Universidad Industrial de Santander

#LaUISqueQueremos

70 años UIS

# REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

## SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD
## UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
## 2018

Elaborado por: Ing. Juliana Peña Ayala
Coordinadora de Calidad

08 octubre 2018

1948 - 2018

Patrimonio educativo y cultural de los santandereanos

# AGENDA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

1. Política y Objetivos Institucionales de Calidad
2. Cuestiones externas e internas
3. Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas.
4. Desempeño de los Procesos.
4.1 Indicadores Institucionales de Calidad.
4.2 Balance de Acciones Correctivas, Acciones Preventivas, SNC y Acciones de Mejora.
5. Gestión de riesgos por proceso en la Universidad.
6. Seguimiento planes de mejoramiento Contraloría General de Santander segundo trimestre 2017.
7. Resultados de Auditorías Internas de Calidad 2017.
8. Informe Estadístico PQRSDR.
9. Resultados de Auditorías Externas de Calidad 2017.
10. Dificultades/Necesidades.
11. Evaluación de Proveedores.
12. Adecuación de los recursos.
13. Seguimiento de Compromisos de Revisiones previas de la Dirección.
14. Cambios que pueden afectar el SGC.
15. Recomendaciones para la Mejora.

Conclusiones



# 1. POLÍTICA Y OBJETIVOS INSTITUCIONALES DE CALIDAD

"La Universidad Industrial de Santander, como ente público y autónomo, está comprometida con la eficacia, la eficiencia, la efectividad y el mejoramiento continuo de sus procesos, en consonancia con el Proyecto Institucional, para lograr la satisfacción de las necesidades de sus beneficiarios y fortalecer el desarrollo de la Educación Superior.

Promueve para ello una cultura de calidad basada en el autocontrol, la oportunidad en el servicio y la asertividad en la comunicación de todas las acciones universitarias".



# 2. CUESTIONES EXTERNAS E INTERNAS



# CUESTIONES EXTERNAS

## RETOS A NIVEL EXTERNO




- ✓ Educación
- ✓ Desempeño logístico
- ✓ Salud
- ✓ Pensiones
- ✓ Financiación Empresarial
- ✓ Sistema Tributario
- ✓ Justicia
- ✓ Corrupción
- ✓ Ciencia, Tecnología e Innovación.
- ✓ Energía

- ✓ Tecnologías de la Información y las Comunicaciones
- ✓ Comercio Exterior
- ✓ Eficiencia del estado
- ✓ Posacuerdo
- ✓ Informalidad
- ✓ Desarrollo Local
- ✓ Productividad
- ✓ Mercado Laboral
- ✓ Extensión

"Para su construcción se analiza el contexto nacional y regional, haciendo énfasis en el Departamento de Santander y los municipios donde se encuentran las sedes de la Universidad Industrial de Santander. "

Tomado del documento base para la actualización del Proyecto Institucional y construcción del Plan de Desarrollo Institucional 2019-2030

# CUESTIONES INTERNAS

## RETOS A NIVEL INTERNO



- ✓ Modelo pedagógico
- ✓ Formación Docente
- ✓ Investigación
- ✓ Impacto a la Sociedad + Propósito
- ✓ Estrategia Regionalización
- ✓ Reforma curricular y creación nuevos programas académicos
- ✓ Diseño centrado en los estudiantes
- ✓ Gestión del conocimiento
- ✓ Gestión del Talento Humano
- ✓ Multilingüismo
- ✓ Extensión

- ✓ Gestión financiera
- ✓ Sello identidad UIS
- ✓ Ciudadanía universitaria
- ✓ Objetivos de Desarrollo Sostenible
- ✓ Modelo de admisión incluyente
- ✓ Estrategia de colaboración externa
- ✓ Universidad innovadora y emprendedora
- ✓ Estrategia de comunicación
- ✓ Buen vivir
- ✓ Infraestructura física
- ✓ Apropiación tecnológica

"El análisis de contexto interno se desarrolló a partir del diseño de espacios de construcción colectiva que convocaron a los actores del ecosistema de la universidad a reflexionar con una perspectiva de futuro, sobre la misión, visión, valores y los objetivos que esta tiene como IES para afrontar los nuevos retos a nivel regional, nacional e internacional."

Tomado del documento base para la actualización del Proyecto Institucional y construcción del Plan de Desarrollo Institucional 2019-2030

# 3. COMPRENSIÓN DE LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS



**129 SUBGRUPOS DE INTERÉS** → **19 GRUPOS DE INTERÉS**

| | COMUNIDAD UIS |
|---|---|
| 1 | ALTA DIRECCIÓN |
| 2 | PROFESORES |
| 3 | ESTUDIANTES |
| 4 | GRUPOS CULTURALES, ARTÍSTICOS Y DEPORTIVOS |
| 5 | PERSONAL ADMINISTRATIVO |
| 6 | AFILIADOS UISALUD |
| 7 | EGRESADOS |
| 8 | COMUNIDAD INVESTIGATIVA |
| 9 | COMUNIDAD DE EXTENSIÓN |
| 10 | ENTIDADES ASOCIADAS |
| 11 | JUBILADOS |

| | COMUNIDAD GENERAL |
|---|---|
| 12 | PROVEEDORES/ CONTRATISTAS |
| 13 | AUTORIDADES GUBERNAMENTALES, AUTORIDADES REGULADORAS Y DE CONTROL |
| 14 | OTRAS ENTIDADES |
| 15 | ASPIRANTES |
| 16 | GRUPO FAMILIAR |
| 17 | CIUDADANÍA |
| 18 | INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN |
| 19 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN |

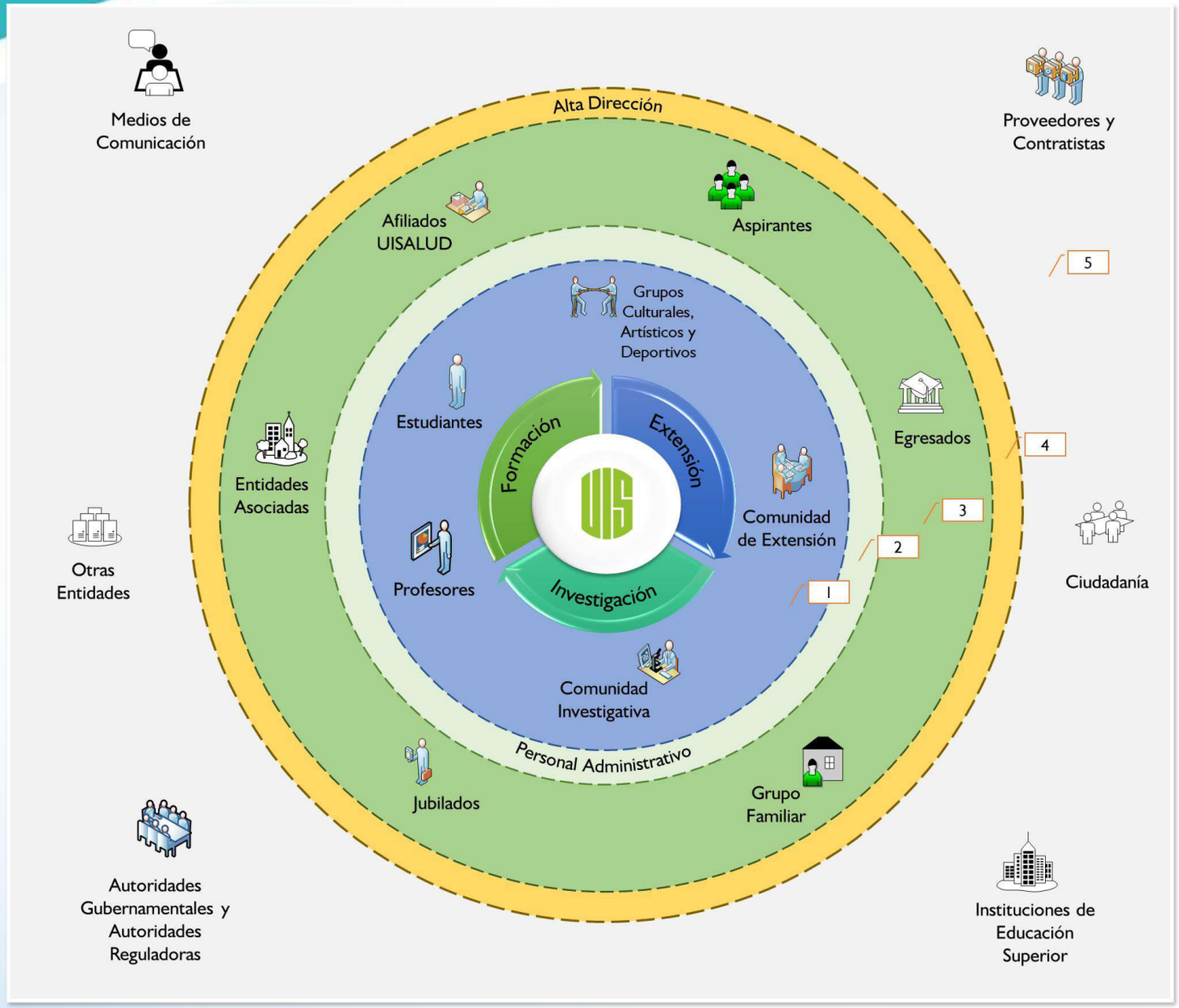
# Metodología Grupos de Interés UIS




0.Antecedentes
1.Identificación de colectivos
2.Clasificación y agrupación de las grupos de interés
3.Descripción de los grupos de interés
4.Identificación de los medios de interacción
5.Gráfica y definición de zonas
6.Identificación inicial de posibles necesidades de los grupos de interés y lo que espera la institución.
7.Clasificación de las necesidades de los grupos de interés y lo que espera la institución.
8.Priorización de los Grupos de Interés
9.Trazabilidad de los cambios
10.Referencias

#LaUISqueQueremos

# GRUPOS DE INTERÉS UIS




Excel

- Contenido
- Metodología y seguimiento
- Gráficas y zonas
- Descripción GI y medios de interacción
- Necesidades y lo que espera la UIS de los GI
- Priorización grupos de interés
- Trazabilidad de los cambios
- Referencias

## SEGUIMIENTO

| Periodicidad | Actividades |
|---|---|
| Anual<br>Planeación | Revisar la Matriz de Grupos de Interés con el fin de actualizar la información. |

# 4. DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS



# DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS

## SEDE CENTRAL

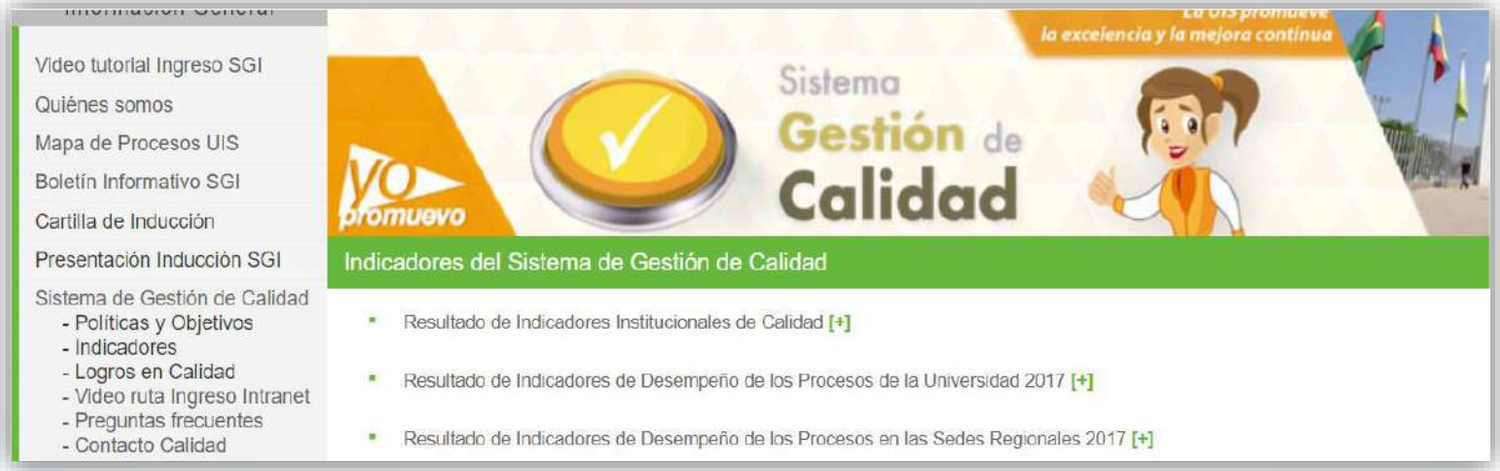
187 Indicadores

- 76 → *Encuesta de Satisfacción*
- 44 → *Riesgos*
- 66 → *Gestión*

## SEDE REGIONALES

157 Indicadores

- 112 → *Encuesta de Satisfacción*
- 13 → *Riesgos*
- 32 → *Gestión*




https://www.uis.edu.co/webUIS/es/sistemaGestionIntegrado/sistemaGestionCalidad/indicadoresSGC.html

# INDICADORES INSTITUCIONALES POLÍTICA DE CALIDAD

| PROCESO | NOMBRE DEL INDICADOR | AÑO 2017 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | FRECUENCIA DE MEDICIÓN | PRIMER TRIMESTRE 2017 | | SEGUNDO TRIMESTRE 2017 | TERCER TRIMESTRE | CUARTO TRIMESTRE |
| | | | META | VALOR | VALOR | VALOR | VALOR |
| EXTENSIÓN | Número anual de estudiantes vinculados en el desarrollo de la función de extensión (PROTOCOLO 24) | Anual | Meta a 2018: 1400 | 3.052 | N.R. | N.R. | 1728 |
| | Entidades vinculadas formalmente al desarrollo de la extensión | Anual | 70% | N.R. | N.R. | N.R. | 89,00% |
| | Nivel de cumplimiento de los Contratos/Convenios de Extensión en el año ( R ) | Anual | 70% | N.R. | N.R. | N.R. | 95,00% |
| | Porcentaje de iniciativas aprobadas para desarrollar actividades de Extensión en el año ( R ) | Anual | 80% | N.R. | N.R. | N.R. | 95,00% |
| | Oportunidad en la realización de los trámites de propuestas de extensión | Trimestral | 90% | 98,00% | 96,00% | 94,00% | 92,00% |
| | Nivel de satisfacción de los servicios de extensión | Anual | 80% | 92,00% | N.R. | N.R. | 95,00% |
| | Asertividad en la comunicación | Anual | 85% | 93,34%* | N.R. | N.R. | 97,00% |
| | **EFICACIA DEL PROCESO DE EX** | **Trimestral** | **80%** | **100,00%** | **100,00%** | **100,00%** | **100,00%** |
| FINANCIERO | Ejecución de Ingresos ( R ) | Anual | 85% | 31,00%* | 52%* | 70%* | 90,00% |
| | Rendimientos Financieros ( R ) | Anual | 100% | N.R. | N.R. | 100,00% | 100,00% |
| | Porcentaje de Inversión ( R ) | Mensual | 50 - 70% | 74,52% | 75,15% | 73,88% | 74,29% |
| | Porcentaje de marcación de bienes. | Mensual | 85% | 96,79% | 73,91% | 78,83% | 100,00% |
| | Nivel de Satisfacción de los beneficiarios. | Semestral | 85% | 94,76%* | N.R. | 96,33% | 96,33% |
| | Oportunidad en el Servicio. | Semestral | 85% | 96,50%* | N.R. | 95,14% | 95,14% |
| | Asertividad en la Comunicación. | Semestral | 85% | 97,00%* | N.R. | 93,51% | 93,51% |
| | **EFICACIA DEL PROCESO FI** | **Mensual** | **85%** | **100,00%** | **94,00%** | **100,00%** | **100,00%** |

| PROCESO | NOMBRE DEL INDICADOR | AÑO 2017 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | FRECUENCIA DE MEDICIÓN | PRIMER TRIMESTRE 2017 | | SEGUNDO TRIMESTRE 2017 | TERCER TRIMESTRE | CUARTO TRIMESTRE |
| | | | META | VALOR | VALOR | VALOR | VALOR |
| BIENESTAR ESTUDIANTIL | Cobertura de la atención en salud. | Semestre académico | 70% | 66%* | 64%* | 94,00% | 65,00% |
| | Participación en Programas Educativo Preventivos. | Trimestral | 26.000 | 33.149 | 34786 | 50723 | 18139 |
| | Porcentaje anual de estudiantes participantes en Programas Educativo - Preventivos | Anual (semestre académico) | 70% | 75,00% | **N.R.** | **N.R.** | 72,32% |
| | Nivel de Satisfacción de los beneficiarios | Semestre calendario | 83% | 92,00%* | 94,00% | 92,00%* | 92,00% |
| | Oportunidad en el Servicio | Semestre calendario | 83% | 92,00%* | 96,00% | 88,00%* | 93,00% |
| | Cobertura Servicio de alimentación | Semestre académico | 245.000 | 286.511 | 243291 | 294631 | 283303 |
| | Asertividad en la comunicación | Semestre calendario | 83% | 95,00%* | 97,00% | 95,00%* | 97,00% |
| | Cobertura de Beneficios Económicos | Semestre académico | 300 | 313 | 314 | 313* | 315 |
| | Disponibilidad de Talento Humano ( **R** ) | Anual | 1 | 0,85* | 0,83* | 0,85* | 0,85 |
| | **EFICACIA DEL PROCESO BE** | **Semestre calendario** | **96%** | **98,00%*** | **98,00%** | **99%*** | **94,00%** |
| CONTRATACIÓN | Nivel de adjudicación de los procesos publico ( **R** ) | Semestral | 70% | **N.R.** | 83,30% | **N.R.** | 97,67% |
| | Porcentaje de ahorro. | Semestral | 3% | **N.R.** | 14,00% | **N.R.** | 3,78% |
| | Porcentaje del Cumplimiento del Control Selectivo | Semestral | 80% | **N.R.** | **NR** | 100,00% | **N.R** |
| | Porcentaje de Ordenes de Importación Tramitadas | Semestral | 80% | **N.R.** | 100,00% | **N.R.** | 100,00% |
| | Nivel de Satisfacción de los beneficiarios. ( **R** ) | Semestral | 80% | **N.R.** | 90,00% | **N.R.** | 84,00% |
| | Asertividad en la comunicación. | Semestral | 80% | **N.R.** | 90,00% | **N.R.** | 82,03% |
| | Oportunidad en el servicio. | Semestral | 80% | **N.R.** | 87,50% | **N.R.** | 86,70% |
| | Nivel de Cumplimiento de los proveedores Evaluados | Semestral | 80% | **N.R.** | 99,82% | **N.R.** | 99,91% |
| | **EFICACIA DEL PROCESO CO** | **Semestral** | **80%** | **N.R.** | **100,00%** | **N.R.** | **100,00%** |

# INDICADORES INSTITUCIONALES POLÍTICA DE CALIDAD

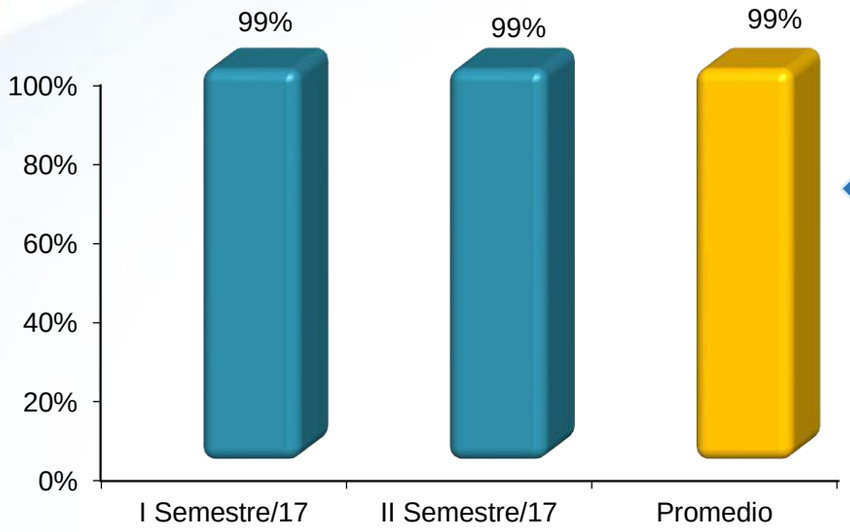
# INDICADORES INSTITUCIONALES POLÍTICA DE CALIDAD

| PROCESO | NOMBRE DEL INDICADOR | AÑO 2017 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | FRECUENCIA DE MEDICIÓN | PRIMER TRIMESTRE 2017 | | SEGUNDO TRIMESTRE 2017 | TERCER TRIMESTRE | CUARTO TRIMESTRE |
| | | | META | VALOR | VALOR | VALOR | VALOR |
| PLANEACIÓN INSTITUCIONAL | Proyectos de inversión evaluados | Anual | 90% | N.R. | N.R. | N.R. | 100,00% |
| | Oportunidad en el servicio | Anual | 90% | 90,00% | N.R. | N.R. | N.R |
| | Nivel de satisfacción de los beneficiarios | Anual | 90% | 90,00% | N.R. | N.R. | N.R |
| | Asertividad en la comunicación | Anual | 90% | 91,00% | N.R. | N.R. | N.R |
| | Asertividad en la información reportada ( R ) | Anual | 0% | 0,00% | N.R. | N.R. | N.R |
| | Eficacia en la asignación de recursos de inversión ( R ) | Anual | 0% | 0,00% | N.R. | N.R. | 0,00% |
| | **EFICACIA DEL PROCESO PI** | **Anual** | **90%** | **100%*** | **N.R.** | **N.R.** | **100,00%** |
| TALENTO HUMANO | Nivel de Satisfacción de los beneficiarios | Mensual | 92% | 100,00% | 93,97% | 99,06% | 94,87% |
| | Oportunidad en el Servicio. | Mensual | 93% | 100,00% | 99,31% | 99,89% | 100,00% |
| | Nivel de cumplimiento de los planes de intervención ECO ( R ) | Semestral | 85% | N.R. | 100,00% | N.R. | 100,00% |
| | Eficacia de la formación | Semestral | 90% | N.R. | N.R. | N.R. | 85,83% |
| | Eficiencia de la formación | Semestral | 85% | N.R. | N.R. | N.R. | 91,22% |
| | Mejoramiento del desempeño | Semestral | 85% | N.R. | N.R. | N.R. | N.R |
| | Nivel de competencia ( R ) | Semestral | 87% | N.R. | 93,43% | N.R. | 94,03% |
| | Desempeño inadecuado de funciones ( R ) | Semestral | 3% | N.R. | 0,00% | N.R. | 0,00% |
| | **EFICACIA DEL PROCESO TH** | **Mensual** | **90%** | **100,00%** | **96,88%** | **99,52%** | **96,59%** |

# 4.1 INDICADORES INSTITUCIONALES DE CALIDAD



# INDICADORES INSTITUCIONALES POLÍTICA DE CALIDAD 2017




## Objetivo Calidad 1.

**Indicador:** Eficacia de los objetivos del Proceso

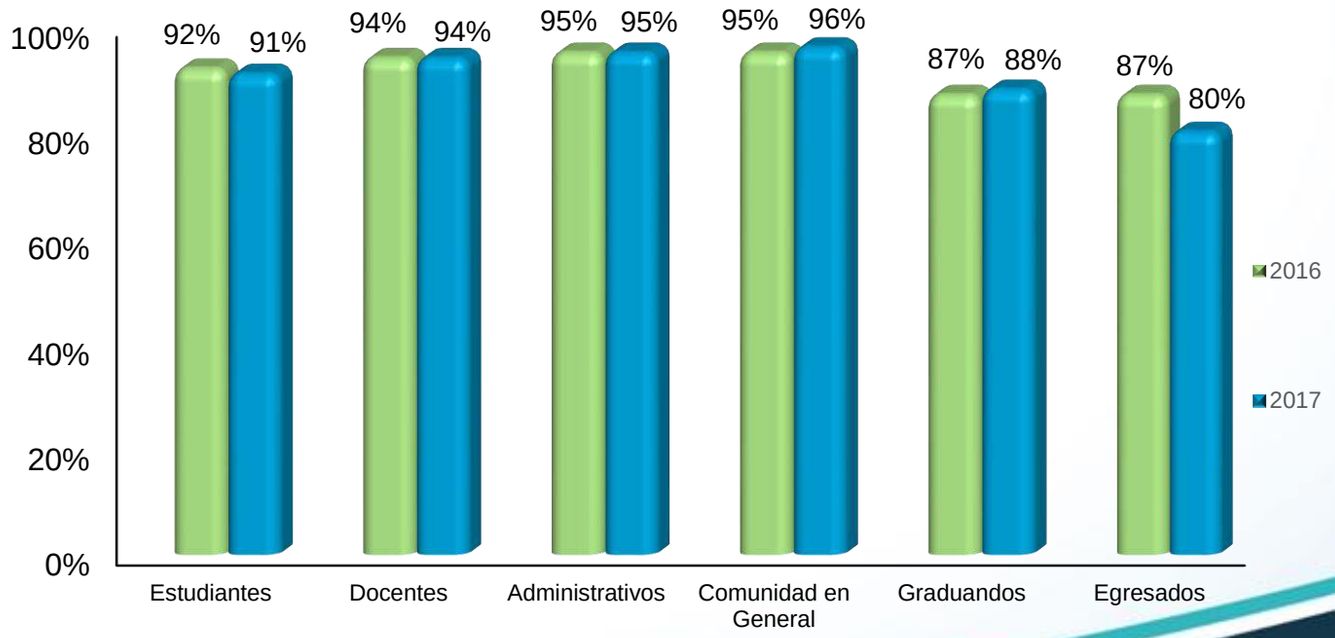
Meta: 90%

## Objetivo Calidad 2. Lograr en los beneficiarios una percepción altamente favorable de los productos y servicios ofrecidos por los procesos de apoyo

**Indicador:** Nivel de satisfacción de los beneficiarios de los procesos de apoyo

| Población | Meta |
|---|---|
| Estudiantes | 84% |
| Docentes | 87% |
| Administrativos | 89% |

| Población | Meta |
|---|---|
| Comunidad en General | 85% |
| Graduandos | 80% |
| Egresados | 80% |

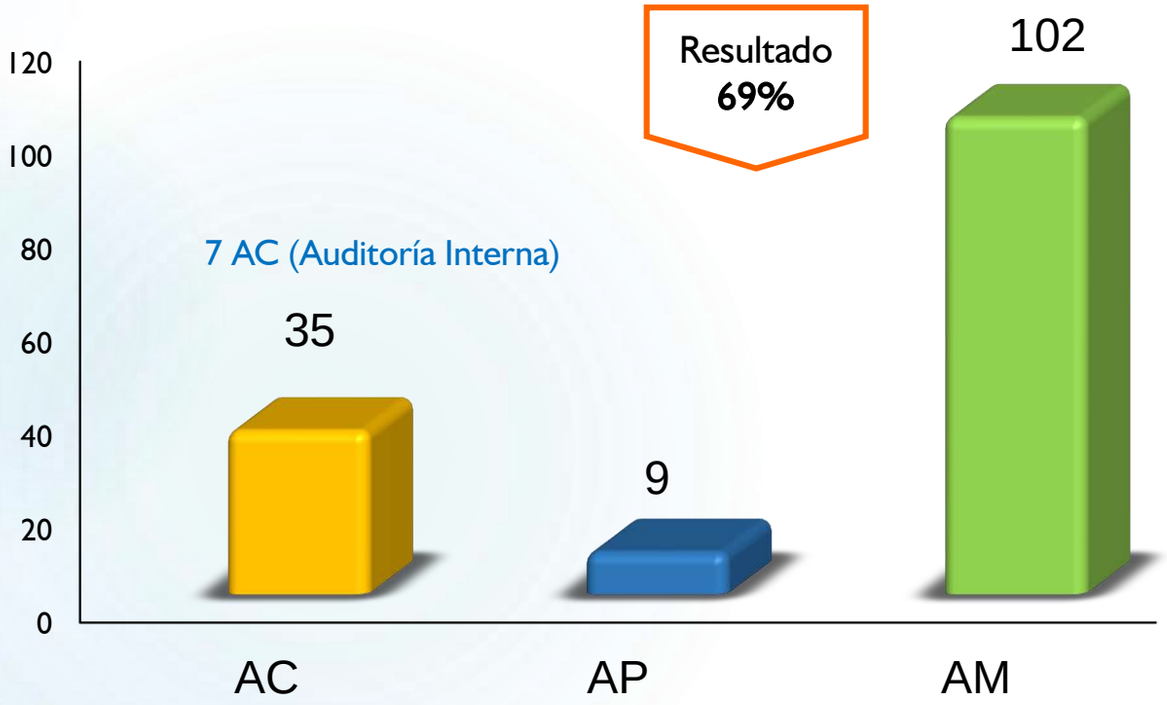


# INDICADORES INSTITUCIONALES POLÍTICA DE CALIDAD 2017

**Objetivo Calidad 3.** Consolidar una cultura de resolución de problemas presentes y potenciales en los procesos de apoyo

**Indicador: Cultura de Mejora**

Meta: 40 – 50 %

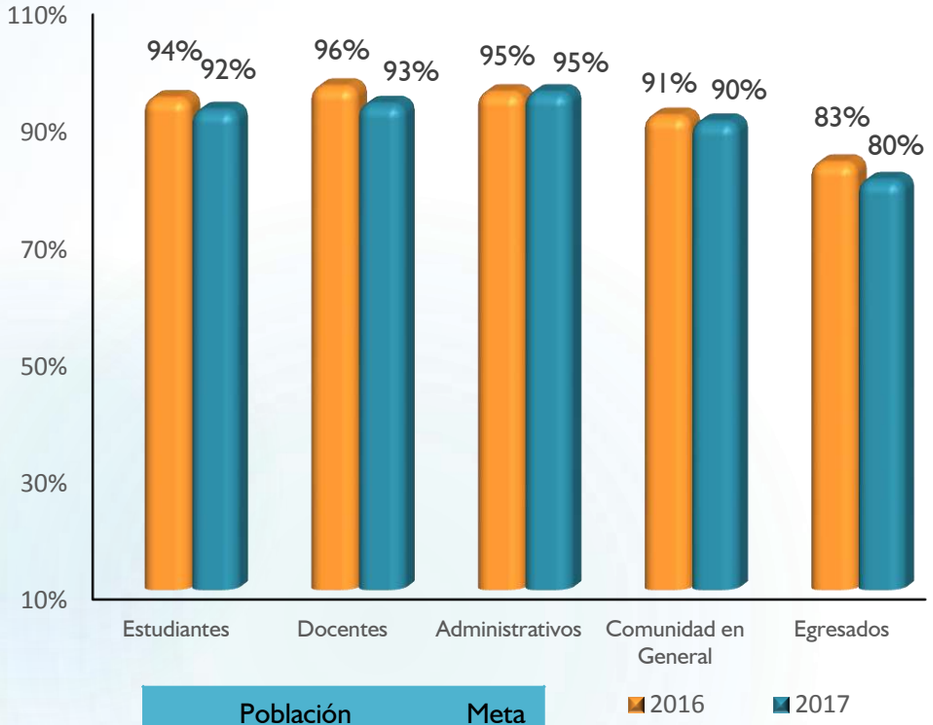



| Proceso | % de Cultura |
|---|---|
| AR | 100% |
| DI | 100% |
| BE | 25% |
| BI | 50% |
| CA | 100% |
| CI | 0% |
| CO | 0% |
| CU | 100% |
| EX | 75% |
| EX- IL | 71% |
| EX-CC | 14% |
| EX - CJ | 100% |
| FI | 0% |
| FO | 100% |
| GD | 80% |
| IN | 38% |
| JU | 75% |
| PI | 100% |
| RE | 60% |
| RF | 73% |
| RT | 100% |
| SE | 0% |
| SI | 25% |
| TH | 78% |

# INDICADORES INSTITUCIONALES POLÍTICA DE CALIDAD 2017

**Objetivo Calidad 4.** Dar a los beneficiarios productos y servicios en los tiempos requeridos, acorde a sus necesidades.

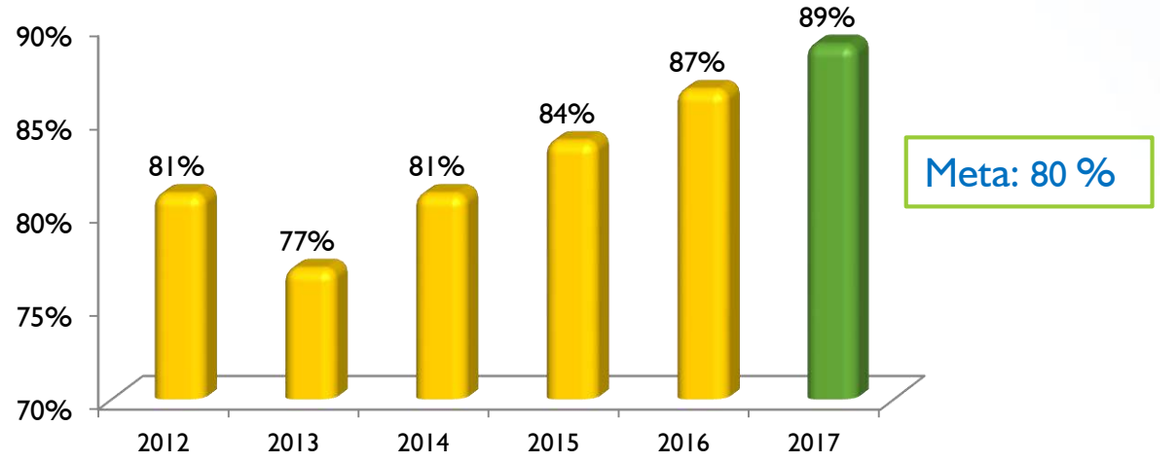
**Indicador:** Oportunidad en el servicio



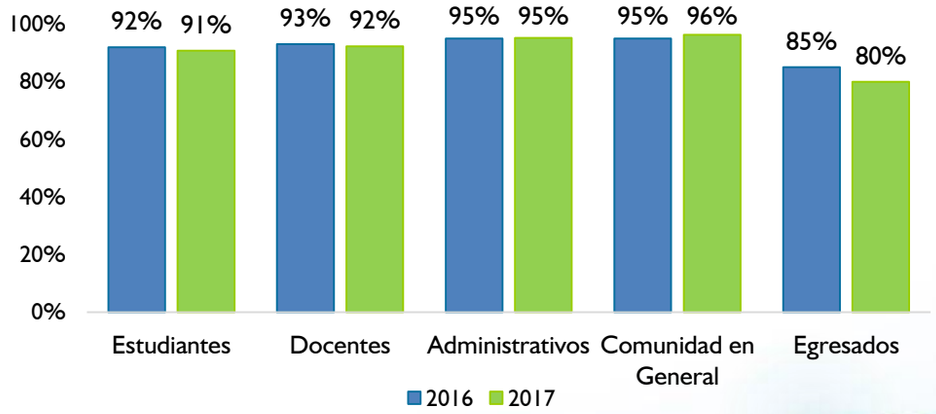

| Población | Meta |
|---|---|
| Estudiantes | 86% |
| Docentes | 87% |
| Administrativos | 89% |
| Comunidad en General | 83% |
| Egresados | 80% |

**Objetivo Calidad 5.** Proporcionar a los beneficiarios información veraz, clara y respetuosa, que facilite su interacción con la Institución

**1.Indicador:** Efectividad de los medios de comunicación




**2.Indicador:** Asertividad en la comunicación



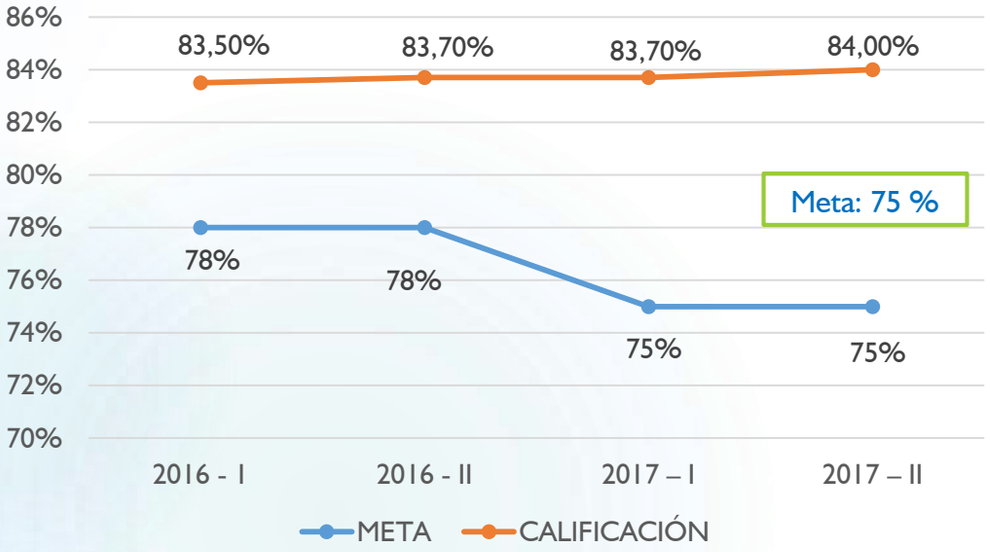

| Población | Meta |
|---|---|
| Estudiantes | 85% |
| Docentes | 86% |
| Administrativos | 88% |
| Comunidad en General | 88% |
| Egresados | 80% |

#LaUISqueQueremos

# INDICADORES INSTITUCIONALES POLÍTICA DE CALIDAD 2017

**Objetivo Calidad 6.** Consolidar en los servidores de la Universidad la apropiación y empoderamiento de sus actividades para alcanzar los objetivos Misionales

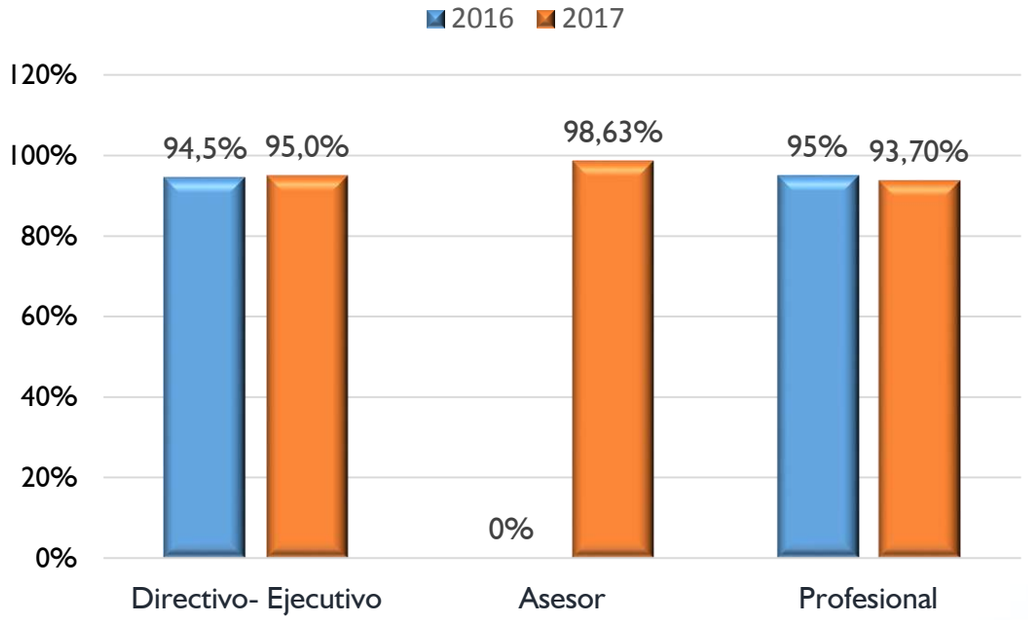
## 1. Indicador: Evaluación Docente




Fuente: Vicerrectoría Académica

(Evaluación docente promedio de los profesores de planta en un semestre académico * 0,6) + (Evaluación docente promedio de los profesores cátedra en un semestre académico * 0,4)

## 2. Indicador: Calificación promedio del desempeño del personal en cargos administrativos de los niveles directivo, ejecutivo, asesor y profesional.




Fuente: Talento Humano

Indicador Operativo
Dimensión Talento Humano: **94,79 %**

# INDICADORES DEL PDI 2010-2018 APORTE A LOS OBJETIVOS DE CALIDAD

**Objetivo Calidad 7.** Gestionar y administrar la capacidad disponible de la Universidad para maximizar los resultados de los Procesos Misionales.

## 1. Formación



1.1 Porcentaje de programas de pregrado acreditados ante el CNA sobre total programa acreditables.

1.2. Número de programas de maestría vigentes.

1.3. Número de programas de doctorado vigentes.

## 2. Investigación




2.1 Grupos de investigación consolidados (Informe Desempeño).

2.2 Número de solicitudes de registro de propiedad intelectual presentados por la Universidad, ante la Autoridad Competente.

2.3 Ponderación de Revistas institucionales indexadas en la clasificación del Índice Bibliográfico Nacional Publindex.

2.4 Número de libros resultado de actividades de investigación, libros de texto y libros de ensayo publicados reconocidos por el CIARP.

## 3. Extensión




3.1 Número de iniciativas empresariales surgidas de la comunidad universitaria.

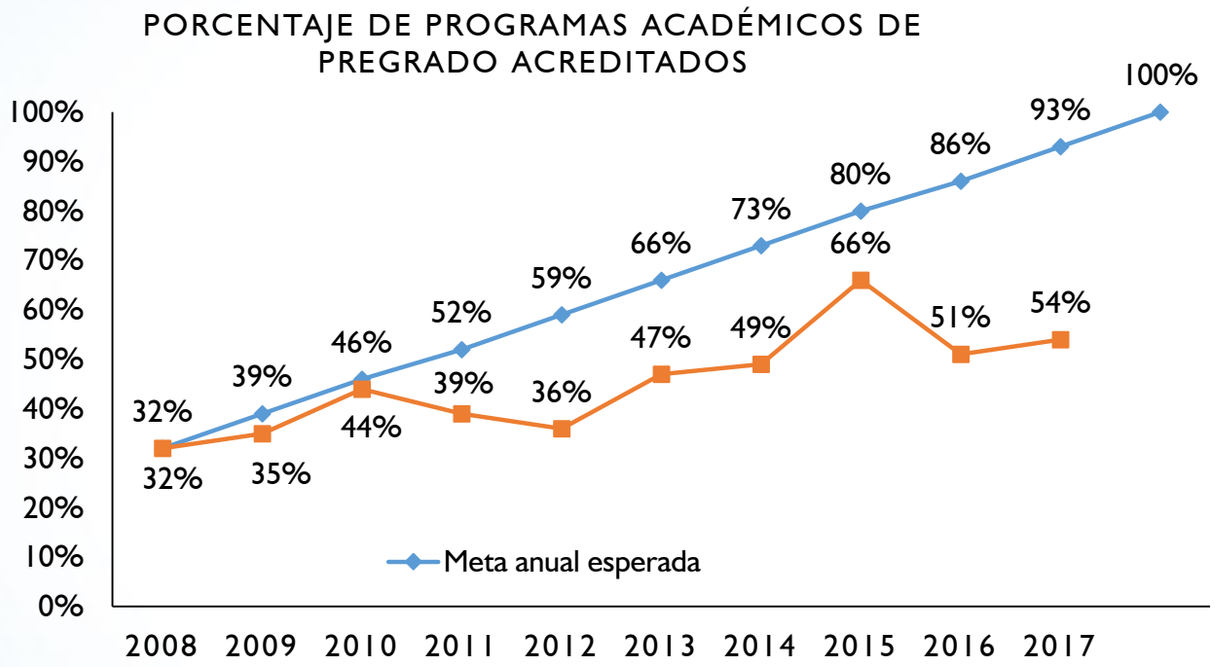
3.2 Número anual de productos académicos derivados de actividades de extensión.

**8**
Indicadores PDI

# 1. Formación

## Objetivo Calidad 7. – Indicador 1.1

### Indicadores Estratégicos - Dimensión Académica




**PROGRAMAS DE POSGRADO:** **26 PROGRAMAS**

- **19** Autoevaluación
- **5** Evaluación Externa
- **1** Evaluación Final
- **1** Acreditados

### 37 ACREDITABLES




**26 PROGRAMAS ACREDITADOS**

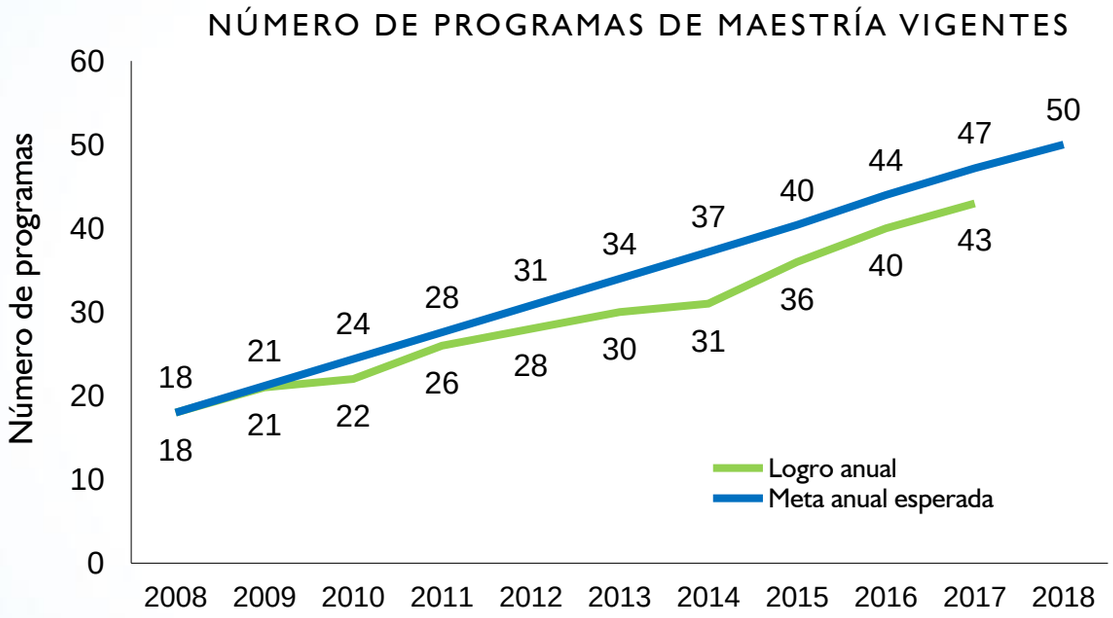
- **8** Acreditados
- **10** Acreditados y en Evaluación Externa
- **2** Evaluación Externa
- **2** Acreditados y Autoevaluación
- **4** Evaluación Final
- **11** Autoevaluación

Fuente: Planeación Institucional

# 1. Formación

## Indicador Estratégico - Dimensión Académica

### Objetivo Calidad 7. – Indicador 1.2

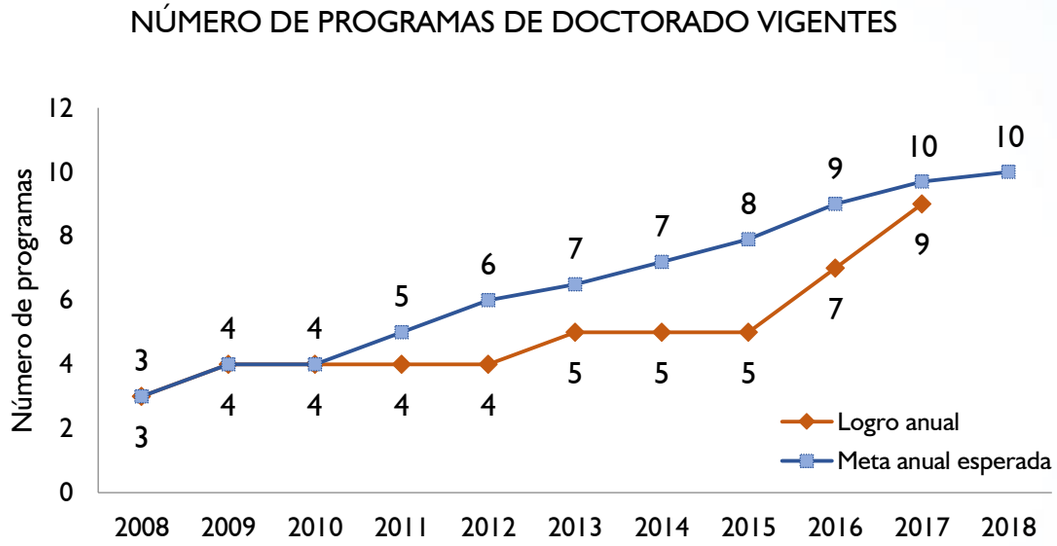



A enero de 2018 la Universidad cuenta con:

- ✓ 67 Programas de Maestría.
- ✓ 58 Programas con registro calificado
- ✓ 9 Programas en proceso de solicitud del registro.

Fuente: Planeación Institucional, Vicerrectoría Académica

### Objetivo Calidad 7. – Indicador 1.3



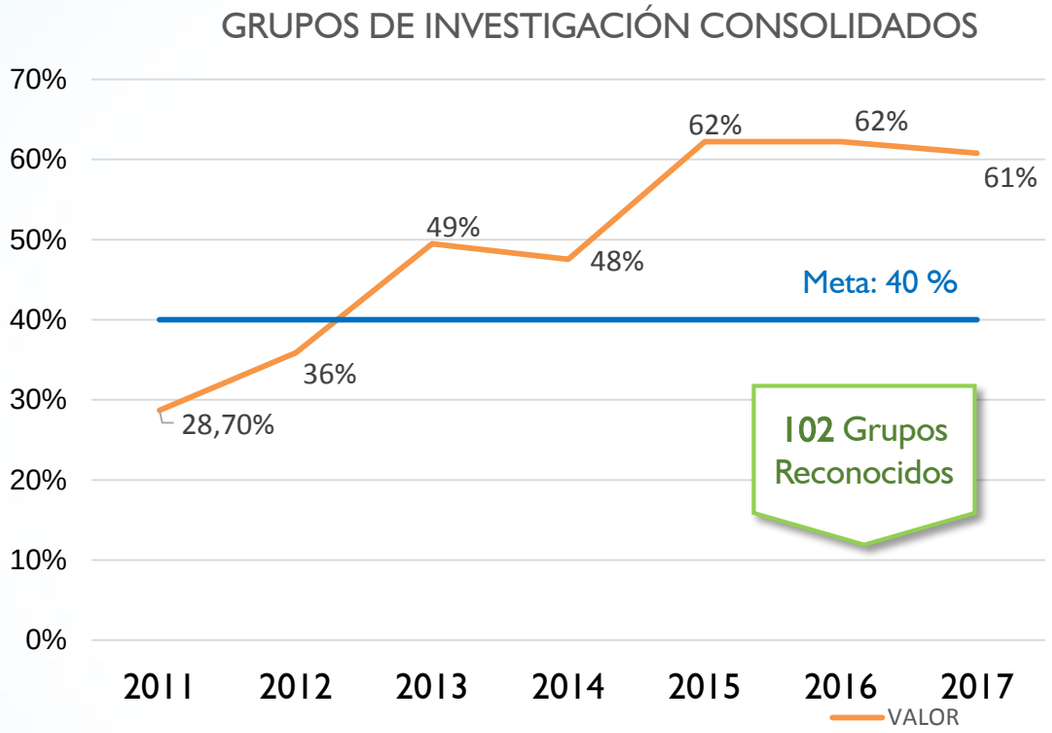

A 2018 la Universidad cuenta con:

- ✓ DOCTORADO EN INGENIERÍA MECÁNICA
(Ac. CA 050 de 14/02/2017, Registro Calificado en proceso)

Fuente: Planeación, Vicerrectoría Académica

# 2. Investigación

## Objetivo Calidad 7. – Indicador 2.1

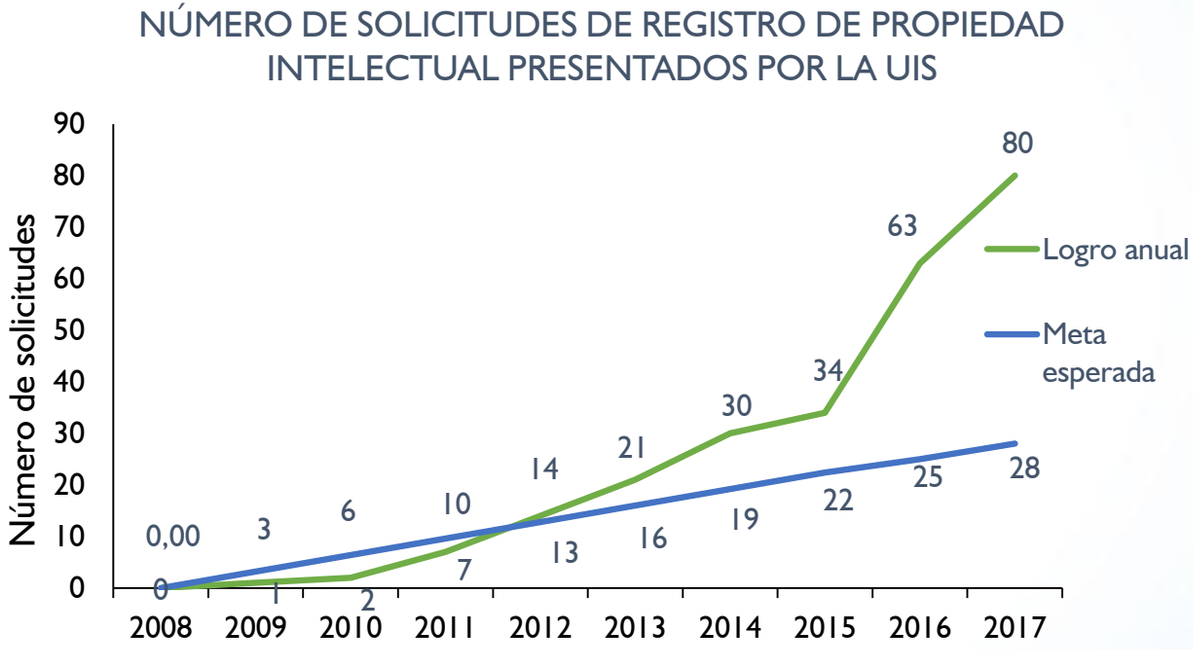



| Clasificación | Cantidad 2017 |
|---|---|
| A1 | 22 |
| A | 17 |
| B | 23 |
| **Total** | **62** |

Fuente: Informe Desempeño - Investigación

## Objetivo Calidad 7. – Indicador 2.2

### Indicador Operativo -Dimensión Académica




Meta anual: Incrementar en 3 solicitudes

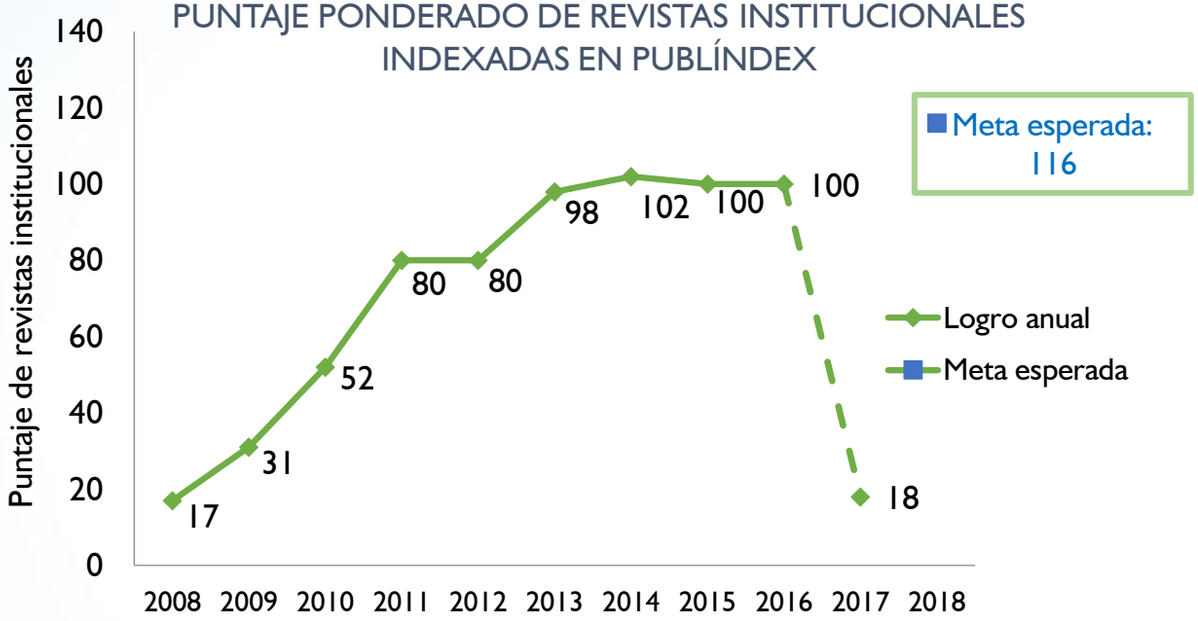
Los resultados se presentan acumulados.

Meta a 2018: **32**

# 2. Investigación

## Dimensión Académica - Indicador Táctico

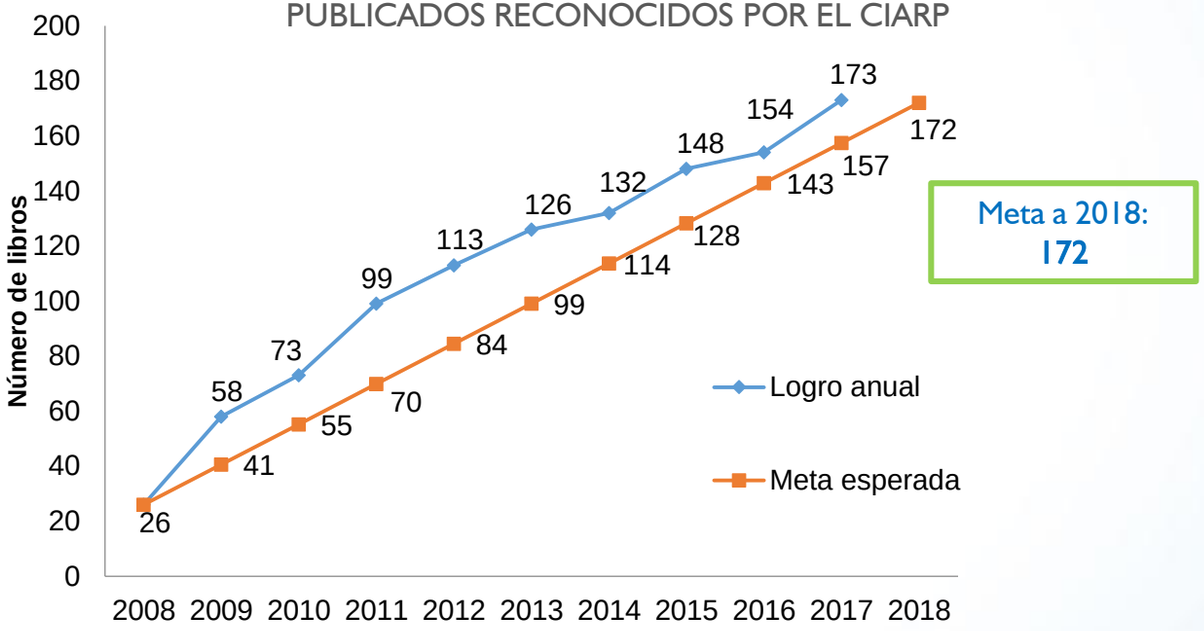
### Objetivo Calidad 7. – Indicador 2.3




**Nota:** Cada revista será ponderada según categoría de acuerdo con el factor de asignación de puntos del Decreto 1279 de junio 19 de 2002 así:
N1: Número de revistas tipo A1: 15 puntos
N2: Número de revistas tipo A2: 12 puntos
N3: Número de revistas tipo B: 8 puntos
N4: Número de revistas tipo C: 3 puntos

La información histórica del indicador muestra un comportamiento favorable hasta el 2016, sin embargo debido al nuevo modelo de clasificación de Colciencias se altera la continuidad en la trazabilidad de los resultados del indicador para las mediciones de 2017 y 2018 dado que el modelo base no es el mismo.

### Objetivo Calidad 7. – Indicador 2.4



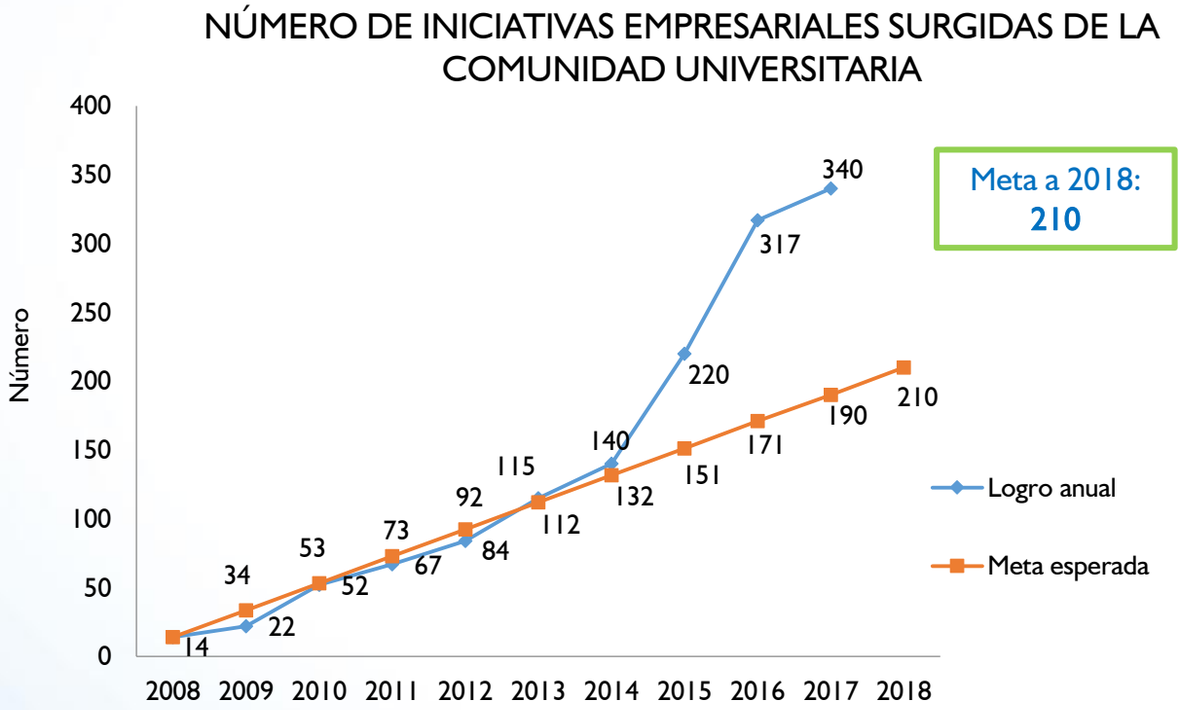

**Nota:** No se incluyen los informes finales de investigación, ni tesis o trabajos de grado conducentes a algún título, salvo que cumplan con los requisitos exigidos en el Decreto 1279 de 2002.

Fuente: Planeación Institucional, Vicerrectoría Académica

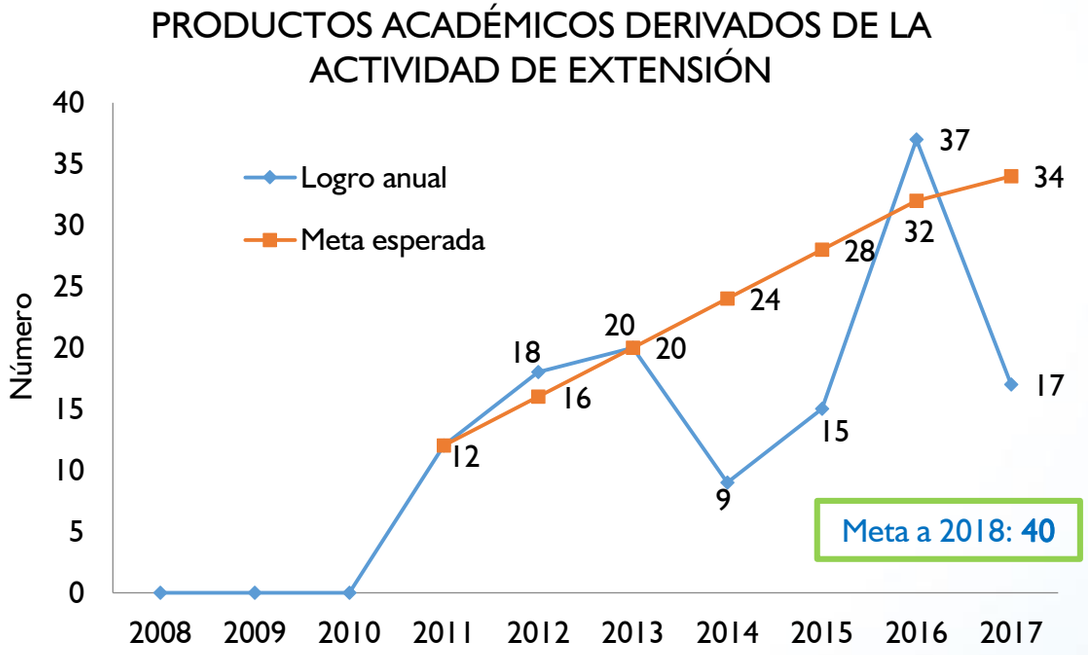
# 3. Extensión

## Dimensión Académica - Indicador Táctico

### Objetivo Calidad 7. – Indicador 3.1




### Objetivo Calidad 7. – Indicador 3.2

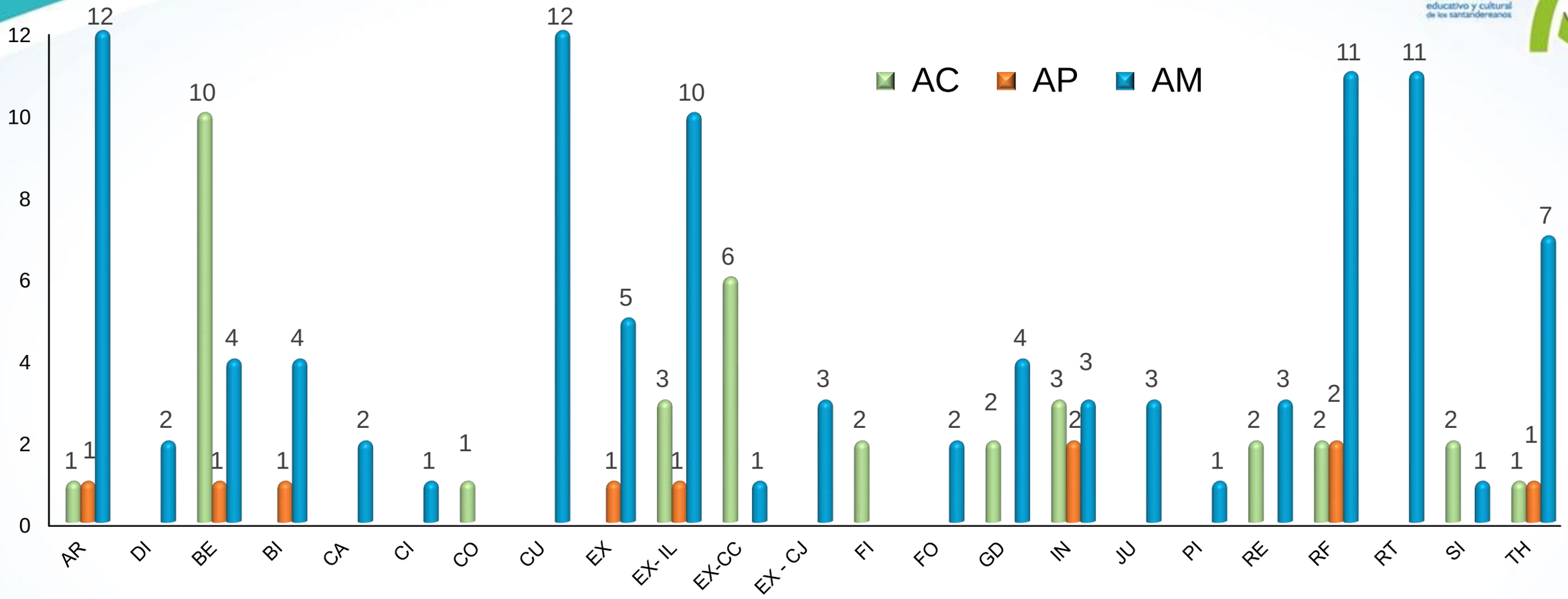



Fuente: Planeación Institucional, Vicerrectoría Académica

# 4.2. BALANCE DE ACCIONES CORRECTIVAS, ACCIONES PREVENTIVAS, SNC Y ACCIONES DE MEJORA



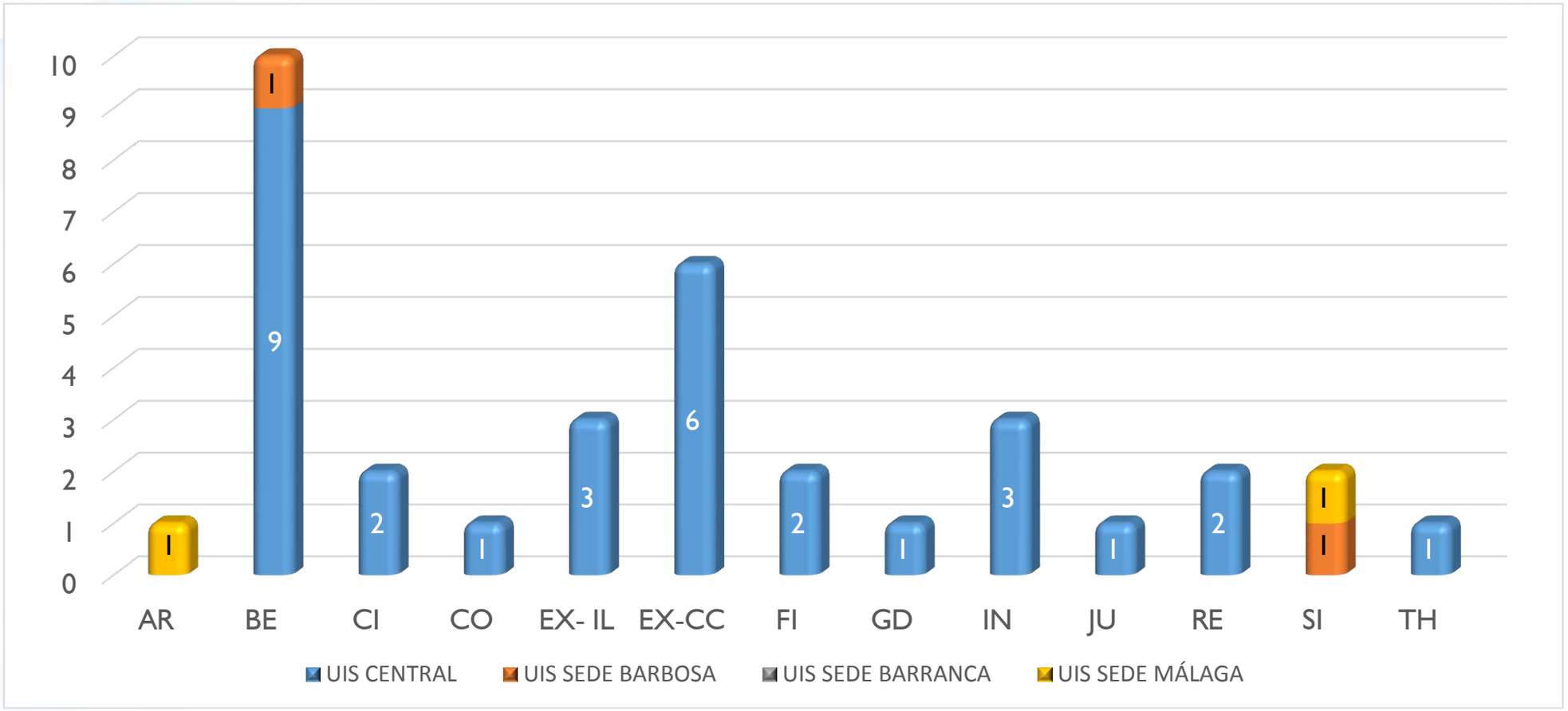
# CONSOLIDADO AC, AP Y AM POR PROCESO




| | AR | BE | BI | CI | CU | RF | SI |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Sede Barbosa | AM:1 | AC: 1 | AM:1 | | | AM:1 | AC: 1 |
| Sede Barranca | | AM:1 | | AM:1 | | AC:1 ; AM:3 | |
| Sede Málaga | AC:1 ; AM:9 | | AM:2 | | | AC:1 ; AP:1 ; AM:7 | AC:1 |
| Sede Socorro | | | | | | | AM:1 |

#LaUISqueQueremos

# ACCIONES CORRECTIVAS TOTAL POR PROCESO 2017




| Proceso | NC Auditoría Interna |
|---|---|
| JU | 1 |
| EX-CC | 3 |
| CI | 2 |
| RE | 1 |

7 NC Auditoría

**AR:** Admisiones y Registro Académico

**BE:** Bienestar Estudiantil

**CO:** Contratación

**EX- IL:** Extensión Instituto de Lenguas

**EX- CC:** Extensión Centro de Conciliación

**FI:** Financiero

**GD:** Gestión Documental

**IN:** Investigación

**JU:** Jurídica

**RE:** Relaciones Exteriores

**RF:** Recursos Físicos

**SI:** Sistemas Informáticos y de Telecomunicaciones

**TH:** Talento Humano

# Descripción Acciones Correctivas Bienestar Estudiantil 2017

| SEDE Y CANTIDAD | NO CONFORMIDADES | ACTIVIDADES | ESTADO |
|---|---|---|---|
| UIS Sede Central (9) | ✓Quejas por mala atención al usuario y demora en la respuesta ante una solicitud de pago extracurricular de comedores. | ✓Remisión de la queja al SCC, reunión de las partes involucradas con el jefe de DBU y respuesta a la solicitud. | Cerrada |
| | ✓Inconformidad al encontrar objetos extraños (vidrios, insectos) en los alimentos del menú; así como propiedades organolépticas inadecuadas. | ✓Compra de productos para el lavado y desinfección de alimentos y utensilios de aseo ($16.531.814). | Cerrada |
| | | ✓Documentación de procesos de BPM. | |
| | | ✓Implementación de las BPM con asesoría externa de la empresa Palmera Junior S.A. ($7,854,000) en la sección de comedores. | |
| | | ✓Contratación asesoría en BPM para las secciones de comedores y cafetería ($20,715.000) | |

# Descripción Acciones Correctivas Bienestar Estudiantil 2017

| SEDE Y CANTIDAD | NO CONFORMIDADES | ACTIVIDADES | ESTADO |
|---|---|---|---|
| UIS Sede Central (9) | ✓Incumplimiento de los indicadores ''Cobertura de la atención'' y ''Disponibilidad del talento humano''. | ✓Valoración de las hojas de vida por la División de RRHH y gestión para la vinculación del personal requerido. | Cerrada |
| | ✓Inconformidades en la sección de Comedores en la disposición de residuos sólidos de las cafeterías. | ✓Vinculación de estudiante para el apoyo de las actividades de disposición adecuada de residuos. | Cerrada |
| | | ✓Capacitación del personal de la SCC en GIR. | |
| | ✓Incumplimiento de los límites permitidos de calidad microbiológica según INVIMA en la máquina para sellar empanadas afectando la implementación de BPM. | ✓Seguimiento al proceso de elaboración de empanadas verificando el plan de acción formulado por Inoqualab. | |



# Descripción Acciones Correctivas 2017

| PROCESO | SEDE Y CANTIDAD | NO CONFORMIDADES | ACTIVIDADES | ESTADO |
|---|---|---|---|---|
| Contratación | UIS Sede Central (1) | ✓No se encontró memoria técnica, ni copia de acta de liquidación de algunos contratos (4) y de acuerdo con el SIF se tiene acta de liquidación. Incumpliendo el artículo 25 del Estatuto de Contratación ACS 034 de 2015. | ✓Registro de los contratos superiores a 100 smmlv en el SIF.<br>✓Ajuste del formato de liquidación para incluir la firma del jefe de Contratación como prueba de revisión.<br>✓Activar en el módulo de nuevas versiones el cargue obligatorio de documentos.<br>✓Seguimiento a las UAA. | Cerrada |
| Extensión Centro de Conciliación | UIS Sede Central (6) | ✓Listado consolidado de los procesos por estudiante no coincide con la información registrada en el formato "informe de prácticas de estudiantes".<br>✓No se evidenció la firma del funcionario que realizó las evaluaciones realizadas a los estudiantes del I Semestre de 2017, ni la tabulación respectiva para conocer el desempeño del estudiante. | ✓Revisión del formato de seguimiento de las actividades generadas de las prestación del servicio.<br>✓Implementación de tablas dinámicas y controles periódicos.<br>✓Rediseño del formato "Evaluación de estudiantes conciliadores", en el que se incluye el informe de la práctica realizada por el estudiante. | Cerrada |

# Descripción Acciones Correctivas 2017

| PROCESO | SEDE Y CANTIDAD | NO CONFORMIDADES | ACTIVIDADES | ESTADO |
|---|---|---|---|---|
| Extensión Centro de Conciliación | UIS Sede Central (6) | ✓No se encontró la totalidad de estudiantes en las listas de asistencia de la inducción del I semestre 2017, ni las excusas para la no asistencia. | ✓Rediseño del formato "Evaluación de estudiantes conciliadores" incorporando el informe de práctica y se establece cambios para el eficaz manejo de la información. | Cerrada |
| | | ✓El Director del Centro de Conciliación debe demostrar y asegurar que se implementan los documentos internos establecidos. No se evidencia la asistencia de los monitores a reuniones ordinaria del Comité Asesor convocado por el Director del Centro de Conciliación, | ✓Garantizar el cumplimiento de las funciones del monitor a partir de la construcción y aprobación de instructivos como herramienta de apoyo para el desarrollo de las funciones del monitor. | |
| | | ✓Evidencia de tachones, enmendaduras y uso de corrector en los registros de asistencia a la recuperación del curso de Conciliación. | ✓ Comunicar a estudiantes, docentes y administrativos la importancia de omitir tachones, enmendaduras y uso de corrector. Se realiza un control aleatorio periódico en los registros de los formatos diligenciados. | |

# Descripción Acciones Correctivas 2017

| PROCESO | SEDE Y CANTIDAD | NO CONFORMIDADES | ACTIVIDADES | ESTADO |
|---|---|---|---|---|
| Jurídica | UIS Sede Central (1) | ✓Incumplimiento del indicador "Asertividad en la comunicación" | ✓ En el siguiente semestre el valor del indicador aumentó 3,83% cumpliendo su meta con un 96%. | Cerrada |
| Talento humano | UIS Sede Central (1) | ✓ No conformidad identificada en la Auditoría Externa de seguimiento. | ✓ Acción Correctiva No. 87. No se evidencia la realización de un programa de capacitación y formación en calidad para el periodo 2017-2018. | En proceso |
| Relaciones Exteriores | UIS Sede Central (2) | ✓Incumplimiento del indicador ''Asertividad en la comunicación para los Usuarios en Movilidad''.<br><br>✓Incumplimiento del indicador ''Oportunidad en el servicio para los Usuarios en Movilidad'' | ✓Registro, entrevista y solución de inquietudes a estudiantes interesados en el programa de movilidad. | En proceso |
| | | | ✓Capacitación y asignación de partners a los estudiantes interesados. | |
| | | | ✓Realización de videos instructivos para los estudiantes con información general del programa de movilidad. | |

# Descripción Acciones Correctivas 2017

| PROCESO | SEDE Y CANTIDAD | NO CONFORMIDADES | ACTIVIDADES | ESTADO |
|---|---|---|---|---|
| Comunicación Institucional | UIS Sede Central (2) | ✓Incumplimiento en el control de documentos en cuanto a versiones, Listado Maestro de Documentos Internos, Listado Maestro de Documentos Externos. | ✓Revisión del Listado Maestro de Documentos Interno y Eterno.<br>✓Revisión de la estructura documental.<br>✓Actualización de documentos. | Abierta |
| | | ✓Incumplimiento en el control de registros en cuanto a definir los controles para el almacenamiento, retención, y disposición de los registros. | ✓Revisión de la TRD.<br>✓Clasificación de documentos que requieren conservación o eliminación.<br>✓Ajuste del listado maestro de registros.<br>✓Acta de eliminación o transferencia de documentos.<br>✓Verificación en la intranet las versiones de los documentos. | |
| Extensión – Instituto de Lenguas | UIS Sede Central (3) | ✓Deficiencia en la prestación del servicio al cliente por parte de los auxiliares Administrativos. | ✓Taller de formación para los auxiliares administrativos, con el fin de fortalecer la prestación del servicio al cliente. | Cerrada |
| | | ✓ Acciones como medida de prevención a enfermedades laborales o accidentes de trabajo | ✓Capacitación sobre higiene postural, pausas activas para el personal administrativo<br>✓Capacitación sobre 5S orden y aseo en la oficina, fomento del autocuidado y estilos de vida saludable.<br>✓Adquisición de 11 apoya muñeca para teclado y mouse.<br>✓Reubicación y adecuación de los puestos de elementos de trabajo.<br>✓Adquisición de 5 eleva monitores. | |
| | | ✓ Material deteriorado en los salones de clase frente a los portaborradores | ✓Cambio de los portaborradores de los tableros del instituto de lenguas. | |



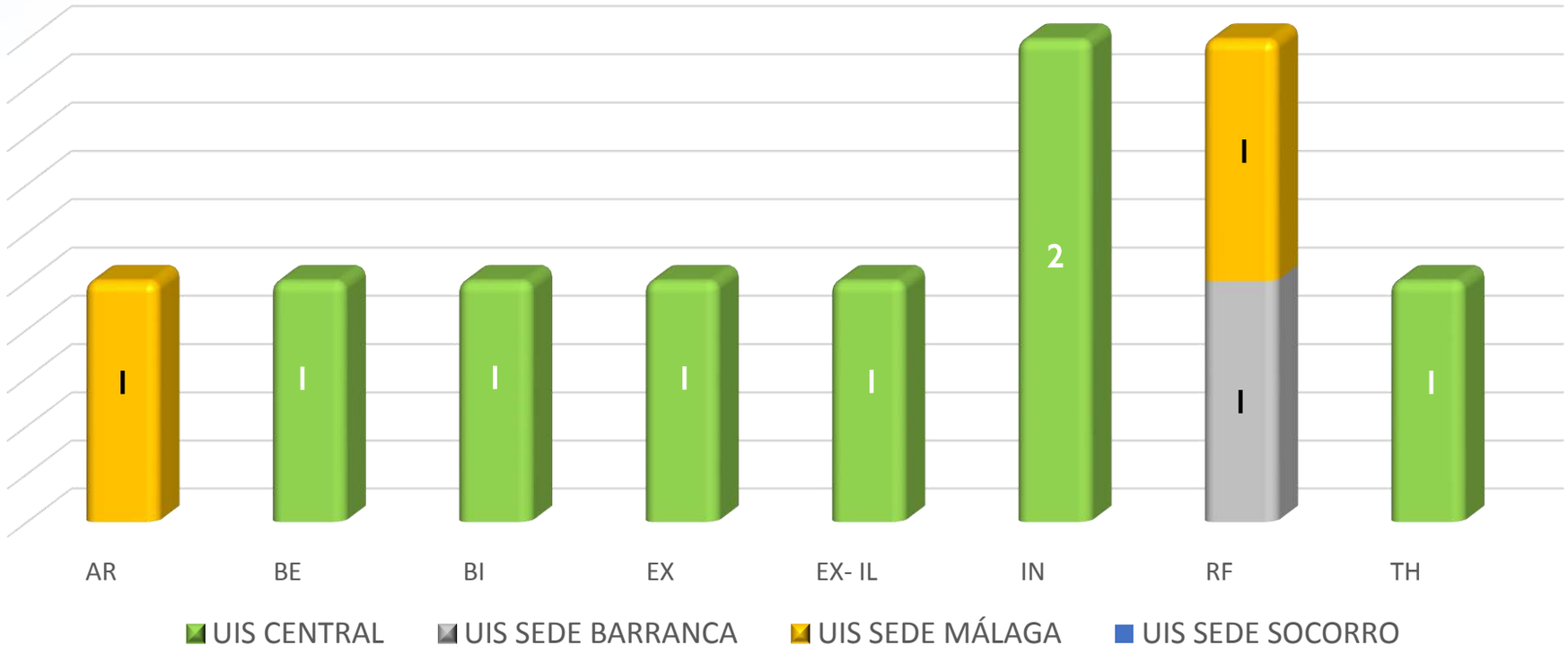
# Descripción Acciones Correctivas 2017

| PROCESO | SEDE Y CANTIDAD | NO CONFORMIDADES | ACTIVIDADES | ESTADO |
|---|---|---|---|---|
| Financiero | UIS Sede Central (2) | ✓Ausencia del cierre oficial de las no conformidades detectadas en el proceso. | ✓Fortalecimiento de los cierres a las no conformidades detectadas en el proceso mediante el diligenciamiento completo de las mismas. | Cerrada |
| | | ✓Incumplimiento del indicador ''Porcentaje de marcación de bienes'' | ✓Marcación de elementos por los funcionarios de la Sección de Inventarios, seguimiento y evaluación a las actividades planeadas. | Cerrada |
| Gestión Documental | UIS Sede Central (1) | ✓Incumplimiento del indicador ''Eficacia en el trámite de la correspondencia'' | ✓Revisión de las observaciones hechas en las encuestas, realización de ficha técnica, actualización y verificación de la base de datos de correos y medición de la efectividad del plan. | Cerrada |
| Investigación | UIS Sede Central (3) | ✓Insatisfacción de beneficiarios por tiempo de respuesta de las convocatorias internas de investigación. | ✓ Proceso de contratación con una empresa externa para evaluar convocatorias internas de investigación.<br>✓ Supervisión a la ejecución de las evaluaciones de las convocatorias a cargo de la empresa externa. | Cerrada |
| | | ✓Error en el SIF de la VIE para relacionar los compromisos de profesores del programa de movilidad de años anteriores, esto no permite el diligenciamiento de solicitudes de movilidad de 2017. | ✓Solicitudes soporte para el manejo del SIF por parte de DSI.<br>✓Elaboración del formato temporal basado en el SIF para el uso del programa de movilidad. | Cerrada |
| | | ✓Incumplimiento del indicador ''Porcentaje de trámites financieros revisados en 3 días hábiles o menos“. | ✓ El incumplimiento del indicador se dio por inconsistencias y requisitos incompletos en los formatos presentados por estudiantes y proveedores. | Cerrada |

# Descripción Acciones Correctivas Sedes Regionales 2017

| PROCESO | SEDE Y CANTIDAD | NO CONFORMIDADES | ACTIVIDADES | ESTADO |
|---|---|---|---|---|
| Admisiones y Registro Académico | UIS Sede Málaga (1) | ✓Demora en trámites de solicitudes académicas de los estudiantes, generando insatisfacción en los beneficiarios. | ✓Creación y socialización con los estudiantes de Instructivo para Solicitudes Académicas. | Cerrada |
| Servicios Informáticos y de Telecomunicaciones | | ✓ Falta de continuidad en la prestación de servicios en la sala de computo, debido a la asignación de múltiples tareas del encargado en la Universidad. | ✓Contratación de un nuevo funcionario para el cargo de Servicios Informáticos y de Telecomunicaciones.<br>✓Actualización del manual de funciones del colaborador nuevo y el antiguo. | Cerrada |
| Bienestar Estudiantil | UIS Sede Barbosa (1) | ✓Se encontraron formatos de encuestas de satisfacción del beneficiario con versión desactualizada según la fecha de aplicación de la encuesta. | ✓Reinducción al líder del proceso en el manejo del S.I (intranet/SGI).<br>✓Verificación del correcto uso, diligenciamiento y actualización de los formatos. | Abierta |
| Servicios Informáticos y de Telecomunicaciones | UIS Sede Barbosa (1) | ✓No se encuentran registros del formato FSI.31 "Préstamo de equipos Informáticos Sedes Regionales", así mismo se presentan fallas en el diligenciamiento de registros. | ✓Reinducción al líder del proceso en el manejo adecuado y diligenciamiento de la documentación perteneciente al proceso. | Cerrada |

# ACCIONES PREVENTIVAS POR PROCESO 2017




**AR:** Admisiones y Registro Académico

**BE:** Bienestar Estudiantil

**BI:** Biblioteca

**EX- IL:** Extensión Instituto de Lenguas

**IN:** Investigación

**RF:** Recursos Físicos

**TH:** Talento Humano

**EX:** Extensión

# Descripción Acciones Preventivas 2017

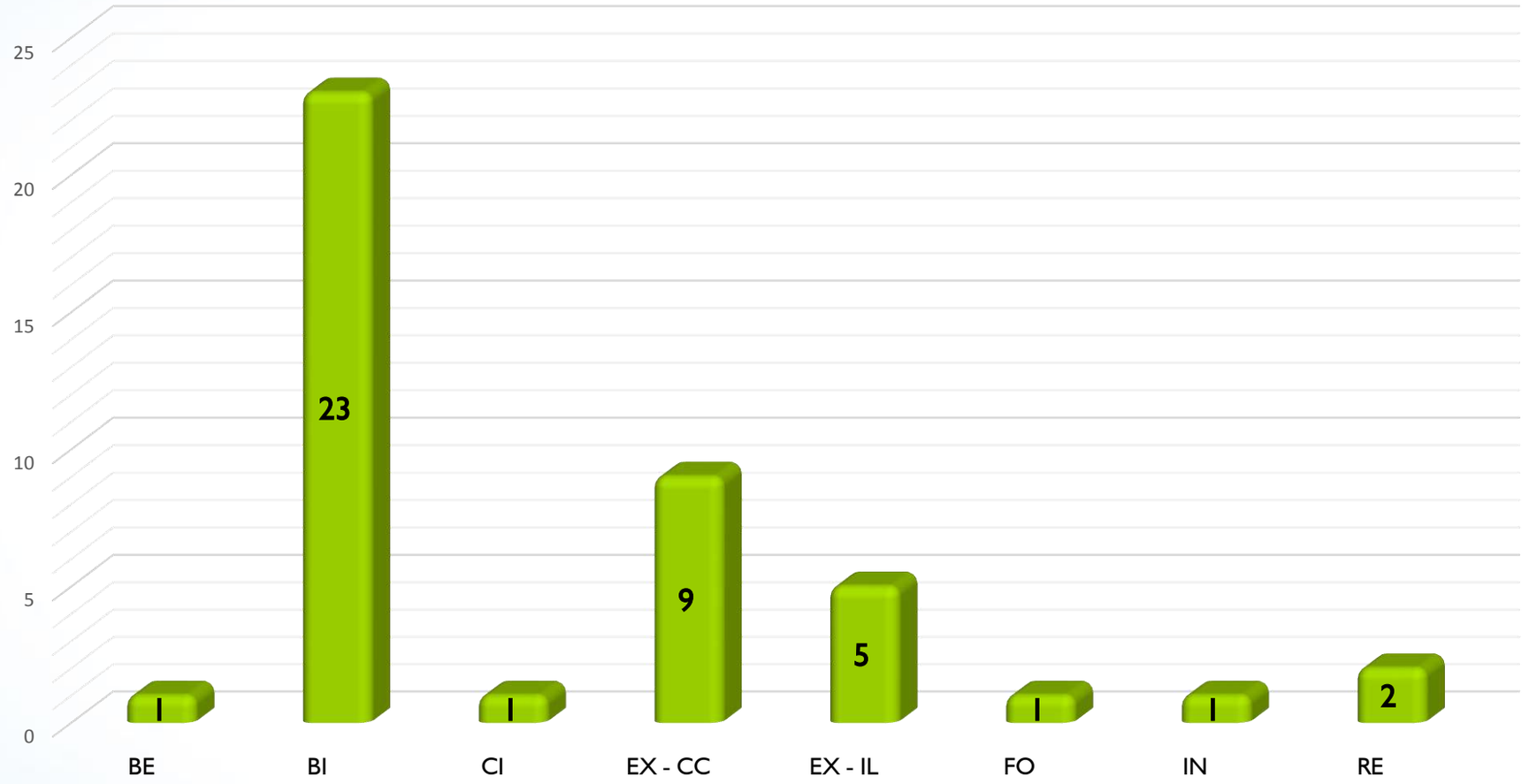


| PROCESO | SEDE Y CANTIDAD | DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN | ACTIVIDADES | ESTADO |
|---|---|---|---|---|
| Admisiones y Registro Académico | UIS Sede Málaga (1) | ✓ Alta tasa de estado de condicionalidad y PFU en estudiantes de I semestre. | ✓ Nombramiento de tutores PAMRA y monitores para asignaturas críticas.<br>✓ Socialización del programa SEA. | Cerrada |
| Bienestar Estudiantil | UIS Sede Central (1) | ✓ Prevenir y disminuir el desperdicio de alimentos generados por los beneficiarios del servicio de comedores. | ✓ Crear campaña de concientización a los beneficiarios del servicio de comedores por medio de redes sociales. | Cerrada |
| Biblioteca | UIS Sede Central (2) | ✓ Bajas consultas en línea de las bases de datos que tienen suscrita la Biblioteca frente a la alta inversión. | ✓ Realización de campañas publicitarias para la biblioteca y promocionar las bases de datos. | Cerrada |
| Extensión | UIS Sede Central (1) | ✓ Posible incumplimiento en atender solicitudes enviadas en el módulo de extensión lo que puede generar demora en tiempos de respuesta dado que no se cuenta con la capacidad suficiente. | ✓ Solicitar a DSI alojar el sistema de Extensión en un servidor de esta Unidad.<br>✓ Gestión para el alojamiento del sistema según aprobación de DSI. | Cerrada |
| Extensión – Instituto de Lenguas | UIS Sede Central (1) | ✓ Cambio de cinta antideslizante en las escaleras principales del Instituto de Lenguas Sede Principal. | ✓ Inspección por parte de SYSO y concepto de planta física para la instalación de granito cinta antideslizante. Solicitud de compra e instalación. | Cerrada |

# Descripción Acciones Preventivas 2017

| PROCESO | SEDE Y CANTIDAD | DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN | ACTIVIDADES | ESTADO |
|---|---|---|---|---|
| Investigación | UIS Sede Central (2) | ✓ Posible incumplimiento del indicador "porcentaje de trámites financieros revisados en 3 días hábiles“, con un valor cercano a la meta<br>✓ Posible incumplimiento del indicador "Respuesta oportuna en la revisión jurídica de documentos", con un valor igual a la meta. | ✓ Socializar los lineamientos pertinentes con los profesores para evitar la réplica de las dificultades que se presentaron en este trimestre.<br>✓ Presentación a la propuesta para modificación del indicador. Revisión y aprobación de comité de calidad. | Cerrada |
| Recursos Físicos | UIS Sede Málaga (1) | ✓ Postular proyectos de inversión y mejoramiento de laboratorios en la sede. (Resultado de la sesión consejo académico. | ✓ Visita a los laboratorios en la sede principal.<br>✓ Formulación de proyecto para laboratorio de física y vivero. | Cerrada |
| Recursos Físicos | UIS Sede Barranca (1) | ✓ Posible incumplimiento del indicador de oportunidad en la solicitudes realizadas en el módulo de planta física. | ✓ Seguimiento de cumplimiento del indicador. | Cerrada |
| Talento Humano | UIS Sede Central (1) | ✓ Mejora en los procesos de atención a los usuarios de los diferentes servicios prestados por la División de Recursos Humanos. | ✓ Implementación de un nuevo horario de atención, informando a la jefatura de División y a través de circular institucional. | Cerrada |

# CONTROL DE SALIDAS NO CONFORMES 2017




BE: Bienestar Universitario

BI: Biblioteca

CI: Comunicación Institucional

EX-CC: Consultorio Conciliación

EX-IL: Instituto de Lenguas

FO: Formación

IN: Investigación

TH: Talento Humano

RE: Relaciones Exteriores

# CONTROL DE SALIDA NO CONFORME 2017

| PROCESO | SEDE Y CANTIDAD | SNC | TRATAMIENTO |
|---|---|---|---|
| Bienestar Estudiantil | UIS Sede Central (1) | ✓ Incumplimiento de las especificaciones técnicas para la prestación de sus programas y servicios en cuanto a infraestructura e instalaciones ya que se encontraron roedores. | ✓ Gestionar la contratación de un proveedor encargado de fumigar las plagas. |
| Biblioteca | UIS Sede Central (23) | ✓ Error en la descarga de material bibliográfico<br>✓ Error en el préstamo de material Bibliográfico. | ✓ No se realiza tratamiento teniendo en cuenta el volumen de operaciones realizadas en el periodo. |
| Comunicación Institucional | UIS Sede Central (1) | ✓ Salida del aire emisoras UIS AM y UIS FM | ✓ Se programa la salida del aire de las emisoras por 1 (una) hora, para realizar mantenimiento en el transmisores. |
| Extensión – CC | UIS Sede Central (9) | ✓ Estudiantes que no acuden a audiencias de conciliación. | ✓ Reprogramación con usuario.<br>✓ Solicitud de justificación al estudiante. |



# CONTROL DE SALIDA NO CONFORME 2017

| PROCESO | SEDE Y CANTIDAD | SNC | TRATAMIENTO |
|---|---|---|---|
| Extensión - IL | UIS Sede Central (5) | ✓ Inconsistencias en la matricula. | ✓ Ajuste en factura de matrícula y corrección en el SIF. |
| Formación | UIS Sede Central (1) | ✓ Fallas en la inscripción de 11 estudiantes en el registro de ICFES Saber – Pro. | ✓ Corrección en el sistema. |
| Investigación | UIS Sede Central (1) | ✓ Se evidencia un error en el SIVIE con la solicitud número 17372 del proyecto 2340. Se detecta que dentro del rubro del proyecto se generó el gasto y el sistema notificó la solicitud con estado enviado, pero la solicitud no es visible en el sistema para los funcionarios. | ✓ Solicitud por una segunda vía para dar continuidad al trámite. Los documentos solicitados se recibirán vía electrónico y de manera manual para realizar el trámite a través del SIF. |
| Relaciones Exteriores | UIS Sede Central (2) | ✓ Reparación/Corrección-FSE09-1<br>Reproceso-FSE09-2 | ✓ Inconveniente con la fecha límite de aplicación de una estudiante con movilidad de pasantía de investigación con Pontificia Universidad Católica de Rio de Janeiro.<br>✓ Inconveniente del proceso de movilidad en la asignación de cupos por información incompleta arrojada por el sistema. |

# ALGUNAS ACCIONES DE MEJORA POR PROCESO 2017



# BIENESTAR ESTUDIANTIL

**80** auxiliares capacitados y algunas funcionarias



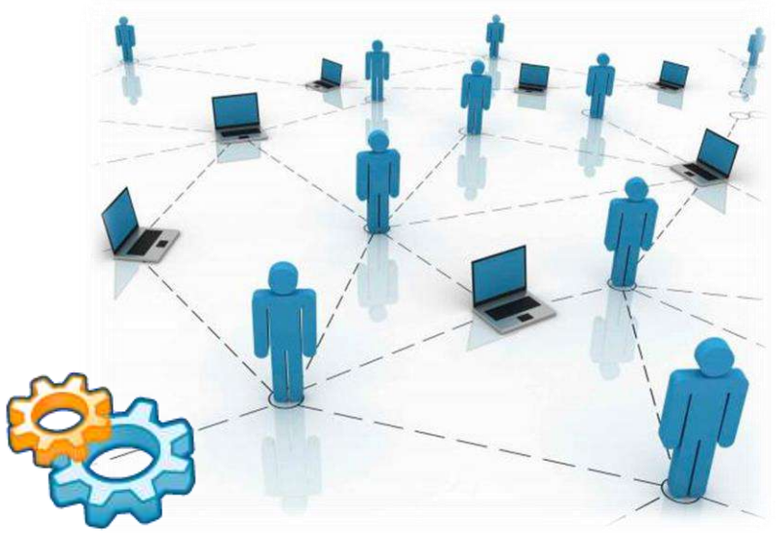


**80** mallas negras entregadas

Implementar los gorros de malla utilizados por los auxiliares de la Sección de Comedores y Cafetería.

| Tipo de gorro | Precio Unitario | Cant. Máxima Semestral | Costo Semestral |
|---|---|---|---|
| Gorro Malla Negro | $ 357 | 160 | $ 57.120 |
| Gorro Desechable blanco | $ 133 | 6400 | $ 852.992 |

**93%** de reducción en costos



Capacitar en el sistema SIMSIS II al personal de la Coordinación de Bienestar Estudiantil en las Sedes Regionales.

# TALENTO HUMANO

## Plan de Capacitación del segundo semestre de 2018

- Revisión de iniciativas Institucionales.
- Necesidades Evaluación de Desempeño.
- Estudio de clima organizacional (Desarrollo Humano).
- Seguridad y salud en el trabajo.




"Diplomados en competencias para la vida y el hacer en la función pública"

**60 Cupos**

Plan de Trabajo Anual SST



Programas SST



Indicadores por profesional



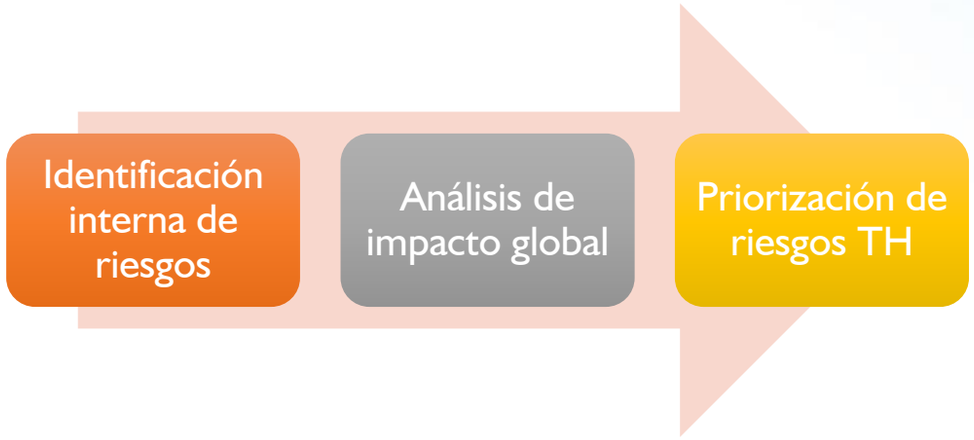
## Resolución n.° 1111 de 2017

Se consolida una herramienta de control en excel, la cual permite medir el avance mensual del plan de SST, el avance por programa y el avance de cada profesional del subproceso.

# TALENTO HUMANO

## MAPA DE RIESGOS

Identificación y priorización riesgos a partir del análisis de todas las actividades ejecutadas en interior de cada subproceso.




Criterios:

- Impacto del riesgo identificado en los subprocesos.
- Impacto negativo en el presupuesto o efectivo de la División o de la Universidad.
- Impacto negativo para el bienestar de los funcionarios de la Universidad.
- Impacto del riesgo en la imagen de la DRH.

Identificación de los riesgos y evaluación del impacto.



# GESTIÓN DOCUMENTAL

**30** Profesionales Sede Principal

**31** Profesionales Facultad de Salud



Capacitar a las UAA en la transferencia documental al Archivo Central sobre los principios básicos en organización de archivo.

## Mejorar el espacio físico Gestión Documental

Puertas acanaladas baños



Dispensadores de toallas de papel



Arreglo de vidrios en ventanales



**Inversión**
**$1'066.400**





Orientar a través de medios audiovisuales frente a los principios básicos de organización de archivos (amarre de carpetas y armado de caja).

# GESTIÓN CULTURAL






Adquirir radios de mayor alcance para mejorar los procesos logísticos en la Dirección Cultural en los diferentes escenarios de la Universidad

Inversión $**8'568.000**



Fortalecer de la comunicación y trabajo conjunto entre las unidades de Investigación y Extensión y Gestión Cultural aumentando el control, la regulación de los documentos contractuales y la organización de eventos mediante el registro de los proyectos de Gestión Cultural en el módulo de extensión.



Implementar un link de google para préstamo de escenarios artísticos.

# SEDE REGIONAL BARBOSA



150
Niños



18
Adultos
mayores

Fortalecer las relaciones con la comunidad local mediante la promoción de la lectoescritura en el nivel básica primaria y alfabetización digital para la población de adultos mayores.

Instalación
Cubierta
Metálica



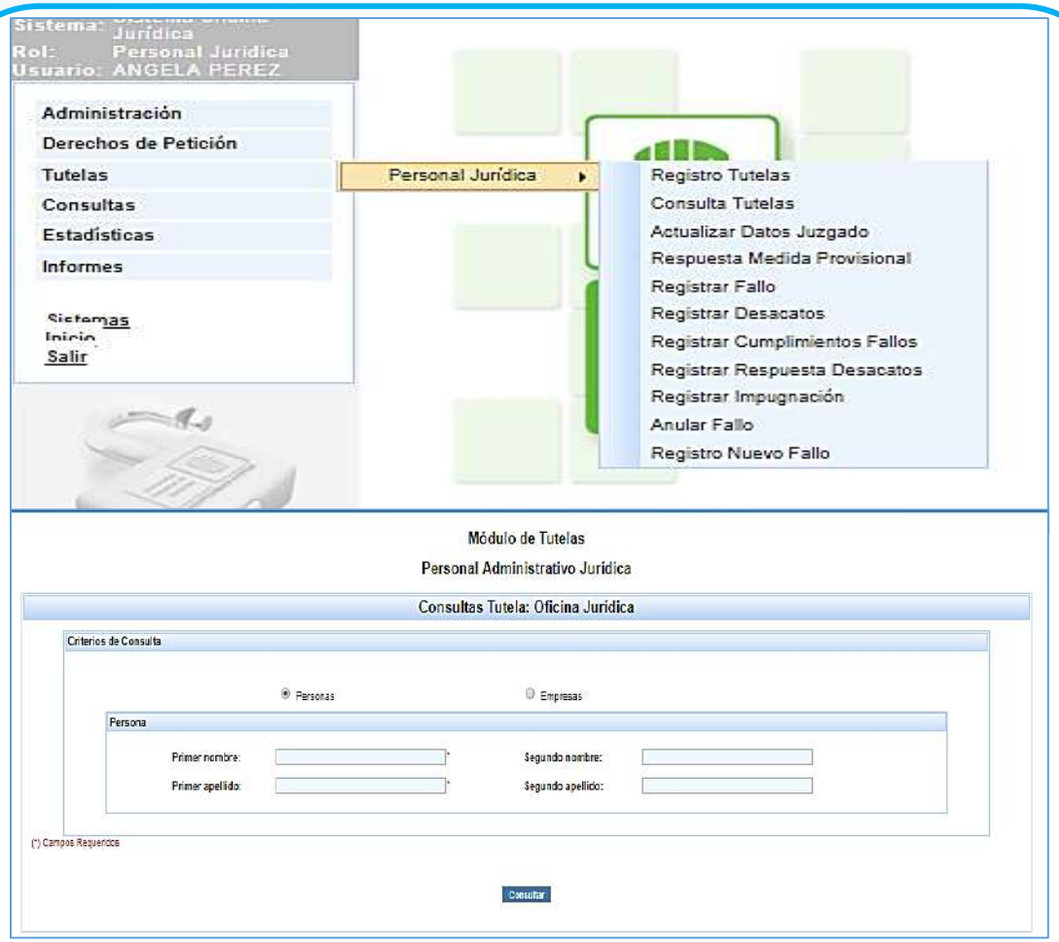
Mantenimiento en general y arreglo cielorraso



Mejorar la infraestructura interna y externa con el fin de garantizar el funcionamiento de los diferentes espacios de la Sede.

**INVERSIÓN TOTAL**
**$144.935.295**

# JURÍDICA




Fortalecer el sistema de información " Nuevas versiones" los módulos de acciones de tutela y derechos de petición para contar con una información ajustada a las realidades procesales

Programar mensaje de respuesta automática a modo de acuso de recibido al remitente que envía solicitudes al correo oficial de notjudiciales@uis.edu.co teniendo en cuenta la Encuesta Índice de Transparencia de la Procuraduría

**Respuesta automática: correo de prueba**

**ANGELA P. TORRES BARRIOS**

**De:** NOTIFICACIONES JUDICIALES ASESOR JURIDICO - UIS
**Enviado el:** Tuesday, August 15, 2017 4:30 PM
**Para:** ANGELA P. TORRES BARRIOS
**Asunto:** Respuesta automática: CORREO DE PRUEBA

El presente buzón de correo electrónico, fue creado para recibir exclusivamente Notificaciones Judiciales, en cumplimiento a lo expuesto en el artículo 197 de la Ley 1437 de 2011.

En consecuencia, le informamos que hemos recibido su comunicación, la cual será tramitada en la oportunidad prevista en la Ley.

15 AGO. 2017

# INSTITUTO DE LENGUAS




Asistieron **60** estudiantes

Incentivar el aprendizaje del idioma Inglés en la Comunidad Universitaria mediante el programa Movie Time



Inversión **$3’984.005**

Adquisición **16** ventiladores de torre

Mejorar la infraestructura del Instituto de Lenguas con el propósito de ofrecer un mejor servicio a sus usuarios. En las sedes de Cabecera y Barranca

Presentar propuesta para el fortalecimiento del componente de inglés en los programas académicos de pregrado

Actualmente la propuesta se encuentra en estudio por el **Consejo Superior**

**Acta No. 37 del 26 de septiembre de 2017**

En la cual se realizó la presentación de la propuesta ante el Consejo Académico y avalada por el Consejo de la Facultad de Ciencias Humanas de:

*Estipular como **requisito de grado nivel B1** del idioma extranjero sin incrementar créditos*

# COSULTORIO JURÍDICO

## CURSO DE LENGUA DE SEÑAS COLOMBIANA




| DURACIÓN CURSO | INTENSIDAD HORARIA |
|---|---|
| 40 horas | 2 - 4 horas |
| **VALOR CURSO** | **VALOR HORA** |
| $ 4.000.000 | $ 100.000 |

**20**
Participantes

Mejorar la atención a personas con discapacidad en las instalaciones del Consultorio Jurídico y Centro de Conciliación.




Capacitación practicantes de reparto.



Fortalecer la atención de la población con discapacidad por parte de los practicantes del Consultorio Jurídico y Centro de Conciliación.

# RECURSOS TECNOLÓGICOS

Antes

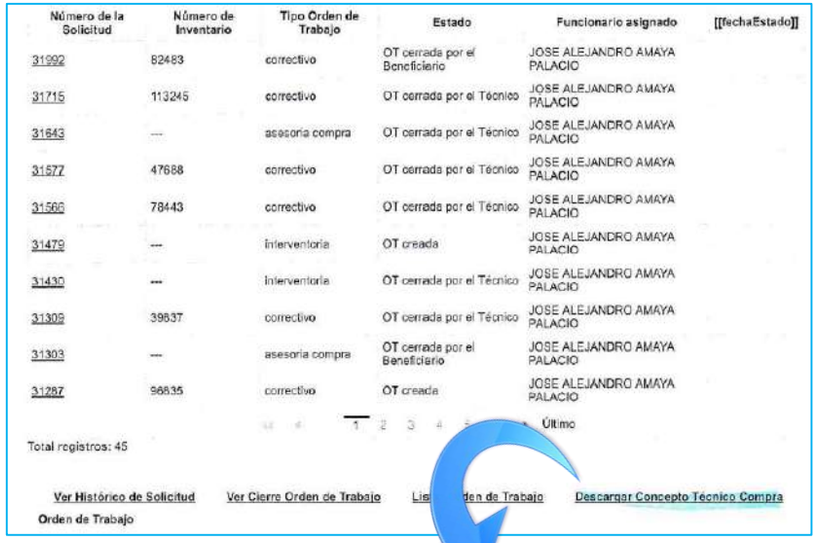


Después



Inversión **$40.000.000**

Mejorar la infraestructura de las oficinas frente a la recuperación del cielo raso con el fin de evitar un mayor deterioro.



| Número de la Solicitud | Número de Inventario | Tipo Orden de Trabajo | Estado | Funcionario asignado | [[fechaEstado]] |
|---|---|---|---|---|---|
| 31992 | 82483 | correctivo | OT cerrada por el Beneficiario | JOSE ALEJANDRO AMAYA PALACIO | |
| 31715 | 113245 | correctivo | OT cerrada por el Técnico | JOSE ALEJANDRO AMAYA PALACIO | |
| 31643 | --- | asesoria compra | OT cerrada por el Técnico | JOSE ALEJANDRO AMAYA PALACIO | |
| 31577 | 47688 | correctivo | OT cerrada por el Técnico | JOSE ALEJANDRO AMAYA PALACIO | |
| 31566 | 78443 | correctivo | OT cerrada por el Técnico | JOSE ALEJANDRO AMAYA PALACIO | |
| 31479 | --- | Interventoria | OT creada | JOSE ALEJANDRO AMAYA PALACIO | |
| 31430 | --- | Interventoria | OT cerrada por el Técnico | JOSE ALEJANDRO AMAYA PALACIO | |
| 31309 | 39837 | correctivo | OT cerrada por el Técnico | JOSE ALEJANDRO AMAYA PALACIO | |
| 31303 | --- | asesoria compra | OT cerrada por el Beneficiario | JOSE ALEJANDRO AMAYA PALACIO | |
| 31287 | 96835 | correctivo | OT creada | JOSE ALEJANDRO AMAYA PALACIO | |

1 2 3 4 Último

Total registros: 45

Ver Histórico de Solicitud | Ver Cierre Orden de Trabajo | Lis den de Trabajo | Descargar Concepto Técnico Compra

Orden de Trabajo

Descargar Concepto Técnico Compra

Fortalecer el sistema de información SIMAT frente a la mejora de la opción de conceptos de compra, la cual quedará digitalizada con el propósito de que pueda ser descargada en cualquier momento.

# INVESTIGACIÓN Y EXTENSIÓN

1. ESTRUCTURA ACTUAL VIE
2. PERSONAL VIE
3. CAPACIDAD VIE
4. OPORTUNIDAD TRÁMITES – INVESTIGACIÓN
5. OPORTUNIDAD TRÁMITES – EXTENSIÓN
6. CUMPLIMIENTO GESTIÓN VIE
7. RECURSOS INVESTIGACIÓN Y EXTENSIÓN

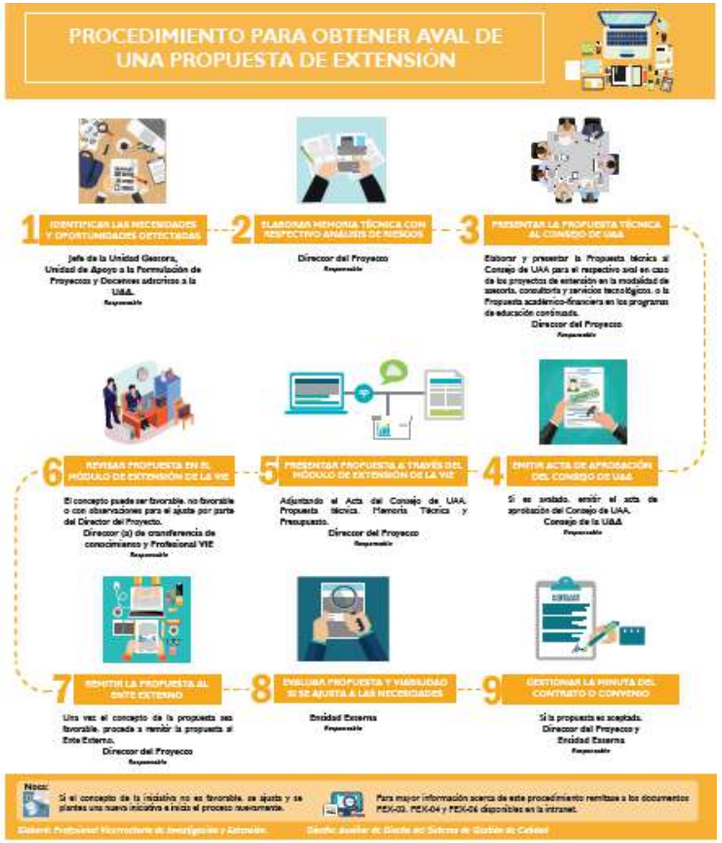
ANEXO 1. PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CON FINANCIACIÓN INTERNA

ANEXO 2. PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CON FINANCIACIÓN EXTERNA

ANEXO 3. ACTIVIDADES DE EXTENSIÓN



Estudiar capacidad de la VIE para visualizar la eficiencia de recursos. (auditoría externa)




Finalizar el diseño de infografías para facilitar la comprensión de las actividades de extensión a la comunidad universitaria.

# 5. GESTIÓN DE RIESGOS POR PROCESO EN LA UNIVERSIDAD



# MAPA DE RIESGOS

| | | |
|---|---|---|
| BI | Biblioteca | 2 |
| CO | Contratación | 3 |
| Ex -CJ | Consultorio Jurídico | 5 |
| Ex-IL | Instituto de Lenguas | 1 |
| EX | Extensión | 2 |
| IN | Investigación | 5 |
| PI | Planeación Institucional | 4 |
| RT | Recursos Tecnológicos | 2 |
| AR | Admisiones y Registro Académico | 2 |
| CU | Gestión Cultural | 3 |
| SI | Servicios Informático y de telecomunicaciones | 2 |
| JU | Jurídico | 3 |
| TH | Talento Humano | 3 |
| FO | Formación | 3 |
| CA | Calidad Académica | 3 |
| BE | Bienestar Estudiantil | 15 |
| CI | Comunicación Institucional | 6 |
| FI | Financiero | 4 |
| GD | Gestión Documental | 3 |
| RF | Recursos Físicos | 7 |
| RE | Relaciones Exteriores | 9 |
| PU | Publicaciones | 2 |
| UD | UISALUD | 11 |
| DI | Dirección Institucional | 4 |
| SE | Seguimiento Institucional | 6 |

**110**

Cantidad de **Riesgos** Identificados en la Universidad

**268**

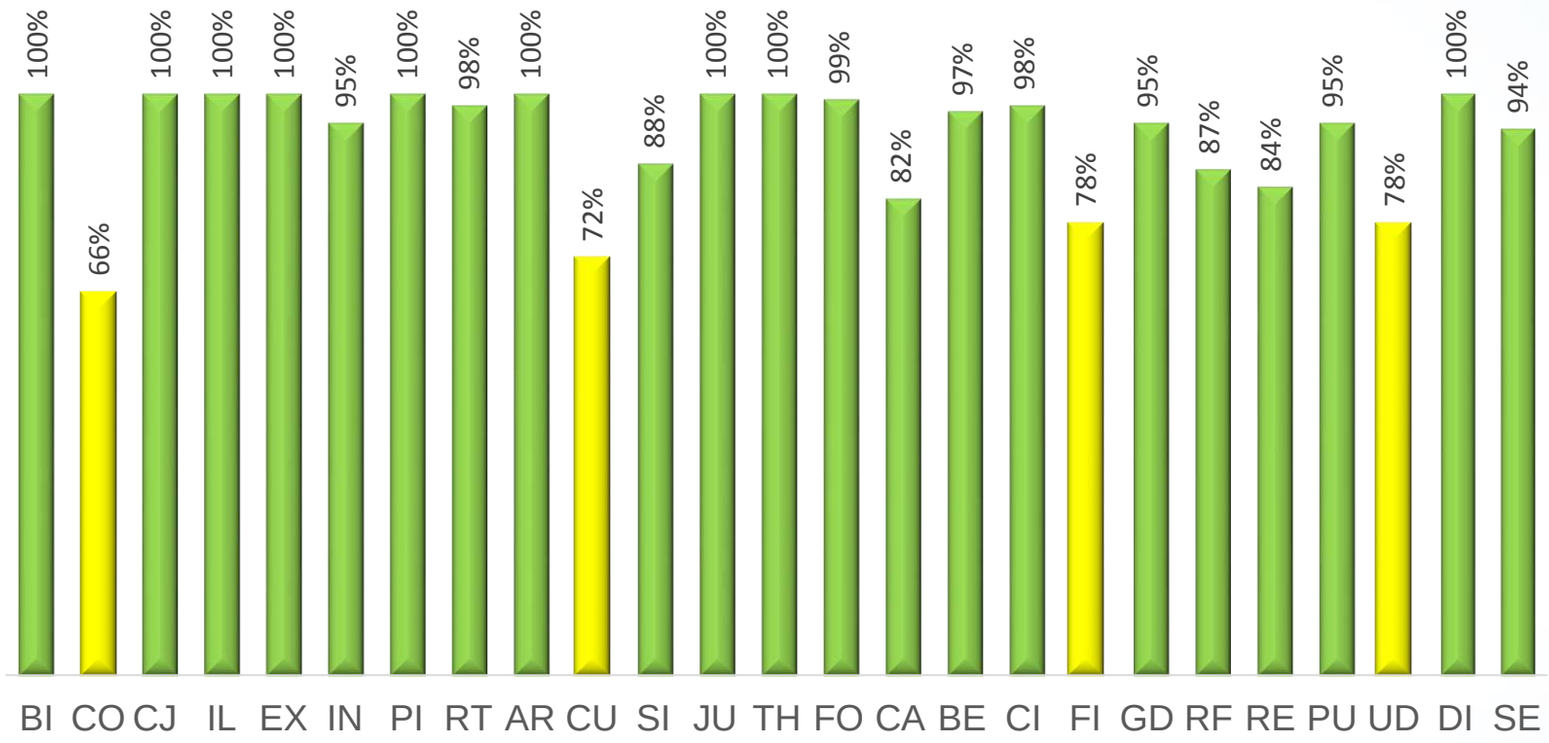
Acciones establecidas en los Mapas de Riesgos que contribuyen a la mitigación de los riesgos

**44**

Indicadores asociados a la gestión de riesgos por proceso

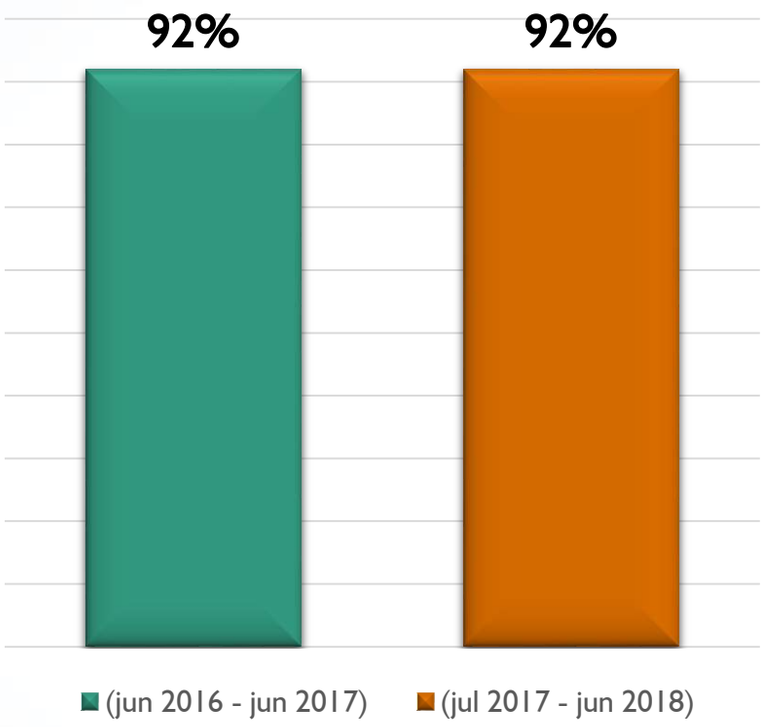
# Mapa de Riesgos

| | |
|---|---|
| BI | Biblioteca |
| CO | Contratación |
| EX | Extensión |
| IN | Investigación |
| PI | Planeación Institucional |
| RT | Recursos Tecnológicos |
| AR | Admisiones y Registro Académico |
| SI | Servicios Informático y de telecomunicaciones |
| JU | Jurídico |
| TH | Talento Humano |
| FO | Formación |
| CA | Calidad Académica |
| BE | Bienestar Estudiantil |
| CI | Comunicación Institucional |
| FI | Financiero |
| GD | Gestión Documental |
| RF | Recursos Físicos |
| RE | Relaciones Exteriores |
| PU | Publicaciones |
| UD | UISALUD |
| DI | Dirección Institucional |




- % Promedio de ejecución de las acciones planteadas en los Mapas de Riesgos: **92%.**
- Se evidenció que los procesos con una ejecución menor al 80%, fue debido al planteamiento de actividades que; aún no cumplen la fecha de terminación, acciones que por su complejidad se han desarrollado parcialmente, acciones que requieren de la intervención de varios procesos, entre otras.

# COMPARATIVO % PROMEDIO EJECUCIÓN DE ACCIONES (JUN 2016 - JUN 2017) VS (JUL 2017 - JUN 2018)




- El porc
de las ac
nivel satisfactorio



## Acciones contempladas para el mejoramiento de la gestión de riesgos

- Establecer el contexto interno y externo de la Universidad y desplegarlo a los procesos para fortalecer la identificación de los riesgos.
- Revisar la interacción de objetivos estratégicos con los objetivos por proceso.
- Actualizar el Manual para la administración de riesgos y los mapas con base en las necesidades de la norma ISO 9001:2015 y la guía del DAFP.
- Revisar y dar mayor importancia al planteamiento de los controles de cada proceso.
- Sensibilizar a lideres y facilitadores de proceso sobre la importancia de la buena gestión de los riesgos para la toma de decisiones.

# 6. SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO CONTRALORÍA GENERAL DE SANTANDER SEGUNDO TRIMESTRE 2018



# PLANES DE MEJORAMIENTO
# CONTRALORÍA GENERAL DE SANTANDER - CGS

La CGS comunica a la Universidad Informe Definitivo de Auditoría de la vigencia 2016.

Se cierra Plan de Mejoramiento Consolidado vigencias 2014-2015.

Se realiza Auditoría por parte de la CGS a la vigencia 2017.

*Pendiente Informe definitivo*

Enero 2018 | Febrero 2018 | Marzo 2018 | Abril 2018

Se suscribe y aprueba Plan de Mejoramiento para la vigencia 2016 por parte de la CGS.

# PLAN DE MEJORAMIENTO
# VIGENCIA 2016

- Fecha aprobación: 28 de febrero de 2018
- Fecha Terminación: 31 de diciembre de 2018

| Vigencia | No de hallazgos | Hallazgos cerrados al 100% | Hallazgos por cerrar | % de Cumplimiento a corte 30 de junio de 2018 |
|---|---|---|---|---|
| 2016 | 20 | 1 | 19 | * 45% |

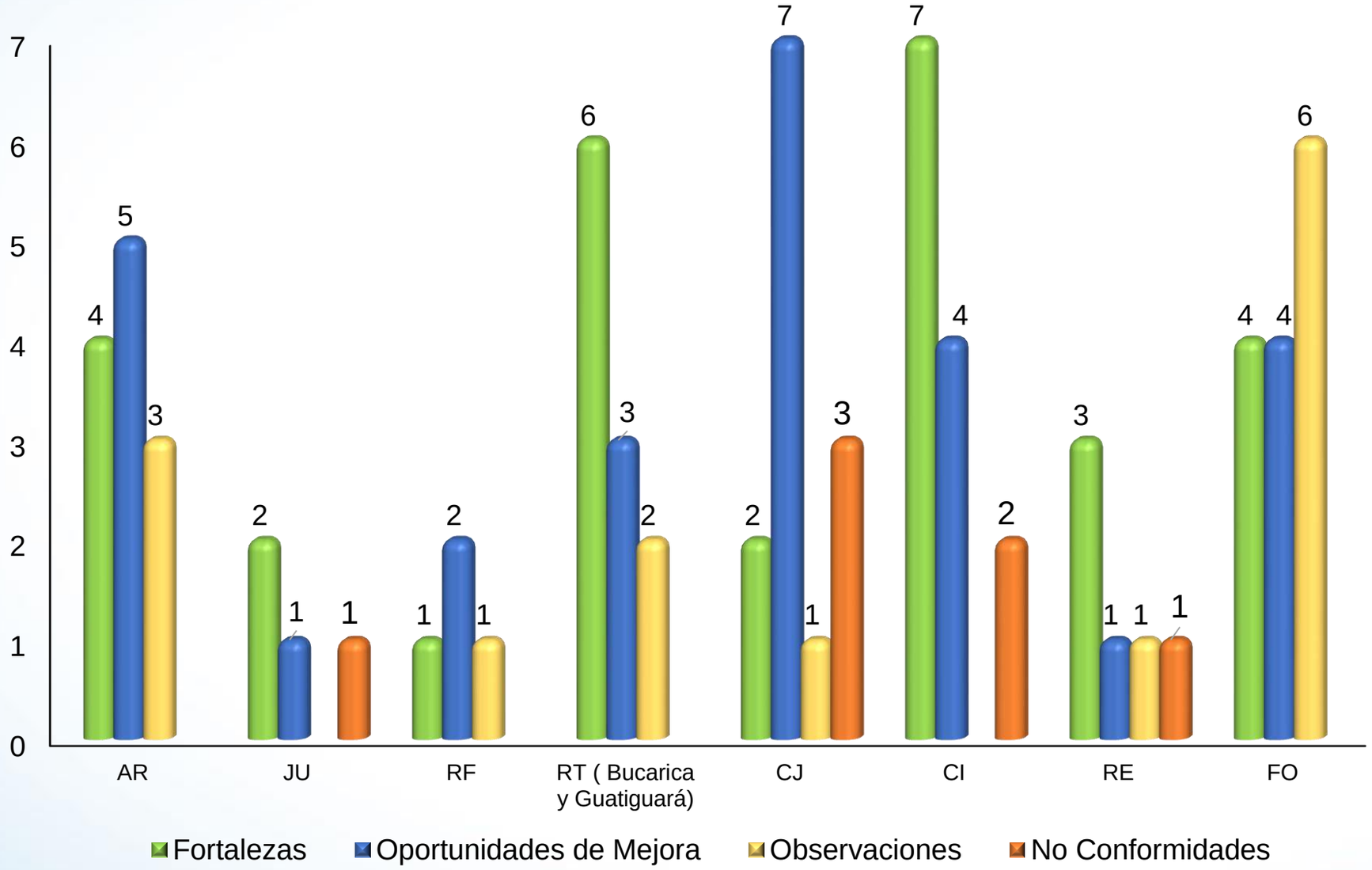


(*): Trimestralmente en fechas establecidas por el ente de control se debe reportar a la CGS el avance del Plan de Mejoramiento vigente en la plataforma SIA Contraloría, acción que se dio oportunamente el 15 de julio presentando un porcentaje promedio de ejecución del 45%.

# 7. RESULTADOS DE AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD 2017



# CONSOLIDADO DE AUDITORÍA INTERNA 2017




| Proceso | NC | AxM | F | Obs. |
|---|---|---|---|---|
| AR | | **5** | 4 | 3 |
| JU | 1 | 1 | 2 | |
| RF | | 2 | 1 | 1 |
| RT | | 3 | 6 | 2 |
| CJ | 3 | 7 | 2 | 1 |
| CI | 2 | 4 | 7 | |
| RE | 1 | 1 | 3 | 1 |
| FO | | 4 | 4 | 6 |

NC: No Conformidad
AxM: Aspecto por Mejorar
F: Fortaleza
Obs.: Observaciones

# SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES DE AUDITORÍA INTERNA

| PROCESO | NO CONFORMIDADES | | | ASPECTOS POR MEJORAR | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | A | C | % DE EJECUCIÓN ACCIONES CORRECTIVAS | A | C | % EJECUCIÓN |
| Jurídico | 1 | 0 | 40% | 1 | 0 | 50% |
| EXTENSIÓN CC - CJ | 0 | 3 | 100% | 0 | 7 | 100% |
| Comunicación Institucional | 2 | 0 | 50% | 2 | 2 | 50% |
| Relaciones Exteriores | 1 | 0 | 80% | 0 | 1 | 100% |
| Admisiones y Registro Académico | N.A. | N.A. | N.A. | 5 | 0 | 50% |
| Recursos Físicos | N.A. | N.A. | N.A. | 2 | 0 | 50% |
| Recursos Tecnológicos | N.A. | N.A. | N.A. | 2 | 1 | 50% |
| Formación | N.A. | N.A. | N.A. | 2 | 2 | 50% |
| **PROMEDIO** | | | **67,5%** | | | **62,5%** |

NA: No Aplica



**Corte septiembre : 65% de Cumplimiento**

# RESUMEN DE HALLAZGOS DE AUDITORÍA INTERNA 2017

## NO CONFORMIDADES – ACCIONES CORRECTVAS

| JURÍDICA | |
|---|---|
| **DESCRIPCIÓN** | **ACTIVIDADES REALIZADAS** |
| • Asegurar el uso de los documentos en las versiones vigentes y disponibilidad de estos en los puntos de uso. | • Modificar la Versión 02 a Versión 03 en el Formato FJU.09. Formato Control de procesos Judiciales.<br>• Revisar de manera aleatoria los documentos. |



| RELACIONES EXTERIORES | |
|---|---|
| **DESCRIPCIÓN** | **ACTIVIDADES REALIZADAS** |
| • Se evidenció que la normativa en el procedimiento PRE.10 "Procedimiento para la Publicación de Ofertas en el Portal de Trabajo UIS", no se encuentra actualizada. | • Actualización del procedimiento PRE.10 "Procedimiento para la publicación de ofertas en el portal de Trabajo UIS" en relación al Decreto 2852 de 2013 y el LMDE Pendiente: Respectiva aprobación y publicación en la Intranet. |

# NO CONFORMIDADES

| CONSULTORIO JURÍDICO | |
|---|---|
| **DESCRIPCIÓN** | **ACTIVIDADES REALIZADAS** |
| • No se encontró relación en las listas de asistencia a la inducción con el número total de estudiantes matriculados. | • Revisión y mejora del listado para facilitar el seguimiento.<br>• Establecer y garantizar que los estudiantes inasistentes reciban preparación en el marco de la jornada de inducción. |
| • No se encontró relación en el listado consolidado de los procesos por estudiante y la información registrada en el formato ''Informe de prácticas de estudiantes''. | • Revisión del formato e implementación de tablas dinámicas que permitan filtrar la información según se requiera.<br>• Establecer controles periódicamente que aseguren la trazabilidad. |
| • No se evidenció la firma del funcionario que realizó las evaluaciones a los estudiantes del I Semestre de 2017. No se encontró la tabulación que permite conocer resultados. | • Establecer cambios para el eficaz manejo de la información que resulta de la evaluación.<br>• Incorporar en el formato el informe de la práctica con el fin de generalizar el resultado final del estudiante.<br>• Revisión del formato por calidad y trámite de aprobación. |

# NO CONFORMIDADES

| COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL | |
|---|---|
| **DESCRIPCIÓN** | **ACTIVIDADES REALIZADAS** |
| • Se evidenció que algunos documentos requeridos por el SGC no se encuentran disponibles y actualizados en los puntos pertinentes. | • Elaborar una revisión de los listados Maestros del proceso.<br>• Revisar la estructura documental en la intranet y actualizar la documentación.<br>• Gestionar capacitación con Gestión Documental. |
| • Incumplimiento del numeral 4.2.4, Control de Registros. Se encontró documentos en archivo de gestión desde el 2012 y en el LMR se establece que deben permanecer solo un año en este archivo y luego se procede a la eliminación. | • Revisión de la TRD y el LMR.<br>• Clasificar documentos que requieren de su conservación o su eliminación.<br>• Realizar ajuste en la TRD y el LMR. |



# ASPECTOS POR MEJORAR

| ADMISIONES Y REGISTRO ACADÉMICO | |
|---|---|
| **DESCRIPCIÓN** | **ACTIVIDADES REALIZADAS** |
| • Actualizar el LMDE, teniendo en cuenta que el documento disponible no contiene normativa aplicable al proceso. | • Revisión y actualización de documentos. |
| • Actualizar la guía "GAR.03" para la realización de trámites académicos en los programas de posgrados, de acuerdo al Reglamento General de Posgrados. | • Actualización de documentos según reglamento de posgrado. |
| • Establecer la planeación de los eventos de divulgación en todas las vigencias en el formato FAR.13. Consolidar el informe final de los eventos del 2017. | • Propuesta de informe de divulgación de actividades y eventos. Dificultad de la consolidación de la información por parte de las instituciones. |
| • Documentar los diferentes estados en los que puede estar un estudiante, con el fin de facilitar la labor a las UAA que realizan seguimiento al desempeño académico. | • Fortalecer en el procedimiento esta información. |
| • Actualizar el Procedimiento "PAR.02" para la reasignación de cupos en Programas Académicos de pregrado presencial, según lo establecido en el Acuerdo del Consejo Superior No. 256 de 2017. | • Propuesta de actualización del documentos. Se encuentra pendiente incluir los criterios para los programas nuevos de 2018.. |

Nota: Todas las actividades se encuentran abiertas.

# ASPECTOS POR MEJORAR

| JURÍDICA | |
|---|---|
| **DESCRIPCIÓN** | **ACTIVIDADES REALIZADAS** |
| • Incluir el Decreto N° 1167 de 2016 en el LMDE FGD.02 Versión 02 y en el documento PJU.02 ''Procedimiento Conciliación Versión 05''. | • Realizar actualización del documento.<br>• **Pendiente**: Respectiva aprobación y publicación en la Intranet. |
| **RELACIONES EXTERIORES** | |
| **DESCRIPCIÓN** | **ACTIVIDADES REALIZADAS** |
| • Modificar la meta del indicador "Número anual de participaciones registradas de egresados UIS en la vida universitaria", dado que obtuvo un valor de 3228 participaciones frente a una meta establecida de 150 participaciones. Definido en el ''Protocolo 52''. | • Grupo primario aprueba meta a 1000 participantes. |



# ASPECTOS POR MEJORAR



| RECURSOS TECNOLÓGICOS | |
|---|---|
| **DESCRIPCIÓN** | **ACTIVIDADES REALIZADAS** |
| • Mejorar la encuesta de percepción de los beneficiarios del Proceso, que permita al encuestado realizar observaciones. | • Realizar revisión y cambios posteriormente de las preguntas realizadas en las encuestas de satisfacción en el SIMAT. Incluir un espacio en donde los beneficiarios pueda hacer observaciones. |
| • Recuperar el espacio de trabajo del Jefe de la División, debido a que la oficina fue eliminada por bloqueo en la entrada principal. | **Nota:** No se programa actividad en el momento, ya que está en proceso la construcción del edificio para Planta Física, Mantenimiento Tecnológico, Publicaciones y Atención al Usuario. |
| • Gestionar con la unidad de apoyo correspondiente la recuperación del cielo raso de las áreas del Proceso Recursos Tecnológicos , y eliminar el origen del deterioro. | • Gestionar con el Proceso de Recursos Físicos la reparación del cielo raso. |

# ASPECTOS POR MEJORAR

| CONSULTORIO JURÍDICO | |
|---|---|
| **DESCRIPCIÓN** | **ACTIVIDADES REALIZADAS** |
| • Mantener trazabilidad de los estudiantes que se matriculan y deben asistir a la inducción obligatoria. | • Actualización del listado de estudiantes conciliadores en el SISAC. |
| • Definir una estrategia que permita al estudiante inasistente a los cursos de capacitación obtener la información que no recibió. | • Creación de una lista consolidada de asistencia y fallas por módulos. |
| • Mantener actualizada las fallas a la capacitaciones de los estudiantes y mejorar el mecanismo de registro con fórmulas Excel que genere el total de inasistencias y el porcentaje de las mismas. | • Implementación de filtros mediante tablas dinámicas en el consolidado de trámites de conciliación. |
| • Definir un instrumento de asistencia a manera de prueba que permita consolidar los 30 módulos de capacitación que se ofrecen en la inducción. | • Consolidado de capacitaciones de curso de conciliación por módulos. |



# ASPECTOS POR MEJORAR



| CONSULTORIO JURÍDICO | |
|---|---|
| **DESCRIPCIÓN** | **ACTIVIDADES REALIZADAS** |
| • Realizar solicitud para diseñar un programa que permita el registro de la información relacionada a los procesos de conciliación y el reporte de información. | • Oportunidad de mejora a largo plazo. |
| • Gestionar un auxiliar estudiantil para que realice la centralización de los archivos del CC y CJ. | • Contratación de profesional encargado de la centralización de archivo. |
| • Diligenciar la firma del líder del Proceso en las acciones correctivas N° 7, 8 y 9 de 2016, detallar las reprogramaciones realizadas con su respectiva justificación y tramitar el cierre de las mismas. | • Cierre y firma de cada acción. |

# ASPECTOS POR MEJORAR

| COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL | |
|---|---|
| **DESCRIPCIÓN** | **ACTIVIDADES REALIZADAS** |
| • Dar cumplimiento a la TRD del Proceso, en cuanto a los tiempos de retención y disposición de la información. | • Se da tratamiento mediante la acción correctiva No 39. |
| • Formular con la unidad de apoyo la planeación y ejecución del mantenimiento a los equipos de Televisión, Prensa y Radio. | • Enviar el listado de equipos por correo electrónico.<br>• Elaborar un control interno de los mantenimientos preventivos de la unidad. |
| • Realizar seguimiento a las acciones formuladas en el Mapa de Riesgos del Proceso, con el fin de verificar el avance de las actividades y posibles reformulaciones. | • Enviar correo solicitando las evidencias del mapa de riesgos.<br>• Desarrollar control para solicitar las evidencias a las sedes en el 2018. |
| • Validar los avisos o publicaciones impresas que realizan las UAA con medios de publicación externo, para cumplir el Manual de Identidad Visual de la Universidad. | • Capacitación a la comunidad frente al Manual de Identidad Corporativa. |

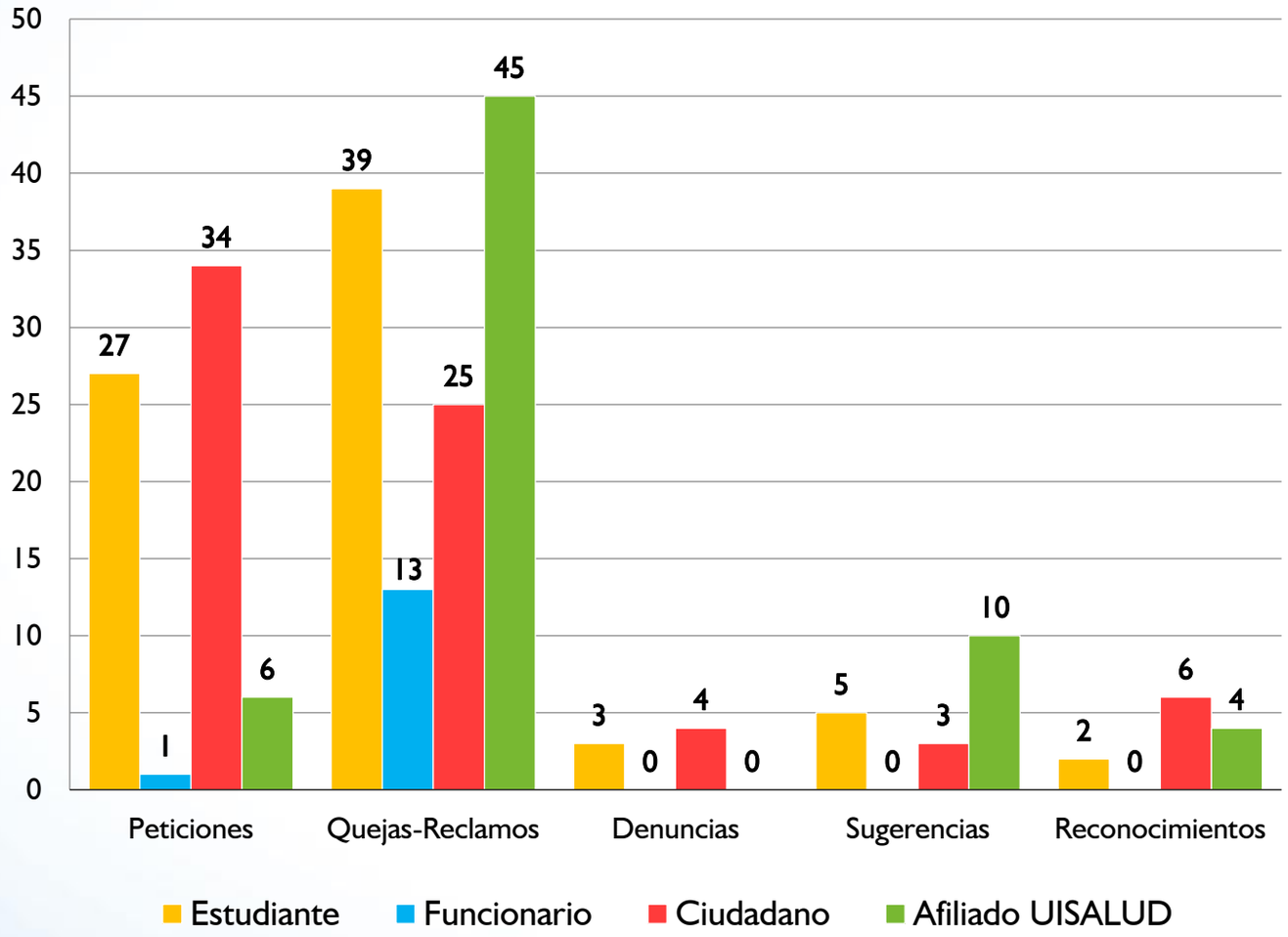
# ASPECTOS POR MEJORAR

| FORMACIÓN | |
|---|---|
| **DESCRIPCIÓN** | **ACTIVIDADES REALIZADAS** |
| • Documentar las mejoras que se realizan en el Proceso, dado que no se encontraron registros que evidencie las charlas realizadas. | • Conformación del equipo de trabajo y el cronograma de actividades a realizar. |
| • Actualizar GFO.05 "Guía para la planeación y la realización de la matrícula de estudiantes de especializaciones ",teniendo en cuenta que el proceso de matrícula de estudiantes de posgrados se realiza a través del Sistema de Información. | • Reuniones realizadas con la Dirección, Coordinaciones de Posgrados y Calidad.<br>• Aprobación y socialización del documento ajustado. |
| • Eliminar del SGI el formato FFO.03 ''Plan de calidad'', FFO.05 ''Información del estudiante'' y Formulario de Actividad Docente. | • Solicitud de eliminación de los formatos a Planeación y Calidad. |
| • Actualizar el formato FGD.03''Listado Maestro de Registro''. | • Trámite de actualización. |

# 8. INFORME ESTADÍSTICO
(Consolidado Enero 1° de 2017 – Diciembre 31 de 2017)
# PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS , DENUNCIAS, SUGERENCIAS Y RECONOCIMIENTOS



# NIVEL DE PARTICIPACIÓN POR BENEFICIARIO 2017

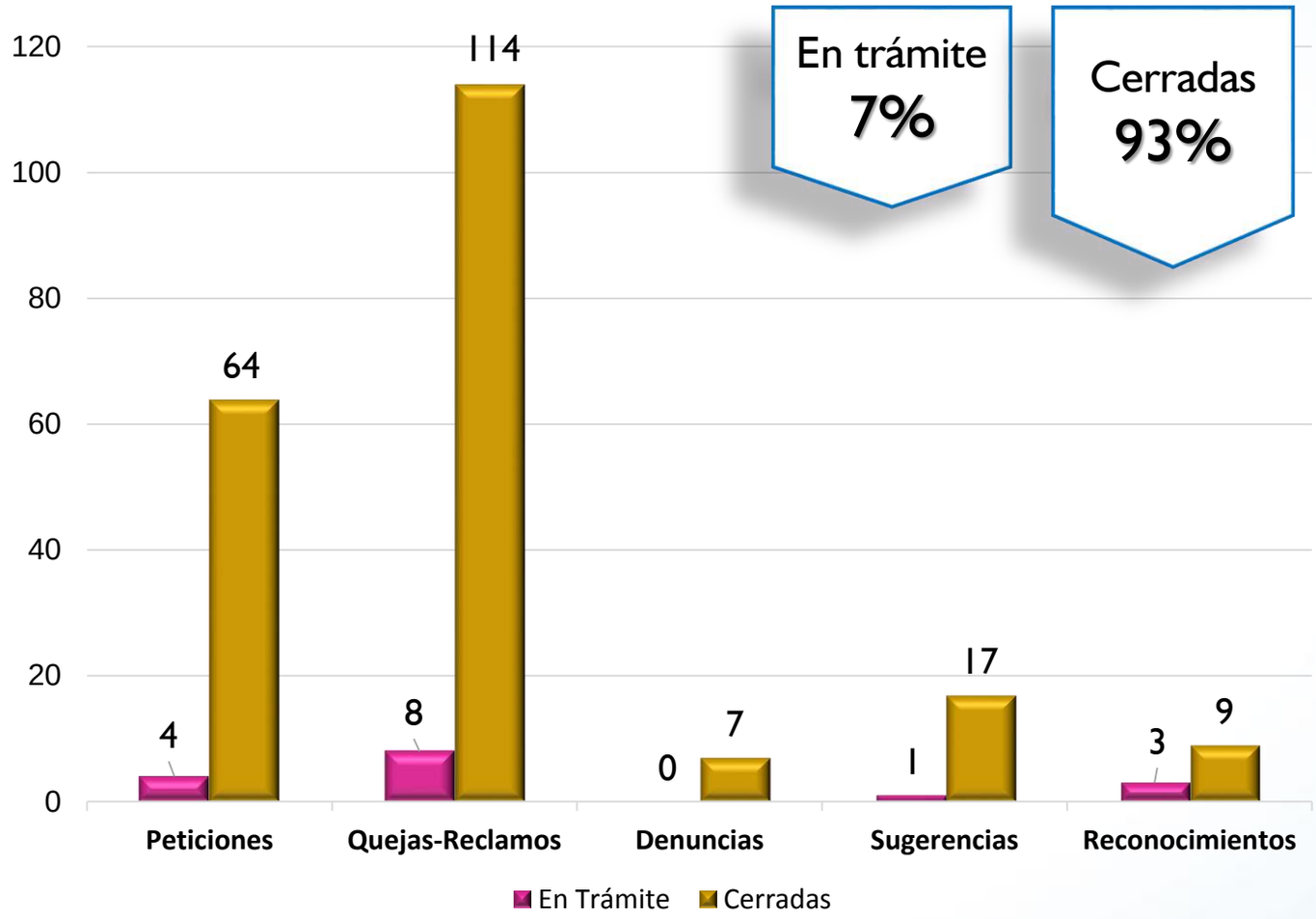



227
PQRDSF

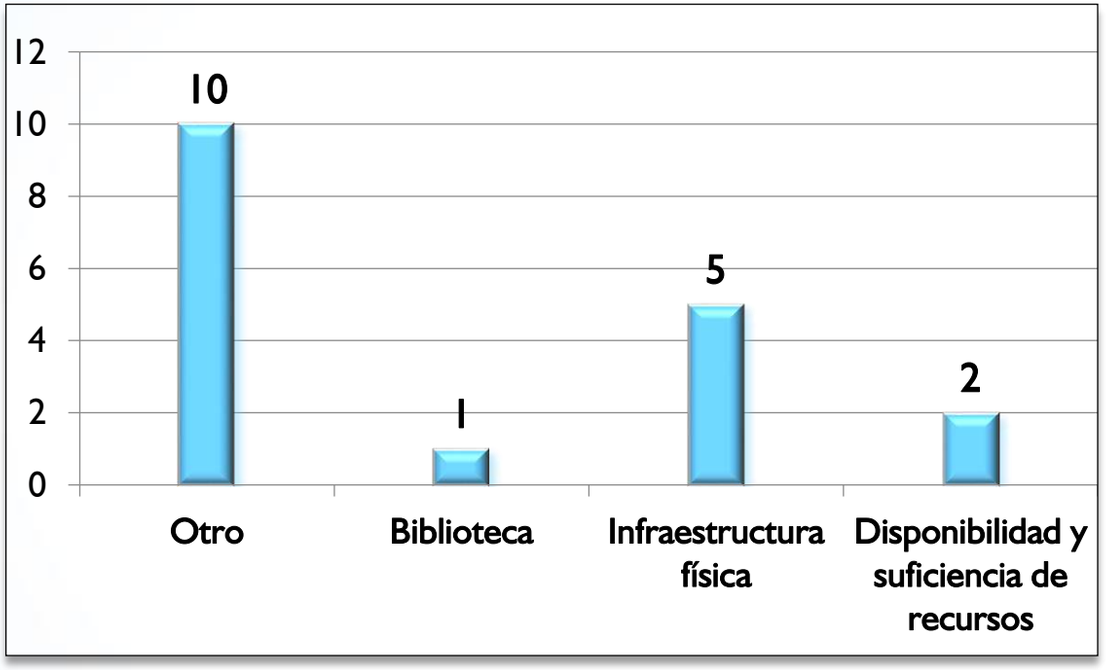


# RECIBIDAS POR TIPO DE SOLICITUD

| TIPO DE SOLICITUD | |
|---|---|
| Peticiones | 68 |
| Quejas – Reclamos | 123 |
| Denuncias | 7 |
| Sugerencias | 18 |
| Reconocimientos | 11 |
| **TOTAL** | **227** |



# SUGERENCIAS RECIBIDAS POR MOTIVOS 2017






## SUGERENCIAS MÁS RELEVANTES:

- Pago de los recibos de las habilitaciones en banco y no en agilizadores.
- Mejorar la atención al usuario por parte de funcionarios que apoyan el proceso de transcripción de fórmulas médicas
- La instalación eléctrica sea optimizada, teniendo como principal fuente una sola línea que sea distribuida en toda la universidad.
- La pronta apertura de la pista de atletismo en el horario nocturno.
- Posibilidad de rotar a los profesores que llevan mucho tiempo enseñando determinadas materias.
- UAA Receptoras: División de Planta Física, División de Bienestar Universitario, UISALUD y Sección de Comedores y Cafetería

# RECONOCIMIENTOS



## UISALUD

- Felicitación presentada por usuarios con respecto al excelente servicio ofrecido en UISALUD.

## SECCIÓN DE COMEDORES Y CAFETERÍA

- Agradecimiento por el servicio ofrecido, por ser incluyente con la comunidad vegetariana UIS y con los visitantes.
- Los menús riquísimos y una atención muy atenta cercana a las personas.

## BIBLIOTECA

- Reconocimiento a los funcionarios y trabajadores de la biblioteca de la facultad de salud, porque todos son amables y oportunos en todos los trámites, hay que reconocer el buen trabajo y dedicación de las personas.

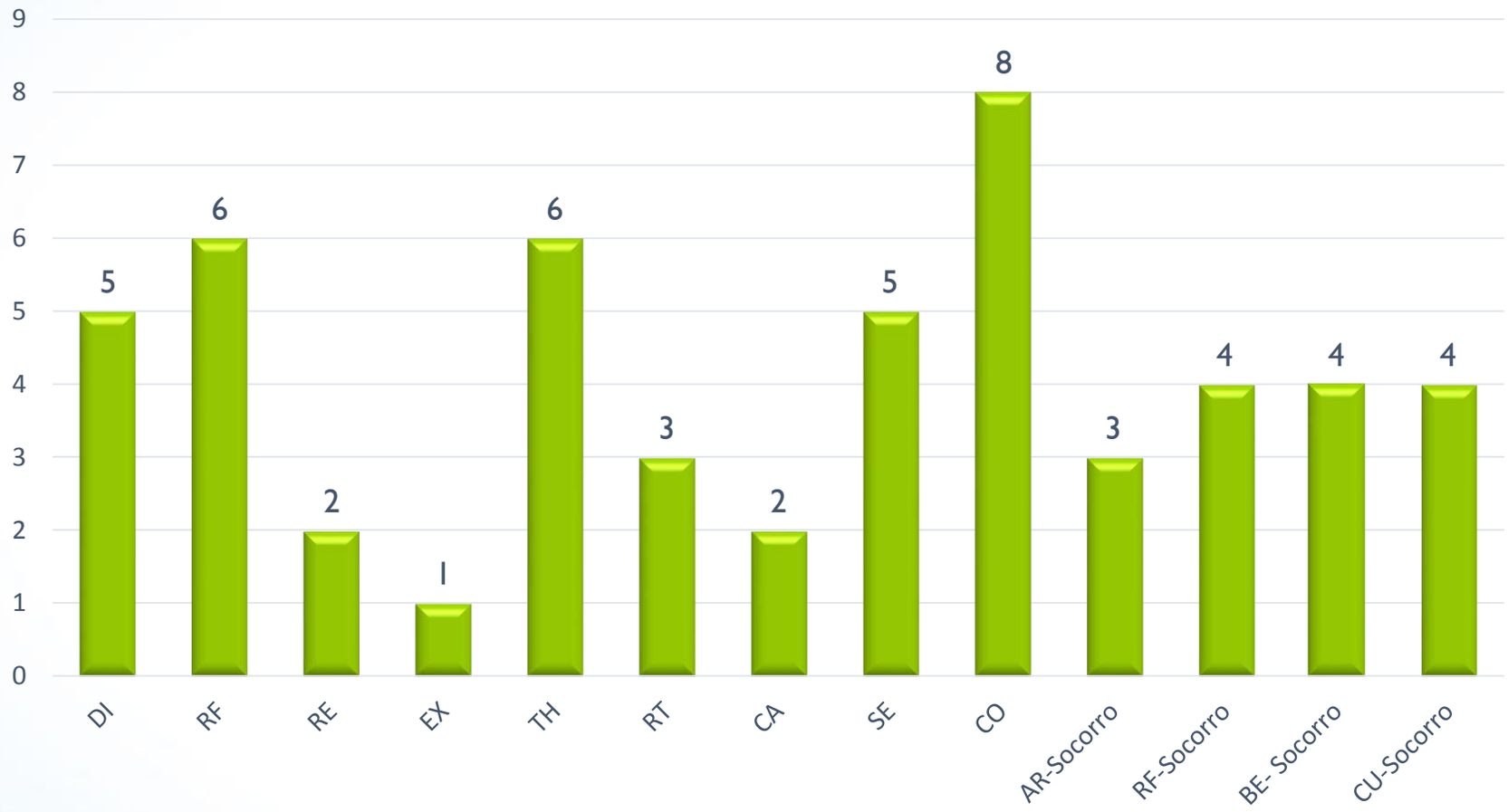
## DIVISIÓN DE MANTENIMIENTO TECNOLÓGICO

- La Sede Málaga agradece su valiosa colaboración en la gestión de proveedores para el mantenimiento preventivo.
- UISALUD agradece por su apoyo y compromiso en la ejecución de las labores con ocasión del traslado y reubicación temporal de las oficinas de nuestra Unidad.
- El doctor Gonzalo Gómez Patiño agradece por el apoyo brindado durante las labores de traslado de la unidad.
- Agradecimiento por su importante trabajo, valiosa ayuda y especial atención.
- La Sede Barbosa agradece por concepto de la gestión para el arreglo y envío de una consola.

# 9. RESULTADOS DE AUDITORÍAS EXTERNAS DE CALIDAD 2017



# CONSOLIDADO DE AUDITORÍA EXTERNA 2017




1 No Conformidad TH
53 Aspectos por Mejorar

**DI:** Dirección Institucional **RF:** Recursos Físicos **RE:** Relaciones Exteriores **EX:** Extensión **TH:** Talento Humano **RT:** Recursos Tecnológicos **CA:** Calidad Académica **SE:** Seguimiento Institucional **CO:** Contratación **AR:** Admisiones y Registro Académico **BE:** Bienestar Estudiantil **CU:** Gestión Cultural

# NO CONFORMIDAD AUDITORÍA EXTERNA TALENTO HUMANO

**Descripción:**

- ✓ Los perfiles que describen la competencia para los cargos al interior de la entidad, se encuentran desactualizados.
- ✓ No se evidencia la realización de un programa de capacitación y formación en calidad para el periodo 2017-2018.
- ✓ A las capacitaciones y formaciones ejecutadas en el primer semestre del 2017, no se les ha evaluado la eficacia.

**Evidencia:**

- ✓ No se identifica los requisitos relacionados con la formación en normas NIIF para el cargo de Contador.
- ✓ No se dispone del registro que sustente la programación de actividades solicitadas.
- ✓ No se dispone de la evidencia relacionada con la eficacia de las capacitaciones dictadas.

**Actividades:**

Elaborar propuesta del procedimiento para la actualización de manuales de funciones. → Formular y remitir para aprobación el plan de formación para el II semestre de 2017. → Evaluar la eficacia del plan de formación II semestre de 2017. → Ejecutar el plan de formación. → Evaluar la eficacia del plan de acción AC

Nota: Abierta por cronograma.

# ASPECTOS POR MEJORAR

| TALENTO HUMANO | |
|---|---|
| **DESCRIPCIÓN** | **ACTIVIDADES REALIZADAS** |
| • Asignar al perfil del cargo los requisitos de formación necesarios. | • Elaborar propuesta y realizar actualización general de los manuales de funciones. |
| • Identificar los cambios inherentes a los requisitos de educación y formación, para conservar los perfiles debidamente actualizados. | |
| • Fortalecer los procesos de inducción al personal, identificando los cargos que van a tener responsabilidad directa sobre los numerales de las normas del Sistema. | • Formulación del plan de formación semestral |
| • Evidenciar los requerimientos contenidos en los perfiles de los cargos, mediante el registro que avale dichos requisitos. | • Elaborar propuesta y realizar actualización general de los manuales de funciones. |
| • Fortalecer la matriz del riesgo asociado con la gestión del proceso de recurso humano; la valoración del riesgo inherente a la utilización de perfiles desactualizados. | • Actualización del Mapa de Riesgos del proceso |
| • Asignación de objetivos específicos a cada capacitación o curso de formación programado. | • Evaluar la eficacia del plan de acción propuesto |

**Nota:** Todas las actividades presentadas se encuentran abiertas.

# AUDITORÍA EXTERNA 2017

## ASPECTOS POR MEJORAR

| DIRECCIÓN INSTITUCIONAL | |
|---|---|
| **DESCRIPCIÓN** | **ACTIVIDADES REALIZADAS** |
| • Registrar los elementos de entrada a la RxD, incluido el Plan de Seguridad Vial basado en la Norma ISO 39001, así como el marco legal aplicado. | **Nota:** Una vez aprobada la ficha del proyecto de implementación de la Norma ISO 39001, se actualizará las entradas de la guía RXD. |
| • Considerar la integración del SSV basado en la Norma ISO 39001 con el SGC, facilitando el cumplimiento de la normativa legal vigente frente a los requisitos de la Resolución 1565 del 2014 del Ministerio de Transporte. | • Reunión con la DCIEG, Calidad, Planta Física y el profesional de Seguridad Vial en la Universidad.<br>• Solicitud a la EEIE con el fin de abordar la implementación de la Norma ISO 39001 mediante proyecto de grado. |
| • Considerar el montaje de un Sistema de Información que soporte el desarrollo de las actividades constitutivas del SGI. | • La Universidad esta realizando el proyecto de modernización de Sistemas de Información (ERP), por tanto a futuro se dará respuesta a este aspecto por mejorar. |

# ASPECTOS POR MEJORAR

| DIRECCIÓN INSTITUCIONAL | |
|---|---|
| **DESCRIPCIÓN** | **ACTIVIDADES REALIZADAS** |
| • Asignar recursos para garantizar que los líderes de proceso y facilitadores, adquieran las competencias necesarias en el SGI. | Entrenamiento en la nueva versión de la norma ISO 9001:2015 y actualización de auditores internos.<br><br>Formulación del Plan de Transición |
| • Gestionar el desarrollo de un plan definitivo de transición y de capacitación al personal responsable, para la implementación de la actualización de la norma ISO 9001:2015. | |



# ASPECTOS POR MEJORAR

| RECURSOS FÍSICOS | |
|---|---|
| **DESCRIPCIÓN** | **ACTIVIDADES REALIZADAS** |
| • Optimizar la información recolectada en las encuestas de satisfacción del beneficiario mediante análisis cualitativos. | • Realizar análisis cualitativo de la información recolectada en las encuestas de satisfacción a partir del I trimestre de 2018. |
| • Revisión pre-operacional a la movilización de los vehículos asegurando las condiciones previas de seguridad, equipos, documentos y estado en general de los mismos. | • Revisión y actualización de los formatos de transporte a fin de establecer control pre-operacional de los vehículos de la Universidad. |
| • Realizar un análisis de trabajo seguro en la ejecución de actividades que requieran una inspección antes de su autorización. | • Enviar a la División de Recursos Humanos - Oficina de SST los permisos diligenciados de trabajo seguro en alturas. |
| • Fortalecer el conocimiento de la documentación que soporta los controles sobre los procesos contratados externamente y la especificación de los mismos por parte de la entidad. | • En el programa de gestión 2018 de la División de Planta Física, se formuló un proyecto el cual incluye la actualización de la documentación del proceso. |
| • Considerar la adopción de un referencial a la implementación de un Sistema de Gestión Ambiental al interior de la entidad. | • El SGA no cuenta con la capacidad de adoptar y mantener la norma. |

# ASPECTOS POR MEJORAR

| CONTRATACIÓN | |
|---|---|
| **DESCRIPCIÓN** | **ACTIVIDADES REALIZADAS** |
| • Alineación de los criterios establecidos para la evaluación de los proveedores en el instructivo de selección, evaluación y reevaluación de proveedores. | • Solicitud de modificación del SIF.<br>• Actualización del formato de Evaluación de Proveedores. |
| • Establecer criterios de seguimiento y/o supervisión por tipo de proveedor en el Acta de Pago Parcial e Informe de Supervisión. | • AM para identificar el tipo de proveedor y realizar clasificación para establecer criterios de seguimiento. |
| • Asegurar el cumplimiento de las especificaciones técnicas desde la perspectiva ambiental y SST para los procesos de selección de proponentes en las convocatorias públicas. | • Programación de reunión con el SST y ambiental para definir las especificaciones técnicas en las convocatorias. |
| • Revisar el método de asignación de responsabilidades de supervisión de contratos al personal de las sedes. | • Circular a ordenadores del gasto solicitando informar las especificaciones técnicas del contrato al supervisor. |
| • Gestión de aprobación de documentos actualizados en el proceso. | • Actualización de documentos en proceso. |
| • Fortalecer la aplicación de los controles selectivos de acuerdo al avance y/o finalización de los contratos objeto y generar la medición oportuna y análisis del indicador. | • Modificación de la ejecución de los controles selectivos al finalizar cada semestre. |

# ASPECTOS POR MEJORAR

| RELACIONES EXTERIORES | |
|---|---|
| **DESCRIPCIÓN** | **ACTIVIDADES REALIZADAS** |
| • Considerar la asignación de indicadores de gestión por programa para determinar la eficacia en términos de cumplimiento de los objetivos individuales de cada uno de ellos. | • Considerar la asignación de indicadores de gestión por Programa y el compromiso de internacionalización de las diferentes Escuelas.<br><br>**Nota**: No se considera pertinente la asignación de indicadores de gestión por programa, ya que estos no cuentan con objetivos individuales claros de movilidad . |
| • Fortalecer la gestión del riesgo aplicado al proceso, involucrando en su gestión los riesgos inherentes al cumplimiento de metas de indicadores, objetivos de los programas y los objetivos de calidad relacionados. | • Identificar riesgos de mayor impacto. |
| **EXTENSIÓN** | |
| **DESCRIPCIÓN** | **ACTIVIDADES REALIZADAS** |
| • Garantizar que la redacción del objetivo del proceso sea clara y que realmente haga referencia a las actividades relevantes allí ejecutadas. | • Revisión y aprobación de la caracterización y documentación del proceso.<br><br>• Divulgación de la documentación actualizada |

# ASPECTOS POR MEJORAR

| SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL | |
|---|---|
| **DESCRIPCIÓN** | **OBSERVACONES** |
| Los aspectos por mejorar establecidos por parte del ente certificador son contemplados en las auditorías internas a través del diligenciamiento de los formatos FSE.26 Informe de Auditoría Interna de los Sistemas de Gestión y FSE.27 Informe de Auditoría Interna de Gestión. | |
| • Fortalecer la documentación dentro del proceso de auditorías internas, identificando en su total extensión cuales son los criterios de auditoría para los cuales se establece el procedimiento, para generar la evidencia de seguimiento y cumplimiento. | • Los criterios de auditoría se evidencian en cada Informe de Auditoria Interna en el literal I *Datos Generales*, ítem *Documentos de referencia (criterios).* |
| • Fortalecer los informes de auditoría, identificando cual es la información mínima de interés por sistema o modelo que la entidad desea sea verificada. | • La información mínima de interés se establece en los Informes de Auditoría Interna a través del literal I *Datos Generales*, ítem *Alcance de la Auditoría.* |
| • Identificación de los objetivos de la auditoria, y garantizar la coherencia entre estos y resultados plasmados en el informe. | • Los objetivos se establecen en los Informes de Auditoría a través del literal I *Datos Generales*, ítem *Objetivos de la Auditoría.* |
| • Establecer los mecanismos que permitan garantizar las competencias del equipo auditor cuando se consolide la integración del sistema de gestión implementado. | • La competencia del equipo auditor se garantiza a través de formación en el campo de aplicación. Por ejemplo, en los meses de octubre y noviembre del 2017 se realizó la actualización en la norma ISO 9001:2015 para los auditores internos; asimismo, un seminario sobre el nuevo Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, realizado en el mes de diciembre de 2017.<br>• Además se garantizan, según la normativa interna del proceso (Ac n° 070/2005 del C.S. Crea la DCIEG). |

# ASPECTOS POR MEJORAR

| CALIDAD ACADÉMICA | |
|---|---|
| **DESCRIPCIÓN** | **ACTIVIDADES REALIZADAS** |
| • Analizar los resultados obtenidos en la medición de los indicadores establecidos en cada proceso del SGC, para dar cumplimiento de los objetivos del proceso, los objetivos de calidad y el mejoramiento continuo de la eficacia. ( Aplica al Proceso CO) | • En proceso de revisión. |
| • Considerar incrementar las metas de los indicadores existentes en los procesos, debido a un comportamiento por largos periodos de tiempo, de tal forma que las nuevas metas sean más retadoras y contribuyan al mejoramiento continuo de estos procesos. ( Aplica al Proceso CO) | |



# ASPECTOS POR MEJORAR

| RECURSOS TECNOLÓGICOS | |
|---|---|
| **DESCRIPCIÓN** | **ACTIVIDADES REALIZADAS** |
| • Documentar el cálculo de la capacidad instalada del proceso, expresada en unidades de medida convenientes. | • Revisar la información de la capacidad instalada del proceso<br>• Determinar del grado de utilización de los recursos disponibles<br>• Informe de determinación de capacidad instalada del proceso |
| • Considerar la documentación del compromiso ambiental de los operarios que manejan y/o manipulan los equipos de refrigeración y aire acondicionado, garantizando la debida utilización de los gases de refrigeración. | • Revisión y recolección de información de aplicación de las buenas prácticas aplicadas la utilización de los gases de refrigeración.<br>• Documentar las actividades de buenas prácticas aplicadas a la utilización de los gases de refrigeración.<br>• Socialización del Manual. |
| • Realizar un análisis de trabajo seguro en la ejecución de actividades, que requieran una inspección antes de la autorización de su realización. | • Revisar el formato FTH.126: ''Formato permiso trabajo en alturas'' y MTH.03 ''Manual de trabajo seguro en alturas''.<br>• Realizar lista de chequeo para el personal de la DMT según formato FTH.126 y MTH.03 para socialización. |



# SEDES REGIONALES

## ASPECTOS POR MEJORAR

| ADMISIONES Y REGISTRO ACADÉMICO - SOCORRO | |
|---|---|
| **DESCRIPCIÓN** | **ACTIVIDADES REALIZADAS** |
| • Analizar los resultados obtenidos en la medición de los indicadores establecidos en cada proceso del SGC, para dar cumplimiento de los objetivos del proceso, de calidad y el mejoramiento continuo de la eficacia del sistema de gestión. (Aplica al Proceso RF,BE,CU) | • Realizar un análisis trimestralmente del resultado de los indicadores. |
| • Considerar incrementar las metas de los indicadores existentes en los procesos, debido aun comportamiento por largos periodos de tiempo. (Aplica al Proceso RF,BE,CU) | • Mejorar la herramienta que recopila la información para la construcción del informe de desempeño<br>• Diseñar una nueva encuesta para el I trimestre 2018. |
| • Clasificación de los requisitos establecidos para la inscripción de los aspirantes a nivel introductorio de acuerdo con los tipos de aspirantes identificados como Bachiller y estudiante de once grado. | • Revisar los requisitos para la inscripción de los aspirantes a nivel introductorio.<br>•<br>**Nota:** Se esperan los lineamientos finales del consejo de instituto IPRED, teniendo en cuenta que desde el 22 de Noviembre de 2017 se viene trabajando en una reestructuración del nivel introductorio. |

# ASPECTOS POR MEJORAR

| RECURSOS FÍSICOS - SOCORRO | |
|---|---|
| **DESCRIPCIÓN** | **ACTIVIDADES REALIZADAS** |
| • Estandarización formal con respecto al uso del formato FRF.40 “Verificación de Actividades”. | • Acción de mejora "Mejorar las condiciones de la infraestructura Física definiendo una guía para el desarrollo de las actividades de mantenimiento físico en la Sede Socorro" |
| • Alineación entre los resultados obtenidos en la y lo incluido en los informes y sea un respaldo ante posibles requerimientos de las partes interesadas. | • Describir en los informes de desempeño una justificación más amplia que detalle la ejecución de actividades desarrolladas durante el trimestre reportado. |

| BIENESTAR ESTUDIANTIL - SOCORRO | |
|---|---|
| **DESCRIPCIÓN** | **ACTIVIDADES REALIZADAS** |
| • Establecer metas que permitan medir la gestión de los programas Educativo-Preventivos en términos de desempeño. | • En proceso de revisión de metas e indicadores. |
| • Actualización del programa PAMRA de acuerdo con las actividades realizadas en cada periodo académico y su respectiva medición. | • Realizar actualizaciones a este programa sin que estén incluidas en la guía. |

# ASPECTOS POR MEJORAR

| GESTIÓN CULTURAL - SOCORRO | |
|---|---|
| **DESCRIPCIÓN** | **ACTIVIDADES REALIZADAS** |
| • Establecer una periodicidad para la revisión y actualización del contenido del LMR, que permita asegurar el adecuado y fácil acceso a los registros del proceso. | • Realizar una revisión de los LMR, para que la actualización sea atendida oportunamente por los líderes. |
| • Estudiar la viabilidad de incluir en el formato de encuestas de satisfacción el requerimiento de información de contacto, como mínimo para aquellas encuestas que son aplicadas a partes interesadas externas a la institución. | • Incluir en la encuesta la información de contacto, con el fin de establecer comunicación con la persona en caso que se requiera. |



# 10. DIFICULTADES/NECESIDADES REPORTADAS POR LOS PROCESOS



# DIFICULTADES REPORTADAS

| PROCESO | DIFICULTAD |
|---|---|
| EXT - IL | ✓ Falta de disponibilidad de aulas de clase para atender la demanda generando costos por préstamo de salones. |
| CU | ✓ Dificultades en el ingreso de vehículos a los parqueaderos de la Universidad durante los eventos realizados los sábados, domingos y festivos. |
| RT | ✓ Demora en la asignación de presupuesto para la División de Mantenimiento Tecnológico durante los primeros trimestres del año.<br>✓ Falta de personal en diferentes áreas (mecánica industrial, refrigeración y electrónica). |
| BI | ✓ Falta de equipos de cómputo disponibles para abastecer la demanda de usuarios en la sala de base de datos.<br>✓ Servicio de wifi intermitente. |
| CO | ✓ Depender de las actividades de otros procesos para desarrollar actividades propias. |



# DIFICULTADES REPORTADAS

| PROCESO | DIFICULTAD |
|---|---|
| IN | ✓ Cálculo manual para la generación de informes y reporte de indicadores. (EX)<br>✓ No se realiza reporte de todos los documentos de contratación por parte del director del proyecto establecidos en el estatuto de contratación. |
| EX | ✓ Algunas UAA no reportan la información sobre la ejecución y cumplimiento de los contratos /convenios afectado el reporte de la información.<br>✓ Algunas UAA no atienden las observaciones realizadas en la primera revisión de las propuestas ocasionando reprocesos. |
| BI<br>Sedes Regionales | ✓ Molestia de los usuarios en el pago de multas de Biblioteca dado que para el descargue en el sistema deben presentar el recibo en Biblioteca y en muchos casos los estudiantes pierden su recibo de pago. |
| BE<br>Sede Socorro | ✓ Falta de herramienta digital para el registro de todos los participantes a las actividades de PEP con el fin de facilitar su actualización.<br>✓ Se requiere equipo profesional para el desarrollo de los programas educativo preventivos dado que algunos quedan sin realizar.<br>✓ No se cuenta con tutores para estudiantes de IV Semestre. |

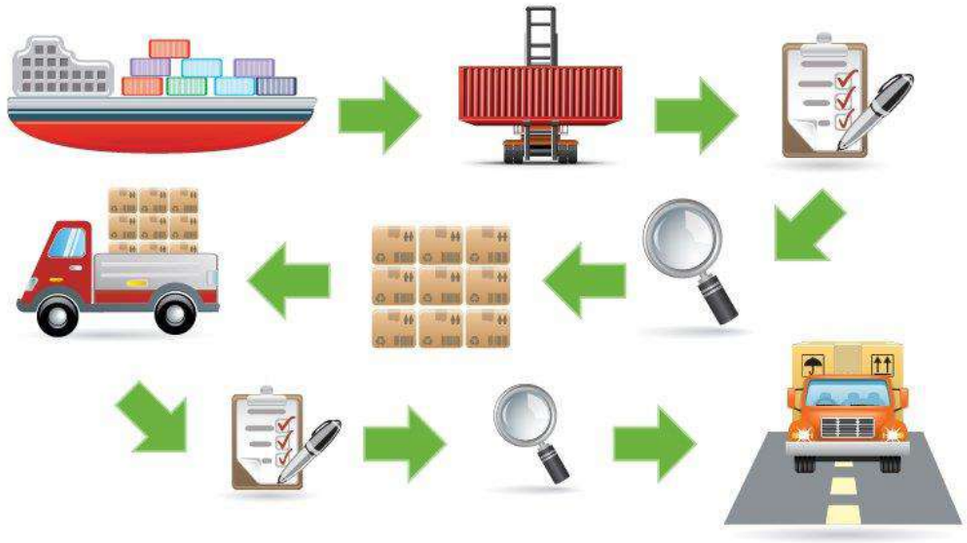


# NECESIDADES REPORTADAS

| PROCESO | NECESIDAD |
|---|---|
| **RT** | ✓ Garantizar la contratación del personal técnico y administrativo de la División.<br>✓ Garantizar el presupuesto para la compra de repuestos necesarios en la reparación de equipos.<br>✓ Subcontratar personal externo a la DMT con el fin de solucionar dificultades de tipo correctivo y preventivo. |
| **SE** | ✓ Fortalecer conocimientos relacionados con: Gestión del Cambio, Gestión del Conocimiento, Indicadores de Gestión y Riesgos. |
| **IN** | ✓ Generación de informes a través de los sistemas de información. |
| **PI** | ✓ Falta personal para atender las nuevas asignaciones y responsabilidades en la unidad. |
| **BE** Sede Barranca | ✓ Creación de una sala para lectura individual para generar un mejor ambiente de estudio y disminuir el ruido en la sala general. |
| **BE** Sede Socorro | ✓ Contemplar en el presupuesto actividades de Programas Educativo Preventivos como PIVU a la Sede Socorro para contar con personas invitadas que apoyen estas actividades. |



# 11. EVALUACIÓN DE PROVEEDORES



# EVALUACIÓN PROVEEDORES

(Enero a Diciembre 2017)

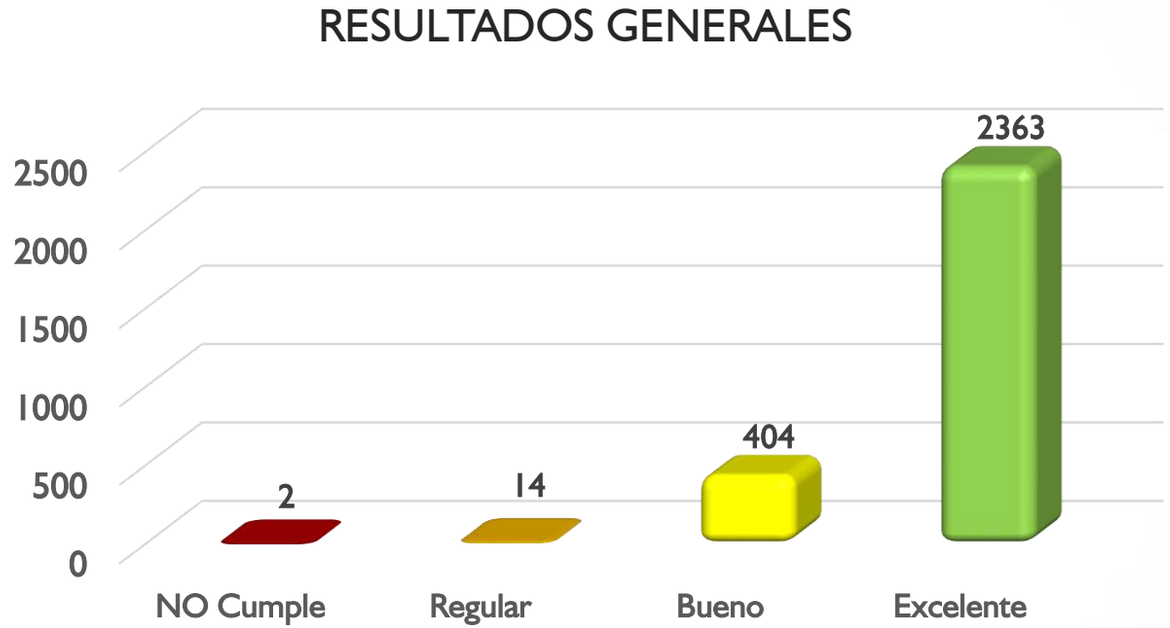
## DATOS RELEVANTES

- Se celebraron **8255** contratos.
- **2783** Proveedores

| PONDERACIÓN DE EVALUACIÓN | | | % |
|---|---|---|---|
| NO Cumple | 0 - 2.9 | 2 | 0,07 |
| Regular | 3.0 - 3.8 | 14 | 0,5 |
| Bueno | 3.9 - 4.4 | 404 | 14,5 |
| Excelente | 4.5 - 5.0 | 2363 | 84,9 |



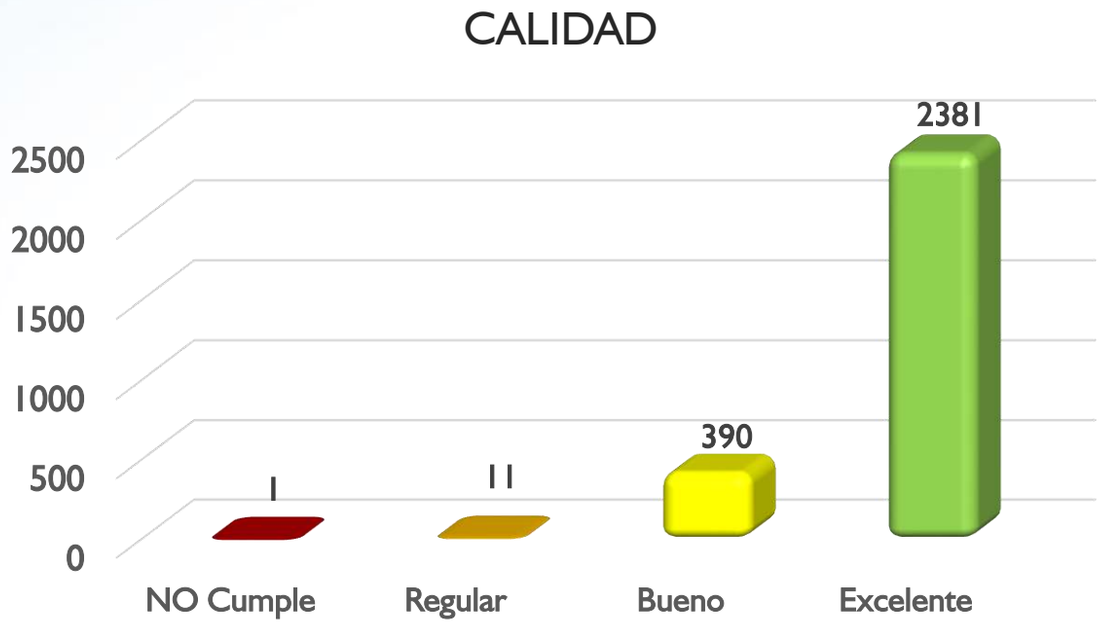


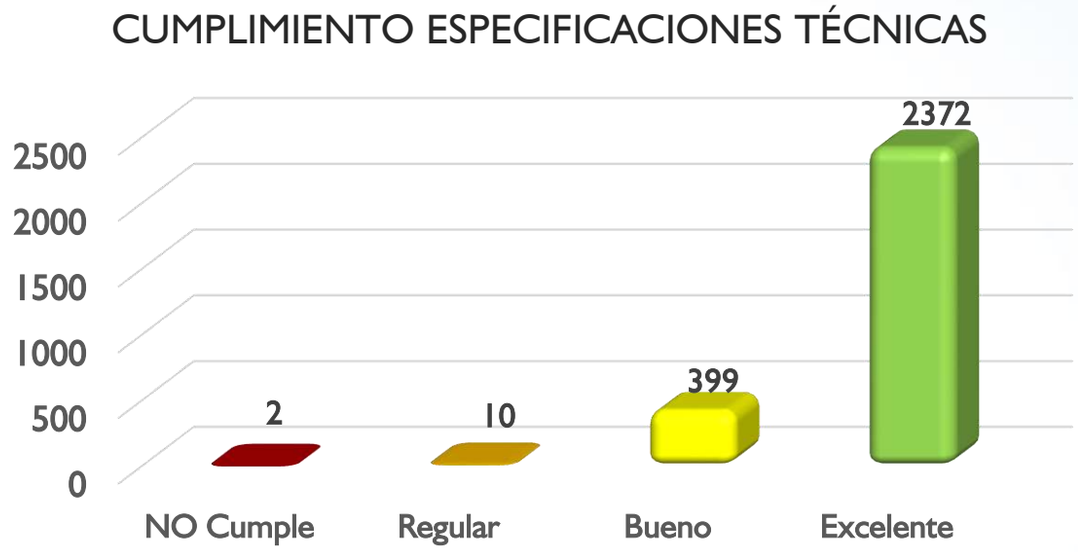



Fuente: División de Contratación

# EVALUACIÓN PROVEEDORES

## (Enero a Diciembre 2017)

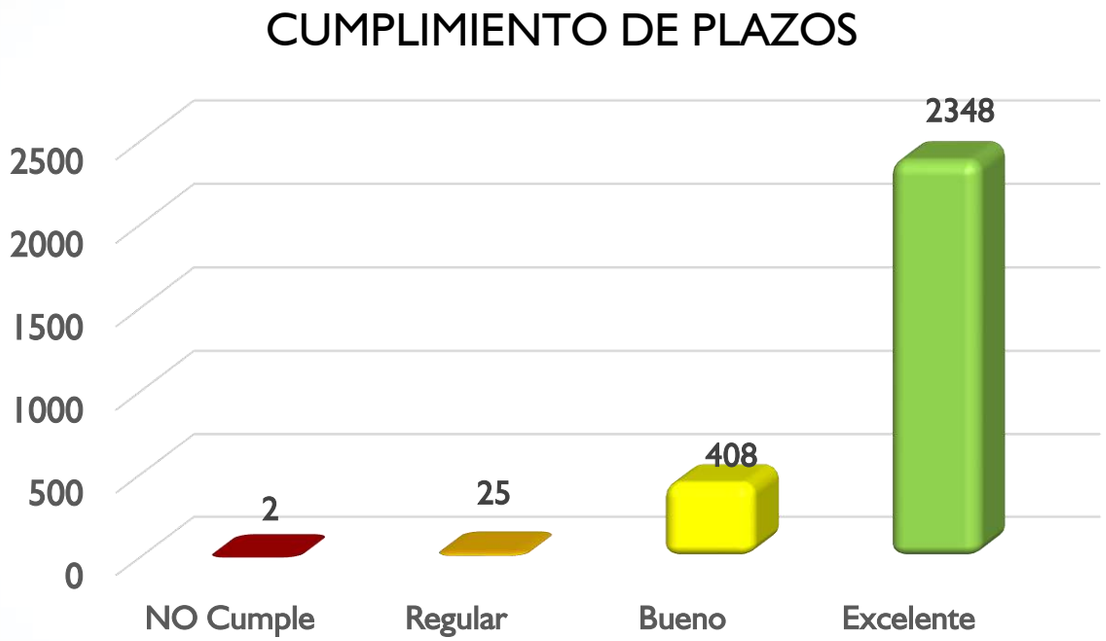



| PONDERACIÓN DE CRITERIO | | |
|---|---|---|
| NO Cumple | 0 - 2.9 | 1 |
| Regular | 3.0 - 3.8 | 11 |
| Bueno | 3.9 - 4.4 | 390 |
| Excelente | 4.5 - 5.0 | 2381 |

| PONDERACIÓN DE CRITERIO | | |
|---|---|---|
| NO Cumple | 0 - 2.9 | 2 |
| Regular | 3.0 - 3.8 | 10 |
| Bueno | 3.9 - 4.4 | 399 |
| Excelente | 4.5 - 5.0 | 2372 |

# EVALUACIÓN PROVEEDORES
## (Enero a Diciembre 2017)




| PONDERACIÓN DE CRITERIO | | |
|---|---|---|
| NO Cumple | 0 - 2.9 | 2 |
| Regular | 3.0 - 3.8 | 25 |
| Bueno | 3.9 - 4.4 | 408 |
| Excelente | 4.5 - 5.0 | 2348 |



# 12. ADECUACIÓN DE LOS RECURSOS



# RECURSOS

Según la norma ISO 9001:2015 establece en su numeral 7.1.1: "La organización debe determinar y proporcionar los recursos necesarios para el establecimiento, implementación, mantenimiento y mejora continua de sistema de gestión de calidad".

## PERSONAS

- ✓ Representante SGI.
- ✓ Líderes de procesos.
- ✓ Facilitadores de calidad.
- ✓ Auxiliares estudiantiles.
- ✓ Coordinador Calidad.
- ✓ Auditores internos.



## INFRAESTRUCTURA

Mantenimiento de la infraestructura se realiza mediante el apoyo de los procesos:

- ✓ Recursos Físicos: garantiza las condiciones físicas, ambientales y de seguridad.
- ✓ Recursos Tecnológicos: funcionamiento y confiabilidad de equipos eléctricos, electrónicos y de refrigeración.
- ✓ Servicios Informáticos y Telecomunicaciones: servicios de tecnología de la información y la comunicación TICs

## AMBIENTE PARA LA OPERACIÓN DE LOS PROCESOS

Proceso: Talento Humano

- Subproceso Desarrollo Humano Organizacional:
  - ✓ Estudio clima organizacional
  - ✓ Comités de convivencia laboral
  - ✓ Programa de acondicionamiento físico
- Subproceso Seguridad y Salud en el Trabajo: programa de riesgo psicosocial.
- Factores físicos: Recursos Físicos.

# 13. SEGUIMIENTO DE COMPROMISOS DE REVISIONES PREVIAS POR PARTE DE LA DIRECCIÓN



# COMPROMISOS DE REVISIONES PREVIAS

| COMPROMISO | ESTADO |
|---|---|
| ✓ Realizar el seguimiento acciones correctivas y aspectos por mejorar de auditoría interna de calidad. | Realizado |
| ✓ Apoyar los procesos mediante auxiliaturas estudiantiles por Vicerrectoría Administrativa. | Realizado |
| ✓ Gestionar el desarrollo del proyecto "Rediseño e implementación de la Gestión y Administración del Riesgo de la Universidad" (oportunidades ISO 9001:2015). | Propuesta elaborada y valoración en sitio<br>Se continuará fortaleciendo en 2019 |
| ✓ Promover la cultura de reporte de la población usuaria de UISALUD en el módulo PQRSDR. | Realizado |
| ✓ Gestión de consultoría o asesoría para apoyar la implementación de los nuevos cambios de la norma ISO 9001:2015 en la Universidad. | Propuesta elaborada e implementación de los nuevos cambios<br>Se continuará fortaleciendo en 2019 |
| ✓ Solicitar el incremento de las metas en los indicadores de satisfacción, oportunidad y asertividad de los procesos. | Solicitud realizada a los procesos |



# 14. CAMBIOS QUE PUEDEN AFECTAR EL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD



# CAMBIOS QUE PUEDEN AFECTAR EL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

- ✓ Ampliación del alcance del Sistema de Gestión de Calidad con los procesos de Publicaciones y la Unidad Especializada de Salud "UISALUD".
- ✓ Implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) que integra los componentes del MECI, NTC GP1000 y las Políticas de Desarrollo Administrativo según Decreto n°. 1499 de 2017.
- ✓ Formulación del Proyecto Institucional y el Plan de Desarrollo Institucional 2019 -2030.
- ✓ Implementación de la norma ISO 39001 Sistema de Seguridad Vial.
- ✓ Definición de nuevos lineamientos institucionales asociados al mantenimiento del SGC.
- ✓ Actualización de la normativa externa aplicable al SGC.



# 15. RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA



- ✓ Entrenamiento y capacitación dirigido a Líderes, facilitadores, auditores de los procesos de la Universidad asociados a la Gestión de Riesgos, Sistema de Gestión de Calidad y Modelo Integrado de Planeación y Gestión.
- ✓ Contar con el apoyo de las auxiliaturas estudiantiles para el mantenimiento del Sistema de Gestión de Calidad en los procesos.
- ✓ Incluir el Proceso UISALUD en la visita de auditoría externa del siguiente año.
- ✓ Revisar el Mapa de Procesos y su interacción.
- ✓ Actualizar el Manual para la administración de riesgos y los mapas con base en las necesidades de la norma ISO 9001:2015 y la guía del DAFP.
- ✓ Revisar y dar mayor importancia al planteamiento de los controles de cada proceso en la gestión de riesgos.



- ✓ Solicitar al proceso de Servicios Informáticos y de Telecomunicaciones la implementación del Sistema de Seguridad de la Información bajo la norma ISO/IEC 27001:2013 dado que por MIPG se debe fortalecer este tema y orientarlo al tratamiento de riesgos. Asimismo, es una norma certificable que se puede articular con el Sistema de Gestión de Calidad.
- ✓ Continuar con el apoyo de los facilitadores, incluyendo Sedes Regionales, para garantizar el seguimiento y mejoramiento continuo en cada uno de los procesos de la Universidad.

# CONCLUSIONES



- ✓ Se resaltan los resultados favorables del nivel de satisfacción de los procesos Misionales (Formación, Investigación y Extensión).

- ✓ La cultura de mejora apropiada en los Procesos de la Universidad presenta un resultado del 69% por encima de la meta establecida. En total se documentaron 102 acciones de mejora durante el 2017.

- ✓ El porcentaje promedio de ejecución de las acciones planteadas a nivel Institucional en los Mapas de Riesgos del 2017 corresponde al 92%. En este seguimiento se incluye la medición de ejecución de actividades de un nuevo Proceso "Publicaciones". Los procesos de Contratación, Cultural, Financiero y UISALUD cuentan con un porcentaje de ejecución menor al 80%, esto debido a que las actividades propuestas son complejas y se han desarrollado parcialmente, asimismo requieren intervención de otros procesos.

- ✓ Para el 2017 se presentaron 227 PQRDSR discriminadas en: 123 quejas y reclamos, 68 peticiones, siete (7) denuncias, 18 sugerencias y 11 reconocimientos, las cuales recibieron el tratamiento correspondiente. Asimismo, se registraron felicitaciones a los procesos de UISALUD, Sección de Comedores y Cafetería, Biblioteca, División de Mantenimiento Tecnológico.



- ✓ El porcentaje de ejecución de las no conformidades de auditoría interna en los procesos corresponde a un 67,5%. El porcentaje de ejecución de los aspectos por mejorar es de 62,5% en 2017 y se programa el cierre de las acciones a diciembre de 2018.

- ✓ Se evaluaron 2783 proveedores para un total de 8255 contratos durante la vigencia 2017, en cuanto a especificaciones técnicas, plazos y calidad. Se obtuvo como resultado que dos (2) proveedores no cumplieron, 14 calificados como regular, 404 evaluados como bueno y 2363 calificados excelente.

- ✓ Como parte de los cambios que impactan el Sistema de Gestión de Calidad se identifica el Decreto n.° 1499 de 2017 Modelo Integrado de Planeación y Gestión.

- ✓ Se amplía el alcance del Sistema de Gestión de Calidad de la Universidad con los procesos de Publicaciones y UISALUD. Sin embargo, este último se incluirá en el ejercicio de auditoría externa de 2019, dado que se encuentra en la etapa de documentación.

- ✓ Se considera que el Sistema de Gestión de Calidad soporta el quehacer administrativo y académico de la Universidad, se convierte en una herramienta de seguimiento y control que permite estandarizar y evidenciar el desarrollo de las actividades en los procesos.



#LaUISqueQueremos

# Universidad Industrial de Santander

www.uis.edu.co

70 años

## Gracias por su atención

1948 - 2018

Patrimonio educativo y cultural de los santandereanos