

CARTILLA

REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD




Vigencia 2022

| Junio de 2023

siqa



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA



— ◆ —

La revisión planificada del Sistema de Gestión de Calidad permite asegurar la conveniencia, adecuación, eficacia, y alineación continua con la planeación estratégica de la Universidad Nacional de Colombia.

— ◆ —



siqa

1.

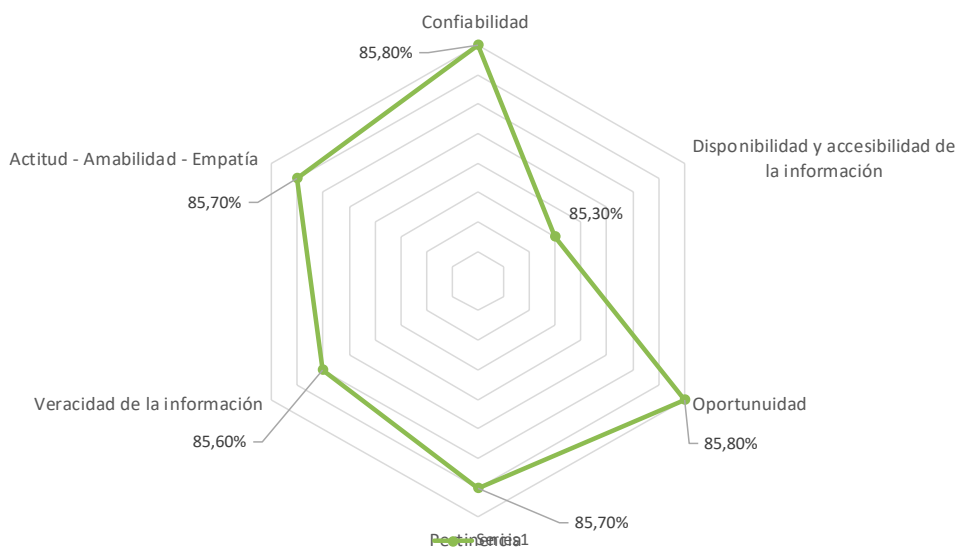
LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS

Medir la satisfacción de los usuarios es una actividad clave en la gestión de la calidad UNAL ya que permite establecer acciones de mejora en la prestación de los servicios. En la vigencia 2022 los procesos realizaron la medición de la satisfacción de forma institucional para algunos de sus trámites y servicios, evaluando los atributos del servicio como son confiabilidad, oportunidad, veracidad de la información, disponibilidad y accesibilidad de la información, actitud-amabilidad-empatía y pertinencia.



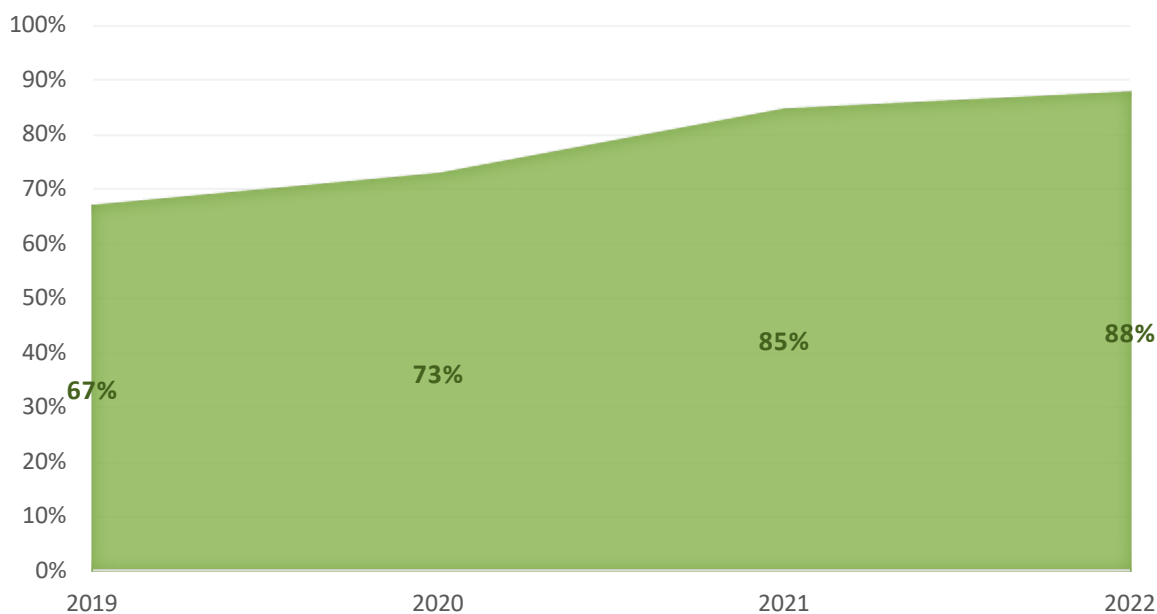
MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN UNAL

◆ Satisfacción general por atributos



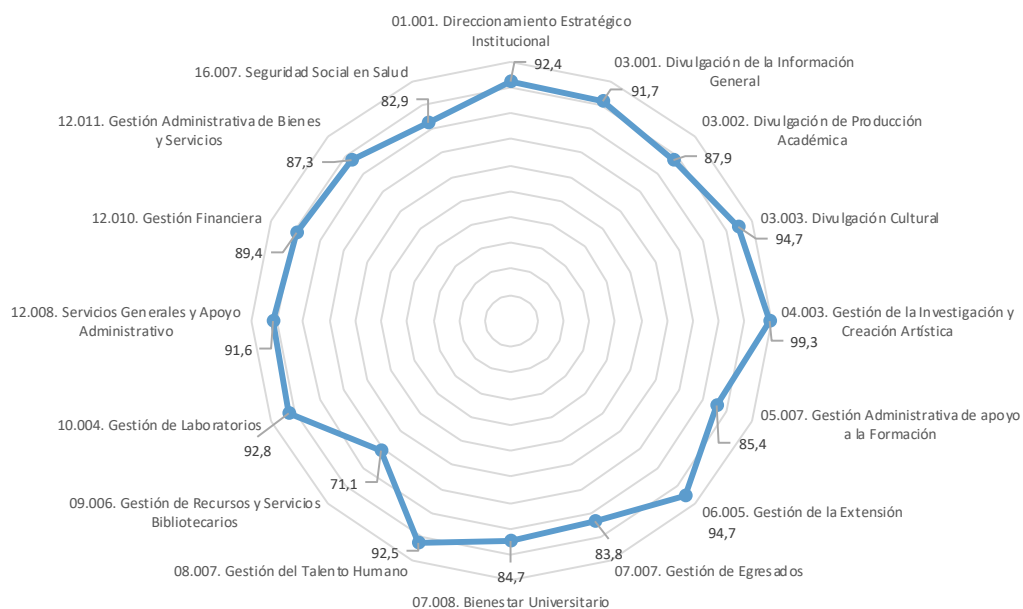
El atributo Disponibilidad y Accesibilidad de la Información presenta el más bajo resultado, el cual sugiere que se debe trabajar en este aspecto para los servicios y tramites de la UNAL.

◆ Comportamiento histórico de la calificación de la Satisfacción de los Usuarios UNAL



Incremento a partir del año 2020.
Mayor calificación para el 2022 respecto al 2021.

◆ Nivel de satisfacción general en los procesos



Los procesos que lograron mejores resultados son *Gestión de la Investigación y Creación Artística (99,3%)*, *Gestión de la Extensión (94,7%)* y *Divulgación Cultural (94,7%)*. El proceso que presentó un menor resultados es *Gestión de Recursos Bibliotecarios (71,1%)*.

◆ ¿Qué hicimos bien?

- ◆ Actualización del procedimiento institucional de la Medición de Satisfacción y estructuración de un instrumento general en el cual se puedan plasmar las particularidades de los procesos.

- ◆ Mejor y mayor apropiación de los conceptos y elementos relacionados a la Medición de la Satisfacción, así como el alcance y aplicación en los diferentes niveles de operación de los procesos.

◆ *¿Qué debemos mejorar?*

- ◆ Evaluar la totalidad de los servicios formalizados en los procesos.
- ◆ Instrumento de apoyo estadístico para la aplicación de la encuesta.
- ◆ La documentación de planes de mejoramiento de la fuente de resultados de encuesta de satisfacción.

◆ *¿En qué estamos avanzando?*

- ◆ Con base en la actualización del procedimiento de Medición de Satisfacción del usuario, realizado en 2022, se avanzó en la unificación y estandarización del diseño del instrumento de medición por proceso, para la respectiva medición en la vigencia 2023.
- ◆ Medición de la Satisfacción utilizando el nuevo instrumento de medición en 6 procesos: Divulgación de la Producción Académica, Gestión Administrativa y de Apoyo a la Formación, Gestión de la Investigación y Creación Artística, Gestión de Laboratorios, Gestión de Recursos y Servicios Bibliotecarios, Gestión del Talento Humano.

◆ *¿Qué tenemos por hacer?*

- ◆ Recopilar y analizar los datos obtenidos de la aplicación de las encuestas realizadas en el primer semestre, así como trabajar en la documentación de los respectivos planes de mejoramiento.



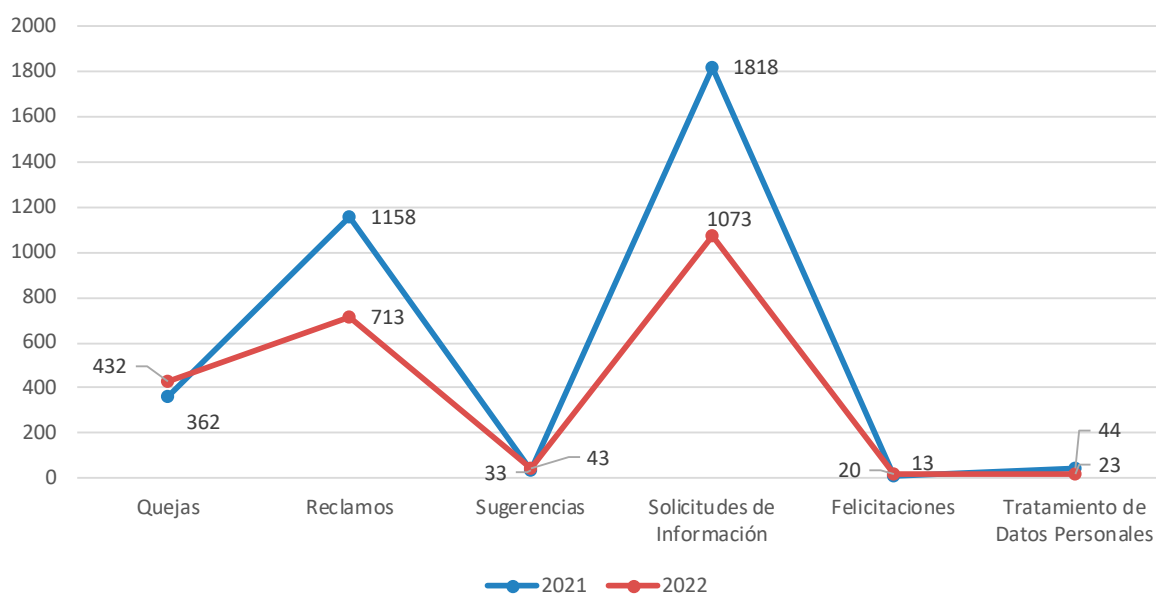
siqa

2.
—

RETROALIMENTACIÓN DE USUARIOS

Una fuente utilizada en la UNAL para la retroalimentación de sus usuarios es la información registrada en su Sistema de Quejas y Reclamos, el cual es el instrumento que permite a los integrantes de la Comunidad Universitaria y a la ciudadanía en general, presentar una solicitud de queja, reclamo, sugerencia, felicitación y solicitud de información.

Comportamiento de los tipos de solicitudes 2021- 2022

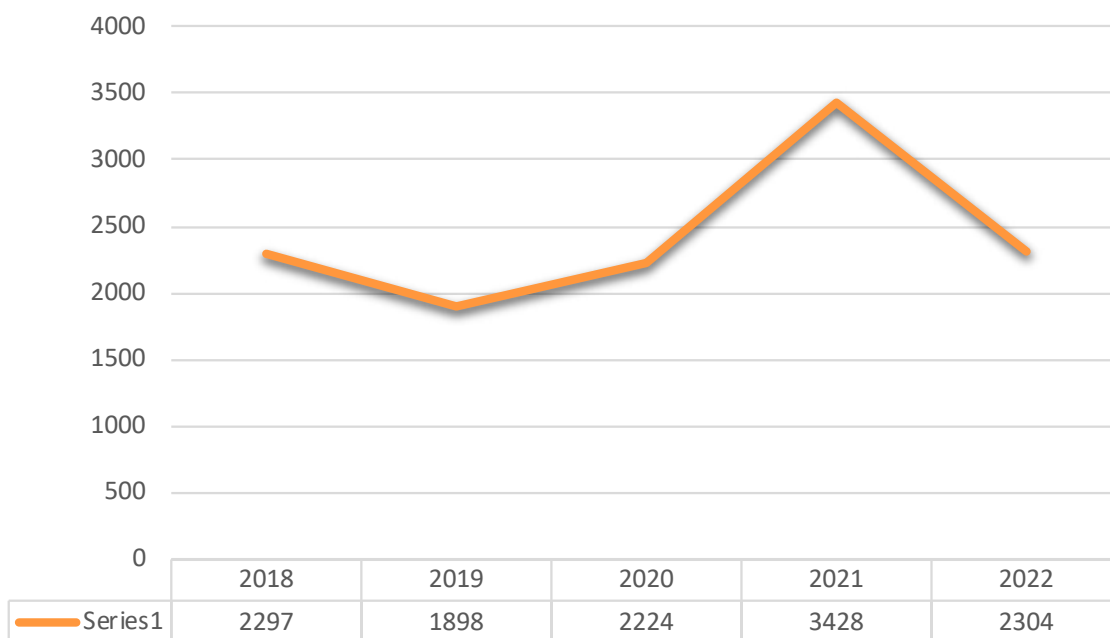


Solicitudes Año 2022: 2304 casos

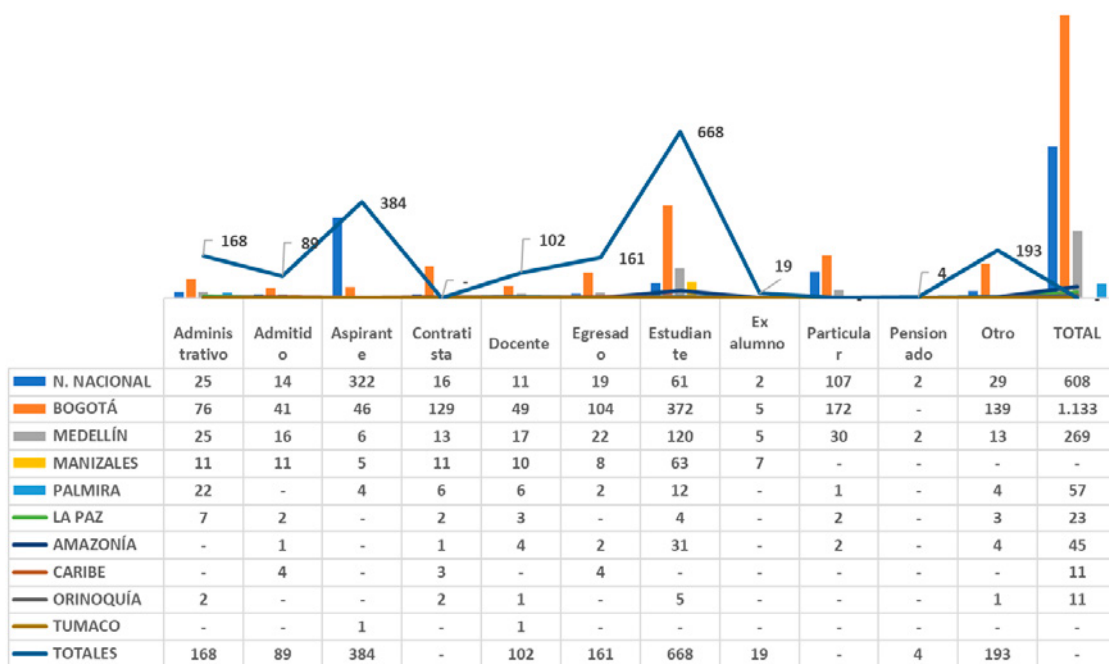
Disminución del 33% respecto a 2021, lo cual se debe principalmente al menor número de Solicitudes de Información que se dieron en el período 2022.

Resultado que puede estar relacionado con la presencialidad en las oficinas de la Universidad después de la pandemia por COVID-19.

Comportamiento anual total PQRS



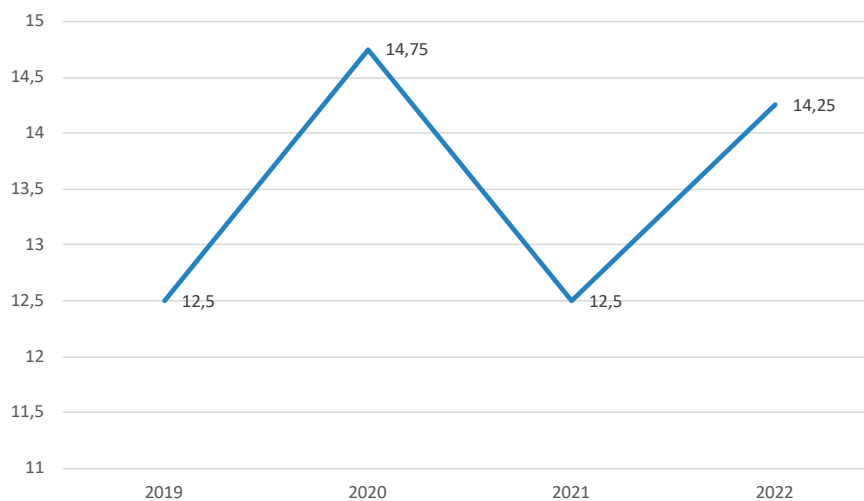
Casos por tipo de usuario 2022



◆ Peticionarios más recurrentes

- 1 Estudiantes: 29% (668 casos).**
 Las peticiones están relacionadas en mayor grado con los trámites administrativos propios de su proceso de formación.
- 2 Aspirantes: 17% (384 casos)**
 Los casos presentados se asocian a las dificultades que presentan desde la inscripción para aspirar a un programa en la Universidad hasta los trámites para legalizar su matrícula en caso de haber ganado un cupo.

◆ Comportamiento días de respuesta 2019 – 2022



Promedio ponderado de respuesta en días hábiles 2022, para todas las eventualidades en las sedes: 14,25 días.

Las peticiones se respondieron en los términos de la Ley que regula el Derecho de Petición.

Medio más utilizado para registrar la solicitud: los peticionarios prefieren el correo electrónico en primer lugar y en segundo lugar la Web.



◆ *Procesos con mayor número de peticiones*

1 **Gestión Administrativa y de Apoyo a la Formación**

Las peticiones están relacionadas con: dificultades para inscribir materias, inactivar estudiantes, metodologías y trato de profesores, retrasos en los tramites de certificados, errores y demoras en cargue de notas en el SIA, reexpedición de recibos de matrícula, dificultades en todo el proceso de inscripción de aspirantes, tardanza en la homologación de materias, solicitudes de traslado de programas académicos con errores en el SIA, inconvenientes con aplazamiento de semestre y matrículas, bloqueos de historia académica, y cancelación de semestre.

2 **Gestión Financiera**

Los casos están vinculados principalmente a las demoras en los pagos de contratistas, de estudiantes auxiliares, en las devoluciones de dinero, cálculo del valor de matrícula y descuentos en esta.

◆ *¿Que hicimos bien?*

- ◆ Durante el año 2022 se realizaron jornadas de capacitación en torno al rol del servidor público, derecho de petición, talleres sobre el Sistema de Quejas y Reclamos en Sedes.
- ◆ Socialización de la resolución de Rectoría 109 de 2021 . ¿
- ◆ Actualización del procedimiento del SQR con el Decreto 1166 de 10 de julio de 2016 relacionado con la presentación, tratamiento y radicación de las peticiones presentadas verbalmente.



◆ *¿Qué debemos mejorar?*

- ◆ Existen debilidades en los funcionarios para la clasificación de los casos en el SQR en cuanto a los procesos y categorías de servicio.

◆ *¿En qué estamos avanzando?*

- ◆ En lo recorrido del año 2023 se ha continuado realizando sesiones de capacitación sobre el SQR en las diferentes sedes.
- ◆ Se ha incentivado el uso del SQR y se ha socializado el procedimiento actualizado a través de campaña por Postmaster.

◆ *¿Qué tenemos por hacer?*

- ◆ Continuar incentivando el uso del SQR en la comunidad universitaria, y en los funcionarios el manejo del sistema de información ARANDA para la gestión de las peticiones.



siqa

3.

DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS

Para el análisis del desempeño de los procesos se tuvieron en cuenta las mediciones de los indicadores de gestión IGP de los ocho procesos que fueron intervenidos durante el 2021 y 2022 con el modelo para la “Cuantificación, Medición y Seguimiento a la Gestión” en los niveles de aplicación Nacional y Sede, lo cual representa una cobertura del 30,77% de los vigentes.

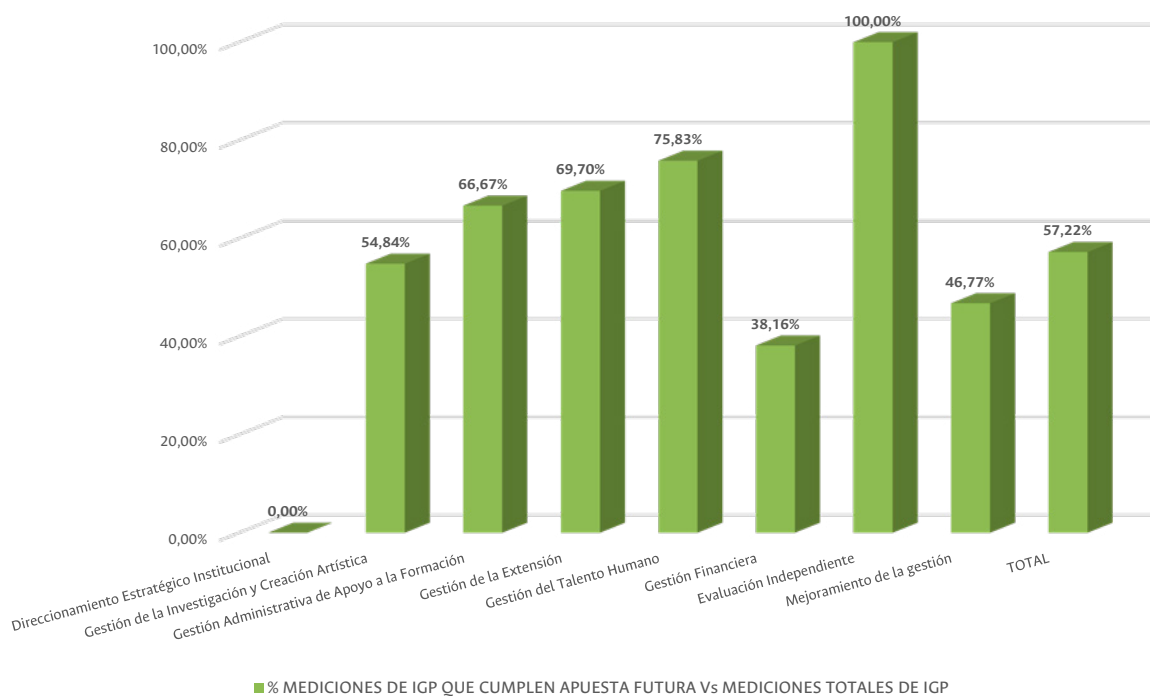


PROCESO	TOTAL MEDICIONES POSIBLES	TOTAL MEDICIONES REALES	TOTAL MEDICIONES CUMPLEN	TOTAL MEDICIONES NO CUMPLEN	TOTAL MEDICIONES INDETERMINADAS	TOTAL % IGP MEDIDOS
Dirección Estratégico Institucional	69	18	0	0	18	26,09%
Gestión de la Investigación y Creación Artística	36	31	17	4	10	86,11%
Gestión Administrativa de Apoyo a la Formación	58	45	30	6	9	77,59%

PROCESO	TOTAL MEDICIONES POSIBLES	TOTAL MEDICIONES REALES	TOTAL MEDICIONES CUMPLEN	TOTAL MEDICIONES NO CUMPLEN	TOTAL MEDICIONES INDETERMINADAS	TOTAL % IGP MEDIDOS
Gestión de la Extensión	50	33	23	5	5	66,00%
Gestión del Talento Humano	122	120	91	29	0	98,36%
Gestión Financiera	126	76	29	16	31	60,32%
Evaluación Independiente	4	3	3	0	0	75,00%
Mejoramiento de la gestión	91	62	29	29	4	68,13%
TOTAL	556	388	222	89	77	69,78%

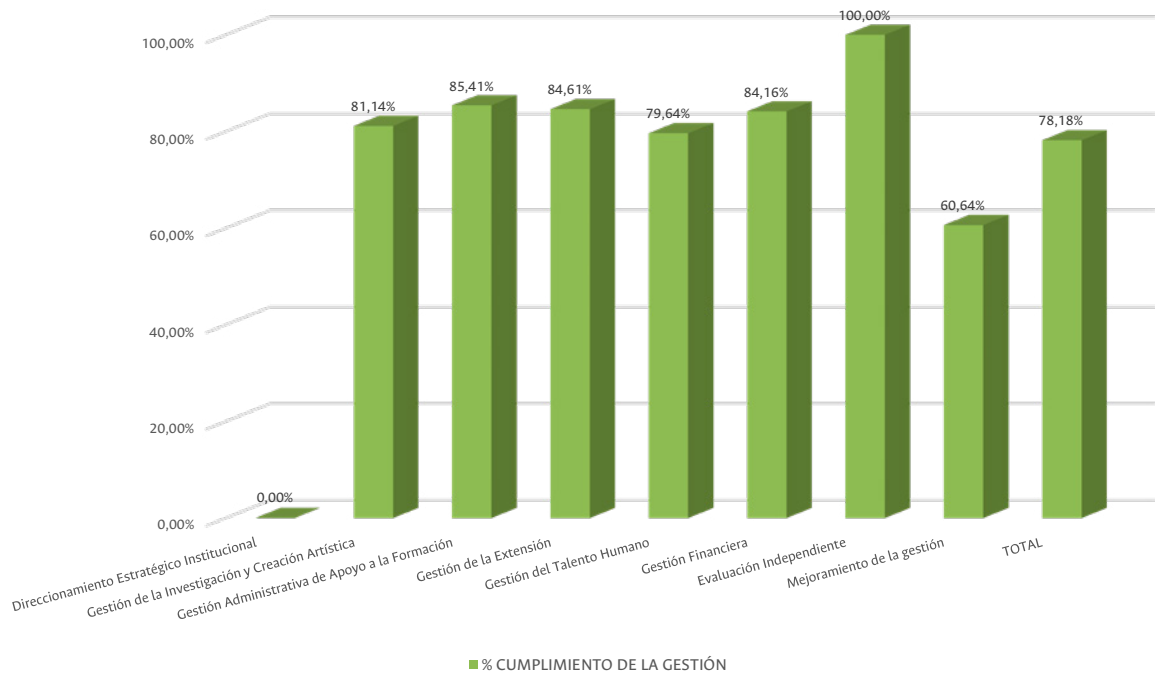
- ◆ **556 mediciones estimadas**
- ◆ Se tienen datos del 69,78% de las medidas de gestión diseñadas
- ◆ Procesos con la mayor cantidad de mediciones reales : “Gestión del Talento Humano”, Gestión de la Investigación y Creación Artística”, “Gestión Administrativa de Apoyo a la Formación”.
- ◆ Procesos con menor cantidad de mediciones reales: “Gestión de la Extensión”, “Gestión Financiera” y “Direccionamiento Estratégico Institucional”.
- ◆ No todas las mediciones reportadas por los procesos pudieron ser evaluadas, como el caso de “Direccionamiento Estratégico Institucional” que no cuenta con apuestas futuras para ninguno de sus IGP, por tratarse de medidas de gestión nuevas: Mediciones “Indeterminadas”.

Proporción de mediciones de IGP que cumplen por proceso



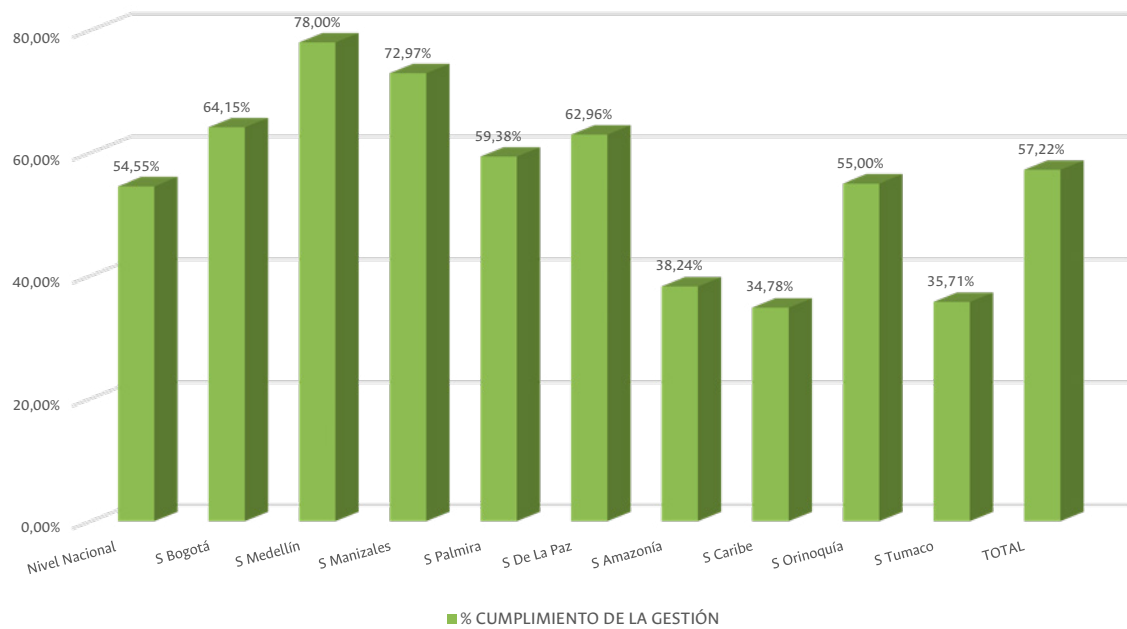
- ◆ **Procesos con la mayor proporción de mediciones que cumplen los niveles de desempeño esperados: “Evaluación Independiente” con el 100% , “Gestión del Talento Humano” con el 75,83% y “Gestión de la Extensión” con el 69,70%.**
- ◆ *Procesos con la menor cantidad de mediciones con buen desempeño: “Mejoramiento de la Gestión” con el 46,77% y “Gestión Financiera” con el 38,16%.*
- ◆ *A nivel institucional se cuenta con el 57,22% de las mediciones con niveles de desempeño óptimo.*

◆ Nivel promedio de cumplimiento de la Gestión por proceso



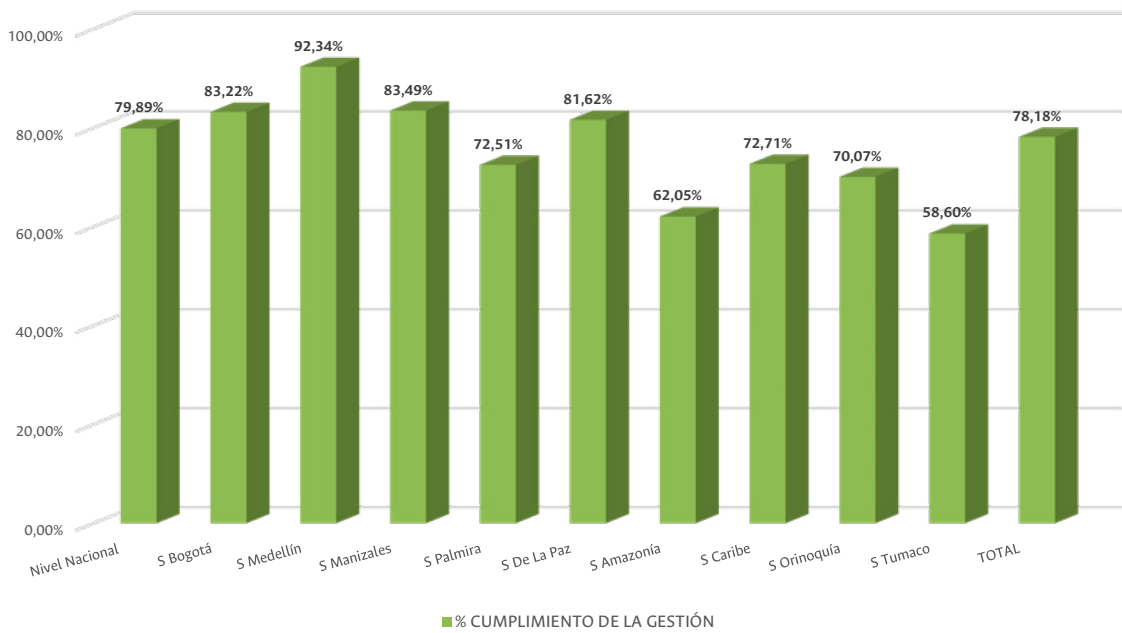
- ◆ Los niveles de cumplimiento agregados por proceso se obtuvieron promediando los niveles de cumplimiento porcentuales de cada uno de los IGP medidos en el Nivel Nacional y Sedes según el caso, excluyendo las mediciones consideradas “Indeterminadas”.
- ◆ A nivel institucional se promediaron 309 evaluaciones de desempeño dando un **cumplimiento agregado UNAL del 78,18%**.

◆ Proporción de mediciones de IGP que cumplen por Sede



- ◆ Frente a la cantidad de mediciones de IGP que fueron evaluados en nivel óptimo la Sede Medellín se ubica en primer lugar con el 78% de sus mediciones en dicho nivel de cumplimiento, seguida por Manizales con el 72,97% y Bogotá con el 64,15% .
- ◆ Por debajo del 40% se encuentran Amazonía (38,24%) Tumaco (35%), y Caribe (34,78%).

◆ Nivel de cumplimiento de la Gestión por Sede



- ◆ La sede Medellín registra el mejor desempeño con un 92,34%, en segundo lugar, Manizales con el 83,49% y en tercer lugar Bogotá con el 83,22%.
- ◆ Solo dos sedes se encuentran por debajo del 70% en las medidas de gestión acumulada, como son Amazonía con el 62,05% y Tumaco con el 58,60%.



◆ ¿Qué hicimos bien?

- ◆ Continuidad al despliegue del modelo de CMSGP interviniendo un nuevo proceso “Evaluación Independiente”.
- ◆ Se consolidaron y formalizaron las BIGP de 4 procesos intervenidos: “Gestión del Talento Humano”, “Gestión de la Investigación y Creación Artística”, “Gestión de la Extensión” y “Evaluación Independiente”, para pasar a la fase de sistematización.
- ◆ Se avanzó en la parametrizaron de las baterías de indicadores de gestión de los procesos BIGP “Mejoramiento de la Gestión” y “Gestión del Talento Humano” en el módulo “Desempeño” del aplicativo SoftExpert, así como la sistematización de sus hojas de vida en el módulo “Documentos”.
- ◆ Se consolidó la “Guía Metodológica para la Cuantificación, Medición y Seguimiento a la Gestión de Procesos UNAL” a partir de los resultados obtenidos en la prueba piloto de aplicación del modelo.

◆ ¿Qué debemos mejorar?

- ◆ **Apropiar los nuevos IGP definidos en los procesos intervenidos y en sus diferentes niveles de aplicación, para garantizar la oportunidad en su medición y la calidad de los datos de sus variables.**
- ◆ Debilidades detectadas en la información reportada por los procesos y las sedes, en cuanto a la respuesta incompleta a las preguntas de base, o el reporte de respuestas obvias o incoherentes e incluso la entrega de mediciones sin análisis.



◆ ¿En qué estamos avanzando?

- ◆ En el primer semestre de 2023 se incorporaron 2 nuevos procesos a la intervención metodológica del modelo de CMSGP: “Bienestar Universitario” y “Agenciar las Relaciones Exteriores”.
- ◆ Se finalizó la parametrización de las BIGP de los procesos “Mejoramiento de la Gestión” y “Gestión del Talento Humano” en el módulo “Desempeño” del aplicativo SoftExpert y se iniciaron los procesos “Gestión de la Investigación y Creación Artística”, “Gestión de la Extensión” y “Evaluación Independiente”, así mismo a sus correspondientes hojas de vida.
- ◆ Se elaboraron los videos tutoriales para usuarios finales del módulo “Desempeño” del SoftExpert, relacionados con tareas de inclusión de mediciones, metas y análisis de resultados, así como consulta de las BIGP.
- ◆ Se concluyó el diseño gráfico de la “Guía Metodológica para la Cuantificación, Medición y Seguimiento a la Gestión de Procesos UNAL”, de acuerdo con el lineamiento definido en el manual de identidad del SIGA.
- ◆ Se consolidó y formalizó la BIGP del proceso “Direccionamiento Estratégico Institucional” que tuvo un rediseño por parte del líder del proceso en el Nivel Nacional.



◆ ¿Qué tenemos por hacer?

- ◆ Publicar y divulgar la “Guía Metodológica para la Cuantificación, Medición y Seguimiento a la Gestión de Procesos UNAL” V0.
- ◆ Ajustar la parametrización de las BIGP de los procesos que cuentan con información en el módulo “Desempeño” del aplicativo SoftExpert, a las funcionalidades de la nueva versión que se encuentra en proceso de actualización.
- ◆ Ajustar los videos tutoriales del módulo “Desempeño”, para usuarios finales de acuerdo con la apariencia de la nueva versión del SoftExpert.
- ◆ Elaborar los videos tutoriales de consulta de las HVIGP y de la Guía Metodológica en el módulo “Documentos” del SoftExpert.
- ◆ Continuar con la parametrización de las BIGP de los procesos que hicieron entrega formal en el primer semestre de 2023: “Gestión Administrativa de Apoyo a la Formación”, “Gestión Financiera” y “Direccionamiento Estratégico Institucional”.
- ◆ Realizar capacitaciones a usuarios finales de los procesos “Mejoramiento de la Gestión”, “Gestión del Talento Humano” y “Gestión de la Investigación y Creación Artística” en el uso de las BIGP sistematizadas en el módulo “Desempeño” del SoftExpert.



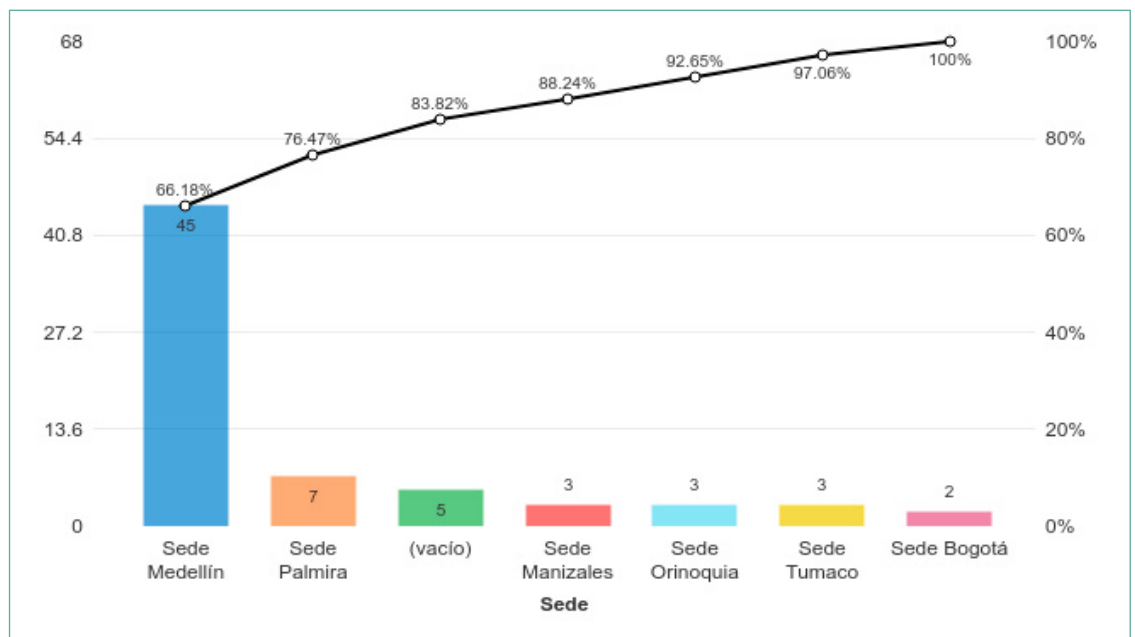
siqa

4.

**SALIDAS NO
CONFORMES**

En la vigencia 2022 se inició la gestión de las SNC o Novedades en la UNAL a través del portal de Salidas No conformes en el aplicativo SoftExpert, sistematizando la información de forma que los servicios, productos o trámites que no cumplen los requisitos de calidad sean identificados y controlados a fin de tomar acciones que permitan mejorar la percepción de usuarios y partes interesadas y establecer el mejoramiento continuo de nuestros procesos.

◆ SNC o Novedades por Sedes año 2022

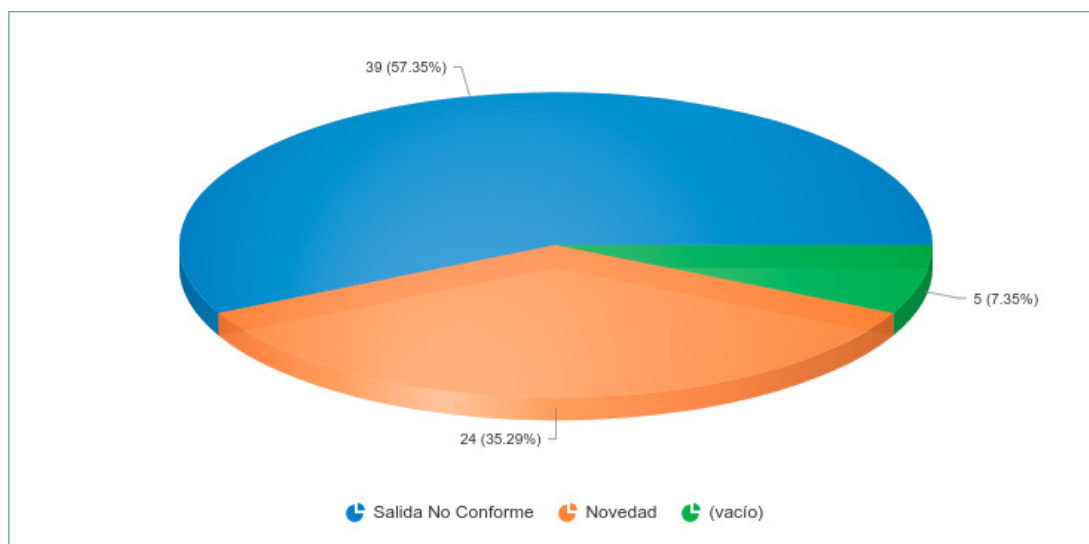


SNC o Novedades año 2022: **68 registros**
en el módulo de **SoftExpert**

◆ SNC o Novedades por procesos año 2022



◆ Participación de SNC y Novedades año 2022



◆ Temas más frecuentes de SNC o Novedades año 2022

Proceso	Servicio	Título SNC o Novedad
Bienestar Universitario.	Apoyos Socioeconómicos a estudiantes de pregrado.	Incumplimiento, errores en el cronograma de apoyos socioeconómicos estudiantiles.
Gestión Administrativa de Apoyo a la Formación - GAAF.	Certificados.	-Certificados con inconsistencias generados manualmente. -Certificados con inconsistencias generados del Sistema de Información Académica
Gestión de la Extensión.	Gestión de educación continua y permanente.	Cancelación del curso por no llegar al punto de equilibrio
	Gestión de proyectos y servicios académicos.	Inoportunidad en el cierre de los proyectos de extensión por demoras en la liquidación de proyectos de extensión con entidades contratantes
Gestión de Servicios Bibliotecarios.	Préstamo bibliotecarios domiciliario	-Generación de multas por error en el sistema Aleph. -Material ubicado sin descargar en el sistema Aleph. -Fallas en la red de internet que afectó la prestación del servicio. -Afectación en la prestación del servicio por situaciones de orden público.
	Talleres de formación en competencias informacionales.	Cancelación del servicio en línea.



◆ ¿Qué hicimos bien?

- ◆ Los procesos iniciaron la implementación de la metodología de SNC UNAL.
- ◆ Registro de las SNC o Novedades en el aplicativo SoftExpert.
- ◆ Se continuó capacitando y formando a los funcionarios de los procesos en las diferentes sedes en la metodología de SNC o Novedades.

◆ ¿Qué debemos mejorar?

- ◆ Los procesos aun no tienen la cultura del registro de las SNC.
- ◆ Se presentan errores e incompletitud en la información registrada en el aplicativo SoftExpert.

◆ ¿En qué estamos avanzando?

- ◆ En los transcurrido del año 2023 se han realizado sesiones con los procesos en las sedes para reforzar el conocimiento en la metodología de SNC.
- ◆ Maratón de registro de SNC con los procesos en sedes liderado por las coordinaciones de calidad.
- ◆ Ante indisponibilidad del SoftExpert por ataque cibernético, se crearon formularios para el diligenciamiento y sites que permiten continuar con el registro de SNC y mantener la información actualizada



◆ ¿Qué tenemos por hacer?

- ◆ Acompañar a los procesos y sus líderes e incentivar el registro de SNC o Novedades.
- ◆ Revisar y validar, de forma permanente, la información, los contenidos y las evidencias que sean correctos, y el registro de SNC o Novedades sea una buena práctica en los procesos para dar cumplimiento a la norma y la conservación de la información documentada.



siqa

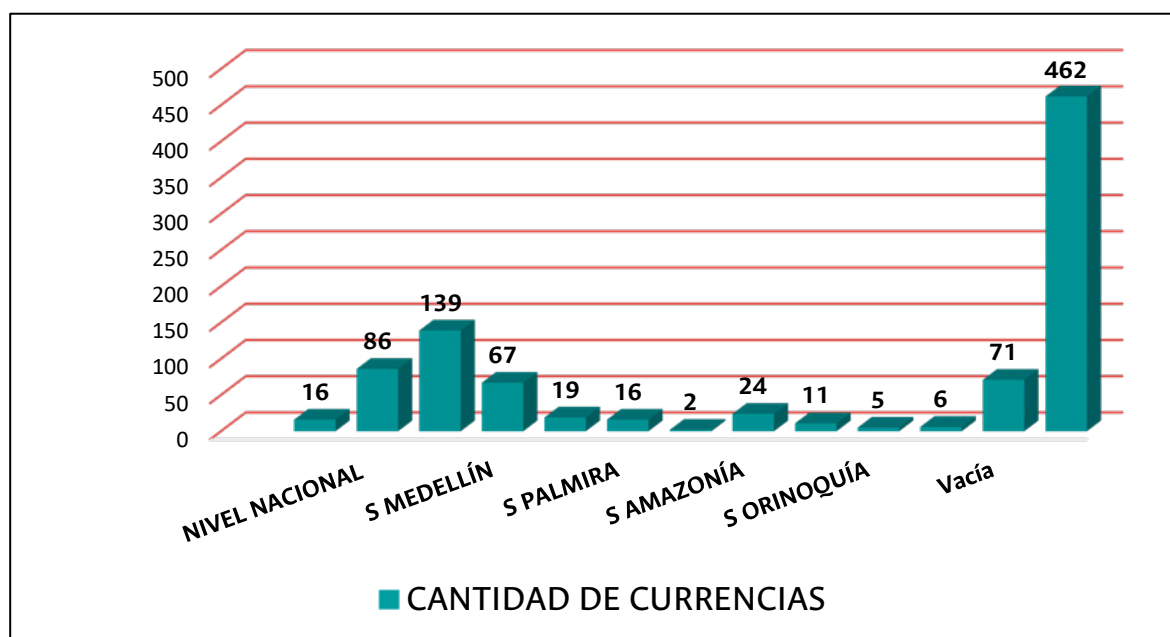
5.

ACCIONES CORRECTIVAS

El proceso de mejoramiento continuo en la UNAL implica la gestión de las ocurrencias, las cuales se administran en el sistema información SoftExpert desde su planificación hasta su cierre.



◆ Ocurrencias por Sede vigencia 2022



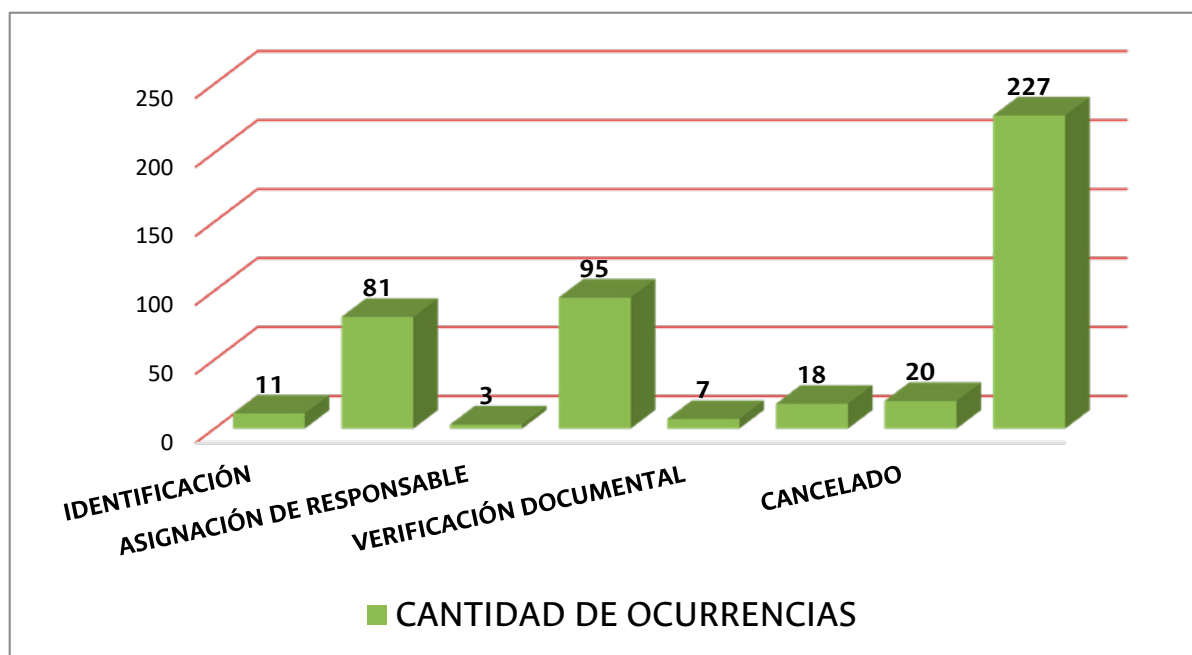
462 ocurrencias activas en el SoftExpert.

Sede Bogotá: 30,09%

Nivel Nacional: 18,61%

Campo vacío: 15,37%

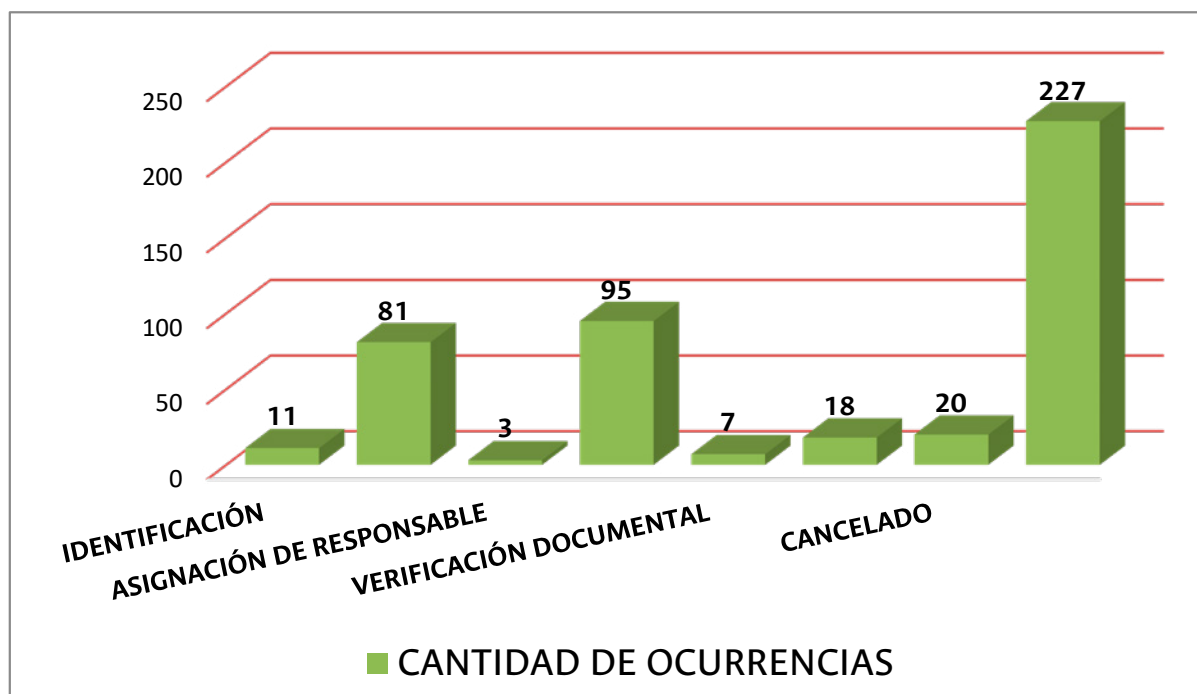
◆ Distribución de ocurrencias por etapa



La sede con mayor aporte a la finalización de las ocurrencias fue Bogotá representando el 33,48% del total de ocurrencias cerradas, reflejándose en el cierre del 54,68% de ocurrencias activas a cargo de esta sede.

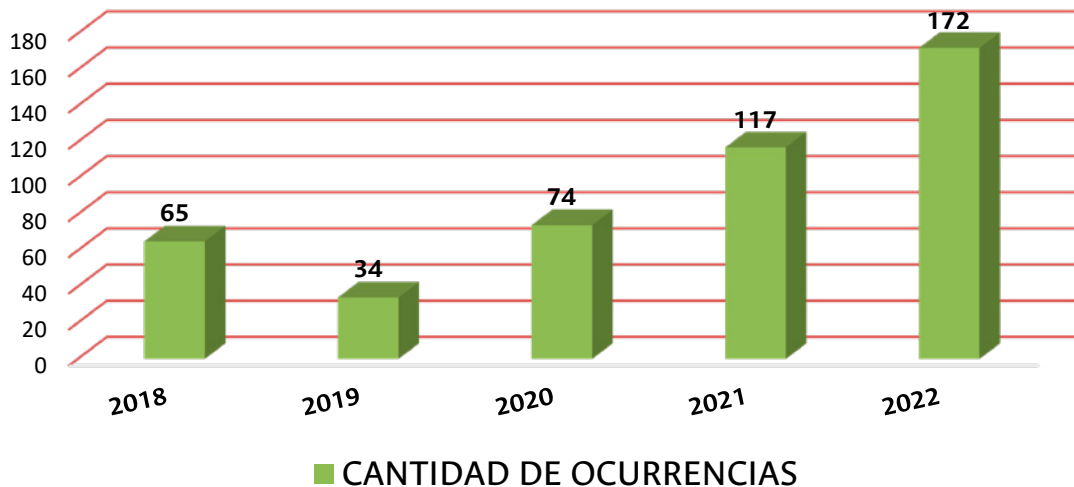
La Sede De La Paz que durante el 2022 inició la implementación del SGC lo cual se evidencia en la gestión de 2 ocurrencias en total.

◆ Distribución de ocurrencias por etapa



- ◆ La sede con mayor aporte a la finalización de las ocurrencias fue Bogotá representando el 33,48% del total de ocurrencias cerradas, reflejándose en el cierre del 54,68% de ocurrencias activas a cargo de esta sede.
- ◆ La Sede De La Paz durante el 2022 inició la implementación del SGC: se evidencia la gestión de 2 ocurrencias en total.
- ◆ Finalización: 49,13% gracias a las labores de seguimiento y acompañamiento por las Coordinaciones de Calidad de las Sedes y del SIGA en el NN a los procesos, como parte de una estrategia para la depuración del aplicativo SoftExpert.
- ◆ Cancelación de ocurrencias de prueba o erradas: 4,33% del total.
- ◆ 17,53% Ocurrencias en etapa de análisis y planificación: los planes de mejoramiento se están cargando al SoftExpert, pero no se da continuidad a la formulación de acciones concretas derivadas del análisis de causas con el agravante que no se están ejecutando de manera oportuna.

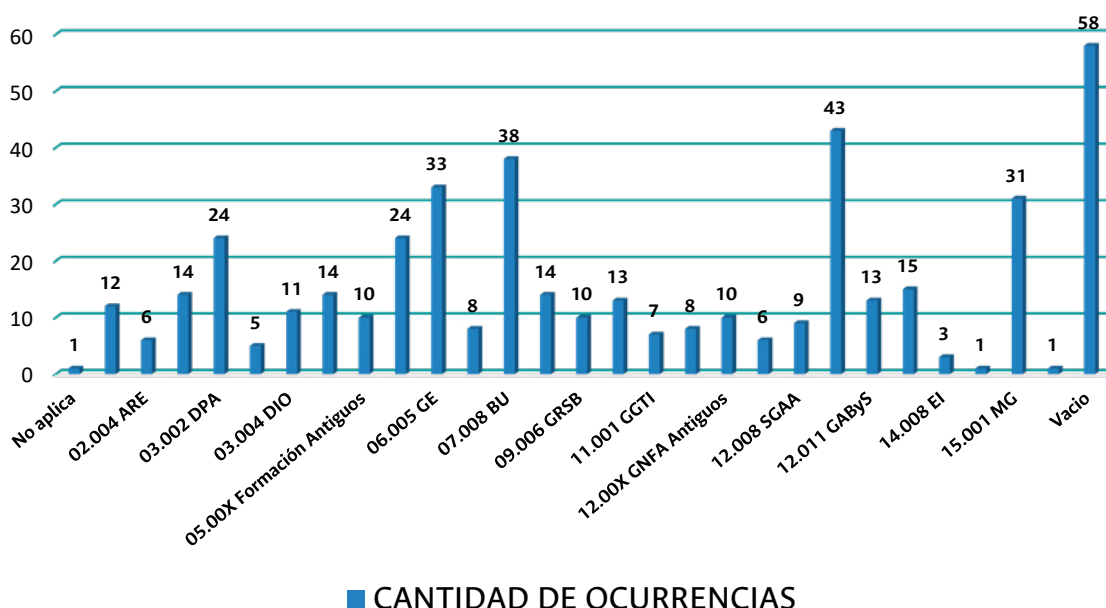
◆ Distribución de ocurrencias por antigüedad



- ◆ 4,07% ocurrencias creadas en 2018 del total de activas: se priorizó su gestión dando, así, se finalizaron 39, cancelaron 5 y en marcha 21 .
- ◆ 7,36% Ocurrencias creadas en 2019 del total de activas: también fueron priorizadas en su gestión, así, se finalizaron 13, se canceló 1 y en marcha 20.
- ◆ Ocurrencias creadas en 2020: se finalizaron el 58,10%, se cancelaron el 4,05 y en marcha 28.
- ◆ La vigencia 2021: 25,32% del total de ocurrencias activas, con un nivel de finalización del 61,54%, canceladas el 4,27% y en marcha el 34,19%.
- ◆ La vigencia 2022 por ser la más reciente aporta del 37,23% del total de ocurrencias activas, de las cuales se finalizaron el 34,89%, se cancelaron el 3,5% y se mantienen en marcha el 61,61%.

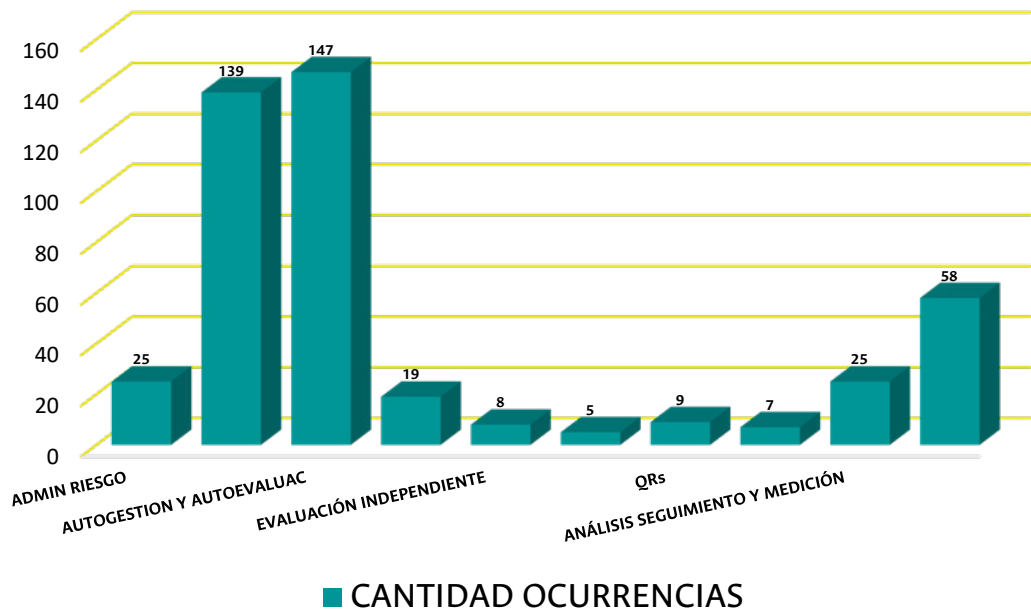


◆ Distribución de ocurrencias por proceso vigencia 2022



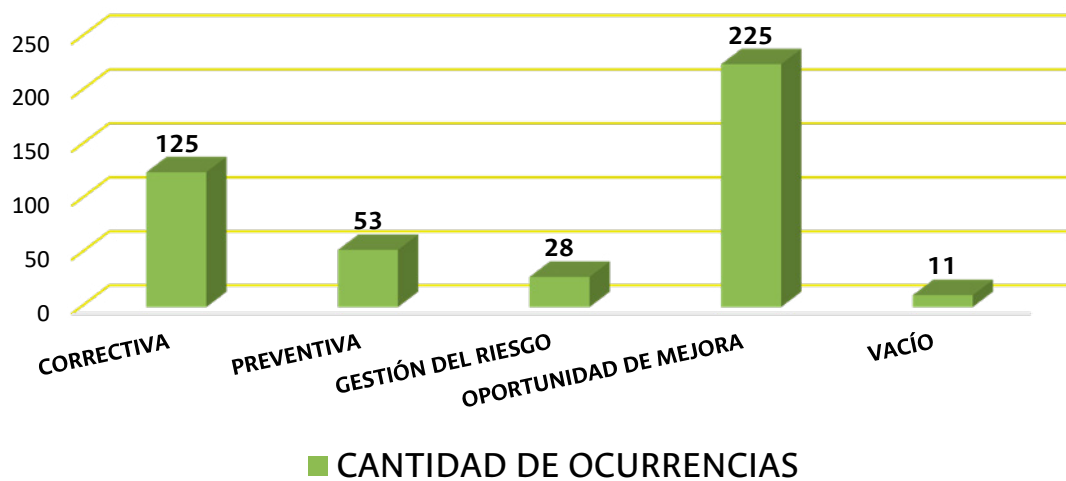
- ◆ El 13,12% de Ocurrencias no estuvieron asociadas a un proceso probablemente por errores humanos al momento de su creación.
- ◆ El proceso con mayor número de ocurrencias fue Gestión Financiera con el 9,73%, seguido de Bienestar Universitario con el 8,60% y Gestión de Extensión con el 7,47%.
- ◆ Los procesos con menor cantidad de ocurrencias son Control Disciplinario y Seguridad Social en Salud, cada uno con el 0,23%.
- ◆ Excluyendo los casos atípicos, el componente Mejoramiento Continuo tiene una cobertura del 96,3% del total de procesos vigentes en la UNAL..

◆ Distribución de ocurrencias por fuente vigencia 2022



- ◆ Principal fuente de mejora la “Autogestión y Autoevaluación” con una proporción del 33,26%, seguida de “Auditoría interna y externa” con el 31,45%.
- ◆ El 13,12% (58) de ocurrencias se cargaron “Sin fuente” asociada, mientras que las fuentes menos usadas son “Resultados de RxD” con un 1,58% y “Optimización de T&S” con un 1,13%.

◆ Distribución de ocurrencias por tipo de plan vigencia 2022



- ◆ La mayor parte corresponde a “Oportunidades de mejora” con un 48,70%, seguido de “Acciones correctivas” con 27,06% y “Acciones preventivas” con el 11,47%, por último, están los planes de mejoramiento derivados de la “Gestión del riesgo” con el 6,06% y aquellos que no cuentan con una tipología asociada que representan el 2,38%.
- ◆ El componente “Mejoramiento Continuo” del SGC tiene un nivel de madurez prospectivo debido a que la relación entre OM y AC es de 1,8, representando casi el doble de las primeras respecto a las segundas.
- ◆ La mayoría de las ocurrencias activas durante la vigencia 2022 buscan la implementación de mejoras que eleven el desempeño de los procesos, así como la satisfacción de usuarios y partes interesadas en lugar de limitarse a resolver incumplimientos reales o potenciales de requisitos o compromisos normativos.

- ◆ La relación de Acciones Correctivas vs Acciones Preventivas se tiene una razón de 2,36 AC por cada AP, con lo cual se observa una mayor tendencia a la identificación de No Conformidades respecto a las No Conformidades Potenciales, en su mayoría como resultado de los ejercicios de auditorías internas y externas, esto quiere decir que en este ámbito a nivel institucional el SGC sigue siendo más reactivo que proactivo.

◆ *¿Qué hicimos bien?*

- ◆ Durante el 2022 se reforzó la estrategia de emisión de reportes periódicos desde el aplicativo SoftExpert con el estado de ocurrencias abiertas, dirigido a las Coordinaciones de Calidad de las Sedes y a los líderes de los procesos en el Nivel Nacional.
- ◆ Acompañamiento en la gestión de planes de mejoramiento utilizando el criterio de “antigüedad”, dando prioridad al cierre de las ocurrencias del 2018 hacía adelante, considerando la opción de cancelación para aquellas no gestionables, por pérdida de vigencia mirando la fuente y etapa o por estar asociadas a pruebas del sistema o a errores humanos.
- ◆ Se formuló un indicador de gestión de proceso asociado al monitoreo de las ocurrencias atrasadas con el fin de establecer la oportunidad en la ejecución de las tareas pendientes en el SoftExpert, mantener la información al día y tomar decisiones con base en cifras, hechos y datos.



◆ *¿Qué debemos mejorar?*

- ◆ Realizar la depuración del módulo “Ocurrencia” para evitar que los planes no gestionables continúen en marcha.
- ◆ La gestión de planes para garantizar que se revisan por parte de los líderes y gestores y que se desarrollan las tareas en el sistema.
- ◆ La calidad de la información que se carga en los planes de mejoramiento garantizando que corresponde a la implementación de acciones que tengan un impacto significativo en la gestión de los procesos o que verdaderamente eliminen las causas de no conformidades reales o potenciales.

◆ *¿En qué estamos avanzando?*

- ◆ Pruebas en la aplicación de los plazos para la ejecución de las diferentes etapas (SLA) de las ocurrencias, de acuerdo con tiempos concertados entre el SIGA y las Coordinaciones de Calidad, para emitir alertas por correo electrónico a los usuarios responsables y realizar el cálculo automático del indicador de gestión de ocurrencias atrasadas.
- ◆ Mejoras en la pestaña de ocurrencias del portal de RxD, con el diseño de gráficos y listados que permiten la emisión de reportes estándar del estado de ocurrencias con posibilidad de filtrarse por parámetros para facilitar la consulta de las partes interesadas.



◆ ¿Qué tenemos por hacer?

- ◆ Adaptar las mejoras que se vienen desarrollando en el módulo “Ocurriencia” a la nueva versión de SoftExpert, lo cual implica cambios debido a la desaparición de este módulo y el uso del módulo “WorkFlow” para la gestión de planes de mejoramiento.
- ◆ Actualización del “U.PR.SIGA.002 Procedimiento Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora v6” y de la “U.GU.SIGA.001. Guía Básica de Mejora V4”.
- ◆ Capacitación y sensibilización a los usuarios finales frente al uso del formulario de ingreso de los planes de mejora y del módulo “WorkFlow” en sustitución del módulo “Ocurriencia”.



siqa

6.

RESULTADOS DE EVALUACIONES

La evaluación a la gestión de los procesos en la UNAL se realiza con las auditorías internas combinadas, las cuales desde su planificación hasta su finalización son registradas en el aplicativo SoftExpert.



◆ Procesos y Sistemas de Gestión auditados año 2022

MACROPROCESO	PROCESO	NN	M	Mz	B	P	A	C	O	T	LP
01 Direccionamiento Institucional	001 Direccionamiento Estratégico Institucional	■				■	■				
03 Comunicación	002 Divulgación de la Producción Académica	■		■	■						
15 Desarrollo Organizacional	001 Mejoramiento de la Gestión		■		■			■	■		
04 Investigación y Creación Artística	003 Gestión de la Investigación y Creación Artística		■	■						■	
06 Extensión, Innovación y Propiedad Intelectual	005 Gestión de la Extensión	■	■				■			■	
07 Bienestar Universitario	008 Bienestar Universitario		■	■			■			■	
10 Gestión de Laboratorios	004 Gestión de Laboratorios	■			■		■	■			
11 Gestión de Información	005 Gestión Documental	■			■	■	■			■	
12 Gestión Administrativa y Financiera	007 Gestión de Ordenamiento y Desarrollo Físico				■	■					
SISTEMAS DE GESTIÓN											
Sistema de Gestión de Seguridad y Salud		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Sistema de Gestión Ambiental			■							■	
Sistema de Gestión Documental			■	■	■	■	■	■	■	■	■
Sistema de Gestión de Seguridad de la Información		■									
Sistema de Gestión Ambiental - Bogotá					■						

◆ Equipo auditor

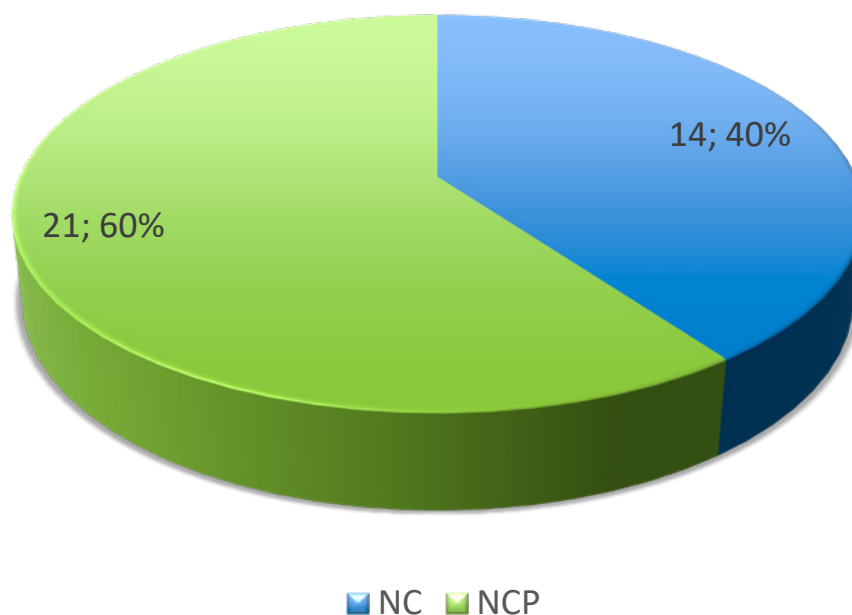
SEDE QUE AUDITA	AUDITOR LÍDER	AUDITOR ACOMPAÑANTE	AUDITOR OBSERVADOR	TOTAL
Palmira	2	7	0	9
Bogotá	3	5	4	12
Nivel Nacional	2	7	1	10
Manizales	2	9	6	17
Medellín	5	4	6	15
TOTAL	14	32	17	63

Auditorías Realizadas: 18
Ejecución: 100%

◆ Requisitos con mayor número de hallazgos

REQ	TITULO	NC	NCP
7.1	Recursos	0	4
7.5	Información Documentada	3	3
8.2	Requisitos para los Productos y Servicios	4	1
9.1	Seguimiento, Medición y Evaluación	1	2
9.3	Revisión por la Dirección	3	3

◆ Total de hallazgos 2022



◆ ¿Qué hicimos bien?

- ◆ Continuidad al desarrollo de las auditorías de forma sistematizada utilizando el SoftExpert.
- ◆ Auditorías presenciales y remotas, facilitando a los procesos la actividad de acuerdo con sus situaciones propias.

◆ ¿Qué debemos mejorar?

- ◆ Grupo de auditores internos del Nivel Nacional es muy reducido.
- ◆ Debilidades en las competencias de los auditores.



◆ *¿En qué estamos avanzando?*

- ◆ Construcción de los programas de Evaluación de la Gestión Interna Combinada, evaluación para la Sede de la Paz y del Sistema de Gestión ambiental de la sede Bogotá.
- ◆ Aprobados: evaluación para la Sede de la Paz y del Sistema de Gestión ambiental de la sede Bogotá.
- ◆ Capacitación para fortalecer competencias en los auditores internos del Nivel Nacional entre los meses de mayo y junio.
- ◆ Ejecución auditoria Sede La Paz del 26 al 28 de junio.

◆ *¿Qué tenemos por hacer?*

- ◆ Autodiagnóstico a todos los procesos de la Universidad.

7.

ESTADO DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES

En la vigencia 2022 se realizaron diferentes acciones para la revisión, monitoreo y actualización de los riesgos de corrupción, operativos y PAMEC liderados desde la Coordinación SIGA del Nivel Nacional.

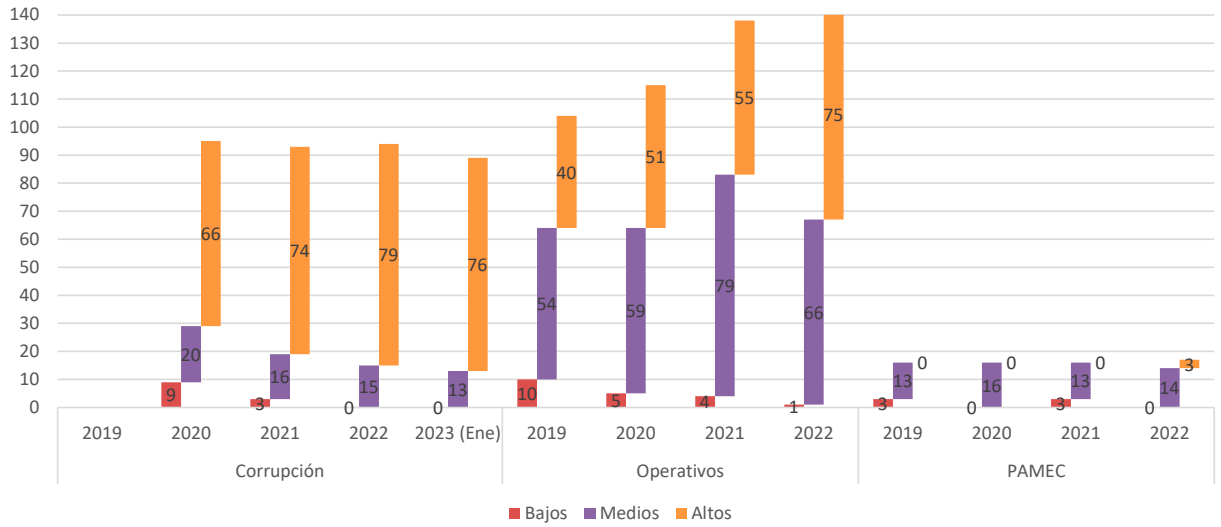
- 1 Se atendió el requerimiento del DAFP de actualizar el Mapa de Riesgos de Corrupción para la vigencia 2022.
- 2 Se dio respuesta al numeral 2.2 de la Circular VRG 04-2022 “Monitoreo simplificado de los riesgos de corrupción corte junio”.
- 3 Se trabajó para dar respuesta al numeral 2.3 de la Circular VRG 04-2022 “Monitoreo y actualización de riesgos operativos, corrupción y PAMEC”.

◆ Resumen general 2020-2022

Año	CORRUPCIÓN				OPERATIVOS			PAMEC		
	2020	2021	2022	2023 (Ene)	2020	2021	2022	2020	2021	2022
Riesgos	47	46	46	46	64	70	72	14	14	12
Controles	95	93	94	89	115	138	142	16	16	17
Planes de tratamiento / mejora abiertos	ND	5	3	2	11	14	6	9	0	0

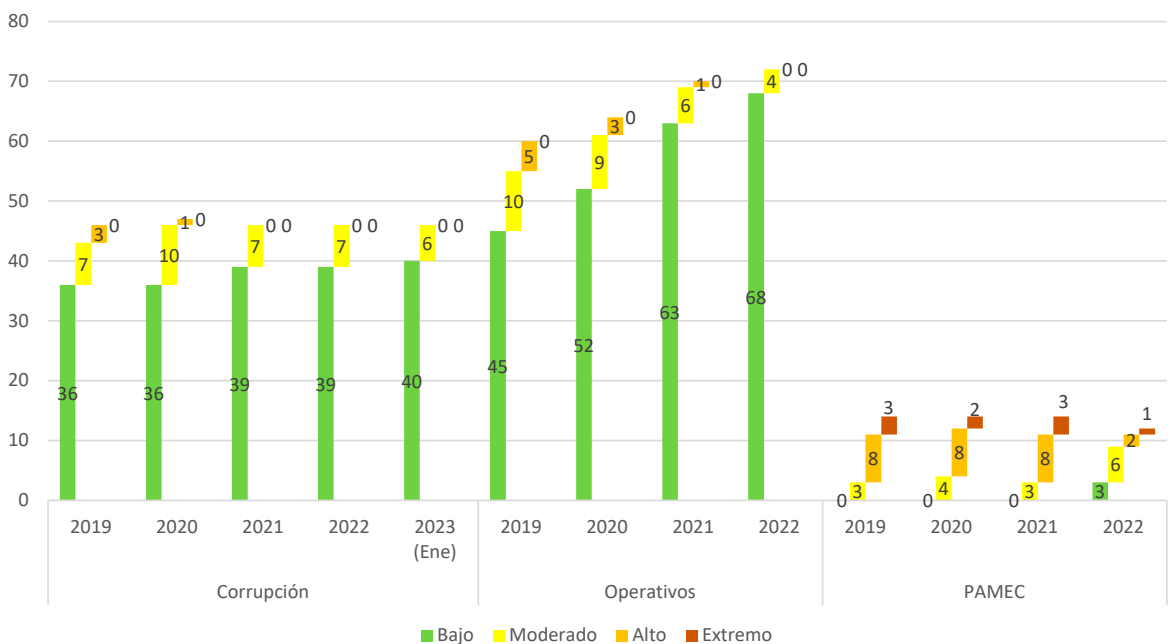
Cobertura del 100% en la gestión de los riesgos operativos, de corrupción y PAMEC, cada uno de los procesos cuenta mínimo con un riesgo y un control asociado al cumplimiento de su objetivo, sus productos y servicios, procedimientos, o a salvaguardar sus activos y recursos.

Distribución de controles por eficiencia 2019-2022



Los controles implementados por los procesos han aportado en la prevención, detección y mitigación de los riesgos, permitiendo desde un enfoque de procesos que la UNAL logre salvaguardarse de la mayoría de los escenarios de riesgos que la pueden perjudicar.

Nivel de aceptabilidad de Riesgos Residuales 2019-2022



- ◆ Nivel de riesgos residuales significativos operativos y de corrupción de 0%, generando que no existan eventos luego de aplicar mecanismos de control que puedan suponer peligro importante para el proceso y en general para la UNAL.
- ◆ Nivel de eficiencia “Medio” o “Alto” para 247 de los 248 controles utilizados para los riesgos operativos, corrupción y PAMEC, así, más del 99% de estos, dado su diseño, permiten reducir en al menos un nivel la probabilidad o impacto asociada.

◆ *Indicadores y estadísticas principales periodo 2020-2022*

Año	CORRUPCIÓN			OPERATIVOS			PAMEC		
	2021	2022	2023 (Ene)	2020	2021	2022	2020	2021	2022
Índice de vulnerabilidad inherente	21,20%	21,50%	22,20%	23,00%	21,40%	21,80%	13,60%	13,60%	48,30%
Índice de vulnerabilidad residual	10,30%	10,40%	10,20%	9,20%	7,60%	7,00%	9,50%	10,30%	23,00%
Índice promedio de eficiencia de los controles implementados por disminución de la calificación del riesgo inherente	51,30%	51,50%	53,90%	59,90%	64,40%	67,80%	30,00%	24,20%	52,40%

	CORRUPCIÓN			OPERATIVOS			PAMEC		
Índice promedio de eficiencia pura de los controles implementados	87,70%	91,50%	91,80%	76,00%	75,80%	78,70%	69,30%	68,10%	73,20%
Índice promedio de eficacia de controles implementados		97,00%	96,00%		88,20%	89,60%		96,90%	80,60%
Índice promedio de efectividad de los controles implementados		94,30%	93,90%		82,20%	82,60%		82,50%	76,90%
Cobertura de la gestión del riesgo	100%	100%	100%	89,70%	100%	100%	100%	100%	100%
Nivel de automatización de controles	9,70%	11,70%	12,40%	26,10%	26,10%	23,90%	6,30%	6,30%	5,90%
Nivel de controles preventivos	93,50%	92,60%	93,30%	57,40%	63,00%	60,60%	18,80%	6,30%	52,90%
Nivel de riesgos inherentes significativos	26,10%	30,40%	32,60%	31,30%	27,10%	29,20%	100%	100%	83,30%
Nivel de riesgos residuales significativos	0,00%	0,00%	0,00%	4,70%	1,40%	0,00%	71,40%	78,60%	25,00%
Nivel de riesgos materializados	2,20%	0,00%	0,00%	7,80%	10,00%	6,90%	N/D	0,00%	0,00%



◆ *¿Qué hicimos bien?*

- ◆ Elaboración, aprobación e inicio de la ejecución de la estrategia de adopción, retroalimentación e implementación del Marco Integral para la Gestión del Riesgo UNAL.
- ◆ Implementación gradual de los lineamientos y pautas metodológicas para la gestión de riesgos de proyectos en la formulación que se hizo de estos para el trienio 2022-2024.
- ◆ Se impartieron lineamientos, y se acompañó y asesoró, de forma continua, en la gestión de los riesgos operativos, corrupción y PAMEC a los procesos.

◆ *¿Qué debemos mejorar?*

- ◆ No se cuenta aún con la cultura, el reporte y gestión de riesgos materializados al interior de las diferentes tipologías de riesgos aplicables a la Institución.
- ◆ La gestión de riesgos en proyecto se encuentra en un estado incipiente, todavía se deben mejorar y madurar sus elementos, así como implementar completamente todas sus pautas metodológicas.

◆ *¿En qué estamos avanzando?*

- ◆ En lo transcurrido de la vigencia 2023 se ha trabajado en la prueba piloto del Marco Integral para la Gestión del Riesgo UNAL con el proceso estratégico de “Mejoramiento de la Gestión”.

- ◆ Elaboración de formatos y estrategia de acompañamiento para la adopción del MIGR UNAL en la gestión de riesgos de procesos (operativos y de corrupción).
- ◆ Fortalecimiento de competencias en gestión de riesgos de procesos y de proyectos.
- ◆ Se sometió a aprobación del Comité Nacional de Coordinación del Sistema de Control Interno la “Política Integral para la Gestión del Riesgo”.

◆ *¿Qué tenemos por hacer?*

- ◆ Continuar con la etapa 2 de la estrategia de adopción, implementación y retroalimentación del MIGR en las tipologías de riesgos aplicables a los proyectos, estrategias y sistemas de gestión de la UNAL.
- ◆ Conformación del Equipo Técnico Integral de riesgos - ETIR, con la participación de delegados de cada una de las tipologías de riesgos contenidas en el MIGR UNAL.
- ◆ Parametrizar en el sistema de información SoftExpert en los módulos de riesgos.



siqa

8.

**TEMAS
TRANSVERSALES**

PLAN DE FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS

◆ *Objetivo*

- ◆ Fortalecer el conocimiento de los funcionarios de la Universidad Nacional de Colombia en las políticas, normas, metodologías, herramientas definidas en el Modelo SIGA y en el Sistema de Gestión de Calidad, para la gestión institucional integral por procesos.

◆ *Temáticas*

- ◆ EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN
- ◆ MEJORA CONTINUA
- ◆ GESTIÓN DEL SERVICIO
- ◆ PLAN DE ATENCIÓN AL CIUDADANO
- ◆ GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO ORGANIZACIONAL
- ◆ GESTIÓN DEL CAMBIO
- ◆ GESTIÓN AMBIENTAL
- ◆ GESTIÓN DOCUMENTAL
- ◆ SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN

Sesiones Programadas: 19
Sesiones realizadas I-2023: 7
Ejecución: 37%



Responsables:

Coordinaciones de Calidad de las Sedes y del Nivel Nacional.



Material de las sesiones:

Página SIGA pestaña OVA:

<http://www.siga.unal.edu.co/index.php/herramientas-pedagogicas>



Asistencias:

602



Participantes:

Funcionarios de planta y contratistas de las sedes andinas,
de presencia nacional y el nivel nacional



siqa

9.

SISTEMAS DE GESTIÓN

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Es la herramienta de gestión sistemática y transparente que permite dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios a cargo de la entidad. Se enmarca en los planes estratégicos y de desarrollo de la Universidad Nacional de Colombia, en la Norma Técnica de Calidad ISO 9001:2015, en el cumplimiento de los componentes aplicables a la Universidad del Modelo Integrado de Planeación Gestión (Decreto 1499 de 2017), Ley Anti-trámites (Ley 962 de 2005), Ley de Transparencia (Ley 1712 de 2014), Gobierno en Línea (Decreto 2693 de 2012) y otras normas de carácter administrativo pertinentes a los procesos.

SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL

La Universidad Nacional busca promover un entorno ambientalmente sano para el desarrollo de su misión educadora y formadora, proteger su entorno natural, proponer alternativas sostenibles para solucionar las problemáticas ambientales que se presentan en sus espacios, así como incluir de forma transversal la dimensión ambiental en los procesos de docencia, investigación, extensión y funcionamiento administrativo, bajo los fundamentos de mejoramiento continuo, prevención de la contaminación y cumplimiento de los requisitos legales ambientales aplicables vigentes (Política Ambiental).

A partir de estos preceptos, la Universidad cuenta con un Sistema de Gestión Ambiental, que tiene como propósito diseñar el lineamiento marco para la protección del “medio ambiente” y dar respuesta a las “condiciones ambientales” cambiantes, en concordancia con las necesidades y expectativas de la comunidad universitaria y demás partes interesadas. De esta forma, los diferentes niveles de la Universidad cuentan con elementos para alcanzar los resultados previstos, entre ellos los derivados del compromiso con la sustentabilidad y el cambio y adaptación climáticos como una prioridad, a partir de la vocación hacia los Objetivos de Desarrollo Sostenible. (Adaptado del Manual SGA 2020).

◆ Informe de sostenibilidad 2022



- ◆ Enmarcado en el Plan Estratégico Institucional (PGD – PLei),
- ◆ Despliega los fundamentos de un Ecosistemas de campos y campus sustentables con vocación a los ODS.
- ◆ Evidencia el compromiso ambiental institucional:
 - Educación
 - Entorno e infraestructura
 - Energía y cambio climático
 - Residuos
 - Agua
 - Transporte
- ◆ Presenta acciones y logros por sedes.
- ◆ Expone acciones de protección y recuperación medioambiental.

◆ Integración de programas y su enfoque hacia los ODS

- ◆ Fortalecimiento de los programas ambientales y estratégicos.
- ◆ Aporte al cumplimiento de las disposiciones del Acuerdo CSU 362 de 2021.
- ◆ Acciones directas hacia los ODS.



SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO- SGSST

La Universidad Nacional de Colombia es responsable con la Seguridad y Salud en el trabajo (SST) de sus funcionarios, servidores públicos, contratistas y demás partes interesadas que puedan verse afectadas por sus actividades. Esta responsabilidad se extiende hasta la promoción y protección de la salud física y mental en sus diferentes contextos laborales, académicos y culturales para que sean seguros y saludables, se prevengan los accidentes y enfermedades relacionados con las actividades en sus Campus.

◆ *¿Qué tenemos por hacer?*

- ◆ Generación de estrategias para la articulación del SGSST con: las nuevas formas de trabajo, el enfoque a procesos y los cambios normativos.

◆ *¿Qué debemos mejorar?*

- ◆ Desarrollo de las acciones de participación de los servidores públicos y contratistas en las actividades de SST.
- ◆ Iniciar la implementación de las estrategias para el fortalecimiento del liderazgo y fomentar la salud mental en servidores públicos y contratistas.

◆ *¿Qué hicimos bien?*

- ◆ Implementación del SGSST con una calificación del 94% en la autoevaluación de estándares mínimos del SGSST para la vigencia 2022, reporte enviado al Ministerio de Trabajo y ARL Positiva.

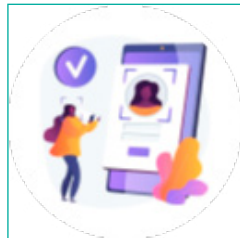
◆ *¿En que estamos avanzando?*



Validación de los peligros y riesgos de SST de cada proceso, realizada con el líder del proceso y su equipo de trabajo.



Socialización del instructivo para Gestión del Cambio en SST, con el fin de mejorar las condiciones de los ambientes de trabajo.



Verificación al cumplimiento del SGSST en todas las Sedes, mediante la ejecución de la Auditoría Interna al SGSST. (Ejecución 2 semestre de 2023).



Prevención del riesgo psicosocial y promoción de la salud mental.

◆ Avances en actividades de prevención de riesgo psicosocial y promoción de la salud mental 2023

Actividades grupales

- ◆ Salud Mental.
- ◆ Inteligencia emocional.
- ◆ Manejo del estrés.
- ◆ Habilidades interpersonales.
- ◆ Manejo de finanzas personales.
- ◆ Prevención del consumo de sustancias psicoactivas.

Acompañamiento individual

- ◆ Manejo eficaz del tiempo.
- ◆ Priorización de tareas.
- ◆ Ansiedad Social.
- ◆ Manejo del estrés.
- ◆ Relaciones interpersonales

Prevención de las violencias de genero en el lugar de trabajo

- ◆ Desarrollo de material de divulgación en el cual se incluyen las rutas de atención interna en cada una de las Sedes y de las Instituciones de apoyo externas en cada ciudad y municipio donde se encuentra ubicada la Sede.
- ◆ Actividad desarrollada con el apoyo de la Dirección Nacional de Bienestar y ARL Positiva, dirigida a la población laboral de la Universidad.

SISTEMA DE GESTIÓN DE GESTIÓN DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN- SGSI

El SGSI está basado en un enfoque hacia los riesgos globales de la institución y tiene como fin establecer, implementar, operar, hacer seguimiento, revisar, mantener y mejorar la seguridad de la información, teniendo en cuenta la estructura organizacional, políticas, actividades de planificación, responsabilidades, prácticas, procedimientos, procesos y recursos. A partir de la Política de Seguridad de la Información, la UNAL define las directrices para la correcta valoración, análisis y evaluación de los riesgos de seguridad asociados a la información y su impacto, identificando y evaluando diferentes opciones para su tratamiento, con el fin de garantizar la continuidad e integridad de los sistemas de información misionales y de apoyo a la gestión de la Universidad.



◆ Logros del SGSI 2022

- ◆ Aunque aún en implementación, se mantiene operativo el sistema de gestión de seguridad de la información.
- ◆ Afianzamiento de la cultura de ciberseguridad creando más conciencia de proteger la información institucional.
- ◆ En cada vez más escenarios se encuentra alineación con la Política General de Seguridad de la Universidad.
- ◆ La información que se declara como privada o confidencial es manejada con carácter reservado.
- ◆ Fortalecimiento de competencias.
- ◆ Se clasifica la información y se gestionan los usuarios en sistemas y aplicaciones.
- ◆ Se aplican buenas prácticas de manejo de contraseñas.

◆ Resultados del SGSI 2022

- ◆ Avances en operaciones de seguridad con la implementación de controles.
- ◆ Se mantuvo el beneficio de descuento del 80% en adquisición de la herramienta antimalware para la comunidad universitaria.
- ◆ Participación activa en Auditorías Combinadas (Sistema de Información de Egresados – SIE, Aranda Service Desk -PQR).
- ◆ No se han registrado Incidentes de ciberseguridad en los sistemas auditados.
- ◆ Se tiene conocimiento de las Directrices técnicas de seguridad emitidas por la DNED.

SISTEMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE- SEPA

En la UNAL, la seguridad del paciente se define como la reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable y se desarrolla en el contexto del Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (Informe Técnico Definitivo enero de 2009, WHO 2009). Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos, metodologías, basadas en la evidencia que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un EA en el proceso de atención o mitigar sus consecuencias.

◆ Implementación 2022 - 2023

- 1 Fortalecimiento de la estructura operativa del Sistema de Seguridad del Paciente, con la modificación Resolución 663 de 2020, contando con la Resolución 563 de 2023, esto en razón a la necesidad de precisar acciones de planeación, coordinación, seguimiento y monitoreo, así como de establecer actividades de gestión de recursos para el continuo funcionamiento del sistema de seguridad del paciente.
- 2 Estandarización del Programa de Seguridad del Paciente aplicable a las dependencias y programas de las facultades de áreas de la salud con servicios de salud el cual emite directrices que apuntan a garantizar la calidad de los servicios de salud mediante la adopción de herramientas que fortalezcan las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro, para prevenir y disminuir el riesgo de eventos adversos en la atención en salud brindada a los pacientes. Así mismo, se avanza en la unificación de la documentación general (programas de Tecnovigilancia, Farmacovigilancia y Reactivovigilancia) y protocolos generales.

- 3 Con el Diagnostico general del Sistema de Seguridad de paciente fueron definidas actividades de gestión que le apuntan a fortalecer la cultura de la seguridad en áreas misionales (formación, investigación y extensión).
- 4 Fortalecimiento de la Cultura Institucional de Seguridad del paciente a través del desarrollo de planes de aprendizaje, boletines SEPA y Curso virtual de seguridad del paciente.
- 5 Monitoreo y seguimiento a la implementación del Programa de seguridad del paciente en dependencias y programas de las facultades de áreas de la salud con servicios de salud habilitados.

Dificultad

Desde la dependencias y programas de las facultades de áreas de la salud con servicios de salud habilitados se avanza en dar cumplimiento a los estándares de habilitación establecidos normativamente, con la dificultad que para la sede Bogotá no se cuenta con concepto sanitario favorable.

SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL Y ARCHIVOS UNAL

Se define como el conjunto estructurado de dependencias, cuerpos colegiados y componentes de índole archivístico, jurídico y técnico que permiten la normalización de los procesos archivísticos, el desarrollo de la Universidad como centro de información, la salvaguarda del patrimonio documental y el acceso de los ciudadanos a la información y a los documentos.

El Sistema de Gestión Documental y Archivos de la UNAL, está constituido por todos los Archivos de Gestión, el Archivo Central y el Archivo Histórico, así como los servicios administrativos y técnicos que se relacionan con ellos.

◆ Logros - Plan de Mejoramiento Archivístico UNAL

Visita de Vigilancia - Archivo General de la Nación Jorge Palacios Preciado.

- ◆ Hallazgos superados: 3
- ◆ Hallazgos superados con observaciones: 3
- ◆ Hallazgos no superados: 5



La UNAL referente en Gestión y Patrimonio Documental.

◆ Logros - Implementación del Modelo de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo para la UNAL (MGDEA)

- ◆ Desarrollar el ámbito de la gestión documental, de acuerdo a la priorización de la Hoja de Ruta. (**Avance 33%**)
- ◆ Desarrollar la simplificación y diagramación de procedimientos, de acuerdo a la priorización de la Hoja de Ruta. (**Avance 41%**)
- ◆ Desarrollar el ámbito tecnológico, de acuerdo a la priorización de la Hoja de Ruta. (**Avance 19%**)
- ◆ Desarrollar los ámbitos jurídico y gestión del cambio, de acuerdo a la priorización de la Hoja de Ruta. (**Avance 51%**)
- ◆ Priorizar las actividades de la Hoja de Ruta para la Primera Fase de la Implementación del Modelo de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo - MGDEA en la UNAL. (**Avance 100%**)

Avance Total: 34%



Logros – Armonización normativa

- ◆ Actualización del Programa de Gestión Documental - PGD y el Plan Institucional de Archivos - PINAR.
- ◆ Actualización - Tabla de Retención Documental TRD para la UNAL.
- ◆ Actualización - Instrumentos de Gestión de la información Pública: IIRC, RAI y Esquema de Publicación.
- ◆ Actualización - Instrumentos Archivísticos: PGD, Banco Terminológico y TCA.