



TABLA DE CONTENIDO

1.	REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	3
1.1.	GENERALIDADES	3
1.2.	CAMBIOS INTERNOS Y EXTERNOS PERTINENTES AL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD;9	
1.3.	DESEMPEÑO Y LA EFICACIA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD,	13
1.3.1	<i>La satisfacción del cliente y la retroalimentación de las partes interesadas pertinentes.....</i>	<i>13</i>
1.3.2	<i>Medición de PQRSD.....</i>	<i>15</i>
1.3.3	<i>El grado en que se han logrado los objetivos de la calidad</i>	<i>19</i>
1.3.4	<i>El desempeño de los procesos y conformidad de los productos y servicios;</i>	<i>21</i>
1.3.5	<i>Las no conformidades y acciones correctivas</i>	<i>24</i>
1.3.6	<i>Resultados Auditoria Externa Icontec.....</i>	<i>40</i>
1.3.7	<i>Riesgos actualizados e identificados por la entidad.....</i>	<i>45</i>
1.3.8	<i>Los resultados de seguimiento y medición procesos SIG: Avance de los Planes de Mejoramiento de los Programas Académicos y los Procesos Administrativos</i>	<i>46</i>
1.3.9	<i>Actualización Documental</i>	<i>53</i>





INTRODUCCIÓN

El informe de revisión por la dirección presenta las acciones y actividades ejecutadas durante el año inmediatamente anterior de todo el Sistema Integrado de Gestión, para asegurar su conveniencia, adecuación, eficacia y alineación continuas con la dirección estratégica de la organización.

El fin de este informe es reconocer las fortalezas de los procesos para ayudar a potencializarlas, del mismo modo detectar las debilidades para tomar acciones de mejora que permitan disminuir los impactos negativos en el sistema y así cumplir con los objetivos planteados en el SIG y a nivel institucional.

En el presente podrá visualizar el cierre institucional y de cada proceso del FAC-23 “Planificación, Control y Seguimiento de Actividades” igualmente del FAC-49 “Plan de Gestión del Cambio y Mejora Continua”, los indicadores del sistema, el estado de los objetivos de calidad, el avance de la actualización de la información documentada y el estado de cierre de las actividades del Plan de Acciones Correctivas.

Este documento se basa en los requisitos que componen el capítulo **9.3 Revisión por la Dirección** de la NTC ISO 9001:2015.





2. REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

1.1. Generalidades

La planificación nos permite apoyar una mejor organización de las actividades además de cumplir de manera eficaz con las actividades a desarrollar, a continuación, se presenta el cierre de la planificación institucional del SIG, el seguimiento nos permite observar una excelente ejecución de las actividades planteadas al llegar a un 100% de la misma.

El seguimiento a las acciones se realiza con base en las evidencias que allega cada responsable de actividad.

Tabla 1. Resultado Planificación Institucional 2019.

N°	Actividades	Control y Seguimiento	% Por Acción	Calificación	% de Cumplimiento	Resultado
1	Elaboración del FAC-10 Informe para la Revisión del Sistema Integrado de Gestión por la Dirección	Acción Ejecutada El informe de Revisión por la Dirección correspondiente a la vigencia 2018 se elaboró mediante Acta de Reunión 002 de 5 de febrero de 2019 y se presentó para socialización y aprobación en el primer comité de Coordinación de Control Interno.	4,00	3	100%	4,0
2	Entrega del FAC-10 Informe para la Revisión del Sistema Integrado de Gestión por la Dirección definitivo a cada uno de los procesos	Una vez aprobado se remitió a todos los procesos y facultades mediante correo electrónico para su conocimiento.	4,00	3	100%	4,0
3	Presentación del documento preliminar FAC-10 Informe para la Revisión del Sistema Integrado de Gestión por la Dirección al representante de la Alta Dirección y proyección del plan de mejoramiento institucional	Se realizó el primer Comité de Coordinación de Control Interno el día 4 de abril de 2019. Se realizó segundo encuentro Equipo Operativo MECI el día 26 de junio de 2019. Se realizó reunión el 18 de julio de 2019 se socializaron los cambios de documentación de Contratación, Recursos Físicos, UETIC. Se realizó el último encuentro del 2019,	4,00	3	100%	4,0
4	Ejecución de reuniones del Equipo MECI		4,00	3	100%	4,0





		el día 30 de octubre.				
5	Entrega de la planificación (semestral o anual) por Proceso	Acción Ejecutada La Administración del SIG solicito mediante Circular No 007 del 20 de febrero de 2019	4,00	3	100%	4,0
6	Entrega del plan de gestión del cambio (semestral o anual) por proceso	Acción Ejecutada La Administración del SIG solicito mediante Circular No 007 del 20 de febrero de 2019	4,00	3	100%	4,0
7	Reuniones de control y seguimiento de la Administración de SIG con los procesos de Dirección, Misionales, de Apoyo y de Evaluación y Control para la revisión y asesoría en cuanto a: - Documentación de los procesos - Cumplimiento y efectividad del plan de acciones correctivas - Cumplimiento y efectividad del plan de gestión del cambio - Indicadores de los procesos - Adopción de nueva normatividad - Asesorías en temas relacionados con cada uno de los procesos	Acción Ejecutada La Administración del SIG ejecuto las primeras reuniones de seguimiento con los procesos correspondientes al primer semestre 2019, en julio de realizo el segundo seguimiento del año a los procesos de la universidad. El tercer ciclo de seguimientos del año 2019 se realizó en el mes de noviembre.	4,00	3	100%	4,0
8	Reuniones de control y seguimiento a los planes de mejoramiento de los Programas Académicos producto de la autoevaluación	Acción Ejecutada La Administración del SIG en conjunto con el SAAI realiza el seguimiento a los programas académicos, se han realizado seguimiento a los siguientes programas: Ing. Ambiental, Adam Empresas, Filosofia, LIC Ciencias Sociales, Comunicación Social.ing. Química, Ing. Telecomunicaciones, Ing. Sistema, Ing. Alimentos, Arquitectura, Maestría en Proyectos Informáticos, Derecho, Lic Educación Artística, Contaduría Publica, Medicina	4,00	3	100%	4,0
9	Entrega del Indicador institucional de PQRDS (Peticiónes, Quejas, reclamos, denuncias y sugerencias)	Acción Ejecutada La Administración del SIG solicito la entrega de indicador correspondiente al primer trimestre mediante Circular 015 del 28 de marzo de 2019. Segundo seguimientos a los indicadores se realizó durante la primera semana de Julio. En el encuentro realizado con el Equipo Operativo MECI el día 30 de octubre, se solicitó la entrega del indicador por parte de los procesos que aún no han enviado. se solicitó la entrega de los indicadores del tercer trimestre mediante la circular N° 27. Se solicito la entrega de los indicadores del cuarto trimestre en reunión de equipo MECI el día 23 de Enero del 2020.	4,00	3	100%	4,0





10	Entrega del Indicador institucional de Medición de la Satisfacción del Cliente	Actividad Ejecutada La medición del primer semestre se realizó por Atención al Ciudadano tal y como consta en Acta 025 , Se realizo entrega de la medición de la satisfacción del cliente correspondiente al segundo semestre del 2019 tal y como consta en el correo electrónico enviado el día 28 de enero del 2020	4,00	3	100%	4,0
11	Entrega de Indicadores de Gestión (semestrales o trimestrales) de cada Proceso	Acción Ejecutada La Administración del SIG solicito la entrega de los indicadores de Gestión correspondiente al primer trimestre mediante Circular 015 del 28 de marzo de 2019. En reunión del equipo MECI el día 23 de enero del 2020 se solicitó la entrega de los indicadores de Gestión de cada proceso	4,00	3	100%	4,0
12	Control y seguimiento al plan de mejoramiento institucional	Acción Ejecutada Mediante Acta de Reunión 005 del 12 de junio 2019 se realizó el primer control y seguimiento al Plan de Mejoramiento Institucional, Mediante acta d reunión 011 del 29 de octubre del 2019 se realizó el segundo control y seguimiento al Plan de mejoramiento Institucional.	4,00	3	100%	4,0
13	Auditoria externa	Actividad sin Ejecutar La auditoría Externa se realizó por parte de Icontec durante los días del 2,3 y 4 de diciembre del 2019	4,00	3	100%	4,0
14	Elaboración y actualización de la Matriz de Identificación del Producto o Servicio No Conforme y entrega a la Administración del SIG	Acción en Ejecución La Administración del SIG solicitó la Matriz de Identificación del Producto o Servicio no Conforme mediante el Equipo Operativo MECI tal como consta en Acta 004	4,00	3	100%	4,0
15	Reporte del Producto o Servicio no Conforme a la Administración del SIG	Acción en Ejecución La Administración del SIG solicitó la Matriz de Identificación del Producto o Servicio no Conforme mediante el Equipo Operativo MECI tal como consta en Acta 004	4,00	3	100%	4,0
ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL PROCESO DE CONTROL INTERNO DE GESTIÓN						
16	Comité de Coordinación de Control Interno (Sesiones Ordinarias)	Acción Ejecutada Se desarrolló durante la vigencia anterior dos sesiones ordinarias como se observa en el FAC-08 Acta de reunión N° 01 del 18 de marzo del 2019 y FAC-08 Acta de reunión N° 02 del 26 de julio del 2019	4,00	3	100%	4,0





17	Elaboración del FCI-38 Programas de Auditorías 2019	Acción En el primer comité de coordinación de control interno del año 2019 se realizó la socialización del programa y el plan de auditorías	4,00	3	100%	4,0
18	Auditorías de Suficiencia, Ejecución de Auditorías Internas IN SITU, Entrega de Informes de Auditorías, Evaluación de Auditores, Elaboración de planes de mejoramiento producto de la Auditoría, Entrega de planes de mejoramiento producto de la Auditoría	Acción Se realizó la selección del auditor líder como consta en el FAC-08 Acta de reunión N° 02 del 26 de julio del 2019 del CCCI, se ejecutó y dio cierre al proceso correspondiente para lo cual se adjunta plan de auditoría interna y cierre del proceso	4,00	3	100%	4,0
19	Evaluación a planes de mejoramiento resultado de las auditorías externas	Acción Se realiza el seguimiento y el reporte correspondiente al ente de control en las fechas establecidas por la entidad solicitante; se adjunta el presente memorando acta ejemplo de las acciones adelantadas por esta dependencia	4,00	3	100%	4,0
20	Evaluación a las acciones de los mapas de riesgos por proceso por parte de Control Interno de Gestión	Acción Se llevó a cabo la evaluación en las fechas establecidas, los resultados se encuentran publicados en el siguiente link: http://www.unipamplona.edu.co/unipamplona/portallG/home_71/recursos/01_general/29012019/plan_anticorrupcion_.jsp	4,00	3	100%	4,0
ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL PROCESO DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL						
21	Modificación al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano	Acción Se realizó la Modificación al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano en la fecha 27/06/2019 se puede evidenciar por la página de planeación a través del link http://www.unipamplona.edu.co/unipamplona/portallG/home_71/recursos/01_general/29012019/plan_anticorrupcion_2019_.jsp	4,00	3	100%	4,0
22	Socialización de la modificación al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano	Acción a través del memorando 158 de atención al ciudadano se evidencia las capacitaciones	4,00	3	100%	4,0
23	Envío de evidencias del seguimiento del mapa de riesgos de corrupción y de gestión a la oficina de Planeación	Acción Mediante el Memorando No 186 junto con la información correspondiente a los avances PAAC y Mapa de Riesgos a la oficina de planeación	4,00	3	100%	4,0





24	Consolidación y revisión por parte de Planeación de las evidencias enviadas por los Procesos	Acción Eiecutada Se realizó la consolidación de revisión por parte de Planeación de las evidencias enviadas por los Procesos Ciudadano en la página de planeación se puede evidenciar a través del link http://www.unipamplona.edu.co/unipamplona/portallG/home_71/recursos/planeacionv2/31012019/compoente2_2019.pdf	4,00	3	100%	4,0
25	Evaluación del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano	Acción Eiecutada Se realizo por parte planeación institucional, se le hace seguimiento y control al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano como se evidencia en la página de planeación con el link http://www.unipamplona.edu.co/unipamplona/portallG/home_71/recursos/01_general/29012019/plan_anticorrupcion_2019.jsp	4,00	3	100%	4,0
TOTAL						100%

Anualmente se proyecta el Plan de Gestión del Cambio y Mejora Continua general del Sistema Integrado de Gestión, a continuación, se presenta los resultados de este Plan, es importante reconocer los esfuerzos institucionales para cumplir con estas metas, toda vez que al mismo tiempo se cumple con el Plan de Gestión el cual consta de 5 pilares, 16 líneas estratégicas, 52 proyectos y 94 indicadores. En el 2019 se obtuvo un 83,3% en cumplimiento del este Plan.

Nota: El FAC-49 Plan de Gestión del Cambio y Mejora Continua se planteó con 6 acciones de las cuales, las acciones ejecutadas tienen un valor de 16.67 %, y las acciones sin ejecutar un valor del 0%.



Tabla 2. Resultado Plan de Mejoramiento Institucional 2019

Nº	Descripción del Cambio o Mejora	Acciones	Control y seguimiento	% Por Acción	Calificación	% de Cumplimiento	Resultados
1	Continuación de la ejecución del Plan de Trabajo de implementación de la Actualización de la NTCISO 9001 a versión 2015	Implementar las acciones establecidas en el plan de trabajo, realizando el control y seguimiento correspondiente a su cumplimiento y efectividad	Se implementó las acciones que se necesitaban adecuar dentro del fortalecimiento del sistema como fue Gestión del conocimiento: http://www.unipamplona.edu.co/unipamplona/portallG/home_13/recursos/gestion_del_conocimiento/23082019/queesla_gestiondeconocimiento.jsp Adecuar la información documentada para abordar oportunidades y su seguimiento y se fortaleció el seguimiento a los procesos (IDE.PL-04 Gestión de Riesgos y Oportunidades, FDE.PL-50 Mapa de Gestión de Oportunidades)	16,67	3	100%	16,7
2	Diseño y construcción de la nueva página web de la Administración del SIG	Capacitación para la publicación de la información en la página web	El portal web de la Administración del SIG fue actualizado y se creó en la botonera la nueva página de contenido de gestión de conocimiento. Acta 008 Se realizó Capacitación por parte del CIADTI para el manejo y la publicación de la información en la página web	16,67	3	100%	16,7
3		Revisión y actualización del procedimiento PAC-12 Planificación, Control y Seguimiento al Sistema Integrado de Gestión.	Se realizó actualización del PAC-12 Planificación, Control y Seguimiento al Sistema Integrado de Gestión tal como consta en el Acta 023 del 15 de octubre de 2019	16,67	3	100%	16,7
4	Revisión y actualización de la documentación del SIG	Revisión y actualización del FAC-49 Plan de Gestión del Cambio y Mejora Continua. Se analizará la mejor manera de evidenciar las mejoras y los cambios, se tiene en mente modificar el formato o separar los temas en dos formatos independientes.	Acción sin ejecutar	16,67	1	0%	0,0
5	Fortalecer la metodología de la Gestión del Conocimiento	Elaboración de Mapas del Conocimiento al interior de algunos procesos de la universidad de Pamplona	Se realizó construcción de Mapas de Conocimiento en los procesos con actas 066, acta 067, acta 069, acta 045, acta008, en el equipo operativo MECI se socializo la creación de la página gestión de conocimiento acta 008 dando a saber importancia del Conocimiento dentro de la organización para poder identificar aquellas actividades, procesos, tareas con conocimiento fuerte y conocimientos por	16,67	3	100%	16,7



			fortalecer, incluyendo también sus habilidades y destrezas y lecciones aprendidas dentro del proceso. en las jornadas de reuniones del equipo MECI se socializo a los proceso y facultades de la nueva página de Gestión de conocimiento con sus contenidos como: generalidades, panel de conocimiento, mapas de conocimiento, lecciones aprendidas y capital intelectual.				
6	Capacitaciones en Gestión de Calidad y Gestión Ambiental	Solicitar capacitaciones en temas de Gestión Calidad y Gestión Ambiental	<p>En cuanto a la gestión de calidad se han realizado capacitaciones en cada uno de los seguimientos programados para los procesos y/o programas en las fechas: primer seguimiento a los procesos del 08 al 22 de abril, segundo seguimiento a los procesos del 8 al 17 de julio y seguimientos a los programas del 10 de julio.</p> <p>En reuniones del equipo operativo MECI también se han realizado capacitaciones relacionadas con gestión de calidad.</p> <p>Se realizaron socializaciones por los salones dando a conocer la temática de la actividad CleanRoomChallenge, el cambio climático y se tomó la firma del compromiso ambiental.</p> <p>Se han realizado socializaciones sobre la normatividad que aplica en cuanto a los contratos, supervisiones e interventorías aplicando requisitos de Gestión Ambiental (Listas de Asistencia)</p> <p>Se realizaron jornadas de trabajo tal y como consta en acta 089 y se realizó capacitaciones sobre normativa posconsumo a los procesos Recursos Físicos, Almacén e Inventarios, Planeación Institucional, Granja Experimental.</p>	16,67	3	100%	16,7
TOTAL							83,3

1.2. Cambios internos y externos pertinentes al Sistema de Gestión de la Calidad;

A continuación, se presenta una revisión de las variables internas y externas de la actualidad institucional, en el cual se concluye, que el Plan de Desarrollo Institucional y el Plan de Gestión 2017-2020 se encuentran alineados para atenuar las debilidades, aprovechar las oportunidades, mantener las fortalezas y mitigar las amenazas. Se realiza una revisión de las mismas en febrero del 2019, en el cuál se incluyen variables como el cambio de normativa para la obtención de Registro Calificado y Acreditación de Calidad, igualmente aquellas que tiene que ver con la inversión en investigación y la clasificación en los rankings.





Tabla 3. Análisis DOFA 2019

Debilidades (internas)	Fortalezas (internas)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Recarga de trabajo cuando los grupos de trabajo solicitan información. 2. Existen áreas que no cuentan con docentes de planta y bajo número de estudiantes. 3. Insuficientes laboratorios especializados por áreas en investigación. 4. Exceso de tramitología en los procesos administrativos. 5. Ausencia de una cultura organizacional orientada al servicio al cliente (interno como externo). 6. Falta descentralización de los procesos académicos y administrativos en la extensión de villa del rosario, Cúcuta y los CRESC. 7. La falta de mantenimiento adecuado a la infraestructura ha permitido el deterioro de las mismas. 8. La estructura tecnológica existente no cubre las necesidades actuales del eficiente desarrollo de los procesos académicos y administrativos de la Universidad. 9. Los equipos de cómputo se encuentran obsoletos impidiendo el buen desarrollo de los procesos en la Universidad. 10. Falta de estrategias eficaces que incentiven la participación de la comunidad académica en las actividades bienestar universitario y de los programas. 11. Falta de establecer criterios particulares de cada programa acorde a los resultados del ICFES. 12. Número importante de docentes no hacen parte de grupos de investigación. 13. La mayor parte de los documentos se han producido en revistas internas de las Universidad. 14. La producción de libros y capítulos de libros es baja. 15. Débil política de internacionalización 16. Baja aplicación de herramientas pedagógicas en la actividad del docente. 17. Bajo desarrollo del trabajo inter y transdisciplinario. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La existencia de la oficina de acreditación y autoevaluación 2. Personal docente altamente calificado (formación doctoral y maestría). 3. Acreditación en Sistemas Integrados de Calidad. Bajo NTCGP1000:2009 - MECI e ISO 9001:2015. 4. Existencia de la plataforma SAIL para registro calificado. 5. Experiencia de docentes como pares académicos externos. 6. Personal formado como asesores y consultores en Sistemas de Gestión de la Calidad 7. Contar con las herramientas tecnológicas de plataforma (Academusof, Hermesoft, entre otros). 8. Infraestructura existente, extensión Villa del Rosario. 9. Extensa área para el desarrollo en Infraestructura en Villa del Rosario. 10. Planificación y Diseño de Proyectos Nuevos en las sedes de la Universidad. 11. Posicionamiento de los egresados de la Universidad de Pamplona 12. Amplia oferta académica en diversas áreas del conocimiento 13. Prestigio con el que cuenta la Universidad a nivel nacional. 14. Capacidad investigativa de la Universidad, con base en el talento humano. 15. Avance en la medición de los Ranking en Investigación y Ambientales. 16. Buen número de publicaciones científicas registradas a nivel Iberoamericano. 17. La Universidad cuenta con 2 revistas indexadas en Publindex. 18. El presupuesto de investigaciones ha tenido un incremento anual, en el año 2019 \$ 809.225.000 millones permitieron desarrollar investigación. 19. Desarrollo de 150 proyectos de investigación por año. 20. Se posee 286 investigadores, de los cuáles 100 se encuentran categorizados en Colciencias 21. Contar con 71 grupos de investigación, de los cuales 51 se encuentran categorizados en Colciencias. 22. Contar con 108 semilleros de investigación. 23. Universidad cuenta con 7 programas académicos





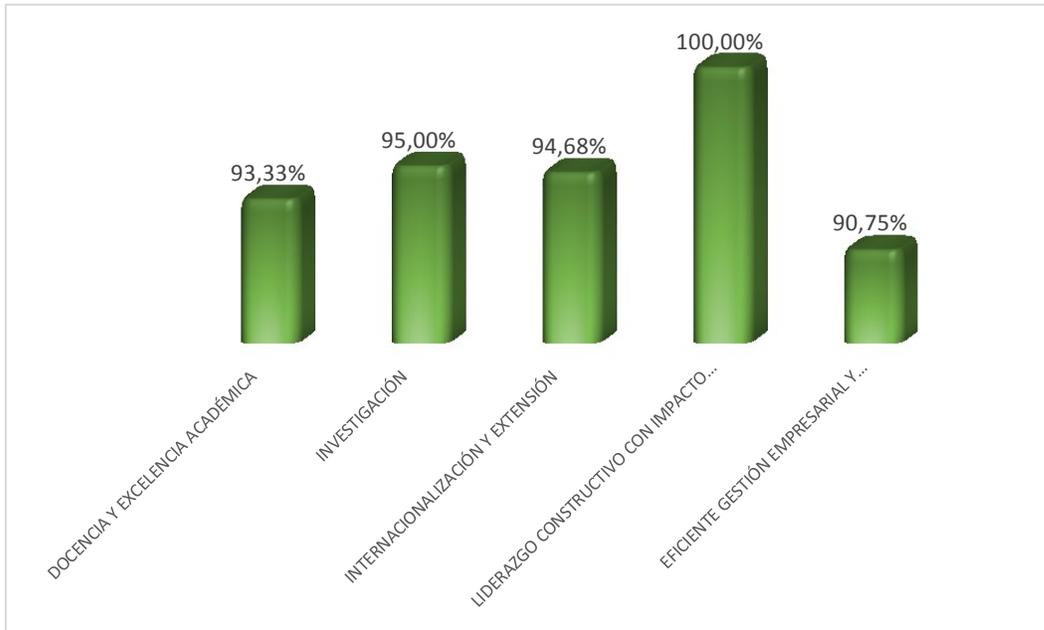
	<p>acreditados de Alta Calidad.</p> <p>24. La Universidad cuenta con 1 patente de invención, y 6 procesos de patentes que realizan el trámite en la Superintendencia de</p> <p>25. Industria y Comercio.</p>
Amenazas (externas)	Oportunidades (externas)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Inestabilidad política de los países vecinos. 2. Elevados costo de vida en la ciudad de Pamplona 3. Falta de políticas departamentales y municipales de apoyo a los estudiantes y docentes en cuanto a la calidad de la vivienda. 4. Inequidad en la asignación de recursos por parte del estado a las Universidades de provincia. 5. Crecientes restricciones en la financiación del estado. 6. Falta de unidad regional y local en la política de desarrollo departamental a través de la participación proactiva en pro de la mejora de la calidad de vida de la región. 7. Bajo rendimiento académico de los estudiantes que acceden a la Universidad de Pamplona. 8. Internacionalización de la educación superior en otras universidades. Falta de continuidad y consistencia en la políticas de gobierno. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ubicación estratégica de la Universidad en la frontera. 2. La gran biodiversidad de la región y el entorno. 3. Bajo nivel industrial de la región permite desarrollar proyectos de interacción e investigación en beneficio de la región. 4. Diversidad de recursos agrícolas, pecuarios, mineros, climas que se encuentran en el Departamento. 5. Convocatoria para financiación de proyectos, movilidad docente y estudiantil. 6. Existencia de convenios marcos y específicos con empresas, a nivel regional, nacional e internacional. 7. Vinculación de los egresados con sector empresarial. 8. La existencia de políticas gubernamentales en la repartición de regalías. 9. Nuevos recursos de financiamiento por parte de Gobierno a raíz de acuerdos de rectores y estudiantes a finales del 2018. 10. Aumento de tendencias de integración y de cooperación nacional e internacional en redes científicas. 11. Surgimiento de nuevas formas de aprendizaje y apropiación del conocimiento producto del avance de las tecnologías de la información y las comunicaciones. 12. Contar con la plataforma permitirá ampliar la oferta de programas o cursos a nivel nacional como internacional. 13. Mayor demanda en la transferencia del conocimiento generado por la Universidad. 14. Demanda de estrategias que faciliten la articulación de la educación superior con la educación media. 15. Posibilidad de homologación de programas con doble titulación con otras universidades. 16. Aporte del sector solidario de un 10% para financiar cupos en la educación superior. Art 142 Reforma Tributaria 2016.

Se anexa el alcance del Plan de Gestión de la vigencia 2019, los resultados generales se encuentran en la gráfica 1 y 2.

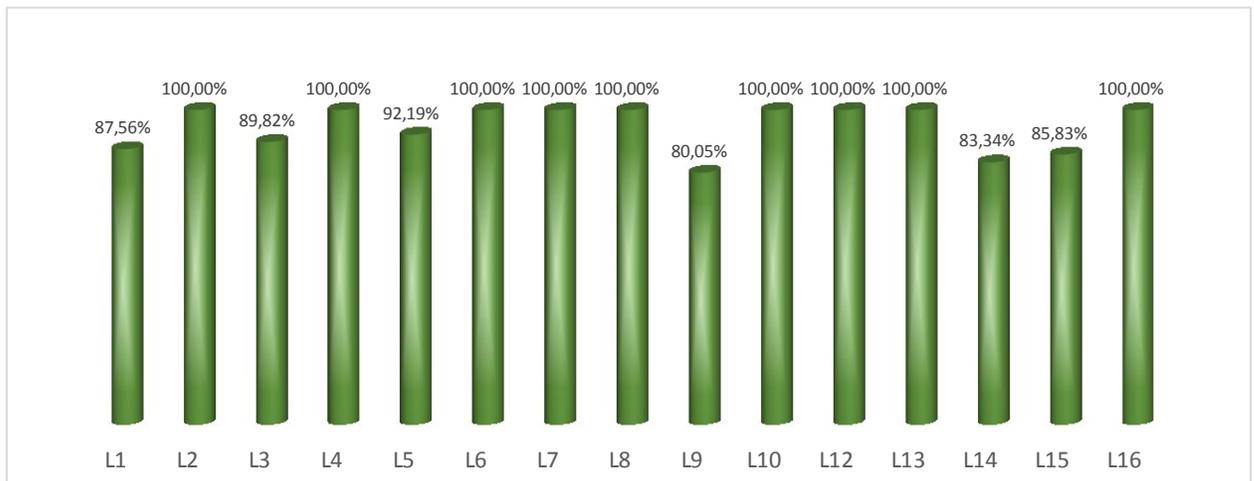




Gráfica 1. Plan de Gestión 2019 – Pilares

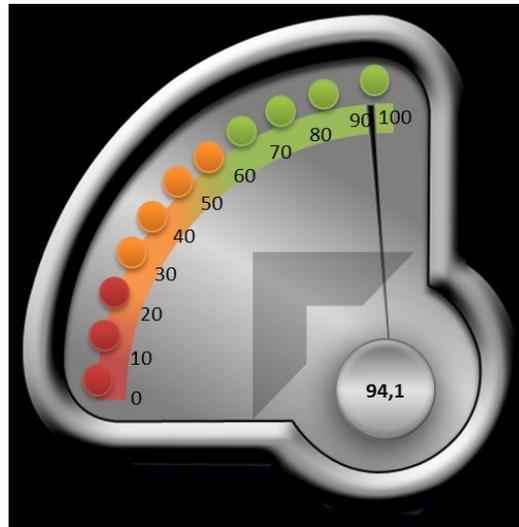


Gráfica 2. Plan de Gestión 2019 - Pilares Líneas Estratégicas



Respecto al desempeño total del Plan de Gestión para el año 2019, se evidencia un cumplimiento del 94,1%.

Gráfico 3. Cumplimiento Plan de Gestión 2019.



1.3. Desempeño y la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad,

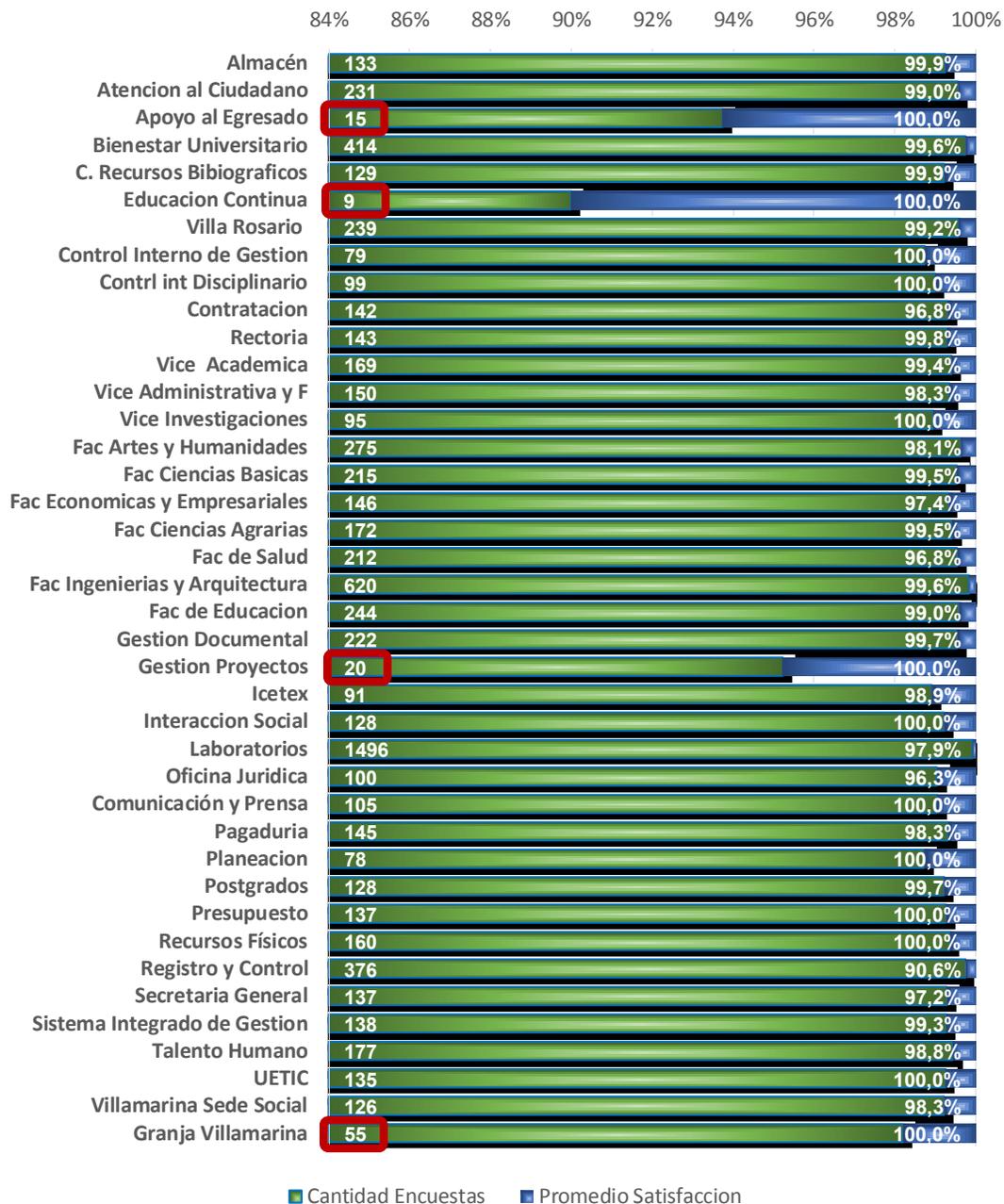
1.3.1 La satisfacción del cliente y la retroalimentación de las partes interesadas pertinentes

La Universidad en el 2019 mejoró el instructivo por el cual se toma la satisfacción de las partes interesadas, igualmente el instrumento por el cual se realiza la toma de la muestra, igualmente el proceso de Atención al Ciudadano junto con el CIADTI, desarrollaron un software en línea que permite llegar a un mayor número de partes interesadas.

A continuación, se presentan los resultados de la medición de satisfacción de las partes interesadas.



Gráfico 4. Medición de la satisfacción del cliente. Promedio de Satisfacción 2019 por proceso.





Como sugerencia de mejoramiento se es necesario, para el año 2020, procesos con bajo número de encuestas Educación Continua, Gestión Proyectos, Granja Villa Marina y Apoyo al Egresado, para que realicen un mayor esfuerzo, en la aplicación de encuestas de satisfacción de las partes interesadas.

En la siguiente tabla se puede observar el total de datos analizados y los niveles de satisfacción

Tabla 4. Análisis DOFA 2019

Total encuestas	
Satisfecho	6.960
Moderadamente satisfecho	825
Insatisfecho	119

Finalmente se concluye que en la medición de la encuesta de satisfacción de las partes interesadas de la Universidad de Pamplona para el año 2019, el promedio de satisfacción es del 98.4%.

1.3.2 Medición de PQRSD

La Universidad de Pamplona posee un módulo virtual de PQRSD en línea, el cual permite acceder a mayor población, desde cualquier parte del país.

En la tabla 5 se puede observar los medios de recepción por el cual se interpusieron las PQRSD

Dentro los canales comunicación los más utilizados por la comunidad en general, fueron el correo electrónico y la línea telefónica

Tabla 5. Reporte de PQRSD

Tipo de PQRSD	Cantidad	Atendidos por la OACT	Direccionados a otras oficinas
Correo electrónico	3558	1200	2358
Línea telefónica	3198	1856	1342
Modulo PQRSD	240	16	224
Chat web	170	119	51



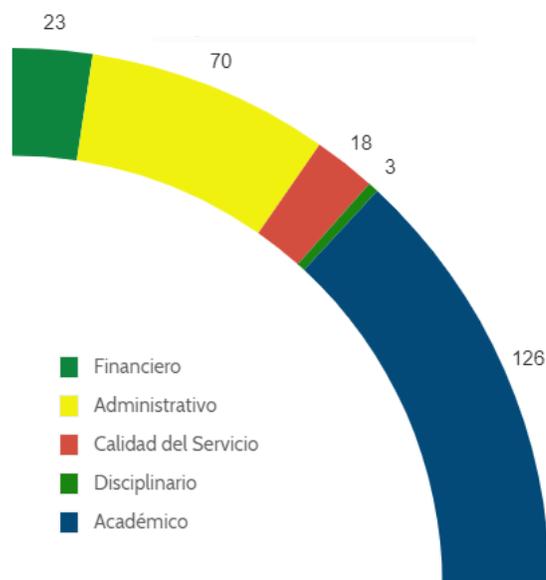
En la tabla 6 se visualiza el estado de las PQRSD recibidas durante el 2019, La oficina de Atención al Ciudadano en el año 2019 por medio del módulo de PQRSD, recibió un total de 240, todas ellas fueron resueltas, pero a 2 de ellas por error involuntario siguieron en estado no tramitado en el reporte que genera el módulo..

Tabla 6. Modulo PQRSD Recibidas 2019

Tipo	Cantidad	Tramitadas	No tramitadas
Peticiones	174	174	0
Quejas	26	26	0
Reclamos	26	26	0
Sugerencias	8	8	0
Denuncias	3	3	0
Felicitaciones	3	3	0

Entre los temas de las PQRSD se enfocan mayoritariamente en lo académico y administrativo, en el gráfico 5 se puede observar con mas detalle los asuntos de las PQRSD

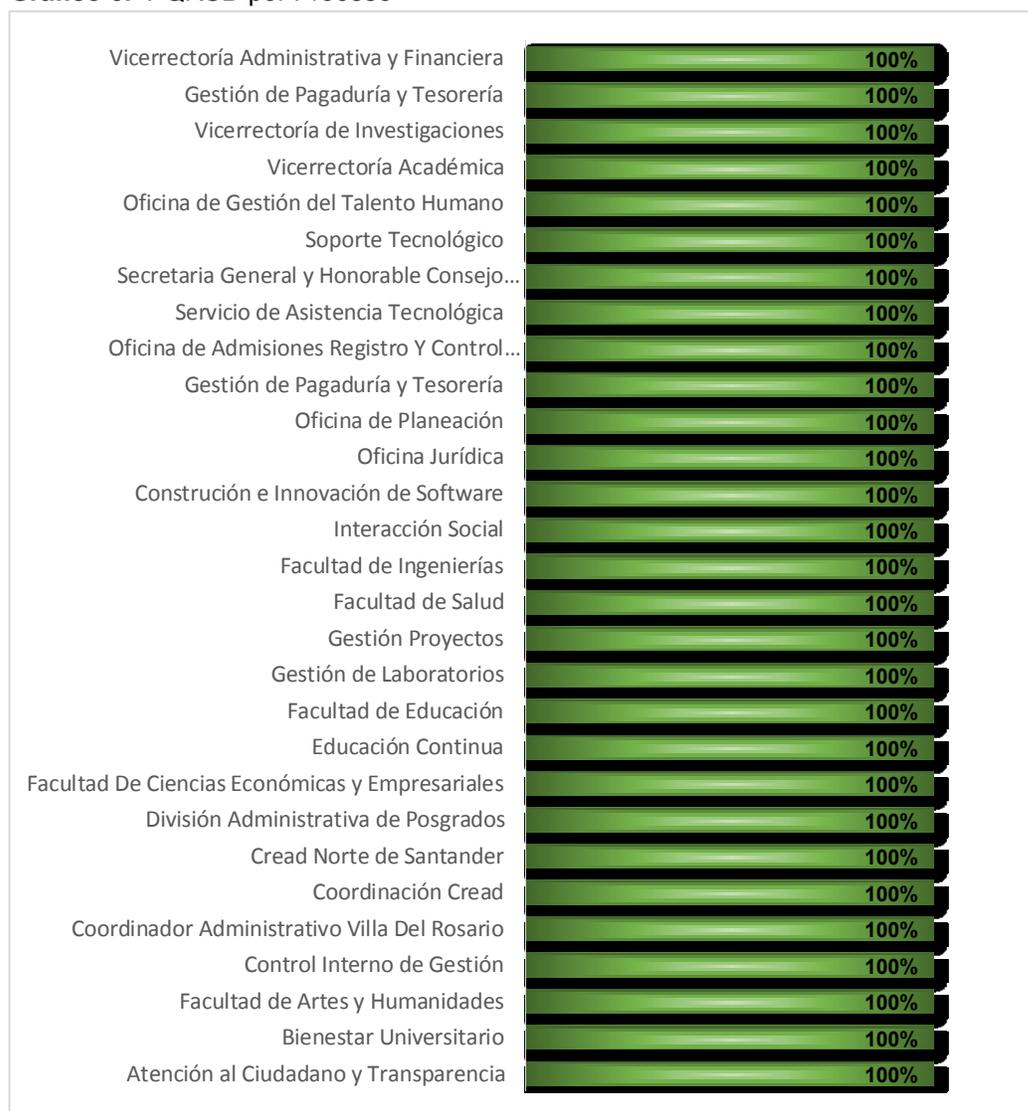
Gráfico 5. Tipo de asuntos PQRSD





Del total de PQRSD tramitadas, el 53 % de ellas fueron de índole académico, el 29% fueron relacionadas con temas administrativos, un 8% estuvieron afines con la calidad del servicio, el 1% se relacionaron con temas disciplinarios y el 23% restante con tema financieros.

Gráfico 6. PQRSD por Proceso





En lo relacionado con el reporte trimestral por parte de los procesos del indicador de PQRSD, se evidencia de manera satisfactoria que todos los procesos con excepción de Comunicación y Prensa Y UETIC cumplieron con el reporte de información en el tiempo y forma establecidos.

Con excepción de dos procesos, se puede indicar que el cumplimiento general, en entrega del indicar PQRSD en los tiempos establecidos, trimestralmente, por parte del SIG.

Tabla 7. Cumplimiento Procesos Indicador trimestral PQRSD

PROCESOS DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Gestión Administrativa y Financiera
Contratación
Planeación Institucional
Atención al Ciudadano y Transparencia
Secretaría General

PROCESOS MISIONALES

Gestión Académica
Granja Experimental Villa Marina
Registro y Control Académico
Gestión de la Investigación
División Administrativa de Posgrados
Interacción Social
Sede Social Villa Marina
Egresados
Gestión Proyectos
Educación Continua

PROCESOS DE APOYO

Almacén e Inventarios
Asesoría Jurídica
Gestión de Bienestar Universitario
Gestión de Laboratorios
Gestión de Pagaduría y Tesorería
Gestión de Recursos Bibliográficos
Gestión del Talento Humano
Gestión Documental
Gestión Presupuestal y Contable
Gestión de Recursos Físicos y Apoyo Logístico
Servicio de Asistencia en Tecnologías de Información
Construcción e innovación de Software

PROCESOS DE EVALUACIÓN

Control Interno Disciplinario
Control Interno de Gestión
Sistema Integrado de Gestión





1.3.3 El grado en que se han logrado los objetivos de la calidad

A continuación, se presentan los resultados alcanzados en la medición de los indicadores de calidad para la vigencia 2019.

Tabla 8. Medición Objetivos de Calidad

Indicador	Instrumento de Medición	Ponderación	Medición SPEI 2019	Sub_Total	Total alcanzado
1. Asegurar la excelencia e innovación en lo Académico y en la Gestión	PILAR 1. DOCENCIA Y EXCELENCIA ACADÉMICA.	55%	93,33%	51,33%	94,08%
	PILAR 2. INVESTIGACIÓN.	45%	95%	42,75%	

Indicador	Instrumento de Medición	Ponderación	Medición SPEI 2019	Sub_Total	Total Alcanzado
2. Lograr la excelencia en servicios y en las tecnologías de la información y las comunicaciones.	PILAR 3. INTERNACIONALIZACIÓN Y EXTENSIÓN.	50%	94,68%	47,34%	97,34%
	PILAR 4. LIDERAZGO CONSTRUCTIVO CON IMPACTO SOCIAL EN LA REGIÓN.	33%	100%	33%	
	Del Pilar 1. Línea 2 Un Campus de aprendizaje Dinámico y Permanente.	13%	100%	13%	
	Del Pilar 5. Línea 15 Proyecto 46 Indicador 88. Porcentaje de Avance Modelo Aplicado de Sistematización y Automatización del Proceso Administrativo.	4%	100%	4%	

Indicador	Instrumento de Medición	Ponderación	Medición SPEI 2019	Sub_Total	Total Alcanzado
3. Garantizar la sustentabilidad y crecimiento institucional	PILAR 5. EFICIENTE GESTIÓN EMPRESARIAL Y PRESUPUESTAL.	100%	90,75%	90,75%	90,75%





Los resultados obtenidos durante el año 2019 visualizan un excelente desempeño del Sistema de Gestión de Calidad, el esfuerzo institucional permite demostrar a sus grupos de interés que este sistema es conveniente, adecuado y eficaz y que su mejoramiento continuo permite tener procesos coordinados, organizados, controlados coadyuvando a formar líderes para la construcción de un nuevo país en paz y en pro de ser una institución pública en búsqueda de la Acreditación Institucional. La tabla 9 se realiza la comparación por cada año de cada objetivo, demostrando el avance obtenido desde el año 2017 como línea base. Sin embargo a pesar del avance, se puede también evidenciar que el tercer objetivo sufrió un retroceso de 3,25%, igualmente es necesario recalcar que en el año 2019 se desarrollaron 3 semestres académicos, debido a los paros nacionales a finales del año 2018, lo que derivó en un mayor estrés financiero, presupuestal, académico y administrativo lo cual se refleja en una disminución del indicador.

Tabla 9. Progreso de cada objetivo

Indicador	2017	2018	2019	% de Avance
1. Asegurar la excelencia e innovación en lo Académico y en la Gestión	85%	90%	94,08%	9,08%
2. Lograr la excelencia en servicios y en las tecnologías de la información y las comunicaciones	92%	96%	97,34%	5,34%
3. Garantizar la sustentabilidad y crecimiento institucional	59,60%	94%	90,75%	31,69%

La meta de la Universidad de Pamplona es llegar a la acreditación institucional bajo los parámetros del CNA, en ese sentido el desempeño general da cuenta que se encuentra las suficientes fortalezas para llegar a esta meta.

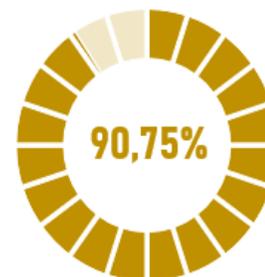
Gráfica 7. Porcentaje Objetivos 2019



Asegurar la Excelencia e Innovación en lo Académico y en la Gestión



Lograr la excelencia en Servicios y en las Tecnologías de la Información y las comunicaciones



Garantizar la sustentabilidad y crecimiento institucional





1.3.4 El desempeño de los procesos y conformidad de los productos y servicios;

Cuadro de mando indicadores: (Documento anexo Nro. 3: FAC-29 Cuadro de Mando Indicadores del Sistema Integrado de Gestión).

Consolidado general del cumplimiento de las metas de los indicadores de gestión establecidos por los procesos del Sistema Integrado de Gestión de la Universidad de Pamplona en la.

Tabla 10. Cuadro vigencia 2019 de mando indicadores de gestión

Proceso	Nombre indicador	Promedio
Villa Marina Granja	HGA.GR-02 Logro de Objetivos Planificados	81,32%
Gestión de la Investigación	HPI-01 Calidad de la Investigación	61,11%
	HPI-02 Compromiso de la Universidad en la Investigación	7,41%
	HPI-03 Compromisos de los Docentes con la Investigación	27,72%
	HPI-04 Esfuerzo de Investigación	20,67%
	HPI-05 Gestión de Recursos	14,45%
Gestión de Interacción SEDE Social-Villa Marina	HIS.VM-02 v.00 Oportunidad en la Prestación del Servicio	98,96%
	HIS.VM-03 v.00 Logro de Objetivos Planificados	90,42%
	HIS VM-04 Reporte de recaudo de dinero	100,00%
	HIS VM-05 Accidentes cubiertos por póliza	99,00%
	HIS.EG-03 Actualización de Datos de Egresados	0,00%
Gestión de Interacción Social- Apoyo al Egresado	HIS.EG-04 Vinculación de Egresados a Programas de Extensión	0,00%
	HIS.EG-05 Participación de los Egresados de la Universidad de Pamplona en Encuentro de Egresados	0,00%
Gestión de Interacción Social-Gestión Proyectos	HIS.GP-02 Negocios	1185891204
Procesos de Apoyo		
Proceso	Nombre indicador	Promedio
Gestión de Recursos Bibliográficos	HBA-09 v.01 Oportunidad en el proceso técnico del Material Bibliográfico	55,5
	HBA-10 Oportunidad en el Préstamo del Material Bibliográfico Unidades con más de 10.000 libros	45
	HBA-11 Oportunidad en el Préstamo del Material Bibliográfico Unidades con menos de 10.000 libros	21,25
	HBA-12 Oportunidad en el Cargue de Trabajos y Tesis de Grado al Repositorio Institucional	15,75
	HBA-13 Oportunidad en las Capacitaciones de Recursos Bibliográficos	43,5
Bienestar Universitario	HBU-02 Medición del Cumplimiento de las Actividades Calidad de Vida	66,37%
Gestión del Recurso Físico y Apoyo Logístico	HGI-10 v.01 Eficacia en la Prestación del Servicio	95,22%





Gestión del Talento Humano	HGH-05 Indicador de Impacto de Capacitaciones	Dicho indicador no se calcula para anualidad, debido a que en el Procedimiento PGH-24 Planeación y Ejecución del Programa de Capacitación de Personal en el inciso 7.2.1 Evaluación del Impacto no supero el número de las capacitación, en el caso si la intensidad horaria es igual o mayor a veinticuatro (24) horas. Si se calcula
Gestión Presupuestal y Contable	HGP-05 Confiabilidad de Información Contable	0,00%
Gestión Pagaduría y Tesorería	HPT-02 Pago de Servicios Académicos	10,47%
	HPT-03 Identificación Registro de Ingresos	0,07%
	HPT-05 v.00 Seguimiento al Programa Anual Mensualizado de Caja PAC- Egreso	0,00%
Gestión de Laboratorios	HLA-02 Planificación, Solicitud y Asignación de Recursos	100,00%
	HLA-04 Prestación de Servicio de Laboratorio	100,00%
Almacén e Inventarios	HAI-02 Inventarios Realizados a Bienes Muebles que Ingresan a la Universidad de Pamplona	79,00%
GESTIÓN DOCUMENTAL	HGT-06 v.02 Oportunidad en la Entrega de Documentos Internos y Externos	97,50%
Construcción e innovación de software	HSE-08 v.02 Nivel de Errores Reportados por el Área de Pruebas	29,05%
UETIC	HGA. UT-02 Nivel de Cumplimiento Solicitudes de Curso	0,00%
Servicio de Asistencia en Tecnologías de Información	HCA-18 Seguimiento al Servicio (SS)	8,07
Procesos de Evaluación y Control		
Control Interno	HCI-12 Cumplimiento del Plan de Actividades de Control Interno de Gestión	66,4%
Control Interno Disciplinario	HCD-02 Actividades Preventivas Ejecutadas	99,02%
Administración del SIG	HAC-05 v.01 Seguimiento indicadores	68,42%
	HAC-11 V.00 Medición del Conocimiento de la Política, Objetivos y Responsabilidades frente al SIG	92,50%

En la actualidad el Sistema Integrado de Gestión de la Universidad de Pamplona cuenta con 38 indicadores de Gestión, que complementan la satisfacción de las partes interesadas y PQRSD, si bien el Sistema ha avanzado se nota un retroceso



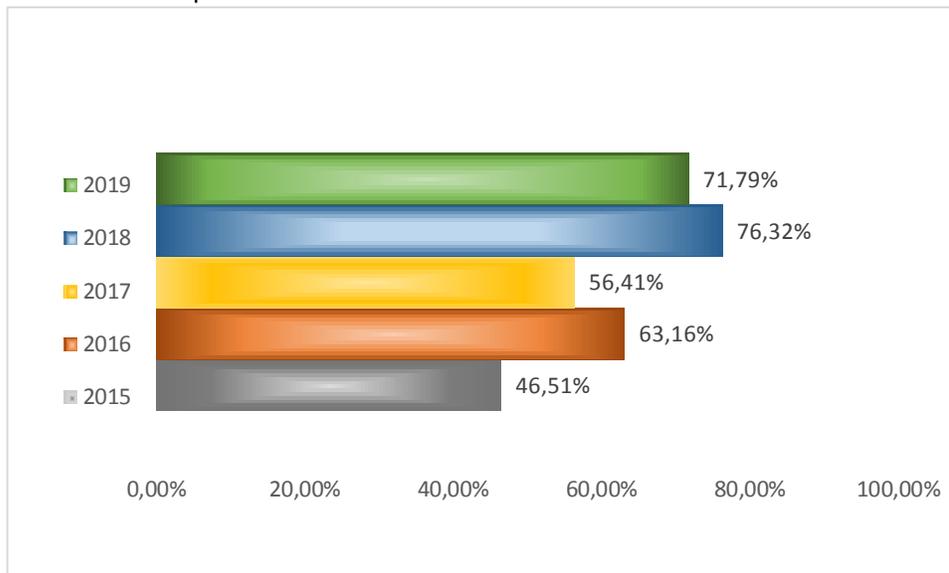


en el cumplimiento general de los indicadores de gestión que denota un retroceso significativo entre el 2018 y 2019 de 4,53 puntos, una inconsistencia que debe mejorarse toda vez que 12 indicadores de los 38 no cumplieron con la meta acordada por los mismos procesos.

Tabla 11. Cumplimiento Indicadores de Gestión

Procesos	Total indicadores	Cumplieron la meta	No cumplieron la meta
Procesos Misionales	14	10	4
Procesos de Apoyo	19	14	4
Procesos de Evaluación y Control	5	2	2
Total	38	26	10

Gráfica 8. Cumplimiento de Indicadores



Aspectos de Mejora:





Identificar al interior de cada proceso si los indicadores de gestión implementados han sido efectivos y si su medición arroja información relevante para la mejora del proceso.

1.3.5 La Las no conformidades y acciones correctivas

Procesos Administrativos – FCI-19 Plan de Acción de Acciones Correctivas producto de la Auditoría Interna 2019.

En la vigencia 2019 se realizó la Auditoría Interna en 1 ciclo, que empezó el 15 de julio, y que por diferentes motivos se extendió hasta octubre donde se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 12. Resultados Auditoría Interna por proceso

Nombre Proceso	Año 2018				Año 2019			
	C	NC	O	Nc Mayor	C	NC	O	Nc Mayor
1. Planeación Institucional	25	0	9	0	8	0	1	0

Aspectos relevantes	<ul style="list-style-type: none"> - La disposición y colaboración del líder del proceso y personal administrativo adscrito a la dependencia. - Se evidencia conocimiento y apropiación en el Sistema Integrado de gestión con relación a la auditoría anterior
Aspectos por mejorar	<ul style="list-style-type: none"> - Revisar y Continuar con la mejora continua de los procedimientos del proceso. - Revisar y actualizar la norma que le aplica. - Realizar seguimiento al sistema integrado de gestión en la solicitud de actualización de la documentación del proceso frente a las normas de referencia NTC ISO 9001:2015, NTC ISO 9000:2015, Modelo Estándar de Control Interno – MECI:2014. - Continuar con la revisión periódica de algunos procesos y su información documentada, para la eficacia del sistema de gestión de calidad.

Nombre Proceso	Año 2018				Año 2019			
	C	NC	O	NC MAYOR	C	NC	O	NC MAYOR
2. Gestión Administrativa y Financiera	12	1	7	0	12	2	9	0

Aspectos relevantes	<ul style="list-style-type: none"> - Colaboración para el desarrollo de la auditoría. - Cuentan con un talento humano idóneo y comprometido con los objetos institucionales, haciendo un ambiente laboral armónico.
Aspectos por mejorar	<ul style="list-style-type: none"> - No conocen la ubicación de la caracterización del proceso, aunque tienen idea. - No todos los funcionarios conocen la ubicación de la política de calidad en el centro interactivo del Sistema Integrado de Gestión.





	<ul style="list-style-type: none"> - No se ha actualizado la matriz de información y comunicación dentro del proceso de vicerrectoría administrativa, solo aparece la información de la matrícula financiera. - Existen mejoras en el proceso, pero no las tienen plasmadas en el formato correspondiente. - Dar continuidad a la socialización de todos los documentos SIG. - Revisión continua de las firmas de los documentos. - Planificación de todas las actividades del proceso, no solo de matrícula financiera. - Manejo adecuado de las tablas de retención documental y de la ley general de archivos. - Realizar la actualización de los cambios del proceso en el Sistema Integrado de Gestión
--	--

Nombre Proceso	Año 2018				Año 2019			
	C	NC	O	NC MAYOR	C	NC	O	NC MAYOR
2.1 Gestión Administrativa y Financiera: Contratación	11	6	3	0	12	4	7	0

Aspectos relevantes	<ul style="list-style-type: none"> - Colaboración para el desarrollo de la auditoría. - Cuentan con un talento humano idóneo y comprometido con los objetivos institucionales, haciendo un ambiente laboral armonioso. - Se dio el aval para independizar la oficina de Contratación de la Vicerrectoría Administrativa y Financiera. - Se evidencia una organización adecuada del archivo de gestión y de las evidencias del desarrollo de las actividades en el proceso.
Aspectos por mejorar	<ul style="list-style-type: none"> - No conocen la ubicación de la caracterización del proceso, aunque tienen la idea. - No todos los funcionarios conocen la ubicación de la Política de Calidad en el Centro Interactivo del Sistema Integrado de Gestión - Controlar documentos que no tienen las correspondientes firmas (Acta de grupo de mejoramiento) - Actualización de la matriz flujos de información y comunicación dentro del proceso de vicerrectoría administrativa, solo aparece la información de la matrícula financiera. - Incluir todas las acciones de mejora en el Plan de Gestión del Cambio y Mejora Continua - Seguir aplicando las encuestas para que se diligencie la ficha de indicadores.

Nombre Proceso	Año 2018				Año 2019			
	C	NC	O	NC MAYOR	C	NC	O	NC MAYOR
3. Comunicación y Prensa	14	1	9	0	8	3	11	0

Aspectos relevantes	<ul style="list-style-type: none"> - Se evidencia apropiación e interés por la nueva líder del proceso y su equipo de trabajo en la adopción de los cambios y los compromisos con el SIG
Aspectos por mejorar	<ul style="list-style-type: none"> - Debilidad en el diligenciamiento de los formatos y controles establecidos para el cumplimiento de los procedimientos y la actualización oportuna de los mismos acordes a los cambios internos y externos que adopte el proceso - Determinar a qué objetivo de calidad institucional apunta el proceso y destinar sus proyectos al cumplimiento del mismo - Alta Movilidad del personal que apoya los procesos administrativos, lo que no permite dar continuidad en el cumplimiento de compromisos, reportes e informes ante el SIG.





- Falta de revisión y actualización constante de la documentación del Proceso

Nombre Proceso	AÑO 2018				AÑO 2019			
	C	NC	O	NC MAYOR	C	NC	O	NC MAYOR
4. Secretaria General	28	0	0	0	20	0	0	0
Aspectos relevantes	<ul style="list-style-type: none"> - Anotaciones Iniciales El día 28 de julio de 2019, por parte de los Auditores internos de Calidad, se elaboró la respectiva lista de verificación de acuerdo a la secuencia de la información establecida en el mapa de procesos proporcionado por la organización en su página web. El día 30 de Julio Se realizó la reunión de apertura en las oficinas de secretaria general siendo las 8:30 am, a la cual asistieron el líder del proceso con su equipo de trabajo respectivo incluidos en el plan de auditoría, tal como se puede evidenciar en el registro de apertura. Los elementos auditados fueron los siguientes: NTC ISO 9001:2015, NTC ISO 9000:2015, Modelo Estándar de Control Interno, Manual de Procedimientos y Operaciones, Resoluciones, Acuerdos, Manuales Internos y Normatividad Externa Aplicable a cada Proceso descrita en la Matriz de Requisitos Legales, Plan de Desarrollo y Plan de Acción de la vigencia, Mapas de Riesgos y Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, matriz de comunicación, matriz de partes interesadas, identificación de las cuestiones internas y externas. - La disposición, competitividad y receptividad del personal del proceso de secretaria general para la mejora continua del Sistema Integrado de Calidad de la Universidad de Pamplona. - Las Auditorias Anuales del ministerio De Educación, convirtiéndose herramienta fundamental de la alta dirección para la toma de decisiones de la universidad. - El sistema de planillas creado por la Universidad de Pamplona con los repositorios de informes, agilizando el reporte de información en forma eficiente. 							
Aspectos por mejorar	<ul style="list-style-type: none"> - Se debe realizar el respectivo seguimiento y/o acompañamiento al producto no conforme del proceso secretaria general con el SIG. - Se debe realizar un análisis respecto a los controles si están siendo efectivos a la hora mitigar el riesgo. - Se sugiere realizar grupo de mejoramiento por lo menos cada dos meses para poder realizar seguimiento a planes y socialización de matrices, mapa de procesos, resultados de las encuestas de satisfacción al cliente y todos los asuntos relacionados con el sistema integrado de gestión en los cuales el proceso de Secretaria General tiene responsabilidades. - Las fichas de indicadores siempre deben ir analizadas y elaboradas en un grupo de mejoramiento. 							

Nombre Proceso	AÑO 2018				AÑO 2019			
	C	NC	O	NC MAYOR	C	NC	O	NC MAYOR
5. Atención al Ciudadano	2	16	5	0	19	2	6	0

Aspectos relevantes	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilidad y compromiso del personal que atendió la auditoria. - Respeto hacia el equipo auditor.
Aspectos por mejorar	<ul style="list-style-type: none"> - Solicitar al SIG la socialización de la Matriz de partes interesadas., Matriz de Roles y Responsabilidades





	<ul style="list-style-type: none"> - Socializar la caracterización del proceso. - Implementar el manejo de las Tablas de Retención Documental para una mejor organización de las series documentales. - Surtir el trámite para a actualización de la Matriz de Requisitos Legales - Actualizar la normatividad del proceso. - Se lleva la planificación del proceso, debe revisar el porcentaje de avance del mismo. - La Estructura física no es la apropiada para el cumplimiento de las funciones. - Revisar y actualizar las TRD del Proceso. - En la ficha del Indicador de gestión debe ser diligenciada con la información del Proceso, tomándose las fuentes. - La matriz de riesgos de gestión y corrupción debe ser con la metodología correspondiente. DAFP. - Revisar los planes de Acciones correctivas
--	--

Nombre Proceso	Año 2018				Año 2019			
	C	NC	O	NC MAYOR	C	NC	O	NC MAYOR
1. Gestión de Investigaciones	11	0	3	0	21	1	4	0

Aspectos relevantes	<ul style="list-style-type: none"> - Se evidencia el profesionalismo de los participantes, conocen perfectamente el proceso. - Personal idóneo, talento humano comprometido con el cumplimiento de objetivos. - Información documentada y controlada de forma muy organizada
Aspectos por mejorar	<ul style="list-style-type: none"> - Los indicadores del proceso deben apuntar a los objetivos misionales.

Nombre Proceso	Año 2018				Año 2019			
	C	NC	O	NC MAYOR	C	NC	O	NC MAYOR
2. Interacción Social: Sede Social Villa Marina	7	4	6	0	5	4	8	0

Aspectos relevantes	<ul style="list-style-type: none"> - Disposición por parte del personal del proceso para atender la auditoria.
Aspectos por mejorar	<ul style="list-style-type: none"> - El líder del proceso no estuvo presente debido al encargo de la oficina de control interno de gestión, sin embargo, fue atendida por el personal de apoyo de la sede social. - Actualización de la documentación de proceso frente a las normas de referencia NTC ISO 9001:2005, NTC ISO 9000:2015, Modelo Estándar de Control Interno – MECI:2014. - Seguimiento y revisión periódica del proceso y su información documentada, para la eficacia del sistema de gestión de calidad. - Las condiciones y medios de traslado del personal a la Sede Social Villa Marina para realizar las actividades para las cuales son controlados.

Nombre Proceso	Año 2018				Año 2019			
	C	NC	O	NC MAYOR	C	NC	O	NC MAYOR
3. Interacción Social: Apoyo y Seguimiento	11	1	6	0	14	2	10	0





a Egresados								
--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

Aspectos relevantes	<ul style="list-style-type: none"> - Se destaca la disposición del equipo de trabajo la atender la auditoria. - Se evidencia en profesionalismo de los participantes, conocen perfectamente el proceso.
Aspectos por mejorar	<ul style="list-style-type: none"> - Es necesario un plan de capacitación para el responsable del proceso en temas relacionados con los objetivos de calidad, la política de calidad, toma de conciencia, la caracterización, matriz de responsabilidades, matriz de partes interesadas, alcance del grupo de mejoramiento y retroalimentación de los lineamientos que de forma permanente se han dado en Equipo MECI y en el Diplomado en Sistema Integrado de Gestión. - Se hace necesario tener las evidencias de ejecución de los controles establecidos en el mapa de riesgos e indicadores. - Se hace necesario documentar los procesos que contemplen los controles necesarios para la mejor prestación del servicio.

Nombre Proceso	Año 2018				Año 2019			
	C	NC	O	NC MAYOR	C	NC	O	NC MAYOR
4. Interacción Social: Gestión Proyectos	20	0	3	1	12	2	7	0

Aspectos relevantes	<ul style="list-style-type: none"> - Interés del personal del proceso de GESTIÓN PROYECTOS por apoyar a la sustentabilidad de la universidad a través de la participación en licitaciones y convenios que favorezcan la parte financiera de la universidad. - Atención respetuosa de la Auditoria Interna.
Aspectos por mejorar	<ul style="list-style-type: none"> - Estabilidad del personal que labora en el proceso de Capacitación Proceso Gestión Proyecto ya que solo dos profesionales atienden este proceso y tienen muchas áreas sobre todo de control que debe estar apoyada por personal permanente para no incumplir a los clientes. - Construir indicadores del proceso de Gestión Proyectos integrarlos con los indicadores del SPEI - Fortalecer las capacitaciones al Proceso de Sistema Integrado de Gestión - Adopción de formatos y matrices institucionales

Nombre Proceso	Año 2018				Año 2019			
	C	NC	O	NC MAYOR	C	NC	O	NC MAYOR
5. Interacción Social: Educación Continua	24	0	3	0	12	0	0	0

Aspectos relevantes	<ul style="list-style-type: none"> - Se destaca el compromiso y la dedicación del equipo de trabajo en el cumplimiento de las funciones asignadas y de los compromisos con el SIG. - Se evidencia una organización adecuada del archivo de gestión y de las evidencias del desarrollo de las actividades en el proceso. - El mejoramiento continuo y el cumplimiento de las acciones planteadas son parte importante del desarrollo de los grupos de mejoramiento. - La normatividad interna del proceso es acorde y completa por lo que disminuye la posibilidad de errores en el cumplimiento de las actividades.
Aspectos por mejorar	<ul style="list-style-type: none"> - Se deben identificar acciones y estrategias derivadas del análisis de las necesidades y expectativas de las partes interesadas especialmente externas (promoción, mercadeo, interacción, entre otras) - Se requiere que el proceso realice la modificación del plan de gestión del





	<p>cambio debido a que se tienen identificadas grandes proyecciones las cuales no se encuentran establecidas en está planeación.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se recomienda a la dependencia que gestione ante el proceso de gestión del talento humano en el FIS.EC-11 la modificación de la firma del visto bueno ya que se debe realizar por parte del jefe de esta oficina, se puede incluir adicionalmente firma del funcionario del proceso que verifica la información. - Se recomienda identificar riesgos en otras etapas del proceso tales como inscripciones, punto de equilibrio, aprobación de eventos, control o adulteración del módulo de eventos de educación continua, reporte de información de coordinadores o adulteración, incumplimiento de la viabilidad, etc. - Continuar trabajando en la optimización del módulo de educación continua para que las evidencias de las actividades académicas también queden registradas a través del rol de coordinador del evento.
--	---

Nombre Proceso	Año 2018				Año 2019			
	C	NC	O	NC MAYOR	C	NC	O	NC MAYOR
6. Gestión Académica: Vicerrectoría	11	3	9	0	13	1	0	0

Aspectos relevantes	<ul style="list-style-type: none"> - Se valora la disponibilidad, aceptación y compromiso de todo el equipo de trabajo. - El recurso humano que labora en esta dependencia son profesionales en apoyo al proceso, poseen una excelente disposición y demuestran su conocimiento rigurosidad en las actividades que tienen a su cargo.
Aspectos por mejorar	<ul style="list-style-type: none"> - Adoptar de manera oportuna el cambio de normatividad externa que puedan afectar los procesos de acreditación y registro calificado y que deban verse reflejados en los procedimientos documentados de la dependencia, ya que son los que generan las directrices e instrucciones internas para acoger la normatividad en forma unificada y organizada. - Identificar dentro del FAC-49 otros cambios significativos de la Gestión Académica que proyecte el proceso a corto, mediano, y largo plazo con el fin de realizar una planificación adecuada. - Por ser un proceso misional es importante realizar la gestión correspondiente para garantizar la permanencia en el tiempo del personal evitando la movilidad especialmente la oficina del SAAI. - Se recomienda identificar riesgos en otras etapas del proceso, garantizando que se abarque el ciclo PHVA. - Realizar las actualizaciones de la matriz de requisitos legales acorde a los cambios expedidos por la normatividad de los entes de control, especialmente los emitidos por el MEN. - Incluir en los grupos de mejoramiento, el análisis de los resultados de los indicadores del plan de desarrollo y acciones correspondientes si se requieren.

Nombre Proceso	Año 2018				Año 2019			
	C	NC	O	NC MAYOR	C	NC	O	NC MAYOR
6. Gestión Académica: Registro y Control	11	0	8	0	17	2	1	0

Aspectos relevantes	<ul style="list-style-type: none"> - Se destaca el compromiso del equipo de trabajo, su disposición y entrega de información requerida durante el desarrollo de la auditoria.
---------------------	--





	<ul style="list-style-type: none"> - El proceso muestra importantes fortalezas en el dominio de la norma. - Buena actitud y disposición por parte de los funcionarios para atender la auditoria y respeto hacia los del equipo auditor.
Aspectos por mejorar	<ul style="list-style-type: none"> - Actualizar la información documentada de acuerdo a la realidad de las actividades actuales. - Continuar con la mejora del proceso. - Verificar la información documentada desde el sistema interactivo de Gestión de Calidad.

Facultad	Año 2018				Año 2019			
	C	NC	O	NC MAYOR	C	NC	O	NC MAYOR
Facultad de Ciencias Agrarias	5	8	4	0	26	0	3	0
Facultad de Artes y Humanidades	6	3	6	0	21	0	1	0
Facultad de Ciencias Básicas	4	7	6	0	7	0	1	0
Facultad de Ciencias de la Educación	24	0	11	0	17	0	0	0
Facultad de Ingenierías y Arquitectura	49	0	13	0	21	0	1	0
Facultad de Salud	16	2	0	0	25	0	4	0

Aspectos relevantes	<ul style="list-style-type: none"> - Disposición por parte del líder del proceso y su equipo de trabajo para atender la auditoria. - Compromiso por la mejora de los procesos. - Buen clima laboral. - Se destaca la disposición de personal que atendió la auditoria y la puesta en marcha, debido a que contaban con toda la información de fácil acceso. - Debido a las constantes visitas de registros calificados con base a la acreditación hace que los procesos se fortalezcan. - Cuentan con un talento humano idóneo y comprometido con los objetivos institucionales, haciendo un ambiente laboral armonioso. - Disposición y colaboración del líder de proceso, directores de programa y personal administrativo. - El interés del decano, directores de programas y docentes de apoyo para que la comunidad académica conozca los procesos relacionados con el sistema Integrado de Gestión. - El avance en el conocimiento del Sistema Integrado de gestión con relación a la auditoria anterior. - Se destaca el compromiso del equipo de trabajo, su disposición y entrega de información requerida durante el desarrollo de la auditoria. - El proceso muestra importantes fortalezas en el dominio de la norma. - Buena Actitud y disposición por parte de los docentes de la Facultad para atender la auditoria y respeto hacia los del equipo auditor. - Disponibilidad y compromiso del personal que atendió la auditoria. - Respeto hacia el equipo auditor. - Se realizó la auditoria según lo definido en el plan, dando participación a los integrantes del proceso durante su ejecución. - Se resalta el compromiso del Decano y de los directores del programa durante el desarrollo de la Auditoria.
---------------------	--





Aspectos por mejorar	<ul style="list-style-type: none"> - Seguir con la mejora continua. - La estructura física en la que se encuentran ubicadas las oficinas y salones pertenecientes a la facultad de artes no son las mas optimas para el desarrollo de sus actividades diarias, por lo anterior es necesario un acompañamiento por parte de la oficina de planeación. - La capacidad instalada de internet no es la mas recomendable ya que hace que los procesos se realicen de forma lenta, afectando la prestación de servicio. - Continuar con las actividades de toma de conciencia para que todas las partes interesadas del proceso contribuyan al logro del objetivo del proceso y objetivo de calidad institucional. - Utilizar las versiones actuales de los diferentes formatos - Continuar con la mejora continua del proceso - Controlar la información documentada requerida por el sistema de gestión de la calidad para los programas de distancia, que permita demostrar la conformidad de sus actividades. - Implementar el manejo de las Tablas de Retención Documental para una mejor organización de las series documentales. - Solicitar a la Vicerrectoría Académica, la socialización de los documentos asociados al procedimiento en relación al SIG. - Verificar que los formatos utilizados se encuentren en la versión actualizada que se encuentra en el vortal del Sistema Integrado de Gestión. - Socializar la caracterización del proceso, por lo que se hace necesario darla a conocer a todo el personal. - Socializar de forma específica a los integrantes del proceso, los siguientes documentos: (1) evaluación de contexto institucional, (2) necesidades y expectativas de las partes interesadas, (3) matriz de flujos de información y comunicación y (4) matriz de roles y responsabilidades. - Programar reuniones de grupo de mejoramiento con los docentes de Pamplona y Cúcuta, por lo menos una vez al mes, con el fin de socializar actividades, directrices y mejorar la comunicación para el desarrollo de las actividades académico-administrativas durante el semestre
----------------------	--

NOMBRE PROCESO	Año 2018				Año 2019			
	C	NC	O	NC MAYOR	C	NC	O	NC MAYOR
8. Granja Experimental Villa Marina	17	3	0	0	6	1	1	0

Aspectos relevantes	<ul style="list-style-type: none"> - Se destaca el compromiso y la dedicación del equipo de trabajo en el cumplimiento de las funciones asignadas y de los compromisos con el SIG. - El mejoramiento continuo y el cumplimiento de las acciones planteadas son parte importante del desarrollo de los grupos de mejoramiento.
Aspectos por mejorar	<ul style="list-style-type: none"> - Se recomienda que se dé a conocer a la comunidad las actividades de extensión e investigación que se desarrollan en la granja experimental villa marina. - Se requiere que se realice la actualización de los procedimientos para enlazar lo relacionado con los protocolos y manuales sanitarios y de bioseguridad y demás documentos legales que se requieran para el manejo de cada una de las producciones. - Establecer históricos estadísticos relacionados con cada una de las producciones. - Establecer de manera inmediata un control para la entrega de insumos producidos (leche, huevos, carne, etc) para la academia y la investigación previa autorización del presidente del Comité de Granja. - Los riesgos, valoración y acciones establecidas (especialmente los riesgos de gestión) deben ser continuamente actualizados por parte del proceso ya que se han presentado situaciones que han afectado gravemente la granja, por ejemplo: no





	<ul style="list-style-type: none"> - adquisición de medicamentos, plagas y muerte de animales. - Se cuentan con insumos importantes para identificar otro tipo de indicadores que le permitan evaluar la gestión
--	--

Procesos de apoyo

NOMBRE PROCESO	Año 2018				Año 2019			
	C	NC	O	NC MAYOR	C	NC	O	NC MAYOR
1. Gestión de Bienestar Universitario	10	7	4	0	8	7	1	0

Aspectos relevantes	<ul style="list-style-type: none"> - La disposición del personal para adoptar los cambios establecidos por la norma. - El conocimiento y experiencia del personal por los procedimientos ejecutados.
Aspectos por mejorar	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión y actualización de la documentación del proceso acorde a los cambios normativos. - Elaborar la información documentada y controles necesarios para el servicio de alimentación y ayudas económicas con los respectivos requisitos para acceder a estos servicios. - Revisión de los formatos vigentes con el fin de identificar los que no se requieren. - Fortalecimiento de los mecanismos de protección de las historias clínicas. - Establecer indicadores que permitan evidenciar la gestión del proceso. - Contratación oportuna del personal de las áreas.

NOMBRE PROCESO	Año 2018				Año 2019			
	C	NC	O	NC MAYOR	C	NC	O	NC MAYOR
2. Almacén e Inventarios	13	2	5	0	19	1	1	0

Aspectos relevantes	<ul style="list-style-type: none"> - Control, actualización y mantenimiento de los inventarios institucionales. - Control de entregas de insumos para las dependencias acorde a las existencias.
Aspectos por mejorar	<ul style="list-style-type: none"> - Se recomienda la revisión de la documentación del proceso para evitar la información duplicada. - Incluir en la documentación aquellos elementos que permiten llevar el control del trabajo realizado diariamente - Realizar la trasferencia de documentos al archivo central para descongestionar - Establecer indicadores que les permite hacer visible la gestión de la dependencia - Involucrar a todo el personal en el cumplimiento y manejo de los compromisos del SIG

NOMBRE PROCESO	Año 2018				Año 2019			
	C	NC	O	NC MAYOR	C	NC	O	NC MAYOR
3. Asesoría Jurídica	10	3	4	0	13	0	3	0

Aspectos relevantes	<ul style="list-style-type: none"> - El conocimiento y compromiso del equipo de trabajo en el cumplimiento de los procedimientos ejecutados
Aspectos por mejorar	<ul style="list-style-type: none"> - Promover el interés por parte de líder del proceso acerca de la importancia del SIG - Mantener actualizados los procedimientos acorde a la normatividad aplicable

NOMBRE PROCESO	Año 2018				Año 2019			
	C	NC	O	NC MAYOR	C	NC	O	NC MAYOR





4. Gestión de Pagaduría y Tesorería	10	4	5	0	17	1	2	0
--	-----------	----------	----------	----------	-----------	----------	----------	----------

Aspectos relevantes	- El Recurso Humano que labora en esta dependencia son profesionales de apoyo al proceso, poseen una excelente disposición y demuestran su conocimiento y rigurosidad en las actividades que tienen a su cargo.
Aspectos por mejorar	- Revisar y actualizar la documentación del proceso acorde a la normatividad aplicable. - Verificación de los formatos para evitar el uso de documentos obsoletos.

NOMBRE PROCESO	Año 2018				Año 2019			
	C	NC	O	NC MAYOR	C	NC	O	NC MAYOR
5. Gestión Presupuestal y Contable	10	2	3	0	11	0	0	0

Aspectos relevantes	- Las tareas asignadas son organizadas y están distribuidas de manera que todos los funcionarios conocen bien sus roles. - Se cuenta con personal experto y competente en el desarrollo de sus funciones interesados en la mejora continua.
Aspectos por mejorar	- Mejoramiento y optimización de los espacios de trabajo - Dar continuidad al cumplimiento de las acciones correctivas y de mejora continua a través del control y seguimiento de las mismas. - Actualizar la caracterización del proceso. - Revisar y actualizar la documentación del proceso acorde la normatividad interna y externa adoptada o aplicable de manera ágil y oportuna.

NOMBRE PROCESO	Año 2018				Año 2019			
	C	NC	O	NC MAYOR	C	NC	O	NC MAYOR
6. Gestión del Talento Humano	14	0	1	0	20	0	8	0

Aspectos relevantes	- Colaboración para el desarrollo de la auditoría. - Cuentan con un talento humano idóneo y comprometido con los objetivos institucionales, haciendo un ambiente laboral armonioso.
Aspectos por mejorar	- Realizar la actualización de la documentación del proceso. - Se debe gestionar el traslado de archivo y mejorar el espacio y condiciones del mismo. - Tener en cuenta las normas de gestión documental, para realizar la marcación de carpetas. - PHG-16 Entrega y Recibo de Cargos, cuando se realice la actualización del procedimiento, se deben establecer los tiempos para desarrollar la entrega de cargo; establecer, en cuáles casos se hace notificación del traslado o retiro de la institución. - Evitar archivar dos veces el mismo documento. - Realizar acuerdo formal de reintegro de dinero cancelados adicionalmente al docente Robinson Mauricio Caicedo. - Verificar la entrega de las evaluaciones de desempeño, revisar que se diligencien correctamente y archivar de forma organizada. - Se recomienda verificar la necesidad del formato FGH-87 Matriz de Requisitos Legales SG-SST, teniendo en cuenta que ya existe un formato y una guía para este fin en el proceso de Asesoría jurídica, que fue validado con anterioridad por el Sistema Integrado de Gestión.





OMBRE PROCESO	Año 2018				Año 2019			
	C	NC	O	NC MAYOR	C	NC	O	NC MAYOR
7. Gestión de Recursos Bibliográficos	18	1	1	0	18	0	1	0

Aspectos relevantes	<ul style="list-style-type: none"> - Gran compromiso con la calidad de todos los miembros del equipo de la Biblioteca que participan en las actividades de revisión y mejora continua del proceso - Revisión y actualización constante de la documentación y controles del proceso acorde a directrices internas que permite evidenciar la verificación del servicio y su mejora - La importancia de la percepción de los usuarios a través de la aplicación de encuestas a las partes interesadas - Amplio plan de acciones de gestión del cambio y mejora continua y la gestión necesaria para su cumplimiento
Aspectos por mejorar	<ul style="list-style-type: none"> - Mejoramiento y adecuación segura de la infraestructura física - Mantenimiento del personal o contratación oportuna para una prestación del servicio eficiente - Realizar el seguimiento al FAC-49 Plan de Gestión del Cambio y Mejora Continua - Verificar que las fichas que corresponden a los libros se puedan validar ante el SIG sin necesidad de tener un código

NOMBRE PROCESO	Año 2018				Año 2019			
	C	NC	O	NC MAYOR	C	NC	O	NC MAYOR
8. Gestión Documental	2	9	11	0	8	5	4	1

Aspectos relevantes	<ul style="list-style-type: none"> - El Recurso Humano que labora en esta dependencia es personal que brinda apoyo al proceso poseen una excelente disposición y demuestran su conocimiento y rigurosidad en las actividades que tienen a su cargo.
Aspectos por mejorar	<ul style="list-style-type: none"> - Implementar y mantener los compromisos del SIG los cuales son la base para el sistema de gestión documental - Establecer la planificación, acciones de mejora, acciones correctivas su control y seguimiento - Identificar riesgos y controles para minimizar el impacto en la gestión desarrollada - Realizar seguimiento y actualización periódica del proceso y la información documentada. - Realizar planificación del proceso en los formatos establecidos para tal fin. - Continuar con la Actualización de la documentación del proceso frente a las normas de referencia NTC ISO 9001:2015, NTC ISO 9000:2015, Modelo Estándar de Control Interno – MECI:2014

NOMBRE PROCESO	Año 2018				Año 2019			
	C	NC	O	NC MAYOR	C	NC	O	NC MAYOR
9. Recursos Físicos y Apoyo Logístico	18	8	2	0	19	2	5	0





Aspectos relevantes	- El total interés demostrado por el grupo de mejoramiento en atender la auditoria
Aspectos por mejorar	<ul style="list-style-type: none"> - La necesidad de actualizar los procedimientos acordes a los cambios normativos o directrices establecidas al interior de la dependencia - La falta de integración de todo el equipo de trabajo por conocer y utilizar el SIG como herramienta de control y mejoramiento continuo - Establecer indicadores de gestión para evaluar la gestión del proceso. - Utilizar herramientas que permitan registrar y mantener la trazabilidad de los mantenimientos para determinar la vida útil y otros datos de interés. - Integrarse con el aplicativo de inventarios como insumo base para la elaboración de los planes de mantenimiento - Brindar los implementos necesarios de protección personal para los empleados con alto nivel de riesgo en el proceso, así como su evaluación y verificación de condiciones seguras de trabajo. - Realizar y mantener el control y seguimiento a todas las herramientas de gestión: planificación, acciones de mejora, acciones correctivas.

NOMBRE PROCESO	Año 2018				Año 2019			
	C	NC	O	NC MAYOR	C	NC	O	NC MAYOR
10. Gestión de Laboratorios	18	1	2	0	28	0	0	0

Aspectos relevantes	<ul style="list-style-type: none"> - El alto grado de interés manifestado por el grupo de mejoramiento y líder del proceso quienes en su totalidad se han apropiado del SIG - Manejo organizado de las evidencias - Mantenimiento de la comunicación con los diferentes laboratorios con el fin de manifestar las necesidades y mejoras
Aspectos por mejorar	<ul style="list-style-type: none"> - Unificar las actividades de los demás laboratorios que se encuentran en las sedes de Villa del Rosario y CREADS, integrándolos de igual manera en la planificación del proceso. - Difundir los conocimientos de la norma a los demás integrantes del proceso que se encuentran fuera de la ciudad de Pamplona. - Decidir sobre los 25.000 folios para incinerar y/o reciclar, según se determine. - Diligenciar de manera completa los espacios en los formatos establecidos o realizar su actualización.

NOMBRE PROCESO	Año 2018				Año 2019			
	C	NC	O	NC MAYOR	C	NC	O	NC MAYOR
11. Construcción e Innovación de Software	17	1	13	0	14	2	16	0

Aspectos relevantes	<ul style="list-style-type: none"> - Alta capacidad, experiencia y formación del personal lo que facilita la construcción de software especialmente educativo con altos niveles de calidad. - Adecuada protección y conservación de los registros generados por el proceso.
Aspectos por mejorar	<ul style="list-style-type: none"> - Mejoramiento de las instalaciones y espacios de trabajo - Gestionar y asignar los recursos para la actualización en READ y ANGOLA necesarios para mejorar los conocimientos en la producción de servicios y nuevas aplicaciones. - Revisar y actualizar la matriz de flujos de información y comunicación. - Mantenimiento y estabilidad del personal para la continuidad de los procedimientos.

NOMBRE PROCESO	Año 2018	Año 2019
----------------	----------	----------





	C	NC	O	NC MAYOR	C	NC	O	NC MAYOR
12. Asistencia en Tecnologías de Software	23	0	0	0	27	0	0	0

Aspectos relevantes	- Alta capacidad, experiencia y formación del personal que conforma el proceso. - Adecuada protección y conservación de los registros generados por el proceso. - El uso de la herramienta CAT que permite verificar la trazabilidad de las actividades desarrolladas con los clientes del Proceso.
Aspectos por mejorar	- Mejoramiento de las instalaciones y espacios de trabajo - Mantenimiento y estabilidad del personal para la continuidad de los procedimientos

Procesos de Evaluación y Control

NOMBRE PROCESO	Año 2018				Año 2019			
	C	NC	O	NC MAYOR	C	NC	O	NC MAYOR
1. Control Interno Disciplinario	18	0	4	0	24	1	3	0

Aspectos relevantes	- Alta capacidad, experiencia y formación del personal que conforma el proceso
Aspectos por mejorar	- Mejoramiento de las instalaciones y espacios de trabajo ergonómicos. - Mantenimiento y estabilidad del personal para la continuidad de los procedimientos

NOMBRE PROCESO	Año 2018				Año 2019			
	C	NC	O	NC MAYOR	C	NC	O	NC MAYOR
2. Control Interno de Gestión	15	1	2	0	22	0	2	0

Aspectos relevantes	- Gran compromiso de la líder del proceso y de su equipo de trabajo que intervino en la auditoría.
Aspectos por mejorar	- Fortalecimiento del proceso de auditorías internas y mejoramiento de sus registros. - Utilización de medios tecnológicos para el desarrollo de las auditorías.

NOMBRE PROCESO	AÑO 2018				AÑO 2019			
	C	NC	O	NC MAYOR	C	NC	O	NC MAYOR
3. Sistema Integrado de Gestión	14	1	0	0	20	2	6	0

Aspectos relevantes	- La disposición, puntualidad y colaboración del líder del proceso y todo su equipo de trabajo para realizar la auditoría. El día 9 de agosto de 2019, por parte de los Auditores internos de Calidad se elaboró la respectiva lista de verificación de acuerdo a la secuencia de la información establecida en el mapa de procesos proporcionado por la organización en su página web. El día 12 agosto se realizó la reunión de apertura en la oficina del Sistema Integrado de Gestión siendo las 8:30am, a la cual asistieron el líder del proceso con su equipo de trabajo respectivo incluidos en el plan de auditoría, tal como se puede evidenciar en el registro de apertura. Los elementos auditados fueron los siguientes: NTC ISO 9001:2015, NTC ISO 9000:2015, Modelo Estándar de Control Interno, Manual de Procedimientos y Operaciones, Resoluciones, Acuerdos, Manuales Internos y Normatividad Externa Aplicable a cada Proceso descrita en la Matriz de Requisitos Legales, Plan de Desarrollo y Plan de Acción de la vigencia, Mapas de Riesgos y Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, matriz de comunicación, matriz de partes interesadas,
---------------------	---





	<p>identificación de las cuestiones internas y externas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mejorar el tiempo de respuesta y oportunidad en la validación y aprobación de: documentos y registros a los procesos - Compromiso del líder del proceso.
Aspectos por mejorar	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar las reuniones de asesoría, acompañamiento, control y seguimiento de cada uno de los procesos en presencia del Líder de cada uno de los procesos. - Mayor Compromiso de la Alta dirección en el momento de Contratar el personal para el normal funcionamiento del proceso.

Tabla 13. Consolidado Auditoria Interna por proceso 2019

NOMBRE PROCESO	Año 2018				Año 2019			
	C	NC	O	NC MAYOR	C	NC	O	NC MAYOR
Planeación Institucional	25	0	9	0	8	0	1	0
Gestión Administrativa y Financiera	12	1	7	0	12	2	9	0
Contratación	11	6	3	0	12	4	7	0
Comunicación y Prensa	14	1	9	0	8	3	11	0
Secretaría General	28	0	0	0	20	0	0	0
Atención al Ciudadano	2	16	5	0	19	2	6	0
Gestión de Investigaciones	11	0	3	0	21	1	4	0
Interacción Social: Sede Social Villa Marina	11	1	6	0	14	2	10	0
Interacción Social: Apoyo y Seguimiento a Egresados	11	1	6	0	14	2	10	0
Interacción Social: Gestión Proyectos	20	0	3	1	12	2	7	0
Interacción Social: Educación Continua	24	0	3	0	12	0	0	0
Gestión Académica: Vicerrectoría	11	3	9	0	13	0	0	0
Gestión Académica: Registro y Control	11	0	8	0	17	2	1	0
Facultad de Ciencias Agrarias	5	8	4	0	26	0	3	0
Facultad de Artes y Humanidades	6	3	6	0	21	0	1	0
Facultad de Ciencias Básicas	4	7	6	0	7	0	1	0
Facultad de Ciencias de la Educación	24	0	11	0	17	0	0	0
Facultad de Ingenierías y Arquitectura	49	0	13	0	21	0	1	0
Facultad de Salud	16	2	0	0	25	0	4	0
Granja Experimental Villa Marina	17	3	0	0	6	1	1	0
Gestión de Bienestar Universitario	10	7	4	0	8	7	1	0
Almacén e Inventarios	13	2	5	0	19	1	1	0
Asesoría Jurídica	10	3	4	0	13	0	3	0
Gestión de Pagaduría y Tesorería	10	4	5	0	17	1	2	0



Gestión Presupuestal y Contable	10	2	3	0	11	0	0	0
Gestión del Talento Humano	14	0	1	0	20	0	8	0
Gestión de Recursos Bibliográficos	18	1	1	0	18	0	1	0
Gestión Documental	2	9	11	0	8	5	4	1
Recursos Físicos y Apoyo Logístico	18	8	2	0	19	2	5	0
Gestión de Laboratorios	18	1	2	0	28	0	0	0
Construcción e Innovación de Software	17	1	13	0	14	2	16	0
Asistencia en Tecnologías de Software	23	0	0	0	27	0	0	0
Control Interno Disciplinario	18	0	4	0	24	1	3	0
Control Interno de Gestión	15	1	2	0	22	0	2	0
Sistema Integrado de Gestión	14	1	0	0	20	2	6	0

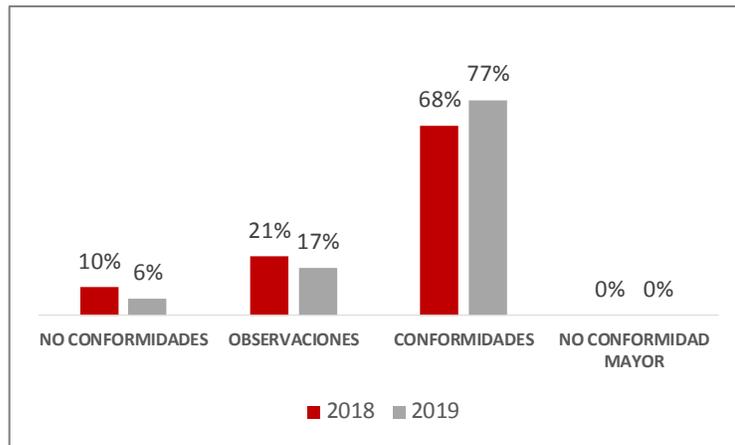
	Año 2018				Año 2019			
	C	NC	O	NC MAYOR	C	NC	O	NC MAYOR
TOTAL	522	92	168	1	573	43	129	1

Tabla 13. Tipos de Hallazgos - Auditorias Vigencia 2018 - 2019

TIPO DE HALLAZGO	AUDITORIA INTERNA VIGENCIA 2018		AUDITORIA INTERNA VIGENCIA 2019	
	N°	%	N°	%
NO CONFORMIDADES	92	11,74%	43	6%
OBSERVACIONES	168	21,45%	129	17%
CONFORMIDADES	522	66,66%	573	77%
NO CONFORMIDAD MAYOR	1	0,12%	1	0%
TOTAL	783	100%	746	100%



Gráfica 8. Histórico Resultados Auditorías Internas



Aspectos relevantes generales

- Se auditaron 35 Procesos existentes lo que permitió evaluar el 100 % de los procesos incluidos en el Sistema Integrado de Gestión.
- No se presentaron Auditorías Inviabiles.
- Se presentaron dos no conformidades mayores.
- Se evidenció el gran compromiso e interés de los auditores internos capacitados, grupo que se amplió debido a la ejecución del diplomado.
- Manifestación evidente de los grupos de mejoramiento por la atención de la auditoría interna.
- Presentación de informes de auditoría oportunos.
- Interés demostrado por los auditores internos durante la ejecución del procedimiento de auditorías internas.

Aspectos generales por Mejora

- Fortalecer el conocimiento, difusión y aplicación de los cambios en la NTCISO 9001:2015 en todos los procesos
- Evitar el uso de papel utilizando nuevas herramientas que permitan consolidar la información.
- Garantizar el cumplimiento de las acciones tomadas en los planes de mejoramiento para auditorías internas y externas dentro de las fechas establecidas.



- Identificar acciones de gestión del cambio realmente efectivas y que generen mayor impacto en los procesos.
- Necesidad de capacitar a los auditores internos en redacción de informes de auditoría y mejores prácticas de evaluación.
- Garantizar el cumplimiento en los tiempos de ejecución de las auditorías auditorías internas en los tiempos programados y aprobados por el Comité de Coordinación de Control Interno.

1.3.6 Resultados Auditoria Externa Icontec

Resultados de auditorías externas al Sistema Integrado de Gestión año 2019 fueron satisfactorios toda vez que una vez más no se encontraron NO CONFORMIDADES, lo cual significa que el trabajo en equipo ha funcionado, igualmente se obtuvo la renovación de la certificación de calidad bajo la ISO 9001:2015 bajo el numero: CO-SC-CER96940.

Hallazgos de la Auditoria Externa de ICONTEC 2019

Tabla 14. Tipos de Hallazgos - Auditorias Vigencia 2018 - 2019

Año	Conformidad	No conformidad	Aspectos por mejorar
2019	22	0	32
2018	6	8	2
2017	45	0	9

Tabla 15. Fortalezas Auditoria Externa Icontec 2019

FORTALEZAS QUE APOYAN EL SISTEMA DE GESTIÓN
<ul style="list-style-type: none">• La obtención del primer lugar en el municipio en el SUIIT con un 96% de avance (Sistema único de Información de Trámites), evidenciando la racionalización de trámites en la institución.• La articulación del plan de desarrollo y el plan de gestión con el sistema integrado de gestión, porque le permite a la institución cumplir integralmente las metas propuestas• El pago de matrícula en línea, agilizando y facilitando a los estudiantes el proceso de matrícula tanto financiera como académica.• La estructuración de la gestión del conocimiento con varias metodologías, pues le permite la creación y conservación del conocimiento institucional• El aplicativo INVESTIGACIONES IG, porque permite agilizar los procesos de convocatorias de investigación.• La estructuración de la metodología para evaluar el impacto de los proyectos de investigación, permitiendo un análisis





claro de la generación de conocimiento y beneficio de la región

- El pasar de 101 a 151 investigadores, pues le permite a la institución seguir creando la cultura investigativa en sus estudiantes y docentes
- El proyecto de construcción de la nueva biblioteca, porque le brindará la oportunidad a la comunidad educativa de tener acceso a un mayor número de textos y tener otros espacios de conocimiento en dicha infraestructura.
- La diversidad de actividades de bienestar institucional, propendiendo por el bienestar de la comunidad educativa
- El desarrollo de talleres y la convocatoria por Facultades, permitiendo una retroalimentación y replica sobre la aplicación del Decreto 1330 de 2019.
- La adopción de estrategias dinámicas que hacen parte del Plan de acción para Mejoramiento de Pruebas Saber, de forma que es visible para todos los estudiantes.
- Se crea grupo de WhatsApp con tips de presentación de pruebas saber en la facultad de ciencia empresariales, de manera que se mejore tanto el sentido de pertenencia como los resultados.
- La proyección de asignar descarga para docentes en la facultad de ciencia empresariales, de manera que sean quienes se encarguen directamente de las entregas de documentos oportunamente para renovación de registros
- La gestión para la acreditación de programas adscritos a la Facultad de Ingeniería y Arquitectura, reflejado en el número significativo de programas con este reconocimiento
- La ejecución de Simulacros desde 7° semestre, el plan padrino para mejoramiento de resultados de pruebas saber en la Facultad de Salud.
- El uso, manejo y optimización de plataforma de ACADEMUSOFT 3.2 para las admisiones, registro y control académico.
- El acompañamiento externo y de oficina jurídica, lo que permite desarrollar las actividades con mayor nivel de certeza y confianza.
- La creación del proceso de contratación de forma independiente, de manera que se puede tener mayor precisión y alcance de los controles
- La asertividad en el control imprecisión en los desarrollos realizados, de manera que se identifican oportunamente las salidas no conformes y se toman acciones evitando siempre el contacto con el cliente
- La búsqueda de proyectos de pasantía con estudiantes de la institución, pudiendo retroalimentar los procesos y generar procesos de innovación para mejora del CIADTI
- El seguimiento permanente a la oportunidad y atención de los CAT y análisis de percepción del cliente, lo cual refleja una retroalimentación generando acciones de mejora.
- La adopción de la propuesta de migración del proceso a herramienta tecnológica, de forma que se adelantó la creación de la herramienta que permitirá mejorar los registros y disminuir el uso de documentos físicos

Tabla 16. Recomendaciones Auditoria Externa Icontec 2019

RECOMENDACIONES DE LA AUDITORIA 2019

- Determinar las causas más repetitivas por quejas o reclamos, con el fin de identificarlas claramente y tomar acciones que permitan su eliminación o disminuir su presencia.
- Registrar la fecha de diligenciamiento del documento FDE.AT-02 v.01 "Encuesta de percepción del producto / servicio de las partes interesadas", para tener la evidencia clara de cuando se realizó la encuesta
- Considerar la inclusión de una casilla para programado y otra para ejecutado en el formato FAC-23 "Planificación, control y seguimiento de investigaciones, para facilitar el control de la ejecución de las actividades programadas.
- Perfeccionar la redacción de los riesgos del proceso, orientada a la presentación de los eventos posibles, evitando la confusión con causas, de manera que permita una mejor definición de acciones de control.
- Suponer la actualización del Acuerdo 186, de manera que presente más énfasis en medios electrónicos actuales para el





proceso de inscripción.

- Fortalecer el plan de capacitación y formación con más temas relacionados con la gestión de la calidad, para fortalecer su conocimiento y aplicación por parte del personal de la institución
- Incluir la fecha de realización de los eventos de formación, para evaluar de manera objetiva la oportunidad en la ejecución de dichos eventos y tomar acciones para futuros programas de capacitación y formación.
- Complementar el programa de auditoría con los riesgos, de tal manera que se garantice el cumplimiento del mismo.
- Realizar refuerzo en la descripción de la no conformidad, el análisis de causas y la propuesta de acciones correctivas, con el fin de identificar e implementar claramente las acciones para eliminar las causas de dichas no conformidades.
- Perfeccionar la formulación de acciones correctivas fruto de la materialización de los riesgos, de manera que se definan compromisos no solo cuando provienen de auditorías internas.
- Propender por lectura crítica desde el aula, simulacro, cursos en temas puntuales para poder perfeccionar los resultados de Pruebas Saber, en la facultad de ciencias empresariales.
- Crear otro mecanismo para revisión de nuevos programas y renovación de registros calificados, de forma que se reemplace el instrumento de lista de chequeo, el cual no está ofreciendo la trazabilidad esperada.
- Mejorar la cobertura de evaluación de percepción estudiantes sobre docentes, con el fin de equilibrar la evaluación porcentual.
- Hacer transversal la réplica de lecciones aprendidas sobre uso de las Tics por parte de la Facultad de Salud, de manera que exista mayor aprovechamiento por parte de todo el cuerpo docente.
- Mejorar los procesos de empalme cuando los docentes realizan actividades educativas (doctorados, maestrías, etc.) pero tiene compromisos con renovación de registros calificados de la Facultad de Ingeniería y Arquitectura, de manera que el nuevo docente que toma el programa tenga mayor conocimiento y continúe con el proceso oportunamente.
- Verificar en el proceso Precontractual sobre la procedencia de preinscripción del proveedor en base de proveedores o en herramienta GESTASOFT, dando mayor confiabilidad a la etapa de invitación.
- Mejorar la redacción de riesgos e incorporar una mejor descripción de indicadores asociados al control del proceso de contratación, favoreciendo el seguimiento posterior.
- Consultar la verificación de listas restrictivas de los proveedores, siendo este un control adicional a sus antecedentes y evitando la vinculación de terceros que hayan presentado actividades ilícitas.
- Continuar con la gestión de solicitud de Base de proveedores virtual, ofreciendo mayor interacción y permitiendo una actualización oportuna de los documentos.
- Verificar en el proceso Precontractual sobre la procedencia de preinscripción del proveedor en base de proveedores o en herramienta GESTASOFT, dando mayor confiabilidad a la etapa de invitación.
- Considerar la inclusión de un indicador de oportunidad en la gestión, de manera que internamente permita controlar los tiempos de atención ante cada requerimiento.
- Comunicar al área de almacén la necesidad de incorporar la fecha en el formato de Inventario, de forma que facilite la identificación del momento al que pertenece el registro sobre las existencias del Laboratorio.
- Incorporar criterios de seguridad y salud en el trabajo en la Evaluación de Desempeño de contratistas de consultoría y obra, con el propósito de integral la gestión y demostrar el cumplimiento de requisitos legales.
- Contemplar la inclusión de criterios habilitantes sobre Seguridad y Salud en el trabajo, de forma que se determinen antes de la contratación el cumplimiento de lineamientos de carácter legal.
- Mejorar la verificación pertinencia de formato disponible inventarios de laboratorio, de manera que el área corrobore la versión enviada por los responsables
- Revisar la redacción de riesgos, de forma que sea posible unificar los eventos que se puedan presentar que afecten la gestión de laboratorios.
- Comunicar al área de almacén la necesidad de incorporar la fecha en el formato de Inventario, de forma que facilite la identificación del momento al que pertenece el registro sobre las existencias del Laboratorio.
- Presentar una propuesta de herramienta tecnológica, basado en la cuantificación del uso actual de papel, con el fin de plantear un método más eficiente y ágil.
- Verificar las cantidades del programa de mantenimiento preventivo versus las evidencias de la constancia de ejecución del mantenimiento, de forma que permita reportar novedades al área de inventarios
- Considerar la construcción del programa de mantenimiento de vehículos por kilometraje, de forma que exista mayor correlación entre lo planteado, las alertas, que permitan intervenir elementos de seguridad activa y pasiva en el parque





automotor.

- Incorporar los riesgos de seguridad de la información en el mapa de riesgos, de forma que se pueda evidenciar los controles y se evalúe la eficacia de dichos controles por parte del CIADTI.
- Formalización de la Base de datos de control y seguimiento a los términos de los derechos de petición y tutelas, con el fin de incorporarla a los formatos de control de la gestión de calidad

Tabla 17. Fortalezas Auditoria Externa Icontec 2018

CONFORMIDADES QUE APOYAN EL SISTEMA DE GESTIÓN CON LOS REQUISITOS	
<ul style="list-style-type: none"> • El programa SPEI disponible en celulares a funcionarios y en la página a la comunidad, facilitando la comunicación en la institución. • Los ciento doce (112) convenios internacionales que tiene la Universidad disponiendo de un buen número de espacios para complementar la formación de los estudiantes. • La creación de la bolsa propia de empleos con ciento veintinueve (129) empresas inscritas a nivel nacional, contribuyendo a la consecución de empleo a los egresados de la Institución. • El programa de alertas tempranas para identificar posible deserción de estudiantes, facilitando la continuidad de sus estudios a los mediantes detectados por este medio. • El incremento de investigadores categorizados, fortaleciendo la investigación en la Universidad. • El recibir el registro de propiedad industrial a la Marca ACADEMUSOFT, asegurando la producción intelectual de la institución. 	

Tabla 18. Aspectos Mejor Auditoria Externa Icontec 2018

AÑO 2018			
ASPECTO DE MEJORA	ACCIÓN	RESPONSABLE	RESULTADO
Complementar el análisis del desempeño de los procesos en la revisión por la dirección, para obtener información precisa sobre la gestión de los mismos.	Consolidar la información del desempeño de los procesos en una base de datos y en una cartelera informativa.	Administración del SIG Todos los procesos	Acción Ejecutada
Fortalecer la metodología establecida para abordar riesgos y oportunidades, de tal manera que se facilite la identificación de oportunidades en la institución.	Ajustar la metodología de identificación de riesgos incluyendo las oportunidades.	Planeación Institucional	Acción Ejecutada
Considerar el uso de tabletas en la sede campestre de Villa Marina para realizar las encuestas y diligenciar los consentimientos informados, agilizando la toma de información, racionalizando el uso de papel y contribuyendo al medio ambiente.	Realizar la reunión de grupo de mejoramiento con el fin proyectar una solución viable al uso de tabletas para realizar las encuestas. Realizar el control y seguimiento semestral de las encuestas determinando el impacto ambiental y satisfacción de los beneficiarios que visitan la sede	Sede Social Villa Marina	Acción Ejecutada
Enviar a los proveedores los resultados de la evaluación y/o reevaluación del desempeño, con el fin de que realicen las mejoras	enviar correo masivo informando a los supervisores y a los generadores del gasto la forma correcta de diligenciar los	Contratación	Acción Ejecutada





pertinentes en aquellos aspectos donde obtuvieron una calificación baja	formatos Realizar comunicación a los supervisores de los diferentes contratos para que tengan en cuenta los procedimientos para llenar correctamente la calificación, evaluación y seguimiento de proveedores.		
Complementar el análisis del desempeño de los procesos en la revisión por la dirección, para obtener información precisa sobre la gestión de los mismo	Diseñar una cartelera que permita consolidar y visualizar el estado de los procesos en cuanto los compromisos con SIG	Sistema Integrado de Gestión	Acción Ejecutada
Fortalecer el control de la información de origen externo, de tal manera que se facilite la utilización de las versiones vigentes de la misma	Consolidar la información respecto a los documentos Externos adoptados por los procesos		
Fortalecer la metodología establecida para la gestión de conocimiento, de tal manera que se identifiquen todas las fuentes del conocimiento de la institución	Diseño de la página de Gestión de Conocimiento en el centro interactivo del SIG, utilizando la metodología de Mapas de conocimiento, panel de conocimiento, lecciones aprendidas		
Asignar el responsable de dar cumplimiento a las actividades de mantenimiento locativo, de tal manera que se asegure la realización adecuada y oportuna de estas actividades	Realizar revisión mensual junto con las reuniones de mejoramiento del diligenciamiento total de los formatos del proceso		
Unificar en el registro de mantenimiento de vehículos, las casillas de correctivo y preventivo e incluir columna para identificar si el mantenimiento es correctivo o preventivo con el fin de tener claridad en la trazabilidad del mantenimiento realizado a los vehículos, así como, incluir los costos de los mantenimientos correctivos realizados y poder realizar análisis de reposición de equipos	Solicitar a la Vicerrectoría Administrativa y Financiera lo correspondiente a la facturación de los mantenimientos realizados a los vehículos del parque automotor Campus Principal Actualizar el FGI-69 Hoja de vida de vehículo incluyendo las acciones mencionadas en las descripciones del hallazgo en la auditoria externa Diligenciamiento del formato FGI-69 Hoja de vida de vehículo aprobado por el SIG	Recursos Físicos	Acción Ejecutada
Incluir una casilla para registrar la fecha de ejecución en el formato FGI-01 "Programación de mantenimiento preventivo" para llevar un mejor control sobre la realización de las actividades programadas	Incluir en el formato FGI-01 Programación Mantenimiento preventivo casilla donde se registre fecha de ejecución.		Acción en Ejecución
Manifiestar a los asistentes a los eventos realizados por Educación Continuada, para que dichas personas tengan la tranquilidad de que sus datos serán utilizados adecuadamente por la Institución	La coordinadora del proceso de Educación continua, explicará al apoyo administrativo que es y cómo se aplica la política de Calidad en el proceso.	Educación Continua	Acción Ejecutada
Incluir las causas de las quejas y reclamaciones cuando se analice y	Realizar la reunión de grupo de mejoramiento con el fin analizar	Atención al Ciudadano	Acción en Ejecución





consolide la información proveniente de los PQRS, para tomar acciones eficaces que eliminen minimicen las causas de las mismas	trimestralmente las quejas y reclamos reiterativas y que se les enviaran a los procesos involucrados para que ellos realicen las acciones correctivas.		
Considerar la actualización del "Manual específico de funciones y requisitos" (versión 2000) para que quede acorde al estado actual de la Institución en cuanto a las competencias y funciones de su personal.	Medición de cargas laborales que constituyen el insumo principal de información para la elaboración del Manual de Funciones. Elaboración de la propuesta de Rediseño Institucional con el objeto de realizar la actualización al Manual de Funciones. Diseño del instrumento con el objeto de realizar la identificación de los perfiles para los empleos	Gestión del Talento Humano	Acción en Ejecución
Fortalecer concepto de evaluación de eficacia de la formación, para que cuando se realice esta actividad se refleje con claridad el impacto de la misma en el desempeño laboral del personal	Revisar y actualizar la metodología establecida en el PGH-25. Planeación y Ejecución del Programa de Capacitación de Personal con el objeto de evidenciar el impacto de las capacitaciones e incluir temas específicos y de las necesidades de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) de acuerdo a los lineamientos de la normatividad actual. Actualizar el FGH-28. Programa de Capacitación al Personal Vinculado		

1.3.7 Riesgos actualizados e identificados por la entidad

La Universidad de Pamplona posee un sistema de riesgos basados en la normatividad estatal, en la cual debe reportarlos periódicamente en la web institucional, queda un enorme trabajo de mejoramiento tanto en la detección como en la ejecución y seguimiento de estos riesgos toda vez que en la auditoria de renovación de la ISO 9001:2015, quedó demostrado que esta actividad es una falencia institucional

Tabla 19. Riesgos de Corrupción Porcentaje de cumplimiento de la gestión de riesgos por parte de los procesos - vigencia 2019

Total, de Acciones por Valoración del Riesgo		Controles ejecutados	Controles no ejecutados o avance mínimo
Extrema	1	1	0
Alta	5	3	2
Moderada	8	3	5
Bajo	39	22	17



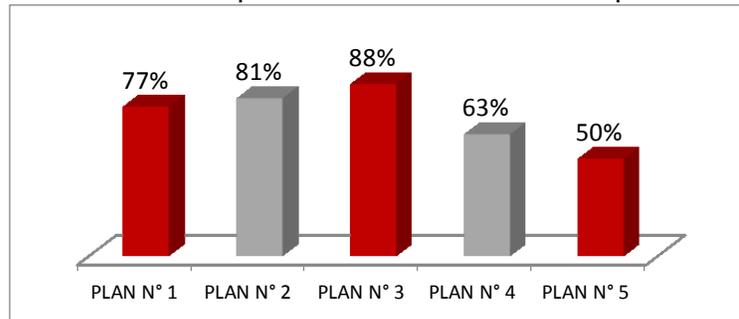


Total de Acciones	55	29	24
Porcentaje		53%	44%

Tabla 20. Riesgos por Proceso controles mínimos

N°	Procesos Con Acciones Inconclusas	Controles no ejecutados o con avances mínimos
1	Rectoría	1
2	Secretaría General	2
3	Planeación Institucional	1
4	Gestión Administrativa Y Financiera	1
5	Comunicación y Prensa	2
6	Granja Experimental Villa Marina	1
7	Gestión de la Investigación (Vicerrectoría)	2
8	Gestión Proyectos	2
9	Educación Continua	1
10	Bienestar Universitario	2
11	Egresados	1
12	Recursos Físicos	1
13	Gestión Documental	1
14	Gestión de Laboratorios	1
15	Presupuesto y Contabilidad	1
16	Pagaduría y Tesorería	1
17	Asesoría Jurídica	2
18	Almacén e Inventario	2
19	Control Interno Disciplinario	1
20	Atención al Ciudadano	1

Gráfica 9. Estado plan de acciones correctivas producto de las auditorías externas



1.3.8 Los resultados de seguimiento y medición procesos SIG: Avance de los Planes de Mejoramiento de los Programas Académicos y los Procesos Administrativos

A continuación, se presenta una tabla con la información de los Planes de Gestión del Cambio y Mejora continua de los Procesos Administrativos y de los Planes de

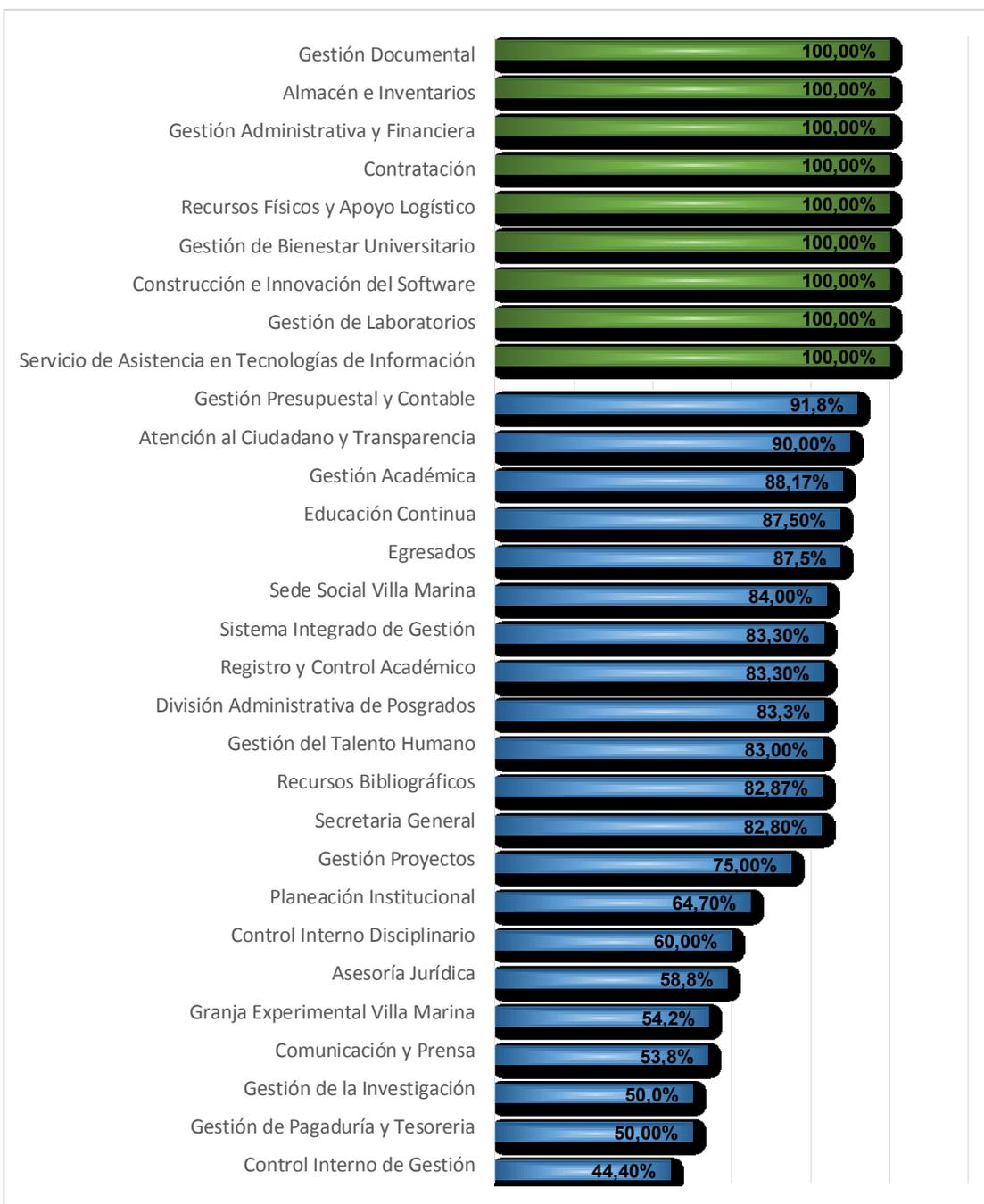




Mejoramiento de los Programas Académicos y el avance de los mismos en el año 2019.

Gráfica 9.Procesos Administrativos - Plan de Gestión del Cambio y Mejora Continua







De los 31 procesos que elaboraron y reportaron el FAC-49 Plan de Gestión del Cambio y Mejora Continua 2019:

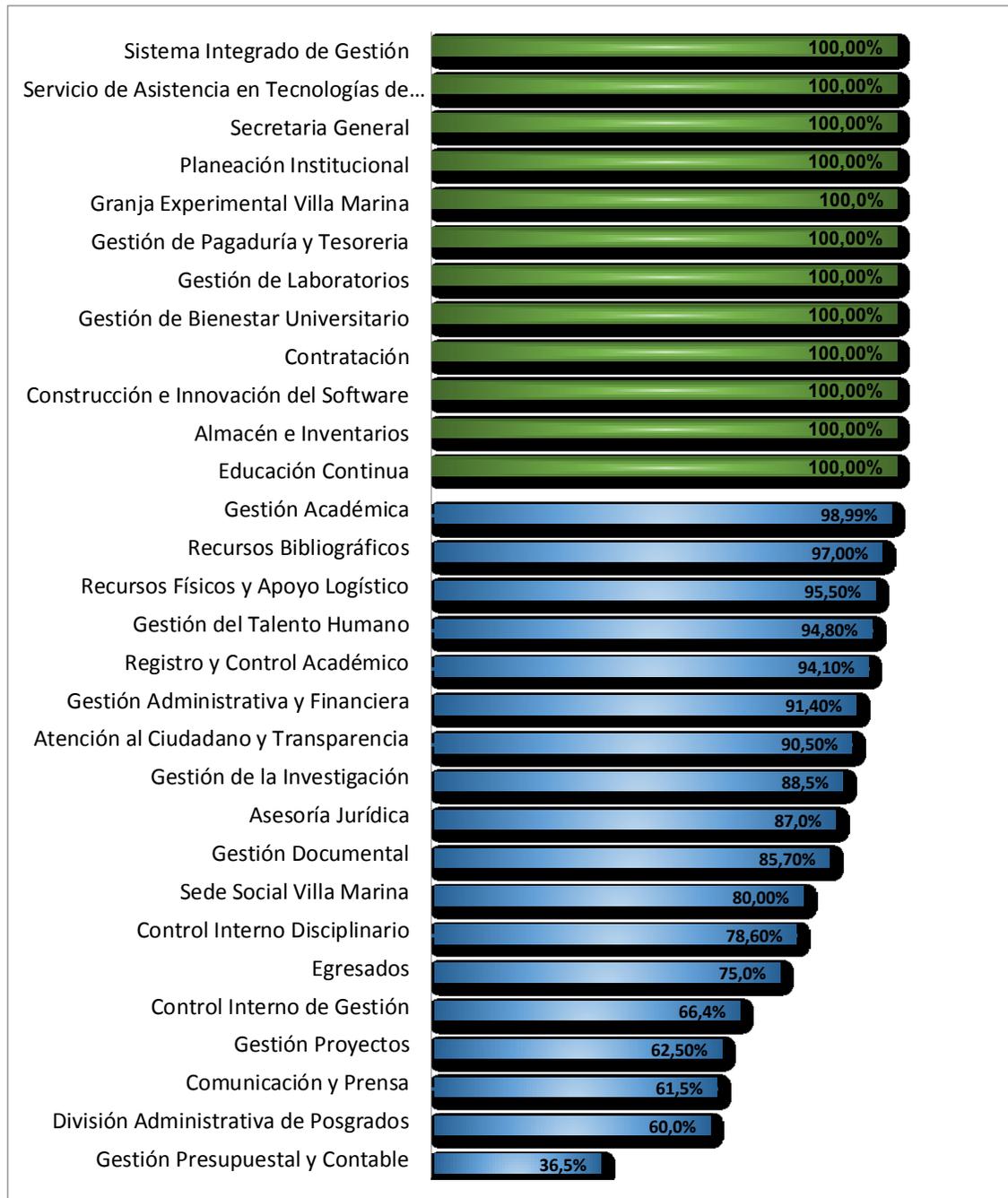
- 10 procesos ejecutaron al 100% las acciones planteadas.
- 20 procesos no lograron ejecutar todas las acciones establecidas en el FAC-49 Plan de Gestión del Cambio y Mejora Continua 2019.
- 1 proceso no ejecutó ninguna de las actividades.

Observación: los procesos de Secretaria General, Comunicación y Prensa y Control Interno de Gestión no reportaron el cierre de la vigencia 2019, cabe aclarar que el proceso Gestión Presupuestal y Contable no puede realizar la entrega debido a que no se ha realizado el cierre contable.





Gráfica10. Procesos Administrativos Planificación, Control y Seguimiento actividades





De los 31 procesos que debieron elaborar y reportar el FAC-23 Planificación, Control y Seguimiento de 2019:

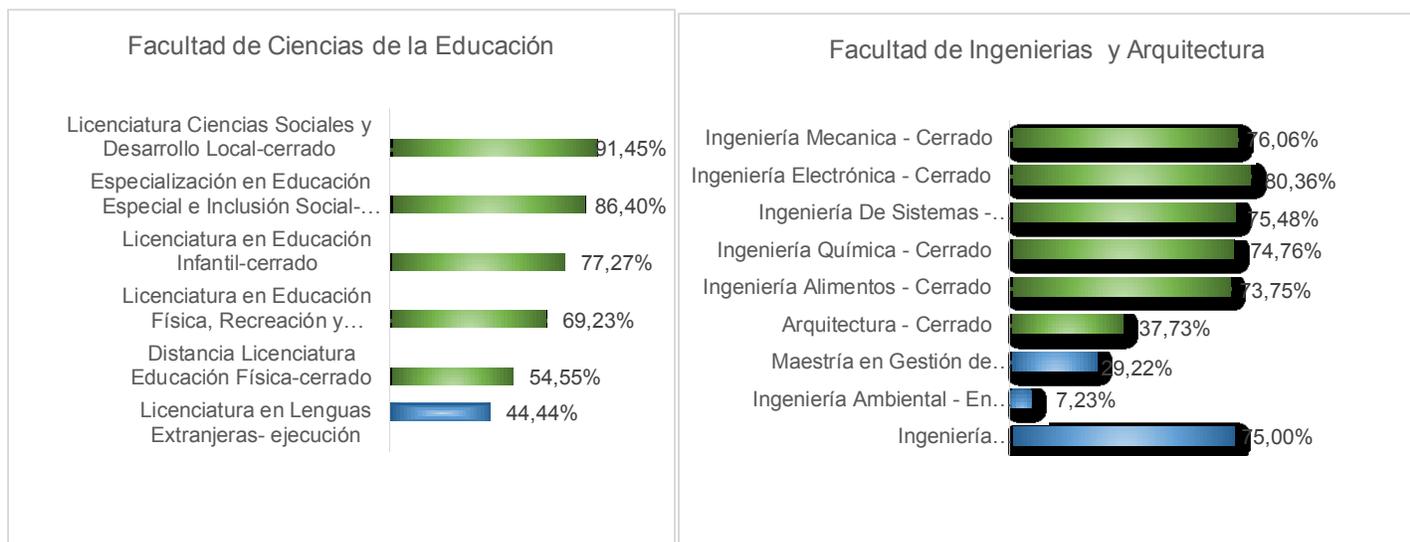
- 12 procesos ejecutaron al 100% las acciones planteadas.
- 18 procesos no ejecutaron en su totalidad las acciones establecidas en el FAC-23 Planificación, Control y Seguimiento de 2019:

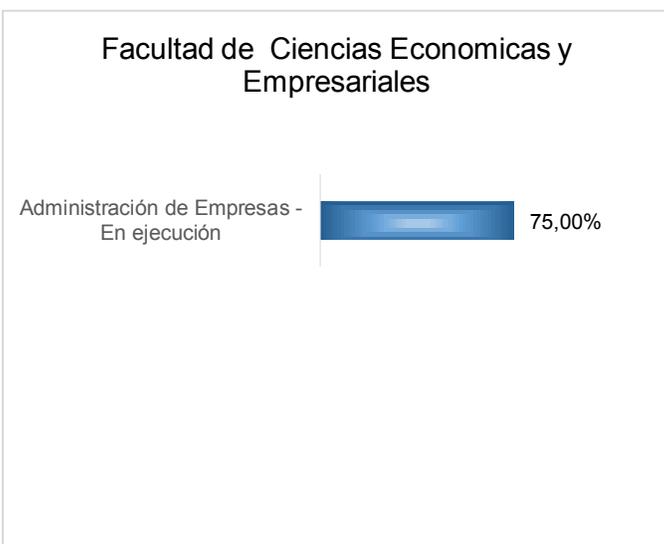
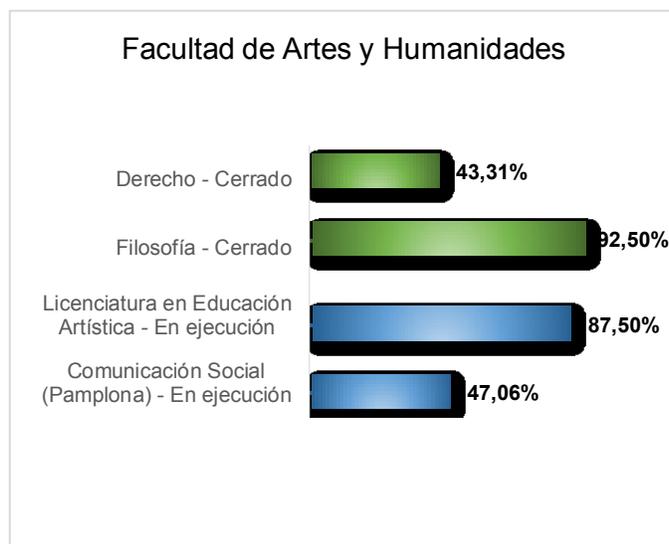
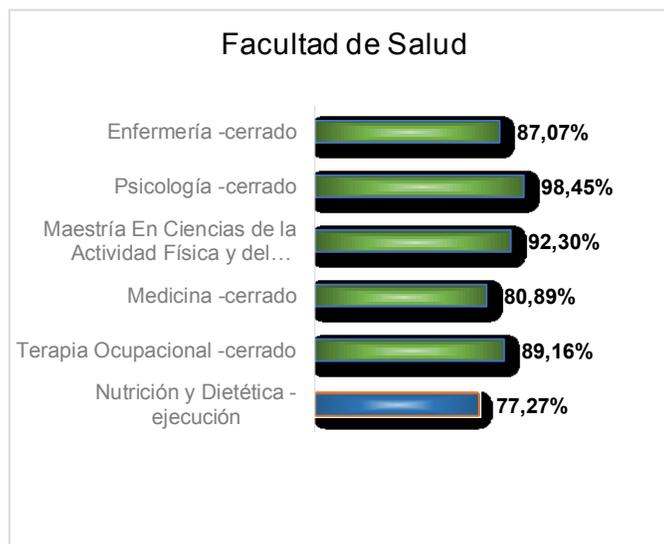
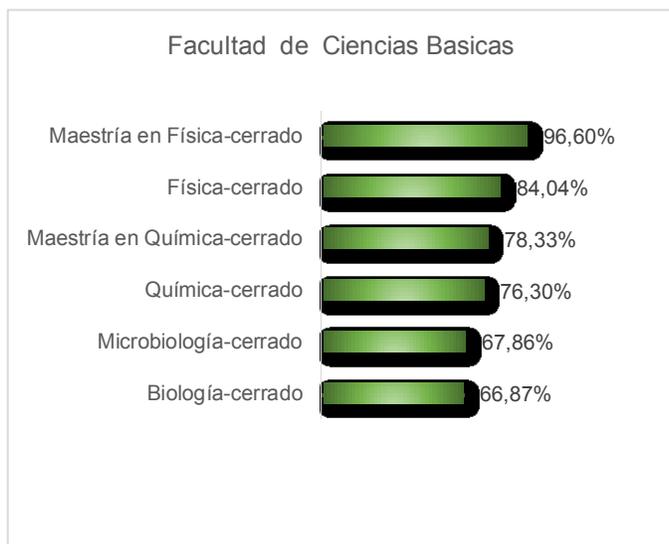
Aspectos de Mejora:

Concientización del personal hacia el cumplimiento de los compromisos, el mantenimiento y la mejora del Sistema de Gestión de Calidad

- Programas Académicos – Control seguimiento y cierre Planes de Mejoramiento Producto de la Autoevaluación 2019.

Gráfica11. Avance Planes Mejoramiento Programas 2019





Observaciones:

- Se realizó el control, seguimiento y cierre a 32 programas académicos producto de la autoevaluación en las diferentes facultades, quedando en estado de ejecución 8 programas.





Aspectos de Mejora:

- Promover al interior de los programas académicos la importancia de la consolidación de las evidencias de las acciones planteadas para una mejor verificación de su efectividad y ejecución.
- Informar de manera oportuna a todos los docentes del programa la importancia del proceso de autoevaluación, así como de la responsabilidad de participar activamente en el cumplimiento de las actividades descritas en los planes de mejoramiento.
- Establecer un sistema de priorización de las estrategias planteadas.
- Consolidar los planes de mejoramiento por proyectos.

1.3.9 Actualización Documental

A continuación, se presenta el estado de actualización de la información documental correspondiente a procedimientos, instructivos, protocolos, guías y manuales.

Se encuentra en etapa de revisión la información documentada de los procesos:

- Registro y Control (1 procedimiento y 1 instructivo)
- Apoyo al Egresado (3 procedimientos 1 guía)
- Control Interno de Gestión (1 procedimiento)
- Sede Social Villa Marina (2 procedimientos, 7 formatos)
- Gestión de Laboratorios (2 formatos)
- Gestión Presupuestal y Contable (falta acta 8 instructivos)
- División Administrativa de Posgrados (4 procedimientos y 6 formatos)





Tabla 21. Estado de actualización de la Información Documentada

Centro de Conciliación		2020	Total Documentos
	Procedimientos	1	3
	Instructivos	1	
	Protocolo	1	

UETIC		2019	Total Documentos
	Procedimientos	3	3

Gestión de Contratación		2019	Total Documentos
	Procedimiento	4	5
	Guía	1	

Bienestar Universitario		2019	Total Documentos
	Procedimiento	10	15
	Instructivo	4	
	Guía	1	

Gestión Documental		2019	Total Documentos
	Procedimiento	1	6
	Instructivo	5	

Sistema Integrado de Gestión		2018	2019	Total Documentos
	Procedimiento	0	6	7
	Guía	1	0	

Recursos Bibliográficos		2018	2019	Total Documentos





	Procedimiento	3	1	14
	Instructivo	10	0	

Atención Al Ciudadano		2018	2019	Total Documentos
	Procedimientos	1	1	2

Secretaría General		2018	Total Documentos
	Procedimientos	7	8
	Protocolo	1	

Gestión de Laboratorios		2007	2017	2018	2019	Total Documentos
	Procedimiento	0	0	2	2	10
	Instructivo	0	0	0	4	
	Manual	0	1	0	0	
	Guía	1	0	0	0	

Control Interno Disciplinario		2017	2019	Total Documentos
	Procedimiento	1	1	2

Almacén e Inventarios		2015	2016	2017	2019	2020	Total Documentos
	Procedimiento	1	0	0	4	0	23
	Instructivo	14	1	0	0	1	
	Manual	0	0	1	0	0	
	Guía	0	0	0	1	0	





Planeación Institucional		2016	2017	2019	Total Documentos
	Procedimiento	0	2	3	10
	Instructivo	1	0	3	
	Guía	1	0	0	

Asesoría Jurídica		2013	2016	2018	2020	Total Documentos
	Procedimiento	6	2	3	0	12
	Guía	0	0	0	1	

Talento Humano		2010	2013	2015	2016	2018	2019	Total Documentos
	Procedimientos	3	3	0	2	6	5	29
	Instructivos	3	4	1	1	1	0	

Recursos Físicos		2016	2019	Total Documentos
	Procedimiento	0	3	8
	Instructivo	3	1	
	Guía	1	0	

Gestión Administrativa y Financiera		2017	2018	Total Documentos
	Procedimientos	0	5	6
	Instructivos	1	0	

Egresados		2017	Total Documentos
	Instructivo	1	1





Educación Continua		2016	Total Documentos
	Procedimiento	1	1

Posgrados		2014	2017	Total Documentos
	Procedimiento	4	1	6
	Instructivo	1	0	

Comunicación y Prensa		2012	2018	Total Documentos
	Procedimientos	1	1	2

Granja Experimental		2012	2017	Total Documentos
	Procedimientos	1	5	7
	Instructivos	1	0	

Servicio de Asistencia en Tecnología		2012	2013	2016	2017	2018	2019	Total Documentos
	Procedimiento	1	2	1	1	3	2	12
	Protocolo	2	0	0	0	0	0	

Gestión Académica		2010	2011	2013	2015	2016	2017	2018	2019	Total Documentos
	Procedimientos	3	1	0	2	3	0	1	2	16
	Instructivos	1	0	2	0	0	2	1	0	

Sede Social Villa Marina		2010	2018	Total Documentos
	Procedimiento	1	1	4





	Instructivo	0	2	
--	-------------	---	---	--

Construcción e Innovación de Software		2008	2009	2013	2018	Total Documentos
	Procedimiento	0	0	3	7	53
	Instructivo	0	0	7	4	
	Guía	1	15	12	4	

Control Interno de Gestión		2011	2013	2014	2016	2017	Total Documentos
	Procedimiento	2	1	0	1	1	10
	Instructivo	1	0	2	1	1	

Gestión Proyectos		2010	2014	2017	Total Documentos
	Procedimiento	0	0	1	7
	Protocolo	0	1	3	
	Manual	0	1	0	
	Guía	1	0	0	

Gestión de la Investigación		2010	2013	2015	2017	Total Documentos
	Procedimientos	0	1	2	2	8
	Instructivo	0	1	0	0	
	Guía	1	0	0	1	

Gestión de Pagaduría y Tesorería		2010	2011	2012	2013	2015	2016	Total Documentos
	Procedimiento	0	1	0	2	0	0	23





	Instructivo	1	8	1	3	5	1	
	Guía	0	1	0	0	0	0	

Gestión Presupuestal y Contable		2010	2012	2013	2014	2016	Total Documentos
		Procedimiento	0	0	3	1	0
	Instructivo	2	3	1	1	1	

