INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA PASCUAL BRAVO
OFICINA ASESORA DE EVALUACION Y CONTROL

INFORME FINAL DE LEY
SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD SGC

VIGENCIA - 2019

JOSE GONZALO ESCUDERO ESCUDERO
JEFE OFICINA ASESORA DE EVALUACION Y CONTROL

MEDELLIN
2019

TABLA DE CONTENIDO

1. **INTRODUCCION ……...3**
2. **OBJETIVO……...3**
3. **ALCANCE……3**
4. **DESARROLLO……3**
5. **RECOMENDACIONES……21**
6. **PRONUNCIAMIENTO DEL LIDER DEL PROCESO…22**
7. **CONCLUSIONES …….....25**

1. INTRODUCCIÓN

La Oficina Asesora de Evaluación y Control, rinde el informe de seguimiento y evaluación a la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, esta es una herramienta de gestión sistémica y transparente que permite dirigir y evaluar el desempeño Institucional, en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios a cargo de la Institución Universitaria Pascual Bravo.

2. OBJETIVO

Verificar el grado de cumplimiento del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) en la Institución Universitaria Pascual Bravo vigencia 2019, garantizando el mantenimiento, buen funcionamiento y mejora en los Sistemas de Gestión de la entidad

3. ALCANCE

Sistema Integrado de Gestión de la Calidad de la Institución Universitaria Pascual Bravo, con base en la NTCSO 9001:2015

4. DESARROLLO

El Sistema de Gestión de la Calidad SGC se implementó como una herramienta de gestión sistemática y transparente, que permite dirigir y evaluar el desempeño institucional, alcanzando altos estándares en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios a cargo de la entidad.

4.1 Antecedentes:

En diciembre 30 de 2003, el Congreso de la República expidió la Ley 872" Por *la cual se crea el sistema de gestión de la calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios"*. Esta Ley establece en su

artículo 6º la obligatoriedad para el Gobierno Nacional de reglamentarla mediante la expedición de una Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública. En cumplimiento de este mandato, el Decreto 4110 del 9 de diciembre de 2004, adopta la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004, la cual debía ser implementada por las entidades obligadas en un plazo máximo de cuatro años, contados a partir de la fecha de expedición del Decreto.

Desde ese momento y hasta la derogatoria de la Ley 872 (por mandato del decreto 1499 de 2017, Artículo 5), las entidades y agentes obligados iniciaron la implementación y garantizaron el mantenimiento, buen funcionamiento y mejora en los Sistemas de Gestión de Calidad (SGC), acatando además la normatividad subsiguiente respecto de la actualización a Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000-2009.

El Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) dentro de su rol de orientación y consulta, facilitó instrumentos de evaluación al Sistema de Gestión de la Calidad. Estas herramientas fueron llamadas “Encuesta MECI Calidad” y “Encuesta Final Calidad” y fueron puestas a disposición de los usuarios en el sitio http://mecicalidad.dafp.gov.co/docs/. Las oficinas de Control Interno hacían uso de las herramientas y luego de diligenciar los instrumentos daban un informe adecuado del estado de implementación y/o funcionamiento del Sistema de Gestión de Calidad SGC.

El Manual Operativo Sistema de Gestión MIPG, en su capítulo I Conceptos Generales de MIPG, dice:

“El artículo 133 de la Ley 1753 de 2015 establece que se deben integrar los Sistemas de Desarrollo Administrativo y de Gestión de la Calidad y este Sistema Único de Gestión se debe articular con el Sistema de Control Interno; en este sentido el Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG surge como el mecanismo que facilitará dicha integración y articulación”.

Lo anterior implica que el SGC ya no se evaluará independientemente, sino integrado, a través de la evaluación de la implementación del MIPG.

La Institución Universitaria Pascual Bravo cuenta con certificación en NTCGP1000-2009, con número de aprobación GP180-1 y vencimiento en 2019-07-29. En mayo de 2017, se atienden las auditorías de seguimiento a la certificación, realizadas por ICONTEC.
En junio de 2018 y atendiendo lo dispuesto por el Decreto 1499 de 2017, Artículo 2.2.22.3.12, se desiste de realizar la auditoría de seguimiento para el Sistema de Gestión de Calidad NTCGP1000-2009 y se prescinde del uso del certificado de conformidad.

El instrumento de reporte de información del avance de la Gestión Institucional para el modelo MIPG se hará a través del Formulario Único de Reporte de Avances en la Gestión – FURAG II, según ordena el Decreto 1499 de 2017 en su Artículo 2.2.22.3.10. Este requerimiento lo cumplió la entidad en el mes de febrero del 2019 generando una calificación del 72,6%.

La Institución Universitaria Pascual Bravo utiliza la herramienta de autodiagnóstico suministrada por el departamento Administrativo de la Función Pública, y ubicada en el link http://www.funcionpublica.gov.co/eva/mipg/index.html, con la finalidad de tener información detallada, oportuna y continua, sobre el estado de implementación de las 17 políticas del MIPG

Dado lo anterior la Institución Universitaria Pascual Bravo implementa el Sistema de Gestión de calidad de la siguiente manera:

4.1 ¿De qué manera se han determinado los registros pertinentes para establecer, implementar y mantener el Sistema de Gestión de la Calidad que apoye la operación eficaz y eficiente en la entidad?

Los registros del Sistema de Gestión Integral (SGI), están asociados a la información documentada pertinente a cada uno de los procesos del Sistema de Gestión, estos tienen como base la estructura documental determinada para

el SGI, donde se definen cuáles son los tipos documentos del sistema. Cada uno de los procesos define lo que se hace necesario documentar, tomando en cuenta las necesidades del mismo o los requerimientos normativos aplicables.

El documento mandatorio de cada proceso es la Caracterización, a partir de éste, se puede decidir qué documentación hará parte del proceso: formatos, guías, manuales, indicadores, riesgos, entre otros.

En nuestra Institución, la estructura documental del Sistema se ha actualizado tomando en cuenta la integración de otros sistemas de gestión, a fin de tener una mirada integral de los mismos. La documentación de los procesos permite evidenciar el cumplimiento de los requisitos de las normas ISO 9001:2015, así mismo permite avanzar en la implementación de otras normas tales como ISO 14001:2015, Decreto 1072 de 2015, MIPG y MECI.

4. SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL

4.1 Estructura documental

Imagen 3. Estructura documental

Fuente: Manual SGI

Evaluación: Se realiza siempre y en forma total y la entidad es ejemplo para el sector público educativo.

4.2 ¿Cómo se utilizan criterios y métodos que garanticen que los procesos y su control sean eficaces?

Con la información definida, según la estructura documental del Sistema, se define para cada proceso los métodos y criterios para garantizar que éstos sean eficaces, tomando en cuenta la información documentada en los procedimientos, instructivos, entre otros, pues de esta manera se identifican los puntos y controles necesarios para las actividades a realizar. Son 17 listados maestros correspondientes a cada uno de los procesos.

Evaluación: Se realiza siempre y en forma total y la entidad es ejemplo para el sector público educativo.

4.3 ¿Disponen de los recursos necesarios, así como la información que se utilice para apoyar la operación y el seguimiento a los procesos?

3.1 Recursos

Los recursos necesarios para el Sistema, se aseguran de acuerdo con lo establecido en los Procesos: Gestión de Direccionamiento Estratégico y Gestión Financiera, que garantizan la asignación presupuestal para la gestión de los recursos. Así mismo, el proceso de Gestión de Recursos Físicos que provee los recursos físicos y ambiente para la operación de los procesos; y el proceso de Gestión Talento Humano, que provee los recursos de personal.

3.2 Seguimiento, medición, análisis y evaluación de los procesos

Estos aspectos se realizan a través de:

- **Auditorías internas:** realizadas teniendo como criterio los requisitos establecidos en la NTC ISO 9001:2015, coordinadas desde la Oficina

Asesora de Planeación, y, se realizan de acuerdo al Plan de Auditoria definido por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.

-
- **Auditorías Externas ICONTEC:** entidad que certifica que el sistema de gestión institucional cumpla con todos los requisitos establecidos en la ISO 9001: 2015. Para este año 2019 se recibió auditoría los días 28, 29 y 30 de mayo.
-

El día 21 de agosto del presente año se recibió oficialmente la certificación por el ICONTEC, el cual certifica que el sistema de gestión de la Institución Universitaria Pascual Bravo ha sido auditado y aprobado con respecto a los requisitos especificados en la ISO 9001:2015 con el siguiente alcance: "*prestación de servicios educativos de docencia, investigación y extensión académica"*. Adicionalmente se recibe el certificado por IQNET, entidad certificadora de ámbito internacional.

- **Revisión por la Dirección**: donde se revisa el estado de cada uno de los procesos del sistema de gestión para asegurarse de su conveniencia, adecuación, eficacia y alineación continuas con la dirección estratégica de la organización. Esta revisión es realizada por la alta dirección.

- **Indicadores de gestión**. Realiza seguimiento a través de los indicadores de procesos y a los indicadores definidos en el Plan Indicativo.
  Adicionalmente, el seguimiento a los procesos se realiza también a través de los indicadores y seguimiento a las acciones de mejora.

  - ✓ Informe AU interna SGI 2019
  - ✓ Informe de revisión por la dirección 2019
  - ✓ Matriz de indicadores de procesos consolidado
  - ✓ Certificado ICONTEC
  - ✓ Certificado IQNET

Evaluación: Se realiza siempre y en forma total y la entidad es ejemplo para el sector público educativo.

4.4 ¿Cómo se implementan las acciones necesarias para lograr los resultados planificados y la mejora continua del proceso?

- En cada una de las caracterizaciones de los procesos se contempla la etapa del planear, en donde se definen las acciones de planificación de cada uno, las cuales se materializan a través de su ejecución.
- Por cada proceso se definen acciones de mejora con los enlaces, por medio de asesorías las cuales tienen como fuente: auditorías internas, auditorías externas, revisión por la dirección, autoevaluación, indicadores.

✓ Informe de revisión por la dirección 2019
✓ Caracterizaciones por proceso
✓ Presentación comité - CIGD 2019-08-08

Evaluación: Se realiza siempre y en forma total y la entidad es ejemplo para el sector público educativo.

4.5 ¿De qué manera se mantiene actualizada la información documentada (manual de calidad) y ésta ha permitido el desempeño eficaz por parte de los servidores en cuanto al cumplimiento de los procedimientos documentados?

Con relación a la información, se cuenta con la documentación de la misma tomando como referente la norma ISO 9001:2015, la cual debe contener la Información que la organización tiene que controlar y mantener y el medio que la contiene**.**

Cada organización define la información necesaria para la ejecución de sus procesos. Para el caso de la Institución Universitaria Pascual Bravo, se han elaborado los documentos siguiendo los lineamientos de la norma NTC ISO 9001:2015 y otros que han sido considerados necesarios para la operación

eficaz de los procesos, tales como ISO 14001:2015, Decreto 1072 de 2015, MIPG y MECI.

La documentación para el Sistema de Gestión Integral incluye:

- ✓ Manual del Sistema de Gestión Integral, define el alcance del SGI.
- ✓ La Política del Sistema de Gestión Integral y objetivos.
- ✓ Mapa de Procesos.
- ✓ Caracterización de los Procesos.
- ✓ GIN-PR-01 elaboración y control de documentos
- ✓ GIN-IN-01 elaboración de documentos

Evaluación: Se realiza siempre y en forma total y la entidad es ejemplo para el sector público educativo.

4.6 ¿Cómo los procesos y procedimientos documentados han permitido estandarizar la gestión de la entidad, evitando los reprocesos y la reducción del producto no conforme?

Estandarización de procesos.

La Institución ha venido fortaleciendo acciones con los diferentes procesos para documentar las actividades que se realizan al interior de los mismos, esto ha permitido:

- Gestionar el conocimiento institucional.
- Facilitar la operatividad de cada proceso.
- Evitar la aleatoriedad al efectuar las actividades, donde todos están comprometidos en el que hacer permanente.
- Facilitar la formación y el aprendizaje del personal.
- Contribuir a la mejora continua.

Para documentar los procesos se tienen definidos el GIN-PR-01

procedimiento para elaboración y control de documentos, y el instructivo GIN-IN-01 para la elaboración de documentos.

Para controlar los productos o servicios no conformes (en los procesos misionales) tenemos documentado el procedimiento GDO-PR-40 Producto no conforme.

Evaluación: Se realiza sistemáticamente y en casi en todos los procesos

(Mínimo una vez al año).

4.7 ¿Cómo la Alta Dirección proporciona evidencia de su compromiso con el Sistema de gestión de la calidad?

El liderazgo y compromiso de la Alta Dirección de la Institución se evidencia desde su direccionamiento estratégico, muestra de ello se refleja a través del Plan de desarrollo 2019-2022 "*La transformación continúa"*, el cual contiene en su Eje Estratégico 5 Capacidades Institucionales para la transformación cuenta con el programa 5.2. "*Mejoramiento continuo de la planeación, gestión y evaluación institucional".*

De igual forma, se tienen diferentes espacios institucionales para el seguimiento al sistema de gestión, estos son el Comité Institucional de Gestión y Desempeño y el Comité institucional de Coordinación de Control Interno. Así mismo, anualmente se realiza un seguimiento general al sistema, donde se verifica la eficacia del sistema y se toman acciones para la mejora continua del sistema a través de la Revisión por la Dirección.

Otro aspecto que denota el compromiso institucional frente al sistema de gestión de calidad, se centra en la adopción de la política y objetivos del Sistema de Gestión Integral, Acuerdo 13 del 19 de julio de 2018.

- ✓ Plan de Desarrollo 2019-2022 La transformación continua.
- ✓ Acuerdo 13 del 19 de julio de 2018 política y objetivos del SGI
- ✓ Resolución 730 del 04 de agosto de 2019
- ✓ Resolución Rectoral 930 17 de diciembre de 2018 – CIGD

Evaluación: Se realiza sistemáticamente y en casi todos los procesos (Mínimo una vez al año).

4.8 ¿La política de calidad con la que cuenta actualmente la entidad está acorde con los objetivos institucionales?

Sí**,** a través del Acuerdo Directivo 013 del 19 de julio de 2018 se adopta la Política del Sistema de Gestión Integral y se articula con el Sistema de Gestión de Calidad con base en la NTC ISO 9001:2015 y el Decreto 1499 del 2017, Sistema de Gestión Ambiental con base en la NTC ISO 14001.2015 y el SST fundamentado en el Decreto 1072 de 2015. Esta política contempla 11 objetivos del sistema de gestión integral.

Evaluación: Se realiza sistemáticamente y en casi todos los procesos

(Mínimo una vez al año).

4.9 ¿La política de calidad incluye el compromiso de cumplir con los requisitos y de mejorar continuamente el sistema de gestión de la calidad?

Sí, la Política del Sistema de Gestión fue definida teniendo en cuenta los criterios contemplados en el numeral 5.2. Política de calidad de la ISO 9001:2015, 5.2 Política Ambiental de la ISO 14001.2015 y numeral 4.2 Política de SYSO de la NTC OHSAS 18001.

La política de Sistema de gestión Integral esta publicada en la página Web, Link: http://pascualbravo.edu.co/pdf/normograma/acuerdos/2018/acuerdo-13-politica-objetivos-gestion-integral.pdf

Evaluación: Se realiza siempre y en forma total y la entidad es ejemplo para el sector público educativo.

4.10 ¿Cómo garantizamos que los objetivos de la calidad sean medibles y

coherentes con la política de calidad?

Se definen indicadores para cada uno de los objetivos definidos en la política de calidad, adicionalmente ésta da cumplimiento a requisito mandatorio de los diferentes Sistemas de Gestión, así:

Objetivos	Indicadores
1. Lograr un sistema educativo articulado, coherente y contextualizado en los diferentes niveles de formación que permita la formación integral de los estudiantes de la Institución Universitaria Pascual Bravo, en un contexto democrático, pacífico y pluralista.	Programas académicos de pregrado acreditados
	Número de Programas Académicos A Distancia creados para ofertar en las regiones
	Docentes de la institución con título de maestría y/o doctorado
	Disminución de la deserción por la intervención y atención integral de los factores que la generan
	Número de docentes de planta Tiempo Completo nombrados en el año
4.Desarrollar, implementar y aplicar medios y Tecnologías de Información y Comunicaciones para el fortalecimiento de los procesos institucionales de docencia, investigación, extensión y gestión administrativa, acorde con los lineamientos estatales, las directrices institucionales y las innovaciones tecnológicas vigentes.	Aumento de cobertura de conectividad inalámbrica
	Sistema de información y gestión académica propio desarrollado
	Porcentaje de Disponibilidad de la Plataforma Tecnológica

Evaluación: Se realiza sistemáticamente y en casi todos los procesos

(Mínimo una vez al año).

4.11¿Qué hace la Alta Dirección para asegurarse de evaluar la eficacia y eficiencia de la operación, mediante las medidas y datos utilizados para determinar el desempeño satisfactorio de la entidad?

La Alta Dirección a través de la revisión por la dirección realiza un seguimiento anual al Sistema de Gestión. Es una evaluación de todos los elementos que conforman los procesos, con el fin de que la alta dirección:

- Cuente con un panorama general sobre el estado del Sistema de Gestión Integral.
- Elabore un plan de mejoramiento que permita la mejora continua.
- Incluya los cambios requeridos para el mismo.

La Revisión por la Dirección consiste en el análisis de los resultados aportados por el Sistema de Gestión Integral de la Institución Universitaria Pascual Bravo durante el periodo anterior, para contribuir a la toma de decisiones de la Alta Dirección, además de promover la mejora continua del sistema y de la institución en sí. Se realiza cada año con el objetivo de verificar la adecuación, conveniencia, eficacia, eficiencia, efectividad y la alineación continua con la dirección estratégica de la Institución. Para evaluar el objetivo de la Revisión por la Dirección se debe contar con la información previa, cumpliendo con el requisito 9.3.2 Información de entrada para la Revisión por la Dirección de la norma NTC-ISO 9001-2015. Además, en la Revisión por la Dirección se revisa la Política del Sistema de Gestión Integral Institucional, para determinar si continúa siendo adecuada a los propósitos de la organización. Con base en la información que arrojan estos análisis, se evalúa sí el Sistema de Gestión Integral impacta en la gestión Institucional, cumple con la normativa externa e interna y le contribuye a lograr los objetivos. Igualmente, refleja cuáles son los compromisos que la dirección debe emprender para subsanar las desviaciones que se encuentren en el Sistema de Gestión.

Evaluación: Se realiza sistemáticamente y en casi todos los procesos (Mínimo una vez al año).

4.12¿Cómo se planifican y desarrollan los procesos necesarios para la realización del producto y/o prestación el servicio?

La planificación de los servicios del Sistema se establece en las caracterizaciones de cada uno de los procesos misionales, así como también, los objetivos específicos de calidad e indicadores de cada uno de ellos. Así mismo, en las caracterizaciones de los procesos de apoyo que prestan servicios directamente o indirectamente a los usuarios.

Cada proceso está estructurado de acuerdo al ciclo PHVA. En la etapa de planificación se define la forma como se prestarán y/o entregarán los productos o servicios al usuario final. Esta etapa implica identificar los insumos necesarios, e información documentada requerida.

Link: Nivel superior ▸ Procesos ▸ 02. Gestión de Direccionamiento Estratégico ▸ 01. Caracterización

Evaluación: Se realiza sistemáticamente y en casi todos los procesos (Mínimo una vez al año).

4.13¿Con qué mecanismos se cuenta para el tratamiento de las quejas de los clientes?

El proceso de Gestión y Atención al Usuario es el responsable de hacer seguimiento al tratamiento a las quejas. Los mecanismos que se tienen para el tratamiento de las quejas desde su recepción hasta que se da respuesta al usuario son:

Para la radicación de las quejas se cuenta con:

1. **Página web**: http://www.pascualbravo.edu.co/index.php/ayuda/pqrs
2. **Telefónica**: PBX (+574)4480520, Línea gratuita: 01 8000 510944.
3. **Por escrito directamente en el CIS**: lunes a viernes: 8:00 a.m. a

7:00 p.m., en jornada continua - sábados: 8:00 a.m. a 1:00 p.m.

4. **Por Correo electrónico**: cis@pascualbravo.edu.co

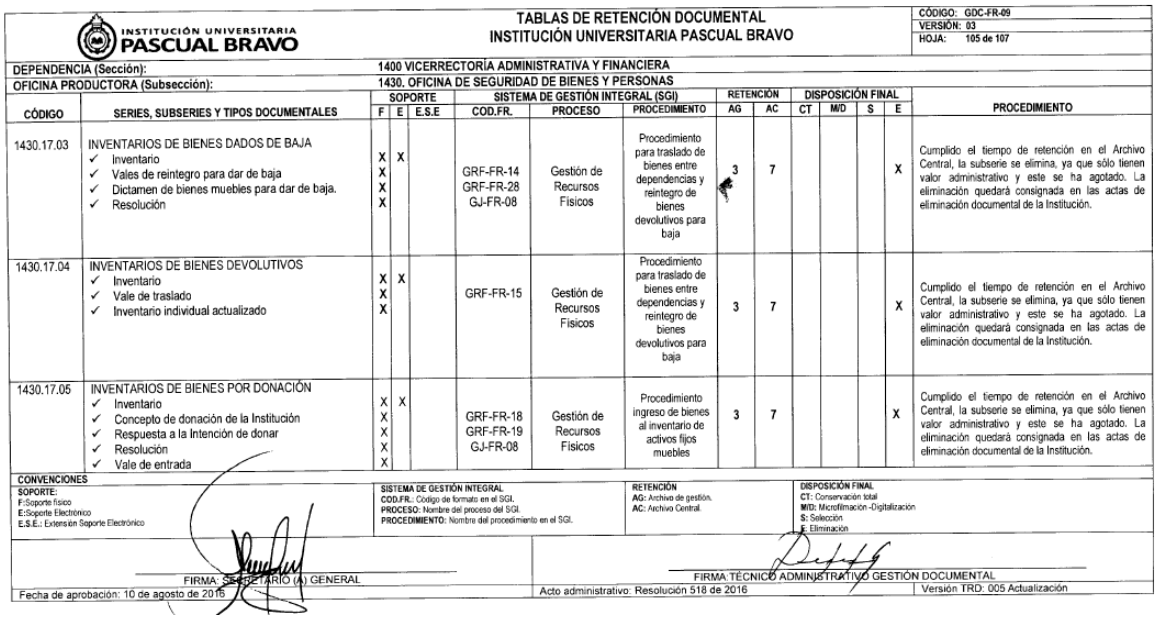
Para el tratamiento se cuenta con el aplicativo Mercurio, por el cual se le puede hacer seguimiento a las PQRDF desde el momento de su radicación hasta que se le da respuesta al usuario.

Evaluación: Se realiza siempre y en forma total y la entidad es ejemplo para el sector público educativo.

4.14¿Dónde se custodian los registros de las evaluaciones realizadas a los proveedores?

Los registros generados de las evaluaciones de proveedores son responsabilidad del proceso Gestión de Recursos Físicos. Por ende, las

evaluaciones de los proveedores son custodiadas por dicho proceso, esto se evidencia en las Tablas de Retención Documental - TRD.



INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA PASCUAL BRAVO — TABLAS DE RETENCIÓN DOCUMENTAL — INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA PASCUAL BRAVO

CÓDIGO: GDC-FR-09 | VERSIÓN: 03 | HOJA: 105 de 107

DEPENDENCIA (Sección): 1400 VICERRECTORÍA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

OFICINA PRODUCTORA (Subsección): 1430. OFICINA DE SEGURIDAD DE BIENES Y PERSONAS

CÓDIGO	SERIES, SUBSERIES Y TIPOS DOCUMENTALES	SOPORTE F	SOPORTE E	SOPORTE E.S.E	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI) COD.FR.	PROCESO	PROCEDIMIENTO	RETENCIÓN AG	RETENCIÓN AC	DISPOSICIÓN FINAL CT	DISPOSICIÓN FINAL M/D	DISPOSICIÓN FINAL S	DISPOSICIÓN FINAL E	PROCEDIMIENTO
1430.17.03	INVENTARIOS DE BIENES DADOS DE BAJA ✓ Inventario ✓ Vales de reintegro para dar de baja ✓ Dictamen de bienes muebles para dar de baja. ✓ Resolución	X X X X	X		GRF-FR-14 GRF-FR-28 GJ-FR-08	Gestión de Recursos Físicos	Procedimiento para traslado de bienes entre dependencias y reintegro de bienes devolutivos para baja	3	7				X	Cumplido el tiempo de retención en el Archivo Central, la subserie se elimina, ya que sólo tienen valor administrativo y este se ha agotado. La eliminación quedará consignada en las actas de eliminación documental de la Institución.
1430.17.04	INVENTARIOS DE BIENES DEVOLUTIVOS ✓ Inventario ✓ Vale de traslado ✓ Inventario individual actualizado	X X X	X		GRF-FR-15	Gestión de Recursos Físicos	Procedimiento para traslado de bienes entre dependencias y reintegro de bienes devolutivos para baja	3	7				X	Cumplido el tiempo de retención en el Archivo Central, la subserie se elimina, ya que sólo tienen valor administrativo y este se ha agotado. La eliminación quedará consignada en las actas de eliminación documental de la Institución.
1430.17.05	INVENTARIOS DE BIENES POR DONACIÓN ✓ Inventario ✓ Concepto de donación de la Institución ✓ Respuesta a la Intención de donar ✓ Resolución ✓ Vale de entrada	X X X X X	X		GRF-FR-18 GRF-FR-19 GJ-FR-08	Gestión de Recursos Físicos	Procedimiento ingreso de bienes al inventario de activos fijos muebles	3	7				X	Cumplido el tiempo de retención en el Archivo Central, la subserie se elimina, ya que sólo tienen valor administrativo y este se ha agotado. La eliminación quedará consignada en las actas de eliminación documental de la Institución.

CONVENCIONES

SOPORTE: F:Soporte físico; E:Soporte Electrónico; E.S.E.: Extensión Soporte Electrónico

SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL: COD.FR.: Código de formato en el SGI. PROCESO: Nombre del proceso del SGI. PROCEDIMIENTO: Nombre del procedimiento en el SGI.

RETENCIÓN: AG: Archivo de gestión. AC: Archivo Central.

DISPOSICIÓN FINAL: CT: Conservación total; M/D: Microfilmación -Digitalización; S: Selección; E: Eliminación

FIRMA: SECRETARIO (A) GENERAL

FIRMA: TÉCNICO ADMINISTRATIVO GESTIÓN DOCUMENTAL

Fecha de aprobación: 10 de agosto de 2016 | Acto administrativo: Resolución 518 de 2016 | Versión TRD: 005 Actualización

TRD - 1430-oficina-seguridad-bienes-personas.

Evaluación: Se realiza siempre y en forma total y la entidad es ejemplo para el sector público educativo.

4.15¿Qué procedimientos se tienen de seguimiento, medición, análisis y mejora para asegurar la conformidad y mejorar la eficacia del sistema de gestión de la Calidad?

Se tiene 3 procedimientos:

1. **GIN-PR-07 Procedimiento revisión por la dirección**: se aplica cada año con el fin de realizar la Revisión por la Dirección al Sistema Integrado de Gestión, para asegurar su conveniencia, adecuación, eficacia, eficiencia, efectividad y alineación continua con la Planeación Estratégica de la Institución Universitaria Pascual Bravo.

2. **EIM-PR-02 procedimiento para aplicar las ACPM – SGI**: se aplica para definir, implementar, realizar seguimiento y cierre de las acciones correctivas, preventivas o de mejora derivadas de las diferentes fuentes, que permitan eliminar o mitigar las causas de las no conformidades, gestionar las acciones para abordar riesgos oportunidades, corregir las desviaciones presentadas en el desarrollo de las actividades, y mejorar el desempeño y la eficacia del Sistema Gestión Integral.

3. **EIM-PR-03 procedimiento auditorías sistemas de gestión**: se aplica mínimo cada año. Contiene las directrices para la planificación, ejecución y evaluación de las auditorías de los Sistemas de Gestión establecidos en la Institución Universitaria Pascual Bravo con el fin de verificar la conformidad con los requisitos aplicables, la eficacia de los sistemas de gestión y la mejora continua.

Evaluación: Se realiza sistemáticamente y en casi todos los procesos (Mínimo una vez al año).

4.16. ¿Cómo se identifican y controlan los servicios no conformes?

Los servicios no Conformes están asociados a los procesos misionales:

- Docencia.
- Tecnología e Innovación
- Internacionalización
- Extensión y Proyección Social
- Bienestar Universitario
- Gestión de laboratorios

La gestión del Servicio No Conforme es responsabilidad del proceso de Docencia y el seguimiento a estos se hace anualmente a través de la Revisión por la Dirección.
Se cuenta con dos documentos:

1. **Procedimiento GDO-PR-40 Producto no conforme**: Asegurar que el producto, trabajo o servicio no conforme se identifique y controle para prevenir su uso o entrega no intencional, así como establecer las responsabilidades y autoridades relacionadas con su tratamiento.

2. **Tabla control producto no conforme 2018**: En esta tabla se identifican por procesos los posibles servicios no conformes que se pueden presentar en los procesos misionales y como dar el respectivo tratamiento. Esta matriz se actualiza cada que se presenten situaciones como cambios en los procesos, cambios en los servicios, en la normatividad, etc.

Evaluación: Evaluación: Se realiza sistemáticamente y en casi todos los procesos (Mínimo una vez al año).

4.17 ¿Cuál es el procedimiento para tratar las acciones correctivas, preventivas y de mejora?

El **EIM-PR-02 procedimiento para aplicar las ACPM – SGI:** este procedimiento se aplica para definir, implementar, realizar seguimiento y cierre de las acciones correctivas, preventivas o de mejora derivadas de las diferentes fuentes, que permitan eliminar o mitigar las causas de las no conformidades, gestionar las acciones para abordar riesgos, oportunidades, corregir las desviaciones presentadas en el desarrollo de las actividades, y mejorar el desempeño y la eficacia del Sistema Gestión Integral.
Evaluación: Se realiza siempre y en forma total y la entidad es ejemplo para el sector.

4.18¿Se recopilan y analizan los datos apropiados para determinar la adecuación y la eficiencia del Sistema de Gestión de la Calidad y para determinar donde se pueden realizar mejoras?

Por medio de la Revisión por la Dirección que se realiza mínimo una vez al año, se verifica la adecuación, conveniencia, eficacia, eficiencia, efectividad; para dicha reunión se analizan diferentes fuentes como son:

- La satisfacción del cliente y la retroalimentación de las partes interesadas pertinentes y el estado de las PQRSD. (Proceso gestión de atención al usuario).
- El grado en que se han logrado los objetivos de calidad (Proceso Gestión Integral).
- El desempeño de los procesos y conformidad de productos (productos no conformes): Procesos Misionales.
- El estado de las no conformidades y acciones correctivas (todos los procesos).
- Los resultados de seguimiento y medición (indicadores): (Todos los procesos).
- Los resultados de las auditorías: (Proceso Gestión de Auditoria)
- El desempeño de los proveedores externos: (Proceso Gestión de Recursos Físicos)
- La adecuación de los recursos: (Proceso Gestión Financiera, Proceso Gestión de Direccionamiento Estratégico).
- La eficacia de las acciones tomadas para abordar riesgos y oportunidades (el estado de las acciones preventivas tomadas para el control de los riesgos) (Todos los procesos).
- El estado de las oportunidades de mejora (Todos los procesos).
- Relación de cambios que podrían afectar al Sistema Integrado de Gestión y las alternativas de respuesta a dichos cambios, así como las recomendaciones para la mejora del sistema (Todos los procesos).

Evaluación: Se realiza sistemáticamente y en casi todos los procesos (Mínimo una vez al año).

4.19¿El análisis de los datos obtenidos ha permitido la evaluación del desempeño frente a los planes, objetivos y metas y la identificación de áreas de mejoras?

El desempeño del sistema de gestión se evalúa a través de las auditorías internas, revisión por la dirección, seguimiento a la política del sistema, seguimiento a indicadores del plan de desarrollo, seguimiento a indicadores de gestión lo que a su vez es fuente para la toma de acciones correctivas, preventivas o de mejora del sistema de gestión.

Evaluación: Se realiza sistemáticamente y en casi todos los procesos (Mínimo una vez al año).

5. RECOMENDACIONES

- Es necesario tener en cuenta en los procesos los riesgos de: Seguridad y salud en el trabajo y la normatividad de protección del medio ambiente.
- Para cada uno de los procesos trabajados con el ciclo PHVA, se debe de acompañar con “Un Módulo de Mejoramiento” que facilite el registro y trazabilidad de las acciones tomada en los procesos.
- Se deben definir herramientas administrativas, estadísticas, operacionales u otras, pertinentes al análisis con propuesta de solución, y hacer seguimiento periódico para observar la mejora y sostenibilidad del indicador, desde el proceso de Direccionamiento Estratégico como apoyo al proceso de gestión de atención al usuario.

6. PRONUNCIAMIENTO DEL LIDER DEL PROCESO Y CONSIDERACIONES DEL EQUIPO AUDITOR

Pronunciamiento del auditado: Numeral 4 Desarrollo
"En los párrafos 3 y 4: "La Institución Universitaria Pascual Bravo cuenta con certificación en NTCGP1000-2009, con número de *aprobación GP180-1 y vencimiento en 2019-07-29. En mayo de 2017, se atienden las auditorías de seguimiento a la certificación, realizadas por ICONTEC.*

En junio de 2018 y atendiendo lo dispuesto por el Decreto 1599 de 2017, articulo 2.2.22.3.12, se desiste de realizar la auditoria de seguimiento para el Sistema de Gestión de Calidad NTCGP1000-2009 y se prescinde del uso del certificado de conformidad.

No se considera pertinente la inclusión de dichos párrafos en el informe en tanto se hace referencia a normatividad derogada. (NTCGP1000:2009) y se presenta información que no corresponde al período de evaluación vigente 2019, según se presenta en el objetico del informe".

Pronunciamiento del auditor:
Para los párrafos 3 y 4 correspondientes al numeral 4 "Desarrollo" se estaba haciendo referencia a los antecedentes (norma pasada y norma actual), sin embargo, se realiza la inclusión del subtitulo **antecedentes** en el informe final.

Pronunciamiento del auditado: Numeral 4 Desarrollo
"En el párrafo 5 "(…) este requerimiento lo cumplió la entidad en el mes de febrero del 2019 generando una calificación del 74,0%".

Se hace necesario corregir la calificación y el periodo de cumplimiento, puesto que este requerimiento lo cumplió la institución el 28 de noviembre del 2017, en donde se evalúa la vigencia de 2017 con un resultado en el FURAG II de Índice de Desempeño Institucional de 70,2% clasificando en un quintil cuarto/Nivel Alto con

respecto a las entidades pares y un índice de Control Interno de 69,72%, clasificado en un quintil Tercero desempeño Bajo con respecto a las entidades pares.

De igual forma se hace necesario notar, que para la vigencia 2018, se reportó en el FURAG II, en marzo del 2019, obteniendo un Índice de Desempeño Institucional de 72,6%, clasificado en el quintil Cuarto/Nivel Alto con respeto a las entidades pares y un Índice de Control Interno para la misma vigencia de 72,4% quintil 4, Nivel Alto".

Pronunciamiento del Equipo Auditor:

Se acepta la aclaración realizada por el proceso auditado respecto al numeral 4 "Desarrollo" párrafo 5 y se realiza la modificación en el informe final

Punto 5. Recomendaciones:

"Es necesario tener en cuenta en los procesos los riegos de: Seguridad y salud en el trabajo y la normatividad de protección y medio ambiente".

Pronunciamiento del Auditado: "No se acepta esta recomendación, dado que, desde la Dirección de Talento Humano, se vienen actualizando los riesgos asociados a la matriz de peligros y riesgos para dar cumplimiento a los requisitos del SG-SST. Así mismo, desde la oficina Asesora de Planeación se ha avanzado en la matriz de aspectos e impactos ambientales, para dar cumplimiento a uno de los requisitos de la ISO 14001:2015".

Pronunciamiento del equipo auditor: Se acepta el pronunciamiento del auditado, no obstante, se verificará el cumplimiento de esta recomendación en el próximo seguimiento.

"Para cada uno de los procesos trabajados con el ciclo PHVA, se debe de acompañar con "Un Módulo de Mejoramiento" que facilite el registro y trazabilidad de las acciones tomadas en los procesos".

Pronunciamiento del Auditado:
"No se acepta esta recomendación dado que, desde la Oficina Asesora de Planeación, se tiene definido un instrumento para seguimiento a las acciones correctivas, preventivas y de mejora de cada uno de los procesos, además hace parte del proceso Gestión de Auditoria. Adicionalmente se inició el proceso de desarrollo del módulo de mejoramiento en SICAU".

Pronunciamiento del Equipo Auditor:

Se aclara que se tiene definido el formato EIM-FR 10 seguimiento a planes de mejoramiento por proceso, no un instrumento como lo manifiesta el auditado.

En visita en sitio no se aportaron evidencias de avance que demuestren el diseño de dicho modulo, no obstante, se verificará en el próximo informe el avance del aplicativo.

"Se deben definir herramientas administrativas, estadísticas, operacionales u otras, pertinentes al análisis con propuesta de solución, y hacer seguimiento periódico para observar la mejora y sostenibilidad del indicador, desde el proceso de Direccionamiento Estratégico como apoyo al proceso de gestión de atención al usuario".

Pronunciamiento del auditado: "No se acepta esta recomendación, dado que, desde la Oficina Asesora de planeación, componente Gestión Integral se diseñó instrumento de ficha técnica de indicadores por proceso el cual permite tener la trazabilidad de las mediciones del indicador, no solo por el proceso de gestión de atención al usuario sanó de todos los procesos, de igual forma, se han llevado a cabo jornadas de trabajo con los enlaces de los diferentes procesos en donde se inició la actualización de indicadores por proceso".

Pronunciamiento del Equipo Auditor:
Se acepta el pronunciamiento del auditado, no obstante, se verificará el cumplimiento de esta recomendación en el próximo seguimiento.

7. CONCLUSIONES

Se observa buena claridad sobre los procesos y sistemas de soporte de la información y las plataformas institucionales y nacionales para dejar reportes de análisis, seguimiento y control de los mismos.

Hay pertinencia en la información, sobre la implementación del sistema integrado de gestión de la Institución Universitaria Pascual Bravo.

Es muy positivo la certificación institucional en la Norma ISO 9001/2015 de la I. U. Pascual Bravo.

Atentamente,

JOSE GONZALO ESCUDERO ESCUDERO
JEFE OFICINA ASESORA DE EVALUACIÓN Y CONTROL

Proyectó:	Margarita Rosa Castañeda Hernández - Economista
Revisó:	José Gonzalo Escudero Escudero
Fecha:	12 de septiembre de 2019