

INFORME INSTITUCIONAL

REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN DEL

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

VIGENCIA 2017

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



INFORME INSTITUCIONAL REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

VIGENCIA 2017

El Informe de Revisión por la Dirección del Sistema de Gestión de Calidad para el año 2017 tiene como objetivo la consolidación y el análisis de cada uno de los componentes que constituyen el Sistema, los cuales se presentan a continuación:



SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN ACADÉMICO, ADMINISTRATIVO Y AMBIENTAL - SIGA

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

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

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

Contenido

1. RESULTADOS DE LAS AUDITORÍAS.....	6
1.1 Programa de Auditorías Internas.....	6
1.2 Selección de Auditores Internos.....	7
1.3 Ejecución de Auditorías Internas.....	8
1.4 Auditoría Externa.....	10
2. RETROALIMENTACIÓN DE LOS USUARIOS.....	12
2.1 Gestión de Quejas, Reclamos y Sugerencias.....	12
2.2 Satisfacción del Usuario.....	15
3. GESTIÓN DEL RIESGO.....	17
3.1 Gestión del Riesgo Nivel Nacional.....	17
3.2 Análisis comparativo Gestión del Riesgo Nivel Nacional.....	19
3.3 Gestión del Riesgo Sedes.....	19
4. DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS Y LA CONFORMIDAD DEL PRODUCTO/SERVICIO	22
5. ESTADO DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS, ACCIONES PREVENTIVAS Y MEJORAS.	24
5.1 Distribución por Etapa y por Sede.....	24
5.2 Fuentes generadoras de Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora.....	25
5.3 Temáticas de Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora 2016.....	25
5.4 Comparativo 2015-2016.....	26
6. CAMBIOS QUE PODRÍAN AFECTAR EL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD.....	28
7. RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA.....	29
8. CONCLUSIÓN (CONVENIENCIA, ADECUACIÓN, y EFICACIA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD.....	30

INDICE DE GRÁFICAS

Ilustración 1. Consolidado Hallazgos Auditorías Internas.....	9
Ilustración 2. Certificaciones otorgadas por el ICONTEC a la UN	11
Ilustración 3. Comportamiento histórico de las comunicaciones recibidas en el Sistema de Quejas y Reclamos.....	12
Ilustración 4. Distribución de Comunicaciones por Tipo de Solicitud.....	13
Ilustración 5. Distribución de Comunicaciones por Tipo de Usuario	13
Ilustración 6. Distribución de Comunicaciones por Tipo de Usuario	17
Ilustración 7. Distribución de Riesgos de Procesos Nivel Nacional por Zonas	18
Ilustración 8. Temáticas Riesgos Extremos 2016.....	19
Ilustración 9. Comparativo Riesgos 2015 y 2016.....	19
Ilustración 10. Comportamiento Histórico Indicadores	22
Ilustración 11. Estado de Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora - 2016	24
Ilustración 12. Distribución de Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora por Fuente - 2016.....	25
Ilustración 13. Tendencia de la documentación de planes de mejoramiento	26
Ilustración 14. Comportamiento Planes de Mejoramiento por Sede 2012-2016	26

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de Auditores Internos por Rol, Sede y Proceso	8
Tabla 2. Consolidado Acciones de Mejoramiento por Proceso -	10
Tabla 3. Cifras Gestión del Riesgo por Sede 2016	20
Tabla 4. Indicadores de gestión por Macroproceso 2016	22
Tabla 5. Distribución por Sede de Acciones Correctivas (AC), Acciones Preventivas (AP), Oportunidades de Mejora (OM) – 2016	24

1. RESULTADOS DE LAS AUDITORÍAS.

1.1 Programa de Auditorías Internas

Desde 2016 se definió el Programa Institucional de Auditorías Internas 2016-2018 que fue aprobado por el Comité Nacional de Coordinación del Sistema de Control Interno - CNCSCI mediante Acta 003 del 3 de marzo de 2016, con el objetivo de “Determinar la eficacia, implementación y mantenimiento del Sistema de Gestión e identificar para éste oportunidades de mejora de acuerdo a la NTCGP1000:2009 e ISO 9001: 2008”.

Sin embargo, durante 2017 se presentó a dicho Comité solicitud de ajuste en el programa para las auditorías a realizar en el año 2017, con el propósito de incorporar la ejecución de auditorías combinadas del Sistema de Gestión de Calidad y del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo, el cual fue aprobado, tal como quedó consignado en el Acta No.2 de 2017 del Comité Nacional de Control Interno, sesión realizada el 27 de abril de 2017.

De igual manera, el 20 de septiembre de 2017 el CNCSCI desarrolló sesión extraordinaria no presencial, convocada por medio del oficio ONCI-739-17, en la cual se aprobó modificar el programa de auditorías 2017 teniendo en cuenta la recomendación de la Vicerrectoría General de validar el ciclo de auditorías internas realizado entre junio y julio de 2017 al igual que el ejercicio de autoevaluación de los procesos desarrollado en el primer semestre de 2017, como suficientes para contar con las fuentes de análisis de desempeño de los procesos requeridas en la vigencia. De igual forma y con el ánimo de no saturar a los procesos, eliminar el segundo ciclo de auditorías internas del segundo semestre de 2017.

Como resultado de lo anterior, durante 2017 se planificaron todos los procesos para la realización del ejercicio de Autoevaluación de Procesos y dieciséis (16) procesos para ser auditados de manera institucional entre junio y julio de 2017 en el marco del Sistema de Gestión de Calidad, los cuales fueron distribuidos aleatoriamente en diferentes sedes. El objetivo del Programa de Auditoria se orienta a verificar el cumplimiento de los requisitos aplicables al proceso de acuerdo a la NTCGP1000:2009 e ISO 9001: 2008, normatividad interna y externa e identificar oportunidades para la mejora a través del proceso de autoevaluación, determinar la conformidad del Sistema de Gestión acorde a los requisitos de la NTCGP1000:2009 e ISO 9001: 2008, su implementación y mantenimiento eficaz, a través del proceso de auditorías internas y verificar la eficacia de las acciones tomadas para eliminar las causas de las No Conformidades reales y potenciales detectadas en el proceso a través de auditorías de seguimiento. Las evaluaciones planificadas en 2017 son:

EVALUACIÓN	MACROPROCESO	PROCESO	SEDE
Autoevaluación de proceso	Todos	Todos	Todas las sedes
Auditoria Interna Sistema de Gestión de Calidad	Direccionamiento Institucional	Planeación Estratégica	Nacional
			Medellín
			Caribe
	Comunicación	Divulgación de la Información General	Nacional
			Bogotá
			Manizales

		Divulgación de la Producción Académica	Medellín
			Manizales
	Formación	Gestión de Programas Curriculares	Nacional
			Palmira
	Extensión, Innovación y Propiedad Intelectual	Admisiones	Nacional
		Gestión de la Extensión	Bogotá
			Orinoquia
	Bienestar Universitario	Gestión de Egresados	Amazonas
			Medellín
			Palmira
	Gestión de Laboratorios	Gestión de Laboratorios	Caribe
			Bogotá
	Gestión de la Información	Gobierno y Gestión de Servicios TI	Medellín
			Palmira
	Gestión Administrativa y Financiera	Gestión de Bienes	Amazonas
			Bogotá
			Manizales
			Medellín
			Medellín
		Contable	Palmira
		Gestión de Espacios Físicos	Orinoquia
	Gestión Jurídica	Gestión Jurídica	Manizales
			Medellín
	Seguridad Social	Seguridad Social en Salud	Bogotá
			Manizales
			Palmira
		Seguridad Social en Pensiones	Nacional

Así mismo se programó la realización de la Auditoria Interna Decreto 1072 de 2015 “Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo” con el fin de determinar la conformidad del sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo con los requisitos del componente estratégico y planeación capítulo 6 del Decreto 1072 de 2015 del Ministerio de Trabajo. Para esta auditoría se planificó el proceso de Gestión del Talento Humano en el Nivel Nacional y en todas las **Sedes**.

La Sede Bogotá y Manizales planificaron auditorías internas de seguimiento adicionales a los procesos programados de manera institucional, considerando la necesidad de verificar la eficacia de las acciones tomadas para eliminar las causas de las no conformidades reales y potenciales detectadas en procesos auditados previamente.

1.2 Selección de Auditores Internos

Para la realización de las auditorías internas institucionales programadas para el primer semestre de 2016, se seleccionaron 3 equipos de auditores conformados por personas de las diferentes Sedes en las que se realizó la auditoría de cada proceso programado, así:

Tabla 1. Distribución de Auditores Internos por Rol, Sede y Proceso

	PROCESO	NIVEL NACIONAL	SEDE BOGOTÁ	SEDE MEDELLIN	SEDE MANIZALES	SEDE PALMIRA
 Auditor Líder	GESTIÓN DOCUMENTAL					
 Auditor Sublíder	REGISTRO Y MATRICULA					
 Auditor Acompañante						
 Auditor Observador	GESTIÓN DE RECURSOS Y SERVICIOS BIBLIOTECAR.					

Fuente: Módulo Auditorías SoftExpert 2015

Cada Equipo Auditor contó con un líder (miembro con el mayor número de horas auditadas), un sublíder para cada Sede en que se evaluó el proceso, auditores acompañantes de acuerdo con la disponibilidad de cada Sede y auditores observadores que corresponden a personas en formación. Para las auditorías institucionales desarrolladas en la Sede Bogotá y Manizales los auditores observadores que participaron corresponden a las personas que se destacaron en el Semillero de Auditores Internos desarrollado por el SENA en 2015.

Las Sedes Bogotá y Manizales realizaron auditorías adicionales a las programadas institucionalmente y contaron con la participación de auditores locales.

Durante la vigencia 2016 no se realizaron actividades institucionales de formación de nuevos auditores ni de actualización de auditores ya formados. Sin embargo, la Sede Manizales adelantó ejercicios particulares de actualización en la norma ISO 19011 y de formación a nuevos auditores internos en la NTCGP1000:2009.

1.3 Ejecución de Auditorías Internas

De los once (11) procesos programados para la vigencia 2016, solo se auditaron institucionalmente los tres (3) que se encontraban programados para el primer semestre: Gestión Documental, Registro y Matrícula y Gestión de Recursos y Servicios Bibliotecarios, realizando 7 ejercicios de auditorías en las Sedes seleccionadas. Los demás procesos se encontraban programados para ser auditados en el segundo semestre de 2016 y debido a que dichos procesos fueron contemplados en la auditoría externa

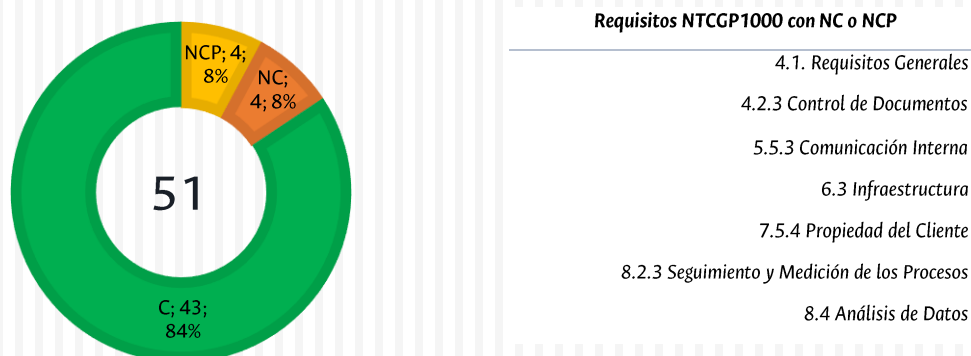
del ICONTEC realizada entre el 18 y el 21 de octubre de 2016, se definió que no era pertinente realizar una doble evaluación.

En total se auditaron 23 requisitos de la NTCGP1000:2009, en los tres procesos definidos institucionalmente, teniendo en cuenta la matriz cruzada de requisitos de la NTCGP construida para la UN. Los resultados de las auditorías se clasificaron en “Conformes” cuando el requisito se cumple, “No Conforme Potencial” cuando el requisito se cumple parcialmente y “No Conforme” cuando el requisito se incumple.

A partir de los resultados de las auditorías internas ejecutadas se generaron 51 hallazgos, 43 (84%) Conformes, 4 (8%) No Conformes Potenciales y 4 (8%) No Conformes.

De los 23 requisitos evaluados en Auditorías Internas Institucionales, 16 resultaron Conformes y 7 presentaron No Conformidades y No Conformidades Potenciales.

Ilustración 1. Consolidado Hallazgos Auditorías Internas Institucionales de Proceso 2016



Fuente: Informes de Auditoría Interna – Módulo Auditorías Internas SoftExpert

En total se generaron 15 acciones de mejoramiento como resultado de las auditorías internas institucionales de procesos 2016, de las cuales 11 corresponden a las 8 No Conformidades y No Conformidades Potenciales y las 4 restantes fueron definidas de forma adicional a pesar de que el requisito asociado (4.2.4, 7.1 y 8.2.1) se declaró Conforme para los procesos.

Las acciones de mejoramiento definidas a partir de las auditorías internas institucionales se orientaron a:

- Gestionar adecuadamente la documentación de los procesos incluyendo su revisión y actualización.
- Mejorar el archivo de documentos y la transferencia y eliminación documental, de acuerdo con los requisitos establecidos
- Establecer mecanismos de medición de la satisfacción de los usuarios de los servicios
- Resolver las dificultades en el cumplimiento de la programación de talleres de formación en competencias informacionales.

- Definir mecanismos efectivos de comunicación interna
- Garantizar el cuidado de la propiedad del cliente
- Realizar análisis adecuado de los resultados de los indicadores.
- Ejecutar mantenimientos periódicos a los equipos de seguridad.

Tabla 2. Consolidado Acciones de Mejoramiento por Proceso - Auditorías Internas Institucionales 2016

Requisitos NTCGP1000	PROCESOS AUDITADOS INSTITUCIONALMENTE 2016		
	Gestión Documental	Registro y Matricula	Gestión de Recursos y Servicios Bibliotecarios
4.1. Requisitos Generales		Ocurrencia 6384	Ocurrencia 6378
4.2.3 Control de Documentos		Ocurrencia 6404	
5.5.3 Comunicación Interna		Ocurrencia 6405	
6.3 Infraestructura			Ocurrencia 6379
7.5.4 Propiedad del Cliente		Ocurrencia 6385	Ocurrencia 6381
8.2.3 Seguimiento y Medición de los Procesos	Ocurrencia 6356		Ocurrencia 6382
8.4 Análisis de Datos		Ocurrencia 6387	Ocurrencia 6383
ACCIONES DE MEJORAMIENTO ADICIONALES			
4.2.4 Control de Registros	Ocurrencia 6413		Ocurrencia 6380
7.1 Planificación y Realización del Producto o Prestación del Servicio		Ocurrencia 6406	
8.2.1 Satisfacción del Usuario		Ocurrencia 6386	

Fuente: Informes de Auditoria Interna – Modulo Auditorías Internas SoftExpert

Sede Manizales: Como resultado de las auditorías internas desarrolladas en la Sede Manizales se generaron 15 no conformidades y no conformidades potenciales, para los cuales se documentaron 12 planes de mejoramiento.

Sede Bogotá: Estableció una escala de calificación diferente obteniendo en sus auditorías de seguimiento resultados Satisfactorios en 13 procesos, Básicos en 2 y No Cumplimiento en 2 procesos más.

1.4 Auditoria Externa

En octubre de 2016 la Universidad Nacional de Colombia recibió por parte del ICONTEC la auditoría externa de seguimiento a la Certificación NTCGP1000:2009 e ISO 9001:2008.

En dicha auditoría se verificó la implementación del plan de acción establecido para solucionar la no conformidad menor identificada al numeral 6.3 de la NTCGP1000 en la auditoría externa de junio de 2015 y se concluyó su eficacia. De igual forma se generó una nueva no conformidad institucional al numeral 8.2.3 “La organización no evidencia la aplicación de métodos apropiados para el seguimiento y medición de los procesos del Sistema de Gestión de Calidad” para lo cual la Vicerrectoría General y la Dirección

Nacional de Planeación y Estadística DNPE propusieron un plan de mejoramiento conjunto que fue validado por el ICONTEC.

El resultado de este seguimiento fue el mantenimiento de la Certificación por un año más.

Ilustración 2. Certificaciones otorgadas por el ICONTEC a la UN



Fuente: Informe Final Auditoría Externa Octubre 2016

¿Qué se espera en la próxima vigencia? En 2017 se implementará la figura de Autoevaluación de Procesos, como una alternativa para la identificación del estado de los mismos y las oportunidades de mejora existentes. Así mismo, se realizarán ajustes en la ejecución de Auditorías Internas orientados a optimizar el ejercicio mediante la integración con el Sistema de Control Interno y el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo. Se espera realizar capacitación de auditores internos y promover la participación de auditores de todas las Sedes en un ejercicio integrado en todos los niveles.

En el caso de la Auditoría Externa de Certificación de Calidad, se espera gestionar durante el 2017 el plan de mejoramiento de la NC Menor identificada en 2016. De igual forma, se realizará la preparación para recibir la segunda auditoría de seguimiento por parte del ICONTEC en el segundo semestre de 2017.

2. RETROALIMENTACIÓN DE LOS USUARIOS.

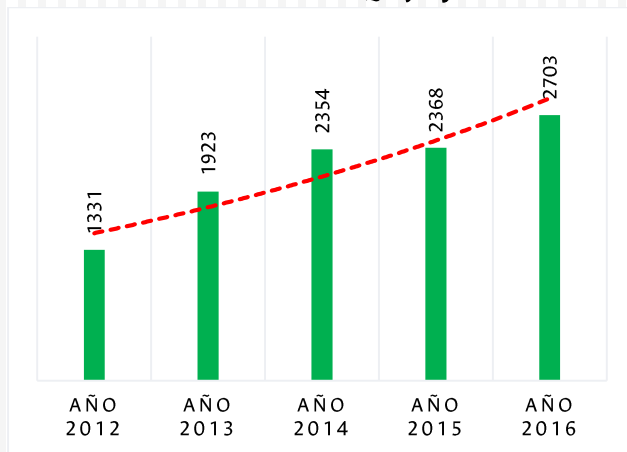
2.1 Gestión de Quejas, Reclamos y Sugerencias

El Sistema de Quejas y Reclamos de la Universidad Nacional, 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 a través de cualquiera de los medios establecidos en el Sistema, y hacer seguimiento a su requerimiento por cualquiera de los canales.

La Universidad Nacional de Colombia, a partir del 02 de enero de 2016, implementó y puso en funcionamiento el Sistema Institucional de Quejas y Reclamos para las Sedes Andinas y de Presencia Nacional, permitiendo integrar las solicitudes que presenten los miembros de la comunidad universitaria y la sociedad en general, cumpliendo las normas generales y estableciendo mecanismos que identifiquen debilidades y fortalezas al interior de la institución.

Durante el año 2016 se recibieron y gestionaron en total 2703 comunicaciones, entre quejas, reclamos, sugerencias, solicitudes de información, felicitaciones y denuncias. Comparativamente con años anteriores, se identifica un comportamiento creciente del número de comunicaciones recibidas en el Sistema de Quejas y Reclamos, tal como lo indica la figura 3. Entre 2015 y 2016 se presentó un aumento equivalente al 14%.

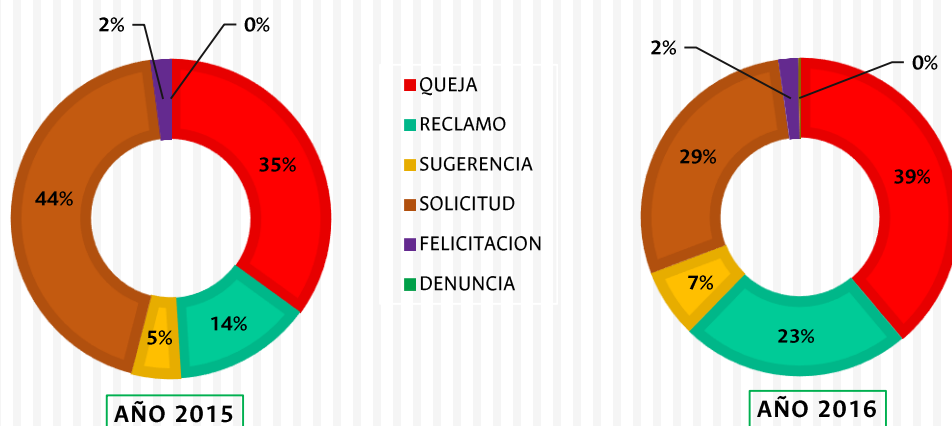
Ilustración 3. Comportamiento histórico de las comunicaciones recibidas en el Sistema de Quejas y Reclamos



Fuente: Informes Anual Sistema de Gestión de Quejas y Reclamos 2014, 2015, 2016

Durante 2016, la distribución de las comunicaciones por tipo de solicitud fue de 1050 Quejas, 633 Reclamos, 189 Sugerencias, 722 Solicitudes de Información, 53 Felicitaciones y 6 Denuncias, tal como se muestra en la Figura 4.

Ilustración 4. Distribución de Comunicaciones por Tipo de Solicitud



Fuente: Informes Anual Sistema de Gestión de Quejas y Reclamos de la UN 2014, 2015, 2016

El 80% de las comunicaciones recibidas en el Sistema de Gestión de Quejas y Reclamos de la UN, se encuentran concentradas en 4 tipos de usuario: estudiantes, aspirantes, particulares y administrativos. Las principales temáticas de las tipologías quejas y reclamos son: Sistema Información Académica – SIA, inscripción de asignaturas, proceso de admisiones, calificaciones, recibos de pago y espacios físicos de los campus, entre otros. (Ver Figura 5).

Ilustración 5. Distribución de Comunicaciones por Tipo de Usuario

PRINCIPALES TEMATICAS DE LAS TIPOLOGIAS QUEJAS Y RECLAMOS 2016	
• Sistema Información Académica – SIA • Inscripción de Asignaturas • Proceso de Admisiones • Calificaciones • Recibos de Pago • Espacios físicos de los campus	

TIPO USUARIO	Año 2016	Año 2015
Estudiante	42%	42%
Aspirante	19%	13%
Particular	14%	17%
Administrativo	6%	4%
Egresado	6%	6%
Docente	5%	5%
Admitido	3%	7%
Contratista	2%	2%
Exalumno	1%	1%
Pensionado	1%	0%

Fuente: Informes Anual Sistema de Gestión de Quejas y Reclamos de la UN 2014, 2015, 2016

La eficacia en la atención de las quejas, reclamos, sugerencias, solicitudes de información, felicitaciones y denuncias es del 96%. Este comportamiento se ha mantenido en los mismos niveles desde 2013.

De las dos mil setecientas tres (2703) solicitudes distribuidas entre quejas, reclamos, sugerencias, solicitudes de información, felicitaciones y denuncias, el 85% aproximadamente fue realizado a través del aplicativo web implementado, el 11% por correo electrónico y el 4% distribuido entre teléfono, presencial y correo físico; por lo que se concluye que los usuarios prefieren utilizar el medio web

implementado para el Sistema de Quejas y Reclamos. Es de anotar que las solicitudes que llegan por otros medios distintos a la página web son registradas en el aplicativo destinado para este fin.

Teniendo en cuenta la información reportada por las Sedes, se observa que las solicitudes interpuestas por los usuarios fueron atendidas en su mayoría dentro de los términos establecidos por la Ley 1755 de 2015. El tiempo para atender las solicitudes correspondió a un promedio ponderado de 17 días, con relación a la medición en todas las Sedes.

Finalmente, en 2016 la Vicerrectoría General en calidad de responsable del Sistema de Quejas y Reclamos capacitó a los secretarios de sede, a los líderes de procesos y a la comunidad en general sobre la temática del Derecho de Petición establecido en la Ley 1755 de 2015, que consiste en conocer cómo se debe presentar una petición y como debe atenderse desde las dependencias responsables de emitir la respuesta a la solicitud interpuesta.

¿Cómo vamos? En 2017 se encuentra en revisión y mejoramiento la herramienta institucional para registro, seguimiento y evaluación detallada de quejas y reclamos de la UN, con el fin de resolver dificultades en la generación de reportes periódicos. De igual forma se gestionó la actualización del procedimiento de gestión de quejas y reclamos con la participación de las Secretarías de Sede. Se dará continuidad a las actividades de sensibilización a funcionarios UN para la atención de quejas y reclamos con oportunidad y asertividad.

2.2 Satisfacción del Usuario

De acuerdo con la información reportada por los procesos y por las Sedes, durante 2016 se realizaron ejercicios particulares de medición de la satisfacción de usuarios mediante la aplicación de encuestas. Sin embargo, en 2016 aún no se dispone de criterios unificados para establecer la medición y obtener resultados comparables entre Sedes que permitan generar una línea base para continuar evaluándola periódicamente y poder identificar la mejora. Se espera realizar este ejercicio en 2017.

A continuación se presentan los resultados en la medición de la satisfacción de los usuarios obtenidos por las Sedes:

- **NIVEL NACIONAL**

Se definieron y aplicaron encuestas de medición de la satisfacción a 5 procesos específicos: Gestión de la Innovación y Propiedad Intelectual, Gestión de la Investigación y Creación Artística, Gestión de Laboratorios, Gestión de Recursos y Servicios Bibliotecarios y Gestión Jurídica.

En general, se obtuvieron calificaciones globales de satisfacción superiores al 80%.

- **SEDE BOGOTA**

Se definieron y aplicaron encuestas de medición de la satisfacción en 5 procesos específicos: Gestión de la Extensión, Gestión de la Investigación y Creación Artística, Gestión de Bienestar, Gestión de Recursos y Servicios Bibliotecarios y Gestión de la Actividad Académica.

En general, se obtuvo un porcentaje de satisfacción global del 77.2%.

Adicionalmente, se aplicó la encuesta institucional de sede a 1296 usuarios, que muestra un resultado global de satisfacción de 4.0 sobre 5, en la cual se evaluaron entre otros, los siguientes aspectos: asesoría e información recibida, rapidez en la atención, satisfacción de necesidades, sencillez y agilidad en los trámites, experticia del personal que atiende, cordialidad y respeto en la atención.

- **SEDE MEDELLIN**

Se definieron y aplicaron encuestas de medición de la satisfacción en 6 procesos específicos: Gestión de la Extensión, Gestión de la Investigación y Creación Artística, Gestión de Bienestar, Gestión de Recursos y Servicios Bibliotecarios, Gestión de Laboratorios y al macroproceso de Formación.

En general, se obtuvieron calificaciones globales de satisfacción superiores al 86%.

- **SEDE MANIZALES**

Se definieron y aplicaron encuestas de medición de la satisfacción en 3 macroprocesos específicos: Formación, Investigación y Creación Artística y Extensión.

En dichas encuestas se evaluaron criterios de confiabilidad, oportunidad, empatía y expectativas de servicio.

En general, se obtuvo un porcentaje de satisfacción global del 92.7%.

- **SEDE PALMIRA**

Se definieron y aplicaron encuestas de medición de la satisfacción en 6 procesos específicos: Registro y Matrícula, Gestión de la Investigación y Creación Artística, Gestión de Bienestar, Gestión de Recursos y Servicios Bibliotecarios, Gestión de Laboratorios y al macroproceso de Formación.

Mediante las encuestas aplicadas se evaluaron los siguientes criterios: calidad, oportunidad, amabilidad e información, entre otros.

4 de los procesos muestran una calificación global mayor a 80% y procesos como Bienestar, Bibliotecas y Formación presentan resultados inferiores para algunos de los criterios evaluados.

- **SEDE ORINOQUIA**

Se definieron y aplicaron encuestas de medición de la satisfacción en 2 procesos: Préstamo externo y Asesoría investigativa.

En general, se obtuvo una calificación de satisfacción global de 4.58 sobre 5.

- **SEDE CARIBE**

Se definieron y aplicaron encuestas de medición de la satisfacción en 5 procesos: Formación, Extensión, Gestión de Bienestar, Gestión de Laboratorios y Gestión de Recursos y Servicios Bibliotecarios.

En general, se obtuvo un porcentaje de satisfacción global del 96%.

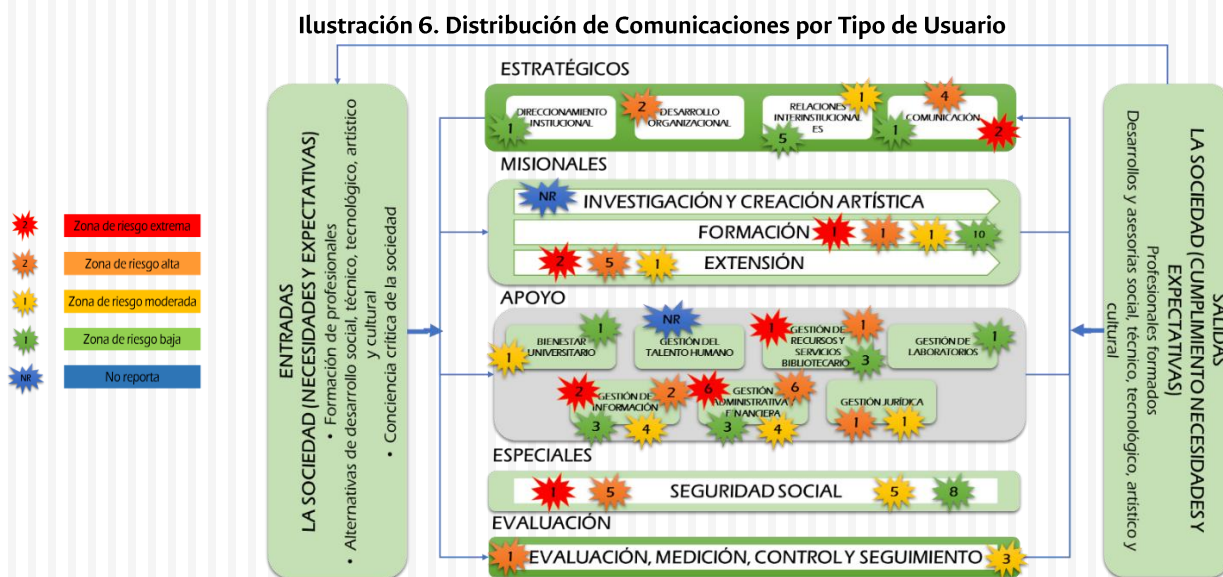
¿Cómo vamos? Durante la vigencia 2016 se mantuvo el interés de los procesos de cara al usuario en conocer y gestionar la satisfacción de sus usuarios obteniendo niveles de satisfacción superiores al 80% en los casos particulares de las Sedes, a excepción de Bogotá que obtuvo un 77% promedio en su calificación. Sin embargo, se espera que para la vigencia 2017 se disponga de criterios unificados para el diseño de atributos a evaluar (atributos), escalas, frecuencia, cobertura (grupos de interés) y lineamientos para el cálculo de muestras de encuestas, que sirvan para establecer una línea base y determinar el mecanismo que se deberá aplicar periódicamente y así obtener resultados comparables y un análisis coherente del comportamiento de la satisfacción de usuarios.

3. GESTIÓN DEL RIESGO

Mediante el ejercicio de actualización de las matrices de riesgo por proceso, durante 2016 cada uno de los 42 procesos cuenta con un registro de los potenciales eventos que puedan impedir el cumplimiento de sus objetivos, los cuales son administrados por los líderes en el nivel nacional y sede; así mismo son evaluados de manera independiente por la ONCI con la ejecución de las auditorías a la gestión del riesgo.

3.1 Gestión del Riesgo Nivel Nacional

De acuerdo con la información recolectada sobre la gestión del riesgo para la vigencia 2016 en el nivel nacional, a continuación se muestra la distribución de los riesgos por Macroproceso y por zona de calificación:



Fuente: Mapas de Riesgos por Procesos 2016

De lo anterior se concluye que:

- Los Macroprocesos con mayor número de riesgos identificados son Gestión Administrativa y Financiera y Seguridad Social, con 19 riesgos cada uno.
- El Macroproceso con mayor número de riesgos significativos es Gestión Administrativa y Financiera, con 12 riesgos ubicados en zona extrema (6) y zona alta (6).
- Se tiene un promedio de 7,14 riesgos por Macroproceso.

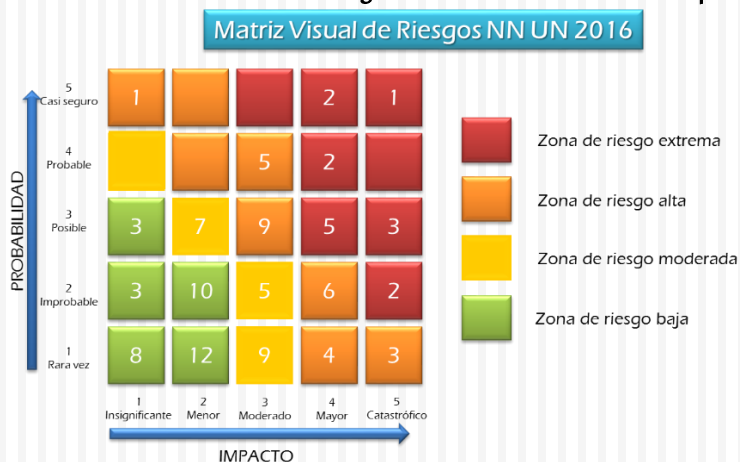
De igual manera a nivel de proceso se tiene que:

- Se actualizaron 26 mapas de riesgo en el nivel nacional asociados a 28 procesos debido a que el mapa de riesgos del Macroproceso Bienestar Universitario aplica para los procesos Planeación, Ejecución, Seguimiento y Evaluación, Acompañamiento Integral y Gestión y Fomento Socioeconómico.

- Teniendo en cuenta que 34 procesos aplican en el nivel nacional, se concluye que el 82% de procesos aplicables cuenta con mapa de riesgos actualizado en esta vigencia.
- El proceso con mayor número de riesgos es Seguridad Social en Salud con 12 riesgos distribuidos en zona extrema (1), zona alta (3), zona moderada (4) y zona baja (4).
- El proceso con mayor número de riesgos significativos es Gestión de la Extensión con 7 riesgos distribuidos en zona extrema (2) y zona alta (5).
- El porcentaje de riesgos significativos es del 42%.
- El promedio de riesgos por proceso es 3,57.
- El promedio de controles por proceso es 8,54.
- El porcentaje de controles efectivos es del 56%
- El promedio de planes de tratamiento por proceso es de 2,07

En la Figura 7 se muestra la matriz visual de riesgos del nivel nacional con el número de riesgos por cada uno de los cuadrantes de las diferentes zonas de calificación.

Ilustración 7. Distribución de Riesgos de Procesos Nivel Nacional por Zonas

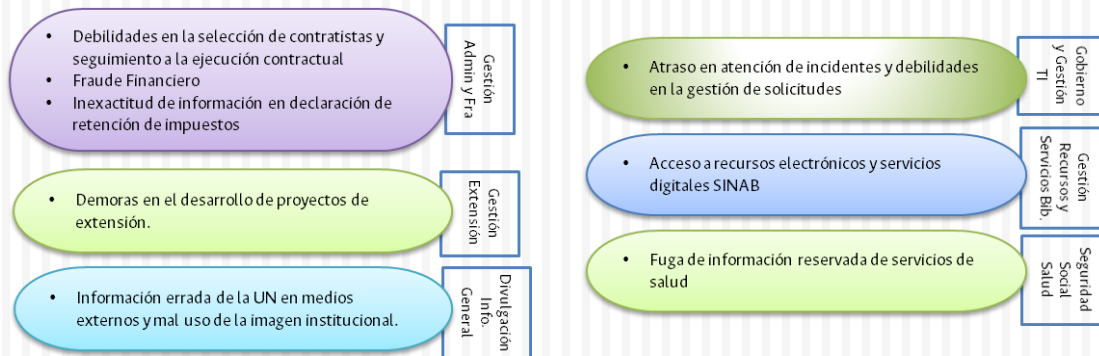


Fuente: Mapas de Riesgos por Procesos 2016

Se observa que el mayor porcentaje de los riesgos se encuentra en zona baja con 36%, el menor en zona extrema con 15% y es considerable el porcentaje de riesgos en zona alta 28%, por lo anterior es necesario fortalecer los controles existentes o diseñar nuevos controles que permitan llevar estos riesgos a niveles aceptables para la Universidad. Como se puede apreciar, de los 100 riesgos identificados en esta vigencia, 43 son significativos (15 ubicados en zona extrema y 28 ubicados en zona alta) y 57 son riesgos no significativos (21 ubicados en zona moderada y 36 ubicados en zona baja).

Las principales temáticas de los riesgos ubicados en zona extrema están relacionadas con:

Ilustración 8. Temáticas Riesgos Extremos 2016

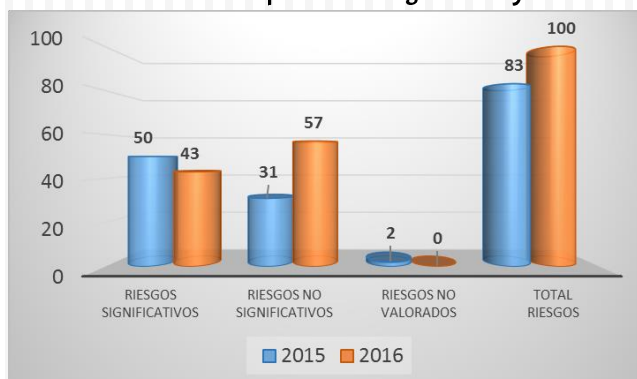


Fuente: Mapas de Riesgos por Procesos 2016

3.2 Análisis comparativo Gestión del Riesgo Nivel Nacional

Entre 2015 y 2016 se presentó una reducción del 14% en los riesgos significativos identificados pues pasó de 50 a 43 riesgos significativos, mientras que se incrementaron los riesgos no significativos de 31 a 57 lo que representa un aumento del 83%. En 2016 no se tuvieron riesgos sin valoración y en total se identificaron 100 riesgos frente a 83 de la vigencia 2015 lo que representa un aumento del 20,5%.

Ilustración 9. Comparativo Riesgos 2015 y 2016



Fuente: Mapas de Riesgos por Procesos 2015 y 2016

3.3 Gestión del Riesgo Sedes

De acuerdo con la información recolectada sobre la gestión del riesgo para la vigencia 2016 en las Sedes, a continuación se muestra el resultado obtenido:

Tabla 3. Cifras Gestión del Riesgo por Sede 2016

SEDE	PROCESOS	MAPAS DE RIESGOS	RIESGOS	No. RIESGOS SIGNIF.	No. RIESGOS NO SIGNIF.	No. PLANES TRATAM.	No. CONTROLES
				%	%		
BOGOTÁ	27	27	100	37	63	137	216
				37%	63%		
MEDELLÍN	NR	18	90	30	60	21	190
				33%	67%		
MANIZALES	33	33	110	41	69	65	324
				37%	63%		
PALMIRA	23	NR	76	NR	NR	NR	NR
ORINOQUÍA	11	12	31	19	12	29	85
				61%	39%		
CARIBE	24	24	76	38	38	21	180
				50%	50%		
AMAZONÍA	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR

Fuente: Mapas de Riesgos por Proceso remitidos a diciembre de 2016 e Informes de Revisión por la Dirección de Sede 2016

*NR: No reporta

De lo anterior se concluye que:

- En las Sedes Andinas y de Presencia Nacional se identificaron 443 riesgos de proceso en 2016, aunque no todas las Sedes reportaron la estadística de la zona de riesgos en la que se ubican sus riesgos residuales.
- Comparativamente entre las Sedes Bogotá, Medellín, Manizales, Orinoquia y Caribe, que reportan la totalidad de la información de su gestión del riesgo, se identifica que la Sede Manizales presenta el mayor número de procesos con mapa de riesgos disponible, 33 de 42 equivalente al 79%. Así mismo, presenta el mayor número de riesgos identificados, de los cuales el 37% son significativos y requieren fortalecimiento de controles y medidas de tratamiento para su mitigación.
- Entre los datos disponibles de las Sedes se identifican 273 planes de tratamiento y 995 controles.

¿Cómo vamos? La Gestión del riesgo supone un esfuerzo anticipado para potenciar el cumplimiento de los objetivos de los procesos a través de la prevención de la materialización de eventos indeseados. Por esta razón es claro que se trata de un componente neurálgico en el SIGA de la UN y que requiere de su fortalecimiento a través de la apropiación y aplicación de sus conceptos por parte de los diferente actores que intervienen en el sistema.

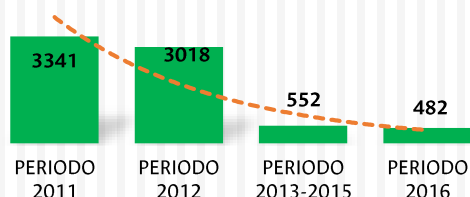
A pesar de que se tiene un nivel de cobertura alto de procesos con mapa de riesgos actualizados es necesario invertir esfuerzos para lograr el 100%, pues se trata de un tema que permite blindar a la Universidad en cuanto a requerimientos tanto internos como externos y al cumplimiento de la normativa aplicable.

Para la vigencia 2017 se tiene previsto diseñar un marco de referencia para la Gestión del Riesgo en la UN basado en el estándar Internacional ISO 31000:2009, que cubije las diferentes metodologías aplicables a los diferentes tipos de riesgos a los cuales está expuesta la Institución, con el fin de brindar instrumentos que le den sentido a la gestión del riesgo como herramienta para apalancar el cumplimiento de su misión y el mejoramiento continuo.

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

En 2016 se realizó un análisis del comportamiento histórico de los indicadores de gestión en la UN identificando que desde 2011 hasta 2016 se ha presentado una reducción del 85% en la cantidad de indicadores.

Ilustración 10. Comportamiento Histórico Indicadores



Fuente: Informe General Evolución de Indicadores – Dic 2016

Esta reducción se explica en tres situaciones específicas:

- La eliminación del proceso de planeación operativa de acuerdo con la revisión y análisis de la Dirección Nacional de Planeación y Estadística, la Dirección Nacional de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones y la Vicerrectoría General.
- La simplificación y reducción de procesos experimentada entre 2014 y 2015, pasando de 63 a 42 procesos.
- El ejercicio de depuración de indicadores alineados con el objetivo proceso realizado desde 2014.

Durante el 2016 se realizó una consolidación de indicadores de gestión por procesos a partir de la información reportada por las Coordinaciones de Calidad de las Sedes y del contenido de los informes de gestión realizados por las áreas de la UN en el primer trimestre de 2016.

A partir del ejercicio en mención, se identificaron 482 indicadores de gestión clasificados por macroproceso, así:

Tabla 4. Indicadores de gestión por Macroproceso 2016

Macroproceso	Total	%
Seguridad Social	56	12%
Gestión Financiera y Administrativa	55	11%
Formación	48	10%
Gestión de la Información	44	9%
Gestión de Laboratorios	41	9%
Bienestar Universitario	40	8%
Gestión del Talento Humano	37	8%
Desarrollo Organizacional	33	7%
Extensión, Innovación y Propiedad Intelectual	33	7%

Macroproceso	Total	%
Investigación y Creación Artística	23	5%
Comunicación	16	3%
Gestión de Recursos y Servicios Bibliotecarios	16	3%
Relaciones Interinstitucionales	16	3%
Direccionamiento Institucional	11	2%
Evaluación, Medición, Control y Seguimiento	11	2%
Gestión Jurídica	2	0%
TOTAL	482	100%

Fuente: Informe General Evolución de Indicadores – Dic 2016

El total de indicadores de gestión se clasifican por tipo de proceso encontrando que el 49% corresponde a procesos de Apoyo, el 21% a procesos Misionales, el 16% a los procesos Estratégicos, el 12% a los procesos Especiales y el 2% a los procesos de Evaluación.

¿Cómo vamos? Durante 2017 se espera conformar el Grupo Matricial con participación de representantes de los procesos en el Nivel Nacional. Adicionalmente, se ejecutará el plan de acción orientado a la elaboración de la Guía Metodológica para la construcción y gestión de indicadores de la Universidad. De igual forma, se programará un curso de fundamentos y gestión de indicadores dirigidos a funcionarios del Nivel Nacional y posteriormente a funcionarios de las Sedes.

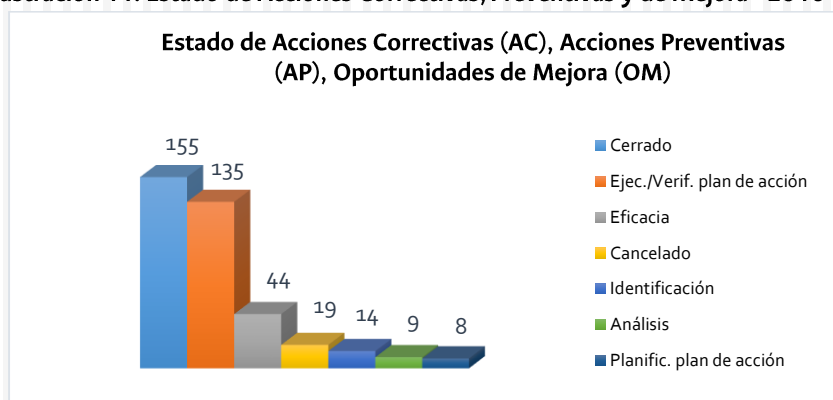
5. ESTADO DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS, ACCIONES PREVENTIVAS Y MEJORAS.

5.1 Distribución por Etapa y por Sede

Entre enero y diciembre de 2016 se registraron en el Modulo de Acción del Soft Expert 384 planes de mejoramiento entre los cuales se encuentran 65 acciones correctivas, 46 acciones preventivas, 162 acciones derivadas de la gestión del riesgo y 109 oportunidades de mejora. Es decir, el 82% de los planes de mejoramiento documentados corresponden a acciones preventivas (incluyendo gestión del riesgo) y oportunidades de mejora.

De los 384 planes de mejoramiento documentados en 2016, el 40% (155) se encuentran cerrados y el 5% (19) fueron cancelados, quedando un 55% (210) de los planes en estado activo. De los planes de mejoramiento que se encuentran activos, el 85% se encuentra en etapas finales (ejecución y verificación de eficacia) y existe un 15% que se encuentra en etapas iniciales (identificación, análisis y planificación).

Ilustración 11. Estado de Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora - 2016



Fuente: Modulo de Acción del Soft Expert – Dic 2016

En la vigencia 2016 se observa que las Sedes Manizales y Bogotá fueron las más activas en la documentación y gestión de planes de mejoramiento, con el 58% del total.

Tabla 5. Distribución por Sede de Acciones Correctivas (AC), Acciones Preventivas (AP), Oportunidades de Mejora (OM) – 2016

Sede/Etapa	Ident.	Análisis	Planific. plan de acción	Ejec. /Verif. plan de acción	Eficacia	Cerrado	Cancel.	Total
Nacional	8		3	51	8	10	1	81
Bogotá	6	1	2	19	4	62	8	102
Medellín			1	30	3	14	4	52
Manizales		7	1	30	18	63	3	122
Palmira				3	11	3	2	19
Amazonas							1	1
Orinoquia		1	1	2		3		7
Total	14	9	8	135	44	155	19	384

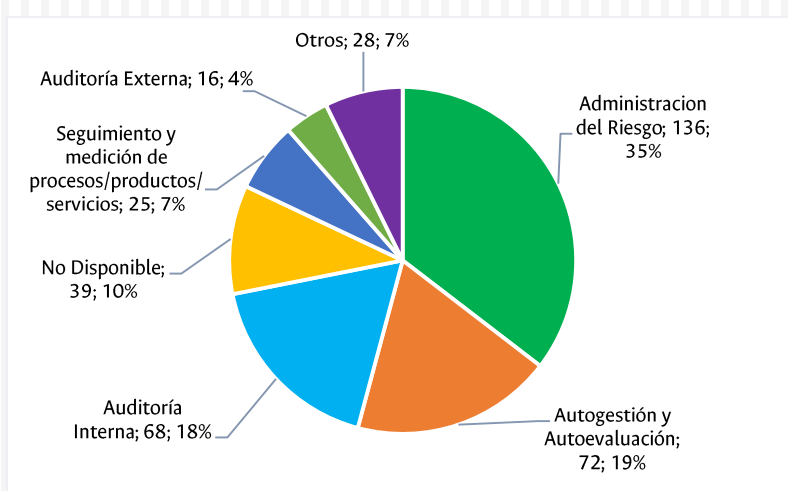
Fuente: Modulo de Acción del Soft Expert – Dic 2016

Mientras que las Sedes Palmira y las de Presencia Nacional presentan el menor porcentaje de documentación y gestión de planes de mejoramiento, con el 7%.

5.2 Fuentes generadoras de Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora

Las acciones correctivas, preventivas y de mejora documentadas y gestionadas en 2016, fueron generadas a partir de diferentes fuentes, entre las cuales se destacan la Administración del Riesgo con el 35%, la Autogestión y Autoevaluación de Procesos con el 19% y la Auditoría Interna con el 18%.

Ilustración 12. Distribución de Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora por Fuente - 2016



Fuente: Módulo de Acción del Soft Expert – Dic 2016

La fuente Autogestión y Autoevaluación ha tomado más importancia en el mejoramiento de procesos y en 2016 superó a la fuente de Auditoría Interna. La categoría “Otros” contempla las siguientes fuentes que se presentan en menor medida: Análisis de datos del Sistema (Indicadores de Gestión), Resultados de la Revisión por la Dirección, Quejas reclamos y sugerencias de servidores o usuarios, Análisis del reporte de las fallas en la prestación del servicio, Evaluaciones de satisfacción de usuarios, Cumplimiento de los objetivos de calidad, Evaluación de satisfacción de usuarios, Evaluación independiente de la Oficina Nacional de Control Interno – ONCI, Auditoría a proveedores (2da parte) y Evaluación Independiente de Entes Externos.

5.3 Temáticas de Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora 2016

A partir de la consulta del Módulo de Acción del Soft Expert se identifica que en general los planes de mejoramiento documentados y registrados durante el 2016 se encuentran orientados a:

- Fortalecimiento de los controles para mitigar riesgos significativos
- Simplificación de procesos
- Revisión y actualización documental de los procesos

- Actualización de sitios web y servicios virtuales
- Acciones enfocadas a mejorar la satisfacción de los usuarios

5.4 Comparativo 2015-2016

Durante 2016 se evidencia la continuidad en el aumento de la generación de planes de mejoramiento por parte de los procesos producto de las diferentes fuentes. Con respecto a 2015, en 2016 se presentó un aumento del 10% en el total de planes de mejoramiento documentados.

Ilustración 13. Tendencia de la documentación de planes de mejoramiento

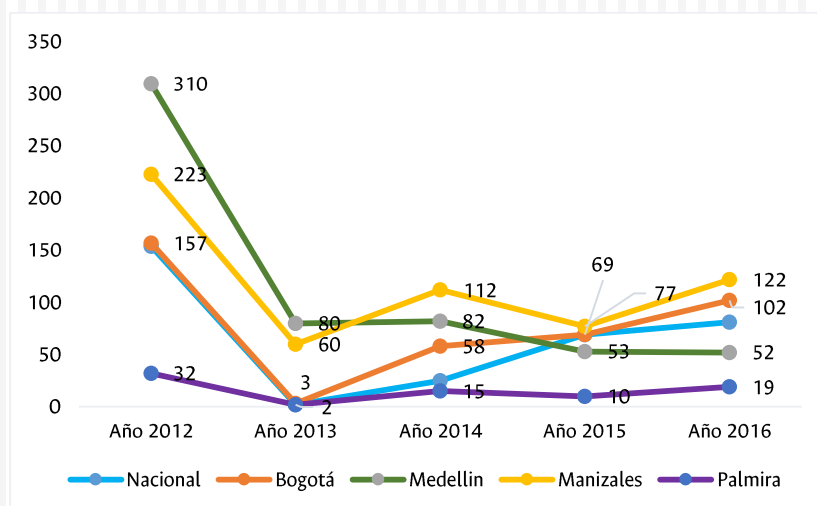


Fuente: Modulo de Acción del Soft Expert

En 2013 se presentó una desaceleración significativa de la gestión del mejoramiento que se ha ido superando en los tres últimos años.

El análisis por Sede es similar. En 2012 todas las Sedes presentaban alto número de planes de mejoramiento documentados, que se redujo considerablemente en 2013 debido a la transición del sistema de gestión de calidad. A partir de 2014 se ha incrementado la documentación de planes de mejoramiento y entre 2015 y 2016 existe una tendencia a la estabilización en la cantidad de los mismos. Las Sedes más activas en la documentación de planes en el Modulo de Soft Expert durante los últimos 3 años son Nivel Nacional, Bogotá y Manizales.

Ilustración 14. Comportamiento Planes de Mejoramiento por Sede 2012-2016



Fuente: Módulo de Acción del Soft Expert

¿Cómo vamos? Se puede evidenciar que en 2016 se generaron planes de mejoramiento por diversas fuentes, destacando la importancia que ha tomado la autoevaluación y autogestión por encima de la auditoría interna. Aunque un alto porcentaje de los planes de mejoramiento documentados en 2016 se encuentra en etapas finales de su gestión, se evidencia la existencia de planes en etapas iniciales por lo cual se requiere promover la cultura de la planificación y seguimiento de tal forma que haya oportunidad en la gestión de planes y se obtengan los beneficios esperados en el tiempo planeado.

Se requiere que de 2017 en adelante se desarrollen acciones de sensibilización que permitan el cumplimiento en el desarrollo de las acciones de mejoramiento propuestas, acciones de seguimiento y acompañamiento constante que favorezca la gestión oportuna y adecuada de los planes de mejora establecidos en los procesos.

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

Entre los cambios que se identifican como posibles afectantes del Sistema de Gestión de Calidad se encuentran:

- Debilidades en el compromiso institucional para el mantenimiento del Sistema de Gestión de Calidad en los diferentes niveles de la UN.
- Actualización del estándar ISO 9001 a su versión 2015.
- Nuevo énfasis de la ISO 9001:2015 en el liderazgo institucional.
- Debilidades identificadas en la evaluación del clima laboral de la Institución.
- Aplicabilidad de nuevas normas dirigidas al mejoramiento continuo (Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG)
- Desarrollo de diferentes Sistemas de Gestión que requieren ser armonizados en la Universidad: Acreditación Institucional, Acreditación de Programas Curriculares, Sistema de Gestión Ambiental, Sistema de Gestión de Laboratorios, Sistema de Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias, Gestión Documental, Salud y Salud Ocupacional, Seguridad Informática, entre otros.
- Limitados recursos humanos, financieros y tecnológicos.
- Nuevo enfoque de gestión por procesos basado en la identificación y construcción de cadenas de valor.
- Actualización del aplicativo SoftExpert como herramienta transversal de la gestión.

7. RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA.

En la reunión de Revisión por la Dirección del Sistema de Gestión de Calidad se identificaron las siguientes mejoras a realizarse en dicho sistema con el fin de mejorar su desempeño:

- Incentivar los ejercicios de autogestión y autoevaluación de procesos que promuevan la apropiación de la cultura de mejoramiento continuo de la gestión.
- Fortalecer la participación en el Modelo de Auditorías integrales de la Gestión que optimicen recursos y permitan obtener resultados de impacto.
- Dar continuidad a la certificación en calidad de la Universidad bajo la norma ISO 9001
- Concluir el Marco General Institucional de la Gestión del Riesgo.
- Dar continuidad a la identificación y posterior intervención de los aspectos críticos de los servicios de la Universidad, teniendo en cuenta fallas en el servicio, satisfacción del usuario y quejas y reclamos.
- Dar continuidad a la definición e implementación de la metodología institucional para la gestión de indicadores.
- Definir mecanismos que permitan a los procesos documentar mejoramientos que realmente permitan cerrar brechas en la gestión.
- Continuar con la simplificación, optimización y ajuste de los procesos buscando la eficiencia de la gestión.
- Promover el uso responsable de la herramienta SoftExpert v.2,0 facilitando su acceso y aplicabilidad, permitiendo la captura de datos confiables y relevantes para la gestión.
- Definir mecanismos que permitan mejorar la comunicación interna de los procesos con el fin de optimizar la gestión.

8. CONCLUSIÓN (CONVENIENCIA, ADECUACIÓN, y EFICACIA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD.

Conveniencia. El Sistema de Gestión de Calidad de la Universidad es conveniente para gestionar y controlar las actividades orientadas a dar cumplimiento a la política y objetivos de gestión y calidad de la Universidad con los recursos correspondientes para su implementación.

Adecuación. La implementación del Sistema de Gestión de Calidad en la Universidad se realiza de acuerdo con la realidad de la organización buscando la armonización con la gestión de otros sistemas, evidenciando el cumplimiento de los requisitos de la NTCGP 1000 y los reglamentarios de la Universidad.

Eficacia. Se ha logrado desarrollar las actividades propuestas para el mantenimiento del Sistema de Gestión de Calidad y la adecuación de la estrategia para la integración de la gestión de los demás sistemas de la Universidad. El Sistema de Gestión de Calidad ha contribuido con el logro de las metas establecidas por los procesos.

Este informe fue presentado al Comité Directivo SIGA en sesión del 11 de agosto de 2017.