

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 9.0
		Página: 1 de 52	
Fecha de Emisión: Febrero 2015	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 alta calidad	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. Par Acompañante	8
3.14. Auditor Acompañante	8
3.15. Autoevaluación y evaluación de la percepción de funcionarios y usuarios.....	8
3.16. Ciclo de auditoría.....	8
3.17. Conclusiones de la auditoría.....	8
3.18. Corrección	8
3.19. Criterios de auditoría.....	8
3.20. Debilidad.....	8

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 9.0
		Página: 2 de 52	
Fecha de Emisión: Febrero 2015	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		


3.21.	Dificultades en el desarrollo de los procesos.....	9
3.22.	Efectividad	9
3.23.	Eficacia	9
3.24.	Eficiencia	9
3.25.	Equipo auditor.....	9
3.26.	Evidencia de la auditoría.....	9
3.27.	Experto técnico	9
3.28.	Grupos primarios	9
3.29.	Guía	9
3.30.	Indicadores del plan de acción	10
3.31.	Indicadores del Sistema Universitario Estatal (SUE)	10
3.32.	Informe de auditoría.....	10
3.33.	Mapa de riesgos	10
3.34.	Mejora continua	11
3.35.	Mitigar	11
3.36.	No conformidad	11
3.37.	Observación.....	11
3.38.	Observador	11
3.39.	Oportunidades de mejora	11
3.40.	Plan de auditorías.....	11
3.41.	Problema	12
3.42.	Programa de auditorías	12
3.43.	Requisito.....	12
3.44.	Resultados de la auditoría	12
3.45.	Riesgo.....	12
3.46.	Satisfacción de usuarios	12
3.47.	Servicio no conforme	12
4.	POLÍTICAS Y CONDICIONES GENERALES	13

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 9.0
		Página: 3 de 52	
Fecha de Emisión: Febrero 2015	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

4.1. Políticas y condiciones generales: dificultades en el desarrollo de los procesos.....	13
4.1.1. Identificación y tratamiento de las dificultades	13
4.2. Políticas y condiciones generales para las auditorías internas de calidad.....	15
4.2.1 Perfil del auditor	15
4.2.2 Perfil del auditor invitado	16
4.2.3 Funciones y responsabilidades del equipo auditor.....	17
4.2.4 Funciones y responsabilidades adicionales del auditor jefe.....	18
4.2.5 Perfil del auditor líder	18
4.2.6 Funciones y responsabilidades del auditor líder	19
4.2.7 Funciones y responsabilidades de los guías y observadores	19
4.2.8 Preparación de las auditorías.....	20
4.2.9 Ejecución de las auditorías internas de calidad	23
4.2.10 Informe de auditoría	25
4.2.11 Acciones correctivas, preventivas y de mejora	26
4.2.12 Seguimiento	26
4.2.13 Informe final para la alta dirección.....	27
4.2.14 Evaluación de desempeño del auditor	27
4.3. Políticas y condiciones generales: satisfacción de usuarios.....	28
4.4. Políticas y condiciones generales: acciones correctivas, preventivas y de mejora.....	28
4.4.1. Fuentes de la información para la identificación de problemas.....	29
4.4.2. Descripción de la Oportunidad de Mejora / Identificación del problema.....	29
4.4.3. Causa o Razón	30
4.4.4. Acción/Actividad/Proyecto de inversión.....	31
4.4.5. Seguimiento a las acciones.....	32
4.4.6. Estandarización.....	33
4.5. Políticas y condiciones generales: cambios en el GICUV.....	33
4.6. Políticas y condiciones generales: Indicadores	34
4.7. Políticas y condiciones generales: revisión por la dirección	34
4.7.1. Información de entrada para la revisión por la dirección	35
4.7.2. Resultados de la revisión por la dirección	35
5. DIAGRAMA DE FLUJO GENERAL	37
5.1. Dificultades en el desarrollo de los procesos.....	37
5.2. Auditorías internas.....	38

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 9.0
		Página: 4 de 52	
Fecha de Emisión: Febrero 2015	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

5.3.	Acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento	38
5.4.	Revisión por la dirección.....	39
6.	PROCEDIMIENTOS.....	40
6.1.	Dificultades en el desarrollo de los procesos (aplicado a subprocesos misionales).	40
6.2.	Auditorías internas de calidad.....	41
6.3.	Acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento	43
6.4.	Revisión por la dirección.....	46
6.5.	Autoevaluación y evaluación de la percepción de funcionarios y usuarios.....	47
6.6.	Planificación de los cambios del GICUV.....	48
7.	PROCESOS RELACIONADOS	48
8.	FORMATOS.....	49
9.	DOCUMENTOS EXTERNOS.....	49
10.	ANEXOS.....	49

 <p>Universidad del Valle</p>	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 9.0
		Página: 5 de 52	
Fecha de Emisión: Febrero 2015	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

1. OBJETIVO

Establecer las diferentes directrices, 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: 9.0
		Página: 6 de 52	
Fecha de Emisión: Febrero 2015	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 alta calidad

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 de 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: 9.0
		Página: 7 de 52	
Fecha de Emisión: Febrero 2015	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.

 <p>Universidad del Valle</p>	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 9.0
		Página: 8 de 52	
Fecha de Emisión: Febrero 2015	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

3.13. Par Acompañante

Docente que tiene formación como auditor o que por su conocimiento sobre los procesos misionales puede participar en compañía de otro auditor en el ejercicio de la auditoría interna de calidad.

3.14. Auditor Acompañante

Personal administrativo que tiene formación y certificado de Auditor Interno de Calidad en la norma ISO 9001 o NTCGP 1000, que no ha participado en auditorías internas de calidad en la Universidad del Valle, y está en proceso de formación como auditor.

3.15. 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.

3.16. 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.

3.17. 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.

3.18. Corrección

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


3.19. Criterios de auditoría

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

3.20. 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.

⁷ Una corrección puede realizarse junto con una acción correctiva.

 <p>Universidad del Valle</p>	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 9.0
		Página: 9 de 52	
Fecha de Emisión: Febrero 2015	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

3.21. Dificultades en el desarrollo de los procesos

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

3.22. 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.

3.23. Eficacia

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

3.24. Eficiencia

Relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados.

3.25. Equipo auditor

Uno o más auditores que llevan a cabo una auditoría.

3.26. Evidencia de la auditoría

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

3.27. Experto técnico

Persona que aporta conocimientos o experiencias específicos al equipo auditor⁸.

3.28. 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.

3.29. Guía

Persona designada por el auditado para asistir al equipo auditor.

⁸ El conocimiento o experiencias 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.

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 9.0
		Página: 10 de 52	
Fecha de Emisión: Febrero 2015	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

3.30. 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.

3.31. 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.

3.32. 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.


3.33. 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.

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

 <p>Universidad del Valle</p>	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 9.0
		Página: 11 de 52	
Fecha de Emisión: Febrero 2015	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

3.34. 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.

3.35. 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.

3.36. 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.

3.37. 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.

3.38. 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


3.39. 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.

3.40. Plan de auditorías

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

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.

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 9.0
		Página: 12 de 52	
Fecha de Emisión: Febrero 2015	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

3.41. Problema

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

3.42. Programa de auditorías

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

3.43. Requisito

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

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.

3.44. 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

3.45. 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.

3.46. Satisfacción de usuarios


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

3.47. 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.

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

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

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 9.0
		Página: 13 de 52	
Fecha de Emisión: Febrero 2015	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

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 servicios misionales se pueden identificar a partir de la gestión de los subprocesos de carácter misional, se identifican y controlan para prevenir su uso o entrega no intencionada, para lo cual, la participación de todos 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.

4.1.2 Servicio No Conforme – Dificultades en el Desarrollo de la Actividad Académica en las Unidades Descentralizadas

Las dificultades en el desarrollo de la actividad académica se deberán registrar en lo posible cada vez que se presente el evento en un formulario en Google Docs, el cual tendrá un link disponible en el sitio web de cada Facultad, Instituto Académico o Sede Regional, el cual será recepcionado por un funcionario de la Decanatura o Dirección de cada Facultad, Instituto Académico y Sede Regional y re-direccionarlo a las dependencias encargadas de solucionar o gestionar las dificultades reportadas.

Con la información registrada semestralmente la persona de enlace de calidad en cada Facultad, Instituto Académico o Sede Regional y con el apoyo del profesional del Área de Calidad y Mejoramiento de la Oficina de Planeación y Desarrollo Institucional, revisará, consolidará y entregará un informe de 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 Facultad, Instituto Académico y/o Sede Regional con el fin de plantear oportunidades de mejoramiento que permitan realizar mejoras y presentarlas ante el Consejo o Cuerpo Colegiado que le corresponda.

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,

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 9.0
		Página: 14 de 52	
Fecha de Emisión: Febrero 2015	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

dejando evidencia del análisis y las acciones propuestas en las actas o registros correspondientes.

Con base en la consolidación de todos esos informes el Área de Calidad y Mejoramiento orientará o propondrá acciones conjuntas con las unidades o dependencias involucradas en busca del mejoramiento continuo del SGC (Ver numeral 4.4 de este manual).

4.1.3 Servicio No Conforme – Dificultades en los Procesos Misionales del Nivel Central


La identificación y tratamiento de las dificultades en los Procesos Misionales del Nivel Central, se realizarán a través de los Comités de cada Vicerrectoría (Académica, Investigaciones y Bienestar), donde los integrantes (líderes de procesos y subprocesos) de cada comité deberán informar sobre las dificultades que se han presentado en el desarrollo de sus actividades. En el acta de cada comité se deberá registrar las dificultades presentadas, las acciones tomadas en los eventos presentados.

Semestralmente se deberá reportar las dificultades (representativas y recurrentes) que se presentaron en el desarrollo normal de las actividades, análisis de las mismas, las acciones realizadas para su corrección, así como las acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento planteadas para las dificultades presentadas. (Ver numeral 4.4 de este manual).

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.

4.1.4 Dificultades de asuntos administrativos

Las dificultades de asuntos administrativos, aplica para los funcionarios docentes y administrativos en relación con los procesos, procedimientos, y trámites de apoyo y/o administrativos. Por ejemplo aspectos relacionados con el aseo, mantenimiento, seguridad y vigilancia, contratación y compras, proyectos de construcción (obras), talento humano, entre otros aspectos relacionados con los procesos estratégicos y de apoyo.

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 9.0
		Página: 15 de 52	
Fecha de Emisión: Febrero 2015	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

Estas dificultades son consolidadas y reportadas por la Secretaría General en el informe semestral y anual del Programa de Quejas y Reclamos, con dicha información el Área de Calidad y Mejoramiento, elaborará el informe consolidado de dificultades de asuntos administrativos por los procesos de apoyo.

Los responsables de los procesos de apoyo deberán analizar las diferentes dificultades de asuntos administrativos que se les haya presentado durante el semestre y con base en la recurrencia e impacto, se deberá plantear las acciones correctivas, preventivas y de mejora. (Ver numeral 4.4 de este manual).

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

Para la ejecución de las auditorías internas de calidad, los auditores internos pueden revisar y seguir las actividades y pasos descritos en la Guía para Auditorías Internas de Calidad, documento elaborado por el Área de Calidad y Mejoramiento, el cual puede ser consultado en la página web del GICUV.¹³

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 generar 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

¹³ Guía para Auditorías Internas de Calidad
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: 9.0
		Página: 16 de 52	
Fecha de Emisión: Febrero 2015	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

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.

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 mínimo 6 meses o tener experiencia en auditorías de calidad en otras instituciones bajo los referentes que se estén auditando.

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.

Dentro del equipo auditor se cuenta con los siguientes roles:

Auditor Jefe: Corresponde al Profesional del Área de Calidad y Mejoramiento que hace parte del equipo auditor.


Auditor del Nivel Central, Facultad, Instituto Académico o Sede Regional: Corresponde a los auditores formados y que han participado en algún ciclo de las auditorías internas de calidad.

Par Acompañante: Corresponde al docente que tiene formación como auditor y/o tiene conocimiento sobre el proceso misional.

Auditor Acompañantes: Corresponde al personal administrativo que nunca ha participado en una auditoría interna de calidad en la Universidad pero que tiene formación y certificado de Auditor Interno de Calidad en la norma ISO 9001 o NTCGP 1000.

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:

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 9.0
		Página: 17 de 52	
Fecha de Emisión: Febrero 2015	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

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 de calidad en otras instituciones públicas o privadas bajo los referentes que se estén auditando.

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.
- 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.

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 9.0
		Página: 18 de 52	
Fecha de Emisión: Febrero 2015	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

- Elaborar los informes preliminares de las auditorías internas de calidad y entregarlo al auditor jefe

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.
- Elaborar el informe final por proceso teniendo en cuenta los informes preliminares entregados por el equipo auditor (Proceso Central, Facultad/ Instituto Académico y Sede Regional)
- Realizar la evaluación a los integrantes del equipo auditor.


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 procesos de gestión de calidad.

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 9.0
		Página: 19 de 52	
Fecha de Emisión: Febrero 2015	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

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.
- 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 con relación a los resultados de las auditorías internas de calidad.

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.

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 9.0
		Página: 20 de 52	
Fecha de Emisión: Febrero 2015	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

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.
- 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:


 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 9.0
		Página: 21 de 52	
Fecha de Emisión: Febrero 2015	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

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

En el programa de auditoría se plantean los procesos, subprocesos, dependencia central, Facultad o Instituto Académico, Sede Regional a auditar. El proceso de Auditorías Internas de Calidad se llevará a cabo de manera transversal lográndose identificar el flujo continuo de los procesos desde el nivel central hasta las unidades descentralizadas que lo ejecutan (Sedes Regionales, Facultades e Institutos Académicos), por medio del cumplimiento al ciclo: Planear, Hacer, Verificar y Actuar (PHVA).

A continuación, se muestra un diagrama del proceso de auditorías internas de calidad, reflejado transversalmente desde el nivel central hasta el nivel descentralizado. Ver Figura 1.


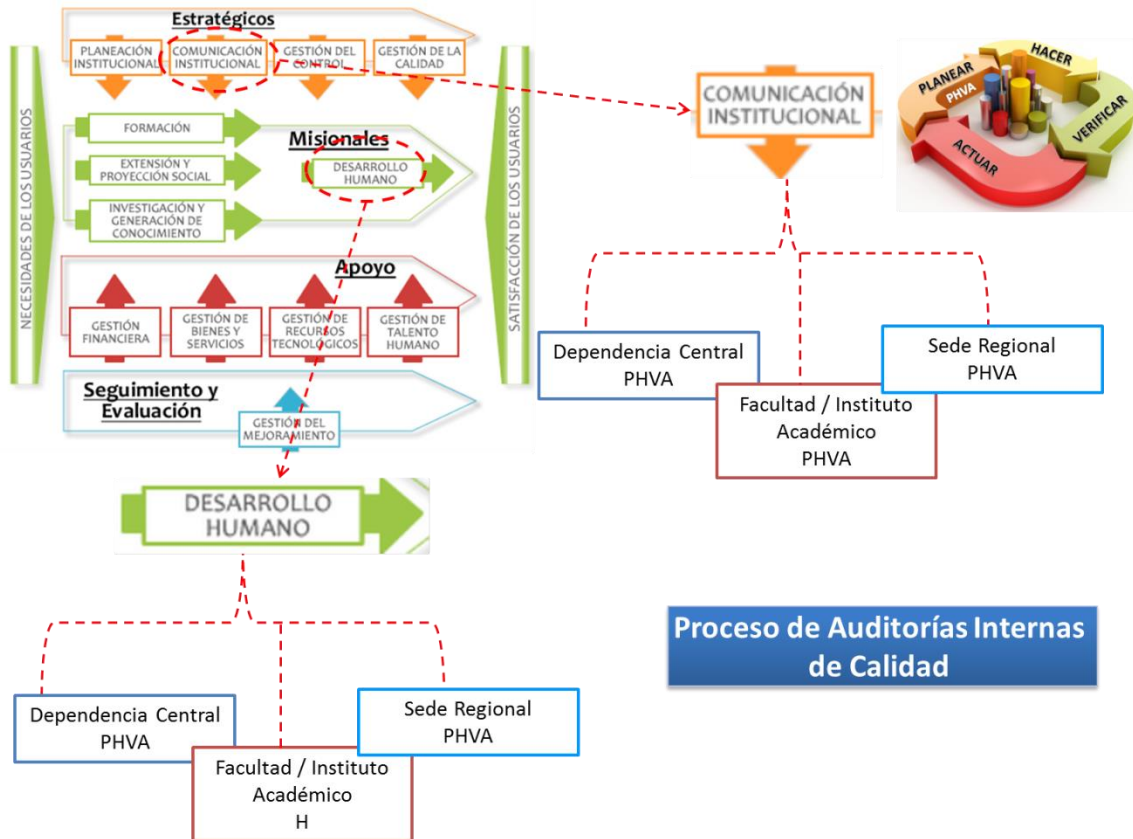
 Universidad del Valle	<h1>Manual de Procedimientos</h1>	Código: MP-13-01-01	Versión: 9.0
		Página: 22 de 52	
Fecha de Emisión: Febrero 2015	Título: <h2 style="text-align: center;">GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO</h2>		

Figura 1. Proceso de Auditorías Internas de Calidad de manera transversal




Fuente: Elaboración Propia

Durante la programación el auditor líder / jefe 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

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 9.0
		Página: 23 de 52	
Fecha de Emisión: Febrero 2015	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

- Documentación del proceso o subproceso a auditar
- Normativa que regula el subproceso a auditar
- Registros del GICUV
- Política de calidad
- Norma NTCGP 1000
- MECI
- Modelo Integrado de Planeación y Gestión

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.

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.

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 9.0
		Página: 24 de 52	
Fecha de Emisión: Febrero 2015	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

La reunión de apertura se realizará por proceso según el Programa de Auditoría, se hará en lo posible una sola reunión de apertura con los involucrados en el ejercicio transversal de la auditoría, de no ser así se realizará las reuniones de apertura por Dependencia, Facultad, Instituto Académico, Sede Regional teniendo en cuenta el proceso / subproceso a auditar de manera transversal.

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

La reunión de cierre se realizará por proceso según el Programa de Auditoria, se hará en lo posible una sola reunión de cierre con los involucrados en el ejercicio transversal de la auditoria, de no ser así se realizará las reuniones de cierre por Dependencia, Facultad, Instituto Académico, Sede Regional teniendo en cuenta el proceso / subproceso a auditar de manera transversal.

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

- Recuento del procedimiento seguido.

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 9.0
		Página: 25 de 52	
Fecha de Emisión: Febrero 2015	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

- 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 apoyado en los criterios de auditoría.

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 un Proceso Central, Facultad, Instituto Académico o Sede Regional, estos informes preliminares serán consolidadas en el *Informe final* por el Área de Calidad y Mejoramiento.

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

El auditor líder / jefe 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.

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 9.0
		Página: 26 de 52	
Fecha de Emisión: Febrero 2015	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

4.2.11 Acciones correctivas, preventivas y de mejora

El responsable de cada proceso / subproceso o dependencia auditada debe 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 la Matriz de Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora F-08-MP-13-01-01, para darle respuesta a los resultados de la auditoría y hacer entrega al auditor líder / jefe como máximo dentro de 45 días después de entregado el informe de auditoría.

Para el diligenciamiento de las acciones correctivas, preventivas y de mejora, 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.¹⁴

En cuanto a las ACPM elaboradas, se debe gestionar y verificar la inclusión dentro del plan de acción o revisar si las acciones propuestas se encuentran ya incluidas en el plan de acción.


4.2.12 Seguimiento

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

Dicho seguimiento se debe dar a conocer al auditado.

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

¹⁴ Guía para Diligenciar la Matriz Plan de Mejoramiento
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: 9.0
		Página: 27 de 52	
Fecha de Emisión: Febrero 2015	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

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 debilidades, 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: 9.0
		Página: 28 de 52	
Fecha de Emisión: Febrero 2015	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

4.3. Políticas y condiciones generales: satisfacción de usuarios

La información sobre la percepción de la actividad académica y los servicios asociados a ésta, se obtendrá de los resultados de los ejercicios de autoevaluación que se realizan con fines de registro calificado, acreditación de programas de pregrado y posgrado y sus respectivas renovaciones; con dichos resultados se realizará el análisis por cada subproceso y proceso del mapa de procesos institucional, lo cual permitirá identificar debilidades y oportunidades de mejora para plantear acciones correctivas, preventivas y de mejora dirigidas hacia los procesos y complementarlas con el plan de acción institucional y de cada unidad académica.

El Área de Calidad y Mejoramiento analizará los datos y con base en el análisis se identificarán debilidades para que cada líder de proceso y/o subproceso tome las acciones correspondientes.

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.


Las acciones correctivas, preventivas y de mejora proveniente de las diferentes fuentes deberán ser diligenciadas en la Matriz de Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora F-08-MP-13-01-01, se deberán verificar si estas acciones se incluyen al Plan de Acción o revisar si dichas acciones ya se encuentran incluidas en el plan de acción.

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 mejoramiento¹⁵ e igualmente verificar su inclusión en el plan de acción para su posterior seguimiento.

Las acciones establecidas en los planes de tratamiento a los riesgos que se encuentran en la matriz institucional de riesgos, son consideradas acciones preventivas¹⁶ que serán

¹⁵ 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.

¹⁶ 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: 9.0
		Página: 29 de 52	
Fecha de Emisión: Febrero 2015	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

fuelle de entrada al informe consolidado de acciones correctivas, preventivas y de mejora que es revisado durante la revisión por la dirección anual.

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.¹⁷
- 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).
- Informe de 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. Descripción de la Oportunidad de Mejora / 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.

¹⁷ 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: 9.0
		Página: 30 de 52	
Fecha de Emisión: Febrero 2015	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

- 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.

4.4.3. Causa o Razón

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.

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 9.0
		Página: 31 de 52	
Fecha de Emisión: Febrero 2015	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

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.

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. Acción/Actividad/Proyecto de inversión

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.

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 9.0
		Página: 32 de 52	
Fecha de Emisión: Febrero 2015	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

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. 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 planteadas en la Matriz de Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora deben ser revisadas para ser incluidas en el Plan de Acción con el fin de realizar su seguimiento a través del plan de acción al cual se le realiza seguimiento de forma semestral.

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

Esta actividad debe ser desarrollada por el responsable de cada proceso y en el caso del nivel descentralizado por parte de los Decanos o Directores de Institutos Académicos o de Sedes Regionales. 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 en el Plan de Acción de la Universidad y se evalúa la eficacia y el cumplimiento de las acciones.

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.

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 9.0
		Página: 33 de 52	
Fecha de Emisión: Febrero 2015	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

4.4.6. Estandarización

Durante esta etapa se busca:

- Mantener las buenas prácticas que se han establecido como resultado de las acciones preventivas, correctivas o de mejora, implementadas así se garantiza 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.

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

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 9.0
		Página: 34 de 52	
Fecha de Emisión: Febrero 2015	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

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 a través del plan de acción se establecen los indicadores de eficiencia, eficacia y efectividad.

Los indicadores de efectividad están representados en aquellos que mide el SUE ya que están directamente relacionados con el impacto de la educación hacia la comunidad. Los indicadores de eficiencia están relacionados con la oportunidad en el manejo de los recursos institucionales y los indicadores de eficacia están directamente relacionados con el cumplimiento de las acciones planteadas. Todos estos indicadores están incluidos en el Plan de Acción.


El seguimiento de los indicadores 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, no siendo esto obligatorio para la verificación de la competencia del sistema de gestión de calidad.

Por lo tanto, las Facultades, Institutos Académicos y Sedes Regionales 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

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 9.0
		Página: 35 de 52	
Fecha de Emisión: Febrero 2015	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

vigencia que se haya realizado, será un insumo para la Rendición de Cuentas del Rector y del respectivo Decano, Director de Instituto o Director de Sede Regional.

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.
- Seguimiento al cumplimiento de los 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
- c) Las necesidades de recursos.

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 9.0
		Página: 36 de 52	
Fecha de Emisión: Febrero 2015	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

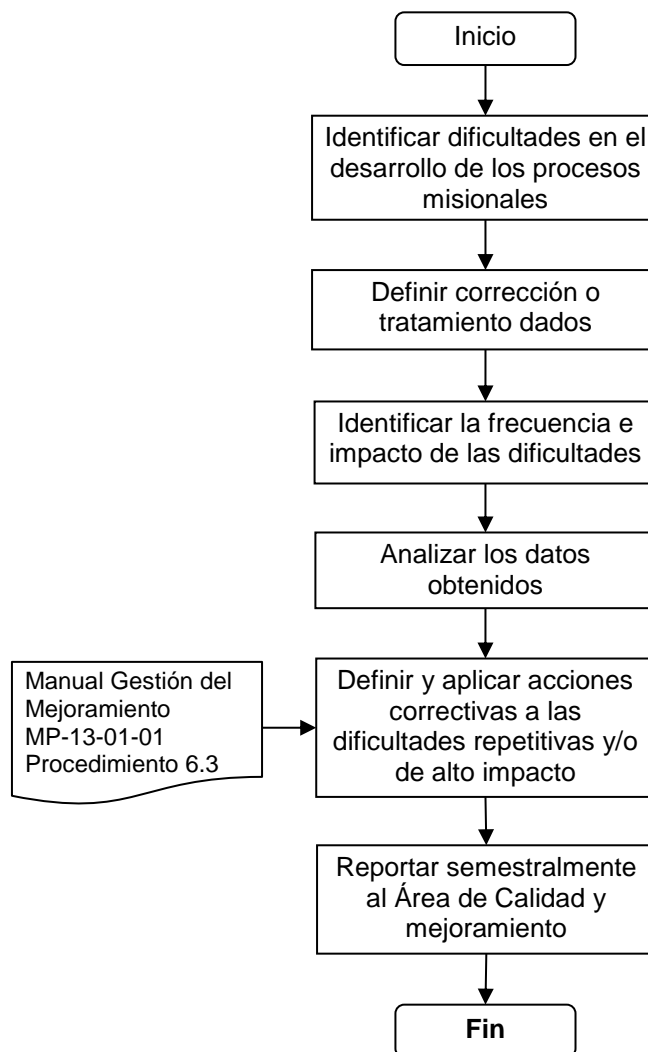
Los informes de la revisión por la dirección podrán servir como base para la rendición de cuentas anual que realiza el Rector a la Comunidad.

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 9.0
		Página: 37 de 52	
Fecha de Emisión: Febrero 2015	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		


5. DIAGRAMA DE FLUJO GENERAL

5.1. Dificultades en el desarrollo de los procesos

Figura 2. Diagrama de flujo dificultades en el desarrollo de los procesos

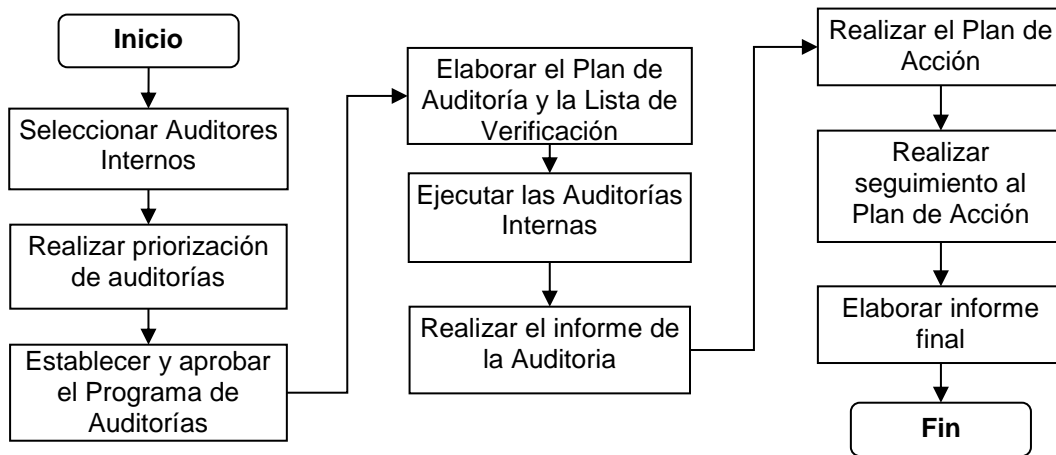


Fuente: elaboración propia

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 9.0
		Página: 38 de 52	
Fecha de Emisión: Febrero 2015	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

5.2. Auditorías internas

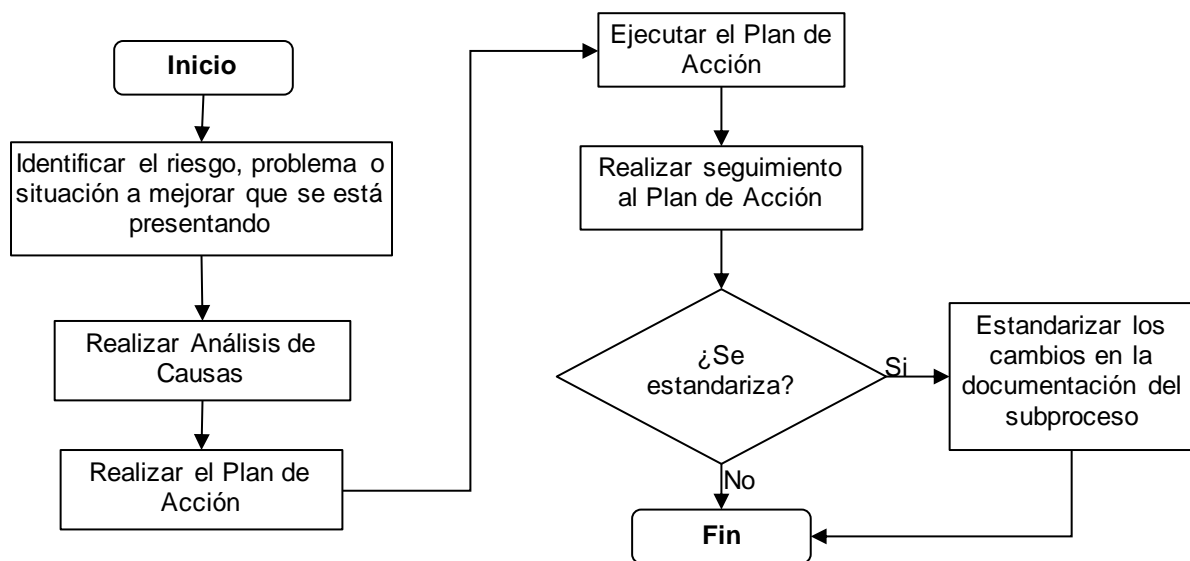
Figura 3. Diagrama de flujo auditorías internas




Fuente: elaboración propia

5.3. Acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento

Figura 4. Diagrama de flujo acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento

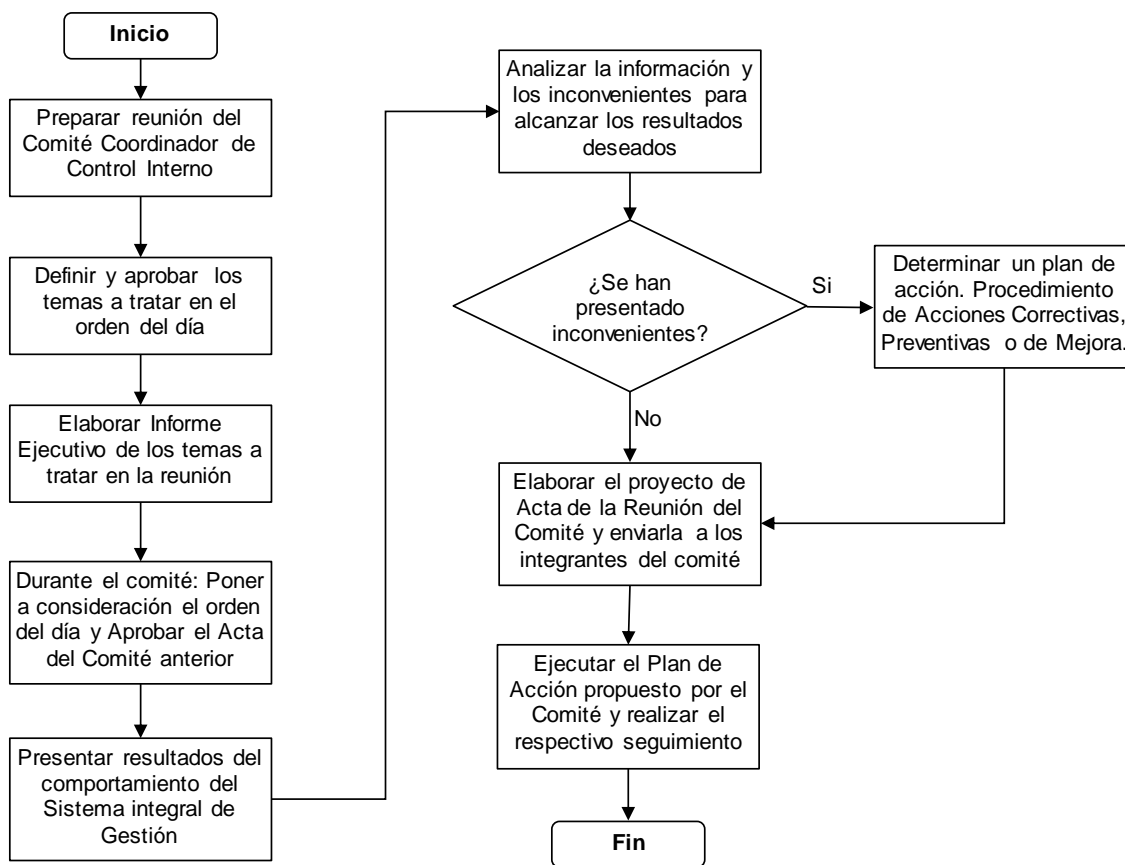


Fuente: elaboración propia


 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 9.0
		Página: 39 de 52	
Fecha de Emisión: Febrero 2015	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

5.4. Revisión por la dirección

Figura 5. Diagrama de flujo revisión por la dirección



Fuente: elaboración propia


 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 9.0
		Página: 40 de 52	
Fecha de Emisión: Febrero 2015	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	Acta - Registro de dificultades en el desarrollo de los procesos Encuesta en Google Docs de la Unidad Académica correspondiente
	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 Matriz de Acciones Correctivas. Preventivas y de Mejora F-08-MP-13-01-01
	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: 9.0
		Página: 41 de 52	
Fecha de Emisión: Febrero 2015	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	Programa Curso
	B- Seleccionar auditores de acuerdo al perfil, a los procesos y subprocesos del mapa de procesos institucional.	Auditor líder	Listado Auditores
	C- Aprobar la selección de auditores internos. ▲	Auditor líder	
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	Comunicación
	H- Revisar documentación y requisitos soportes. ▲	Equipo auditor	Documentación y Soportes
	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
	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



Universidad del Valle

Manual de Procedimientos

Código:
MP-13-01-01

Versión:
9.0

Página:
42 de 52


Fecha de Emisión:
Febrero 2015

Título:
GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO

ETAPA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	REGISTROS
3. Ejecución de las auditorías	A- Realizar reunión de apertura.	Auditor jefe Equipo auditor Auditado	Lista de Asistencia
	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- Preparar el informe preliminar de auditoría.	Equipo auditor	Informe preliminar de auditoría F-07-MP-13-01-01
	B- Consolidar informe de auditoría final por proceso, según lo definido en el numeral 4.2.10	Equipo del Área de Calidad y Mejoramiento/ Equipo auditor	Informe de final de auditoría F-07-MP-13-01-01
	C- Entregar informe al auditor líder	Auditor jefe	
	D- Revisar informe y entregar al auditado. ▲	Auditor líder	
5. Plan de acción	A- Con base en el informe de auditoría, proponer las acciones correctivas, preventivas o de mejora en la Matriz de Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora.	Auditado	Matriz de Acciones Correctivas, Preventivas y 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 / Auditor Jefe / Jefe Profesional Oficina de Control Interno	Plan de Acción

DEFINITIVO

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: 9.0
		Página: 43 de 52	
Fecha de Emisión: Febrero 2015	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

ETAPA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	REGISTROS
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 Matriz de Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora F-08-MP-13-01-01 Planes de mejoramiento de programas acreditados Matriz de Riegos
	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	
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	



Universidad del Valle

Manual de Procedimientos

Código:
MP-13-01-01

Versión:
9.0

Página:
44 de 52

Fecha de Emisión:
Febrero 2015

Título:
GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO

ETAPA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	REGISTROS
	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 Matriz de Acciones Correctivas, Preventivas y 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 Matriz de Acciones Correctivas, Preventivas y 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 Matriz de Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora F-08-MP-13-01-01 Planes de mejoramiento de programas acreditados
	D- Socializar el plan de acción, si se requieren acciones con responsabilidad por fuera del equipo de trabajo.	Líder del equipo	

DEFINITIVO

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:
9.0

Página:
45 de 52


Fecha de Emisión:
Febrero 2015

Título:
GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO

ETAPA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	REGISTROS
	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 Matriz de Acciones Correctivas, Preventivas y 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. ▲	Líder del equipo	Actas de comités o equipos de trabajo Matriz de Acciones Correctivas, Preventivas y 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 Matriz de Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora F-08-MP-13-01-01 Planes de mejoramiento de programas acreditados
	C- 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	
	D- Elaborar el consolidado de acciones correctivas, preventivas y de mejora de toda la Universidad.	Profesional Área de Calidad y Mejoramiento	Matriz Acciones Correctiva, Preventiva y de Mejora F-08-MP-13-01-01

DEFINITIVO

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: 9.0
		Página: 46 de 52	
Fecha de Emisión: Febrero 2015	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

ETAPA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	REGISTROS
	E- Realizar seguimiento al cierre y cumplimiento de las acciones correctivas, preventivas y de mejora.	Profesional Área de Calidad y Mejoramiento	Matriz Acciones Correctiva, Preventiva y de Mejora F-08-MP-13-01-01
	F- 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	
	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

DEFINITIVO

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:
9.0

Página:
47 de 52

Fecha de Emisión:
Febrero 2015

Título:
GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO


ETAPA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	REGISTROS
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	

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

ETAPA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	REGISTROS
1. Presentación de informes de resultado	A- Elaborar informe anual con los resultados de los ejercicios de autoevaluación que se realizan con fines de registro calificado, acreditación de programas de pregrado y posgrado y sus respectivas renovaciones	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	

DEFINITIVO

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: 9.0
		Página: 48 de 52	
Fecha de Emisión: Febrero 2015	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		


ETAPA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	REGISTROS
	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
	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

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 9.0
		Página: 49 de 52	
Fecha de Emisión: Febrero 2015	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

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	Matriz de Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora

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


 <p>Universidad del Valle</p>	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 9.0
		Página: 50 de 52	
Fecha de Emisión: Febrero 2015	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

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
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 	Junio 2011

DEFINITIVO


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

 <p>Universidad del Valle</p>	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 9.0
		Página: 51 de 52	
Fecha de Emisión: Febrero 2015	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

No.	DESCRIPCIÓN	FECHA
	por la dirección. <ul style="list-style-type: none"> Se ajustó los procedimientos descritos en el manual. Se incluyeron los documentos externos. 	
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 referentes al procedimiento 6.2. Auditorías internas de calidad. 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. 	Mayo 2013
8.0	<ul style="list-style-type: none"> Se realiza ajustes 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
9.0	<ul style="list-style-type: none"> Se agrega en definiciones Par Acompañante y Auditor Acompañante. Se ajustó la política 4.1.1 Identificación y tratamiento de las dificultades. Se agregó la política 4.1.2 Servicio no conforme - Dificultades en el Desarrollo de la Actividad Académica en las unidades 	Febrero de 2015

DEFINITIVO

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: 9.0
		Página: 52 de 52	
Fecha de Emisión: Febrero 2015	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

No.	DESCRIPCIÓN	FECHA
	<p>descentralizadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se agregó la política 4.1.3 Servicio no conforme – Dificultades en los procesos misionales del nivel central. • Se agregó la política 4.1.4 Servicio no conforme – Dificultades de los procesos de apoyo del nivel central • Se complementó la formación en el perfil del auditor en la política 4.2.1, en esta misma política se agregó la definición de los roles. • Se complementó la formación en la política 4.2.2 perfil del auditor invitado. • Se hace claridad en la política 4.2.8 preparación de las auditorias sobre la elaboración del programa. • Se hace unas anotaciones-aclaraciones en la política 4.2.9 ejecución de las auditorías internas de calidad • Se ajustó la política 4.2.11 Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora sobre el uso de la matriz de ACPM. • Se ajusta la política 4.3 Satisfacción de Usuarios. • Se ajusta la política 4.4 Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora. • Se hizo ajuste en los registros del procedimiento 6.1 Dificultades en el desarrollo de los procesos. Por la misma razón se ajustó el procedimiento 6.2 y 6.3. • Se ajustó el procedimiento 6.5 Autoevaluación y evaluación de la percepción de funcionarios y usuarios. 	

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

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

DEFINITIVO

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