

 Universidad del Valle	<b>Manual de Procedimientos</b>	Código: MP-13-01-01	Versión: 10
		Página: 1 de 52	
Fecha de Emisión: Mayo 2016	Título: <b>GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO</b>		
Elaborado por:  Oficina de Planeación y Desarrollo Institucional -Área de Gestión de la Calidad-	Revisado por:  Coordinador Área de de la Calidad	Aprobado por:  Jefe de Oficina de Planeación y Desarrollo Institucional	

## TABLA DE CONTENIDO


<b>1. OBJETIVO .....</b>	<b>5</b>
<b>2. ALCANCE .....</b>	<b>5</b>
<b>3. DEFINICIONES.....</b>	<b>5</b>
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 revisión (auditoría).....	6
3.7. Auditado.....	6
3.8. Auditor .....	7
3.9. Revisión de procesos (Auditoría interna calidad).....	7
3.10. Auditor jefe.....	7
3.11. Coordinador de la revisión de procesos.....	7
3.12. Auditor invitado .....	8
3.13. Par Acompañante .....	8
3.14. Autoevaluación y evaluación de la percepción de funcionarios y usuarios.....	8
3.15. Ciclo de revisión de procesos (auditoría) .....	8
3.16. Conclusiones de la revisión de procesos (auditoría) .....	8
3.17. Corrección .....	8
3.18. Criterios de revisión de procesos (auditoría) .....	8
3.19. Debilidad.....	9
3.20. Dificultades en el desarrollo de los procesos.....	9

 Universidad del Valle	<b>Manual de Procedimientos</b>	Código: MP-13-01-01	Versión: 10
		Página: 2 de 52	
Fecha de Emisión: Mayo 2016	Título: <b>GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO</b>		


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

 Universidad del Valle	<b>Manual de Procedimientos</b>	Código: MP-13-01-01	Versión: 10
		Página: 3 de 52	
Fecha de Emisión: Mayo 2016	Título: <b>GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO</b>		

4.1.1.	Identificación y tratamiento de las dificultades .....	13
4.2.	Políticas y condiciones generales para la revisión de procesos (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 Coordinador de la revisión de procesos .....	18
4.2.6	Funciones y responsabilidades del Coordinador de la revisión de procesos ..	19
4.2.7	Funciones y responsabilidades de los guías y observadores .....	19
4.2.8	Preparación de la revisión de proceso (auditorías) .....	20
4.2.9	Ejecución de las revisiones de procesos (auditorías internas de calidad).....	23
4.2.10	Informe de revisión de procesos (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.....	32
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
<b>5.</b>	<b>DIAGRAMA DE FLUJO GENERAL .....</b>	<b>36</b>
5.1.	Dificultades en el desarrollo de los procesos.....	36
5.2.	Revisión de Procesos (Auditorías internas) .....	37
5.3.	Acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento .....	37

 Universidad del Valle	<b>Manual de Procedimientos</b>	Código: MP-13-01-01	Versión: 10
		Página: 4 de 52	
Fecha de Emisión: Mayo 2016	Título: <b>GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO</b>		

5.4.	Revisión por la dirección.....	38
<b>6.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS.....</b>	<b>39</b>
6.1.	Dificultades en el desarrollo de los procesos (aplicado a subprocesos misionales) .....	39
6.2.	Revisión por procesos (Auditorías internas de calidad).....	40
6.3.	Acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento .....	42
6.4.	Revisión por la dirección.....	45
6.5.	Autoevaluación y evaluación de la percepción de funcionarios y usuarios.....	46
6.6.	Planificación de los cambios del GICUV .....	47
<b>7.</b>	<b>PROCESOS RELACIONADOS.....</b>	<b>47</b>
<b>8.</b>	<b>FORMATOS.....</b>	<b>48</b>
<b>9.</b>	<b>DOCUMENTOS EXTERNOS.....</b>	<b>48</b>
<b>10.</b>	<b>ANEXOS.....</b>	<b>48</b>

 Universidad del Valle	<b>Manual de Procedimientos</b>	Código: MP-13-01-01	Versión: 10
		Página: 5 de 52	
Fecha de Emisión: Mayo 2016	Título: <b>GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO</b>		

## 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, revisión de procesos (auditorías internas de calidad), seguimiento y medición de los procesos, acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento y la revisión por la dirección.

## 3. DEFINICIONES<sup>1</sup>

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).<sup>2</sup>

Existe diferencia entre corrección y acción correctiva. La corrección corresponde a la acción tomada al momento de ocurrir el evento y la acción correctiva es el resultado de

<sup>1</sup> Las definiciones son tomadas de los referentes normativos: MECI, NTCGP 1000, ISO 9000, ISO 19011 y adaptadas al lenguaje institucional.

<sup>2</sup> 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	<b>Manual de Procedimientos</b>	Código: MP-13-01-01	Versión: 10
		Página: 6 de 52	
Fecha de Emisión: Mayo 2016	Título: <b>GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO</b>		

analizar las causas raíces del porqué del evento y de tomar acciones 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).<sup>3</sup>

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”.<sup>4</sup>

### 3.6. Alcance de la revisión (auditoría)

Extensión y límites de la revisión de procesos (auditoría)<sup>5</sup>.


### 3.7. Auditado

Organización que es auditada, corresponde al área o subproceso objeto del ejercicio de la revisión de procesos (auditoría).

<sup>3</sup> Puede haber más de una causa para una no conformidad potencial.

<sup>4</sup> 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.

<sup>5</sup> El alcance de la revisión de procesos (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	<b>Manual de Procedimientos</b>	Código: MP-13-01-01	Versión: 10
		Página: 7 de 52	
Fecha de Emisión: Mayo 2016	Título: <b>GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO</b>		

### 3.8. Auditor

Persona con la competencia requerida para realizar la revisión de procesos (auditorías).

### 3.9. Revisión de procesos (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 efectiva<sup>6</sup>.

En el marco del GICUV, la Universidad ha definido el desarrollo de la revisión de procesos (auditorías internas de calidad) como un proceso de autoevaluación y mejoramiento continuo; por lo tanto, estas revisiones de proceso 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 revisiones de procesos y las auditorías de control).

A partir del Ciclo No. 9 del 2015 bajo la Circular No. 0010.0014-835-2015 de septiembre de 2015 en el que se hizo un ajuste a la metodología de las auditorías internas de calidad, la cual consistió en cambiar el nombre de auditoría interna por “Revisión de Procesos” con el fin de que sea un lenguaje más amigable en la Universidad.

Por lo anterior, dentro de este documento y dentro del proceso de Gestión de Mejoramiento, se entenderá el proceso de Auditoría Interna de Calidad como Revisión de Procesos.


### 3.10. Auditor jefe

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

### 3.11. Coordinador de la revisión de procesos

Responsable por la planeación, programación de los ciclos de la revisión de procesos (auditorías internas de calidad) y elaboración de los informes por ciclo de revisión.

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

 Universidad del Valle	<b>Manual de Procedimientos</b>	Código: MP-13-01-01	Versión: 10
		Página: 8 de 52	
Fecha de Emisión: Mayo 2016	Título: <b>GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO</b>		

Cuando el Coordinador de la revisión de procesos participe en la revisión de procesos (auditorías internas de calidad) realizará todas las funciones del auditor jefe o auditor interno del equipo.

### **3.12. Auditor invitado**

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

### **3.13. Par Acompañante**

Docente o personal administrativo que tiene formación como auditor interno de calidad en la norma ISO 9001 o NTCGP 1000 o que por su conocimiento sobre los procesos misionales o administrativos puede participar en compañía de otro auditor en el ejercicio de la revisión de procesos (auditoría interna de calidad). Cuando el par acompañante no sea auditor interno de calidad, actuará como: Experto Técnico.

### **3.14. 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.

### **3.15. Ciclo de revisión de procesos (auditoría)**

Conjunto de revisiones (auditorías) programadas que se ejecutan en un periodo determinado y que comprende las etapas: Inicio, seguimiento y cierre; cada ciclo es dirigido y controlado por el Coordinador de la revisión de procesos.

### **3.16. Conclusiones de la revisión de procesos (auditoría)**

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

### **3.17. Corrección**


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

### **3.18. Criterios de revisión de procesos (auditoría)**

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

<sup>7</sup> Una corrección puede realizarse junto con una acción correctiva.



 <p>Universidad del Valle</p>	<b>Manual de Procedimientos</b>	Código: MP-13-01-01	Versión: 10
		Página: 9 de 52	
Fecha de Emisión: Mayo 2016	Título: <b>GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO</b>		

### 3.19. Debilidad

En el contexto de la revisión de procesos (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 revisión de procesos.

### 3.20. Dificultades en el desarrollo de los procesos

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

### 3.21. 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.

### 3.22. Eficacia

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

### 3.23. Eficiencia

Relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados.

### 3.24. Equipo auditor

Uno o más auditores que llevan a cabo una revisión de procesos (auditoría).

### 3.25. Evidencia de la revisión de procesos (auditoría)

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

### 3.26. Experto técnico

Persona que aporta conocimientos o experiencia específicos al equipo auditor<sup>8</sup>.

### 3.27. 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.

### 3.28. Guía

Persona designada por el auditado para asistir al equipo auditor.

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

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

 Universidad del Valle	<b>Manual de Procedimientos</b>	Código: MP-13-01-01	Versión: 10
		Página: 10 de 52	
Fecha de Emisión: Mayo 2016	Título: <b>GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO</b>		

### 3.29. Indicadores del Plan Estratégico de Desarrollo

Indicadores que se deben llevar a cabo para dar cumplimiento a los asuntos estratégicos, estrategias y programas considerados en el Plan Estratégico de Desarrollo<sup>9</sup>. La definición, actualización y seguimiento de estos indicadores es realizada a través del proceso de Planeación Institucional.

### 3.30. 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.

### 3.31. Informe de revisión de procesos (auditoría)

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

- *Informe preliminar de revisión de procesos*, es aquel que documenta el auditor jefe en conjunto con el equipo auditor resultado de la revisión de procesos en donde se toman muestras de unidades académico-administrativas. Los informes preliminares son documentos de uso exclusivo del equipo auditor y no necesariamente deben ser presentados a los auditados.
- *Informe final de revisión de procesos*, es aquel en donde se consolida los resultados de la revisión de procesos, para ello se toma como base los informes preliminares preparados por los equipos auditores y estos deben ser aprobados por el equipo auditor y presentados al líder del proceso.

### 3.32. Mapa de riesgos


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

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

### 3.33. Mejora continua

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

<sup>9</sup> El Plan Estratégico de Desarrollo puede ser consultado en: <http://plan2025.univalle.edu.co>

 Universidad del Valle	<b>Manual de Procedimientos</b>	Código: MP-13-01-01	Versión: 10
		Página: 11 de 52	
Fecha de Emisión: Mayo 2016	Título: <b>GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO</b>		

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.

### **3.34. 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.

### **3.35. No conformidad**

Incumplimiento de un requisito, en el contexto de la revisión de procesos (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.

### **3.36. Observación**

Situación que potencialmente puede afectar al GICUV, en el contexto de la revisión de procesos (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.

### **3.37. 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 revisión de procesos (auditoría).<sup>10</sup>

### **3.38. Oportunidades de mejora**

En el contexto de la revisión de proceso (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.


### **3.39. Plan de revisión de procesos (auditoría)**

Descripción de las actividades y de los detalles acordados de una revisión de procesos.

### **3.40. Problema**

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

<sup>10</sup> Un observador puede provenir del auditado, una autoridad reglamentaria u otra parte interesada que testifica la revisión de procesos (auditoría). Los observadores pueden ser auditores de calidad en proceso de formación.

 Universidad del Valle	<b>Manual de Procedimientos</b>	Código: MP-13-01-01	Versión: 10
		Página: 12 de 52	
Fecha de Emisión: Mayo 2016	Título: <b>GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO</b>		

### 3.41. Programa de revisión de proceso (auditorías)

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

### 3.42. Requisito

Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita (habitual o común en la Institución) u obligatoria<sup>11</sup>.

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.

### 3.43. Resultados de la revisión de procesos (auditoría)

Resultados de la evaluación de la evidencia de la revisión de procesos (auditoría) recopilada frente a los criterios de revisión. Los resultados de la revisión de procesos pueden conducir a la identificación de debilidades, oportunidades para la mejora (observaciones) o el registro de buenas prácticas (fortalezas).<sup>12</sup>

### 3.44. 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.

### 3.45. Satisfacción de usuarios


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

### 3.46. 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.

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

<sup>12</sup> Los resultados de la revisión de procesos (auditoría) pueden indicar conformidad o no conformidad.

 Universidad del Valle	<b>Manual de Procedimientos</b>	Código: MP-13-01-01	Versión: 10
		Página: 13 de 52	
Fecha de Emisión: Mayo 2016	Título: <b>GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO</b>		

## 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 Gestión de la Calidad 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, dejando evidencia del análisis y las acciones propuestas en las actas o registros correspondientes.

 Universidad del Valle	<b>Manual de Procedimientos</b>	Código: MP-13-01-01	Versión: 10
		Página: 14 de 52	
Fecha de Emisión: Mayo 2016	Título: <b>GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO</b>		

Con base en la consolidación de todos esos informes el Área de Gestión de la Calidad 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 Gestión de la Calidad 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.

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 Gestión de la Calidad, elaborará el informe consolidado de dificultades de asuntos administrativos por los procesos de apoyo.

 Universidad del Valle	<b>Manual de Procedimientos</b>	Código: MP-13-01-01	Versión: 10
		Página: 15 de 52	
Fecha de Emisión: Mayo 2016	Título: <b>GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO</b>		

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 la revisión de procesos (auditorías internas de calidad)**

Para la ejecución de la revisión por procesos, los auditores internos pueden revisar y seguir las actividades y pasos descritos en la Guía para Revisión de Procesos, documento elaborado por el Área de Gestión de la Calidad, el cual puede ser consultado en la página web del GICUV.<sup>13</sup>

Además se podrá consultar las siguientes normas:

- 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.

La revisión por procesos se realiza 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 conocimientos y habilidades en la disciplina y el sector del sistema de gestión que el auditor pretenda revisar (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.

<sup>13</sup> [Guía para Revisión de Procesos](#)

 Universidad del Valle	<b>Manual de Procedimientos</b>	Código: MP-13-01-01	Versión: 10
		Página: 16 de 52	
Fecha de Emisión: Mayo 2016	Título: <b>GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO</b>		

- 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 revisión de procesos (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 preferiblemente al Profesional del Área de Gestión de la Calidad que hace parte del equipo auditor, en ocasiones puede ser un auditor interno de calidad formado y que haya realizado revisión de procesos (auditorías).

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

**Par Acompañante:** Corresponde al docente o personal administrativo que tiene formación como auditor y/o tiene conocimiento sobre el proceso misional o proceso administrativo, como es el caso de Coordinadores Administrativos, Coordinadores Académicos o cargos similares, Vicedecanos de Investigación, Vicedecanos Académicos, Decanos, Directores de Sedes, entre otros.

Cuando el par acompañante no sea auditor interno de calidad, actuará como: Experto Técnico.

**Líder del proceso:** Jefe de División, Jefe de Sección o Coordinador de Área que tiene a cargo un proceso o subproceso.

#### 4.2.2 Perfil del auditor invitado


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

**Educación:** Estudios superiores en cualquier área de conocimiento.

#### Formación:

- Curso aprobado de formación de auditores internos, bajo la NTCGP 1000 y/o ISO 9001.




 Universidad del Valle	<b>Manual de Procedimientos</b>	Código: MP-13-01-01	Versión: 10
		Página: 17 de 52	
Fecha de Emisión: Mayo 2016	Título: <b>GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO</b>		

- 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 revisión de procesos (auditoría) establecidos por la Universidad.
- Ser independiente con relación al área auditada.
- Planificar la revisión de procesos (auditoría) y elaborar lista de verificación.
- Realizar la revisión de procesos (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 revisión de procesos (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 revisión de procesos.
- Realizar reunión de cierre con el auditado, dándole a conocer los resultados de la revisión de procesos (auditoría).
- Realizar el seguimiento y cierre de las acciones correctivas tomadas por los procesos auditados para subsanar las debilidades detectadas durante la revisión de procesos. Esta función debe hacerse por el auditor jefe y el líder del proceso.
- Utilizar los formatos de trabajo establecidos para registrar las actividades de la revisión de procesos (auditoría).
- Conocer los riesgos asociados a la revisión de procesos (auditoría).
- Elaborar los informes preliminares de la revisión de procesos (auditorías internas de calidad) y entregarlo al auditor jefe o profesional / coordinador responsable de los programas de la revisión de procesos.

 Universidad del Valle	<b>Manual de Procedimientos</b>	Código: MP-13-01-01	Versión: 10
		Página: 18 de 52	
Fecha de Emisión: Mayo 2016	Título: <b>GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO</b>		

#### 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 revisión de procesos (auditoría) y hacer uso eficaz de los recursos durante la revisión.
- Conocer y aplicar en la realización del plan de revisión de procesos 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 revisión de procesos, 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 o pares acompañantes.
- Prevenir y resolver conflictos cuando sea necesario.
- Representar al equipo auditor en las comunicaciones con el profesional que gestiona el programa de revisión de procesos (auditoría) y el auditado.
- Liderar al equipo auditor para alcanzar las conclusiones de la revisión de procesos (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 Coordinador de la revisión de procesos y es realizada según la dinámica del programa de revisión (auditoría), la experiencia del auditor en el GICUV y los conocimientos del proceso a auditar.


#### 4.2.5 Perfil del Coordinador de la revisión de procesos

**Educación:** Profesional en cualquier área de conocimiento.

**Formación:** Se recomienda que tenga curso aprobado y certificado de auditor otorgado por un organismo competente. Conocimiento de las Normas de Referencia: NTCGP 1000, MECI, ISO 9001, ISO 19011, etc. en su versión actual.

**Experiencia:** Se recomienda que tenga mínimo cinco (2) años en procesos de gestión de calidad.

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

 Universidad del Valle	<b>Manual de Procedimientos</b>	Código: MP-13-01-01	Versión: 10
		Página: 19 de 52	
Fecha de Emisión: Mayo 2016	Título: <b>GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO</b>		

**Actitud:** Disposición para desempeñar el rol en la Universidad.

A consideración del Coordinador de la revisión de procesos o del Representante de la Dirección ante el GICUV se podrá contar con auditores externos o auditores invitados para la realización de la revisión de proceso (auditorías internas).

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

#### 4.2.6 Funciones y responsabilidades del Coordinador de la revisión de procesos


- Selección, entrenamiento y evaluación de auditores.
- Planificación y programación de la revisión de procesos (auditorías).
- Identificar y evaluar los riesgos para el programa de revisión de procesos.
- Seleccionar y determinar los métodos para llevar a cabo la revisión de procesos.
- Asegurar que se gestionan y se mantienen registros del programa de revisión de procesos (auditoría).
- Realizar seguimiento, revisión y mejora del programa de revisión de procesos.
- Llevar a cabo la reunión de apertura general, cuando se requiera.
- Asesorar a los equipos auditores para llegar a las conclusiones de la revisión de procesos.
- 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 la revisión de procesos (auditorías).
- Preparar el informe gerencial para la Revisión por la Dirección con relación a los resultados de la revisión de procesos (auditorías internas de calidad).

Cuando el coordinador, participe de las revisiones de procesos (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 revisión de procesos (auditoría).

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

 Universidad del Valle	<b>Manual de Procedimientos</b>	Código: MP-13-01-01	Versión: 10
		Página: 20 de 52	
Fecha de Emisión: Mayo 2016	Título: <b>GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO</b>		

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 revisión de procesos (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 la revisión de proceso (auditorías)

El Coordinador de la revisión de procesos realiza la programación del ciclo de revisión de procesos (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 revisión de procesos (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 revisiones de procesos previas (tiempo desde la última revisión, resultados de revisiones anteriores y su seguimiento, acciones correctivas, preventivas y de mejora no planteadas).

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

**Tabla 1. Calificación para priorización del programa de revisión de procesos**

<b>CALIFICACIÓN</b>	
Impacto alto (negativo)	10

 Universidad del Valle	<b>Manual de Procedimientos</b>	Código: MP-13-01-01	Versión: 10
		Página: 21 de 52	
Fecha de Emisión: Mayo 2016	Título: <b>GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO</b>		

<b>CALIFICACIÓN</b>	
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 revisión de procesos anual se priorizarán, los procesos del nivel central, de las Facultades, Institutos Académicos y de las Sedes Regionales, los subprocesos a revisar, 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.

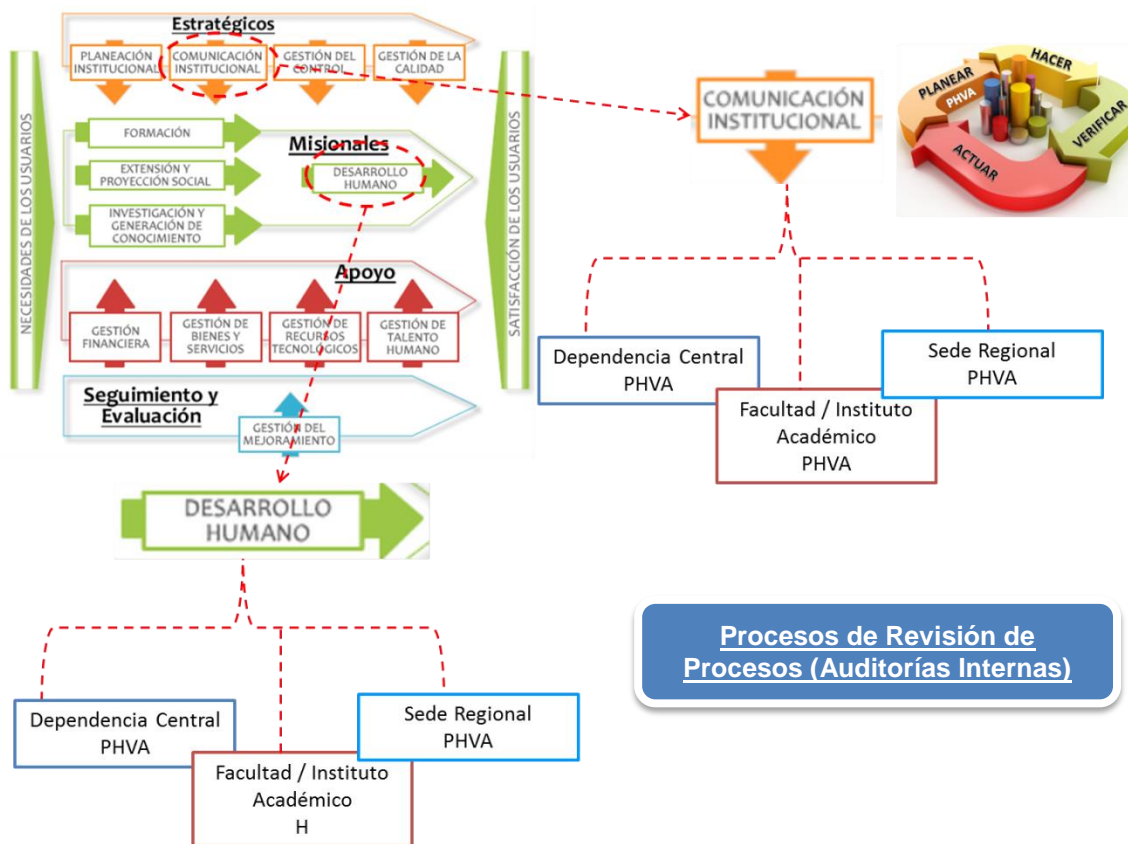
La revisión de procesos (auditorías) se realizarán preferiblemente en horario diurno; previa concertación y aprobación de los responsables de los procesos y recursos podrán realizarse en horario nocturno, esto con el fin de cubrir las jornadas nocturnas especialmente de las Sedes Regionales.

En el programa de revisión de procesos (auditoría) se plantean los procesos, subprocesos, dependencia central, Facultad o Instituto Académico, Sede Regional a auditar. El proceso de revisión de procesos 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 relacionado con la revisión de procesos (auditorías internas de calidad), reflejado transversalmente desde el nivel central hasta el nivel descentralizado. Ver Figura 1.

	<b>Manual de Procedimientos</b>	Código: MP-13-01-01	Versión: 10
		Página: 22 de 52	
Fecha de Emisión: Mayo 2016	<b>Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO</b>		

**Figura 1.** Esquema de Revisión de Procesos (Auditorías Internas de Calidad) de manera transversal




Fuente: Elaboración Propia

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

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

Los criterios para realizar la revisión de procesos (auditoría) incluyen principalmente:

 Universidad del Valle	<b>Manual de Procedimientos</b>	Código: MP-13-01-01	Versión: 10
		Página: 23 de 52	
Fecha de Emisión: Mayo 2016	Título: <b>GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO</b>		

- Manual del GICUV
- Documentación del proceso o subproceso a revisar
- Normativa que regula el subproceso a revisar
- 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 Gestión de la Calidad; los riesgos, así como los controles existentes deben ser conocidos por el equipo auditor antes de la ejecución de la revisión de procesos.

Las acciones asociadas al tratamiento de los riesgos de la revisión de procesos (auditorías) serán definidas y ejecutadas por el Área de Gestión de la Calidad.

Si en la revisión o lectura del Plan de Revisión de Procesos (Auditorías Internas), el auditado y/o los demás participantes de la revisión objetan alguna o varias de sus disposiciones, éstas se deben resolver entre las partes interesadas o con el Coordinador de la revisión de procesos antes de iniciar con dicha revisión (auditoría).


En la etapa de preparación de la revisión de procesos (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 revisión de procesos (auditoría), indicando lo que ha de cubrirse en cada subproceso.
- Recopilar las evidencias de la revisión de procesos (auditoría) en un orden lógico.
- Facilitar el cubrimiento de cada actividad, obteniendo respuesta para los requerimientos.

La lista de verificación se tendrá como un registro hasta que se elaboré los informes finales y una vez estos sean revisados y aprobados por los involucrados, no son necesarias conservarlas.

#### **4.2.9 Ejecución de las revisiones de procesos (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 revisión de procesos (auditoría), definir

 Universidad del Valle	<b>Manual de Procedimientos</b>	Código: MP-13-01-01	Versión: 10
		Página: 24 de 52	
Fecha de Emisión: Mayo 2016	<b>Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO</b>		

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.

La reunión de apertura se realizará por proceso según el Programa de Revisión de Procesos (Auditoría), se hará en lo posible una sola reunión de apertura con los involucrados en el ejercicio transversal de la revisión de procesos, de no ser así se realizará las reuniones de apertura por Dependencia, Facultad, Instituto Académico, Sede Regional teniendo en cuenta el proceso / subproceso a revisar 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 del plan de acción establecidos, seguimiento al mapa de riesgos, etc.), sistemas de información, revisión de bases de datos y sitios 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 revisión de procesos (auditoría) debe ser corroborado en el sitio de trabajo donde fue obtenido con evidencia clara y objetiva.


Los resultados de la revisión de procesos (auditoría) pueden ser debilidades u oportunidades de mejora.

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

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 revisión de procesos.

La reunión de cierre se realizará por proceso según el Programa de Revisión de Procesos, se hará en lo posible una sola reunión de cierre con los involucrados en el ejercicio transversal de la revisión de procesos, de no ser así se realizará las reuniones



 Universidad del Valle	<b>Manual de Procedimientos</b>	Código: MP-13-01-01	Versión: 10
		Página: 25 de 52	
Fecha de Emisión: Mayo 2016	Título: <b>GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO</b>		

de cierre por Dependencia, Facultad, Instituto Académico, Sede Regional teniendo en cuenta el proceso / subproceso a revisar 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.
- Presentación de los resultados obtenidos en el desarrollo de la revisión de procesos, 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 revisión de procesos y/o conclusiones entre el equipo auditor y el auditado deben de discutirse y si es posible resolverse. Si no se resolvieran, el Coordinador de la revisión de procesos mediará para llegar a algún acuerdo apoyado en los criterios de revisión de procesos (auditoría).

#### **4.2.10 Informe de revisión de procesos (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 revisión de procesos 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 revisión de procesos F-07-MP-13-01-01.

El *informe preliminar* es utilizado cuando se realiza revisión de procesos (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 Gestión de la Calidad, el cual se debe unificar resultados (fortalezas, oportunidades y debilidades,) similares cuando se posible, en caso ser necesario se podrá dejar los resultados individuales por Proceso Central, Facultad, Instituto Académico o Sede Regional.

 Universidad del Valle	<b>Manual de Procedimientos</b>	Código: MP-13-01-01	Versión: 10
		Página: 26 de 52	
Fecha de Emisión: Mayo 2016	Título: <b>GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO</b>		

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

El Coordinador de la revisión de procesos / auditor 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 Coordinador de la revisión de procesos, en el cual se le hace entrega del informe final.

#### **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 el formato de Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora F-08-MP-13-01-01, para darle respuesta a los resultados de la revisión de procesos (auditoría) y hacer entrega al Coordinador de la revisión de procesos / auditor jefe.

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 Gestión de la Calidad, el cual puede ser consultado en el sitio web del GICUV.<sup>14</sup>

#### **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

<sup>14</sup> [Guía para Diligenciar la Matriz Plan de Mejoramiento](#)

 Universidad del Valle	<b>Manual de Procedimientos</b>	Código: MP-13-01-01	Versión: 10
		Página: 27 de 52	
Fecha de Emisión: Mayo 2016	Título: <b>GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO</b>		

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 revisión de procesos (auditorías internas de calidad).

#### **4.2.13 Informe final para la alta dirección**

Una vez se ejecuta la totalidad del programa de revisión de procesos (auditorías internas de calidad), con base en los informes de revisión presentados por cada equipo auditor, el Coordinador de la revisión de procesos 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 revisión de procesos 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 Coordinador de la revisión de procesos junto a los demás registros de la revisión.

Al auditor jefe lo evaluará el auditado y el Coordinador de la revisión de procesos, siempre y cuando éste ha participado con el auditor jefe en el ejercicio de revisión, pero cuando el Coordinador de la revisión de procesos 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 Coordinador de la revisión de procesos 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 revisión de procesos. Con los auditores que fueron calificados por debajo de cuatro (4.0) o con los que el Coordinador de la revisión de procesos 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.

 Universidad del Valle	<b>Manual de Procedimientos</b>	Código: MP-13-01-01	Versión: 10
		Página: 28 de 52	
Fecha de Emisión: Mayo 2016	Título: <b>GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO</b>		

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

#### **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 Gestión de la Calidad 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 el formato de Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora F-08-MP-13-01-01.

Los planes de mejoramiento que surgen de la acreditación de programas en las Facultades, Institutos Académicos o Seccionales pueden ser considerados como acciones correctivas, preventivas y/o de mejoramiento<sup>15</sup> e igualmente verificar su inclusión en el plan de acción para su posterior seguimiento.

<sup>15</sup> 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.

 Universidad del Valle	<b>Manual de Procedimientos</b>	Código: MP-13-01-01	Versión: 10
		Página: 29 de 52	
Fecha de Emisión: Mayo 2016	Título: <b>GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO</b>		

Las acciones establecidas en los planes de tratamiento a los riesgos que se encuentran en la matriz institucional de riesgos, son consideradas acciones preventivas<sup>16</sup> que serán fuente de entrada al informe consolidado de acciones correctivas, preventivas y de mejora que es revisado durante la revisión por la dirección anual.

#### 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 la revisión de procesos (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.<sup>17</sup>
- 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?

<sup>16</sup> 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.

<sup>17</sup> Los procedimientos definidos para la recepción y trámite para las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y consultas se encuentran en el proceso de [Comunicación Institucional](#).

 Universidad del Valle	<b>Manual de Procedimientos</b>	Código: MP-13-01-01	Versión: 10
		Página: 30 de 52	
Fecha de Emisión: Mayo 2016	Título: <b>GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO</b>		

- Mostrar la diferencia entre lo que es y lo que debería ser, comparándola con los requerimientos del usuario, la normativa y las especificaciones.
- Cuantificar la diferencia estableciendo cuándo, cuánto o qué tan frecuente ocurre.
- Evitar términos y conceptos muy amplios o ambiguos.
- Se debe señalar los subprocesos, los cargos o dependencias que son afectadas por el problema.

#### 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	<b>Manual de Procedimientos</b>	Código: MP-13-01-01	Versión: 10
		Página: 31 de 52	
Fecha de Emisión: Mayo 2016	Título: <b>GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO</b>		

#### 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.

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,

 Universidad del Valle	<b>Manual de Procedimientos</b>	Código: MP-13-01-01	Versión: 10
		Página: 32 de 52	
Fecha de Emisión: Mayo 2016	Título: <b>GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO</b>		

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


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

La Oficina de Control Interno debe realizar el seguimiento a las acciones derivadas de las auditorías de la Contraloría, de las auditorías programadas en el plan de auditoría de Control Interno y realizar seguimiento a la ejecución de la revisión de procesos (auditorías internas de calidad) programadas por el Área de Gestión de la Calidad.

#### **4.4.6. Estandarización**

Durante esta etapa se busca:



 Universidad del Valle	<b>Manual de Procedimientos</b>	Código: MP-13-01-01	Versión: 10
		Página: 33 de 52	
Fecha de Emisión: Mayo 2016	Título: <b>GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO</b>		

- 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

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

 Universidad del Valle	<b>Manual de Procedimientos</b>	Código: MP-13-01-01	Versión: 10
		Página: 34 de 52	
Fecha de Emisión: Mayo 2016	Título: <b>GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO</b>		

#### **4.6. Políticas y condiciones generales: Indicadores**

Los procesos de la Universidad cuentan con indicadores establecidos por el Ministerio de Educación Nacional, por el SUE, por el Consejo Superior e indicadores incluidos en el Plan Estratégico de Desarrollo, a través de los cuales se establecen los indicadores de eficiencia, eficacia y efectividad.

Los indicadores de efectividad 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.


El seguimiento de los indicadores 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 (Vicerrektorías) 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 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.

 Universidad del Valle	<b>Manual de Procedimientos</b>	Código: MP-13-01-01	Versión: 10
		Página: 35 de 52	
Fecha de Emisión: Mayo 2016	Título: <b>GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO</b>		

#### 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 la revisión de procesos (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.

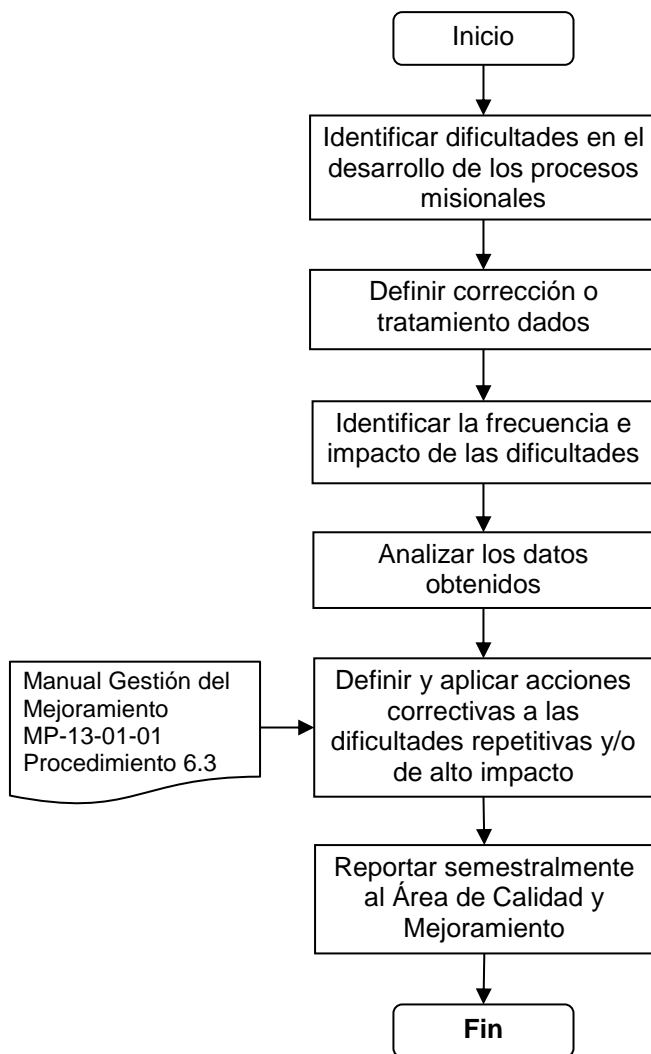
Los informes de la revisión por la dirección podrán servir como base para la rendición de cuentas anual que realiza el Rector a la Comunidad.

 Universidad del Valle	<b>Manual de Procedimientos</b>	Código: MP-13-01-01	Versión: 10
		Página: 36 de 52	
Fecha de Emisión: Mayo 2016	Título: <b>GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO</b>		


## 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

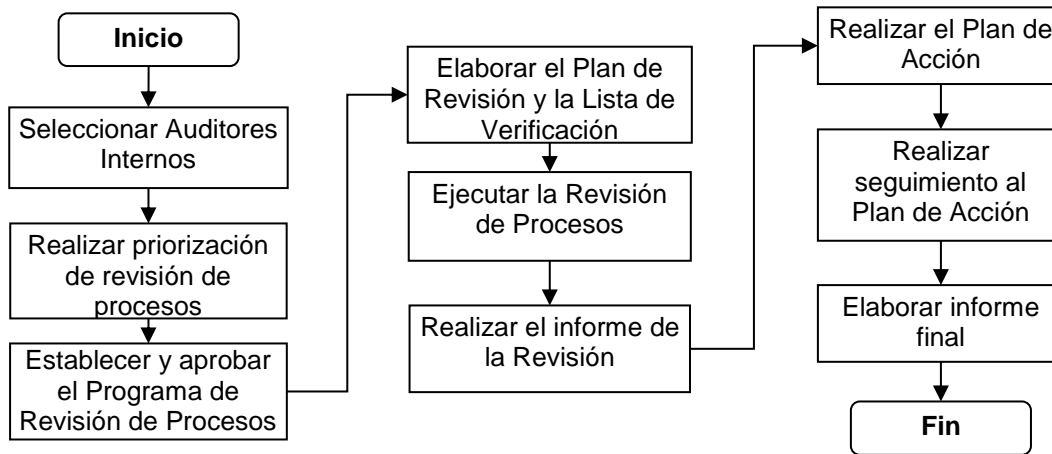


Fuente: Elaboración propia

 <b>Universidad del Valle</b>	<b>Manual de Procedimientos</b>	Código: MP-13-01-01	Versión: 10
		Página: 37 de 52	
Fecha de Emisión: Mayo 2016	Título: <b>GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO</b>		

## 5.2. Revisión de Procesos (Auditorías internas)

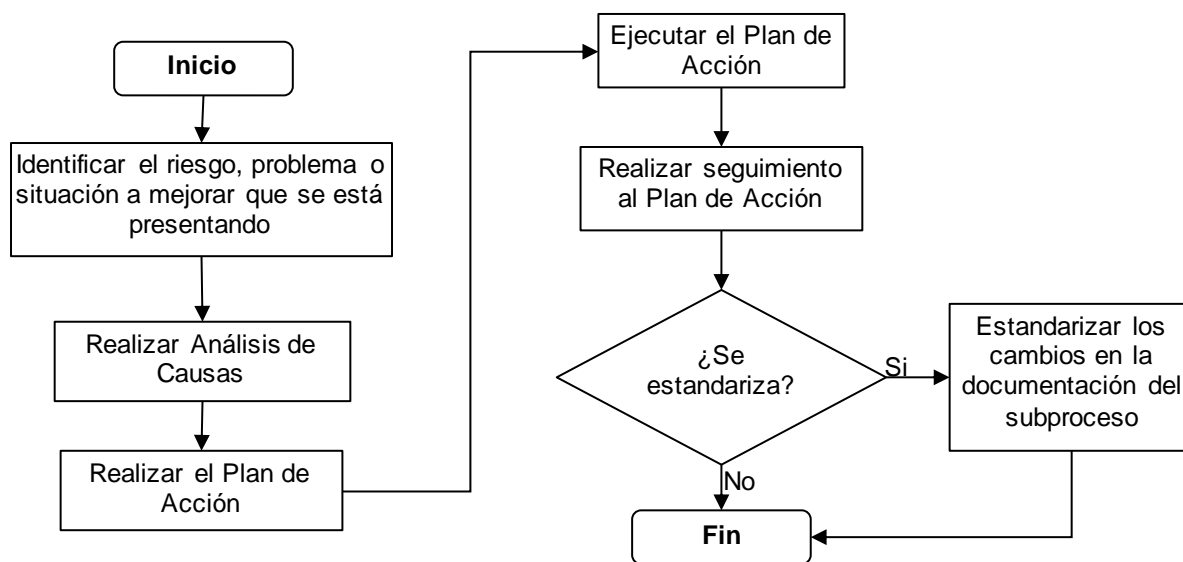
**Figura 3. Diagrama de flujo revisión de proceso (auditorías internas)**




Fuente: Elaboración propia

## 5.3. Acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento

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

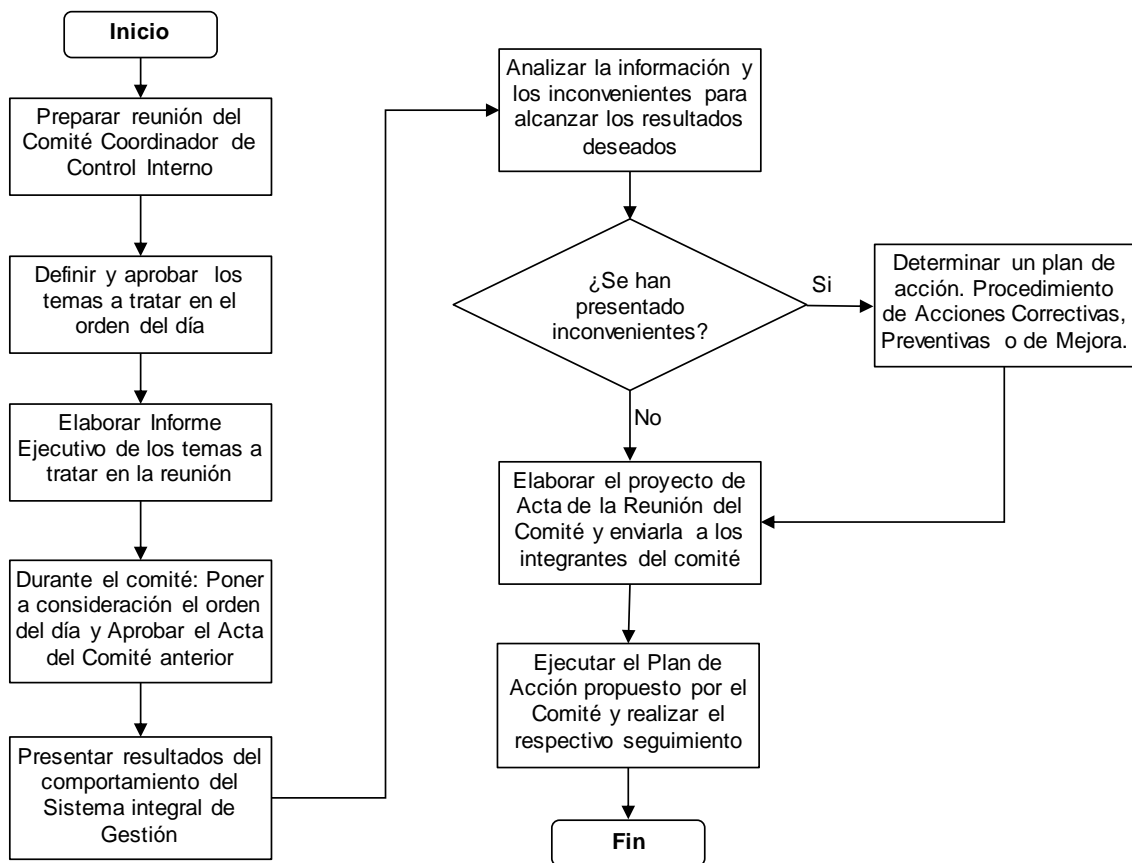


Fuente: Elaboración propia


 <b>Universidad del Valle</b>	<b>Manual de Procedimientos</b>	<b>Código:</b> MP-13-01-01	<b>Versión:</b> 10
		<b>Página:</b> 38 de 52	
<b>Fecha de Emisión:</b> Mayo 2016	<b>Título:</b> <b>GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO</b>		

#### 5.4. Revisión por la dirección

Figura 5. Diagrama de flujo revisión por la dirección



Fuente: Elaboración propia


 <b>Universidad del Valle</b>	<b>Manual de Procedimientos</b>	<b>Código:</b> MP-13-01-01	<b>Versión:</b> 10
		<b>Página:</b> 39 de 52	
<b>Fecha de Emisión:</b> Mayo 2016	<b>Título:</b> <b>GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO</b>		

## 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  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 Gestión de la Calidad – OPDI.	Responsable del subprocesos centrales y descentralizados	Reporte

 <b>Universidad del Valle</b>	<b>Manual de Procedimientos</b>	<b>Código:</b> MP-13-01-01	<b>Versión:</b> 10
		<b>Página:</b> 40 de 52	
<b>Fecha de Emisión:</b> Mayo 2016	<b>Título:</b> <b>GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO</b>		

## 6.2. Revisión por procesos (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.	Coordinador de la revisión de procesos	Programa Curso
	B- Seleccionar auditores de acuerdo al perfil, a los procesos y subprocesos del mapa de procesos institucional.	Coordinador de la revisión de procesos	Listado Auditores
	C- Aprobar la selección de auditores internos. ▲	Coordinador de la revisión de procesos	
2. Preparación de la revisión de procesos (auditorías internas)	A- Establecer los objetivos del programa de revisión de procesos.	Representante de la Dirección	Objetivos del programa
	B- Definir los riesgos asociados al programa de revisión de procesos y su tratamiento.	Coordinador de la revisión de procesos	Riesgos asociados al programa
	C- Realizar la priorización de los subprocesos, Facultades, Institutos Académicos y Sedes Regionales.	Coordinador de la revisión de procesos	Priorización para el programa
	D- Establecer el programa de revisión de procesos: (Alcance, responsabilidades, recursos, calendario, equipos auditores).	Coordinador de la revisión de procesos	Programa de revisión de procesos F-03-MP-13-01-01
	E- Revisar y dar visto bueno al programa de revisión de procesos. ▲	Representante de la Oficina de Control Interno	Programa de revisión de procesos con Vo.Bo
	F- Aprobar el programa de revisión de procesos.▲	Representante de la Dirección	Programa de revisión de procesos aprobado
	G- Comunicar y enviar información relacionada con el subproceso a revisar al equipo auditor.	Coordinador de la revisión de procesos	Comunicación
	H- Revisar documentación y requisitos soportes. ▲	Equipo auditor	Documentación y Soportes
	I- Elaborar el plan de revisión de procesos y la lista de verificación.	Equipo auditor	Plan de revisión de procesos F-04-MP-13-01-01  Lista de verificación F-05-MP-13-01-01





Universidad  
del Valle

## Manual de Procedimientos

Código:  
MP-13-01-01

Versión:  
10

Página:  
41 de 52

Fecha de Emisión:  
Mayo 2016

Título:  
**GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO**

ETAPA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	REGISTROS
	J- Cuando se considere necesario, revisar y aprobar el plan de la revisión de procesos. ▲	Coordinador de la revisión de procesos	Plan de revisión de procesos F-04-MP-13-01-01
3. Ejecución de la revisión de procesos (auditorías)	A- Realizar reunión de apertura.	Auditor jefe Equipo auditor Auditado	Lista de Asistencia
	B- Llevar a cabo la revisión de procesos (auditoría).	Equipo auditor Auditado	
	C- Generar resultados de la revisión de procesos.	Equipo auditor	
	D- Preparar las conclusiones de la revisión de procesos.	Equipo auditor	
	E- Retroalimentar al auditado de las conclusiones de la revisión de procesos.	Equipo auditor	
	F- Realizar reunión de cierre.	Auditor jefe Equipo auditor Auditado	
	G- Realizar la evaluación de auditores internos de calidad.	Coordinador de la revisión de procesos 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 revisión de procesos).	Coordinador de la revisión de procesos	
4. Informe de la revisión de procesos (auditoría)	A- Preparar el informe preliminar de la revisión de procesos.	Equipo auditor	Informe preliminar de revisión de procesos F-07-MP-13-01-01
	B- Consolidar informe de revisión de procesos final por cada proceso, según lo definido en el numeral 4.2.10	Equipo del Área de Gestión de la Calidad/ Equipo auditor	Informe de final de revisión de procesos F-07-MP-13-01-01
	C- Entregar informe al Coordinador de la revisión de procesos.	Auditor jefe	
	D- Revisar informe y entregar al auditado. ▲	Coordinador de la revisión de procesos	
5. Plan de acción	A- Con base en el informe de revisión de procesos, proponer las acciones correctivas, preventivas o de mejora en el formato de Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora.	Auditado	Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora F-08-MP-13-01-01

**DEFINITIVA**

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



Universidad  
del Valle

## Manual de Procedimientos

Código:  
MP-13-01-01

Versión:  
10

Página:  
42 de 52

Fecha de Emisión:  
Mayo 2016

Título:  
**GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO**

ETAPA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	REGISTROS
6. Seguimiento	A. Realizar seguimiento a las acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento derivadas de la revisión de procesos, según procedimiento 6.3 del presente manual. ▲	Coordinador de la revisión de procesos / Auditor Jefe / Jefe Profesional Oficina de Control Interno	Plan de Acción
7. Informe final	A- Elaborar con base en los informes de revisión de procesos y el seguimiento realizado por los equipos auditores, el informe final para el representante de la dirección.	Coordinador de la revisión de procesos	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 Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora F-08-MP-13-01-01 Planes de mejoramiento de programas acreditados Matriz de Riesgos
	B- Reunir toda la información disponible, cualitativa o cuantitativa.	Responsable o involucrados del subproceso	
	C- Establecer de acuerdo a la información suministrada, el equipo de trabajo que debe analizar el problema.	Responsable involucrados del subproceso	
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	

**DEFINITIVA**

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



# Manual de Procedimientos

Código: MP-13-01-01  
 Versión: 10  
 Página: 43 de 52

Fecha de Emisión:  
 Mayo 2016

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 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 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 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	



Universidad  
del Valle

# Manual de Procedimientos

Código:  
MP-13-01-01

Versión:  
10

Página:  
44 de 52

Fecha de Emisión:  
Mayo 2016

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 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 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 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 Gestión de la Calidad	Acciones Correctiva, Preventiva y de Mejora F-08-MP-13-01-01

**DEFINITIVA**

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



Universidad  
del Valle

# Manual de Procedimientos

Código:  
MP-13-01-01

Versión:  
10

Página:  
45 de 52

Fecha de Emisión:  
Mayo 2016

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 Gestión de la Calidad	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 Gestión de la Calidad	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 Gestión de la Calidad	
	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 Gestión de la Calidad	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

**DEFINITIVA**

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



Universidad  
del Valle

## Manual de Procedimientos

Código:  
MP-13-01-01

Versión:  
10

Página:  
46 de 52

Fecha de Emisión:  
Mayo 2016

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 Gestión de la Calidad	Acta del comité
	B- Enviar a los integrantes del comité para su revisión el borrador del acta.	Coordinador Área de Gestión de la Calidad	
	C- Enviar los comentarios sobre el acta.	Comité Coordinador de Control Interno	
	D- Realizar las modificaciones al acta correspondiente.	Coordinador Área de Gestión de la Calidad	
	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 Gestión de la Calidad	

### 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 Gestión de la Calidad	Informe con resultados de la medición
	B- Presentar el informe al responsable del proceso o subproceso.	Equipo del Área de Gestión de la Calidad	

**DEFINITIVA**

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



Universidad  
del Valle

# Manual de Procedimientos

Código:  
MP-13-01-01

Versión:  
10

Página:  
47 de 52

Fecha de Emisión:  
Mayo 2016

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 Gestión de la Calidad	

## 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

**DEFINITIVA**

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

 Universidad del Valle	<b>Manual de Procedimientos</b>	Código: MP-13-01-01	Versión: 10
		Página: 48 de 52	
Fecha de Emisión: Mayo 2016	Título: <b>GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO</b>		

## 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 Revisión de Procesos
3.	F-04-MP-13-01-01	Plan de Revisión de Procesos
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 Revisión de Procesos
7.	F-08-MP-13-01-01	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 y 2015). <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



 Universidad del Valle	<b>Manual de Procedimientos</b>	Código: MP-13-01-01	Versión: 10
		Página: 49 de 52	
Fecha de Emisión: Mayo 2016	Título: <b>GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO</b>		

### CONTROL DE CAMBIOS

No.	DESCRIPCIÓN	FECHA
1.0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Versión inicial del documento.</li> </ul>	Agosto 2008
2.0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambios en la codificación del manual y formatos.</li> <li>• Actualización de procedimientos del manual.</li> <li>• Eliminación del formato de registro de servicio no conforme</li> </ul>	Marzo 2009
3.0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> </ul>	Diciembre 2009
4.0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambios en las políticas y procedimientos de servicio no conforme, acciones correctiva, preventivas y de mejora y revisión por la dirección.</li> <li>• Actualización de codificación del manual y formatos.</li> <li>• Cambios en el formato de registro de servicio no conforme.</li> </ul>	Mayo 2010
5.0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• Cambio en la periodicidad de la entrega de las dificultades en el desarrollo de los procesos.</li> <li>• Cambio en la clasificación de los hallazgos de auditorías internas.</li> <li>• 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.</li> <li>• Se incluyó aspectos para realizar la retroalimentación de la evaluación de desempeño del auditor.</li> <li>• 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).</li> <li>• Se incluyó en la parte de los indicadores, los indicadores del SUE y los del Plan de acción.</li> <li>• Elaboración de los diagramas de flujo de los procedimientos: dificultades en el desarrollo de los procesos, auditorías internas, acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento y revisión por la dirección.</li> </ul>	Junio 2011

**DEFINITIVA**

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



Universidad  
del Valle

## Manual de Procedimientos

Código:  
MP-13-01-01

Versión:  
10

Página:  
50 de 52

Fecha de Emisión:  
Mayo 2016

Título:  
**GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO**

No.	DESCRIPCIÓN	FECHA
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se ajustó los procedimientos descritos en el manual.</li> <li>Se incluyeron los documentos externos.</li> </ul>	
6.0	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se adicionan definiciones y se actualizan las políticas referentes al procedimiento 6.2. Auditorías internas de calidad.</li> <li>Se actualiza el procedimiento 6.2. Auditorías internas de calidad.</li> <li>Se adicionan los planes de mejoramiento de los programas acreditados como registros de las acciones correctivas, preventivas y/o de mejora.</li> <li>Se actualiza el procedimiento 6.1. Dificultades en el desarrollo de los procesos.</li> <li>Se adiciona el procedimiento 6.3. Seguimiento y medición de los procesos.</li> </ul>	Agosto 2012
7.0	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se modifican las definiciones y se actualizan las políticas referentes al procedimiento 6.2. Auditorías internas de calidad.</li> <li>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.</li> </ul>	Mayo 2013
8.0	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se realiza ajustes de forma, en cuanto a la redacción y corrección de palabras.</li> <li>Se cambia la definición de acreditación de programas, se ajusta la definición de ciclo de auditoría, debilidad, mapa de riesgos</li> <li>Se ajusta el perfil del auditor invitado, eliminando aspectos en común que tiene el Perfil del auditor</li> <li>Se adiciona los siguientes, pie de página: 4, 13, 14, 15, 16 y 17.</li> <li>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.</li> </ul>	Abril de 2014
9.0	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se agrega en definiciones Par Acompañante y Auditor Acompañante.</li> <li>Se ajustó la política 4.1.1 Identificación y tratamiento de las dificultades.</li> <li>Se agregó la política 4.1.2 Servicio no conforme - Dificultades en el Desarrollo de la Actividad Académica en las unidades descentralizadas.</li> <li>Se agregó la política 4.1.3 Servicio no conforme – Dificultades</li> </ul>	Febrero de 2015

**DEFINITIVA**

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



# Manual de Procedimientos

Código:  
MP-13-01-01

Versión:  
10

Página:  
51 de 52

Fecha de Emisión:  
Mayo 2016

Título:  
**GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO**

No.	DESCRIPCIÓN	FECHA
	<p>en los procesos misionales del nivel central.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se agregó la política 4.1.4 Servicio no conforme – Dificultades de los procesos de apoyo del nivel central</li> <li>• 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.</li> <li>• Se complementó la formación en la política 4.2.2 perfil del auditor invitado.</li> <li>• Se hace claridad en la política 4.2.8 preparación de las auditorías sobre la elaboración del programa.</li> <li>• Se hace unas anotaciones-aclaraciones en la política 4.2.9 ejecución de las auditorías internas de calidad</li> <li>• Se ajustó la política 4.2.11 Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora sobre el uso de la matriz de ACPM.</li> <li>• Se ajusta la política 4.3 Satisfacción de Usuarios.</li> <li>• Se ajusta la política 4.4 Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora.</li> <li>• 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.</li> <li>• Se ajustó el procedimiento 6.5 Autoevaluación y evaluación de la percepción de funcionarios y usuarios.</li> </ul>	
10	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se ajusta la definición de Acción correctiva.</li> <li>• En todo el documento se cambia el término de “Auditorías Internas de Calidad” por “Revisión por Procesos”, tanto en el alcance, definiciones, políticas generales, diagrama de flujo, procedimientos y formatos.</li> <li>• Se cambia en todo el Manual de Procedimientos la palabra Auditor Líder por Coordinador de Revisión de Procesos.</li> <li>• Se complementa y amplía la definición de Par Acompañante al personal administrativo y se elimina el concepto de auditor acompañante.</li> <li>• Se complementa la definición Informe de Revisión de Procesos (Auditoría Interna).</li> <li>• Cambio y ajuste de la definición de Indicadores del plan de acción, por Indicadores del Plan Estratégico de Desarrollo.</li> <li>• Se complementa las funciones y responsabilidades del equipo auditor, auditor jefe y del perfil del coordinador de revisión de</li> </ul>	Mayo 2016

**DEFINITIVA**

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



Universidad  
del Valle

## Manual de Procedimientos

Código:  
MP-13-01-01

Versión:  
10

Página:  
52 de 52

Fecha de Emisión:  
Mayo 2016

Título:  
**GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO**

No.	DESCRIPCIÓN	FECHA
	<p>procesos.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Se elimina el tiempo de levantamiento de las acciones correctivas, preventivas y de mejora.</li><li>• Con relación a las Acciones correctivas, preventivas y de mejora ACPM, se elimina que las ACPM deben pasar a ser parte del Plan de Acción, cambiando la metodología de seguimiento, adicionalmente se elimina la matriz de ACPM, dejándolo solo en formato de ACPM.</li><li>• En las políticas y condiciones generales: Indicadores, se relaciona los indicadores del Ministerio de Educación Nacional, Consejo Superior y Plan Estratégico de Desarrollo, quitando los indicadores del plan de acción.</li></ul>	

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

Elaborado por: Área de Gestión de la Calidad  
Oficina de Planeación y Desarrollo Institucional

**DEFINITIVA**

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