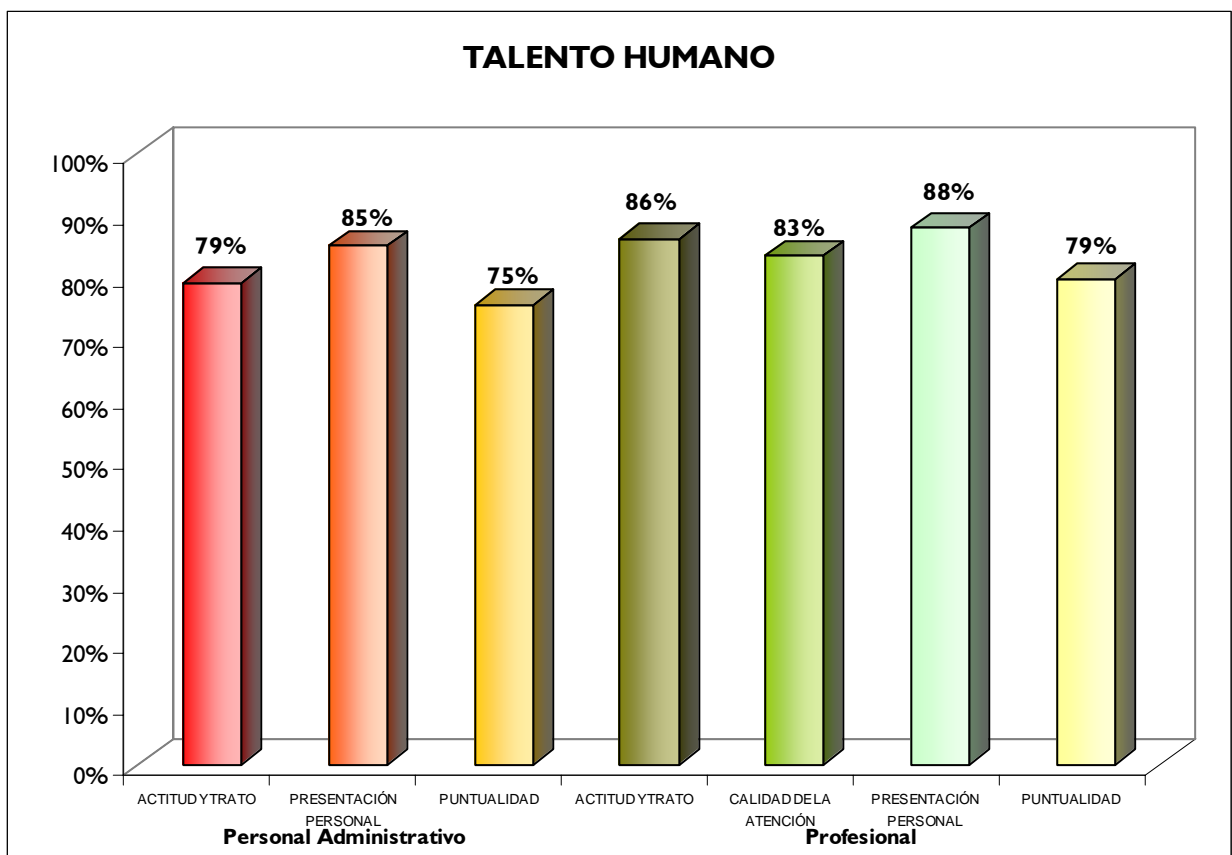
Con el fin de conocer con claridad el porcentaje de satisfacción obtenido en cada uno de los aspectos evaluados, se presentan los siguientes gráficos:

1.1 Satisfacción del Servicio



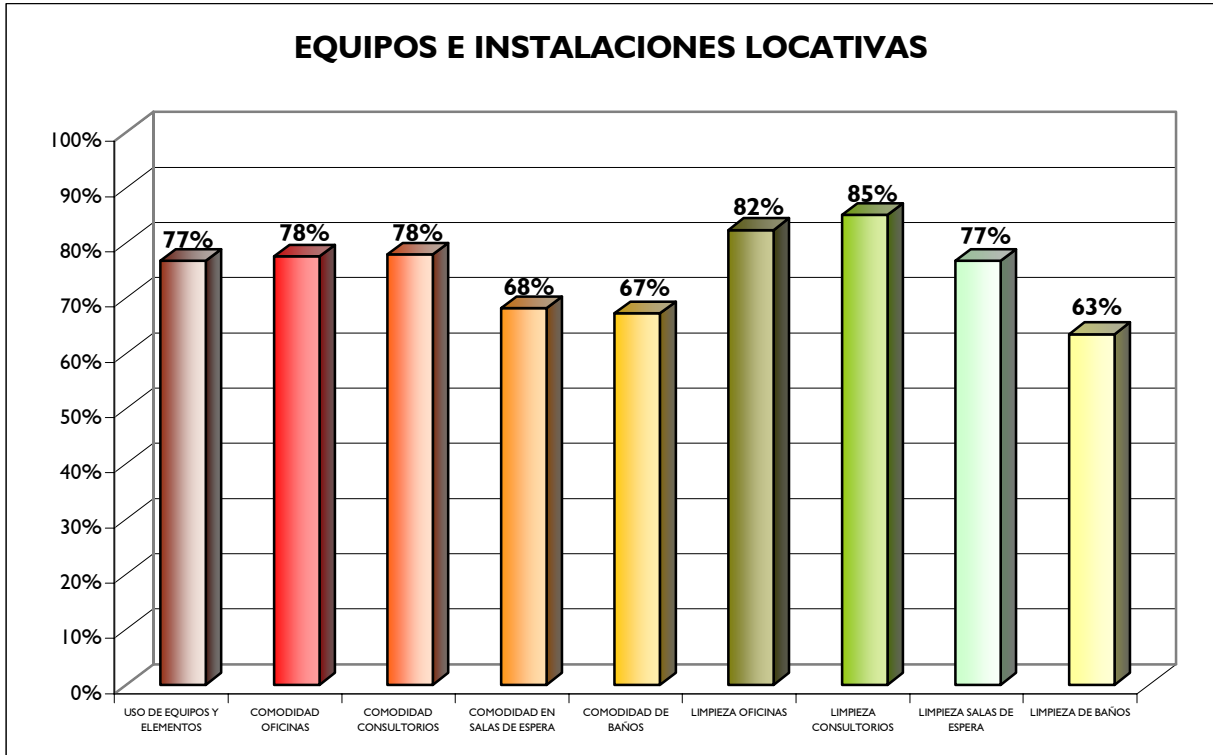
El nivel de satisfacción del aspecto evaluado servicio se encuentra por debajo de la meta propuesta, siendo los aspectos con un nivel de satisfacción más bajo el horario asignación de citas (69%), disponibilidad de medicamentos (69%) y la disponibilidad de citas (66%), lo que permite concluir que se deben tomar medidas correctivas de mejoramiento para estos aspectos.

1.2 Satisfacción del talento humano



Analizando el gráfico, el personal administrativo recibe un porcentaje de satisfacción del 85%, y se evidencia que la puntualidad la debe mejorar, pues es la calificación más baja de los aspectos evaluados; en cuanto a los profesionales se puede inferir que la actitud y trato; y la presentación personal son conformes; pero igualmente deben mejorar en la puntualidad.

1.3 Satisfacción de los equipos e instalaciones locativas



En cuanto al aspecto en donde se evalúan los equipos e instalaciones locativas del servicio de salud, se deben establecer acciones de mejora para preservar la comodidad y limpieza de las salas de espera y los baños; y como puntos a resaltar están la limpieza de las oficinas y consultorios con una satisfacción del 82% y 85% respectivamente.

OBSERVACIONES

- Deberían replantear los horarios de asignación de citas, por en ocasiones interfiere con los horas de clase.
- Ampliar la disponibilidad de citas para los servicios de medicina general y odontología.
- Es importante generar en los estudiantes la necesidad de acudir al médico como opción y medio eficaz para la atención oportuna de factores de riesgo en la salud.
- El personal (administrativos y profesionales) deben tomar una actitud más amable.

- El servicio que se presta en Bienestar Universitario es muy bueno.
- El suministro de medicamentos debería ser mejor.
- La atención de urgencias debería ser oportuna.
- Habilitar de nuevo la entrada principal de la SSISDP por comodidad a todo aquel estudiante que sufre alguna limitación o incapacidad física.
- Para el servicio de fisioterapia sería recomendable un aire acondicionado, debido a que el área es muy calurosa.
- Instalar instrumentos necesarios para la toma de radiografías.
- Mejorar la limpieza y aseo de los baños.
- Incrementar el número de citas disponibles con especialistas.
- El área de Fisioterapia debería ser un poco más amplia para poder realizar los ejercicios necesarios.
- En algunas ocasiones el personal se muestra hermético y cuando se pregunta alguna información no dan orientaciones claras o lo hacen con una actitud desinteresada.
- Se debe mejorar la atención en el caso de emergencias ó urgencias que llegan a Bienestar, ya que generalmente falta coordinación entre la enfermera y los doctores para la atención, así como muchas veces la enfermera subvalora los casos y no pueden ser atendidos oportunamente.
- Cabe resaltar la puntualidad del talento humano de los profesionales, y la sinceridad de darnos a conocer los medicamentos requeridos para nuestro tratamiento sin importar que no se encuentren en Bienestar.
- Se mantiene muy aseado el establecimiento, la puntualidad e información en cada puesto es más que autosuficiente, se evidencia el espíritu de colaboración en el personal y su disposición a contribuir con el desarrollo personal de los pacientes.

2. ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL BENEFICIARIO DE PROGRAMAS PREVENTIVOS

En el presente documento se presenta el análisis de los resultados de las encuestas de satisfacción realizadas a los beneficiarios de los programas educativo-preventivos, la cual

se aplicó de forma aleatoria a los beneficiarios que participaron de las actividades que ofrecen estos programas.

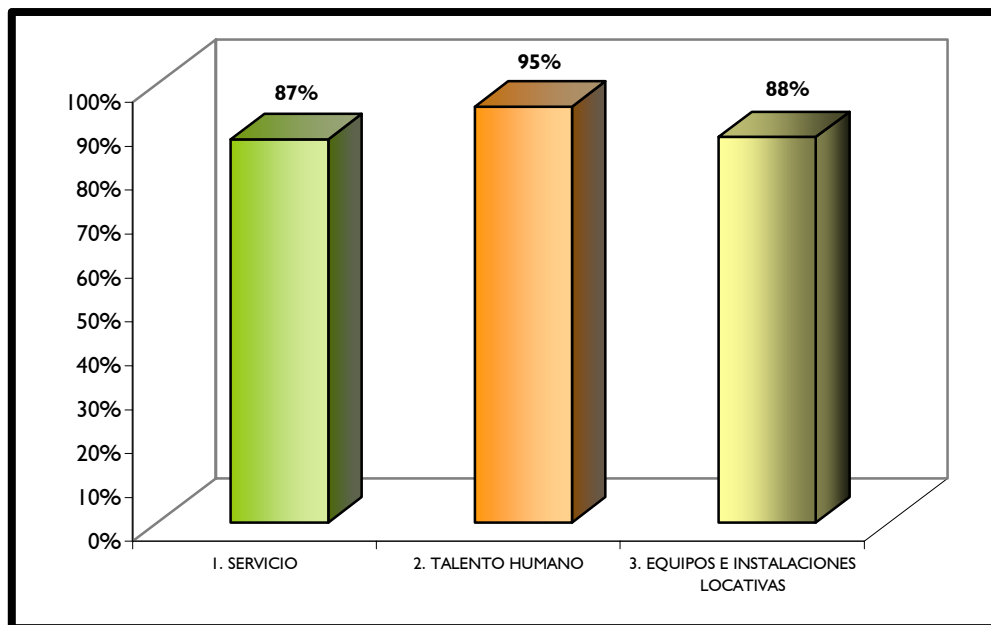
A continuación se presenta la Tabla 2, resumen de los porcentajes de satisfacción, en la cual se describe el método de cálculo de este valor, siendo este la relación entre los puntos calificados por los beneficiarios encuestados y los puntos máximos reales de calificación:

Tabla 2. Resumen técnico de las encuestas de satisfacción de los beneficiarios de los programas educativo-preventivos

ASPECTOS EVALUADOS	ASPECTOS EVALUADOS	VALOR MÁXIMO INDIVIDUAL	MAXIMA CALIFICACION	PUNTOS REALES	PUNTOS CALIFICADOS POR USUARIOS	% DE SATISFACCIÓN
1. SERVICIO	4	4	16	3440	3003	87%
2. TALENTO HUMANO	4	4	16	3440	3259	95%
3. EQUIPOS E INSTALACIONES LOCATIVAS	3	4	12	2580	2266	88%
TOTAL	11	4	44	9460	8528	90%

Fuente: Autoras

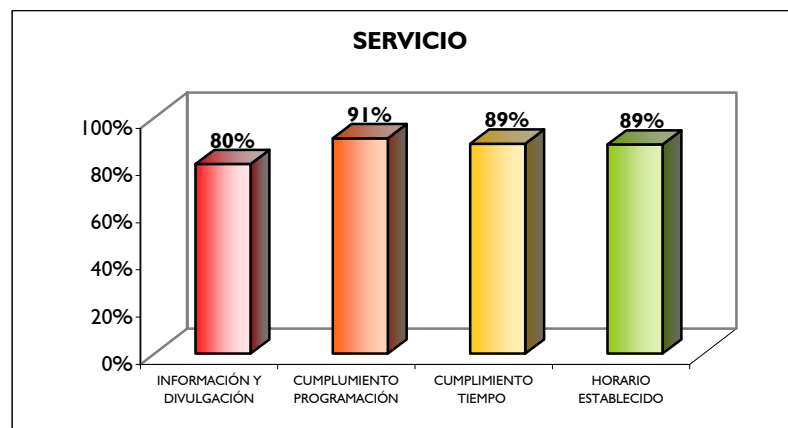
Satisfacción por grupo de aspectos evaluados



Como se puede observar en la gráfica, la percepción de satisfacción de los beneficiarios es alta, resaltando el aspecto evaluado de talento humano, con un porcentaje de satisfacción del 95%, esto indica que supera la meta propuesta del 80%, pero aún se puede mejorar para alcanzar un 100% de satisfacción en los programas educativo-preventivos.

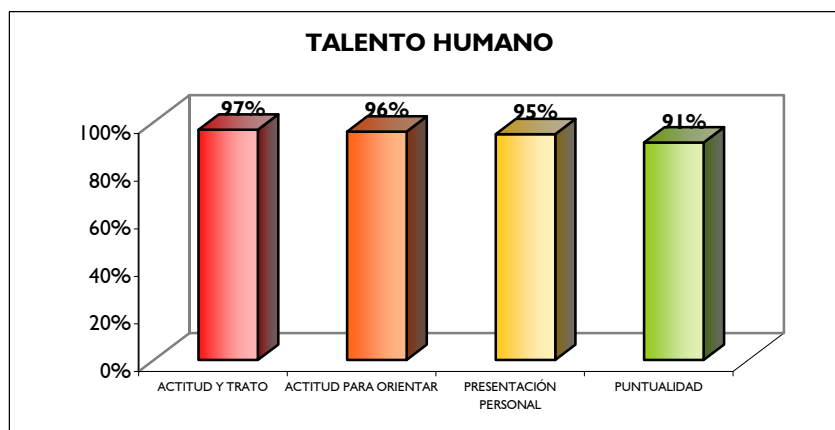
Con el propósito de conocer con claridad el porcentaje de satisfacción de los beneficiarios en cada uno de los aspectos evaluados, se presentan los siguientes gráficos:

2.1 Satisfacción del Servicio



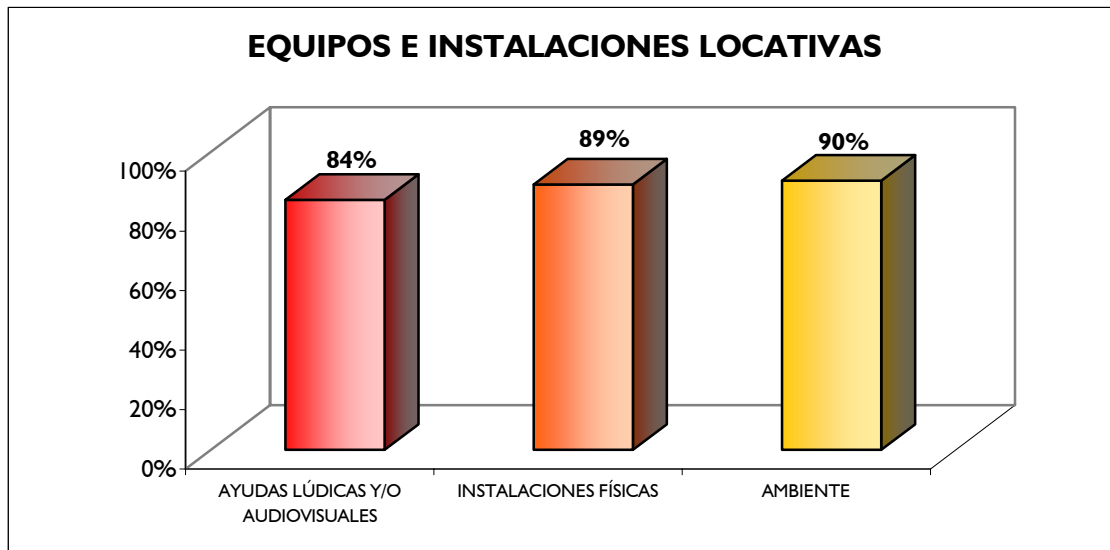
El porcentaje de satisfacción en cuanto al aspecto del servicio es conforme, pero se puede evidenciar que al aspecto más bajo con un 80% es la información y divulgación, sin desmeritar que sea bajo, lo que se muestra aquí es que se deben fortalecer aun más los canales de comunicación para que los estudiantes de la Universidad Industrial conozcan los programas que se ofrecen y puedan acceder a ellos.

2.2 Satisfacción del talento humano



De acuerdo a la gráfica se puede concluir que la satisfacción en cuanto al aspecto de talento humano es altamente satisfactorio, siendo el más relevante la actitud y trato con un 97%, y un porcentaje menor la puntualidad con 91%.

2.3 Satisfacción de equipos e instalaciones locativas



En cuanto al aspecto evaluado de equipos e instalaciones locativas, el nivel de satisfacción es conforme, pero se evidencia que el porcentaje de satisfacción en cuanto a las ayudas lúdicas y/o audiovisuales es del 84%, lo que permite establecer que se deben implementar estrategias innovadoras para realizar las actividades de los programas educativo-preventivos para alcanzar una mejor percepción en sus beneficiarios.

OBSERVACIONES

- Realizar más actividades lúdicas con el fin de enriquecer más las actividades.
- Excelentes los programas que ofrece Bienestar Universitario, ofrecen gran variedad de programas.
- Los temas que se manejan en los programas de salud sexual y reproductiva, son muy importantes ya que hablan acerca de la responsabilidad y la realidad de los jóvenes hoy en día.
- Excelente la forma en que se divulga la información acerca como se debe manejar nuestra vida sexual y los métodos para protegernos de enfermedades de transmisión sexual.

- Establecer horarios de ejecución de los programas en los que los estudiantes puedan asistir.
- Realizar más actividades de los programas educativo-preventivos en la Facultad de Salud.
- Mejorar los canales de divulgación de los programas para que más estudiantes puedan asistir y conocerlos aún mejor.
- Las actividades de los programas preventivos son espacios propicios para la consecución del bienestar de los estudiantes.
- La divulgación de los talleres se debería hacer de una forma masiva.
- Realizar una planificación de actividades a desarrollar, y darla a conocer a la Comunidad Universitaria.
- Muy buena actitud de los profesionales líderes de los programas en cuanto a la solución de inquietudes.
- Entregar folletos resumen de los diferentes programas, donde se expresen respuestas a los interrogantes más frecuentes.
- Adicionar actividades complementarias y que refuercen la orientación recibida y así tener un mejor aprovechamiento del tiempo programado para la actividad, el cual previamente ha sido comunicado a los asistentes
- Realizar otros talleres que enriquezcan la formación personal y profesional.
- La metodología utilizada para el seminario - taller, fue muy adecuada ya que nos permite la interacción en forma ilustrativa, para ponerla en práctica.
- Los objetivos del seminario-taller es ayudar a empalmar al estudiante con la realidad afuera, tal vez seria convenirte más de información a cerca de estos
- Las actividades relacionadas con la preparación para el ingreso a la vida laboral deben ser más frecuentes para la Comunidad Estudiantil ya que hemos demostrado pocas destrezas sociales, y esto contribuiría a desarrollar personas más competitivas a nivel laboral y mejores personas a nivel social.
- Considero que este tipo de seminarios (seminario-taller) que ofrece la Universidad, fortalecen al profesional como persona integra para el excelente desempeño laboral.

- Más aulas disponibles para las tutorías.
- El programa PAMRA disminuye la deserción académica de los estudiantes, y emplea una metodología práctica en las asesorías brindadas a los estudiantes.

3. ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO DEL SERVICIO DE CAFETERÍA

En el presente documento se presenta el análisis de los resultados de las encuestas de satisfacción realizadas a los usuarios del Servicio de Cafetería, la cual se aplicó de forma aleatoria a los usuarios que frecuentan el servicio.

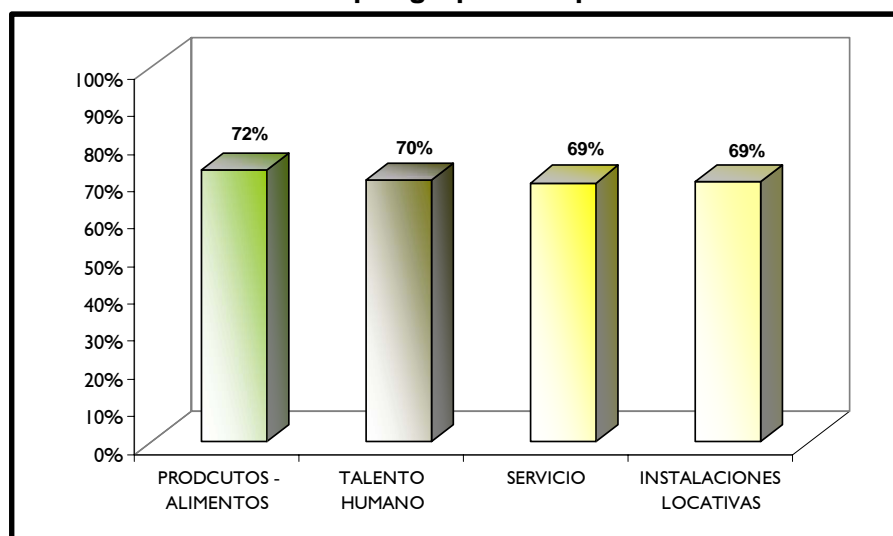
A continuación se presenta la Tabla 3, resumen de los porcentajes de satisfacción, en la cual se describe el método de cálculo de este valor, siendo este la relación entre los puntos calificados por los usuarios encuestados y los puntos máximos reales de calificación:

Tabla 3. Resumen técnico de las encuestas de satisfacción de los usuarios del servicio de cafetería.

ASPECTOS EVALUADOS	ASPECTOS EVALUADOS	VALOR MÁXIMO INDIVIDUAL	MAXIMA CALIFICACION	PUNTOS REALES	PUNTOS CALIFICADOS POR USUARIOS	% DE SATISFACCIÓN
PRODCUTOS -ALIMENTOS	8	4	32	2656	1919	72%
TALENTO HUMANO	3	4	12	996	694	70%
SERVICIO	2	4	8	664	458	69%
INSTALACIONES LOCATIVAS	12	4	48	3984	2762	69%
TOTAL	25	4	100	8300	5833	70%

Fuente: Autoras

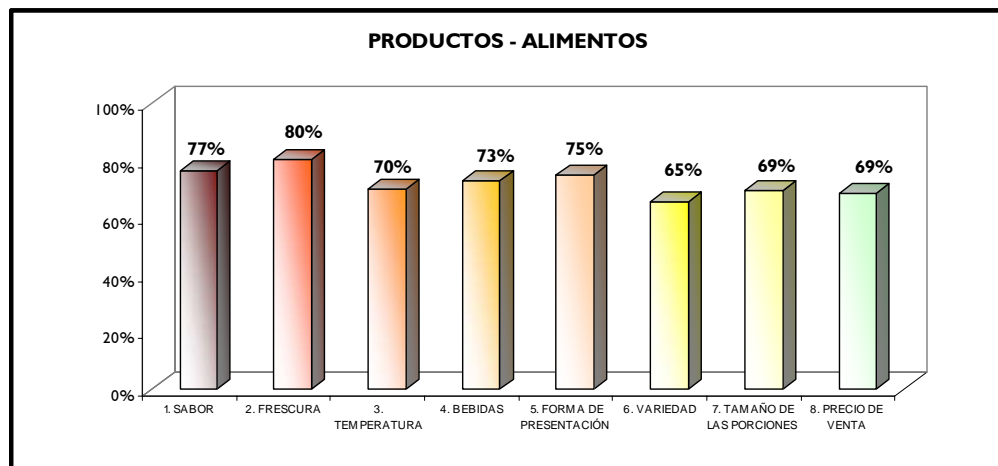
Satisfacción por grupo de aspectos evaluados



El gráfico de satisfacción por grupo de aspectos evaluados, describe que las instalaciones locativas y el servicio son los más bajos con un porcentaje del 69% de satisfacción entre los usuarios encuestados, esto indica que se debe prestar mayor atención a estos aspectos, con el fin de alcanzar una satisfacción superior al 80%.

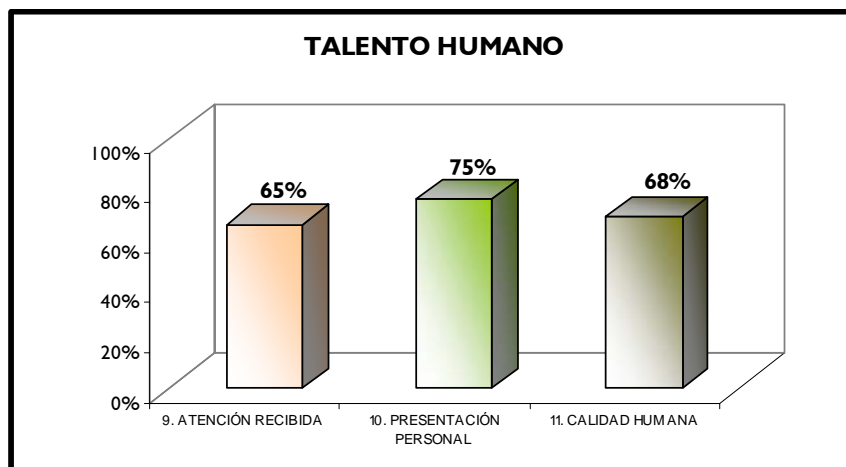
Con el fin de conocer con claridad el porcentaje de satisfacción de los usuarios en cada uno de los aspectos evaluados, se presentan los siguientes gráficos:

3.1 Satisfacción de los productos – alimentos



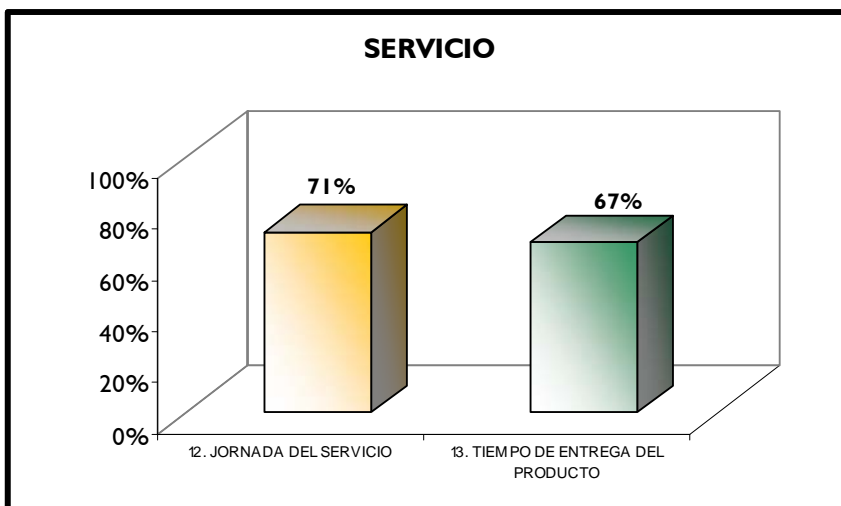
El gráfico de productos y alimentos, muestra que la frescura de los alimentos es la característica que más tiene satisfechos a los usuarios del servicio, con un 80% de satisfacción y por el contrario la variedad de los productos ofrecidos por la cafetería cuenta con un 65% de satisfacción, lo cual indica que la dirección de la sección debe analizar la posibilidad de variar con mayor frecuencia los menús del almuerzo y ofrecer mayor cantidad de productos en el mostrador.

3.2 Satisfacción del talento humano



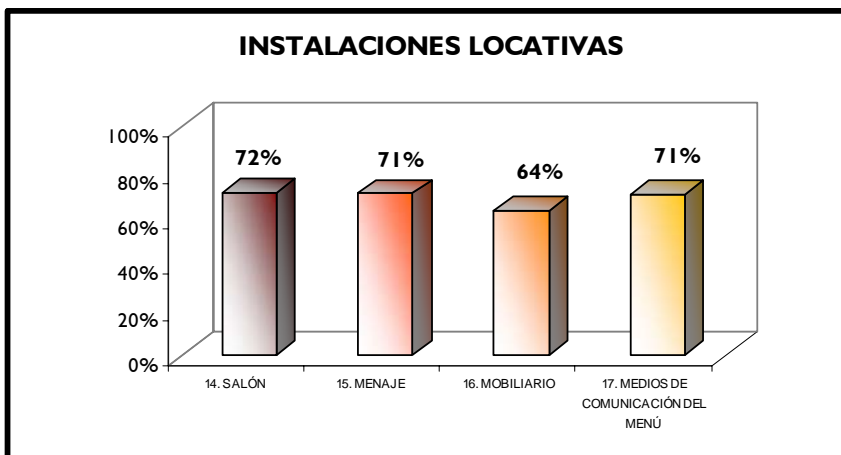
En cuanto al talento humano que labora en el Servicio de Cafetería se obtuvo una calificación promedio del 70%, siendo la atención recibida por los usuarios la calificaron más baja, con un porcentaje del 65%; pero la calidad humana con atienden a los usuarios tan solo la diferencian de la anterior en 3 puntos porcentuales. Esto permite concluir que se debe tomar medidas correctivas o realizar jornadas de sensibilización relacionadas con servicio al cliente.

3.3 Satisfacción del Servicio



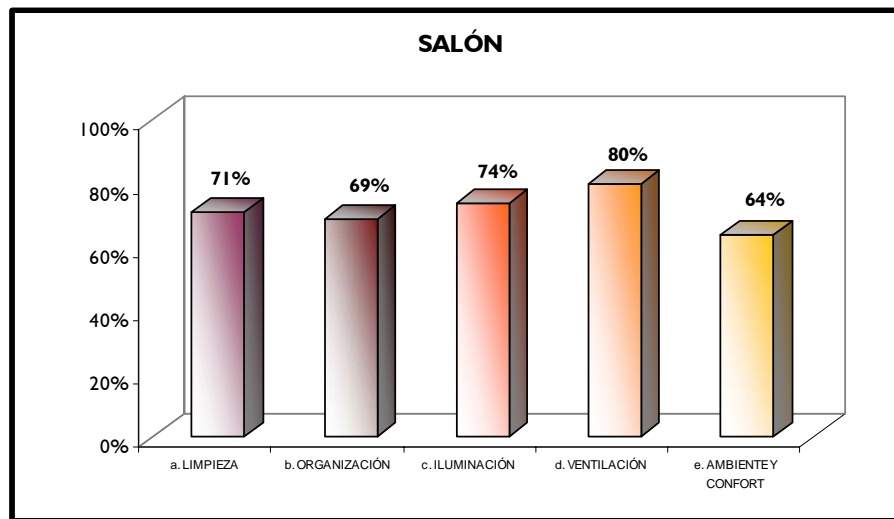
El porcentaje de satisfacción que respecta al tiempo de entrega del producto en la cafetería es del 67%, lo que quiere decir que se debe crear una estrategia que permita disminuir este tiempo. Por otro lado se podría pensar en aumentar la jornada de prestación del servicio hasta las 6 de la tarde, con el fin de aumentar los ingresos y adquirir un número de usuarios satisfechos mayor al existente actualmente.

3.4 Satisfacción de las instalaciones locativas



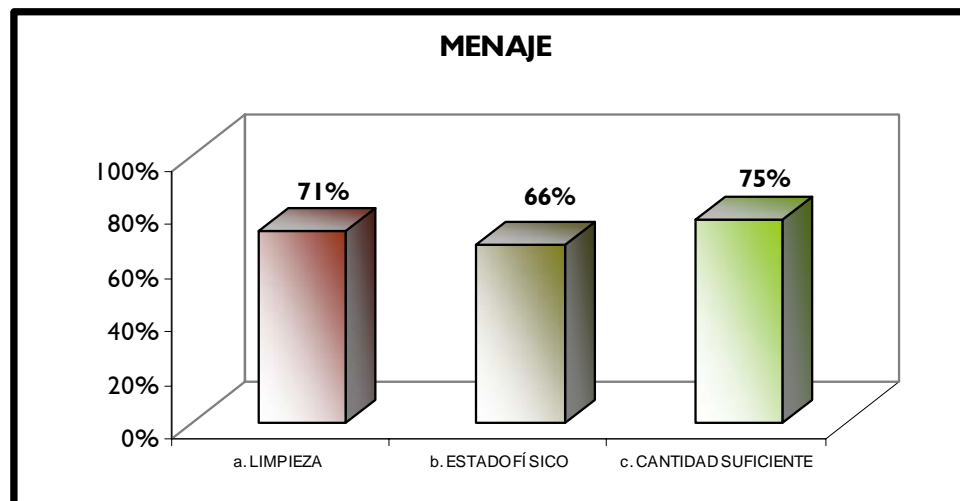
El mobiliario presenta un porcentaje del 64% de satisfacción, siendo este el que se le debe dar mayor importancia en el momento de tomar la decisión de realizar cambios en las instalaciones locativas de la cafetería, pero no hay que dejar de lado el menaje y los medios de comunicación del menú, estos presentaron un porcentaje del 71%, lo cual indica que se deben buscar estrategias de comunicación mas efectivas y renovar el menaje utilizado.

3.5 Satisfacción del salón



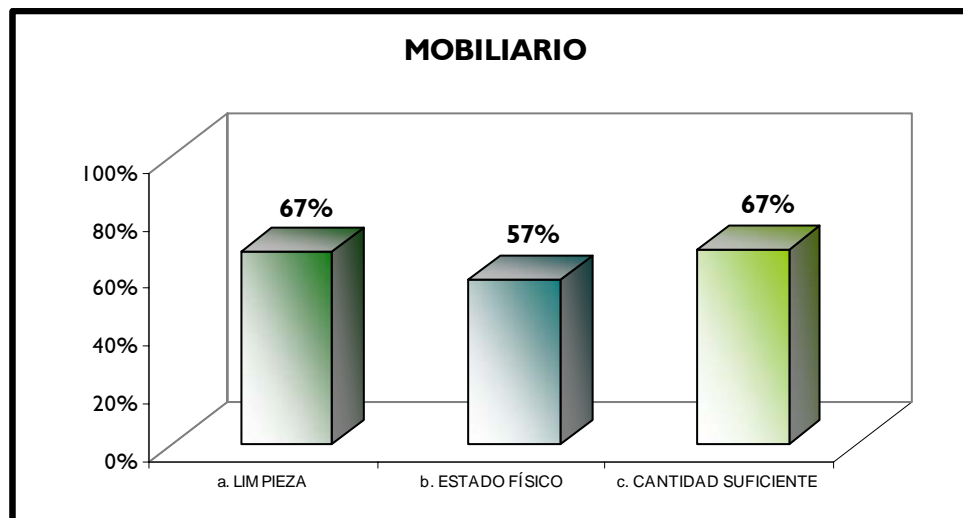
En la gráfica de evaluación del salón de cafetería se puede observar que los usuarios están un 80% satisfechos con la ventilación del lugar, y un 64% con el ambiente y confort, debido a que no hay una decoración acorde con el lugar y agradable a la vista.

3.6 Satisfacción del menaje



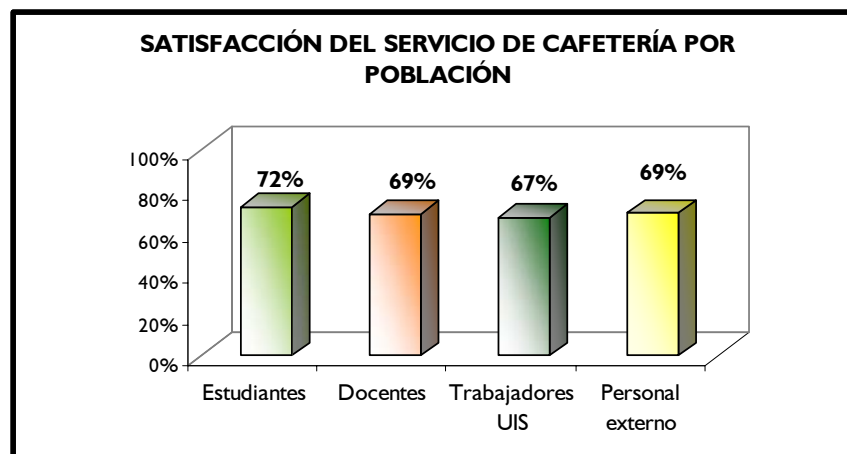
Con respecto al menaje utilizado en la cafetería se presenta un 66% de satisfacción con respecto al estado físico, lo que indica como se mencionó anteriormente, es necesario renovarlos por unos en mejor estado y así prestar un mejor servicio. Sin embargo según el gráfico hay una satisfacción del 75% en cuanto a la cantidad de estos utensilios.

3.7 Satisfacción del mobiliario



El estado físico del mobiliario es un aspecto crítico, tal como lo demuestra el resultado de la encuesta de satisfacción del servicio, esto se debe a que las sillas y mesas ubicadas en este son antiguas y requieren ser cambiadas lo más pronto posible. Finalmente se puede decir que el mobiliario es el aspecto con porcentajes bajos, lo que quiere decir que la dirección de la sección debe tomar medidas al respecto para alcanzar una satisfacción mayor por parte de sus usuarios.

3.8 Satisfacción por población



Teniendo en cuenta el gráfico de satisfacción por población, se puede concluir que los estudiantes se encuentran en un 72% satisfechos, seguidamente se encuentran los docentes y personal externo que utiliza este servicio. Pero los trabajadores de la Universidad son los menos satisfechos con el servicio, lo cual indica que se debe revisar cada uno de los puntos evaluados y realizar acciones que permitan amentar estos porcentajes.

OBSERVACIONES

- Las porciones servidas en el almuerzo son insuficientes para el precio que se está pagando por el plato.
- La temperatura con la cual sirven los alimentos no es la adecuada, deberían tener más cuidado al servir los alimentos.
- Las personas encargadas de atender a los usuarios no presentan una actitud amable y cordial.
- El precio de alguno productos es alto comparado con el precio al cual uno compra en otros lugares.
- Deberían ofrecer más variedad de productos.
- El horario de atención debe ser un poco más amplio, pues algunas personas laboran hasta altas horas de la noche.
- El menú del almuerzo debería ser más variado.
- Mejorar la entrega del producto y presentación del comedor, esta debe ser más agradable a la vista.
- Se recomienda establecer dos puntos de entrega de almuerzos para disminución de cola.
- Es necesario que las ensaladas sean más agradables.
- En ocasiones no concuerda el menú que aparece en cartelera con el servido.