INFORME REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD SEDE BOGOTÁ

VIGENCIA 2016

La revisión planificada para asegurar la conveniencia, adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad continuas del Sistema de Gestión de Calidad, nos permite definir oportunidades de mejora e identificar la necesidad de efectuar cambios en el sistema incluidos la política y objetivos de gestión y calidad de la Universidad.

siga | sistema integrado de gestión académica, administrativa y ambiental

INFORME REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD SEDE BOGOTÁ

VIGENCIA 2016

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN ACADÉMICO, ADMINISTRATIVO Y AMBIENTAL - SIGA

"Es el modelo básico de referencia desarrollado por la Universidad Nacional de Colombia para el diagnóstico, aplicación, seguimiento, evaluación y análisis de la transformación necesaria o pertinente en el ámbito de gestión institucional, visualizada desde la identificación de aspectos comunes en materia Académica, Administrativa y Ambiental.

Los Sistemas que se encuentran integrados son: Sistema de Gestión de Calidad -NTC GP 1000:2009. MECI – Modelo Estándar de Control Interno, Integración de Planeación y Gestión Decreto 2482 de 2012

Los Sistemas a incorporarse para para completar la integración de la Gestión son: Seguridad y Salud en el trabajo- Decreto 1072, Sistema de Seguridad de la información ISO 27001, Sistema de Gestión Ambiental ISO 14001:2015, Gestión Documental- Ley 594 de 2000, Sistema de Laboratorios NTC ISO/IEC 17025

El Informe de Revisión por la Dirección para el año 2016 tiene como objetivo la consolidación y el análisis de cada uno de los componentes que constituyen el Sistema de Gestión de la Calidad, con el fin de determinar el desempeño y nivel de cumplimiento a nivel de los procesos de Sede.

La información presentada hace parte de la información reportada por los procesos en su informe de revisión por la dirección.

Es importante, resaltar que la Sede Bogotá apalancada en su proyecto de inversión 2016-2018 *Optimización de trámites y servicios*, se consideraron temáticas importantes como el servicio, cultura organizacional, y entrenamiento al personal.

Contenido

1. RESULTADOS DE LAS AUDITORÍAS.....4

2. LA RETROALIMENTACIÓN DE LOS USUARIOS. 9

ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN 9

QUEJAS, RECLAMOS Y SUGERENCIAS 12

3. GESTIÓN DE RIESGOS 15

4. DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS Y LA CONFORMIDAD DEL PRODUCTO/SERVICIO 21

DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS 21

CONFORMIDAD DEL PRODUCTO O SERVICIO 22

5. ESTADO DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS, ACCIONES PREVENTIVAS Y MEJORAS. 25

6. SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES RESULTANTES DE LAS REVISIONES PREVIAS. 27

7. CAMBIOS QUE PODRÍAN AFECTAR EL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD.....28

8. RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA.....29

9. CONCLUSIÓN 30

(CONVENIENCIA, ADECUACIÓN, EFICACIA, EFICIENCIA Y EFECTIVIDAD DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD). . 30

1. RESULTADOS DE LAS AUDITORÍAS.

- Qué se hizo

Se estableció el programa de auditoria interna de seguimiento al sistema de gestión de la calidad por parte de la Sede, para el mes de Abril 2016 para 5 procesos en nivel central y 5 en Facultad, en 16 Dependencias de la Sede Bogotá, con un total de 22 Auditorias.

Las cuales se realizaron con el fin de verificar el cierre eficaz de los 26 hallazgos de la auditoria interna realizada en el 2015.

Como parte de las auditorías internas institucionales lideradas por el equipo SIGA Nacional, se auditó solamente Registro y Matrícula en donde se generaron dos no conformidades y tres oportunidades de mejora.

Como estrategia complementaria se realizó el ejercicio piloto de autoevaluación con el enfoque de fortalezas y debilidades, en los procesos, así como el seguimiento al plan de mejoramiento de Sede denominado, consolidación de la gestión de los laboratorios sede Bogotá a nivel de facultad.

Adicional, se realizó auditoría externa de seguimiento por parte del ICONTEC en el mes de Octubre en 10 Dependencias de la Sede Bogotá, en la cual no se generaron hallazgos, sin embargo se dieron 31 observaciones, a los cuales algunas acciones para su implementación depende de la disponibilidad de recursos y trabajar conjuntamente con el líder del proceso del nivel nacional.

- Cómo lo hizo

En cuanto a las auditorías internas de seguimiento se notificaron los planes de auditoría a las dependencias con hallazgos pendientes de cierre del 2014 y 2015, tal como el procedimiento institucional de auditorías internas lo establece.

Para el caso de la auditoría institucional del proceso Registro y Matrícula, se programó, notificó y realizó desde el Nivel Nacional.

Como parte de la estrategia de preparación de se convocaron los auditores internos para su respectiva inducción y asignación.
Debido a la falta de recursos por parte de la Sede para la vigencia 2016, la sede no realizó capacitaciones orientadas a la formación o actualización de nuevos auditores.

Como único proceso que se auditó del programa institucional de auditorías internas fue Registro y Matrícula, donde se generaron hallazgo por incumplimiento de los requisitos:

- ✓ 7.5.4 Propiedad del Cliente
- ✓ 8.2.1 Seguimiento y Medición
- ✓ 8.4 Análisis de Datos

Y oportunidades de mejora en:

- ✓ 4.2.3 Control de Documentos
- ✓ 4.2.4 Control de Registros
- ✓ 5.5.3 Comunicación interna

Como parte de las auditorias de seguimiento se evidenció:

- ✓ Debilidad en la implementación del requisito de fallas en la prestación del servicio y análisis de datos.

- ✓ La necesidad de revisión y actualización documental de macroprocesos U.

- ✓ Débil implementación de la Serie de Calidad en las Tablas de Retención Documental.

- **Análisis de la información presentada**

Como único proceso que se auditó del programa institucional de auditorías internas fue Registro y Matrícula, donde se presentó un desempeño medio, acorde a la escala establecida de nivel de cumplimiento de requisitos auditados.

Sin embargo a nivel de los procesos que recibieron auditoría de seguimiento sobre los 26 hallazgos de la vigencia anterior, el 88.4% fue satisfactorio.

- **Cómo vamos?**

Con relación a los resultados de los ejercicios de seguimiento de determinó que los requisitos que presentan un nivel bajo de cumplimiento son:

- ✓ 4.2.3 Control Documental
- ✓ 4.2.4 Control de Registros
- ✓ 8.3 Control de Fallas en la prestación del servicio.
- ✓ 8.4 Análisis de datos

Como contraste los requisitos con un alto nivel de cumplimiento son:

- ✓ 4.1 Gestión del Riesgo
- ✓ 7.1. Planificación y realización del producto o servicio
- ✓ 7.2 Procesos relacionados con el usuario
- ✓ 8.2 Satisfacción del usuario
- ✓ 7.5 Producción y prestación del servicio

Por fortalecer 7.3 Diseño y Desarrollo, 7.6 Control de equipos de seguimiento y medición y 8.5 Eficacia de los planes de mejoramiento

Como Macroproceso más débil como resultado de las auditorías realizadas se identificó Formación.

- **Conclusión**

- ✓ Se realizó de manera satisfactoria el ciclo de seguimiento, estrategia que garantizó el cierre eficaz de hallazgos pendientes.

- ✓ El aporte del ejercicio pedagógico de autoevaluación al reconocer el propio proceso sus debilidades.

- ✓ La apropiación y compromiso de todos los líderes de proceso para atender la auditoría externa de ICONTEC.

- ✓ Se concluye que el ejercicio de auditorías realizadas en el 2016 fue eficaz ya que se cumplió a cabalidad la agenda programada.

- ✓ Se considera que fue eficiente ya que el uso del recurso humano y la asignación de tiempo en horas asignadas fueron los adecuados.

- ✓ Para poder alcanzar como resultado la efectividad se requiere establecer las auditorías con un carácter institucional bajo resolución o acto administrativo que dé más respaldo a los auditores en su preparación y participación, y a los auditados en asegurar el nivel de cumplimiento de los requisitos de los procesos.

- Acciones de mejora

El ejercicio de auditoria se debe mantener, si bien se han realizado auditorias institucionales no son visibles sus efectos sobre el mejoramiento del proceso, se recomienda aplicar a los misionales por vigencia en todos los niveles.

- ✓ Se evidencia la necesidad de ampliar la cobertura del programa de auditorías institucionales en Sede, retomando la dinámica por Sede que se venía manejando ya que la muestra no es representativa a nivel de los 42 procesos y 11 facultades.
- ✓ Se determinar la necesidad de dar continuidad a las auditorias de seguimiento.
- ✓ Establecer estrategias orientadas al fortalecimiento de las competencias de los auditores internos.
- ✓ Se recomienda generar el rol de Coordinador de Auditorias a nivel institucionales y de Sede.
- ✓ Promover y fortalecer el uso y conocimiento del Módulo de Auditorías del Softexpert.
- ✓ Fortalecer el seguimiento para el cierre eficaz de los hallazgos institucionales.

AUDITORIAS INTERNAS

FORMACION DE AUDITORES INTERNOS 2016	
No. NUEVOS AUDITORES	No AUDITORES ACTUALIZADOS
0	0

Tabla 1. Número de auditores capacitados 2016

EJECUCIÓN DE AUDITORIAS INTERNAS 2016			
TIPO	PROGRAMADAS	EJECUTADAS	INDICADOR: % de Auditorías realizadas en el año actual No. de Auditorias Ejecutadas / No. de Auditorias Programadas
Auditorías de Gestión al SGC	1	1	100%
Auditorías de Seguimiento al SGC	22	22	100%
Auditorías Otros Sistemas de Gestión	-	-	0%
TOTAL	23	23	100%

Tabla 2. Número de auditorías internas realizadas en 2016

GESTION DE HALLAZGOS AUDITORIAS INTERNAS 2015						
NORMA AUDITADA	# DE HALLAZGOS ENCONTRADOS 2015	TOTAL PLANES DE MEJORAMIENTO DOCUMENTADOS	TOTAL DE PLANES DE MEJORAMIENTO ABIERTOS	TOTAL DE PLANES DE MEJORAMIENTO CERRADOS	INDICADOR: % de planes abiertos en las auditorias No. de planes abiertos / No. Total de planes de mejoramiento documentados	INDICADOR: % de planes cerrados en las auditorias No. de planes cerrados / No. Total de planes de mejoramiento documentados
ISO 9001:2015 NTC GP 1000:2009	26	26	3	23	**11.6%**	**88.4%**

Tabla 3. Gestión de hallazgos auditorías internas 2015

GESTION DE HALLAZGOS AUDITORIAS INTERNAS 2016						
NORMA AUDITADA	# DE HALLAZGOS ENCONTRADOS 2015	TOTAL PLANES DE MEJORAMIENTO DOCUMENTADOS	TOTAL DE PLANES DE MEJORAMIENTO ABIERTOS	TOTAL DE PLANES DE MEJORAMIENTO CERRADOS	INDICADOR: % de planes abiertos en las auditorias No. de planes abiertos / No. Total de planes de mejoramiento documentados	INDICADOR: % de planes cerrados en las auditorias No. de planes cerrados / No. Total de planes de mejoramiento documentados
ISO 9001:2015 NTC GP 1000:2009	3	3	3	0	100%	0
• Un solo proceso evaluado Registro y Matrícula						

Tabla 4. Gestión de hallazgos auditorías internas 2016

AUDITORIAS EXTERNAS

GESTION DE HALLAZGOS AUDITORIAS EXTERNAS 2015-2016						
NORMA AUDITADA	VIGENCIA	NÚMERO DE HALLAZGOS	TOTAL DE PLANES DE MEJORAMIENTO ABIERTOS	TOTAL DE PLANES DE MEJORAMIENTO CERRADOS	INDICADOR: % de planes abiertos en las auditorias No. de planes abiertos / No. Total de planes de mejoramiento documentados	INDICADOR: % de planes cerrados en las auditorias No. de planes cerrados / No. Total de planes de mejoramiento documentados
ISO 9001:2015 NTC GP 1000:2009	2015	1	0	1	0	100%
	2016	0	0	0	0	0

Tabla 5. Gestión de hallazgos auditorías externas 2015-2016

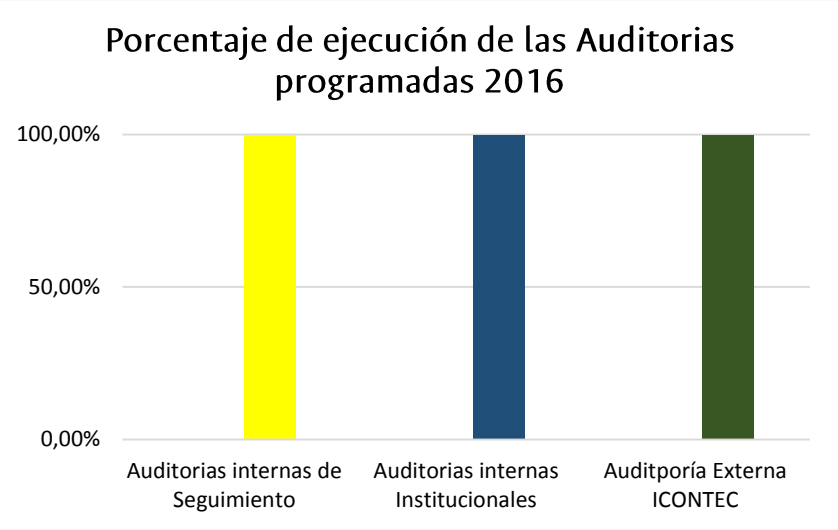

Gráfico 1. Porcentaje de ejecución de Auditorías programadas 2016

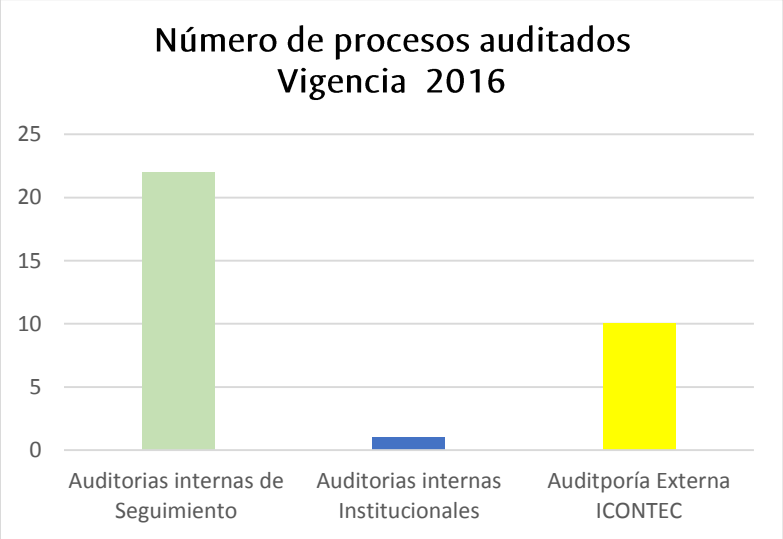

Gráfico 2. Número de procesos auditados en Sede Bogotá vigencia 2016

¿Cómo vamos?

Se obtuvo un cumplimiento del 100% del programa de auditorías establecido, en cuanto a los resultados de las auditorías internas de seguimiento se consideran satisfactorios al realizar el cierre eficaz del 88% de los hallazgos del 2015.

2. LA RETROALIMENTACIÓN DE LOS USUARIOS.

ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN

- Qué se hizo

  Los procesos establecidos en el procedimiento institucional de satisfacción del usuario, realizaron la medición correspondiente para la vigencia 2016.

  Así mismo, la Coordinación de Calidad de la Sede apoyada en el proyecto de inversión 2016-2018 Optimización de Trámites y Servicios, diseñó y aplicó encuesta vía web para los prestadores de servicio y los usuarios de la Comunidad universitaria (administrativos y estudiantes), cuyo objetivo se enmarcó en determinar:

  - ✓ Percepción del nivel de formación en servicio en el que se encuentran los funcionarios (Prestadores del Servicio).
  - ✓ Percepción de satisfacción respecto a los servicios prestados en la Sede Bogotá (Usuarios).

- Cómo lo hizo

  Los procesos implementaron mecanismos web para su aplicación, notificando vía correo electrónico y posmaster, previa construcción de la ficha técnica establecida.
  Ver Anexo 3. Informe análisis de encuesta Sede

- Cómo vamos:

  Como resultados promedio de satisfacción de los usuarios de la Sede a través de mecanismos de evaluación de percepción por parte de los procesos aplicables se determinó un resultado del 77.2%, presentándose una disminución porcentual de 2 puntos.

  Disminución asociada al reporte del Macroproceso de Gestión de Recursos y Servicios Bibliotecarios, quien soporta el resultado, a la incorporación de nuevos ítems en la encuesta que actualmente requieren inversión en lo relacionado a infraestructura física y tecnológica.

  Para el caso de Investigación reportan recorte presupuestal que hubo para la financiación de proyectos de investigación.

  En los procesos relacionados a Bienestar Universitario y Formación (liderado por la Dirección Académica) los resultados se mantienen con relación a la medición del año anterior.

- Conclusión

  Acorde con los reportes presentados por los Macroprocesos, se evidencia mayor apropiación e importancia a la aplicación de dichas estrategias, es evidente la mayor efectividad de medios virtuales para su aplicación.

  Los procesos al realizar el análisis han determinado que factores asociados a la disponibilidad de recursos económicos son determinantes ya que parámetros asociados a infraestructura, tecnologías o adecuaciones son inherentes a la mejora de las condiciones en la prestación del servicio.

  Como parte del análisis de la encuesta institucional, se determinaron como acciones mejorar la accesibilidad a la información requerida por los usuarios asociadas a trámites y servicios, así como también dar continuidad a las estrategias pedagógicas establecidas por la Sede a través de su proyecto de inversión.

- Acciones de mejora

  ✓ Unificar los criterios de medición y calificación de los servicios a nivel institucional.
  ✓ Institucionalizar las estrategias orientadas al mejoramiento de la prestación del servicio IN SITU.

Procesos	Resultados Promedio de Porcentaje de Satisfacción del Usuario 2015	Resultados Promedio de Porcentaje de Satisfacción del Usuario 2016
Extensión	90	86
Gestión de Recursos y Servicios Bibliotecarios	75	54
Gestión de la Actividad Académica	80	80
Investigación	92	86
Bienestar Universitario	70	80
total	79,25	77,2

Tabla 6. Comparación resultados promedio de porcentaje de Satisfacción del Usuario 2015-2016 Sede Bogotá

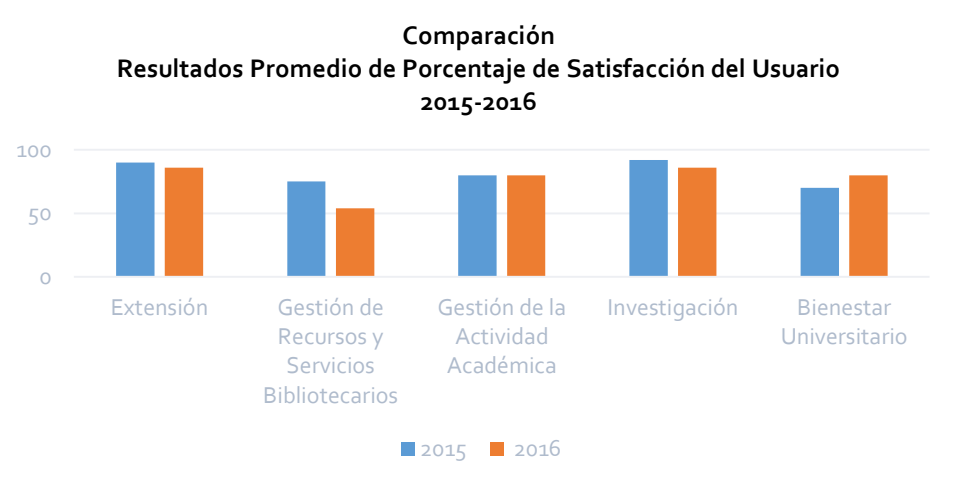

Gráfico 3. Comparación resultados promedio de porcentaje de Satisfacción del Usuario 2015-2016 Sede Bogotá

Análisis General Encuesta Institucional de Servicio 2016 Sede Bogotá	
Medio	Encuesta WEB
Población Objeto	Prestadores y Usuarios
Número de participantes:	Prestadores: 177 Administrativos (61%) y Contratistas (27,7). Usuarios : 1297 Estudiantes:73.4%
Promedio de Calificación de Servicio	4 equivalente a Satisfecho
Servicios evaluados en mayor proporción	Bibliotecas, Bienestar Universitario y Formación
Percepción de Atributo de calidad de mayor importancia	ACCESIBILIDAD (45,6%), y el Segundo lugar la AMABILIDAD (42,6%).
Ver Anexo 2 Informe de Análisis de Encuesta.	

Tabla 7. Resumen resultados Encuesta Institucional de Servicio 2016

Cómo vamos?

Se obtuvo un promedio de percepción de satisfacción del usuario del 77.2% de las encuestas realizadas por cinco Macroprocesos y una calificación Promedio de 4.0 (Satisfecho) en la encuesta de Sede por parte de 1297 usuarios.

QUEJAS, RECLAMOS Y SUGERENCIAS

- Qué se hizo

Desde la Secretaria de Sede se administra el SQRS de la Sede Bogotá, encargada de realizar el seguimiento de la gestión de las mismas, la cual reporta semestralmente los datos que se relacionan en la Tabla 8. Descripción gestión de SQRS Sede Bogotá 2016.

- Cómo lo hizo

Así mimo la información presentada en el presente informe es la remitida directamente por la Secretaría de Sede.

- Análisis de la información presentada

La mayoría de las quejas y reclamos se concentran en la dependencia de Registro y Matrícula, en asuntos relacionados a la disponibilidad y funcionamiento idóneo de la plataforma SIA, como segunda dependencia con mayor número de quejas y reclamos sin embargo se relacionan diferentes temáticas.

Acorde con la información reportada se dio cierre al 94.9% de la totalidad de las SQRS del 2016, con un promedio de respuesta de 13.5 días de respuesta.

La mayoría de las SQRS se centran en las quejas y reclamos con un porcentaje de 69%, así mismo el perfil del usuario con mayor demanda es el de estudiante y aspirante.

- Cómo vamos:

Desde el seguimiento del 2014, el porcentaje que se obtuvo de eficacia en el cierre fue de 93,6%, luego en el 2015 de 97.3% y el 2016 bajó al 94.6%.

Así mismo se presentó un incremento del 5% con relación a número de SQRS del año anterior, de 1452 a 1529 en número.

- Conclusión:

✓ El usuario tiene mayor conocimiento del uso y acceso al sistema de SQRS.
✓ Se requiere incluir mejoras en el aplicativo que faciliten generar reportes e indicadores y estadística.
✓ Establecer sinergias con el SIA y Admisiones con el fin de dar respuesta a las temáticas de mayor demanda de los usuarios.

- Acciones de mejora

✓ Las acciones de mejora se recomiendan a la dependencia administradora del aplicativo desde el Nivel Nacional.
✓ Procedimiento publicado en versión borrador.
✓ Incluir módulos de seguimiento y reportes en el aplicativo.
✓ Generar mecanismos de seguimiento y medición a las dependencias con mayor número de quejas y reclamos.

- ✓ Realizar capacitación al personal involucrado en la administración de las quejas y reclamos en las dependencias.

DESCRIPCIÓN DE LA GESTIÓN DE LAS SUGERENCIAS, QUEJAS, RECLAMOS Y SOLICITUDES
SEDE BOGOTÁ
VIGENCIA 2016

2016	BOGOTÁ
TIPO	No. Solicitudes
Queja	603
Reclamo	437
Sugerencia	84
Solicitud de Información	372
Felicitación	28
Denuncia	5
TOTAL	1.529

2016	BOGOTÁ
ESTADO	Solicitudes
Radicado	14
Direccionado	2
Insistencia Directa	-
Insistencia con copia a Control Interno	61
Cerrado	1.452
Denuncia	-
TOTAL	1.529

2016	BOGOTÁ
MEDIO	No. Solicitudes
Web	1.411
Correo Electrónico	96
Teléfono	16
Presencial	1
Correo físico	5
BUZON	-
Otro	-

2016	BOGOTÁ
TIPO	promedio tiempo de respuesta en días
Queja	15
Reclamo	12
Sugerencia	15
Solicitud de Información	12
Felicitación	6
Denuncia	45

2016	BOGOTÁ
PERFIL O TIPO DE USUARIO/SEDE	No. Solicitudes
Administrativo	88
Admitido	58
Aspirante	288
Contratista	27
Docente	52
Egresado	96
Estudiante	664
Ex alumno	15
Particular	235
Pensionado	6
TOTAL	1.529

Tabla 8. Descripción gestión de SQRS Sede Bogotá 2016.

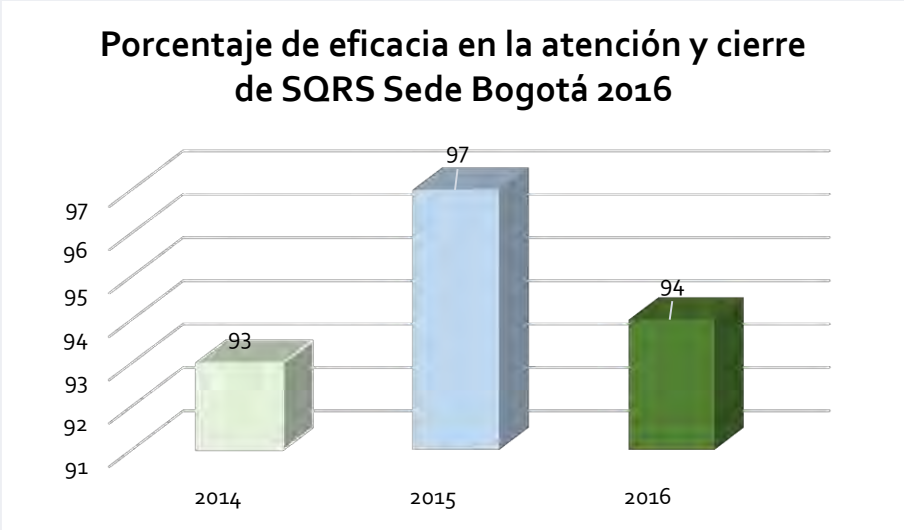

Gráfico 4. Porcentaje de eficacia en la atención y cierre de SQRS Sede Bogotá 2016.

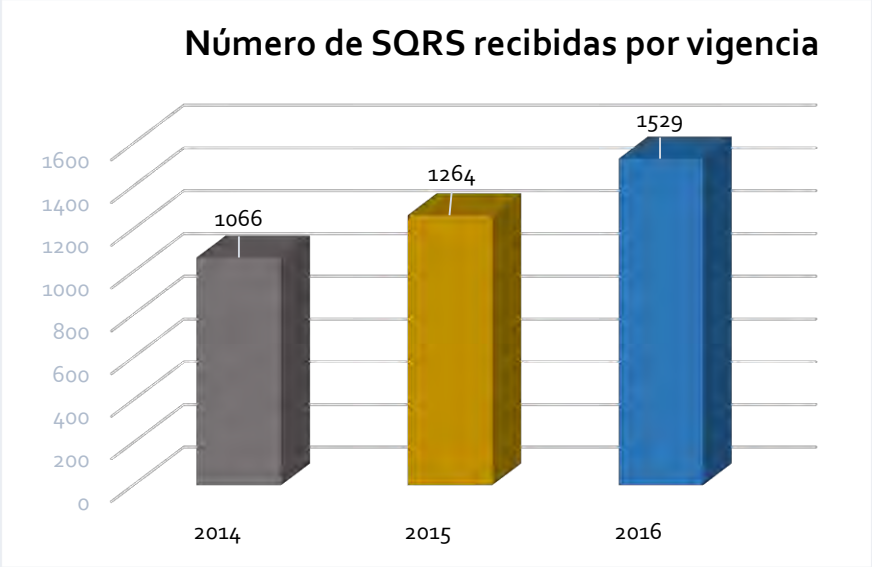

Gráfico 5. Número de SQRS recibidas por vigencia Sede Bogotá 2016.

Cómo vamos?

Se recibieron 1529 SQRS durante la vigencia 2016 y el 94% de las recibidas se atendió y dio cierre oportuno.

3. GESTIÓN DE RIESGOS

- Qué se hizo

Se realizó la actualización correspondiente a la vigencia 2016, acorde a criterios establecidos por comunicado de VRG a partir del mes de Octubre del 2016, en donde los siguientes realizaron la actualización a nivel institucional o a nivel de Sede.

Procesos	Institucional	Sede
Planeación Estratégica		x
Autoevaluación Institucional		x
Relaciones Interinstitucionales		x
Divulgación de Información Oficial		x
Mejoramiento de la Gestión	x	
Gestión Ambiental	x	
Registro y Matrícula		x
Gestión de Programas Curriculares		x
Gestión de la Actividad Académica		x
Gestión de la Investigación y creación Artística	x	
Gestión de la extensión, innovación y propiedad	x	
Bienestar Universitario		x
Gestión de Recursos y Servicios Bibliotecarios	x	
Gestión de Espacios Físicos		x
Gestión Jurídica	x	
Servicios Generales		x
Gestión Documental	x	
Gestión de Gobierno y Servicios TI	x	
Gestión de Laboratorios		x

Divulgación Cultural		x
Gestión del Talento Humano	x	
Gestión Administrativa y Financiera(Tesorería, presupuesto, adquisición de bienes y servicios, gestión de bienes, contabilidad)	x	
Seguridad Social en Salud	x	
Número Total de Mapas de riesgos actualizados	15	12

Luego se realizó la definición de los planes de tratamiento de riesgos para el primer trimestre del 2017, razón por la cual para la vigencia 2016 no se reportó avance de ejecución sobre estas acciones.

Sin embargo se realizó en la mayoría de los procesos la evaluación de la gestión del riesgo del 2014-2015, con el fin de determinar los riesgos que se mantienen, la efectividad de los controles y el nivel de ejecución de los planes de tratamiento del 2015.

- Cómo lo hizo

  A nivel de método se realizó orientación metodológica a los líderes de calidad de los procesos para facilitar la evaluación de la gestión del riesgo.

  En el mes de octubre se dio curso a la actualización en los procesos, quienes ya han asumido dicho requisito con menor resistencia.

- Análisis de la información presentada

  Se actualizaron en total 27 mapas de riesgo para la vigencia 2016, teniendo en cuenta que 12 procesos lo realizaron a nivel de Sede y 15 como únicos con el Nivel Nacional, de lo cual se derivaron 137 planes de tratamiento para finalizar el 2016 y el primer trimestre del 2017, los cuales se proyecta extender a junio 2017, teniendo en cuenta la actualización de la metodología institucional en dicha temática.

  En total se reportaron a la Sede 100 riesgos, sobre los cuales el 37% se consideraron como significativos.

  En cuanto a controles se incorporaron 216 controles de los cuales el 54% fue calificado por el proceso como efectivos.

  La mayoría de los procesos reportó en la evaluación realizada que los riesgos significativos se mantienen.

- Cómo vamos

  Los procesos actualizaron sus mapas de riesgo, luego en la revisión se obtuvo una disminución del 33% en cuanto a número de riesgos significativos, así como en contraste se incrementó el número de controles asociados en comparación al 2014-2015.

  En cuanto a los planes de tratamiento no se reporta aún avance debido a que los mapas de riesgo fueron actualizados en el último trimestre del 2016.

- Conclusión:

  Los procesos tienen mayor claridad de la importancia del tema y de sus conceptos y la importancia del seguimiento.

  La apropiación de los controles asociados a la gestión y desempeño por parte del proceso.

  La reducción del 33% de los riesgos significativos de las vigencias evaluadas.

- Acciones de mejora

  ✓ Actualización de la guía institucional para la gestión del riesgo
  ✓ Articulación de la gestión del riesgo de procesos y de corrupción.
  ✓ Auditorías especializadas a la gestión del riesgo.

Cómo vamos?
Se actualizaron 12 mapas de riesgo a nivel de Sede, se mantienen como significativos el 37% de los 100 riesgos identificados con un porcentaje de controles efectivos del 54%.

NÚMERO TOTAL MAPAS DE RIESGO ACTUALIZADOS 2016	NÚMERO TOTAL PLANES DE TRATAMIENTO CONSTRUIDOS 2016 REPORTADOS	NÚMERO TOTAL DE PLANES DE MEJORAMIENTO (Acciones correctivas generadas por la materialización del riesgo del 2015)
Sede 12		
Único 15	137	4

Tabla 9. Descripción de la gestión del riesgo Sede Bogotá

Vigencia	TOTAL DE RIESGOS IDENTIFICADOS*	No. DE RIESGOS SIGNIFICATIVOS IDENTIFICADOS	% DE RIESGOS SIGNIFICATIVOS (%)
2016	100	37	37
2015	115	55	48
No reporta a Sede Gestión Administrativa y Financiera y Seguridad Social en Salud			

Tabla 10. Caracterización de la gestión del riesgo 2015-2016 Sede Bogotá

Vigencia	NÚMERO TOTAL DE CONTROLES DEFINIDOS	NÚMERO DE CONTROLES EVALUADOS COMO EFECTIVOS*	% EFECTIVIDAD DE LOS CONTROLES
2016	216	117	54
2015	112	82	73

Tabla 11. Caracterización de los controles asociados a la gestión del riesgo 2015-2016 Sede Bogotá

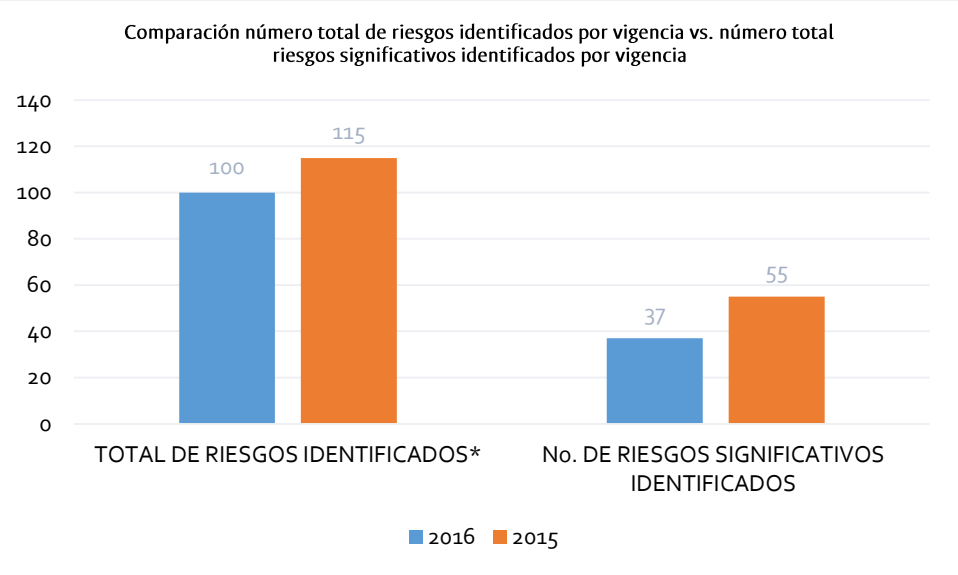

Gráfico 6. Comparación número total de riesgos identificados por vigencia

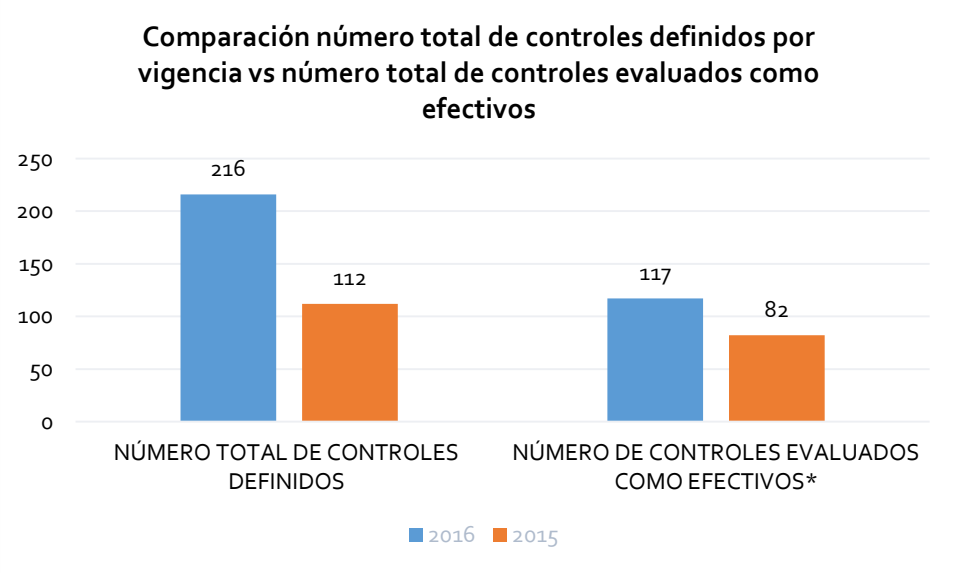

Gráfico 7. Comparación número total de controles definidos por vigencia

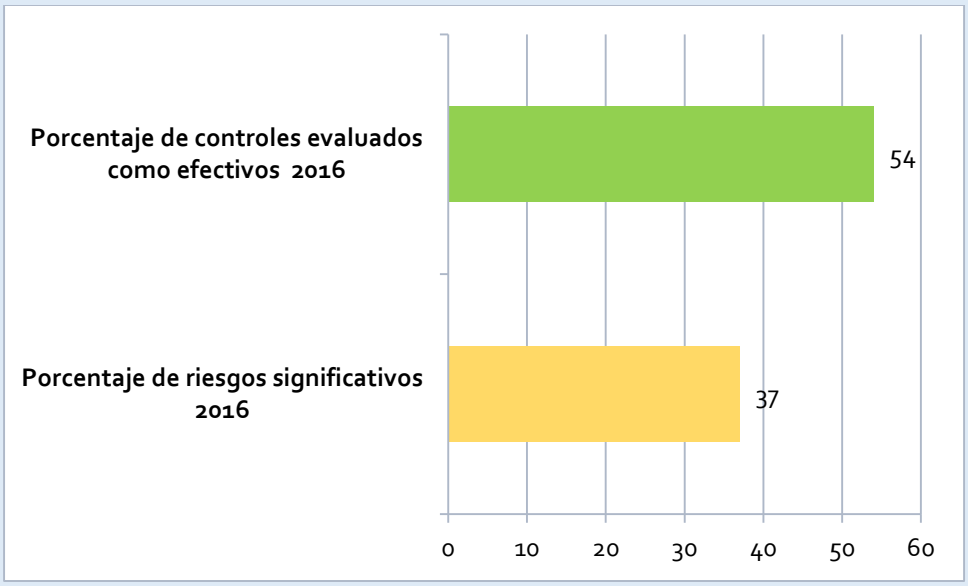

Gráfico 8. Porcentaje de riesgos significativos 2016
Porcentaje de controles evaluados como efectivos

4. DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS Y LA CONFORMIDAD DEL PRODUCTO/SERVICIO

DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS

- Qué se hizo

Los procesos reportaron la respectiva medición relacionada a su desempeño en su informe de gestión y reporte de revisión por la dirección del 2016.

- Cómo lo hizo

Se recopilaron los datos reportados, en la matriz determinada para tal fin.

- Análisis de la información presentada

Se realizó la revisión respectiva para determinar el número total y su nivel de cumplimiento, en donde se evidencio que algunos procesos simplificaron el número de indicadores con relación al 2015.

Procesos como relaciones interinstitucionales, Gestión de Recursos y Servicios Bibliotecarios, Gestión de la Actividad Académica y Gestión Ambiental, lo anterior debido a un proceso de revisión interna.

Así para el 2016, de los 119 establecidos, se midieron 111 y reportaron cumplimiento de metas 101 equivalente al 83% del total.

- Cómo vamos:

Se mantiene en nivel de cumplimiento del 84% de las metas establecidas en los procesos, así como de rescatar los procesos que realizaron actualización de los mismos.

- Conclusión:

Los procesos reconocen la importancia de realizar su medición, sin embargo no se establece en términos de eficiencia y efectividad al desempeño de los mismos.

El 93% de los indicadores establecidos reportó medición y de éstos 111, el 86% reportó cumplimiento de metas en la vigencia 2016.

Se debe fortalecer la aplicación de técnicas de análisis para asegurar la toma de decisiones.

- Acciones de mejora

✓ Articulación desde el Nivel Nacional de los indicadores de proceso existentes con el Nivel de Sede y Facultad, teniendo en cuenta el nivel operativo.

✓ Establecer estrategia institucional para realizar análisis de datos según aplique.

✓ Promover la documentación de las acciones correctivas relacionadas a incumplimiento de metas.

CONFORMIDAD DEL PRODUCTO O SERVICIO

- **Qué se hizo**

  Acorde con lo establecido en el procedimiento institucional de *Control* de *fallas en la prestación de servicio*, los procesos misionales y los de apoyo (Gestión de Recursos y Servicios Bibliotecarios y Bienestar Universitario) han dado continuidad a la aplicación de la estrategia establecida para el reporte de las fallas presentadas.

- **Cómo lo hizo**

  Se recopilaron los datos reportados, en la matriz determinada para tal fin.
  Sin embargo durante el último trimestre del 2016, se realizó el proceso de caracterización de trámites y servicios en éstos procesos, ampliando así el alcance de los servicios identificados y asociando a la vez la característica de atributo relacionada.

- **Análisis de la información presentada**

  Los procesos que reportaron mantienen con relación al año interior el número de fallas reportadas, sin embargo en el Macroproceso de Gestión de Recursos y Servicios Bibliotecarios se presentó un incremento del 43% asociado a la incorporación de elementos de infraestructura física y tecnológica; mientras que Formación y Bienestar Universitario presentan un índice muy bajo, ya que este no sea incorporado a nivel de facultades.

- **Cómo vamos:**

  El número de reporte de fallas incrementó en un 50% con relación al año anterior, como atributo relacionado se cita la accesibilidad y la calidad del servicio en términos de oportunidad y amabilidad.
  Se debe fortalecer el conocimiento y aplicación de la temática desde el líder del proceso en todos los niveles aplicables.

- **Conclusión:**

  Se considera el requisito con mayor necesidad de fortalecimiento en términos de lenguaje y comprensión en todos los niveles a aplicables al proceso del Sistema de Gestión de la Calidad.

  Se determina la necesidad de mejorar la accesibilidad de la información y de la infraestructura tecnológica en la prestación de los servicios.

- **Acciones de mejora**

✓ Automatizar el reporte de fallas.
✓ Incluir los atributos identificados asociados a la calidad del servicio.

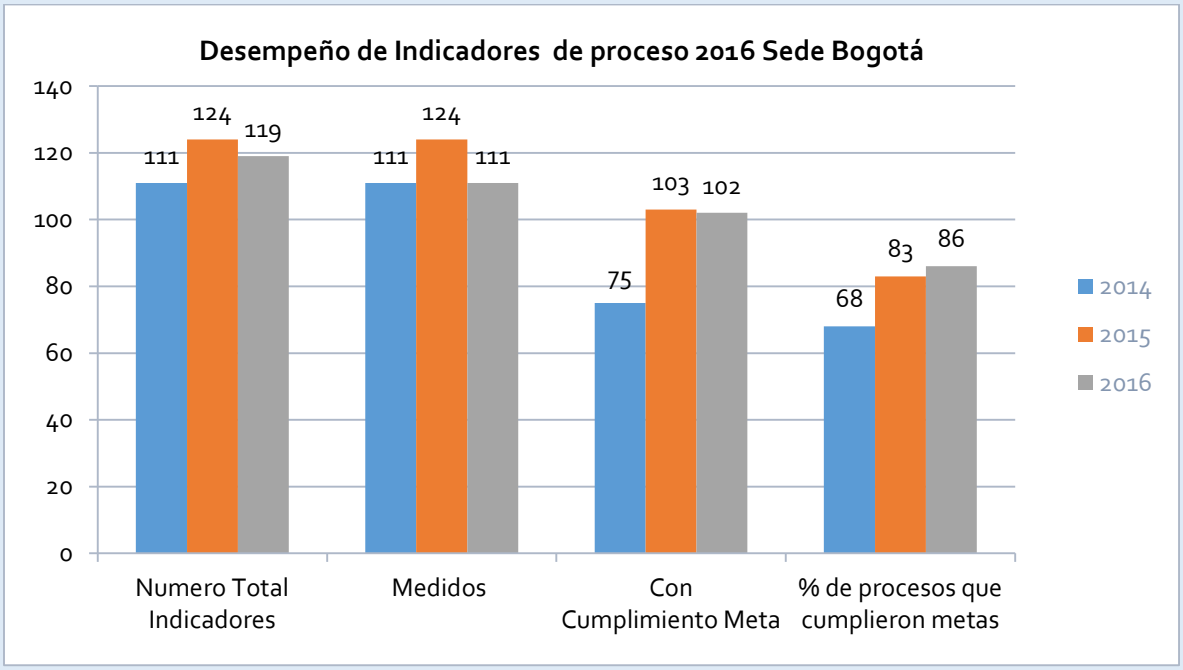

Gráfico 9. Desempeño de indicadores de proceso Sede Bogotá 2015-2016.

Número de reporte fallas 2016 Sede Bogotá		
Macroproceso/ Vigencia	2015	2016
Extensión	18	12
Investigación	10	11
Bibliotecas	39	90
Formación	8	7
Bienestar Universitario	7	10
Total	82	130

Tabla 12. Número de fallas reportadas por los procesos 2015-2016 Sede Bogotá

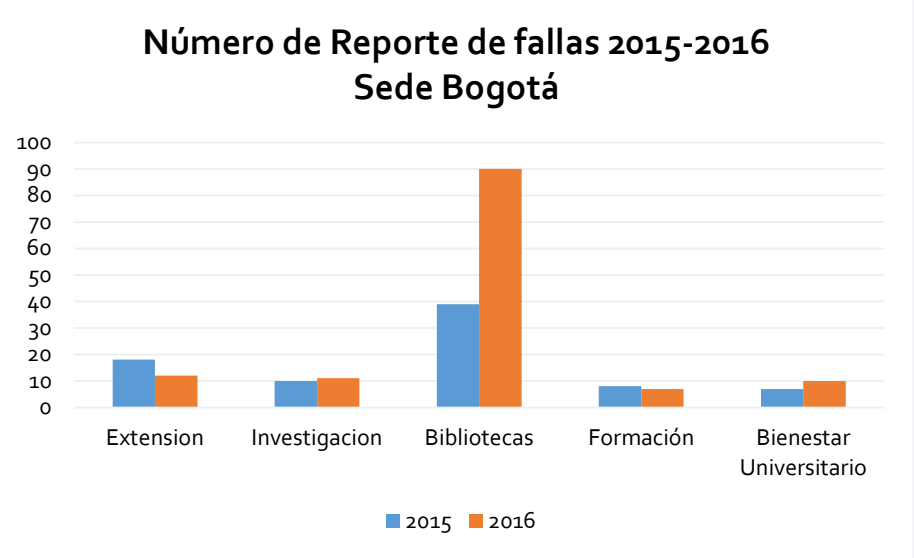

Gráfico 10. Numero de reporte de fallas 2015-2016 Sede Bogotá

Conclusión: El 93% de los indicadores establecidos reportó medición y de éstos 111, el 86% reportó cumplimiento de metas en la vigencia 2016.
El número de reporte de fallas incrementó en un 50% con relación al año anterior, como atributo relacionado a las fallas reportadas se citan la accesibilidad, oportunidad y amabilidad

5. ESTADO DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS, ACCIONES PREVENTIVAS Y MEJORAS.

- Qué se hizo

  Los procesos proyectaron sus planes de mejoramiento para la vigencia 2016-2017, para el caso de las acciones preventivas articuladas a los mapas de riesgo actualizados, para el caso de las oportunidades de mejora se articularon a los proyectos de inversión en curso.

- Cómo lo hizo

  Los procesos actualmente las documentan en el formato establecido, todavía se presenta un alto nivel de resistencia al uso del módulo de acciones del Softexpert.

- Análisis de la información presentada

  La mayoría de las oportunidades de mejora se han ejecutado según lo establecido ya que se encuentran asociadas a los proyectos de inversión de la Sede.

  Sólo se formulan acciones preventivas asociadas a la gestión del riesgo y estas están proyectadas a junio 2016.

  Y para el caso de las acciones correctivas también las fuentes son limitadas, ya que solo se citan de Auditorías.

  Al realizar la comparación de la gestión de los planes de mejoramiento 2015-2016, se evidencia que los planes están tomando en los procesos dos vigencias para su cierre eficaz en el sistema acorde con la gráfica el 75% de los planes del 2015 ya se encuentran cerrados, en contraste con el 2016 que solo alcanzó el 25%.

PLANES DE MEJORAMIENTO AÑOS: 2015-2016									
AÑO	ACCIONES CORRECTIVAS		ACCIONES PREVENTIVAS		OPORTUNIDADES DE MEJORA		PLANES DE MEJORAMIENTO ABIERTOS	PLANES DE MEJORAMIENTO CERRADOS	TOTAL PLANES DE MEJORAM.
	No. ABIERTO	No. CERRADO	No. ABIERTO	No. CERRADO	No. ABIERTO	No. CERRADO			
AÑO 2 2015	7	26	12	36	7	18	26	78	104
AÑO 3 2016	4	10	24	9	7	3	35	22	57
TOTAL	87		141		45		61	100	161

Tabla 13. Descripción del estado de planes de mejoramiento 2015-2016 Fuente softexpert

- Cómo vamos:

  Se evidencia mayor desarrollo en la gestión de las acciones preventivas asociadas a la gestión del riesgo y de las oportunidades de mejora soportadas en los recursos de los proyectos de inversión.

- Conclusión:

  Los procesos reportaron en su informe de revisión por la dirección mayor número de planes de tratamiento, oportunidades de mejora articuladas a los proyectos de inversión.

  La meta del indicador de eficacia en el cierre oportuno de las acciones no se cumplió para la vigencia 2016, sin embargo se presentó avance del 75% en el cierre de los planes del 2015.

- Acciones de mejora

✓ Publicar y socializar herramientas como videos o cursos para promover el uso del Softexpert.

- ✓ Designar responsables por proceso para liderar la inclusión y seguimiento de los planes de mejora en el aplicativo.

- ✓ Establecer un plan de capacitación de manera continua en el uso del módulo
- ✓ de acciones al funcionario designado.

- ✓ Construir planes de mejora en forma articulada con los niveles correspondientes Nacional, Sede y Facultad.

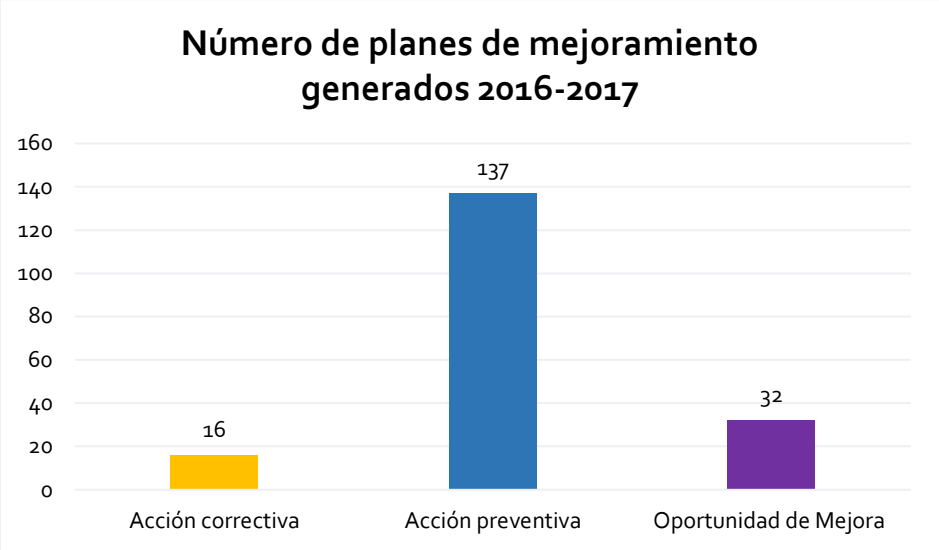

Gráfico 11. Número de planes de mejoramiento 2016-2017

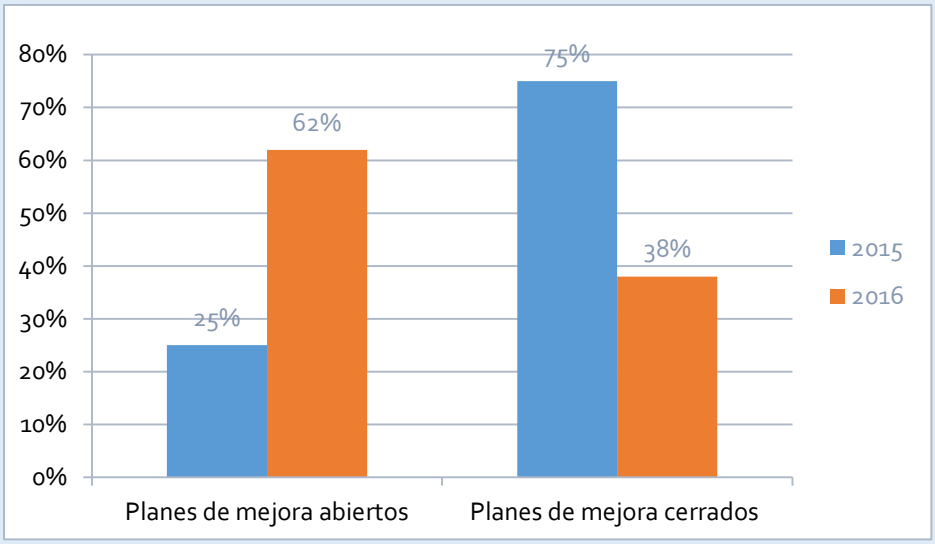

Gráfico 12. Gráfico de Porcentaje de cierre eficaz de los planes de mejoramiento 2015-2016

6. SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES RESULTANTES DE LAS REVISIONES PREVIAS.

Recomendación	% Avance	Observaciones
Actualización de Resolución que adopta el SIGA	0%	La recomendación se orientó al administrador y líder del Sistema, Vicerrectoría General.
Establecer estrategia de Articulación en todos los niveles.	0%	
Personal de Planta	0%	Se determinó como no viable.
Capacitación	100%	La Sede soportada en su proyecto de inversión estableció y ha ejecutado plan de capacitación.
Gestión Documental	0%	No se ha establecido plazos para la actualización documental.
Motivación	100%	Se estableció y se encuentra en desarrollo estrategia a nivel de Sede.
Icontec	100%	Se realizó la revisión y alistamiento requerido.
Comunicación	100%	Se estableció plan de trabajo a nivel de Sede, comunicado de carácter oficial.
Softexpert	50%	Se estableció desde VRG la actualización del Softexpert.

Conclusión: Las acciones derivadas de la Revisión por la Dirección anterior, en su mayoría se orientaron a la Alta Dirección del Sistema, teniendo en cuenta que la Sede no tiene inherencia directa en la toma de decisiones sobre la resolución que respalda el SIGA, el comité SIGA, lineamientos sobre los Macroprocesos U y la administración del Softexpert.

7. CAMBIOS QUE PODRÍAN AFECTAR EL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Cambios	Acciones	Observaciones
Actualización del estándar ISO 9001:2015	Establecer e implementar Plan de Transición por fases	Se requieren recurso humano y económico para implementar los cambios a nivel de sistema en Sede y procesos. Se debe establecer cronograma por entregables a nivel de requisito y proceso.
Actualización del Modelo de Planeación y Gestión, como modelo integrado en la gestión pública.	Implementar Plan de Actualización Diseñar Modelo de Operación para la Universidad Nacional de Colombia	Se requieren recurso humano y económico para implementar los cambios a nivel de sistema en Sede y procesos.

Conclusión:
El Sistema de Gestión de Calidad en la Sede considera que se deben establecer planes de transición para la actualización del estándar ISO 9001:2015 y la actualización del Modelo de Planeación y Gestión, como modelo integrado en la gestión pública.

8. RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA.

Al realizar la evaluación al desempeño del Sistema de Gestión de la Calidad en la Sede Bogotá, se identificaron las siguientes recomendaciones para la mejora:

Se recomienda al líder del Sistema (Vicerrectoría General):

- ✓ Establecer bajo resolución o acuerdo la implementación del SIGA, sus componentes, modelo de operación, recursos, roles y responsabilidades incorporando todos los niveles involucrados.
- ✓ Establecer y desarrollar plan de comunicaciones interno y externo.
- ✓ Automatizar componentes como encuestas, reporte de fallas, y seguimiento a los procesos.
- ✓ La Sede para la vigencia 2016-2018 cuenta con recursos de inversión para apalancar el desarrollo de estrategias, sin embargo por funcionamiento no existen recursos económicos y operativos permanentes que soporten el desarrollo de las recomendaciones para la mejora en todos los niveles.

9. CONCLUSIÓN

(CONVENIENCIA, ADECUACIÓN, EFICACIA, EFICIENCIA Y EFECTIVIDAD DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD).

Se concluye que para la vigencia 2016, el Sistema de Gestión de la Calidad para la Sede Bogotá fue:

Eficiente: Se cumplió el plan de trabajo establecido a nivel de proceso en los componentes de calidad con los recursos y tiempos asignados.

Los resultados alcanzados durante la primera fase del proyecto de inversión en el 2016 enfocado a apalancar las líneas de servicio y comunicaciones fueron satisfactorios con base en los recursos asignados.

Relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados.

Eficacia: Con un nivel satisfactorio se cumplieron las actividades planificadas para el desarrollo de los componentes de calidad al interior de los procesos en la Sede Bogotá.

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

Efectividad:

Se considera que se generó impacto en los logros alcanzados al evidenciar la apropiación de los componentes del sistema de gestión de la calidad por parte de los procesos y el reconocimiento de las dependencias y sus servidores públicos de las estrategias de comunicación desarrolladas con el fin de interiorizar los aportes al buen desempeño.

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

Conveniencia

Se considera que el Sistema de Gestión de la Calidad si es conveniente para la organización ya que se ajusta en un nivel alto a las necesidades de consolidar el mejoramiento y la gestión por procesos como su modelo de operación.

Grado en que se ajusta el Sistema de Gestión Calidad de la organización.

Adecuación:

Se considera que las disposiciones asociadas a la planificación del sistema han sido las adecuadas coherentes con la política y objetivos vigentes así como los requisitos que establece el sistema para su desarrollo.

Grado en que las disposiciones planificadas son suficientes para cumplir los requisitos, política y objetivos.

Este informe se firma a los 03 días del mes de Abril de 2017.

LOS FIRMANTES

Jaime Franky Rodríguez
Vicerrector Sede Bogotá

Geraldo Millán Cuervo
Jefe
Oficina Planeación y Estadística
Sede Bogotá

Diana C Dávila
Líder Calidad
Sede Bogotá

(Original firmado)

INDICE DE GRAFICAS

Gráfico 1. Porcentaje de ejecución de Auditorías programadas 2016
Gráfico 2. Número de procesos auditados en Sede Bogotá vigencia 2016
Gráfico 3. Comparación resultados promedio de porcentaje de Satisfacción del Usuario 2015-2016
Gráfico 4. Porcentaje de eficacia en la atención y cierre de SQRS Sede Bogotá 2016.
Gráfico 5. Número de SQRS recibidas por vigencia Sede Bogotá 2016.
Gráfico 6. Comparación número total de riesgos identificados por vigencia
Gráfico 7. Comparación número total de controles definidos por vigencia
Gráfico 8. Porcentaje de riesgos significativos 2016-Porcentaje de controles evaluados como efectivos.
Gráfico 9. Desempeño de indicadores de proceso Sede Bogotá 2015-2016.
Gráfico 10. Numero de reporte de fallas 2015-2016 Sede Bogotá
Gráfico 11. Número de planes de mejoramiento 2016-2017
Gráfico 12. Gráfico de Porcentaje de cierre eficaz de los planes de mejoramiento 2015-2016

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Número de auditores capacitados 2016
Tabla 2. Número de auditorías internas realizadas en el 2016
Tabla 3. Gestión de hallazgos auditorías internas 2015
Tabla 4. Gestión de hallazgos auditorías internas 2016
Tabla 5. Gestión de hallazgos auditorías externas 2015-2016
Tabla 6. Comparación resultados promedio de porcentaje de Satisfacción del Usuario 2015-2016 Sede Bogotá
Tabla 7. Resumen resultados Encuesta Institucional de Servicio 2016
Tabla 8. Descripción gestión de SQRS Sede Bogotá 2016.
Tabla 9. Descripción de la gestión del riesgo Sede Bogotá
Tabla 10. Caracterización de la gestión del riesgo 2015-2016 Sede Bogotá
Tabla 11. Caracterización de los controles asociados a la gestión del riesgo 2015-2016 Sede Bogotá
Tabla 12. Número de fallas reportadas por los procesos 2015-2016 Sede Bogotá

ANEXOS

Anexo 1.Formato Excel Informe revisión por la dirección 2016
Anexo 2. Informe Auditorias internas de seguimiento Bogotá 2016
Anexo 3 . Informe encuesta Sede
Anexo 4. Consolidado indicadores de procesos 2016
Anexo 5t. Reporte de planes de mejora Softexpert.