siga | sistema integrado de gestión académica, administrativa y ambiental

Informe Institucional

REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN
SISTEMA DEL GESTIÓN DE CALIDAD

Vigencia 2019

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.

Vicerrectoría General

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

INFORME INSTITUCIONAL

REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

VIGENCIA 2019

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN 4

1. ESTADO DE LAS ACCIONES DE LAS REVISIONES POR LA DIRECCIÓN PREVIAS 6

2. CAMBIOS EN LAS CUESTIONES EXTERNAS E INTERNAS PERTINENTES AL SGC 7

3. DESEMPEÑO Y EFICACIA DEL SGC 9

3.1 LA SATISFACCIÓN Y RETROALIMENTACIÓN DE LOS USUARIOS 9

3.1.1 Satisfacción del Usuario 10

3.1.2 Retroalimentación de las Partes Interesadas 16

3.2 DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS Y CONFORMIDAD DE LOS SERVICIOS 24

3.2.1 Desempeño de los Procesos 24

3.2.2 Conformidad de los Productos y Servicios (Control de Fallas en el Servicio) 32

3.3 NO CONFORMIDADES Y ACCIONES CORRECTIVAS -2019 35

3.3.1 Distribución por tipo y por sede 35

3.3.2 Distribución por estado 36

3.3.3 Fuentes Generadoras de Acciones Correctivas, Preventivas, de Riesgo y de Mejora 37

3.3.4 Temáticas de Acciones Correctivas, Preventivas, de Gestión de Riesgo y de Mejora 38

3.3.5 Comparativo Planes de Mejora 39

3.4 RESULTADOS DE LOS SEGUIMIENTOS Y MEDICIÓN 39

3.5 LOS RESULTADOS DE LAS AUDITORIAS 40

3.5.1 Programa Auditorías Internas 40

3.5.2 Hallazgos 42

3.6 EL DESEMPEÑO DE LOS PROVEEDORES 43

4. LA ADECUACIÓN DE LOS RECURSOS 44

5. EFICACIA DE LAS ACCIONES TOMADAS PARA ABORDAR LOS RIESGOS Y LAS OPORTUNIDADES 44

5.1 RIESGOS DE CORRUPCIÓN 45

5.2 RIESGOS OPERATIVOS 49

6. OPORTUNIDADES DE MEJORA 53

7. CONCLUSIÓN 54

INTRODUCCIÓN

El Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) de la Universidad Nacional 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. Está integrado de diferentes componentes interrelacionadas, que trabajan continuamente para lograr un propósito, como es la calidad de los servicios y satisfacción de los usuarios de la Universidad; requiere de control, seguimiento y evaluación para determinar que tan bien se está gestionando, y así efectuar los cambios necesarios para su adecuado funcionamiento y alineación con la estrategia institucional.

En este contexto, el presente documento consolida el informe de Revisión por la Dirección 2019, cuyo objetivo es el análisis de los resultados aportados por el sistema de calidad, la toma de decisiones para actuar y promover la mejora continua del sistema y de la gestión en la Universidad.

El informe está fundado en los datos reportados por las sedes de la Universidad de la gestión del SGC en las diferentes dependencias y procesos institucionales que describen el que hacer de la universidad y su gestión estratégica.

La estructura del documento se basa en los elementos contemplados en la norma técnica colombiana NTC-ISO 9001:2015, en el requisito 9.3 *Revisión por la Dirección*, que establece que “la alta dirección debe revisar el SGC de la organización a intervalos planificados, para asegurarse de su conveniencia, adecuación, eficacia y alineación continuas con la dirección estratégica de la organización”.

En este contexto, el documento en esta está constituido por siete apartados: el estado de las acciones de las revisiones previas por la dirección, los cambios incluidos en el SGC, el desempeño y eficacia del SGC, la adecuación de los recursos, la gestión del riesgo, las oportunidades de mejora, y finalmente las conclusiones entorno a la conveniencia, adecuación, eficacia del SGC.

1. ESTADO DE LAS ACCIONES DE LAS REVISIONES POR LA DIRECCIÓN PREVIAS

Las recomendaciones definidas en la Revisión por la Dirección se describen a continuación (Tabla 1):

TABLA 1. SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES DERIVADAS DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

RECOMENDACIONES	ACCIONES REALIZADAS
Fortalecer el equipo de trabajo de riesgos.	Equipo de trabajo interdisciplinario para abordar las diferentes tipologías de riesgos (Proyectos, regalías, TI, corrupción, operativos), pero falta trascender a otros tipos de riesgos y al Modelo integral de gestión de riesgos.
Resaltar los riesgos y nombrar al menos los priorizados, a la vez resaltar la acción de mitigación para gestionarlo.	Aunque es importante mostrar los porcentajes se van a mostrar los riesgos significativos.
¿Cómo hacer para llevar esos conocimientos y acciones desarrollados a la comunidad académica y a la comunidad universitaria en general?	Plan de entrenamiento en los diferentes temas de gestión y capacitaciones puntuales.
Necesidad de prever desde el sistema de seguridad y salud en el trabajo, las condiciones para trabajar desde la casa (tanto de docentes como de administrativos) y los cambios que ello implica en aspectos de seguridad y salud en el trabajo.	Se está trabajando desde la casa atendiendo las líneas de política definidas en la resolución 338 de 2020, especialmente en lo relacionado con adaptación de puesto de trabajo y apoyo psicosocial a Nivel Nacional todas las áreas del SGST.

Se plantea el interrogante sobre la forma de medir e identificar los nuevos riesgos a partir de la pandemia, especialmente los riesgos sicosociales, dadas las situaciones mentales presentadas.	Los procesos definieron nuevos riesgos producidos por la pandemia, tales como: *Actividades críticas del proceso no atendidas debido a personas enfermas de Covid19* *No poder realizar el proceso de admisión con instrumentos objetivos por la imposibilidad de aplicar pruebas.* *Emisión tarde de los resultados de admisión.* *La suplantación de identidad en trámites y solicitudes escritas radicadas mediante correo electrónico.* También oportunidades de accesibilidad en reuniones y capacitaciones virtuales
¿Cuál es la palabra que acoge o define específicamente el actuar del SIGA? El SIGA trabaja con diferentes temas, que le han aportado a la gestión de la universidad, específicamente en el tema de calidad que con lleva a la mejora continua.	

2. CAMBIOS EN LAS CUESTIONES EXTERNAS E INTERNAS PERTINENTES AL SGC

Los cambios en el Sistema de Gestión de Calidad son necesarios y hacen parte del mejoramiento continuo, de forma que este se pueda adaptar para satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios y partes interesadas y así seguir avanzando hacia la excelencia institucional. En este sentido, durante el año 2019 SGC ha sido afectado por diferentes aspectos, evidenciados desde las sedes, los cuales se resumen en la Tabla 2:

TABLA 2. CAMBIOS QUE AFECTAN AL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD AÑO 2019

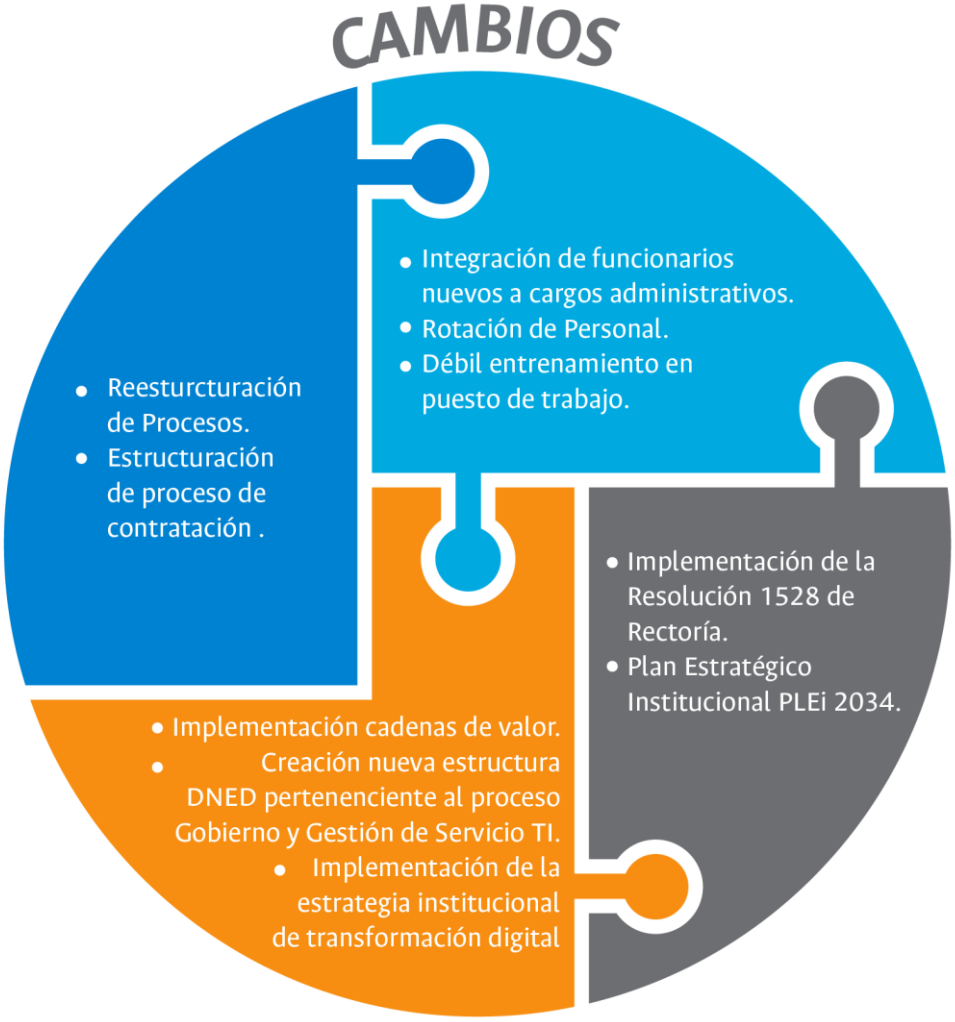
Sede	Cambios	Acciones
Medellín	Proceso de vinculación de los ganadores del concurso de méritos 2018 y 2019 para la provisión de cargos administrativos de la Universidad.	Realizar inducción general al personal vinculado sobre el SIGA, y específica, a quien lo requiera.
	Implementación de un nuevo modelo de contratación.	Construir guías de trabajo para los diferentes procesos contractuales en cada una de las etapas. Implementar mecanismos de seguimiento y medición para el modelo de contratación.
	Creación de la nueva estructura de la Dirección Nacional de Estrategia Digital-DNED, perteneciente al proceso Gobierno y Gestión de Servicio TI.	Acciones definidas en el nivel nacional.
Orinoquía	Aplicación de la resolución 1528 de Rectoría "Por la cual se define, se estructura y se establecen roles y responsabilidades del SIGA en la UNAL"	Aprobar las disposiciones de la resolución a través del equipo SIGA de sede.

Sede	Cambios	Acciones
	Incremento de la percepción positiva del SGC en los estamentos docentes y administrativos de la sede, y a nivel institucional se ha profundizado la alineación del SGC a la función misional.	Procesos de articulación del SGC con componentes estratégicos de la sede como Acreditación Institucional, Estadísticas Institucionales, Rendición de Cuentas, Plan de Acción, entre otros.
Tumaco	Lineamientos que se definan en el Plan Estratégico Institucional - PLEi 2034	Participar en la construcción del PLEi 2034, considerando las particularidades de la sede Tumaco y de la región del Pacífico Colombiano.
	Implementación de la estrategia institucional de transformación digital.	Fomentar entrenamientos en los sistemas de información o herramientas tecnológicas definidas institucionalmente. Propender por una plataforma tecnológica que facilite la transformación digital en la sede Tumaco.
	Cambios normativos: Resolución 1528 de Rectoría.	Conformación y puesta en funcionamiento de los equipos técnicos de sede SIGA, de acuerdo con lo establecido en la Resolución 1528 de 2018.
	Implementación de las cadenas de valor de los procesos misionales de Formación, Investigación y Extensión.	Participar en la construcción de cadenas de valor, revisión y actualización de documentos, monitoreo y revisión de los riesgos, e implementación de la estrategia para la gestión del cambio, aportando particularidades de la sede Tumaco.
	Limitación para realizar sesiones de trabajo presencial entre funcionarios de la Sede Tumaco que laboran en la oficina de la sede Bogotá y la oficina de la sede ubicada en San Andrés de Tumaco (costos, distancia).	Fomentar el uso de herramientas tecnológicas para la realización de reuniones virtuales, que faciliten el desarrollo de los diferentes componentes del sistema de gestión de calidad.
	Falta de recursos económicos para mantener la contratación del coordinador del SGC.	Buscar recursos para contratar un profesional idóneo para la coordinación del SGC.
Bogotá	Rotación de personal dado las posesiones en los cargos de los ganadores del concurso abierto de méritos.	Capacitación y sesiones de seguimiento. Mesas de trabajo por proceso donde participan a los actores de todos los niveles.
	Reestructuración de procesos	Apoyar la dinámica de unificación para el macroproceso de Formación.
	Imposibilidad de presupuesto para capacitación de personal diferente a planta y LNR.	Inclusión de obligaciones contractuales en el equipo de Coordinación del Sistema de Calidad relacionadas con la construcción de material para difusión de conceptos.
Palmira	Cambios Administrativos en la Alta Dirección de la Universidad.	Socializar las responsabilidades que tienen los líderes de los procesos frente el SGC.
	Rotación alta de personal que impide la continuidad eficaz de los procesos.	Capacitar a los líderes y funcionarios de los procesos sobre las responsabilidades frente al SGC.
	Débil entrenamiento en los puestos de trabajo.	Capacitar a los funcionarios nuevos: inducción sobre el SGC.
	Desarticulación de los sistemas de información, dificultando la toma de datos.	
	Baja Participación de funcionarios en las actividades programadas en el marco de la implementación del SGC en la Universidad.	Incentivar desde la Alta Dirección a los funcionarios en la participación de las actividades programadas para la implementación del SGC.
	Requisitos legales aplicables a los procesos desactualizados.	Solicitar la revisión y actualización de la normatividad aplicable a los procesos.

Fuente: Informe Revisión por la Dirección 2019 Sede Amazonas, Manizales, Medellín, Orinoquía, Tumaco

Al revisar la información contenida en la Tabla 2, se puede establecer que los principales cambios que afectan al SGC en el año 2019 están relacionados con (ver Gráfica 1):

GRÁFICA 1. PRINCIPALES CAMBIOS QUE AFECTAN EL SISTEMA DE CALIDAD EN LA VIGENCIA 2019



Fuente: elaboración propia VRG

3. DESEMPEÑO Y EFICACIA DEL SGC

El desempeño y eficacia del SGC, según la norma NTC- ISO 9001:2015, está relacionado con aspectos como la satisfacción del cliente, el logro de los objetivos de calidad, el desempeño de los procesos y conformidad de los servicios, las no conformidades y acciones correctivas, los resultados de seguimientos y medición, los resultados de las auditorias y el desempeño de los proveedores externos.

3.1 LA SATISFACCIÓN Y RETROALIMENTACIÓN DE LOS USUARIOS

Con el fin de establecer la satisfacción y conocer la retroalimentación de los usuarios de la Universidad Nacional, se analizan los datos obtenidos con la aplicación del instrumento

encuesta de satisfacción, los resultados de la gestión del sistema de quejas, reclamos y sugerencias, así como la información sobre las fallas en el servicio.

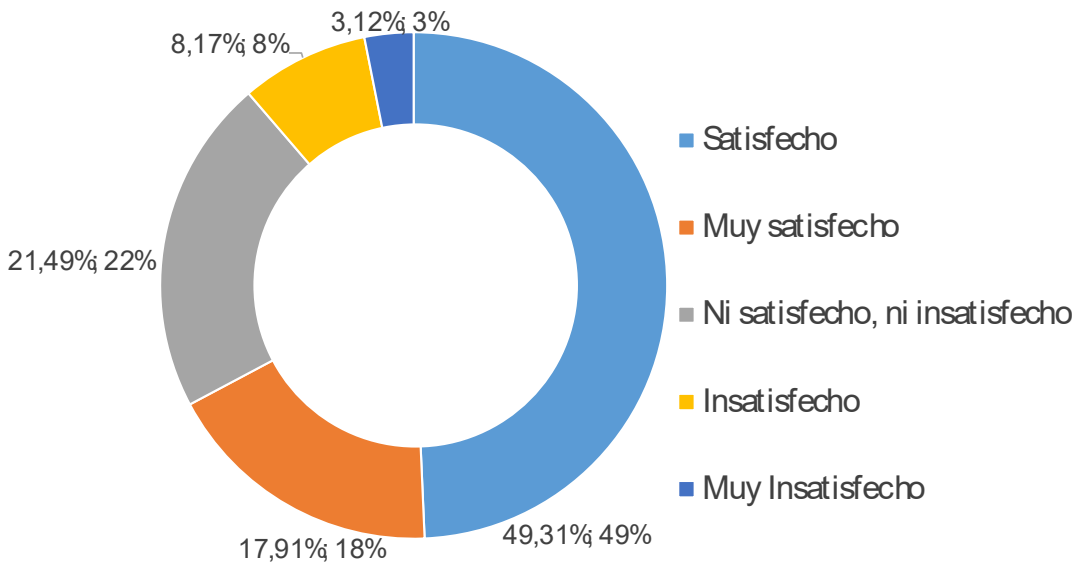
3.1.1 Satisfacción del Usuario

La medición de la satisfacción de usuarios en la UNAL se realiza en los diferentes niveles de acuerdo con la estructura de la Universidad, lo que permite conocer la percepción de los usuarios con respecto a la calidad de todos los servicios prestados, y promover, a partir de estos resultados, las acciones de mejora de cara al usuario.

La encuesta institucional de satisfacción de usuarios, liderada desde la Vicerrectoría General, pretende conocer de manera general la percepción de los usuarios acerca de los servicios prestados por la Universidad Nacional de Colombia con alcance a todas las sedes, y a través de la cual se evalúa particularmente la percepción frente a los atributos de servicio definidos: Oportunidad, Amabilidad-Empatía, Confiabilidad, Disponibilidad y Accesibilidad de Información.

La calificación general de satisfacción obtenida en la encuesta realizada para 2019 mostró un resultado de 67,22% (satisfecho y muy satisfecho) como se puede observar en la Gráfica 2:

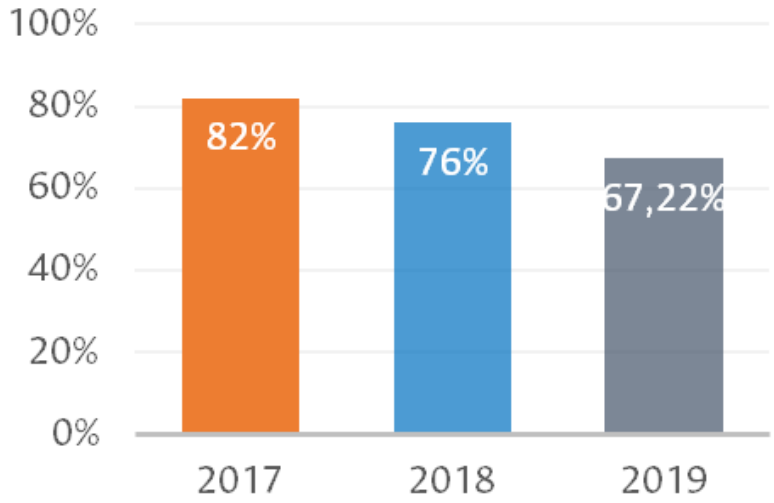
GRÁFICA 2. CALIFICACIÓN SATISFACCIÓN GENERAL 2019



Fuente: Informe encuesta de satisfacción VRG 2019

La Gráfica 3 muestra el comportamiento histórico (años 2017-2018-2019) de la calificación general de satisfacción obtenida con la encuesta en mención, donde se observa una disminución en el grado de satisfacción para el año 2019, resultado que revela la necesidad de opciones de mejora para las debilidades identificadas.

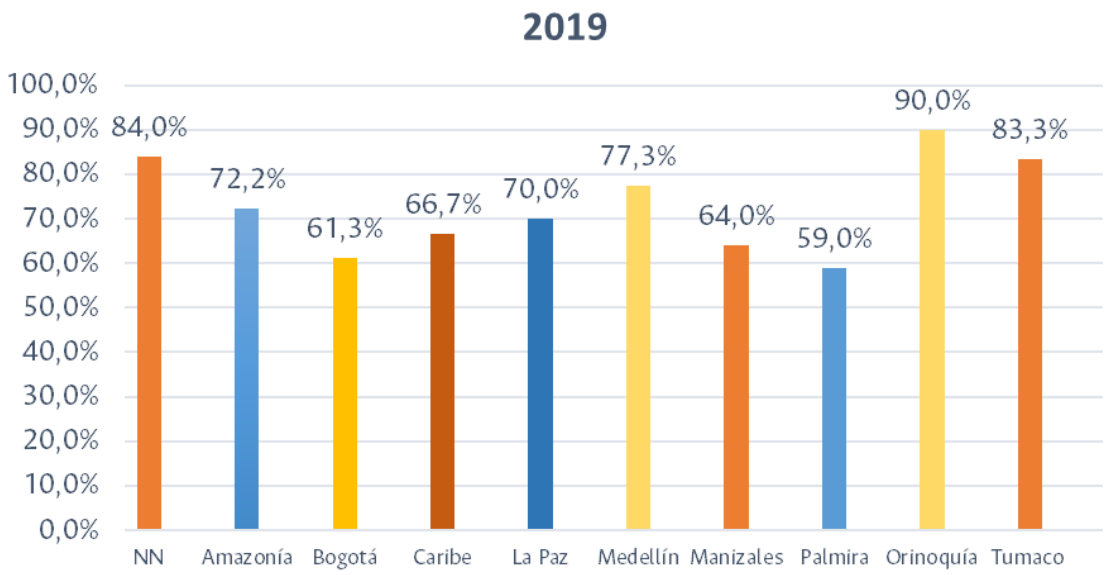
GRÁFICA 3. COMPORTAMIENTO HISTÓRICO EN LA CALIFICACIÓN DE SATISFACCIÓN



Fuente: elaboración propia VRG

En cuanto a los resultados obtenidos para las sedes (ver Gráfica 4), la mejor calificación de satisfacción es para la sede Orinoquía (90%), seguida del Nivel Nacional (84%), y la sede Tumaco (83%). En contraste, las sedes con menor calificación de satisfacción son Palmira (59%) y Bogotá (61%).

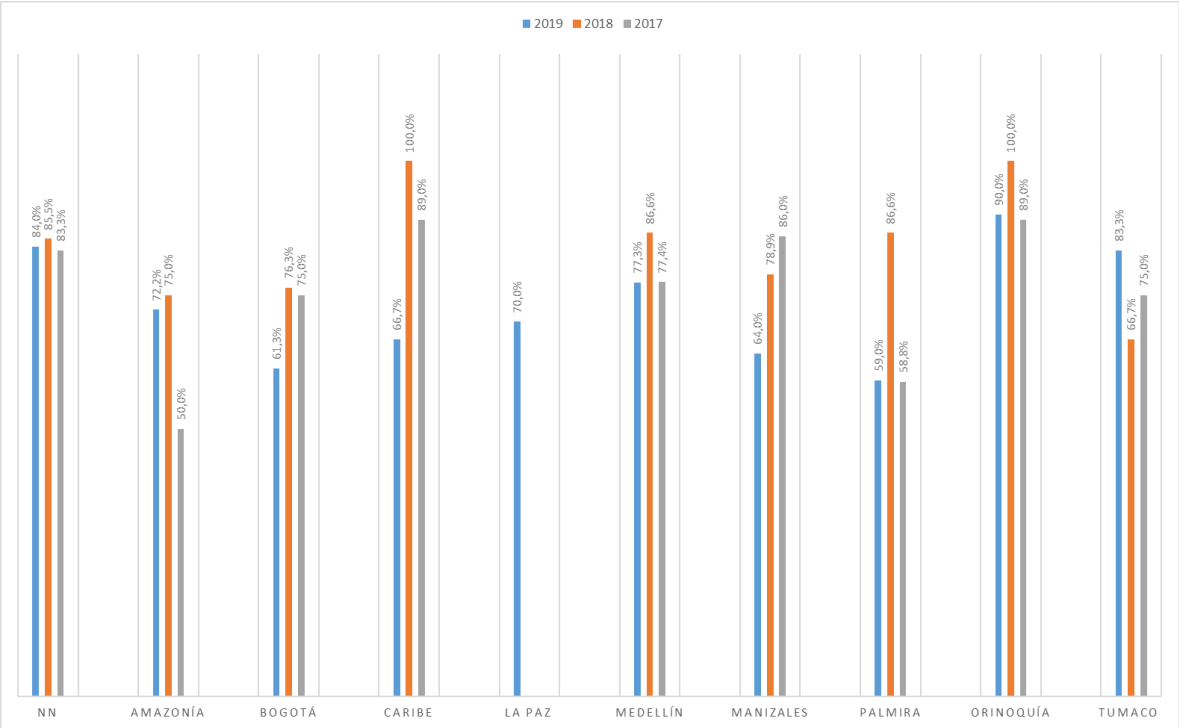
GRÁFICA 4. SATISFACCIÓN GENERAL POR SEDES



Fuente: elaboración propia VRG a partir de resultados encuesta satisfacción 2019

Un comparativo de los niveles de satisfacción para las sedes en los años 2019, 2018 y 2017 se presenta en la Gráfica 5.

GRÁFICA 5. COMPARATIVO NIVEL DE SATISFACCIÓN POR SEDES 2019-2018-2017



Fuente: elaboración propia VRG a partir de resultados encuesta satisfacción 2019,2018,2017

A nivel de sedes y procesos también se realizan mediciones de satisfacción más específicas de acuerdo con el contexto de cada uno, cuyos resultados y descripción se realiza a continuación:

Sede Amazonía

El análisis de la satisfacción de los usuarios, en esta Sede, se basa en la información de los resultados de las encuestas aplicadas durante el año 2019 por cuatro procesos, así como los resultados de la encuesta de satisfacción institucional. La satisfacción de los usuarios en cada caso es:

Bienestar Universitario: 83%
Gestión de Recursos y Servicios Bibliotecarios: 66%
Gestión de Ordenamiento y Desarrollo Físico: 93%
Servicios Generales y de Apoyo Administrativo: 98%
Satisfacción Institucional: **75%**

Sede Medellín

La Sede Medellín, en su compromiso por el mejoramiento continuo de los procesos y servicios en beneficio de la calidad académica, define las encuestas de satisfacción como fuente esencial para generar valor agregado y mejorar en los aspectos y factores críticos que los usuarios y/o partes interesadas ven deficiente al momento de hacer uso del servicio. Como resultado de la aplicación de las encuestas, se obtiene la satisfacción de los usuarios para los procesos en el año 2019:

Gestión de la Extensión: 4.55 puntos

Bienestar Universitario: 89%
Gestión de Recursos y Servicios Bibliotecarios: 71%
Egresados: 98%
Gestión de Laboratorios: 85%
Gestión Administrativa de Bienes y Servicios: 48%
Gestión del Talento Humano: 91%
Gestión de la Información: 50%

Sede Manizales

La aplicación de encuestas de satisfacción en la sede, para la vigencia 2019, permitió obtener un promedio de satisfacción por procesos del **92,5%**, un punto porcentual por debajo del alcanzado en la vigencia anterior (93,5%). Los resultados de la satisfacción para cada proceso son:

Investigación: 95%
Extensión 96%
Formación: 90%
Bienestar Universitario: 83%

Sede Orinoquía

La satisfacción de los usuarios es el principal objetivo del sistema de gestión, y se evalúa con las encuestas de satisfacción. La Sede Orinoquía en el año 2019 realizo la medición en 6 servicio, dentro de los procesos Investigación, Formación, Extensión, Laboratorios y Bienestar Universitario, obteniéndose un resultado de 4.0 puntos sobre 5, para cada caso medido, alcanzando la meta definida. Los servicios evaluados fueron:

Desarrollo de las Modalidades de Extensión
Promoción, Fomento y Desarrollo de la Investigación
Servicios Bibliotecarios
Gestión y Fomento Socioeconómico
Gestión Operativa de Laboratorios
Registro y Matricula

Sede Tumaco

De acuerdo con la encuesta institucional realizada por la Coordinación Nacional del Sistema de Gestión de Calidad, con el objetivo de conocer la percepción general de los usuarios respecto a la calidad de los servicios prestados por la Universidad, en el año 2019, la Sede Tumaco obtuvo un porcentaje de satisfacción del 83% el cual fue superior al del año 2018 que fue de 66, 7%.

Sede Bogotá

Las encuestas de satisfacción corresponden a un componente de apoyo al Sistema de Gestión cuya apropiación ha aumentado pero cuya aplicación sigue siendo heterogénea en el marco de los diferentes niveles de cada proceso en la sede Bogotá generando un número considerable de ejercicios. A partir del análisis de completitud las fichas técnicas de las encuestas realizadas en los diferentes procesos, se seleccionaron 32 (ver Tabla 3), obteniéndose una medida de satisfacción para la sede Bogotá del 84,69%.

TABLA 3. ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN APLICADAS EN LA SEDE BOGOTÁ

PROCESO	SERVICIO	% de Satisfacción
Bienestar Universitario	Acompañamiento Integral - Actividad Grupal	80,5
Bienestar Universitario	Acompañamiento Integral - Actividad Grupal Q1	82,6
Bienestar Universitario	Acompañamiento Integral - Jornada de inducción	83,6
Bienestar Universitario	Acompañamiento Integral - Jornada de inducción Q1	80,2
Bienestar Universitario	Actividad Física y Deporte - Cursos Q1	84,4
Bienestar Universitario	Actividad Física y Deporte - Cursos Q2	83
Bienestar Universitario	Actividad Física y Deporte - Torneos Q1	74,4
Bienestar Universitario	Actividad Física y Deporte - Torneos Q2	74,3
Bienestar Universitario	Apoyos socioeconómicos	80,9
Bienestar Universitario	Apoyos socioeconómicos	84,3
Gobierno y Gestión de servicios TI	Atención de incidentes	94,97
Gobierno y Gestión de servicios TI	Atención de solicitudes	94,17
Gestión jurídica	Atención en general	85,6
Gestión de Laboratorios	Atención en general	92,4
Bienestar Universitario	Cultura - Asistentes a eventos Q1	85,5
Bienestar Universitario	Cultura - Asistentes a eventos Q2	86,3
Bienestar Universitario	Cultura - Participantes en eventos Q1	86,1
Bienestar Universitario	Cultura - Participantes en eventos Q2	85,2
Gestión de la Extensión	DEB - Atención al público	86
Gestión Administrativa de apoyo a la Formación	Facultad de Ciencias - Movilidad entrante	64
Gestión Administrativa de apoyo a la Formación	Facultad de Ciencias - Movilidad saliente	85
Investigación y creación artística	Facultad de Ciencias Agrarias	94,2
Investigación y creación artística	Facultad de Enfermería	87
Divulgación de la Producción Académica	Facultad de Ingeniería - Producción editorial	88,2
Gestión de la Extensión	ICTA - Cursos ECP	93,4
Gestión de la Extensión	IDEA - Cursos ECP	93,6
Gestión Administrativa de Bienes y Servicios	IEPRI - Atención en general	95,4
Gestión Administrativa de Bienes y Servicios	Ingeniería - Contratación	69,57
Agenciar las relaciones Exteriores	Movilidad entrante	
Agenciar las relaciones Exteriores	Movilidad saliente	
Bienestar Universitario	Salud Q1	84,2
Bienestar Universitario	Salud Q2	81,83

Fuente: Informe Revisión por la Dirección 2019 Sede Bogotá

Sede Palmira

Con el fin de conocer la percepción de los usuarios y servidores públicos respecto a la calidad de los servicios prestados por la Universidad Nacional, desde la Coordinación Nacional del Sistema de Gestión de Calidad se realizó la encuesta de satisfacción para el año 2019, obteniendo para la sede Palmira un nivel de satisfacción del 59%, el cual disminuyo en un 27,6% respecto a los resultados del año anterior.

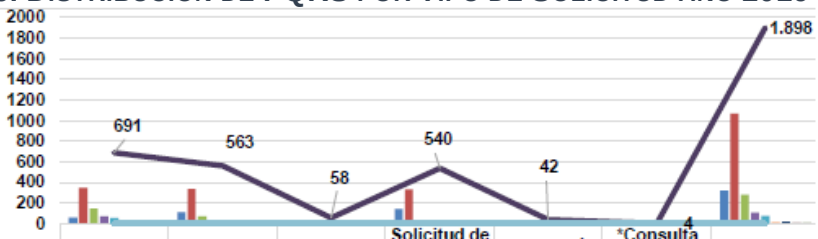
Sede Caribe

De acuerdo con la encuesta de satisfacción del año 2019 realizada desde la Coordinación Nacional del Sistema de Gestión de Calidad, la sede Caribe obtuvo un nivel de satisfacción del 75%, el cual presenta una baja comparado con el resultado de la vigencia anterior que fue del 100%.

3.1.2 Retroalimentación de las Partes Interesadas

La retroalimentación de las partes interesadas se da con la gestión de las quejas, reclamos y sugerencias a través del Sistema de Quejas y Reclamos de la Universidad Nacional, 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.
Durante la vigencia 2019 se presentaron un total de 1.898 solicitudes distribuidas en 691 Quejas, 563 Reclamos, 58 Sugerencias, 540 Solicitudes de Información, 42 Felicitaciones y cuatro consultas de PTDP, como se observa en la Grafica 6.

GRÁFICA 6. DISTRIBUCIÓN DE PQRS POR TIPO DE SOLICITUD AÑO 2019



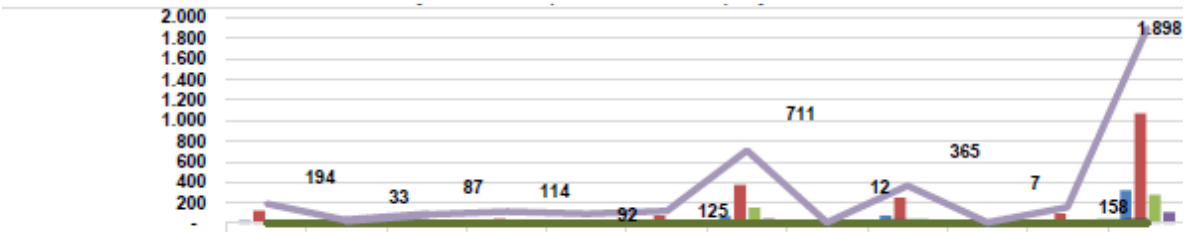
	Queja	Reclamo	Sugerencia	Solicitud de Información	Felicitación	*Consulta PTDP	TOTAL
N.NACIONAL	58	113	6	139	5	1	322
BOGOTÁ	350	339	32	330	16	2	1069
MEDELLÍN	146	70	15	39	10	1	281
MANIZALES	70	14	2	18	4	-	108
PALMIRA	53	19	1	3	1	-	77
AMAZONÍA	8	4	-	1	3	-	16
CARIBE	2	2	1	9	3	-	17
ORINOQUÍA	4	1	1	1	-	-	7
TUMACO	-	1	-	-	-	-	1
TOTALES	691	563	58	540	42	4	1.898
LA PAZ	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: Informe Consolidado Nivel Nacional y Sedes-Sistema de Quejas y Reclamos UN (recuperado de: http://quejasyreclamos.unal.edu.co/index.php/documentos-de-interes, julio 16 de 2020)

Se puede apreciar de la Gráfica 6, que el mayor número de casos están dados en la Sede Bogotá con un total de 1069, seguido del Nivel Nacional con 322. En cuanto al tipo de solicitud, la que presenta mayor participación es la categoría de Quejas con un total de 691.

De otro lado, en cuanto a la participación por tipo de usuarios, en 2019 la mayor recurrencia se dio por parte de los estudiantes con 711 solicitudes, seguido de los particulares con 365 y los administrativos con 194, como se puede observar en la Gráfica 7.

GRÁFICA 7. DISTRIBUCIÓN DE PQRS POR TIPO DE USUARIO O PERFIL 2019

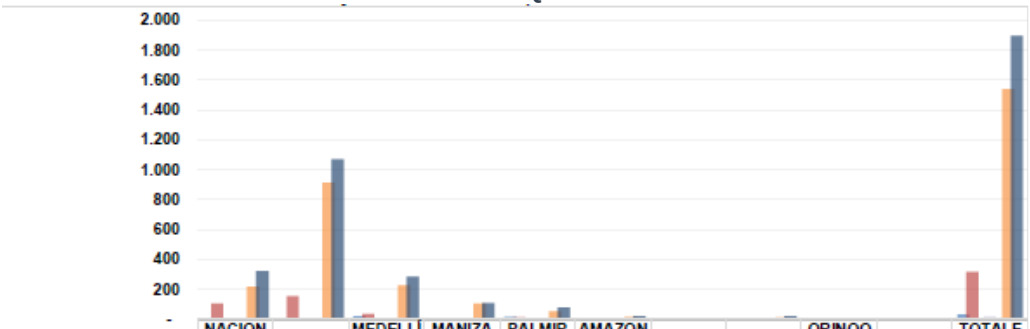


	Administrativo	Admitido	Aspirante	Contratista	Docente	Egresado	Estudiante	Ex alumno	Particular	Pensionado	Otro	TOTAL
NACIONAL	25	6	53	31	12	12	68	3	78	-	34	322
BOGOTÁ	125	23	32	45	31	74	380	7	250	3	99	1.069
MEDELLÍN	30	2	2	20	31	13	150	1	18	4	10	281
MANIZALES	9	1	-	17	14	2	48	-	10	-	7	108
CARIBE	1	-	-	-	-	1	5	-	7	-	3	17
ORINOQUÍA	1	1	-	-	-	-	4	-	-	-	1	7
TUMACO	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
TOTALES	194	33	87	114	92	125	711	12	365	7	158	1.898

Fuente: Informe Consolidado Nivel Nacional y Sedes-Sistema de Quejas y Reclamos UN (recuperado de: http://quejasyreclamos.unal.edu.co/index.php/documentos-de-interes, julio 16 de 2020)

El medio más utilizado en 2019 por los usuarios para realizar las solicitudes fue la Web, donde se tuvieron 1538 registro, seguido del correo electrónico con 315, como se evidencia en la Gráfica 8. Es importante destacar, a partir de estos resultados, que cada vez los medios como el teléfono, el físico y el verbal son menos utilizados, aspecto que establece oportunidades de mejora para fortalecer tecnológicamente el Sistema de Quejas y Reclamos de la Universidad, de acuerdo con las nuevas tendencias en la gestión de las comunicaciones.

GRÁFICA 8. DISTRIBUCIÓN PQRS POR MEDIO UTILIZADO



	NACIONAL	BOGOTÁ	MEDELLÍN	MANIZALES	PALMIRA	AMAZONIA	LA PAZ	CARIBE	ORINOQUÍA	TUMACO	TOTALES
Buzón	2	-	16	-	13	-		1	-	-	32
Correo Electrónico	102	154	36	6	10	3		2	2	-	315
Teléfono	1	1	1	-	-	-		-	-	-	3
Fisico	-	1	1	-	-	-		6	-	-	8
Verbal	-	-	1	-	1	-		-	-	-	2
Web	217	913	226	102	53	13		8	5	1	1.538
TOTAL	322	1.069	281	108	77	16		17	7	1	1.898

Fuente: Informe Consolidado Nivel Nacional y Sedes-Sistema de Quejas y Reclamos UN (recuperado de: http://quejasyreclamos.unal.edu.co/index.php/documentos-de-interes, julio 16 de 2020)

En cuanto al tiempo de respuesta, para el año 2019, el promedio ponderado en días hábiles, para todas las eventualidades (quejas, reclamos, sugerencias, solicitudes de información y felicitaciones) en todas las sedes, fue de 12,5 días, cumpliendo con lo exigido por la ley. Al

comparar este resultado con el del año 2018, el cual fue de 16,25 días, existe una mejora en el cumplimiento de las respuestas, reduciéndose este período en 4 días[1].

Las principales temáticas de las quejas y reclamos evidenciadas en la información analizada se presentan en la Tabla 4, donde se destaca principalmente, tanto en las quejas como en los reclamos, la actitud inadecuada de los funcionarios para la prestación de los servicios y los inconvenientes con los trámites académicos, específicamente los relacionados con el SIA.

TABLA 4. PRINCIPALES TEMÁTICAS DE LAS QUEJAS Y RECLAMOS EVIDENCIADAS

Quejas	Reclamos
Retraso de los pagos de contratistas y estudiantes que reciben estímulos.	Concursos liderados por Universidad (provisión de cargos de la planta de personal administrativo y docentes Concurso Rama Judicial): los procesos de reclamación son demorados, carecen de efectividad, las respuestas no son satisfactorias, favorecimiento con respecto a ciertos candidatos, aparentes fallas en los procedimientos establecidos, respuestas emitidas por la comisión de Carrera
SIA: fallas en la conectividad en varias regiones del país, limitaciones de buscadores, exceso de información poco relevante y deficiencias en los mecanismos para el filtro de datos.	Garantías en los trabajos del área de la salud oral y atención en la misma.
Comportamiento del personal administrativo (conductores, personal de servicios generales)	Concursos derivados de contratos de relacionamiento entre la Universidad y otras entidades.
Comportamiento del personal de atención al público: forma en que se dirigen a los usuarios y miembros de la comunidad (grosería y respuestas desafiantes), ausencia continua de los lugares de trabajo, desconocimiento de trámites e información institucional, omisiones en información, fallas en la gestión documental.	Suspensión de los procesos de Tesorería.
Seguridad de las instalaciones: excesiva laxitud de la vigilancia en el ingreso de personas a las instalaciones o requisas y exigencias de documentación de manera excesiva, que propician confrontaciones y hasta agresiones; rotación del personal, que afecta el conocimiento de las áreas y de las personas que se desempeñan en éstas.	Riesgos de manipulación de sustancias peligrosas por parte del personal de servicios generales
Cierre injustificado de áreas destinadas a la actividad académica.	Aparentes medidas inadecuadas o extralimitaciones por parte del personal de áreas administrativas.
Dificultades para las inscripciones y cancelaciones de materias dada por la anormalidad académica motivada por los diálogos con el Gobierno Nacional.	Funcionalidades incompletas del Sistema de Evaluación EDIFIANDO

[1] Informe Consolidado Nivel Nacional y Sedes-Sistema de Quejas y Reclamos UN (recuperado de: http://quejasyreclamos.unal.edu.co/index.php/documentos-de-interes, julio 16 de 2020)

Quejas	Reclamos
Docentes: trato poco respetuoso hacia estudiantes y administrativos (posición dominante), inconsistencias en los registros que efectúan en el Sistema de Información, ausencias reiteradas sin reposición, pedagogías y apoyos poco eficientes, recaudos sin explicación, intervención en temas de contratación, modificación en los mecanismos para expedir calificaciones, subjetividad en la emisión de sus conceptos frente a los trabajos expuestos por los estudiantes y limitada posibilidades para interactuar en horarios diferentes a los de la clase, calificaciones extemporáneas o erróneas.	Fallas del SIA: registro inadecuado de calificaciones, dificultades para el registro de asignaturas, culminación del proceso de admisión, expedición de certificados, información incompleta (escasa información de las asignaturas), inconsistencias frecuentes en los datos para la generación de recibos de pago, intermitencia en el servicio, problemas de conectividad desde regiones distantes, sistema de citación a inscripción de asignaturas (los horarios y la información disponible no se acomodan a las necesidades de los estudiantes), bajo nivel de oferta y poca atención a situaciones particulares.
Tratamiento dado a planes de estudio (enfocados a la interpretación de las asignaturas para trámites de interés de los estudiantes).	Fallas en los mecanismos dispuestos para la comunicación: SIA y redes sociales.
Afectación por la forma como se abordó un trabajo de grado.	Incumplimiento de la Ley Antitrámites: se tienen que aportar documentos con los que ya cuenta la Universidad (identidad, afiliaciones).
Carga académica de algunos docentes.	Fallas en la plataforma académica: asignación de sobre cupos, inconsistencias en el cálculo de promedios académicos, efectos colaterales adversos por la falta de registro de las calificaciones, no desbloqueo de historias académicas, demora en la expedición del carné estudiantil.
Retrasos y errores en la expedición de recibos de pago de matrícula.	Silencio adoptado por áreas encargadas del proceso de promoción docente y de bienestar en su componente de deportes.
Inconvenientes en la citación a inscripción de asignaturas.	Poca diligencia con devoluciones por pagos no correspondientes, retrasos en los procesos registrados en QUIPU y exigencia de requisitos adicionales para el pago de órdenes de prestación de servicios.
Fallas en la conectividad a los enlaces web establecidos.	Infraestructura: deterioro de vías, bicicletas en mal estado, goteras en aulas, material apilado de forma incorrecta, problemas de ruido y calidad de las instalaciones, uso inadecuado de áreas. Hospital Universitario: falta de control para el uso de parqueaderos y toma corrientes que no funcionan.
Certificaciones que se demoran o que exigen requisitos más allá de lo regulado por la ley.	Actitud de los funcionarios: tipo y tono de las respuestas u omisiones de las mismas, no se cumple con la jornada establecida para áreas de atención al usuario, responder de manera inadecuada a las inconformidades presentadas por los usuarios.
Subjetividades en la interpretación de las normas para procesos como asignación de becas.	Docentes: no registran oportunamente las calificaciones, bajo seguimiento a los trabajos de grado, incumplimiento de los calendarios académicos.
Exceso de documentación requerida para pagos con la que ya cuenta la Universidad (copia de documento de identificación, afiliaciones y seguros), así como modificaciones en condiciones para el pago.	Cafeterías: contenido nutricional y horarios que no cubren toda la jornada académica.
Presuntas acciones sobre las bases de datos académicos.	Procesos de selección sin el aparente cumplimiento de requisitos de publicidad de la convocatoria, criterios poco claros y pruebas no acordes a los cargos convocados.

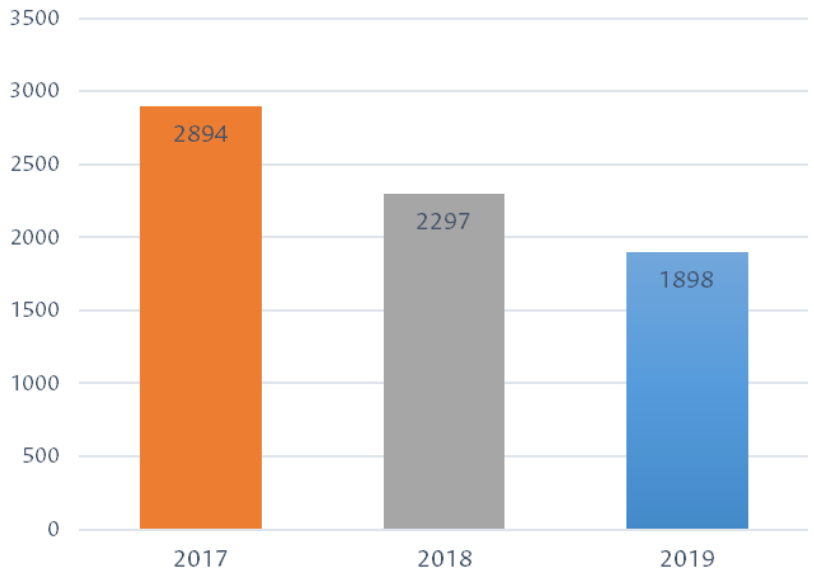
Quejas	Reclamos
Fallas en los horarios establecidos y en la cobertura de las rutas del servicio de transporte.	Limitaciones del Colegio IPARM
Servicio de Cafetería: actitud de algunas personas que prestan sus servicios, elementos deteriorados y alimentos escasos o en aparente mal estado, presentación, tamaño de las porciones y pocas opciones para vegetarianos.	Macroproceso Apoyo Gestión Administrativa y Financiera: calidad del servicio que se presta
Infraestructura: pocos parqueaderos, pésimo estado de los baños, estado de bibliotecas, falta de control en el uso del recurso hídrico, fallas en la iluminación, limitada relación entre la capacidad de ciertas aulas y el número de estudiantes en asignaturas de alta inscripción, inadecuada delimitación de áreas en donde se requiere concentración, uso inadecuado de instalaciones por obras civiles, contaminación auditiva	Proceso de Admisión y Registro: la respuesta general de la administración es lenta y posterior a lo establecido y poco acorde con las necesidades de los usuarios.
Estudiantes: hechos hostiles hacia docentes y fiestas que alteran la tranquilidad de los vecinos en horas de descanso.	Proceso Gestión en la Extensión: inconformidad con la forma en que se realiza la extensión universitaria, toma mucho tiempo la respuesta de la Universidad en todos sus niveles y denuncias de actos de aparente corrupción en la extensión.
Inconvenientes para el acceso remoto al sistema financiero QUIPU.	
Congestiones en las porterías de acceso por nuevo sistema para acceso vehicular.	
Servicio de video conferencia: fallas en cuanto a los horarios para la programación de actividades académicas y obsolescencia de algunos equipos.	
Concurso de méritos: los mecanismos y los tipos de respuesta otorgados en las reclamaciones no satisfacen las expectativas de sus participantes.	
Concurso Docente de la Sede Palmira: subjetividad y requisitos cerrados a perfiles de docentes presuntamente designados con antelación.	
Deficiencia en la calidad de productos para prevención de riesgos por actividad sexual.	
Macroproceso de Apoyo Bienestar Universitario y Servicios Generales y de Apoyo Administrativo, Macroproceso Misional de Gestión: forma en que los funcionarios se dirigen a los usuarios, poca claridad en la gestión para el usuario y los procedimientos que deben seguir, calidad del servicio obtenido.	

Fuente: Fuente: Informe Consolidado Nivel Nacional y Sedes-Sistema de Quejas y Reclamos UN (recuperado de: http://quejasyreclamos.unal.edu.co/index.php/documentos-de-interes, julio 16 de 2020)

Análisis Comparativo Años 2017, 2018, 2019

Al revisar los datos de los resultados de las solicitudes para los años 2019, 2018 y 2017, se puede establecer que para el año 2019 se presenta una disminución en el número de eventualidades respecto a los dos (2) años anteriores, como se observa en la Gráfica 9. La reducción presentada del año 2018 al 2019 es del 17,37%, y del año 2017 al 2018 es del 20, 62%, siendo para este último período mayor.

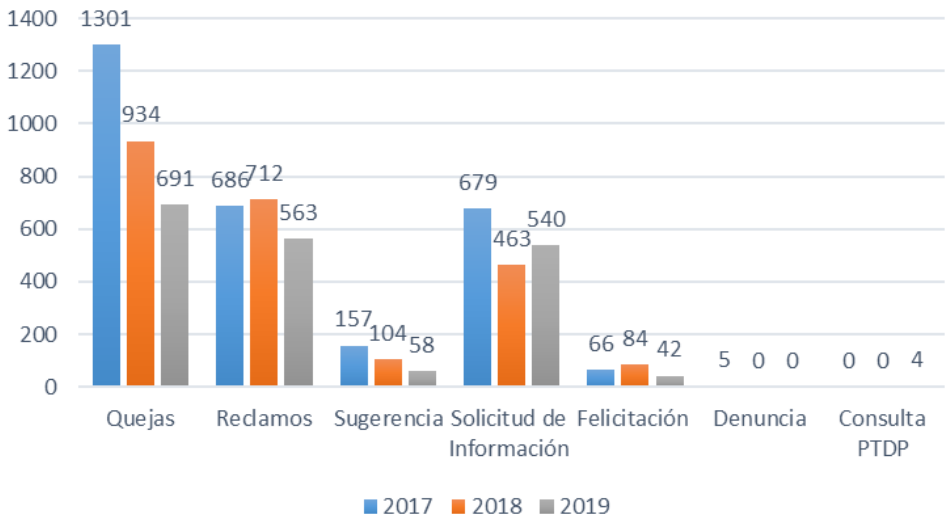
GRÁFICA 9. TOTAL PQRS AÑOS 2017, 2018, 2019



Fuente: elaboración propia VRG

De otro lado, al comparar los años 2019, 2018 y 2017, en cuanto al tipo de solicitud, se observa que el año con mayor número de quejas es el 2017, y en el 2018 se recibieron más felicitaciones como se detalla en la Gráfica 10.

GRÁFICA 10. TOTAL PQRS POR TIPO AÑOS 2017 – 2018 – 2019



Fuente: elaboración propia VRG

A partir de la información de los diferentes casos registrados en el Sistema de Quejas y Reclamos, se han gestionado planes de mejora para dar respuesta a las solicitudes de los usuarios, que llevan al mejoramiento continuo de la atención de estos. En este contexto, a continuación (Tabla 5), se presentan los planes de mejora emprendidos ante las quejas que se dan con mayor frecuencia, los cuales han sido tramitadas por gestores de calidad:

TABLA 5. PLANES DE MEJORA EMPRENDIDOS ANTE QUEJAS Y RECLAMOS

Título Plan de Acción	Responsable	Actividades
Acción de mejora seguimiento al Sistema PQRS _ ONCI	Sistema Integrado de Gestión Orinoquia	• Fomentar, participar y/o aplicar procesos de capacitación y estrategias en el sistema y gestión de PQRS desarrollados por la Vicerrectoría General. • Desarrollar capacitación en atención y servicio al ciudadano. • Desarrollar estrategia de comunicación digital en el sistema de PQRS dirigida a la comunidad universitaria.
Lineamientos para la solicitud de certificaciones en los programas curriculares de la FIA	Sistema de Gestión de Calidad Manizales	• Solicitar lineamientos a la secretaria de la FIA y consultar con los programas académicos particularidades de certificaciones. • Creación de formato para solicitud de certificado estudiantil • Socialización de formato con programas académicos y difusión mediante página web • Seguimiento y control a las solicitudes presentadas para certificaciones estudiantiles.
Estrategia de comunicación para mitigar las PQRS y socialización del análisis de fallas más recurrentes	Sistema de Gestión de Calidad Manizales	• Actualizar la página web de Registro y Matrícula con la información que los admitidos requieren en el proceso de admisión y matrícula. • Enviar correo a los Admitidos informándoles el procedimiento a seguir desde que son admitidos hasta que legalizan la matrícula. • Permitir la consulta del calendario académico en la página web de Registro y Matrícula. • Ingresar y analizar las Fallas reportadas durante el periodo.
PQRS recurrentes	Sistema de Gestión de Calidad Facultad Derecho Ciencias Políticas y Sociales	• Planes de Mejoramiento con el SIGA
Atención al usuario	Sistema de Gestión de Calidad Facultad de Ciencias	• Solicitar la realización de una pieza gráfica con los tips de atención de los usuarios. • Gestionar la aprobación del diseño gráfico con del Decano y Secretario de Facultad. • Realizar divulgación de la pieza grafica al correo institucional y en las carteleras de cada proceso. • Socializar los líderes de proceso la pieza gráfica con su equipo de trabajo. • Capacitar al personal administrativo y contratista sobre la atención al usuario.
Actualización de la política de uso de carné institucional en la Universidad	Sistema Integrado de Calidad Egresados Bogotá	• Se Adelantarán acciones que permitan converger los Sistemas de Información de egresados con el Sistema de registro. • Envío de Comunicación a las coordinadoras de Egresados Sede Bogotá para unificar la información y ser transmitida a los egresados que requieran solicitar el carné. • Envío de Comunicación a Egresados que pagaron su carné por concepto de reposición para que pasen a registro para expedir su carné de acuerdo con la nueva política de Uso del Carné Institucional. • Enviar Solicitud de autorización de presupuesto para traslado de recursos a División de Registro, para egresados por primera vez que

Título Plan de Acción	Responsable	Actividades
		solicitaron su carné entre un periodo de tiempo entre Enero-Junio del 2019. • Aprobación por parte de la Sección de Presupuesto para el uso de Recursos por concepto de expedición de Carné Institucional. • Adelantar trámites pertinentes para que se expida Resolución que Ordene el traslado de Recursos a la División de Registro.

Fuente: elaboración propia con base en información del SoftExpert (https://softexpert.unal.edu.co/softexpert/workspace?page=100475,175

3.2 DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS Y CONFORMIDAD DE LOS SERVICIOS

3.2.1 Desempeño de los Procesos

La medición de los indicadores permite conocer el desempeño de los procesos. Para el año 2019, las sedes reportaron un total de 533 indicadores para los procesos pertenecientes a los macroprocesos de la Universidad, como se describe en la Tabla 6:

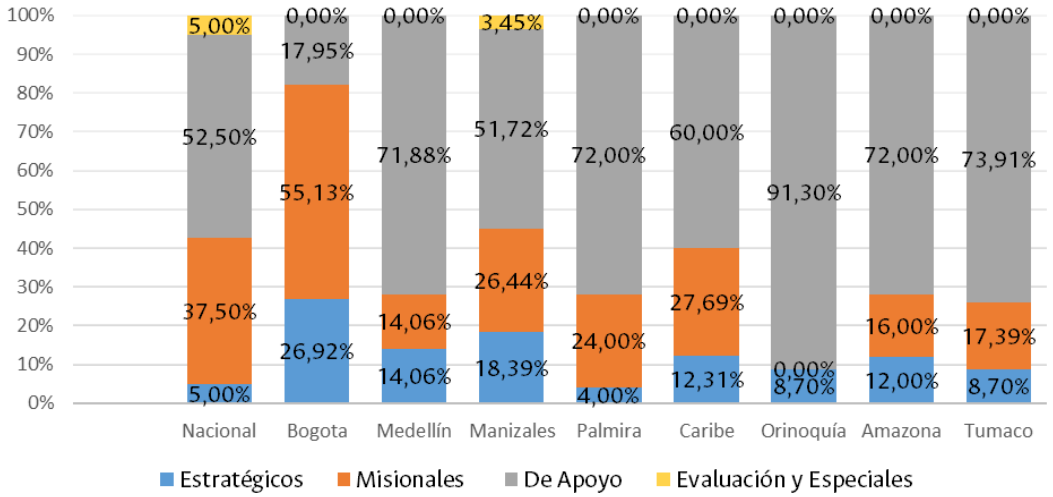
TABLA 6. INDICADORES MEDIDOS POR PROCESOS Y POR SEDES

Macroproceso	Proceso	Nacional	Bogota	Medellín	Manizales	Palmira	Caribe	Orinoquía	Amazonía	Tumaco
Estratégicos		**2**	**42**	**9**	**16**	**2**	**8**	**2**	**3**	**2**
Direccionamiento Institucional	Direccionamiento Estratégico Institucional	**2**	**2**	**4**	2	2	5	2	2	2
Comunicación	Divulagación de la Información Oficial				1					
	Divulgación de la Producción Académica		40	5	7					
	Divulgación Cultural									
	Divulgación de la Información General									
Relaciones Interinstitucionales	Agenciar las relaciones interinstitucionales				4					
Desarrollo Organizacional	Mejoramiento de la gestión				2		3		1	
Misionales		**15**	**86**	**9**	**23**	**12**	**18**	**0**	**4**	**4**
Investigación y creación artística	Gestión de la Investigación y Creación Artistica	3	82	3	8	4	3			
Extensión, Innovación, y Propiedad Intelectual	Gestión de la Extensión	4	4	6	9	5	5		4	4
	Gestión de la Propiedad Intelectual				2					
Formación	Admisiones	2								
	Gestión de programas curriculares	6			1	2	3			
	Gestión de la Actividad Acádemica				2	1	4			
	Registro y matrícula				1		3			
De Apoyo		**21**	**28**	**46**	**45**	**36**	**39**	**21**	**18**	**17**
Gestión deL Talento Humano	Gestión de Talento Humano	10		13	7	4	2			
Gestión de Laboratorios	Gestión de Laboratorios	2	5	1	4	8	**4**	**5**	**0**	**0**
Bienestar universitario	Bienestar Universitario	2	14	14	13	12	**9**	**9**	**9**	**8**
	Gestión de Egresados						**4**			
Gestión de Recursos y Servicios Bibliotecarios	Gestión de Recursos y Servicios Bibliotecarios	0	2	2	2	2	**2**	**2**	**2**	**0**
Gestión de la Información	Gobierno y Gestión de Servicios TI	0	2	2	0	0	**2**	**0**	**0**	**4**
	Gestión Documental	0		5	3	0	**5**	**0**	**0**	**0**
Gestión administrativa y financiera	Gestión Administrativa de Bienes y Servicios	1	1	2	2	2	**4**	**1**	**1**	**1**
	Gestión de Ordenamiento y Desarrollo Físico				1	2			**1**	
	Gestión Financiera	6	4	7	4	4	**7**	**4**	**4**	**4**
	Tesorería				1					
	Presupuesto				2					
	Servicios Generales y de Apoyo Administrativo				6	2			**1**	
Evaluación y Especiales		**2**	**0**	**0**	**3**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Evaluación, Medición, Control y Seguimiento	Evaluación Independiente	2			2					
	Control Disciplinario									
Seguridad Social	Seguridad Social en Salud				1					
	Seguridad Social en Pensiones									
TOTAL INDICADORES POR SEDE		40	156	64	87	50	65	23	25	23
TOTAL IDICADORES		533								

Fuente: elaboración propia VRG con base en reportes de sedes formato Excel RxD 2019

Como se observa en la Gráfica 11, los macroprocesos de apoyo son los que tienen mayor porcentaje de indicadores medidos para las sedes Medellín (71,88%), Manizales (51,72%), Palmira (72%), Caribe (60%), Orinoquía (91,3%), Amazonía (72%), Tumaco (73,91%) y NN (52,5%), tendencia que es similar a la del año anterior. Para la sede Bogotá, los macroprocesos misionales contienen el mayor número de indicadores, conformando el 55,13% del total.

GRÁFICA 11. DISTRIBUCIÓN DE INDICADORES POR SEDE SEGÚN MACROPROCESO

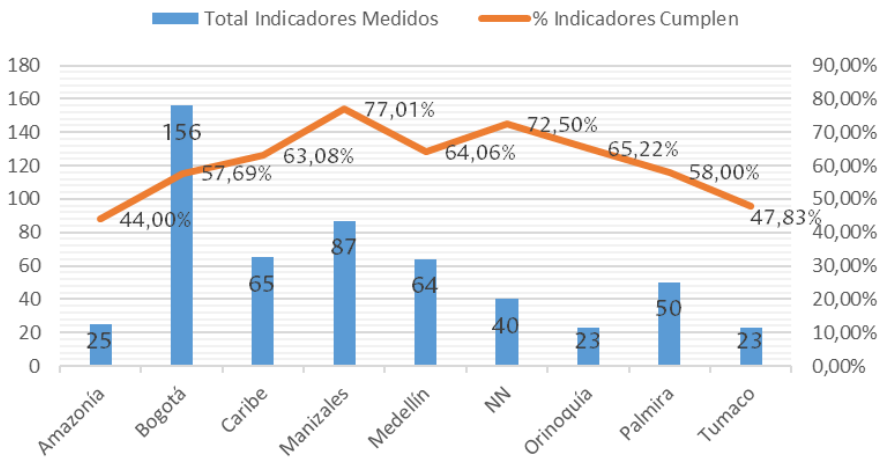


Fuente: elaboración propia VRG con base en reportes de sedes formato Excel RxD 2019

Porcentaje de Cumplimiento de Indicadores Año 2019

La Gráfica 12 muestra el porcentaje de indicadores que alcanzaron el resultado esperado en cada una de las Sedes en contraste con el número de indicadores medidos. Las sedes que tuvieron mayor número de indicadores que logran la meta son Manizales, Medellín y el NN, todo lo contrario, sucede para las sedes Amazonía, Tumaco y Orinoquía, quienes tuvieron el menor desempeño. De otro lado, las sedes con mayor número de indicadores medidos son Bogotá, Caribe y Medellín, en contraste las sedes Amazonía, Tumaco y Orinoquía presentan menor número de indicadores.

GRÁFICA 12. PORCENTAJE DE INDICADORES QUE ALCANZARON LA META



Fuente: elaboración propia VRG con base en reportes de sedes formato Excel RxD 2019

Los indicadores que no cumplieron la meta en el año 2019 corresponden a los siguientes procesos:

- Amazonía: Bienestar Universitario
- Bogotá: Divulgación de la Producción Académica, Gestión de la Investigación y Creación Artística, Gestión de la Extensión, Bienestar Universitario, Gestión de Recursos y Servicios Bibliotecarios, gestión de Laboratorios
- Caribe: Direccionamiento Estratégico Institucional, Gestión de la Investigación y Creación Artística, Gestión de Egresados, Gestión Documental, Gestión Administrativa de Bienes y Servicios.
- Manizales: Divulgación de la Producción Académica, Gestión de la Investigación y Creación Artística, Gestión de la Propiedad Intelectual, Gestión de Laboratorios, Gestión del Talento Humano.
- Medellín: Direccionamiento Estratégico Institucional, Divulgación de la Producción Académica, Gestión de la Extensión, Bienestar Universitario, Gestión Documental, Gestión Financiera
- Nivel Nacional: Gestión Programas Curriculares, Gestión de la Extensión, Gestión de Laboratorios, Evaluación Independiente
- Orinoquía: Gestión de Laboratorios
- Palmira: Gestión de la Extensión, Gestión de Laboratorios, Gestión Administrativa de Bienes y Servicios
- Tumaco: Bienestar Universitario, Gobierno y Gestión de Servicios TI

Desempeño de los Procesos de Acuerdo con los Indicadores

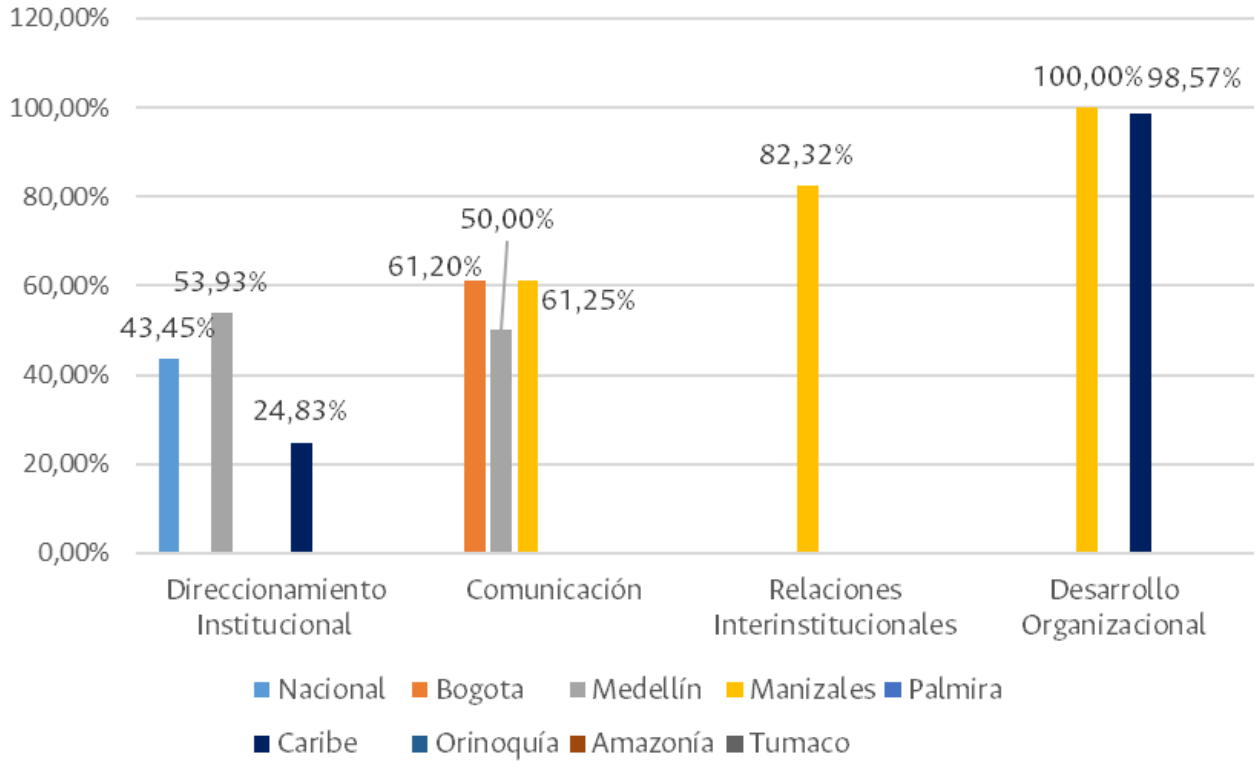
Para determinar el desempeño de los procesos se analiza el cumplimiento de los indicadores respecto a su meta. El desempeño consolidado de los Macroprocesos para las sedes es el siguiente:

- Nivel Nacional: 78,61%
- Bogotá: 76,96%
- Medellín: 83,62%

- Manizales: 89,76%
- Palmira: 93,05%
- Caribe: 81,30%
- Orinoquía: 91,04%
- Amazonía: 92,72%
- Tumaco: 85,58%

A continuación, se presentan los resultados obtenidos para los Macroprocesos en cada una de las sedes de acuerdo con su clasificación: estratégicos, misionales, de apoyo, de evaluación y especiales.

GRÁFICA 13. DESEMPEÑO MACROPROCESOS ESTRATÉGICOS AÑO 2019



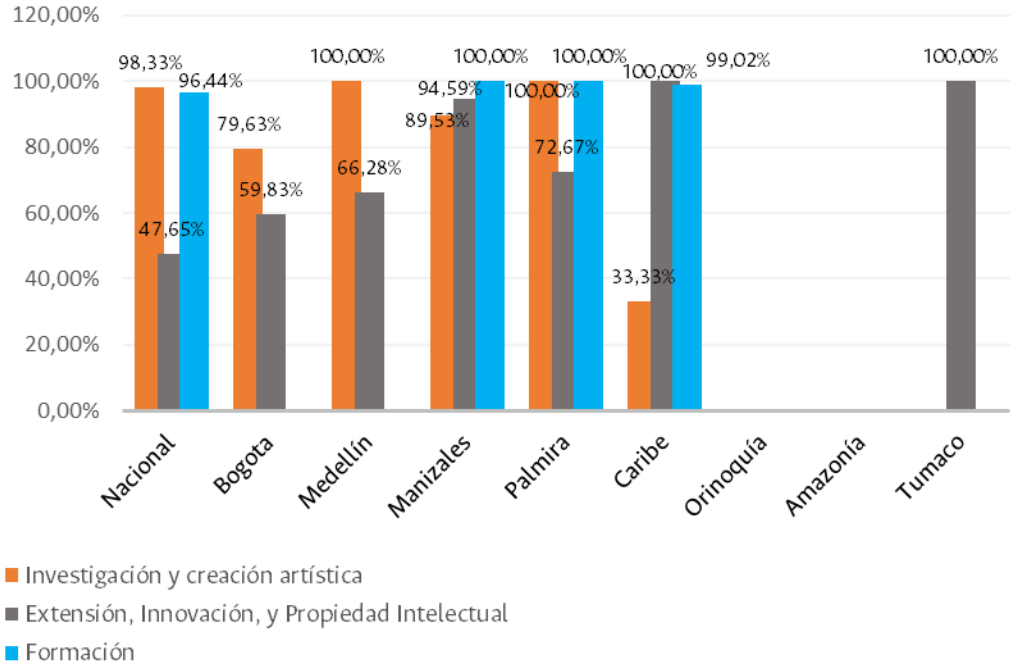
Fuente: elaboración propia VRG con base en reportes de sedes formato Excel RxD 2019

El desempeño consolidado de los Macroprocesos Estratégicos (Gráfica 13) tuvo el siguiente comportamiento para las sedes:

- Nivel Nacional: 43,45%
- Bogotá: 61,20%
- Medellín: 51,97%
- Manizales: 81,19%
- Caribe: 61,70%

En este contexto, la sede Manizales presento un mejor desempeño en los Macroprocesos Estratégico (81,19%), y el Nivel Nacional el más bajo (61,20%). Las sedes Palmira, Orinoquía, Amazonía y Tumaco no reportaron medición de indicadores en estos macroprocesos. De otro lado, se observa que el Macroproceso Direccionamiento Institucional tiene el más bajo desempeño con un 40,74% de cumplimiento y el de Desarrollo Organizacional el mejor, con un 99,29% en el logro de la meta.

GRÁFICA 14. DESEMPEÑO MACROPROCESOS MISIONALES AÑO 2019



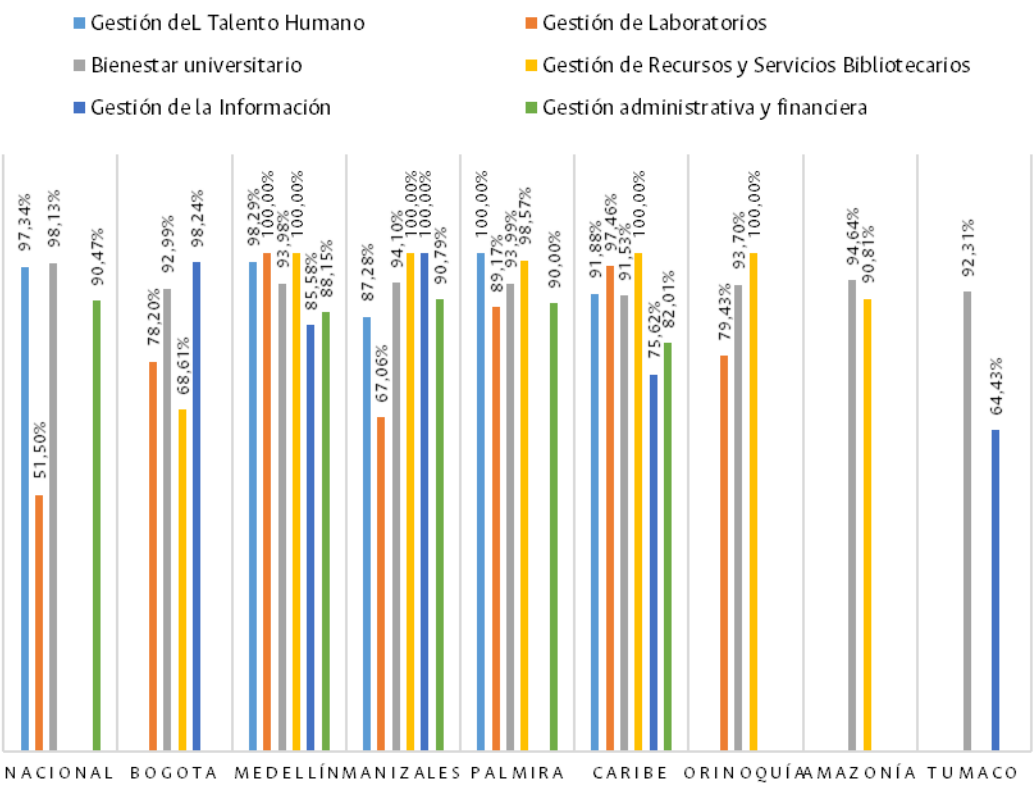
Fuente: elaboración propia VRG con base en reportes de sedes formato Excel RxD 2019

Para los Macroprocesos Misionales el desempeño consolidado para las sedes tuvo el siguiente resultado (Gráfica 14):

- Nivel Nacional: 80,81%
- Bogotá: 69,73%
- Medellín: 83,14%
- Manizales: 94,71%
- Palmira: 90,89%
- Caribe: 77,45%
- Tumaco: 100%

De acuerdo con estos datos, el mejor desempeño en los Macroprocesos Misionales lo tuvo la sede Tumaco (100%), y el más bajo fue para la sede Bogotá (69,73%). El Macroproceso de Formación consigo el mejor resultado, con un 98,78% de cumplimiento de la meta, seguido de Investigación y Creación Artística (83,47%), y finalmente el de Extensión, Innovación y Propiedad Intelectual (77,29%). En este caso, las sedes Orinoquía y Amazonía, no reportaron medición de indicadores.

GRÁFICA 15. DESEMPEÑO MACROPROCESOS DE APOYO AÑO 2019



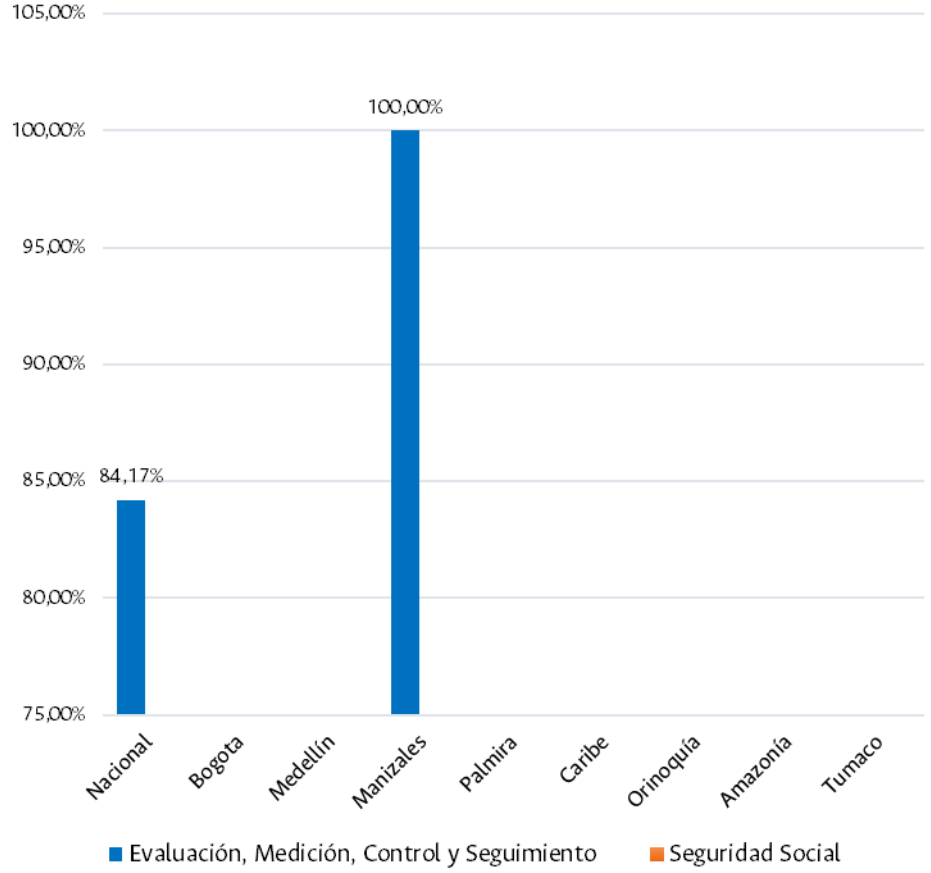
Fuente: elaboración propia VRG con base en reportes de sedes formato Excel RxD 2019

El desempeño consolidado de los Macroprocesos de Apoyo para las sedes presenta los siguientes resultados (Gráfica 15):

- Nivel Nacional: 85,58%
- Bogotá: 84,51%
- Medellín: 93,45%
- Manizales: 90%
- Palmira: 93,62%
- Caribe: 88,65%
- Orinoquía: 91,04%
- Amazonía: 92,72%
- Tumaco: 78,37%

A partir de los datos, se observa que las sedes Palmira y Medellín tienen el mejor desempeño en los Macroprocesos de Apoyo (93,62% y 93,45% de cumplimiento de la meta, respectivamente), seguidas de la sede Orinoquía y Manizales (91,04% y 90% en logro de la meta, respectivamente), y la sede Tumaco presenta el más bajo comportamiento en cumplimiento (78,73%). Al revisar los macroprocesos, el mejor resultado es para el de Gestión del Talento Humano que logro cumplir la meta en un 94,96%; en contraste, Gestión de Laboratorios exhibe el más bajo logro con un 80,40% de desempeño, sin embargo, debe destacarse que, para todos los macroprocesos de apoyo, hubo cumplimiento de la meta, dado que los resultados fueron superiores al 80% para cada caso.

GRÁFICA 16. DESEMPEÑO MACROPROCESOS DE EVALUACIÓN Y ESPECIALES AÑO 2019



Fuente: elaboración propia VRG con base en reportes de sedes formato Excel RxD 2019

En cuanto a los Macroprocesos de Evaluación y Especiales (Gráfica 16) solo se presentaron mediciones en el Nivel Nacional y en la sede Manizales, cuyos resultados respectivamente son 84,17% y 100% de cumplimiento. El Macroproceso Evaluación, Medición, Control y Seguimiento fue el único reportado con un promedio de desempeño del 92,08%.

Conclusiones

- Al realizar la consolidación de la información reportada por las sedes y los procesos se tuvieron dificultades relacionadas con: cumplimiento en las fechas de entrega, información incompleta e inconsistente, datos no reportados, utilización de unidades de medida diferentes, no se registran datos en los espacios que se solicitan, sino que se marca una X.
- Debido a que, para algunos indicadores reportados, no se tuvieron datos o estos eran inconsistentes, no se pudo realizar el análisis correspondiente para determinar su cumplimiento y fueron clasificados con la etiqueta *No se puede comparar*, y según consolidado elaborado de las mediciones, esta situación la presentaron 54 indicadores.
- Al comparar el reporte de indicadores realizado en el año 2018 y el del 2019, se puede establecer que, para la vigencia de análisis actual, disminuyeron, pasando de un total de 647 en el 2018 a 533 en el 2019, situación que puede estar

relacionada con el trabajo que se adelanta actualmente desde el SIGA para la estandarización de la metodología de medición para la Universidad Nacional.

- Los Macroprocesos de Apoyo son los que más reportan mediciones en el año 2019 (271 indicadores), tendencia que es similar a la observada en la vigencia anterior.

3.2.2 Conformidad de los Productos y Servicios (Control de Fallas en el Servicio)

El procedimiento de fallas en la prestación de servicios responde al requisito 8.7 “control de las salidas no conformes” de la NTC/ ISO 9001:2015, el cual tiene como propósito asegurar que los servicios ofrecidos que no sean conformes con los requisitos establecidos se identifiquen y controlen para prevenir su uso o entrega no intencionada al usuario.

Los procesos misionales continúan realizando el ejercicio de identificación de fallas en la prestación de los servicios de cara al usuario en las diferentes sedes de la Universidad Nacional. Para el año 2019, el trabajo de las sedes en este componente se muestra a continuación en la Tabla 7:

TABLA 7. FALLAS EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO POR SEDES

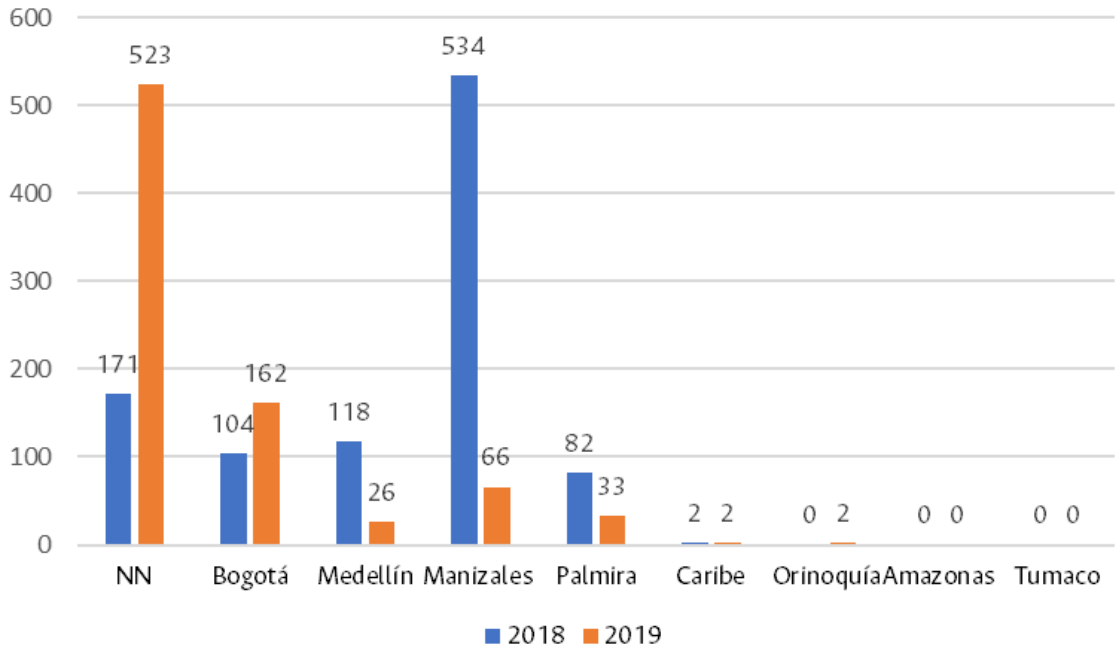
SEDE	N° FALLAS	DESCRIPCIÓN
NIVEL NACIONAL/BIBLIOTECA	32	• Demora en el acceso al servicio de préstamo de material bibliográfico. • Errores en el acceso al repositorio institucional UN. • Fallas de infraestructura tecnológica y eléctrica. • Dificultades para el acceso a recursos electrónicos. • Inconvenientes en el acceso al contenido y operaciones en las bases de datos.
NIVEL NACIONAL/BIENESTAR	67	• Fallas en la difusión y promoción de actividades lúdico-culturales, cursos libres y planes de acondicionamiento físico, así como en el registro para estos y asistencia del instructor. • Demoras en atención y trámites del programa de apoyo económico gubernamental. • Retrasos en la a tención a estudiantes de los diferentes programas de apoyo socioeconómico y pérdidas de documentación. • Inconvenientes tecnológicos y de gestión en la atención de los servicios de salud ofertados en la División de Salud. • Dificultades para el préstamo de escenarios deportivos. • Inconsistencia en el inicio y terminación de los torneos internos recreativos. • Problemas en la promoción y desarrollo de la actividad física. • Ausencia del profesional en consultas de higiene y odontológica. • Fallas en el suministro y variedad del servicio de alimentación.
NIVEL NACIONAL/FORMACIÓN	5	• Dificultades para la emisión de constancias por datos incompletos. • Información desactualizada en respuestas a solicitudes internas y externas.
NIVEL NACIONAL / GESTIÓN DE LA INVESTIGACIÓN Y CREACIÓN ARTÍSTICA	395	• Inconvenientes con el sistema de Información HERMES: avales, legalización de proyectos, roles o usuarios del sistema, generación de reportes, búsquedas, legalización y seguimiento de proyectos. • Bajo soporte prestado por el sistema HERMES.
NIVEL NACIONAL/ GESTIÓN DE LABORATORIOS	17	• Problemas con el sistema de Información HERMES: ingreso de información, registro de costos, ensayos, gestión de equipos, reportes.
NIVEL NACIONAL/ ADMISIONES	7	• Dificultades tecnológicas, de información y gestión en la evaluación y selección de aspirantes a los programas curriculares de pregrado de la UNAL.
SEDE BOGOTÁ	162	• Investigación y Creación Artística: número muy bajo de proyectos inscritos en la convocatoria para el fomento de alianzas de investigación sedes Bogotá, Manizales, Medellín, incumplimiento de términos de referencia en convocatorias, dificultad de postulación de un docente a una convocatoria.

		• Gestión de la extensión: bloqueos constante y desconocimiento de la plataforma de Colombia Compra Eficiente. • Bienestar Universitario: asignación equivocada de espacios para jornada de inducción, demoras en la atención a estudiantes, horarios inconsistentes en programas, baja difusión del sistema de QR, información insuficiente y errada para préstamo de implementos deportivos, trato poco amable en atención al usuario, baja accesibilidad de información en proyectos estudiantiles, condiciones inadecuadas de las canchas deportivas para los torneos internos. • Gestión de Recursos Bibliotecarios: fallas en el acceso a los recursos electrónicos (bases de datos, plataforma de estadística). • Divulgación de la Producción Académica: falla en la capacidad para subir archivos, no se tienen licencias legales para la edición de libros, retrasos en publicación por evaluación, demoras por no seguimiento de normas editoriales, retrasos en consecución de evaluadores, retardos en proceso de corrección de libros, falta de presupuesto para publicar libros.
SEDE MEDELLÍN	26	• Investigación y Creación Artística: inconvenientes con el sistema HERMES para registro de información, generar actas de finalización y de inicio, visualización de alertas, envió de informes, legalización de proyectos externos, y selección de proyecto como jornada docente.
SEDE MANIZALES	66	• Gestión de la Extensión: no inicio de los programas de educación continua en las fechas establecidas inicialmente, no presupuesto para mercadeo estratégico, no se puede ofertar por HERMES cursos programados, demoras en liquidación de proyectos de extensión, cancelación de recorridos solicitados, no presentación de 5 solicitudes de patente ante la Superintendencia de Industria y Comercio, devolución de tres solicitudes de registro de software por no ajustes a requerimientos de la UN, incumplimiento en políticas regulatorias de protección de datos personales en Tree of Science, reproceso en negociación con Licencia del software y plataforma Tree of Science, poca asistencia a cursos de extensión, no personal en oficina IDEA, demoras en pagos de facturas. • Gestión Recursos y Servicios Bibliotecarios: inconvenientes para acceder a la herramienta anti-plagio Turnitin, herramientas fuera de servicio, no se generan reportes de similitud.
SEDE PALMIRA	33	• Investigación y Creación Artística: documentación incompleta para cumplimiento de requisitos mínimos de convocatorias internas, deficiente programación de los desembolsos correspondientes a la Convocatoria de Doctorados Nacionales. • Gestión de la Extensión: no entrega de productos de proyectos que dificulta la liquidación de éste, no hay correspondencia en fichas financieras de proyecto, no recaudación de valores presupuestados para inscripciones en curso que dificulta pagos comprometidos. • Gestión Recursos y Servicios Bibliotecarios: dificultades en el acceso a bases de datos. • Gestión de Laboratorios: cancelación de prácticas, acumulación de residuos peligrosos, falta de recurso humano, bajo mantenimiento de equipos.
SEDE CARIBE	2	• Gestión de Laboratorios: equipo defectuoso que no permite servicio de práctica, falta de equipo requerido para servicio de práctica.
SEDE ORINOQUÍA	2	• Gestión de la Extensión: no indicaciones al usuario de lugar, fecha y hora donde se realizarán las actividades, el conferencista no asiste a las actividades.
SEDE AMAZONÍA	Sin Reporte	
SEDE TUMACO	Sin Reporte	

Fuente: elaboración propia VRG con base en reportes de sedes formato Excel RxD 2019

Al realizar un análisis comparativo de las fallas reportadas por sedes en 2018 y 2019 (Ver Gráfica 17), se destaca un incremento de estas en la última vigencia para el Nivel Nacional (NN) (67,30 %), la Sede Bogotá (35,8%) y la Sede Orinoquía (100%). De otro lado, para las Sedes Medellín, Manizales y Palmira se da una disminución en las fallas de un año a otro, siendo más significativo este comportamiento para la Sede Manizales (disminución del 87,64% de las fallas). La Sede Caribe mantuvo el mismo número de fallas (2), y las Sedes Amazonas y Tumaco continúan sin reportar fallas. El total de fallas disminuyo en 2019 (2833) respecto a las del 2018 (3029).

GRÁFICA 17. FALLAS REPORTADAS POR SEDES EN LOS AÑOS 2018 Y 2019



Fuente: elaboración propia VRG con base en reportes de sedes formato Excel RxD 2019

Fallas más Repetitivas

La Tabla 8 consolida las fallas más repetitivas por proceso, las cuales se presentan en los procesos Investigación Artística, Bienestar Universitario, Gestión de la Extensión, Divulgación de la Producción Académica, Gestión de Laboratorios.

TABLA 8. FALLAS MÁS REPETITIVAS

Proceso	Servicio	Falla	Cantidad	Sede
Investigación y creación artística	Sistema de Información para la investigación HERMES	Convocatoria interna	39	NN
		Registro único de proyectos	281	NN
		El sistema no deja finalizar proyecto y el informe final se reportó a tiempo.	5	Medellín
		El sistema no guarda informes de avance y finales de los proyectos, reportados por los docentes. No hay claridad en el reporte del error que emite.	5	Medellín
Bienestar Universitario	Consulta odontología programada	Ausencia del odontólogo	22	NN
Gestión de la Extensión	Asistencia técnica en la plataforma de Colombia Compra Eficiente	Bloqueos constante y desconocimiento de la Plataforma de Colombia Compra Eficiente	100	Bogotá
	Recorrido solicitado	Cancelación por parte del encargado del recorrido	41	Manizales
Divulgación de la Producción Académica	Proveedores (impresión y corrección estilo)	Criterios distintos en la aceptación de la solicitud de orden contractual	muchas	Bogotá
	Publicación	Retrasos en el proceso de corrección de estilos.	Siempre	Bogotá
Gestión de Laboratorios	Prácticas de laboratorio	Cancelación de prácticas	8	Palmira

	Ensayos de laboratorio	Equipos en reparación	9	Palmira

Fuente: elaboración propia VRG con base en reportes de sedes formato Excel RxD 2019

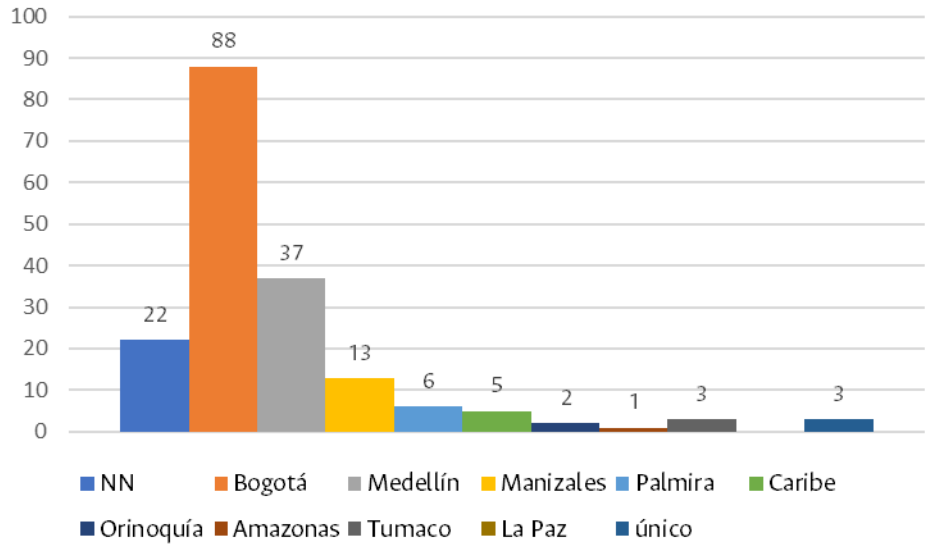
3.3 NO CONFORMIDADES Y ACCIONES CORRECTIVAS -2019

El análisis de las acciones correctivas se determina a partir de la información registrada en el SoftExpert, estableciendo distribución por tipo y sedes, estado, fuentes generadoras y temáticas.

3.3.1 Distribución por tipo y por sede

Entre enero y diciembre de 2019 se registraron en el componente Plan de Acción del SoftExpert, 304 planes de mejoramiento, de los cuales 180 corresponden al Sistema de Gestión de Calidad, y de estos 58 (31,67%) son acciones correctivas (AC), 18 (10%) acciones preventivas (AP), 21 (11,67%) acciones de gestión del riesgo (GR), 80 (44,44%) oportunidades de mejora (OP) y 3 no pudieron ser identificadas ya que no se registraron adecuadamente en el sistema. La sede con mayor gestión de planes de mejora es Bogotá, seguido de Medellín con el 69,44% del total, en contraste, la sedes con menor número de planes son Amazonas y Orinoquía con el 1,67% del total, resultados que se pueden apreciar en la Gráfica 18. Es importante expresar que, la sede La Paz aún no ha presentado información al respecto, lo que puede deberse a que se encuentra en estructuración de su Sistema de Gestión de Calidad.

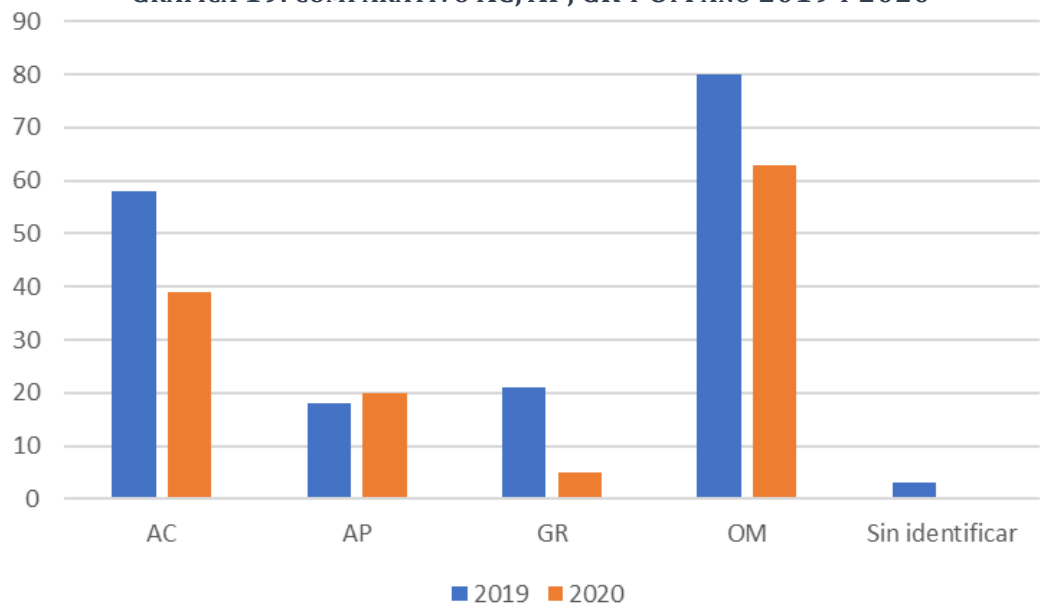
GRÁFICA 18. PLANES DE ACCIÓN POR SEDES EN 2019



Fuente: elaboración propia VRG con base en información del SoftExpert

Finalmente, en lo que va del 2020 se han registrado 127 planes de mejora del SGC, que corresponden a 39 AC, 20 AP, 63 OP y 5 GR, cuya comparación con lo registrado en el año 2019 se presenta en la Gráfica 19.

GRÁFICA 19. COMPARATIVO AC, AP, GR Y OM AÑO 2019 Y 2020

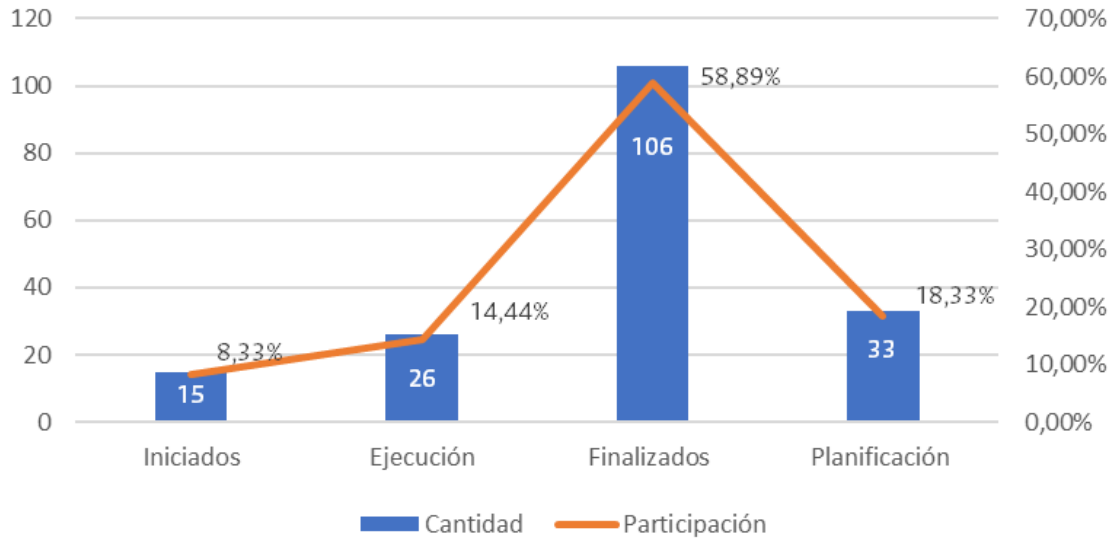


Fuente: elaboración propia VRG con base en información del SoftExpert

3.3.2 Distribución por estado

De los 180 planes de acción registrados, 106 se encuentran finalizados, 33 en planificación, 26 en ejecución y 15 por iniciar, como se describe en la Gráfica 20.

GRÁFICA 20. ESTADO DE LAS AC, AP, OM Y GR 2019



Fuente: elaboración propia VRG con base en información del SoftExpert

La situación de los planes de acción por sede se detalla en la Tabla 9, de donde se destaca que, el mayor número de planes finalizados y planificados los tiene la sede Bogotá y Medellín, y el mismo escenario se presenta para los planes en ejecución.

TABLA 9. SITUACIÓN PLANES DE ACCIÓN POR SEDES

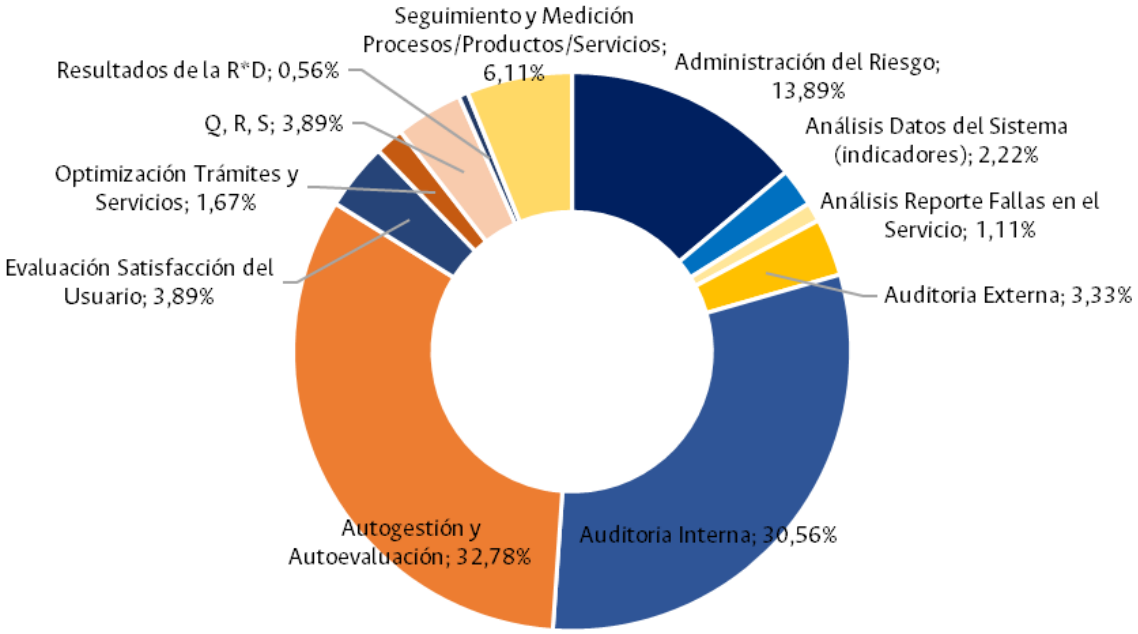
	Finalizados	Planificación	Ejecución	Iniciar	TOTAL
NN	11	4	5	2	22
Amazonía	1				1
Bogotá	51	19	9	9	88
Caribe	3	1	1		5
Manizales	10	1	2		13
Medellín	22	6	6	3	37
Orinoquía	1		1		2
Palmira	3		2	1	6
Tumaco	3				3
Único	1	2			3
TOTAL	106	33	26	15	180

Fuente: elaboración propia VRG con base en información del SoftExpert

3.3.3 Fuentes Generadoras de Acciones Correctivas, Preventivas, de Riesgo y de Mejora

Las principales fuentes generadoras de acciones correctivas, preventivas, de riesgo y de mejora en el 2019 fueron la Autogestión y Autoevaluación con u 32,78% de participación del total, y la Auditoria Interna con el 30,56% de contribución, como se observa en la Gráfica 21.

GRÁFICA 21. FUENTES GENERADORAS DE AC, AP, GR, OM 2019



Fuente: elaboración propia VRG con base en información del SoftExpert

Al igual que en el año 2018 la Autogestión y Autoevaluación, así como la Auditoria Interna son las fuentes de mayor importancia para el mejoramiento de los procesos, generando en el primer caso 59 planes de acción y en el segundo 55. De otro lado, se observa que la Revisión por la Dirección (0,56%), el Análisis de Reporte de Fallas en el Servicio (1,11%) y la Optimización de Trámites y Servicios (1,67%) son las fuentes que menos originan actividades de mejora.

3.3.4 Temáticas de Acciones Correctivas, Preventivas, de Gestión de Riesgo y de Mejora

Los planes de mejoramiento registrados durante el 2019 están vinculados a los programas del Plan Global de Desarrollo 2016 -2018 y al Plan Global de Desarrollo 2019 – 2021(PGD), como se muestra en la Tabla 10. Para el primer caso, el mayor número de planes se da para el *Programa 8. Consolidación de estrategias de gestión para apoyar las funciones misionales* (11 planes); en el segundo caso, los programas *13 Transformación de la cultura organizacional y de la gestión institucional* y *11 Fortalecimiento e integración de los sistemas de información para el mejoramiento de la gestión y la toma de decisiones basadas en evidencia,* presentan el más alto número de planes, 28 y 14, respectivamente.

TABLA 60. TEMÁTICAS DE LOS PLANES DE MEJORA REGISTRADOS EN EL 2019

Temáticas	PGD	Ocurrencia
Programa 1. Fortalecimiento de la calidad de los programas curriculares	2016-2018	1
Programa 1: Universidad como proyecto cultural y colectivo de nación que se transforma para formar seres integrales y autónomos, con actitudes ciudadanas, como agentes de cambio ético y cultural con responsabilidad social	2019-2021	3
Programa 10: Ética para una comunidad universitaria integrada y solidaria	2019-2021	2
Programa 11: Fortalecimiento e integración de los sistemas de información para el mejoramiento de la gestión y la toma de decisiones basadas en evidencia	2019-2021	14
Programa 12: Liderazgo colectivo y gobernanza universitaria	2019-2021	1
Programa 13: Transformación de la cultura organizacional y de la gestión institucional	2019-2021	28
Programa 14: Desarrollo institucional sostenible	2019-2021	1
Programa 5. Fortalecimiento de la infraestructura física y tecnológica	2016-2018	3
Programa 6. Utilización de nuevas tecnologías para el fortalecimiento de las funciones misionales	2016-2018	1
Programa 6: Transformación cultural desde el reconocimiento y visibilización de las capacidades de la comunidad académica y sus relaciones, para responder a los retos de país, a través de la generación de nuevo conocimiento	2019-2021	3
Programa 8. Consolidación de estrategias de gestión para apoyar las funciones misionales	2016-2018	11
Programa 8: Fortalecimiento de la participación de la universidad en la construcción de opinión pública informada, la apropiación social del conocimiento y la formulación de políticas públicas	2019-2021	1
Programa 9. Gestión financiera responsable, eficiente y transparente		1

Programa 9: Comunidad universitaria saludable, incluyente, diversa, dialogante y transformadora	2019-2021	4
Sin asociación de Programa		106
TOTAL		180

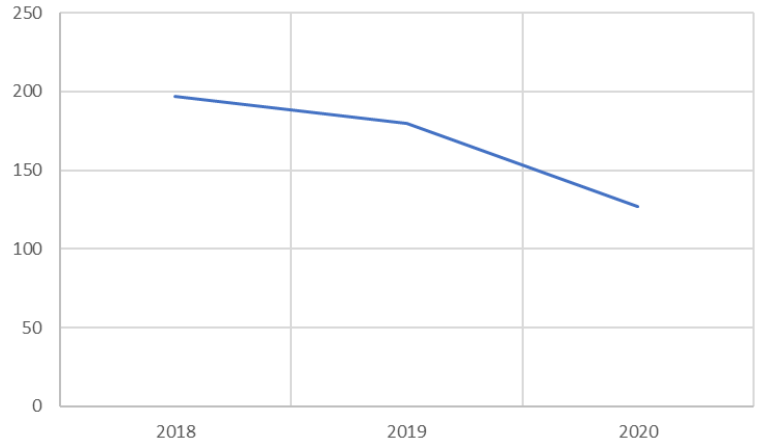
Fuente: elaboración propia VRG con base en información del SoftExpert

Se encontraron 106 planes de mejora sin asociación de programa, pero este número coincide con los finalizados en 2019, y tal vez por esto no se asocia el programa al cual están vinculados.

3.3.5 Comparativo Planes de Mejora

Del año 2018 a 2019 se presentó una disminución en los planes de mejora registrados en el SoftExpert en una cantidad de 17, como se observa en la Gráfica 22, y en lo recorrido del año 2020 se han inscrito 127, y se puede establecer una tendencia hacia la baja.

GRÁFICA 22. TENDENCIA DE LOS PLANES DE MEJORA



Fuente: elaboración propia VRG con base en información del SoftExpert

3.4 RESULTADOS DE LOS SEGUIMIENTOS Y MEDICIÓN

Los resultados de seguimiento y medición del SGC se enmarcan en sus componentes (gestión documental, gestión del riesgo, gestión del servicio, mejoramiento, evaluación), estableciendo los logros obtenidos como se muestra en la Tabla 11.

TABLA 11. LOGROS OBTENIDOS EN EL SEGUIMIENTO AL SGC

Componente del SGC	Acciones	Logros
Gestión Documental	1. Concertar con la DNTIC la administración del Softexpert en cloud para el año 2020.	1. Visibilizar el SoftExpert como sistema de información institucional para hacer uso de las bondades en sus diferentes módulos.
Gestión del Riesgo	1. Talleres de capacitación en gestión del riesgo. 2. Monitoreo y revisión de los riesgos operativos y de corrupción.	1. Fortalecimiento de los auditores en la gestión de riesgos. 2. Medición y análisis periódica de los riesgos operativos y de corrupción con

	3. Incorporación de los lineamientos de la Guía para la Administración de Riesgos y Diseño de Controles en Entidades Públicas Versión 4 del DAFP en la guía de riesgos de la Universidad. 4. Renovación de la política de gestión del riesgo y elaboración de la matriz de despliegue de sus objetivos	la participación del 89% de los procesos, con un total de 105 riesgos, 200 controles y 32 planes de tratamiento en el año 2019. 3. Actualización de la guía de riesgos para la Universidad Nacional. 4. Política de gestión del riesgo, y matriz de despliegue de objetivos.
Gestión del Servicio	1. Aplicación de la encuesta de satisfacción año 2019 y realización del análisis e informe. 2. Identificación de los usuarios y partes interesadas de la Universidad en los procesos. 3. Elaboración de la Guía para la priorización de los trámites y servicios. 4. Construcción del documento con criterios para los datos de operación.	1. Calificación de la satisfacción de los usuarios en los servicios prestados por la Universidad de un 80%, frente al 76% del año 2018. 2. Sistematización de caracterización de usuarios en el aplicativo SoftExpert. 3. Guía para la priorización de los trámites y servicios de la Universidad Nacional. 4. Estandarización de criterios de datos de operación de la Universidad Nacional.
Auditorias	1. Realización de auditorías internas. 2. Auditoria externa Buerau Veritas	1. Ejecución del 100% de las auditorías internas programadas. 2. Recomendación para la certificación del Sistema de Gestión de Calidad.
Mejoras en los Procesos	1. Asesoría a los procesos misionales de Formación e Investigación y Creación Artística para el desarrollo de la cadena de valor. Elaboración de documento plan de transición. 2. Se realizó una propuesta para establecer la Red de Procesos, basada en una analogía del modelo atómico.	1. Se concertó y aprobó la cadena de valor de Formación (5 procesos en uno): Gestión Administrativa de Apoyo a la Formación. 2. Simplificación del mapa de procesos con enfoque de generación de valor de la Universidad: 37 a 26 procesos del año 2018 al 2019.

Fuente: información adaptada de Informe de Gestión SIGA 2019 Final.

3.5 LOS RESULTADOS DE LAS AUDITORIAS

3.5.1 Programa Auditorías Internas

El programa de auditorías internas para el año 2019 fue aprobado en sesión del Comité Nacional de Control Interno, realizado el 12 de septiembre de 2019, quedando radicado en el Acta No. 6, y mediante oficios VRG-272 y VRG-279 del 21 y 23 de agosto de 2019, la Vicerrectoría General en el marco del Sistema Integrado de Gestión Académico, Administrativo y Ambiental-SIGA, informo el programa de auditorías internas para el año 2019 a las partes interesadas (vicerrectorías de sedes, direcciones de SPN, oficinas de planeación y estadística, coordinaciones de calidad, líderes de procesos). Se aplicó a 14 procesos definidos en este programa (ver Tabla 12), teniendo en cuenta procesos que no han sido auditados en periodos anteriores, procesos misionales y procesos de alta interacción con los usuarios.

TABLA 12. PROCESOS PROGRAMADOS PARA AUDITORÍA INTERNA EN 2019

Macroproceso	Proceso	Nivel
Direccionamiento Institucional	Direccionamiento Estratégico Institucional	Nivel Nacional
		Orinoquía
		Tumaco
Desarrollo Organizacional	Mejoramiento de la Gestión	Nivel Nacional
		Bogotá
		Medellín
		Manizales
		Palmira
		Amazonía
		Caribe
		Orinoquía
		Tumaco
Comunicación	Divulgación de la Producción Académica	Nivel Nacional
		Medellín
		Palmira
Relaciones Interinstitucionales	Agenciar las Relaciones Exteriores	Nivel Nacional
		Medellín
		Manizales
Investigación y Creación Artística	Gestión de la Investigación y Creación Artística	Nivel Nacional
		Bogotá
		Medellín
		Caribe
Formación	Gestión de la Actividad Académica	Nivel NAcional
		Palmira
		Caribe
Extensión	Gestión de la Extensión	Nivel Nacional
		Bogotá
		Manizales
Bienestar Universitario	Bienestar Universitario	Nivel Nacional
		Bogotá
		Amazonía
Gestión de Recursos y Servicios Bibliotecarios	Gestión de Recursos y Servicios Bibliotecarios	Nivel Nacional
		Bogotá
		Caribe
Gestión de Laboratorios	Gestión de Laboratorios	Nivel Nacional
		Medellín
		Manizales
		Orinoquía
Gestión de Información	Gestión Documental	Nivel Nacional
		Palmira
		Tumaco
Gestión Administrativa y Financiera	Gestión de Ordenamiento y Desarrollo Físico	Medellín
		Amazonía
		Orinoquía
Seguridad Social	Seguridad Social en Salud	Bogotá
		Medellín
		Manizales
		Palmira
Evaluación, Medición, Control y Seguimiento	Evaluación Independiente	Nivel nacional

Fuente: Informe Programa Auditorías Internas Combinadas SIGA 2019

Se programaron 51 auditorías, las cuales fueron realizadas en su totalidad, así, el porcentaje de ejecución de las auditorías internas programadas al sistema de gestión de calidad es del 100%.

Se convocaron y seleccionaron auditores en el nivel nacional y sedes que hubieran participado en el taller de actualización de la Norma ISO 9001:2015 efectuado en el año 2019 con recursos del proyecto de inversión BPUN 358, además de contar con experiencia y formación en la evaluación para la ejecución de las auditorías internas. La participación del equipo auditor en el ciclo de auditorías es la siguiente (Tabla 13):

TABLA 13. PARTICIPACIÓN AUDITORES

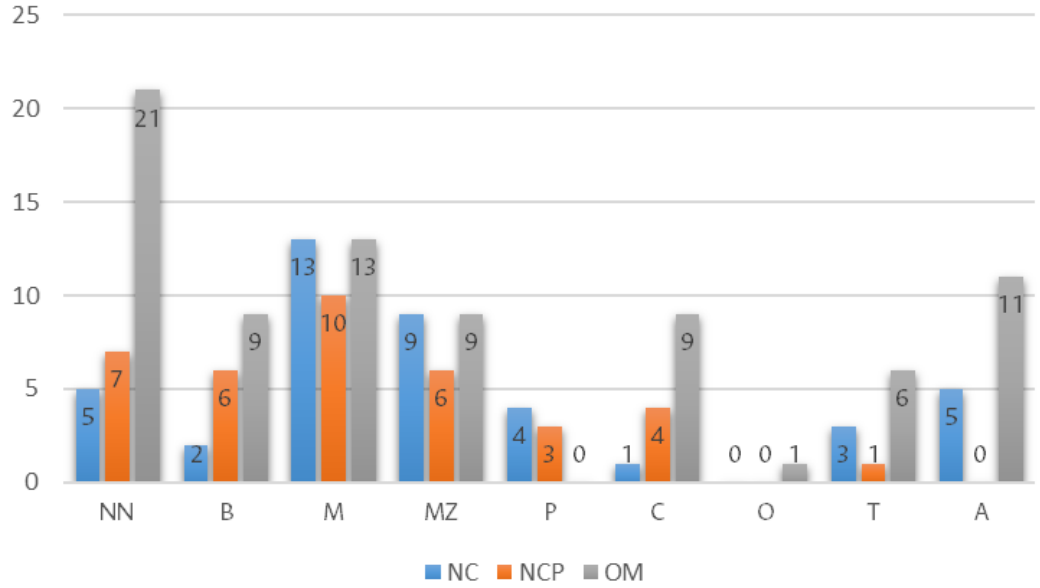
Auditor Líder	Auditor acompañante	Auditor en Formación (Observador)
51	49	16

Fuente: Informe Programa Auditorías Internas Combinadas SIGA 2019

3.5.2 Hallazgos

Una vez realizadas las auditorías a los procesos seleccionados, los resultados obtenidos permiten identificar 42 No Conformidades, 37 No Conformidades Potenciales y 79 Oportunidades de Mejora, los cuales se distribuyen en las sedes como se muestra en la Gráfica 23:

GRÁFICA 23. HALLAZGOS POR SEDES

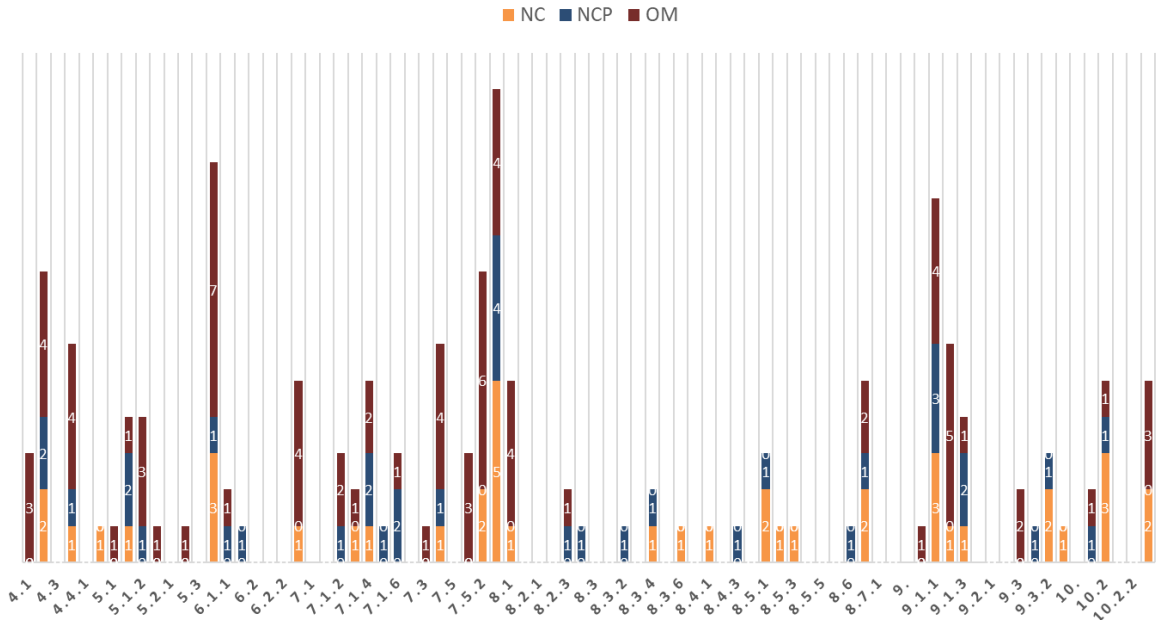


Fuente: Informe Programa Auditorías Internas Combinadas SIGA 2019

De la Gráfica 23, se establece que la sede con mayor número de No Conformidades es Medellín (13), seguida de Manizales (9); de otro lado, la sede con mas No Conformidades Potenciales es Medellín y en segundo lugar el Nivel Nacional, quien también posee la mayor cantidad de Oportunidades de Mejora y en este aspecto, en orden continua la sede Medellín.

En cuanto a los hallazgos por requisitos, el mayor número se encuentra en los requisitos *7.5.3 Control de la Información Documentada*, *6.1 Acciones para Abordar los Riesgos y las Oportunidades y 9.1.1 Seguimiento, Medición, Análisis y Evaluación*, como se puede observar en la Gráfica 24.

GRÁFICA 24. HALLAZGOS POR REQUISITOS



Fuente: Informe Programa Auditorías Internas Combinadas SIGA 2019

3.6 EL DESEMPEÑO DE LOS PROVEEDORES

El SGC de la Universidad cuenta con el proceso "Gestión administrativa de bienes y servicios", el cual tiene como objetivo "Gestionar la adquisición y gestión de bienes y servicios requeridos por las diferentes dependencias y proyectos de la Universidad Nacional de Colombia en el desarrollo de los fines misionales, garantizando su adecuada administración y control, basados en criterios de calidad, eficiencia, transparencia y oportunidad", bajo el liderazgo de la Gerencia Nacional Financiera y Administrativa.

En este contexto, la Universidad realiza la evaluación de proveedores a través del formato Cumplimiento de Proveedores cuyos parámetros de aceptación son excelente, bueno y aceptable. Adicionalmente, se aplican los siguientes lineamientos institucionales:

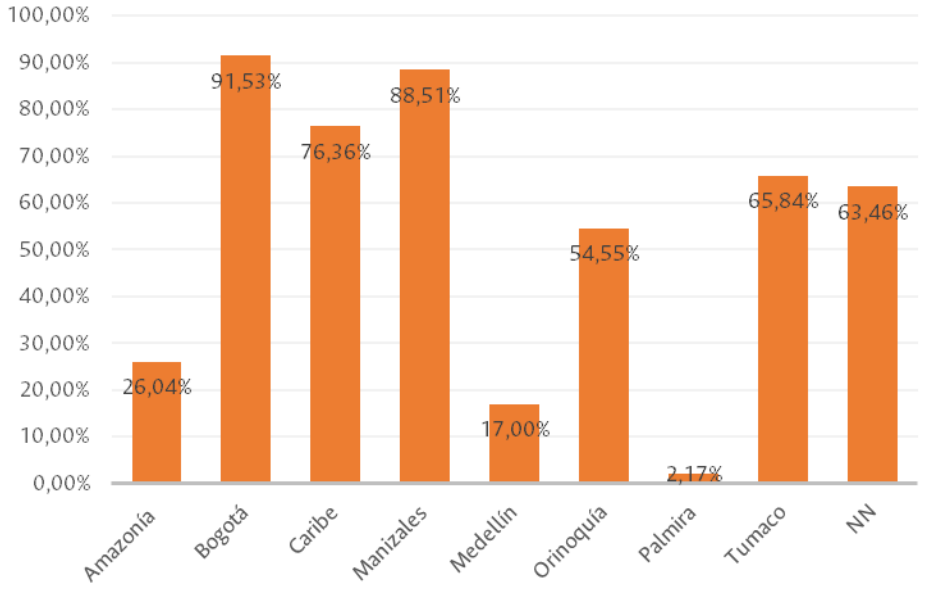
- Resolución 1551 de 2014 de la Rectoría Por medio de la cual se adopta el Manual de convenios y contratos de la Universidad Nacional de Colombia.
- Procedimiento U-PR-12.002.001 Seleccionar proveedores y formalizar órdenes contractuales mínimas.
- Procedimiento U-PR-12.002.002 Seleccionar proveedores y formalizar órdenes contractuales menores.
- Procedimiento U-PR-12.002.003 Seleccionar proveedores y formalizar órdenes contractuales superiores.

- Procedimiento U-PR-12.002.004 Seleccionar proveedores y formalizar contratos.
- Guía U-GU-12.002.006 Cartilla para el ejercicio de la función de supervisión e interventoría de contratos y órdenes contractuales.

4. LA ADECUACIÓN DE LOS RECURSOS

Los recursos para el desarrollo del SGC se ejecutan a través de proyectos de inversión en cada una de las sedes, garantizando de esta forma las condiciones financieras para la ejecución de las actividades. Para el año 2019 el comportamiento en la ejecución de los recursos se muestra en la Gráfica 25.

GRÁFICA 25. COMPORTAMIENTO EJECUCIÓN DE RECURSOS POR SEDES



Fuente: elaboración propia VRG con base en reportes de sedes formato Excel RxD 2019

Al revisar la Gráfica 25, se puede establecer que la sede que mayor ejecución hizo de los recursos asignados en la vigencia 2019 fue Bogotá (91,53%), seguida de Manizales (88,51%) y en tercer lugar Caribe (76,36%). De otro lado, la sedes con menor ejecución de recursos fueron Palmira (2,17%), Medellín (17%) y Amazonía (26,04%). Es importante destacar que, para el año 2019, se dio inicio a los proyectos de inversión, razón por la cual en algunas sedes se tuvo dificultades para la contratación e inicio de las actividades proyectadas.

5. EFICACIA DE LAS ACCIONES TOMADAS PARA ABORDAR LOS RIESGOS Y LAS OPORTUNIDADES

La Universidad, desde la Coordinación SIGA adscrita a la Vicerrectoría General, realiza la gestión de los riesgos de procesos, tanto operativos como de corrupción, con base el marco general de riesgos, la guía para su administración y normativas aplicables de obligatorio cumplimiento. Así, estos se identifican, analizan, evalúan, comunican y monitorean por los

procesos, quienes reciben acompañamiento y lineamientos de la Coordinación SIGA y las Coordinaciones de Calidad de las sedes.

Durante el año 2019, se incorporó el primer riesgo de Auditorias, además se realizó la actualización de la “Guía para la Administración de Riesgos UN Versión 8.0” con base a la “Guía para la administración del riesgos y el diseño de controles en entidades públicas versión 4”; también se comenzó con la elaboración de la metodología para la gestión de riesgos de proyectos – estratégicos en forma conjunta con funcionarios de la DNPE y la Vicerrectoría de Investigación, y la metodología de riesgos de seguridad de la información con la DNTIC.

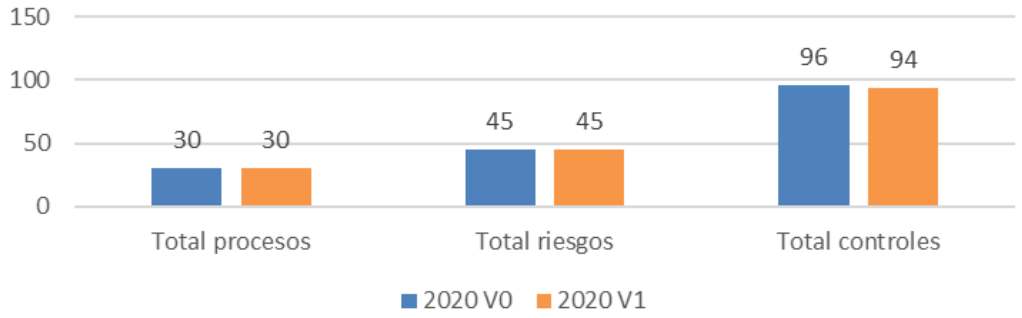
5.1 RIESGOS DE CORRUPCIÓN

El Mapa de Riesgos de Corrupción (MRC) actualizado a mayo de 2020, cuenta con 45 riesgos y 94 controles, a partir de 30 procesos que reportaron información.

La Gráfica 26, muestra el resumen general de la información consolidada, con el total de procesos con y sin riesgos, así como el total de riesgos y controles de corrupción en las vigencias 2019 y mayo 2020 del MRC. Se mantiene el total de riesgos y se presenta una disminución de dos controles con relación al año 2019, y 28 de los 30 procesos cuentan con riesgos. Los dos procesos sin riesgos hacen referencia a Apoyo a la Innovación académica y Gestión de Programas Curriculares que se encuentran en unificación al igual que los demás procesos en el marco de formación en el nuevo proceso Gestión Administrativa de Apoyo a la Formación.

Se resalta una reducción del 13,5% del total de riesgos y del 17,24% del total de controles en el año 2019 con relación al 2018, disminución promovida por la unificación de algunos procesos y la buena gestión de la mayoría de los procesos al realizar el monitoreo y revisión de riesgos de corrupción para la actualización del mapa de riesgos institucional; también por la eliminación de algunos controles de impacto, que por normatividad del DAFP no se pueden implementar para los riesgos de corrupción.

GRÁFICA 26. Resumen Riesgos de Corrupción 2019 – 2020

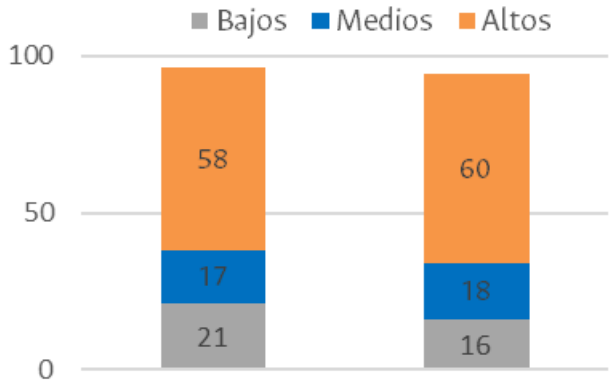


Fuente: Mapa de Riesgos UN 2020

La Gráfica 27, muestra la clasificación de los controles según su eficiencia, a partir de la cual se observa una disminución en el total de controles con eficiencia baja, lo cual se debió al reporte de formatos de eficiencia de control que hicieron los procesos respectivos,

ocasionando un leve aumento en el total de controles medios y altos en la V1 del mapa, a pesar de la reducción en el total de controles, lo que conlleva a que más del 82% de los controles reduzcan en uno o dos niveles la probabilidad de ocurrencia del riesgo. De los 16 controles con eficiencia menor al 60%, 15 tienen un valor de 0% ya que no han presentado el formato de eficiencia de controles de corrupción correspondiente, y uno, asociado al proceso “Gobierno y Gestión de Servicios de TI”, tiene una eficiencia del 35% y un plan de mejora para optimizarlo que se encuentra en estado de ejecución de actividades.

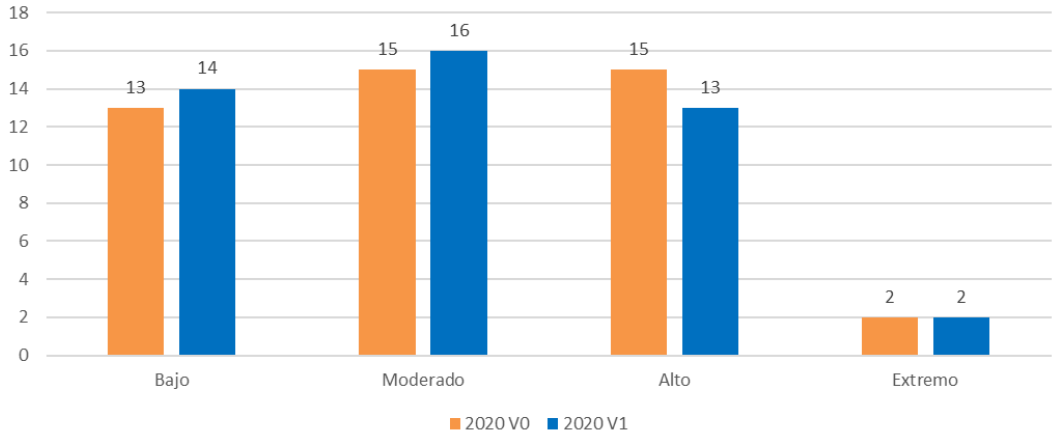
GRÁFICA 27. Distribución de Controles por Eficiencia Año 2019 – 2020



Fuente: Mapa de Riesgos UN 2020

Las Gráficas 28 y 29, muestran la distribución de los riesgos inherentes y residuales según el nivel de aceptabilidad (bajo, moderado, alto, extremo) con corte a 31 de enero y 20 de mayo.

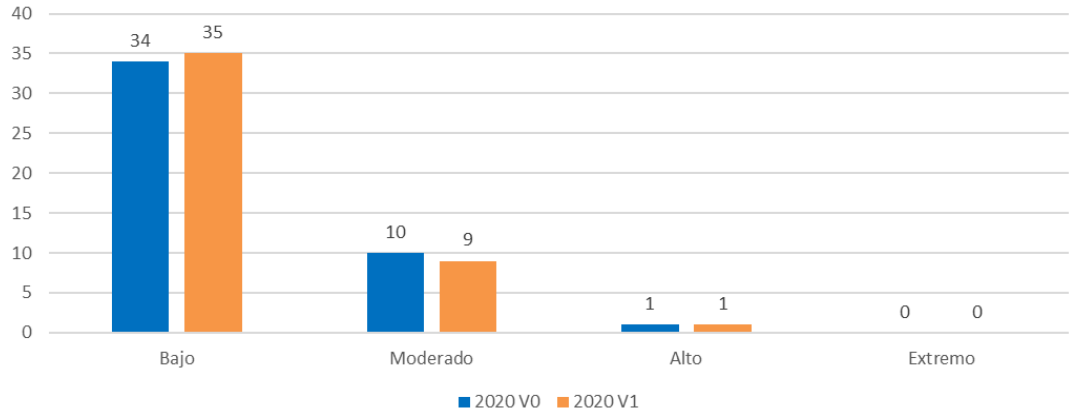
GRÁFICA 28. Nivel de Aceptabilidad de Riesgos Inherentes Período 2019 – 2020



Fuente: Mapa de Riesgos UN 2020

De la Gráfica 28, se destaca la disminución del total de riesgos inherentes en la categoría de altos, y lo demás totales de riesgos extremos, bajos y moderados se mantuvieron con comportamientos similares en ambas mediciones.

GRÁFICA 29. Nivel de Aceptabilidad de Riesgos Residuales Periodo 2019 – 2020



Fuente: Mapa de Riesgos UN 2020

De acuerdo con la Gráfica 29, el total de riesgos significativos (aceptabilidad alto o extremo) se mantuvo igual en ambas versiones del mapa; el total de riesgos moderados disminuyo en un punto, pero el total de los bajos se incrementó en igual medida para el corte de mayo.

Los indicadores de la gestión de riesgos de corrupción con corte a 31 de enero y 20 de mayo de 2020 se aprecian en la Tabla 14, los cuales son calculados con base a la Guía para la Administración de Riesgos UNA versión 8.0. El índice de vulnerabilidad inherente al igual que Índice promedio de eficiencia de los controles implementados por disminución de la calificación del riesgo inherente, disminuyeron en 0,66% y 1,88%, respectivamente, y en el último caso se dio una disminución de casi el 2%. El resto de los indicadores presentaron incrementos, especialmente el Índice promedio de eficiencia pura de los controles implementados (con y sin soporte de evaluación) que aumento en 4,5%.

TABLA 7. INDICADORES DE GESTIÓN DE RIESGOS PERIODO 2019 -2020

NOMBRE	2019	2020
Índice de vulnerabilidad inherente	23,33%	22,45%
Índice de vulnerabilidad residual	11%	11,38%
Índice promedio de eficiencia de los controles implementados por disminución de la calificación del riesgo inherente	52,86%	50,98%
Índice promedio de eficiencia pura de los controles implementados (con y sin soporte de evaluación) *.	69,69%	74,26%
Índice promedio de eficiencia pura de los controles implementados (solo con soporte de evaluación) **.	86,88%	88,35%

Fuente: Mapa de Riesgos UN 2020

El aumento en el índice de vulnerabilidad residual en mayo de 2020 ocasiono que el índice promedio de eficiencia de los controles implementados por disminución de la calificación del riesgo inherente disminuyera cerca de un 2%.

La Tabla 15, muestra las estadísticas de la gestión de riesgos de corrupción con corte a 31 de enero y 20 de mayo de 2020, calculadas con base a la Guía para la Administración de Riesgos UN versión 8.0. Con relación a los riesgos materializados, según la información

reportada por los procesos, solo se ha materializado uno en los últimos dos años. De otro lado, en mayo, se destaca nuevamente la disminución consecutiva en el nivel de riesgos inherentes significativos, la cual se dio también en la comparación de riesgos de los mapas de agosto de 2019 y enero de 2020, resultado que permite establecer que, la gestión de los procesos frente a los riesgos que pueden suponer un peligro potencial para el proceso y la institución ha sido efectiva, y así, la no materialización del riesgo a través del tiempo permite disminuir el riesgo inherente. Finalmente, se resalta que la cobertura de la gestión del riesgo alcanza el 93%, valor que representa un gran avance hacia la meta del 100% de cobertura en la Universidad Nacional.

TABLA 15. ESTADÍSTICAS DE GESTIÓN PERIODO 2019 – 2020

NOMBRE	2019	2020
Cobertura de la gestión del riesgo	90%	93,33%
Promedio de riesgos por proceso	2 (1,5)	2 (1,5)
Promedio de controles por proceso	3 (3,2)	3 (3,1)
Promedio de controles por riesgo	2 (2,13)	2 (2,09)
Nivel de automatización de controles	11,46%	10,64%
Nivel de controles preventivos	85,42%	89,36%
Nivel de riesgos inherentes significativos	37,78%	33,04%
Nivel de riesgos residuales significativos	2,22%	2,13%
Nivel de riesgos materializados	2,22%	2,13%

Fuente: Mapa de Riesgos UN 2020

Conclusiones

De acuerdo con los indicadores y estadísticas obtenidos de la información enviada por los procesos, se puede afirmar que la gestión de riesgos de corrupción institucional fue eficaz en el 2019 y el primer cuatrimestre del año 2020, ya que a pesar de los cambios en ciertos indicadores y estadísticas en el MRC de mayo con relación al MRC de enero, la aplicación de medidas de control ha evitado la materialización de riesgos. El índice de vulnerabilidad residual (11,11%) está a 1% de alcanzar el nivel de apetito de riesgo definido por la Universidad Nacional de Colombia (zona baja entre 1% y 10%).

Con relación a las medidas de control diseñadas e implementadas por los procesos, las valoraciones de eficiencia de los controles (diseño) indican que el 82,98% permiten disminuir la probabilidad de ocurrencia de los riesgos en un nivel alto o medio. Con relación a la eficacia de los controles (funcionamiento), para el primer cuatrimestre del 2020 se obtuvo la respuesta del 60% de los controles (57 de 94) siendo todos eficaces, pero solamente el 37% (35 de 97) los valoró en una escala de 0 a 100%, encontrándose debilidades y/o confusiones en su argumentación y en los soportes /evidencias de su implementación, por ende se considera necesario trabajar en un instrumento o formato que permita calcular la eficacia de los controles de corrupción y de otros tipos que sea de fácil aplicación a los procesos.

Se resalta el compromiso de los procesos para la actualización del Mapa de Riesgos de corrupción de enero 31 del 2020, de los 30 procesos, 26 enviaron la información solicitada.

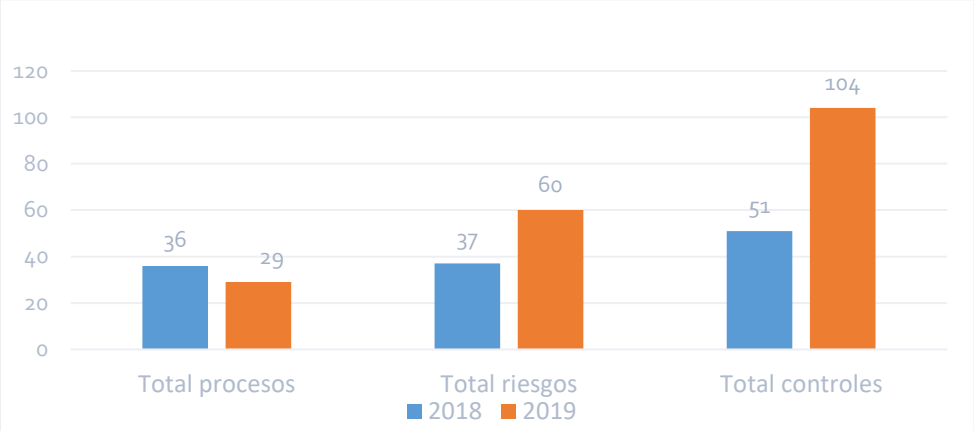
Por otro lado, entre estos, se incluyeron los dos procesos huérfanos del Macroproceso Gestión Financiera, de ellos solamente 3 sedes enviaron información para su actualización.

Para finalizar, se recomienda tomar acciones para revisar más a detalle la materialización de riesgos de corrupción, dado que, con base a la información que envían los procesos al SIGA, solo se cuenta con un riesgo materializado, si bien es una buena noticia, se deben tomar medidas con los procesos para garantizar la veracidad de esta información. También se aconseja para los posibles nuevos riesgos a incluir, recomendar a los procesos el uso de los controles automatizados, ya que hoy solo 11 de 96 (11,46%).

5.2 RIESGOS OPERATIVOS

A la fecha del monitoreo y revisión anual (octubre de 2019) se contaba con 57 riesgos y 97 controles, pero entre los meses de noviembre y diciembre se gestionaron tres nuevos riesgos con siete controles[2]. Un resumen general de la información reportada por los procesos en los mapas de riesgos operativos de los años 2018 y 2019, estableciendo el total de procesos, de riesgos y controles, se presenta en la Gráfica 30.

GRÁFICA 30. RESUMEN GENERAL PERIODOS 2018 – 2019



Fuente: Mapa de Riesgos UN 2020

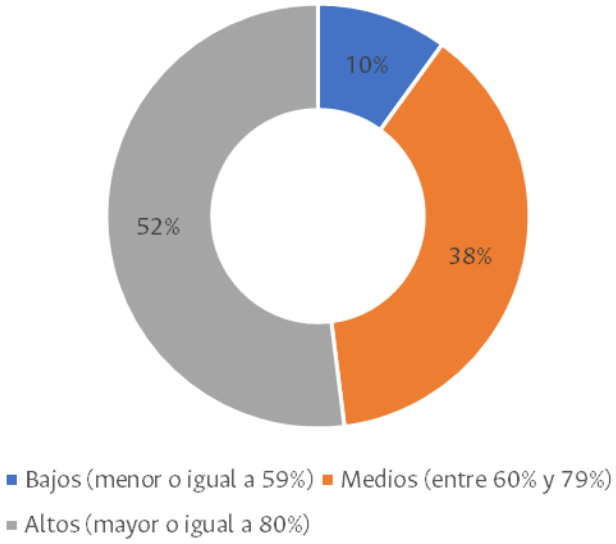
Se observa, en la Gráfica 30, un aumento del 60% en el total de riesgos y del 104% en el total de controles en el año 2019 con relación al 2018, incremento potenciado por la buena gestión de la mayoría de los procesos al realizar el monitoreo y revisión de riesgos operativos, en donde se elevó en un 47% el total de procesos con riesgos, además de los procesos con gestión en el año 2018 que reportaron nuevos escenarios y controles para el 2019.

La Gráfica 31, muestra la distribución de los controles según su eficiencia, y se puede resaltar que más del 90% de los controles permiten disminuir en uno o dos niveles la probabilidad de ocurrencia de los riesgos o los impactos de su materialización; de estos, el 38% permite reducir dos niveles, siendo el valor de eficiencia más común 83,33% en 28

[2] Para el proceso "Seguridad Social en Salud", solo se toman sus riesgos de corrupción asociados, los riesgos operativos no serán considerados ya que hacen parte de los riesgos de atención al paciente de UNISALUD, que manejan su propia metodología de gestión de riesgos (PAMEC).

controles. De otro lado, se encontraron 10 controles que no aportan en la reducción de la variable probabilidad o impacto, 7 de estos con una valoración de 0%, debido a que no enviaron en los monitoreos del año 2019 y anteriores los soportes de evaluación de eficiencia de controles (formato U.FT.15.001.029), los restantes con una valoración entre 50% y 56%.

GRÁFICA 31. DISTRIBUCIÓN DE CONTROLES POR EFICIENCIA AÑO 2019



Fuente: Mapa de Riesgos UN 2019

La Tabla 16, contiene datos de la gestión de planes de tratamiento/mejora en los años 2018 y 2019, siendo de especial atención el bajo número de planes cerrados en el 2019, apenas el 14,29% fueron cerrados (2 de 14). De los planes no finalizados, el 50% (6 de 12) se encuentran al día y el otro 50% atrasados, estos últimos están asociados al Fondo Pensional, Dirección Nacional de Personal Académico y Administrativo, Bibliotecas, Mejoramiento de la Gestión y Dirección de Relaciones Exteriores.

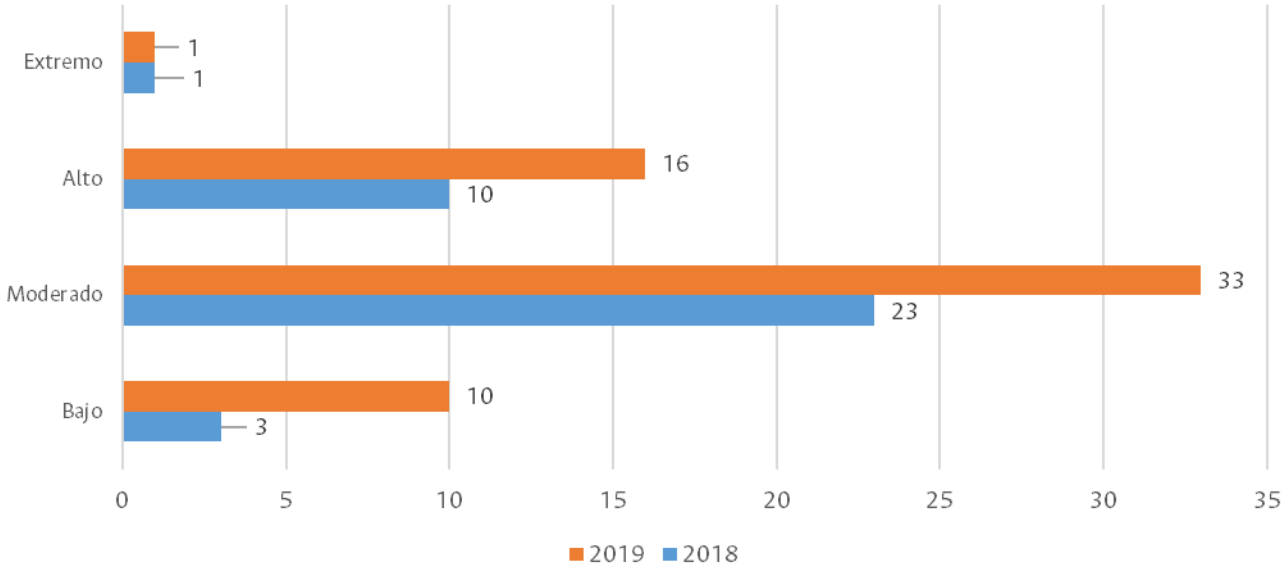
TABLA 16. DATOS PLANES DE ACCIÓN (TRATAMIENTO / MEJORA)

Total Planes 2019	**14**
Total planes periodo 2018 – 2019	15
Planes cerrados 2019	2
Planes abiertos (sin terminar ejecución de actividades)	12
Planes cerrados 2018	1

Fuente: Mapa de Riesgos UN 2019

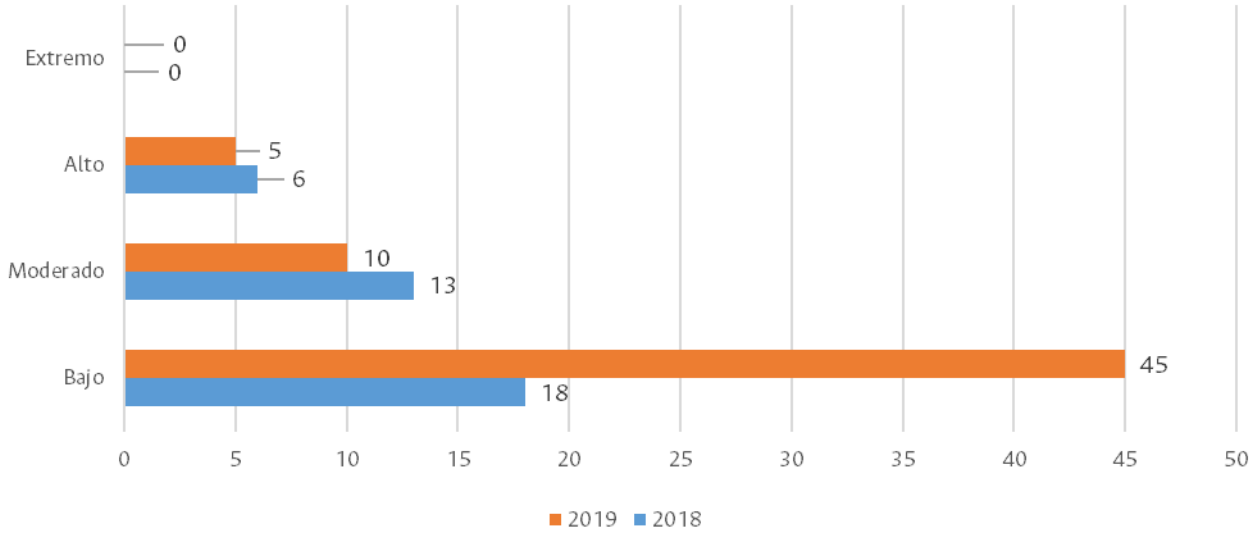
En las Gráficas 32 y 33, se encuentra la distribución de los riesgos inherentes y residuales según el nivel de aceptabilidad (bajo, moderado, alto, extremo) para los años 2018 y 2019. Sobre sale la identificación de los 23 nuevos riesgos operativos identificados en el año 2019, ya que, la gran mayoría de ellos (16 de 23), presentan un riesgo inherente moderado o alto, pero al contrastar con el riesgo residual, el 75% de todos los riesgos se encuentran en un nivel de riesgo bajo (45 de 60). Sin embargo, a pesar del aumento en el total de riesgos, son menos los riesgos residuales moderados y altos en 2019 que en 2018.

GRÁFICA 32. NIVEL DE ACEPTABILIDAD DE RIESGOS INHERENTES PERIODO 2018 – 2019



Fuente: Mapa de Riesgos UN 2019

GRÁFICA 33. NIVEL DE ACEPTABILIDAD DE RIESGOS RESIDUALES PERIODO 2018 – 2019



Fuente: Mapa de Riesgos UN 2019

La Tabla 17, contiene los indicadores de la gestión de riesgos operativos de la vigencia 2018 – 2019, calculados con base en la Guía para la Administración de Riesgos UN Versión 8.0 y los datos aportados por los procesos en los diferentes documentos digítales de soporte. Se evidencia la disminución de un 4% en el promedio de riesgo residual (15,30% en 2018 a 10,20% en 2019), permitiendo que la media aritmética de la eficiencia de los controles implementados aumente un 15% en el año 2019, y disminuyendo en un 55,39% el nivel de exposición al riesgo de la institución (*ver* Índice de vulnerabilidad inherente *vs* Índice de vulnerabilidad residual), acercando así, el nivel de aceptabilidad promedio de los riesgos operativos al umbral de apetito de riesgo definido por la UN (entre 0% y 10%). El

nivel promedio de eficiencia (70,99% y 76,12, respectivamente), indica que, en el escenario esperado, cada control reduce por lo menos, en un nivel las amenazas (causas) que puedan materializar riesgos o las consecuencias de su materialización, aportando en la modificación del riesgo residual.

TABLA 87. INDICADORES DE GESTIÓN DE RIESGOS PERIODO 2018 -2019

NOMBRE	2018	2019
Índice de vulnerabilidad inherente	25,49%	22,87%
Índice de vulnerabilidad residual	15,30%	10,20%
Índice promedio de eficiencia de los controles implementados por disminución de la calificación del riesgo inherente	39,98%	55,39%
Índice promedio de eficiencia pura de los controles implementados (con y sin soporte de eficiencia)	ND	70,99%
Índice promedio de eficiencia pura de los controles implementados (solo con soporte de eficiencia)	ND	76,12%

Fuente: Mapa de Riesgos UN 2019

La Tabla 18 contiene las estadísticas principales que determina la Guía de Riesgos UN. Los procesos con matrices de riesgos operativos aumentaron un 39% en 2019. El alto incremento en el total de riesgos y controles en 2019 incremento en más de un 100% el promedio de riesgos y controles por proceso. De otro lado, se destaca la reducción cercana al 50% del total riesgos significativos, que paso de 16,22% a 8,33%, mostrando que, de los 60 riesgos operativos vigentes, solamente 5 de estos suponen un peligro alto para la institución.

TABLA 98. ESTADÍSTICAS DE GESTIÓN DE RIESGOS PERIODO 2018 -2019

NOMBRE	2018	2019
Cobertura de la gestión del riesgo	47,22%	86,21%
Promedio de riesgos por proceso	1 (1,03)	2 (2,07)
Promedio de controles por proceso	1 (1,42)	4(3,59)
Promedio de planes de tratamiento por proceso	ND	1 (0,48)
Promedio de controles por riesgo	1 (1,38)	2 (1,73)
Nivel de automatización de controles	ND	21,15%
Nivel de controles preventivos	ND	61,54%
Nivel de riesgos inherentes significativos	29,73%	28,33%
Nivel de riesgos residuales significativos	16,22%	8,33%
Nivel de riesgos materializados	ND	8,33%

Fuente: Mapa de Riesgos UN 2019

Conclusiones

La reducción de los indicadores y estadísticas asociados a la exposición del riesgo[3] al igual que el incremento en los relacionados con los mecanismos de control[4], permite interpretar que la gestión de riesgos en la Institución fue y sigue siendo efectiva, a través de las medidas (controles, planes de tratamiento y planes de mejora) que han aportado considerablemente en la disminución del riesgo residual promedio, dejándolo a solo un 0,20% de alcanzar el nivel de aceptabilidad (zona baja entre 1 y 10) en todos sus riesgos operativos, evidencia de ello, es el que el 75% de los riesgos (45 de 60) se encuentren en un nivel de aceptabilidad residual bajo.

Sobre los 104 mecanismos de control utilizados en la vigencia 2019, de los controles operativos se puede decir que en general fueron implementados en forma eficiente y eficaz; el 90% de ellos permite reducir en al menos 1 nivel la probabilidad de que las causas (amenazas) materialicen el riesgo o el impacto de las consecuencias que puede acarrear su materialización.

El panorama de los planes de tratamiento/mejora no es tan optimista, ya que de los 14 de planes con acciones por ejecutar en 2019, solamente el 14% (2 de 14) pudieron cerrarse, siendo necesario motivar a los responsables para que terminen al 100% cada una de las actividades.

La aplicación de los controles y una porción de los planes de acción han permitido que, 45 de los 60 riesgos operativos entren en el apetito de riesgo aceptado por la institución y solo 15 se encuentren por fuera de este nivel de aceptabilidad deseado; de estos riesgos, diez se encuentra en moderado y cinco están en un nivel de riesgo residual significativo (en nivel alto ya que no existe ninguno en nivel extremo).

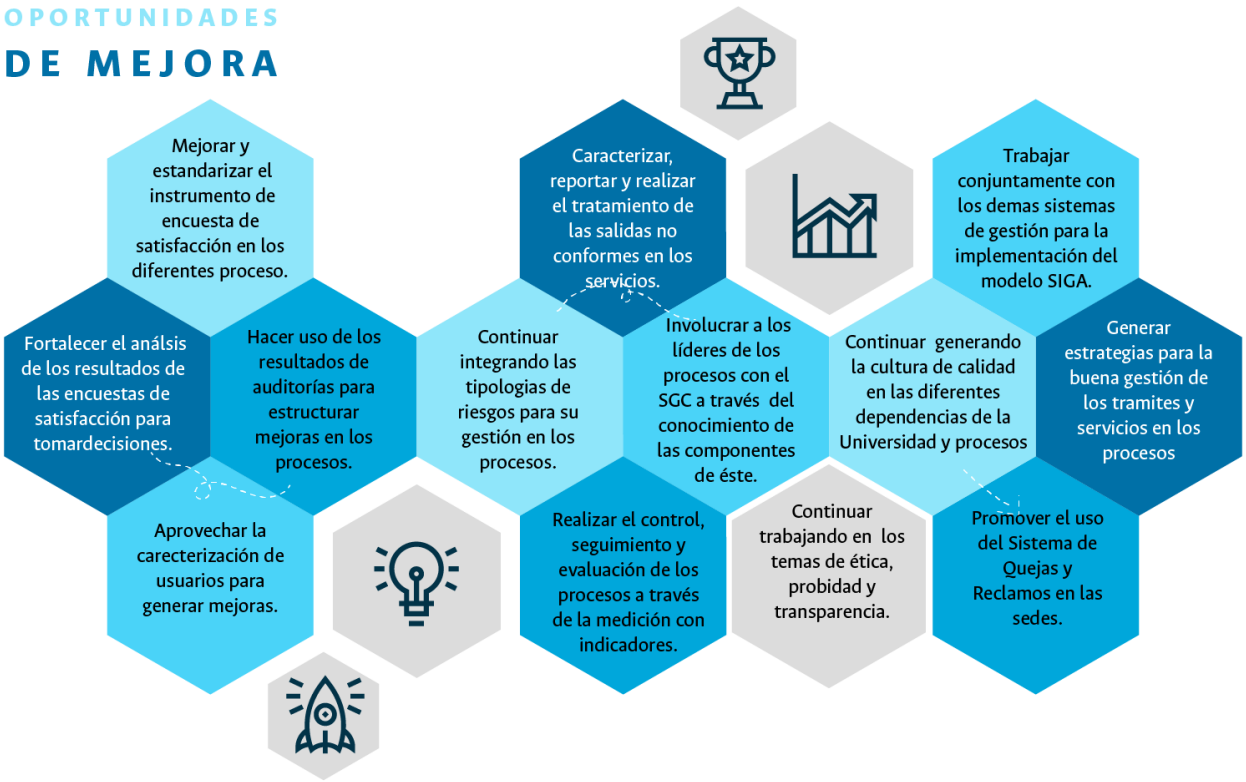
Al igual que en los riesgos de corrupción, a pesar de los diversos obstáculos que pueden presentarse, se resalta el compromiso de los procesos para la actualización de los mapas de riesgos operativos, de los 29 procesos, el 86,21% envió la información solicitada. También se aconseja para los posibles nuevos riesgos operativos a incluir, recomendar a los procesos el uso de los controles automatizados.

6. OPORTUNIDADES DE MEJORA

A partir del trabajo adelantado por las coordinaciones de calidad en las sedes en conjunto con los procesos, se establecen oportunidades de mejora para el SGC relacionadas con diferentes temáticas como se observa en la siguiente gráfica:

[3] índice de vulnerabilidad residual, Nivel de riesgos residuales significativos

[4] Índice promedio de eficiencia de los controles implementados por disminución de la calificación del riesgo inherente, Índice promedio de eficiencia pura de los controles implementados (con y sin soporte de eficiencia), Índice promedio de eficiencia pura de los controles implementados (solo con soporte de eficiencia), Promedio de controles por proceso, Promedio de controles por riesgo



Fuente: elaboración propia VRG con base en informes de RxD de las sedes

7. CONCLUSIÓN

Una vez revisado los diferentes componentes del SGC de la Universidad Nacional de Colombia, se puede definir elementos para establecer la conveniencia, adecuación y eficacia:

Conveniencia

- El SGC está alineado con la misión y visión de la Universidad, así como con la estrategia y objetivos institucionales trazados en el PGD 2019-2021, existiendo coherencia entre estos y la política y objetivos de calidad.
- El SGC a través de sus acciones e iniciativas da cumplimiento a la política y objetivos de calidad.
- El SGC permite dirigir y evaluar el desempeño institucional en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios.
- El SGC es una herramienta de gestión sistemática y transparente.

Adecuación.

- El SGC se enmarca en el cumplimiento de normas para el mejoramiento de su desempeño y para la implementación de políticas nacionales como Ley Antitrámites (Ley 962 de 2005) Ley de Transparencia (Ley 1712 de 2014), Gobierno en Línea (Decreto 2693 de 2012).
- A través de las auditorías internas y la externa se verifico la conformidad del SGC (83%), comprobando así la capacidad de este para cumplir con los

requisitos legales y reglamentarios internos y externos de la norma ISO 9001:2015.

- El SGC ha permitido a la Universidad dar respuesta positiva a las evaluaciones internas (ONCI) y externas (Bureau Veritas).

Eficacia.

- En la vigencia 2019, se dio cumplimiento a las actividades planteadas en el cronograma del SGC.
- El desempeño institucional demuestra que el sistema de gestión ha cumplido desde su gestión y resultados a la política de calidad de la Universidad.
- Los resultados de la evaluación realizada por los usuarios a los servicios prestados por la Universidad, a través de la encuesta de satisfacción, evidencian efectividad del SGC.