

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 8.0
		Página: 1 de 48	
Fecha de Emisión: Abril 2014	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		
Elaborado por: Oficina de Planeación y Desarrollo Institucional -Área de Calidad y Mejoramiento-	Revisado por: Coordinadora Área de Calidad y Mejoramiento	Aprobado por: Jefe de Oficina de Planeación y Desarrollo Institucional	

TABLA DE CONTENIDO


1. OBJETIVO	5
2. ALCANCE	5
3. DEFINICIONES.....	5
3.1. Acción a seguir para el tratamiento a las dificultades en el desarrollo de los procesos	5
3.2. Acción correctiva.....	5
3.3. Acción de mejoramiento	6
3.4. Acción preventiva.....	6
3.5. Acreditación de programas	6
3.6. Alcance de la auditoría	6
3.7. Auditado.....	7
3.8. Auditor	7
3.9. Auditoría interna calidad	7
3.10. Auditor jefe.....	7
3.11. Auditor líder	7
3.12. Auditor invitado	7
3.13. Autoevaluación y evaluación de la percepción de funcionarios y usuarios.....	8
3.14. Ciclo de auditoría	8
3.15. Conclusiones de la auditoría.....	8
3.16. Corrección	8
3.17. Criterios de auditoría.....	8
3.18. Debilidad.....	8
3.19. Dificultades en el desarrollo de los procesos.....	8
3.20. Efectividad	8

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 8.0
		Página: 2 de 48	
Fecha de Emisión: Abril 2014	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		


3.21. Eficacia	9
3.22. Eficiencia	9
3.23. Equipo auditor.....	9
3.24. Evidencia de la auditoría.....	9
3.25. Experto técnico	9
3.26. Grupos primarios	9
3.27. Guía	9
3.28. Indicadores del plan de acción	9
3.29. Indicadores del Sistema Universitario Estatal (SUE)	10
3.30. Informe de auditoría.....	10
3.31. Mapa de riesgos	10
3.32. Mejora continua	10
3.33. Mitigar	10
3.34. No conformidad	11
3.35. Observación.....	11
3.36. Observador	11
3.37. Oportunidades de mejora	11
3.38. Plan de auditorías	11
3.39. Problema	11
3.40. Programa de auditorías	11
3.41. Requisito.....	11
3.42. Resultados de la auditoría	12
3.43. Riesgo.....	12
3.44. Satisfacción de usuarios	12
3.45. Servicio no conforme	12

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 8.0
		Página: 3 de 48	
Fecha de Emisión: Abril 2014	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

4. POLÍTICAS Y CONDICIONES GENERALES	12
4.1. Políticas y condiciones generales: dificultades en el desarrollo de los procesos.....	12
4.1.1. Identificación y tratamiento de las dificultades	12
4.2. Políticas y condiciones generales para las auditorías internas de calidad.....	14
4.2.1 Perfil del auditor	14
4.2.2 Perfil del auditor invitado	15
4.2.3 Funciones y responsabilidades del equipo auditor	15
4.2.4 Funciones y responsabilidades adicionales del auditor jefe	16
4.2.5 Perfil del auditor líder	17
4.2.6 Funciones y responsabilidades del auditor líder	17
4.2.7 Funciones y responsabilidades de los guías y observadores	18
4.2.8 Preparación de las auditorías.....	18
4.2.9 Ejecución de las auditorías internas de calidad	21
4.2.10 Informe de auditoría	22
4.2.11 Acciones correctivas, preventivas y de mejora	23
4.2.12 Seguimiento	23
4.2.13 Informe final para la alta dirección.....	24
4.2.14 Evaluación de desempeño del auditor	24
4.3. Políticas y condiciones generales: satisfacción de usuarios.....	25
4.4. Políticas y condiciones generales: acciones correctivas, preventivas y de mejora	25
4.4.1. Fuentes de la información para la identificación de problemas	26
4.4.2. Identificación del problema.....	26
4.4.3. Análisis de causas.....	27
4.4.4. Plan de acción.....	28
4.4.5. Seguimiento a las acciones.....	29
4.4.6. Estandarización.....	30
4.5. Políticas y condiciones generales: cambios en el GICUV.....	30
4.6. Políticas y condiciones generales: Indicadores	31
4.7. Políticas y condiciones generales: revisión por la dirección	31
4.7.1. Información de entrada para la revisión por la dirección	32
4.7.2. Resultados de la revisión por la dirección	32
5. DIAGRAMA DE FLUJO GENERAL	33
5.1. Dificultades en el desarrollo de los procesos.....	33

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 8.0
		Página: 4 de 48	
Fecha de Emisión: Abril 2014	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

5.2.	Auditorías internas	34
5.3.	Acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento	34
5.4.	Revisión por la dirección	35
6.	PROCEDIMIENTOS.....	36
6.1.	Dificultades en el desarrollo de los procesos (aplicado a subprocesos misionales)	36
6.2.	Auditorías internas de calidad.....	37
6.3.	Acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento	39
6.4.	Revisión por la dirección.....	42
6.5.	Autoevaluación y evaluación de la percepción de funcionarios y usuarios.....	44
6.6.	Planificación de los cambios del GICUV	44
7.	PROCESOS RELACIONADOS	45
8.	FORMATOS.....	45
9.	DOCUMENTOS EXTERNOS.....	46
10.	ANEXOS.....	46

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 8.0
		Página: 5 de 48	
Fecha de Emisión: Abril 2014	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

1. OBJETIVO

Establecer los diferentes criterios, procedimientos y disposiciones en la Universidad, para el desarrollo de la gestión en términos del mejoramiento continuo, enmarcado dentro de los requisitos del Sistema de Gestión Integral de la Calidad de la Universidad del Valle (GICUV).

2. ALCANCE

Aplica para todos los subprocesos de la Universidad (a excepción del procedimiento de dificultades en el desarrollo de los procesos que aplica sólo para los procesos misionales).

Incluye los procedimientos de dificultades en el desarrollo de los procesos, auditorías internas de calidad, seguimiento y medición de los procesos, acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento, y revisión por la dirección.

3. DEFINICIONES¹

Las siguientes definiciones son extraídas de la NTCGP 1000, de la norma ISO 19011 en sus versiones vigentes y en algunos casos fueron adaptadas a la Universidad.

3.1. Acción a seguir para el tratamiento a las dificultades en el desarrollo de los procesos

Acción tomada para garantizar que el servicio y/o proceso misional sea conforme con los requisitos establecidos.


3.2. Acción correctiva

Conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una debilidad detectada u otra situación no deseable (problema real).²

¹ Las definiciones son tomadas de los referentes normativos: MECI, NTCGP 1000, ISO 19011 y adaptadas al lenguaje institucional.

² Puede haber más de una causa para una debilidad.

La acción correctiva se toma para evitar que algo vuelva a producirse, mientras que la acción preventiva se toma para prevenir que algo suceda.

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 8.0
		Página: 6 de 48	
Fecha de Emisión: Abril 2014	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

Existe diferencia entre corrección y acción correctiva. La acción correctora corresponde a la acción tomada al momento de ocurrir el evento y la acción correctiva es el resultado de analizar las causas raíces del porqué del evento y corregir para que no se vuelva a presentar.

3.3. Acción de mejoramiento

Actividad que se presenta cuando existiendo cumplimiento de lo planeado se quiere lograr un mejor nivel de ejecución.

3.4. Acción preventiva

Conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una o debilidad potencial u otra situación potencial no deseable (problema potencial).³

La acción preventiva se toma para prevenir que algo suceda, mientras que la acción correctiva se toma para evitar que vuelva a producirse.

3.5. Acreditación de programas

El proceso de acreditación de alta calidad supone el cumplimiento de las condiciones previas o básicas de calidad para la oferta y desarrollo de un programa académico; se refiere fundamentalmente a cómo una institución y sus programas académicos orientan su deber ser hacia un ideal de excelencia, y pueden mostrar alta calidad mediante resultados específicos, tradición consolidada, impacto y reconocimiento social.

Acto por el cual el Estado adopta y hace público el reconocimiento que los pares académicos hacen de la comprobación que efectúa una institución sobre la calidad de sus programas académicos, su organización y funcionamiento y el cumplimiento de su función social. Acuerdo No. 06 de diciembre 14 de 1995 del Consejo Nacional de Educación Superior –CESU- “Por el cual se adoptan las políticas generales de acreditación y se derogan las normas que sean contrarias”.⁴


3.6. Alcance de la auditoría

Extensión y límites de una auditoría⁵.

³ Puede haber más de una causa para una no conformidad potencial.

⁴ En el manual de procedimientos: Autoevaluación de los Programas Académicos de Pregrado y Posgrado MP-04-01-04, se podrá revisar más definiciones y el procedimiento relacionado con la autoevaluación de los programas académicos con fines de acreditación del alta calidad.

⁵ El alcance de la auditoría incluye generalmente una descripción de las ubicaciones, las unidades de la organización, las actividades y los procesos, así como el periodo de tiempo cubierto.

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 8.0
		Página: 7 de 48	
Fecha de Emisión: Abril 2014	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

3.7. Auditado

Organización que es auditada, corresponde al área o subproceso objeto del ejercicio de auditoría.

3.8. Auditor

Persona con la competencia requerida para realizar auditorías.

3.9. Auditoría interna calidad

Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias que, al evaluarse de manera objetiva, permiten determinar la conformidad del GICUV, con los requisitos establecidos y que se ha implementado y se mantiene de manera eficaz, eficiente y efectiva⁶.

En el marco del GICUV, la Universidad ha definido el desarrollo de las auditorías internas de calidad como un proceso de autoevaluación y mejoramiento continuo; por lo tanto, estas auditorías de calidad obedecen a un ejercicio independiente, sistemático, de apoyo continuo entre el desarrollo de los mismo procesos, y no un ejercicio de evaluación del control sobre el desempeño de los mismos. (Factor diferenciador ente las auditorías de calidad y las auditorías de control).

3.10. Auditor jefe

Responsable de encabezar al equipo auditor. El auditor jefe prepara el plan de la auditoría, conduce las reuniones, consolida las debilidades y oportunidades de mejora de la auditoría y rinde el informe de la auditoría.


3.11. Auditor líder

Responsable por la planeación, programación de los ciclos de las auditorías internas de calidad y elaboración de los informes por ciclo de auditoría. Cuando el auditor líder participe en las auditorías internas podrá realizar todas las funciones del auditor jefe o auditor interno del equipo.

3.12. Auditor invitado

Persona con la competencia para realizar auditorías internas de calidad, la cual es invitada por la organización con el fin de generar independencia al objeto de la auditoría.

⁶ Las evidencias consisten en registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que sea pertinente para los criterios de auditoría, y que sea verificable.
Cuando se auditan juntos diversos sistemas de gestión se denomina auditoría combinada.

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 8.0
		Página: 8 de 48	
Fecha de Emisión: Abril 2014	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

3.13. Autoevaluación y evaluación de la percepción de funcionarios y usuarios

Incluye herramientas de diagnóstico y seguimiento para los componentes del Modelo Estándar de Control Interno (MECI), clima organizacional, estilo de dirección, autoevaluación del control y satisfacción de usuarios.

3.14. Ciclo de auditoría

Conjunto de auditorías programadas que se ejecutan en un periodo determinado y que comprende las etapas de: inicio, seguimiento y cierre; cada ciclo es dirigido y controlado por el auditor líder.

3.15. Conclusiones de la auditoría

Resultado de una auditoría, que proporciona el equipo auditor tras considerar los objetivos y criterios establecidos y todas las debilidades y oportunidades de mejora de la auditoría.

3.16. Corrección

Acción tomada para eliminar una debilidad detectada al momento de presentarse. Una corrección puede ser, por ejemplo, un reproceso o una reclasificación.⁷

3.17. Criterios de auditoría

Conjunto de políticas, procedimientos o requisitos usados como una referencia frente a la cual se compara la evidencia de la auditoría.

3.18. Debilidad

En el contexto de las auditorías internas de calidad para la Universidad del Valle una debilidad corresponde al incumplimiento de un requisito de la norma NTCGP 1000, ISO 9001, o un requisito de legal o reglamentario, dependiendo del criterio establecido para la ejecución de la auditoría.


3.19. Dificultades en el desarrollo de los procesos

Problemas u obstáculos presentados al momento de la realización del servicio misional.

3.20. Efectividad

Medida del impacto de la gestión tanto en el logro de los resultados planificados, como en el manejo de los recursos utilizados y disponibles.

⁷ Una corrección puede realizarse junto con una acción correctiva.

 <p>Universidad del Valle</p>	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 8.0
		Página: 9 de 48	
Fecha de Emisión: Abril 2014	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

3.21. Eficacia

Grado en el que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados.

3.22. Eficiencia

Relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados.

3.23. Equipo auditor

Uno o más auditores que llevan a cabo una auditoría.

3.24. Evidencia de la auditoría

Registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que son pertinentes para los criterios de auditoría y que son verificables.

3.25. Experto técnico

Persona que aporta conocimientos o experiencia específicos al equipo auditor⁸.

3.26. Grupos primarios

Equipos de trabajo internos conformados dentro de los procesos para el análisis de situaciones que se estén presentando, presentación de informes o retroalimentación de información.

3.27. Guía

Persona designada por el auditado para asistir al equipo auditor.

3.28. Indicadores del plan de acción


Indicadores que se deben llevar a cabo para dar cumplimiento a los asuntos estratégicos, estrategias y programas considerados en el Plan Estratégico de Desarrollo⁹. Cada Proceso y Subproceso tiene identificado en el Plan de Acción sus indicadores. La definición, actualización y seguimiento de estos indicadores es realizada a través del proceso de Planeación Institucional.

⁸ El conocimiento o experiencia específicos son los relacionados con la organización, el proceso o la actividad a auditar, el idioma o la orientación cultural.

Un experto técnico no actúa como un auditor en el equipo auditor.

⁹ El Plan Estratégico de Desarrollo puede ser consultado en:

http://paginasweb.univalle.edu.co/~planeacion/Analisis/Documentos/Planes%20de%20Desarrollo/1_PED_2012-201210.pdf

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 8.0
		Página: 10 de 48	
Fecha de Emisión: Abril 2014	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

3.29. Indicadores del Sistema Universitario Estatal (SUE)

Conjunto de variables e indicadores que describen el desempeño de las Instituciones de educación superior públicas, en relación con su misión, su carácter de universidad pública y sus recursos disponibles, los cuales se combinan en un modelo de indicadores de gestión que mide el desempeño del SUE en su conjunto.

3.30. Informe de auditoría

Documento en donde se depositan las conclusiones de la auditoría. El informe de auditoría puede dividirse en:

- Informe preliminar de auditoría, es aquel que documenta el auditor jefe en conjunto con el equipo auditor resultado de las auditorías en donde se toman muestras de unidades académico-administrativas. Los informes preliminares son documentos de uso exclusivo del equipo auditor y no son presentados a los auditados.
- Informe final de auditoría, es aquel en donde se consolida los resultados de la auditoría, para ello se toma como base los informes preliminares preparados por los equipos auditores.

3.31. Mapa de riesgos

Es una herramienta que se utiliza para establecer las situaciones que pueden ocasionar riesgos (potenciales) y que obstaculicen el normal desarrollo de la Institución. La identificación, valoración y seguimiento de los riesgos en la Universidad del Valle se realiza según lo establecido en el subproceso Gestión de Riesgos del Proceso Planeación Institucional.

Para evitar que los riesgos se materialicen, disminuir su probabilidad de ocurrencia o su impacto es necesario tomar acciones preventivas.


3.32. Mejora continua

Acción permanente realizada, con el fin de aumentar la capacidad para cumplir los requisitos y optimizar el desempeño.

Es la parte de la gestión de la organización encargada de ajustar las actividades y subprocesos que desarrolla la organización para proporcionarles una mayor eficacia y/o una mayor eficiencia.

3.33. Mitigar

Medidas, política o estrategias, individuales o colectivas tendientes a reducir el impacto o consecuencias de un fenómeno amenazante. Pueden ser estructurales o no estructurales.

 <p>Universidad del Valle</p>	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 8.0
		Página: 11 de 48	
Fecha de Emisión: Abril 2014	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

3.34.No conformidad

Incumplimiento de un requisito, en el contexto de las auditorías internas de calidad de la Universidad del Valle este término se adaptó a la cultura y dinámica de la Institución y se denomina debilidad.

3.35.Observación

Situación que potencialmente puede afectar al GICUV, en el contexto de las auditorías internas de calidad de la Universidad este término se adaptó a la cultura y dinámica de la Institución y se denomina oportunidad de mejora.

3.36.Observador

Persona que acompaña al equipo auditor, pero que no audita. Un observador no es parte del equipo auditor y no influye ni interfiere en la realización de la auditoría.¹⁰

3.37.Oportunidades de mejora

En el contexto de las auditorías internas de calidad corresponde a una situación que potencialmente puede afectar al GICUV o que puede avanzar a un estado mejor que el actual.

3.38.Plan de auditorías

Descripción de las actividades y de los detalles acordados de una auditoría.

3.39.Problema

Resultado no esperado en la ejecución de una actividad o servicio que causa un incumplimiento en relación con sus especificaciones.

3.40.Programa de auditorías


Conjunto de una o más auditorías planificadas para un período de tiempo determinado y dirigidas hacia un propósito específico.

3.41.Requisito

Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita (habitual o común en la Institución) u obligatoria¹¹.

¹⁰ Un observador puede provenir del auditado, una autoridad reglamentaria u otra parte interesada que testifica la auditoría. Los observadores pueden ser auditores de calidad en proceso de formación.

¹¹ La palabra obligatoria, se refiere, generalmente, a disposiciones de carácter legal. Los requisitos pueden ser generados por las diferentes partes interesadas.

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 8.0
		Página: 12 de 48	
Fecha de Emisión: Abril 2014	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

Pueden utilizarse calificativos para identificar un tipo específico de requisito, por ejemplo, requisito de un producto y/o servicio, requisito de la gestión de la calidad, requisito del usuario.

3.42. Resultados de la auditoría

Resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría recopilada frente a los criterios de auditoría. Los resultados de auditoría pueden conducir a la identificación de oportunidades para la mejora (observaciones) o el registro de buenas prácticas (fortalezas).¹²

3.43. Riesgo

Toda posibilidad de ocurrencia de aquella situación que pueda afectar el desarrollo normal de las funciones de la entidad y el logro de sus objetivos.

3.44. Satisfacción de usuarios

Percepción del usuario sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos y expectativas.

3.45. Servicio no conforme

En el Comité Coordinador de Control Interno del 10 de Mayo de 2010 el Rector manifestó la importancia de adaptar los términos usados por la norma NTCGP 1000 a la cultura y dinámica de la Universidad, los integrantes del mismo aprobaron denominar al servicio no conforme como **dificultades en el desarrollo de los procesos**; por tanto siempre que se indiquen las dificultades que se presentan en el desarrollo de los procesos se referencia a la identificación del servicio no conforme.


4. POLÍTICAS Y CONDICIONES GENERALES

4.1. Políticas y condiciones generales: dificultades en el desarrollo de los procesos

4.1.1. Identificación y tratamiento de las dificultades

Las dificultades en el desarrollo de los procesos aplica para los procesos misionales, se identifican y controlan para prevenir su uso o entrega no intencionado, para lo cual, la

¹² Los resultados de la auditoría pueden indicar conformidad o no conformidad.

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 8.0
		Página: 13 de 48	
Fecha de Emisión: Abril 2014	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

participación de los funcionarios es de vital importancia para el registro de las mismas y la toma de acciones apropiadas para los efectos que puedan ocasionar.

Cuando se identifica una dificultad en el desarrollo de los servicios misionales se debe determinar la naturaleza de la misma y tomar las correcciones pertinentes, e informar a la instancia correspondiente para el registro de la dificultad.

Cada responsable de proceso misional, Vicerrector, Director de Oficina, Decano, Director de Instituto Académico, Director de Seccional o Sede Regional deberá establecer la metodología más apropiada para el desarrollo de esta actividad de acuerdo con las directrices impartidas por la Vicerrectoría Académica.¹³

Dadas las particularidades de cada Facultad, Instituto Académico, Seccional o Sede Regional, el Formato “Registro de Dificultades en el Desarrollo de los Procesos”, puede ser adaptado y aplicado según sus propios requerimientos.


De acuerdo con la frecuencia de reuniones estipuladas por los Consejos de Facultad o Institutos Académicos, Comités de Calidad de la Seccional o Sede Regional y grupos primarios de los subprocesos misionales se debe revisar y analizar las dificultades, dejando evidencia del análisis y las acciones propuestas en las actas o registros correspondientes.

Los responsables de los procesos centrales y descentralizados deben enviar semestralmente un reporte de las dificultades en el desarrollo de los procesos al Área de Calidad y Mejoramiento de la Oficina de Planeación y Desarrollo Institucional (OPDI); este reporte debe incluir las dificultades que hayan sido repetitivas, sistemáticas, que afecten la prestación del servicio, que impacten directamente la imagen y la credibilidad o sostenibilidad de la Universidad.

El Área de Calidad y Mejoramiento procesará la información y los resultados de las dificultades, se hará la entrega de informes a las Directivas Universitarias, para el respectivo análisis y establecimiento de acciones tendientes a mejorar la prestación del servicio en los subprocesos misionales.

Se deberán tomar acciones correctivas, preventivas o de mejora (Ver numeral 4.4 de este manual) para enfrentar las dificultades en el desarrollo de los servicios misionales.

¹³ Para mayor ilustración, a cerca de las dificultades en el desarrollo de la actividad académica, se podrá consultar el manual de procedimientos: Desarrollo de la actividad académica MP-04-04-01.

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 8.0
		Página: 14 de 48	
Fecha de Emisión: Abril 2014	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

El Área de Calidad y Mejoramiento orientará las acciones a través del Comité de Calidad de cada Facultad, Instituto Académico, Seccional o Sede Regional.

4.2. Políticas y condiciones generales para las auditorías internas de calidad

Para la ejecución de la auditorías internas de calidad, los auditores internos pueden revisar y seguir las actividades y pasos descritas en la Guía para Auditorías Internas de Calidad - 2014, documento elaborado por el Área de Calidad y Mejoramiento, el cual puede ser consultado en la página web del GICUV.¹⁴

A. Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000 en su versión vigente, capítulo 8.2.2 auditoría interna.

B. Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 19011 en su versión vigente.

Las auditorías internas de calidad se realizan con los siguientes propósitos:


- Determinar la conformidad del GICUV, con las disposiciones establecidas en la documentación del sistema.
- Proporcionar elementos de juicio para introducir programas de mejoramiento.
- Determinar la efectividad del GICUV para cumplir con los requisitos establecidos en la norma y con los objetivos propuestos para un período de tiempo específico.

4.2.1 Perfil del auditor

Los conocimientos y habilidades pueden adquirirse usando una combinación de educación/formación formal y experiencia que contribuya al desarrollo de los conocimientos y habilidades en la disciplina y el sector del sistema de gestión que el auditor pretenda auditar.

Educación: Estudios técnicos o superiores en cualquier área de conocimiento.

¹⁴ Guía para Auditorías Internas de Calidad – 2014
http://gicuv.univalle.edu.co/documentos/documentos_divulgacion_socializacion/material_divulgacion/Guia_Auditorias_Internas_Calidad.pdf

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 8.0
		Página: 15 de 48	
Fecha de Emisión: Abril 2014	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

Formación:

- Curso aprobado de formación de auditores internos, bajo la NTCGP 1000 y/o ISO 9001.
- Los auditores formados en ISO 9001, deben tener conocimiento de la NTCGP 1000, en su versión actual.

Experiencia: Haber participado en actividades relacionadas con sistemas de gestión, haber trabajado en la Universidad hace 6 meses o tener experiencia en auditorías internas de calidad en otras instituciones.

Habilidades: Planificar y organizar el trabajo eficazmente, comunicación oral y escrita, buenas relaciones interpersonales y trabajo en equipo.

Actitud: Disposición para desempeñar el rol en la Universidad.

4.2.2 Perfil del auditor invitado

El perfil del auditor invitado es igual al perfil de auditor en cuanto a la descripción y habilidades, mencionado en el numeral 4.2.1., pero no considera el tema de actitud y presenta diferencia en los siguientes ítems:

Educación: Estudios superiores en cualquier área de conocimiento.


Formación:

- Curso aprobado de formación de auditores internos, bajo la NTCGP 1000 y/o ISO 9001.
- Los auditores formados en ISO 9001, deben tener conocimiento de la NTCGP 1000, en su versión actual.

Experiencia: Haber participado en actividades relacionadas con sistemas de gestión, y tener experiencia en dirección de proyectos de gestión de la calidad o en auditorías internas de calidad en otras instituciones públicas o privadas.

4.2.3 Funciones y responsabilidades del equipo auditor


- Aplicar los procedimientos y métodos de auditoría establecidos por la Universidad.
- Ser independiente con relación al área auditada.
- Planificar la auditoría y elaborar lista de verificación.
- Realizar la auditoría teniendo en cuenta el alcance.

 <p>Universidad del Valle</p>	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 8.0
		Página: 16 de 48	
Fecha de Emisión: Abril 2014	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

- Recolectar y analizar la evidencia objetiva que sea pertinente y suficiente para obtener conclusiones.
- Ser sensible a cualquier influencia que se pueda ejercer sobre su juicio mientras lleva a cabo una auditoría.
- Documentar las observaciones.
- Tratar la información confidencial con total discreción.
- Reportar las debilidades encontradas.
- Verificar la implantación de las acciones correctivas, preventivas y de mejora a que haya lugar.
- Reportar cualquier obstáculo importante, encontrado al ejecutar la auditoría.
- Realizar reunión de cierre con el auditado, dándole a conocer los resultados de la auditoría.
- Realizar el seguimiento y cierre de las acciones correctivas tomadas por los procesos auditados para subsanar las debilidades detectadas durante a la auditoría. Esta función solamente aplica para el auditor jefe.
- Utilizar los formatos de trabajo establecidos para registrar las actividades de la auditoría.
- Conocer los riesgos asociados a la auditoría.

4.2.4 Funciones y responsabilidades adicionales del auditor jefe

- Equilibrar las fortalezas y debilidades de los miembros del equipo auditor.
- Realizar el plan de auditoría y hacer uso eficaz de los recursos durante la auditoría.
- Conocer y aplicar en la realización del plan de auditoría la metodología para la identificación y manejo de los riesgos de la Universidad.
- Velar por la salud y la protección de los miembros del equipo auditor durante la auditoría, incluyendo el aseguramiento del cumplimiento de los auditores con los requisitos pertinentes de salud, protección y seguridad.
- Organizar y dirigir a los miembros del equipo auditor.
- Proporcionar dirección y orientación a los auditores en formación.
- Prevenir y resolver conflictos cuando sea necesario.
- Representar al equipo auditor en las comunicaciones con el profesional que gestiona el programa de auditoría y el auditado.
- Liderar al equipo auditor para alcanzar las conclusiones de la auditoría.
- Preparar y completar junto al equipo auditor el informe de auditoría.
- Realizar la evaluación a los integrantes del equipo auditor.

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 8.0
		Página: 17 de 48	
Fecha de Emisión: Abril 2014	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

La designación del auditor jefe es realizada por el auditor líder y es realizada según la dinámica del programa de auditoría, la experiencia del auditor en el GICUV y los conocimientos del proceso a auditar.

4.2.5 Perfil del auditor líder

Educación: Profesional en cualquier área de conocimiento.

Formación: Curso aprobado y certificado de auditor líder otorgado por un organismo competente. Conocimiento de las Normas de Referencia: NTCGP 1000, MECI, etc. en su versión actual.

Experiencia: Mínimo cinco (5) años en la Institución en coordinación de procesos de calidad.

Habilidades: Planificar y organizar el trabajo eficazmente, comunicación oral y escrita, buenas relaciones interpersonales y trabajo en equipo.


Actitud: Disposición para desempeñar el rol en la Universidad.

A consideración del auditor líder o del representante de la dirección ante el GICUV se podrá contar con auditores externos o auditores invitados para la realización de auditorías internas.

Estos auditores deberán demostrar la competencia en educación, formación y experiencia en auditorías, se conservarán los registros donde se evidencia la competencia.

4.2.6 Funciones y responsabilidades del auditor líder

- Selección, entrenamiento y evaluación de auditores.
- Planificación y programación de las auditorías.
- Identificar y evaluar los riesgos para el programa de auditorías.
- Seleccionar y determinar los métodos para llevar a cabo las auditorías.
- Asegurar que se gestionan y se mantienen registros del programa de auditoría.
- Realizar seguimiento, revisión y mejora del programa de auditoría.
- Llevar a cabo la reunión de apertura general, cuando se requiera.

 <p>Universidad del Valle</p>	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 8.0
		Página: 18 de 48	
Fecha de Emisión: Abril 2014	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

- Asesorar a los equipos auditores para llegar a las conclusiones de la auditoría.
- Asegurar el seguimiento por parte de los equipos auditores a los planes de mejoramiento.
- Realizar el informe general del estado de las debilidades derivadas de las auditorías.
- Preparar el informe gerencial para la revisión por la Dirección.

Cuando el auditor líder, participe de las auditorías de campo, deberá realizar las mismas funciones del equipo auditor.

4.2.7 Funciones y responsabilidades de los guías y observadores

Los guías y observadores pueden acompañar al equipo auditor. No deben influir ni interferir en la realización de la auditoría.

Para los observadores, cualquier obligación en relación con la salud y la protección, la seguridad y la confidencialidad deberán gestionarse entre el auditor jefe y el auditado.


Los guías, designados por el auditado, deberían apoyar al equipo auditor y actuar cuando lo solicite el jefe del equipo auditor. Sus responsabilidades incluyen:

- Establecer los contactos y horarios para las entrevistas y velar porque lo establecido en el plan de auditoría se realice.
- Acordar el acceso a ubicaciones específicas del auditado.
- Asegurarse de que las reglas concernientes a los procedimientos relacionados con la protección y la seguridad de las ubicaciones son conocidos y respetados por los miembros del equipo auditor y los observadores.

4.2.8 Preparación de las auditorías

El auditor líder realiza la programación del ciclo de auditorías internas, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Los objetivos establecidos por la dirección.
- El mapa de procesos.
- Cambios organizacionales.
- Implantación de nuevos procesos o subprocesos.

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 8.0
		Página: 19 de 48	
Fecha de Emisión: Abril 2014	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

- Cambios coyunturales (normativos, reestructuración de personal).

La priorización del programa de auditoría se realiza con base:

- El estado del proceso y subproceso (Seguimiento plan de acción y riesgos, PQRS, encuesta de satisfacción anterior, entre otros)
- La importancia de los procesos y subprocesos (riesgo para la organización, solicitud del responsable, impacto en la satisfacción del usuario).
- Los resultados obtenidos en auditorías previas (tiempo desde la última auditoría, resultados de auditorías anteriores y su seguimiento, acciones correctivas, preventivas y de mejora no planteadas).

Estos aspectos serán evaluados para cada ciclo de auditorías según la importancia por subproceso, Facultad, Instituto Académico, Seccional y Sede Regional, usando las siguientes convenciones:

Tabla 1. Calificación para priorización del programa de auditorías

CALIFICACIÓN	
Impacto alto (negativo)	10
Impacto medio (neutro)	5
No impacta (positivo)	1


Fuente: elaboración propia

Los puntajes son sumados por cada subproceso, Facultad, Instituto Académico, Seccional y Sede Regional, aquellos con resultados más altos, son incluidos en el programa del presente ciclo.

El puntaje usado como referencia (desde donde se inicia la inclusión en el programa) es definido por ciclo y especificado en la priorización.

En cada ciclo de auditorías anual se priorizarán, de los procesos del nivel central, de las Facultades, Institutos Académicos y de las Sedes Regionales, los subprocesos a auditar, cubriendo todos los procesos del GICUV durante el ciclo. En la vigencia de la certificación (tres años) se cubrirán todas las Facultades, Institutos Académicos, Sedes Regionales y Procesos Centrales.

Las auditorías se realizarán preferiblemente en horario diurno; previa concertación y aprobación de los responsables de los procesos y recursos podrán realizarse en horario

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 8.0
		Página: 20 de 48	
Fecha de Emisión: Abril 2014	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

nocturno, esto con el fin de cubrir las jornadas nocturnas especialmente de las Sedes Regionales.

En el programa de auditoría se plantean las unidades a auditar de forma general, la aclaración del proceso, programa académico, grupo o proyecto de investigación, proyecto de extensión o proyecto de bienestar, serán definidos por designación del Decano, Director de Instituto Académico, Director de Sede Regional, Consejo de la Facultad o Comité de Calidad de las unidades a auditar.

Durante la programación el auditor líder determinará los métodos de auditoría a aplicar (in situ, a distancia, interactivas, no interactivas) según los objetivos, el alcance, la duración, ubicación y los recursos asignados a las auditorías.

Los auditores internos de calidad realizan la planeación de cada auditoría asignada, donde se deben definir: los requisitos del GICUV a auditar, los riesgos asociados al plan de auditorías, las preguntas de ayuda para verificar el cumplimiento de los requisitos y conocimiento general del subproceso a auditar.


Los criterios para realizar la auditoría incluyen principalmente:

- Manual del GICUV.
- Documentación del proceso o subproceso a auditar.
- Normativa que regula el subproceso a auditar.
- Registros del GICUV.
- Política de calidad.
- Norma NTCGP 1000.
- MECI.
- Sistema de Desarrollo Administrativo (SISTEDA).

La identificación de los riesgos asociados al plan serán suministrados por el Área de Calidad y Mejoramiento; los riesgos, así como los controles existentes deben ser conocidos por el equipo auditor antes de la ejecución de la auditoría.

Las acciones asociadas al tratamiento de los riesgos de las auditorías serán definidas y ejecutadas por el Área de Calidad y Mejoramiento.

Si en la revisión del Plan de auditorías internas, el auditado y/o los demás participantes de la auditoría objetan alguna o varias de sus disposiciones, éstas se deben resolver entre las partes interesadas o con el auditor líder antes de iniciar la auditoría.

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 8.0
		Página: 21 de 48	
Fecha de Emisión: Abril 2014	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

En la etapa de preparación de la auditoría el equipo auditor prepara la lista de verificación F-05-MP-13-01-01, la cual le permite:

- Ayudar al control del tiempo de la auditoría, indicando lo que ha de cubrirse en cada subproceso.
- Recopilar las evidencias de la auditoría en un orden lógico.
- Facilitar el cubrimiento de cada actividad, obteniendo respuesta para los requerimientos.

4.2.9 Ejecución de las auditorías internas de calidad

La reunión de apertura tiene como propósito la presentación de los participantes, incluyendo los observadores y los guías, y una descripción general de las funciones del equipo auditor, ratificar el objeto y alcance de la auditoría, definir la metodología a emplear para el desarrollo de la misma, confirmar asignación de recursos, resolver posibles dudas de los auditados, confirmar los canales de comunicación entre el equipo auditor y el auditado, aclarar el proceso de presentación del informe, aclarar cualquier aspecto delicado o confidencial, determinar aspectos o requisitos relacionados con la seguridad.


Mediante las entrevistas con los auditados, observación directa del desarrollo de las actividades, verificación de registros (reportes e informes, resultados de las mediciones, acciones correctivas, acciones preventivas, resultados de desempeño de los subprocesos, comportamiento de los indicadores de del plan de acción establecidos, seguimiento al mapa de riesgo etc.), sistemas de información, revisión de bases de datos y páginas web se reúnen las evidencias objetivas que permiten verificar y/o comprobar el desarrollo de las actividades previstas y/o planificadas, y se estén adelantando planes y acciones, orientadas al mejoramiento del desempeño del GICUV.

Todo resultado que se obtiene en el desarrollo de una auditoría debe ser corroborado en el sitio de trabajo donde fue obtenido con evidencia clara y objetiva.

Los resultados de la auditoría pueden ser debilidades u oportunidades de mejora.

Si en el desarrollo de una auditoría, un equipo auditor detecta dificultades para el logro de los objetivos inicialmente propuestos, debe informar las razones al auditado para solucionarlas o comunicarlas al auditor líder.

Finalizada la etapa de recolección de las evidencias objetivas, el equipo auditor se reúne para realizar el balance final de los resultados, determinar las evidencias que

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 8.0
		Página: 22 de 48	
Fecha de Emisión: Abril 2014	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

constituyen tanto cumplimiento como incumplimiento en la gestión, y preparar las conclusiones de la auditoría.

En la reunión de cierre, después de determinar las debilidades y oportunidades de mejora encontradas, se realizan las siguientes actividades:

- Recuento del procedimiento seguido.
- Presentación de los resultados obtenidos en el desarrollo de la auditoría, de tal manera que se garantice una comprensión clara de las debilidades y oportunidades de mejora detectadas.

Cualquier opinión divergente relativa a los resultados de la auditoría y/o conclusiones entre el equipo auditor y el auditado deben de discutirse y si es posible resolverse. Si no se resolvieran, el auditor líder mediará para llegar a algún acuerdo.

4.2.10 Informe de auditoría

Cada equipo auditor prepara y presenta el informe correspondiente, el cual constituye el registro completo y conciso de los resultados de dicho ejercicio.


El informe de auditoría traduce fielmente los resultados obtenidos, recuerda el objetivo y alcance, indica la fecha, establece la composición del equipo auditor, referencia los documentos examinados, define debilidades y oportunidades de mejora y relaciona los puntos fuertes del proceso auditado.

El informe puede presentar dos estados:

- Informe preliminar
- Informe final

Estos estados son presentados en un campo del informe de auditoría F-07-MP-13-01-01. El *Informe preliminar* es utilizado cuando se realiza auditoría a varias unidades académicas o administrativas de una Facultad, Instituto Académico o Sede Regional, estos informes preliminares serán consolidados en el *Informe final* por el Área de Calidad y Mejoramiento.

Cada auditor jefe deberá entregar al auditor líder todos los soportes y registros de la auditoría llevada a cabo conjuntamente con el informe de la auditoría.

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 8.0
		Página: 23 de 48	
Fecha de Emisión: Abril 2014	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

El auditor líder consolida la información de los informes preliminares en el informe final y elimina los informes preliminares.

Una vez se termine la reunión de cierre, en la cual se expone las debilidades y oportunidades de mejora encontradas y se aprueba verbalmente el documento, el auditado debe manifestar su aceptación de manera formal, a través de la respuesta al correo enviado por el auditor jefe o líder, en el cual se le hace entrega del informe final.

4.2.11 Acciones correctivas, preventivas y de mejora

El responsable de cada subproceso o dependencia auditada liderar la adopción y aplicación de las acciones correctivas pertinentes para solucionar las debilidades encontradas, mediante la aplicación de la metodología establecida en el procedimiento acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento, la cual incluye la investigación e identificación de las causas, el establecimiento de las acciones, según las soluciones propuestas.

El Auditado debe diligenciar el formato de acciones correctivas, preventivas y de mejora, para darle respuesta a los resultados de la auditoría y hacer entrega al auditor líder como máximo dentro de 45 días después de entregado el informe de auditoría.

Para el diligenciamiento de las acciones correctivas, preventivas y de mejora APCM el responsable o involucrados en el subproceso o funcionario que este documentando la ACPM, podrá revisar la Guía para Diligenciar el formato de ACPM y seguir las actividades y pasos descritas en la guía, dicho documento elaborado por el Área de Calidad y Mejoramiento, el cual puede ser consultado en la página web del GICUV.¹⁵


4.2.12 Seguimiento

Con base en los resultados obtenidos, según las fechas de implantación de las acciones correctivas determinadas por los auditados, los auditores internos efectúan las auditorías de seguimiento, para verificar la eficacia de las acciones correctivas tomadas.

Dicho seguimiento se debe dar a conocer al auditado.

¹⁵ Guía para Diligenciar el formato de ACPM

http://gicuv.univalle.edu.co/documentos/documentos_formatos/formatos_gestion_calidad/PresentacionACPMs.pdf

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 8.0
		Página: 24 de 48	
Fecha de Emisión: Abril 2014	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

El profesional de la Oficina de Control Interno debe hacer seguimiento al cierre del ciclo de las auditorías internas de calidad.

4.2.13 Informe final para la alta dirección

Una vez se ejecuta la totalidad del programa de auditorías internas de calidad, con base en los informes de auditoría presentados por cada equipo auditor, el auditor líder elabora el informe general para presentarlo a la dirección como información de entrada para la revisión por la Dirección del Comité coordinador de control interno. Ver procedimiento revisión por la dirección.

4.2.14 Evaluación de desempeño del auditor


Terminada cada auditoría los auditados y el auditor jefe realizan la evaluación del equipo auditor en el formato evaluación auditores internos de calidad F-06-MP-13-01-01, y este registro es entregado al auditor líder junto a los demás registros de auditoría.

Al auditor jefe lo evaluará el auditado y el auditor líder, pero cuando el auditor líder participa como auditor jefe o auditor interno sólo será evaluado por el auditado.

Esta evaluación sirve para detectar habilidades y fortalezas que permitan demostrar la competencia del auditor. Las debilidades deberán ser analizadas por el auditor líder con el fin de determinar las acciones de mejoramiento.

A los auditores internos de calidad se les informará vía correo electrónico el resultado de la evaluación finalizado el programa de auditoría. Con los auditores que fueron calificados por debajo de cuatro (4.0) o con los que el auditor líder considere con respecto al desempeño general, se programará una reunión individual con el fin de conocer la percepción que se tiene respecto a la evaluación y el plan de mejoramiento trazado para incrementar la evaluación siguiente. De esta reunión debe quedar un registro, al cual se le hará un seguimiento.

Quedará a consideración del auditor líder la exclusión de los auditores del grupo de auditores activos, debido a bajas calificaciones y/o poca participación en diferentes programas de auditorías.

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 8.0
		Página: 25 de 48	
Fecha de Emisión: Abril 2014	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

4.3. Políticas y condiciones generales: satisfacción de usuarios

La medición de satisfacción de usuarios para los procesos es llevada a cabo por el Área de Calidad y Mejoramiento una vez al año. En el caso de que el responsable del proceso y/o subproceso desee realizar una medición adicional de la satisfacción de usuarios podrá contar con el apoyo del Área de Calidad y Mejoramiento de la OPDI.

La medición debe ser dirigida a los usuarios definidos en las matrices de caracterización de usuarios de cada subproceso misional o aquellos que por particularidades se requiera aplicar.

Es responsabilidad del líder del proceso y/o subproceso gestionar la realización de las acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento que se deriven de los resultados de la medición de la Satisfacción de usuarios.

4.4. Políticas y condiciones generales: acciones correctivas, preventivas y de mejora


Se deben tomar acciones correctivas, preventivas o de mejora cuando llevado a cabo el análisis de datos se encuentra que una situación problemática es repetitiva, sistemática o afecta directamente la imagen, credibilidad o sostenibilidad de la Universidad.

Los planes de mejoramiento que surgen de la acreditación de programas en las Facultades, Institutos Académicos o Seccionales pueden ser considerados como acciones correctivas, preventivas y/o de mejoramiento.¹⁶

Las acciones establecidas en los planes de tratamiento a los riesgos que se encuentran en la matriz institucional de riesgos, son consideradas acciones preventivas¹⁷ que serán fuente de entrada al informe consolidado de acciones correctivas, preventivas y de mejora que es revisado durante la revisión por la dirección anual.

¹⁶ Para mayor referencia, a cerca de los planes de mejoramiento que surgen de la acreditación de programas, se puede tener como referencia el manual de procedimientos: Autoevaluación de los Programas Académicos de Pregrado y Posgrado MP-04-01-04.

¹⁷ Según la NTCGP 1000, la nota del requisito 8.5.3 Acción preventiva, establece: Para evitar que los riesgos se materialicen, disminuir su probabilidad de ocurrencia o su impacto es necesario tomar acciones preventivas.

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 8.0
		Página: 26 de 48	
Fecha de Emisión: Abril 2014	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

4.4.1. Fuentes de la información para la identificación de problemas

Para la identificación de problemas u oportunidades de mejora se cuenta con las siguientes fuentes de información:


- Informes de las auditorías internas de calidad.
- Informe de dificultades en el desarrollo de los procesos.
- Resultados de la revisión por parte de la alta dirección.
- Proyectos de mejora.
- Mapa de riesgos.
- Peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y consultas.¹⁸
- Gestión de los subprocesos: resultados de indicadores.
- Hallazgos de la Contraloría.
- Informe de gestión de procesos.
- Informe de encuestas de medición (clima organizacional, autoevaluación del MECI y satisfacción de usuarios)
- Seguimiento Plan de Acción.
- Oportunidades de mejora y debilidades resultado de auditorías externas.
- Informe de pares académicos en acreditación de programas académicos.
- Otros.

4.4.2. Identificación del problema

Cuando se está definiendo un problema o proyecto es útil tener en cuenta lo siguiente:

- Se debe concentrar en el efecto para que quede claro el ¿QUÉ? y no el ¿POR QUÉ?
- Mostrar la diferencia entre lo que es y lo que debería ser, comparándola con los requerimientos del usuario, la normativa y las especificaciones.
- Cuantificar la diferencia estableciendo cuándo, cuánto o qué tan frecuente ocurre.
- Evitar términos y conceptos muy amplios o ambiguos.
- Se debe señalar los subprocesos, los cargos o dependencias que son afectadas por el problema.

¹⁸ Los procedimientos definidos para la recepción y trámite para las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y consultas se encuentran en el proceso de Comunicación Institucional y pueden ser consultados en: http://gicuv.univalle.edu.co/01_Procesos_y_Formatos/_02-Comunicacion-Institucional.html

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 8.0
		Página: 27 de 48	
Fecha de Emisión: Abril 2014	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

4.4.3. Análisis de causas

Se podrán utilizar diferentes metodologías para analizar las causas de los problemas reales o potenciales, pero es importante tener en cuenta lo siguiente: identificar los procesos y subprocesos directamente relacionados con el problema (donde se observan los síntomas, en donde se pueda estar generando las causas del problema, y aquellos que puedan contribuir al análisis, implantación de la solución).

Para realizar el análisis de causas, se puede utilizar diferentes técnicas de análisis, tales como:

- Lluvia de ideas
- Consenso
- Diagrama de Pareto
- Análisis estadístico
- Diagrama de causa y efecto
- Diagrama espina de pescado
- Análisis de 5 ¿por qué?


Deberán mantenerse los registros de los resultados del análisis y sus anexos, si es que se tienen.

Para formar el equipo de trabajo se recomienda conformarlo con las personas adecuadas según el conocimiento directo del problema, tiempo disponible, aptitudes para el trabajo en equipo, responsabilidad y autoridad para la toma de decisiones y representatividad.

Asignar responsabilidades especiales dentro del equipo de trabajo (en el caso que se requiera): coordinación, secretario, etc. y nombrar siempre un líder del equipo cuya responsabilidad es coordinar las actividades del equipo y realizar seguimiento y cierre de las acciones.

A- Observación de la situación actual

El objetivo es mirar el problema desde todos los ángulos posibles para identificar los factores que tienen mayor incidencia sobre él.

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 8.0
		Página: 28 de 48	
Fecha de Emisión: Abril 2014	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

En esta etapa se reúne gran parte de la información que va a sustentar el análisis posterior, por tanto su recolección se debe planear con cuidado de manera que refleje la situación actual.

No se debe descartar ningún factor por creer que no tiene incidencia en el problema.

Apoyarse en la experiencia de quienes son los expertos del subproceso o la situación presentada, aquellas personas que lo ejecutan diariamente.

B - Análisis

En este paso se busca profundizar en los factores relacionados con el problema para identificar aquellos que tienen la mayor incidencia sobre él.

Cada consideración que se realice sobre las causas es necesario que esté respaldada con datos, ya que el acierto con que se identifiquen dependerá la efectividad de las acciones que se tomen.


Cuando se esté abordando el problema o proyecto se debe cuestionar todos los datos disponibles. Es importante contar con el aporte de todas las personas involucradas o que conozcan sobre el tema, esto reduce la posibilidad que se omitan o descarten aspectos importantes.

4.4.4. Plan de acción

Durante esta etapa se determinan las acciones concretas a ejecutar y que conduzcan a minimizar o eliminar las causas raizales.

El propósito es implantar las mejores soluciones, mediante la definición y documentación del plan de acción. La metodología utilizada corresponde a: Qué se hará, por qué se debe hacer (qué se espera obtener), dónde se ha de implantar la solución, quién debe implantarla, cuándo se debe implantar, cómo se debe hacer la implantación y cuánto se debe invertir en la implantación.

El líder del equipo de trabajo, será quien informe cada una de las tareas o actividades involucradas, como también de controlar su ejecución en los plazos o tiempos previstos, manteniendo a su vez un seguimiento en la implantación, las cuales quedarán documentadas en las actas de las reuniones o en el formato de acciones correctivas, preventivas o de mejora e identificar las acciones que necesitan de la activa cooperación de todos, para iniciar con el proceso de sensibilización y entrenamiento.

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 8.0
		Página: 29 de 48	
Fecha de Emisión: Abril 2014	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

La magnitud de las acciones a emprender debe ser proporcional a la importancia de las situaciones, debilidades o no conformidades que eliminan, previenen o mejoran la situación actual. Es decir que las acciones que se planteen eliminen, prevengan o solucionen realmente las causas analizadas.

4.4.5. Seguimiento a las acciones

Las acciones se revisarán tanto en su implantación como en su desempeño posterior para comprobar su eficacia.

Esta actividad debe ser desarrollada por el líder del equipo de trabajo. Para poder efectuar este seguimiento cada líder debe realizar retroalimentación de las debilidades, no conformidades, situaciones de mejora y acciones planteadas en reuniones de los Consejos de Facultad o Institutos Académicos, Comités de Calidad de la Seccional, Sede Regional y grupos primarios de los subprocesos.

El registro del seguimiento se efectúa mediante la verificación y cumplimiento de un plan que fue establecido en las actas, informes o formato de Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora (ACPM's), y puede realizarse en cada reunión donde se traten estos temas y se evalúa la eficacia y el cumplimiento de las acciones.


El Área de Calidad y Mejoramiento realizará anualmente un informe consolidado con el seguimiento de las ACPM's, dicho seguimiento se realizará semestralmente.

La Oficina de Control Interno debe realizar el seguimiento a las acciones derivadas de las auditorías de la Contraloría, de las auditorías programadas en el plan de auditoría de Control Interno y realizar seguimiento a la ejecución de las auditorías internas de calidad programadas por la OPDI.

Cuando las acciones han sido eficaces, es decir se han realizado las acciones planteadas; el líder o coordinador del equipo presenta en el seguimiento la acción como "cerrada".

Cuando las acciones han sido parcialmente implantadas, es decir parcialmente eficaces, el líder o coordinador del equipo registra en el seguimiento la acción "abierta" y se anotan las observaciones al respecto.

Cuando las acciones no han sido eficaces, se registra en el seguimiento como acción "abierta"; y se especifican las razones y se determina si se requiere establecer un nuevo plan o se replantean las fechas para su ejecución.

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 8.0
		Página: 30 de 48	
Fecha de Emisión: Abril 2014	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

Si los resultados obtenidos no son satisfactorios, es decir no logran el resultado esperado, se regresa a la fase de análisis, para replantear las causas y ajustar, de ser necesario, los planes. El tiempo requerido de seguimiento para comprobar la eficacia de las acciones correctivas, preventivas y de mejora dependerá de la situación presentada.

En el caso en que se requiera realizar un nuevo análisis o realizar unas acciones complementarias se deberá elaborar un nuevo plan.

4.4.6. Estandarización

Durante esta etapa se busca:

- Garantizar que al pasar el tiempo no vuelvan a aparecer las causas que ocasionaron el problema o que los beneficios logrados se pierdan.
- Conservar la documentación necesaria para entrenar a las personas nuevas en sus cargos.
- Tener un sistema de comunicación único entre dependencias, subprocesos y personas.


4.5. Políticas y condiciones generales: cambios en el GICUV

Cada que se presente un cambio que pueda llegar a afectar la integridad del GICUV el responsable del subproceso debe realizar la planificación del mismo de acuerdo a lo establecido en el procedimiento 6.6 Planificación de los cambios en el GICUV de este mismo manual.

Los cambios pueden deberse a:

- Nueva normativa interna o externa
- Cambios en la estructura organizacional
- Nuevos o eliminación de servicios
- Nuevas tecnologías o cambios en la misma
- Cambios en la estructura de procesos
- Recursos de financiación

Como evidencia de esta planificación debe quedar un documento o registro.

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 8.0
		Página: 31 de 48	
Fecha de Emisión: Abril 2014	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

El Documento podrá contener:

- Descripción del cambio
- Equipo de trabajo conformado para el análisis
- Impacto sobre usuarios
- Impacto sobre los procesos
- Recursos necesarios
- Plan de trabajo: fechas y responsables
- Seguimiento

En el caso de considerarse necesario, el responsable del subproceso o actividad afectada puede hacer uso del formato acción correctiva, preventiva o de mejora.

4.6. Políticas y condiciones generales: Indicadores


Los procesos de la Universidad cuentan con indicadores del SUE e indicadores incluidos por acciones del Plan de Acción.

El seguimiento de los indicadores del SUE y del Plan de Acción en la Universidad del Valle se realiza según lo establecido por el Área de Estrategia y Análisis de la Oficina de Planeación y Desarrollo Institucional.

4.7. Políticas y condiciones generales: revisión por la dirección

La alta dirección debe, a intervalos planificados, revisar el GICUV para asegurarse de su conveniencia, adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad continuas. La revisión debe realizarse por lo menos una vez al año, e incluir la evaluación de las oportunidades de mejora y la necesidad de efectuar cambios en el GICUV, incluidos la política de la calidad y los objetivos de la calidad.

Para la construcción de la revisión por la dirección institucional, y teniendo en cuenta el modelo de estructura organizacional de la Universidad: control central con operación descentralizada, se podrán realizar informes de revisión por la dirección en las unidades descentralizadas (Facultades, Institutos Académicos y Sedes Regionales) así como en las dependencias centralizadas (Vicerrectorías) a medida que avanza la madurez del sistema de gestión de la calidad.

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 8.0
		Página: 32 de 48	
Fecha de Emisión: Abril 2014	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

Por lo tanto, las Facultades, Institutos Académicos, Sedes Regionales y Vicerrectorías podrán realizar ejercicios de revisión por la dirección contemplando todas las entradas que establece la norma NTCGP 1000 así como todas las salidas de dicho informe. El informe final de estos ejercicios será presentado como entrada del informe institucional dentro de la vigencia que se haya realizado.

4.7.1. Información de entrada para la revisión por la dirección

La información de entrada para la revisión por la dirección debe incluir:


- Revisión de la pertinencia de la política y objetivos de calidad.
- Resultados de auditorías de calidad.
- Retroalimentación del usuario: percepción de los usuarios y resultados del Programa de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y consultas.
- Desempeño de los subprocesos y conformidad del producto y/o servicio: dificultades en el desarrollo de los procesos misionales, seguimiento a cursos, seguimiento plan de acción, indicadores SUE.
- Estado de las acciones correctivas, preventivas y de mejora.
- Acciones de seguimiento de revisiones previas efectuadas por la dirección.
- Cambios que podrían afectar al GICUV.
- Resultados de la gestión realizada sobre los riesgos actualizados e identificados para la entidad.
- Recomendaciones para la mejora.
- Informes de revisiones por la dirección de las dependencias centralizadas y descentralizadas que hayan realizado el ejercicio durante la vigencia de la revisión institucional.

Estas entradas son elaboradas a través de informes, los cuales se realizan anualmente y son entregados a la dirección.

4.7.2. Resultados de la revisión por la dirección

Los resultados de la revisión por la dirección deben incluir todas las decisiones y acciones relacionadas con:

- a) La mejora de la eficacia, eficiencia y efectividad del GICUV y sus subprocesos;
- b) La mejora del servicio en relación con los requisitos del usuario, y

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 8.0
		Página: 33 de 48	
Fecha de Emisión: Abril 2014	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

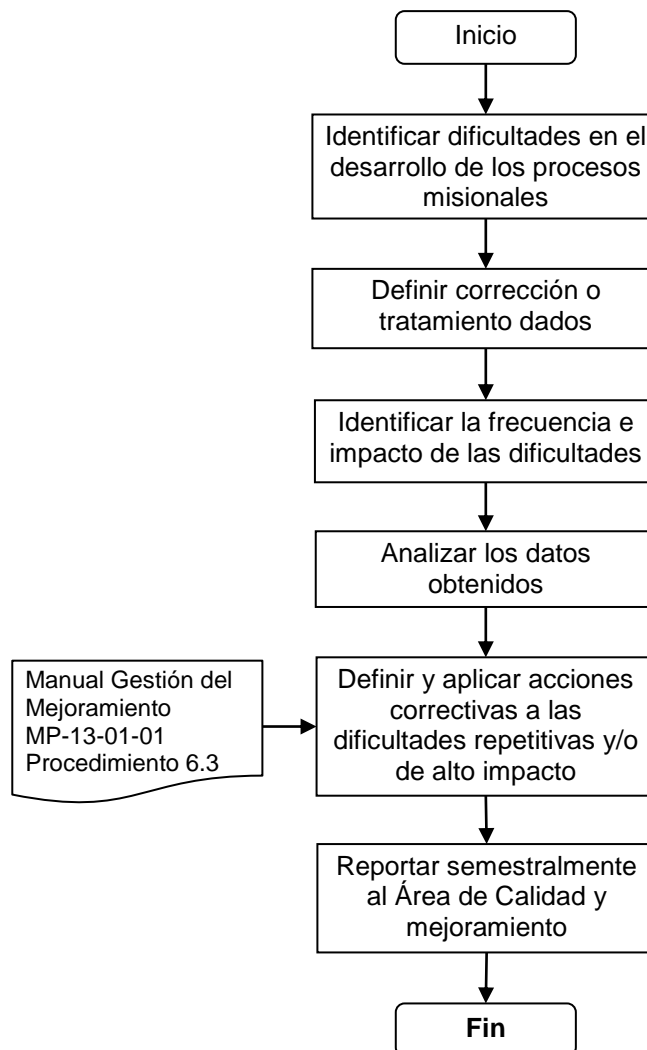
c) Las necesidades de recursos.

Los informes de la revisión por la dirección podrán servir como base para la rendición de cuentas anual que realiza el Rector a la Comunidad.


5. DIAGRAMA DE FLUJO GENERAL

5.1. Dificultades en el desarrollo de los procesos

Figura 1. Diagrama de flujo dificultades en el desarrollo de los procesos

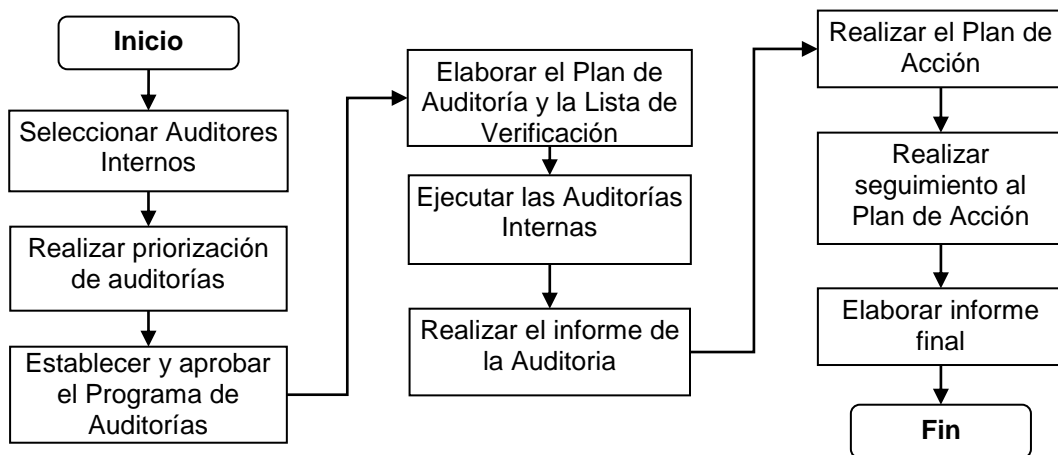


Fuente: elaboración propia

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 8.0
		Página: 34 de 48	
Fecha de Emisión: Abril 2014	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

5.2. Auditorías internas

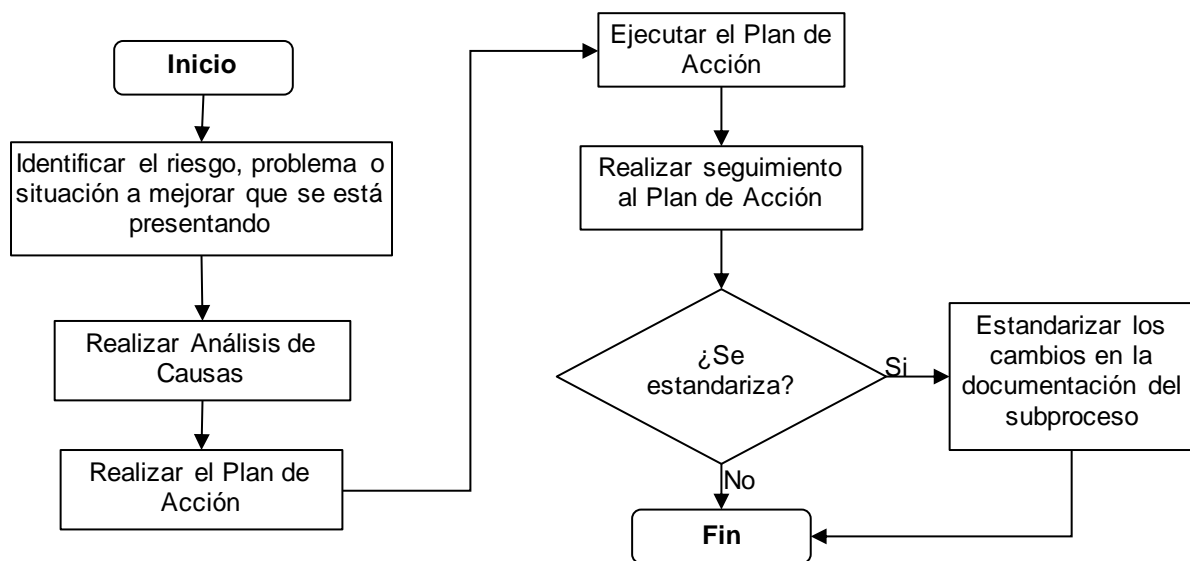
Figura 2. Diagrama de flujo auditorías internas



Fuente: elaboración propia

5.3. Acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento

Figura 3. Diagrama de flujo acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento



Fuente: elaboración propia



Universidad
del Valle

Manual de Procedimientos

Código:
MP-13-01-01

Versión:
8.0

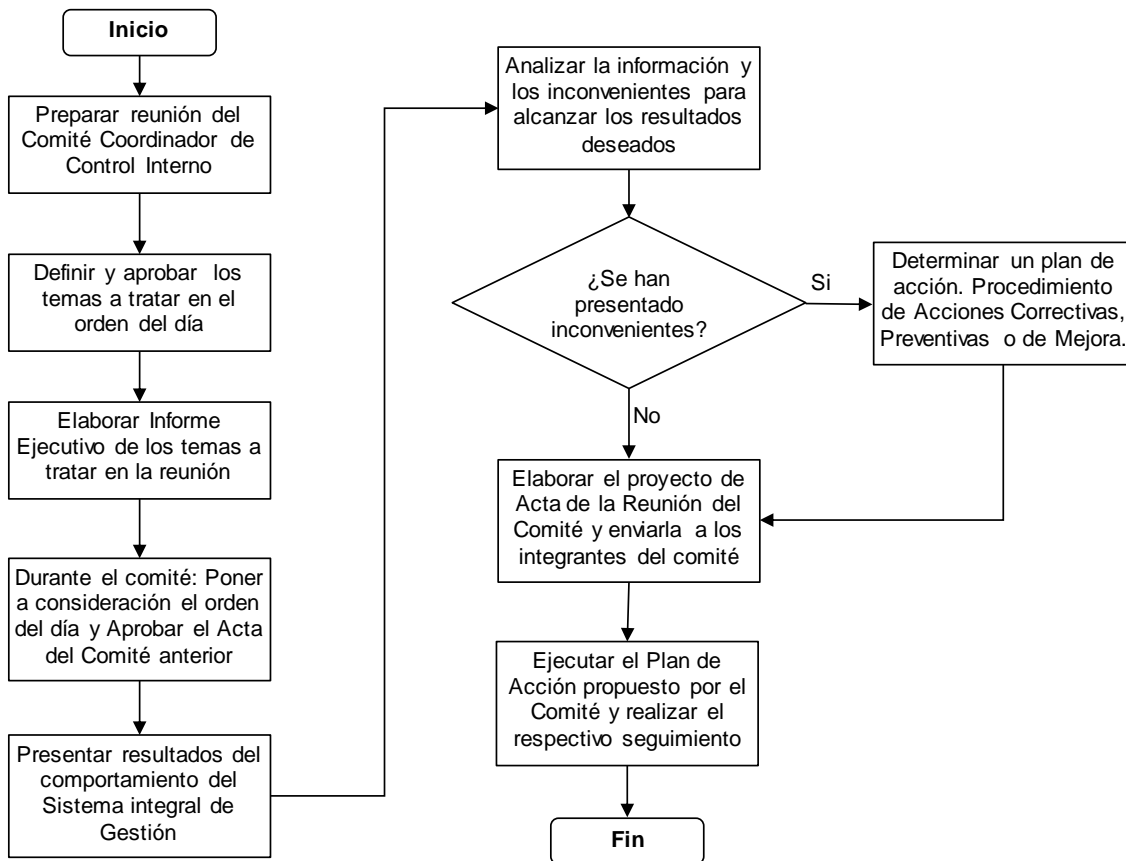
Página:
35 de 48

Fecha de Emisión:
Abril 2014

Título:
GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO

5.4. Revisión por la dirección


Figura 4. Diagrama de flujo revisión por la dirección



Fuente: elaboración propia

DEFINITIVA

La impresión y copia magnética de este documento se considera
<COPIA NO CONTROLADA>


 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 8.0
		Página: 36 de 48	
Fecha de Emisión: Abril 2014	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

6. PROCEDIMIENTOS

▲ : Actividad de Control

6.1. Dificultades en el desarrollo de los procesos (aplicado a subprocesos misionales)

ETAPA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	REGISTROS
1. Identificación de las dificultades a presentarse en el desarrollo de los servicios	A- Identificar las dificultades a presentarse en los servicios misionales y registrarlas en el mecanismo correspondiente.	Responsable del subprocesos centrales y descentralizados Funcionarios Docentes	Registro de dificultades en el desarrollo de los procesos
	B- Definir las acciones inmediatas a realizar para subsanar la dificultad identificada.	Responsable del subprocesos centrales y descentralizados Funcionarios Docentes	Actas o registros correspondientes
2. Identificar las acciones a aplicar	A- Identificar la frecuencia y el impacto de las dificultades presentadas ▲	Responsable del subprocesos centrales y descentralizados	Actas o registros correspondientes
	C- Verificar si se hace necesario tomar acciones correctivas, generar un plan de acción o proyecto. Ver procedimiento 6.3. Acciones correctivas, preventivas o de mejoramiento del presente manual de procedimientos. ▲	Responsable del subprocesos centrales y descentralizados	Actas o registros correspondientes
	B- Enviar reporte semestral de las Dificultades de mayor impacto o frecuencia y las acciones correctivas, preventivas y de mejora al Área de Calidad y Mejoramiento – OPDI	Responsable del subprocesos centrales y descentralizados	Reporte

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 8.0
		Página: 37 de 48	
Fecha de Emisión: Abril 2014	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

6.2. Auditorías internas de calidad

ETAPA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	REGISTROS
1. Selección de auditores internos	A- Programar curso de formación o actualización a los auditores, cuando se considere necesario y de acuerdo con el método deseado.	Auditor líder	
	B- Seleccionar auditores de acuerdo al perfil, a los procesos y subprocesos del mapa de procesos institucional.	Auditor líder	
	C- Aprobar la selección de auditores internos. ▲	Auditor líder	
	D- Evaluar a los auditores internos para realizar el programa de auditorías. ▲ (Tener en cuenta desempeños en anteriores auditorías).	Auditor líder	Evaluación de auditores internos
2. Preparación de las auditorías internas	A- Establecer los objetivos del programa de auditoría.	Representante de la Dirección	Objetivos del programa
	B- Definir los riesgos asociados al programa de auditoría y su tratamiento.	Auditor líder	Riesgos asociados al programa
	C- Realizar la priorización de los subprocesos, Facultades, Institutos Académicos y Sedes Regionales.	Auditor líder	Priorización para el programa de auditoría
	D- Establecer el programa de auditorías: (Alcance, responsabilidades, recursos, calendario, equipos auditores).	Auditor líder	Programa de auditorías F-03-MP-13-01-01
	E- Revisar y dar visto bueno al programa de auditorías. ▲	Representante de la Oficina de Control Interno	Programa de auditorías con Vo.Bo
	F- Aprobar el programa de auditorías. ▲	Representante de la Dirección	Programa de auditorías aprobado
	G- Comunicar y enviar información relacionada con el subproceso a auditar al equipo auditor.	Auditor líder	
	H- Revisar documentación y requisitos soportes. ▲	Equipo auditor	
	I- Elaborar el plan de auditoría y la lista de verificación.	Equipo auditor	Plan de auditoría F-04- MP-13-01-01 Lista de verificación F-05- MP-13-01-01



Universidad
del Valle

Manual de Procedimientos

Código:
MP-13-01-01

Versión:
8.0

Página:
38 de 48


Fecha de Emisión:
Abril 2014

Título:
GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO

ETAPA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	REGISTROS
	J- Cuando se considere necesario realizar revisión y aprobar el plan de la auditoría. ▲	Auditor líder	Plan de auditoría F-04-MP-13-01-01
3. Ejecución de las auditorías	A- Realizar reunión de apertura.	Auditor jefe Equipo auditor Auditado	
	B- Llevar a cabo la auditoría.	Equipo auditor Auditado	
	C- Generar resultados de la auditoría.	Equipo auditor	
	D- Preparar las conclusiones de la auditoría.	Equipo auditor	
	E- Retroalimentar al auditado de las conclusiones de la auditoría.	Equipo auditor	
	F- Realizar reunión de cierre.	Auditor jefe Equipo auditor Auditado	
	G- Realizar la evaluación de auditores internos de calidad.	Auditor líder Auditor jefe Auditado	Evaluación de auditores internos de calidad F-06- MP-13-01-01
	H- Hacer la retroalimentación correspondiente a los auditores internos. (Ver políticas de auditorías internas de calidad).	Auditor líder	
4. Informe de la auditoría	A- Si la auditoría se realiza a más de una unidad académica o administrativa de una Facultad, Instituto Académico o Sede Regional, pasar a actividad B, de lo contrario seguir con la actividad C.		
	B- Preparar el informe preliminar de auditoría.	Equipo auditor	Informe preliminar de auditoría F-07- MP-13-01-01
	C- Consolidar informe de auditoría final para la Facultad, Instituto Académico, Sede Regional o Subproceso, según lo definido en el numeral 4.2.9.	Equipo del Área de Calidad y Mejoramiento/ Equipo auditor	Informe de final de auditoría F-07- MP-13-01-01
	D- Entregar informe al auditor líder	Auditor jefe	
	E- Revisar informe y entregar al auditado. ▲	Auditor jefe	

DEFINITIVA

La impresión y copia magnética de este documento se considera
<COPIA NO CONTROLADA>

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 8.0
		Página: 39 de 48	
Fecha de Emisión: Abril 2014	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

ETAPA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	REGISTROS
5. Plan de acción	A- Con base en el informe de auditoría, proponer las acciones correctivas, preventivas o de mejora en el formato reporte de acciones, correctivas, preventivas o de mejora para las auditorías internas de calidad.	Auditado	Formato Reporte de Acciones, Correctivas, Preventivas o de Mejora F-08- MP-13-01-01
6. Seguimiento	A. Realizar seguimiento a las acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento derivadas de la auditoría interna de calidad, según procedimiento 6.3 del presente manual. ▲	Auditor líder / Jefe Profesional Oficina de Control Interno	
7. Informe final	A- Elaborar con base en los informes de auditoría y el seguimiento realizado por los equipos auditores el informe final para el representante de la dirección.	Auditor líder	Informe final
	B- Revisar y aprobar el informe final. ▲ Ver procedimiento 6.5. Revisión por la dirección.	Representante de la Dirección	

6.3. Acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento

ETAPA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	REGISTROS
1. Identificación del problema o situación a mejorar	A- Identificar el riesgo, problema o situación a mejorar que se está presentando. Ver políticas 4.4.1	Responsable o involucrados en el subproceso	Actas de comités, consejos o equipos de trabajo formato reporte de acciones, correctivas, preventivas o de mejora F-08-MP-13-01-01 Planes de mejoramiento de programas acreditados Matriz de Riesgos
	B- Reunir toda la información disponible, cualitativa o cuantitativa.	Responsable o involucrados del subproceso	
	C- Establecer de acuerdo a la información suministrada, el equipo de trabajo que debe analizar el problema.	Responsable involucrados del subproceso	

DEFINITIVA

La impresión y copia magnética de este documento se considera
<COPIA NO CONTROLADA>



Manual de Procedimientos

Código: MP-13-01-01 Versión: 8.0
 Página: 40 de 48

Fecha de Emisión:
Abril 2014

Título:
GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO

ETAPA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	REGISTROS
2. Análisis de causas	A- Analizar la situación actual de acuerdo a la información suministrada.	Equipo de trabajo	
	B- Escoger la metodología para la determinación de las causas.	Equipo de trabajo	
	C- Realizar el análisis de causas de acuerdo con la metodología escogida y determinar la o las causas que originan el riesgo, problema o situación a mejorar.	Equipo de trabajo	Actas de comités, consejos o equipos de trabajo Formato Reporte de Acciones, Correctivas, Preventivas o de Mejora F-08- MP-13-01-01 Planes de mejoramiento de programas acreditados
3- Plan de acción	A- Determinar si la acción debe ser correctiva o preventiva, dependiendo de la naturaleza del problema.	Equipo de trabajo	
	B- Establecer las posibles acciones a ejecutar.	Equipo de trabajo	Actas de comités, consejos o equipos de trabajo Formato Reporte de Acciones, Correctivas, Preventivas o de Mejora F-08- MP-13-01-01 Planes de mejoramiento de programas acreditados
	C- Definir el plan de acción: qué, quién, cuándo, dónde.	Equipo de mejoramiento	Actas de comités o equipos de trabajo Formato Reporte de Acciones, Correctivas, Preventivas o de Mejora F-08- MP-13-01-01 Planes de mejoramiento de programas acreditados

DEFINITIVA

La impresión y copia magnética de este documento se considera
<COPIA NO CONTROLADA>



Universidad del Valle

Manual de Procedimientos

Código:
MP-13-01-01

Versión:
8.0

Página:
41 de 48


Fecha de Emisión:
Abril 2014

Título:
GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO

ETAPA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	REGISTROS
	D- Socializar el plan de acción, si se requieren acciones con responsabilidad por fuera del equipo de trabajo.	Líder del equipo	
	E- Enviar copias de las acciones correctivas, preventivas y/o de mejora al Área de Calidad de Mejoramiento - OPDI	Líder del equipo	Actas de comités o equipos de trabajo Formato Reporte de Acciones, Correctivas, Preventivas o de Mejora F-08- MP-13-01-01 Planes de mejoramiento de programas acreditados
4- Ejecutar el plan de acción	A- Ejecutar las acciones planteadas y dejar evidencia de su cumplimiento.	Responsable de las acciones	
5- Seguimiento a las acciones	A-Realizar seguimiento al cumplimiento de las acciones del plan. ▲	Líder del equipo	Actas de comités o equipos de trabajo Formato Reporte de Acciones, Correctivas, Preventivas o de Mejora F-08- MP-13-01-01 Planes de mejoramiento de programas acreditados
	B- Realizar el cierre de la acción cuando se haya cumplido en las fechas establecidas y fueron eficaces.	Equipo auditor Líder del equipo	Actas de comités o equipos de trabajo Formato Reporte de Acciones, Correctivas, Preventivas o de Mejora F-08- MP-13-01-01 Planes de mejoramiento de programas acreditados

DEFINITIVA

La impresión y copia magnética de este documento se considera
<COPIA NO CONTROLADA>

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 8.0
		Página: 42 de 48	
Fecha de Emisión: Abril 2014	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

ETAPA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	REGISTROS
	C- Si no se han cumplido las acciones dejar en estado abierto.	Equipo auditor Líder del equipo	Actas de comités o equipos de trabajo Formato Reporte de Acciones, Correctivas, Preventivas o de Mejora F-08- MP-13-01-01 Planes de mejoramiento de programas acreditados
	D- Si las acciones no fueron eficaces, convocar de nuevo al equipo de trabajo y establecer nuevas acciones. Ir a Etapa 2 de este procedimiento.	Líder del equipo	
	E- Elaborar el consolidado de acciones correctivas, preventivas y de mejora de toda la Universidad	Profesional Área de Calidad y Mejoramiento	Matriz de seguimiento consolidada
	F- Realizar seguimiento al cierre y cumplimiento de las acciones correctivas, preventivas y de mejora	Profesional Área de Calidad y Mejoramiento	Matriz de seguimiento consolidada
	G- Realizar informe ejecutivo para la presentación en la revisión por la dirección	Coordinador Área de Calidad y Mejoramiento	Informe ejecutivo
6- Estandarización	A- Estandarizar los cambios en la documentación del subproceso, si fuera necesario.	Responsable del subproceso	

6.4. Revisión por la dirección

ETAPA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	REGISTROS
1. Preparación del Comité Coordinador de Control Interno	A- Definir los temas a tratar en el orden del día, teniendo en cuenta los requisitos del 5.6.2 (NTCGP 1000 versión vigente)	Coordinador Área de Calidad y Mejoramiento	
	B- Aprobar el orden del día del comité. ▲	Representante de la Dirección	
	C- Elaborar informe ejecutivo de los temas a tratar en la reunión.	Coordinador Área de Calidad y Mejoramiento	Informe ejecutivo
	D- Revisar y aprobar informe ejecutivo. ▲	Representante de la Dirección	

DEFINITIVA

La impresión y copia magnética de este documento se considera
<COPIA NO CONTROLADA>



Universidad
del Valle

Manual de Procedimientos

Código:
MP-13-01-01

Versión:
8.0

Página:
43 de 48


Fecha de Emisión:
Abril 2014

Título:
GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO

ETAPA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	REGISTROS
	E- Definir la fecha para la realización del comité.	Rector	
2- Durante el Comité Coordinador de Control Interno	A- Poner a consideración el orden del día.	Representante de la Dirección	
	B- Lectura y revisión de los compromisos del comité anterior ▲	Comité Coordinador de Control Interno	Acta de comité aprobada
	C- Presentar resultados del comportamiento del GICUV.	Vicerrectores, Responsable de proceso	
	D- Analizar la información y los inconvenientes para alcanzar los resultados deseados.	Comité Coordinador de Control Interno	
	E- Determinar las acciones a ejecutar. Ver procedimiento 6.3. Acciones correctivas, preventivas o de mejora, del presente manual de procedimientos.	Comité Coordinador de Control Interno	Acta de comité
3- Después del Comité	A- Elaborar el borrador del Acta de la Reunión del Comité.	Coordinador Área de Calidad y Mejoramiento	Acta del comité
	B- Enviar a los integrantes del comité para su revisión el borrador del acta.	Coordinador Área de Calidad y Mejoramiento	
	C- Enviar los comentarios sobre el acta.	Comité Coordinador de Control Interno	
	D- Realizar las modificaciones al acta correspondiente.	Coordinador Área de Calidad y Mejoramiento	
	E- Aprobar el acta. ▲	Comité Coordinador de Control Interno	
	F- De considerarse necesario, realizar la rendición de cuentas tomando como base los temas tratados en la revisión por la dirección.	Rector	
	G- Ejecutar el plan de acción propuesto por el comité.	Responsables de las acciones	
	H- Realizar seguimiento según procedimiento de acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento. ▲	Coordinador Área de Calidad y Mejoramiento	

DEFINITIVA

La impresión y copia magnética de este documento se considera
<COPIA NO CONTROLADA>


 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 8.0
		Página: 44 de 48	
Fecha de Emisión: Abril 2014	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

6.5. Autoevaluación y evaluación de la percepción de funcionarios y usuarios.

ETAPA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	REGISTROS
1. Planeación de actividades	A- Definir herramienta, recursos, muestra y metodología de aplicación.	Equipo del Área de Calidad y Mejoramiento	Plan de trabajo para realizar la medición
2. Ejecución del plan de trabajo	A- Ejecutar el plan de trabajo según lo establecido.	Equipo del Área de Calidad y Mejoramiento	
	B- Tabular la información.	Equipo del Área de Calidad y Mejoramiento	
3. Presentación de informes de resultado	A- Elaborar informe anual con los resultados de la medición.	Equipo del Área de Calidad y Mejoramiento	Informe con resultados de la medición
	B- Presentar el informe al responsable del proceso o subproceso.	Equipo del Área de Calidad y Mejoramiento	
	C- Elaborar acciones correctivas, preventivas o de mejora con base en los resultados de la medición de la satisfacción del usuario. Ver procedimiento 6.3. Acciones correctivas, preventivas o de mejora del presente manual de procedimientos.	Responsable del subproceso	
	D- Incluir la información de resultados del seguimiento en la revisión por la dirección.	Coordinador Área de Calidad y Mejoramiento	

6.6. Planificación de los cambios del GICUV

ETAPA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	REGISTROS
1. Identificación de Cambios	A- Identificar los cambios que puedan afectar a el GICUV	Responsable de subproceso	
	B- Establecer el impacto, recursos necesarios y definir acciones.	Equipo de trabajo	
	C- Elaborar un documento con el análisis anterior o diligenciar el formato de acciones correctivas, preventivas o de mejora	Responsable de subproceso	Documento de planificación de cambios en el GICUV

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 8.0
		Página: 45 de 48	
Fecha de Emisión: Abril 2014	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		


ETAPA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	REGISTROS
	D- Presentar el informe y acciones propuestas al directivo encargado.	Responsable de subproceso	
3. Ejecutar las acciones del plan	A- Ejecutar las acciones establecidas	Responsables de las acciones	
4. Seguimiento al plan de acción	A- Realizar el seguimiento a las acciones establecidas.	Responsable del subproceso	Informe de seguimiento
	B- Incluir la información de resultados del seguimiento en la revisión por la dirección	Responsable de subproceso	

7. PROCESOS RELACIONADOS

- Todos los subprocesos de la Universidad

8. FORMATOS

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
1.	F-02-MP-13-01-01	Registro de Dificultades en el Desarrollo de los Servicios Misionales
2.	F-03-MP-13-01-01	Programa de Auditorías
3.	F-04-MP-13-01-01	Plan de Auditoría
4.	F-05-MP-13-01-01	Lista de Verificación
5.	F-06-MP-13-01-01	Evaluación de Auditores Internos de Calidad
6.	F-07-MP-13-01-01	Informe de Auditoría
7.	F-08-MP-13-01-01	Reporte Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejoramiento

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 8.0
		Página: 46 de 48	
Fecha de Emisión: Abril 2014	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

9. DOCUMENTOS EXTERNOS

No.	DOCUMENTO
1.	Departamento Administrativo de la Función Pública. (2005). <i>Manual de Implementación Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano</i> . Bogotá, Colombia: DAFP.
2.	Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (2005). <i>Sistemas de gestión de la calidad, fundamentos y vocabulario: NTC 9000</i> . Bogotá, Colombia: ICONTEC.
3.	Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (2012). <i>Directrices para la auditoría de los sistemas de gestión: NTC 19011</i> . Bogotá, Colombia: ICONTEC.
4.	Departamento Administrativo de la Función Pública. (2009). <i>Gestión de la calidad en el sector público: NTCGP 1000</i> . Bogotá, Colombia: DAFP.

10. ANEXOS

- No aplica

CONTROL DE CAMBIOS

No.	DESCRIPCIÓN	FECHA
1.0	<ul style="list-style-type: none"> • Versión inicial del documento. 	Agosto 2008
2.0	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios en la codificación del manual y formatos. • Actualización de procedimientos del manual. • Eliminación del formato de registro de servicio no conforme 	Marzo 2009
3.0	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios en los procedimientos y sus políticas. Adición de procedimientos de medición de la satisfacción de los usuarios y planificación de los cambios en el GICUV. 	Diciembre 2009
4.0	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios en las políticas y procedimientos de servicio no conforme, acciones correctiva, preventivas y de mejora y revisión por la dirección. • Actualización de codificación del manual y formatos. • Cambios en el formato de registro de servicio no conforme. 	Mayo 2010

DEFINITIVA

La impresión y copia magnética de este documento se considera
<COPIA NO CONTROLADA>



Universidad
del Valle

Manual de Procedimientos

Código:
MP-13-01-01

Versión:
8.0

Página:
47 de 48


Fecha de Emisión:
Abril 2014

Título:
GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO

No.	DESCRIPCIÓN	FECHA
5.0	<ul style="list-style-type: none">Se ajustaron las definiciones, teniendo como fuente la norma NTCGP 1000:2009 y la norma NTC-ISO 19011:2002. Igualmente se adicionaron definiciones para dar claridad al manual de procedimientos.Cambio en la periodicidad de la entrega de las dificultades en el desarrollo de los procesos.Cambio en la clasificación de los hallazgos de auditorías internas.Cambio en la periodicidad de un mes a 45 días, para la entrega de las acciones correctivas, preventivas o de mejora elaboradas por el auditado para dar respuesta a los hallazgos de la auditoría.Se incluyó aspectos para realizar la retroalimentación de la evaluación de desempeño del auditor.Adición de otras fuentes de la información para la identificación de problemas (hallazgos de la Contraloría, informe de gestión de procesos, seguimiento plan de acción).Se incluyó en la parte de los indicadores, los indicadores del SUE y los del Plan de acción.Elaboración de los diagramas de flujo de los procedimientos: dificultades en el desarrollo de los procesos, auditorías internas, acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento y revisión por la dirección.Se ajustó los procedimientos descritos en el manual.Se incluyeron los documentos externos.	Junio 2011
6.0	<ul style="list-style-type: none">Se adicionan definiciones y se actualizan las políticas referentes al procedimiento 6.2. Auditorías internas de calidad.Se actualiza el procedimiento 6.2. Auditorías internas de calidad.Se adicionan los planes de mejoramiento de los programas acreditados como registros de las acciones correctivas, preventivas y/o de mejora.Se actualiza el procedimiento 6.1. Dificultades en el desarrollo de los procesos.Se adiciona el procedimiento 6.3. Seguimiento y medición de los procesos.	Agosto 2012
7.0	<ul style="list-style-type: none">Se modifican las definiciones y se actualizan las políticas	Mayo 2013

DEFINITIVA

La impresión y copia magnética de este documento se considera
<COPIA NO CONTROLADA>

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 8.0
		Página: 48 de 48	
Fecha de Emisión: Abril 2014	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

No.	DESCRIPCIÓN	FECHA
	referentes al procedimiento 6.2. Auditorías internas de calidad. <ul style="list-style-type: none"> Se actualiza el procedimiento 6.2. Auditorías internas de calidad respecto a la realización del programa de auditorías y el informe final e informe preliminar. 	
8.0	<ul style="list-style-type: none"> Se realiza ajustas de forma, en cuanto a la redacción y corrección de palabras. Se cambia la definición de acreditación de programas, se ajusta la definición de ciclo de auditoría, debilidad, mapa de riesgos Se ajusta el perfil del auditor invitado, eliminando aspectos en común que tiene el Perfil del auditor Se adiciona los siguientes, pie de página: 4, 13, 14, 15, 16 y 17. Se elimina todo lo relacionado con indicadores de gestión (condiciones generales, seguimiento, informes, procedimiento y formato: Seguimiento y Análisis de Indicadores F-10-MP-13-01-01), ya que los indicadores de gestión fueron migrados al Plan de Acción. 	Abril de 2014

F-04-MP-12-01-02
V-05-2013

Elaborado por: Área de Calidad y Mejoramiento
Oficina de Planeación y Desarrollo Institucional

DEFINITIVA

La impresión y copia magnética de este documento se considera
<COPIA NO CONTROLADA>