

## OFICINA DE SOPORTE AL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

# INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN –NOVIEMBRE 2015

**UTS** ▶ *Oficina de Planeación*

En cumplimiento de la Ley 872 de 2003 y Decreto Ley 1599 del 2005 las Unidades Tecnológicas de Santander por su naturaleza pública, da mantenimiento de su Sistema de Gestión de la Calidad, integrando la aplicación de estas dos disposiciones legales a su sistema de gestión institucional. El Sistema Integrado de Gestión de las UTS se articula con la norma NTC GP: 1000 – MECI – SIPLA en un único sistema de información que se comparte en red a todos los usuarios de la Institución, que para el mes de Noviembre del año 2015, presenta los siguientes resultados:

### ALCANCE DEL INFORME

*El presente Informe de Revisión por la Dirección del Sistema Integrado de Gestión con corte a 30 de Octubre de 2015, comprende los siguientes requisitos de la norma:*

1. Revisión de la política y objetivos de Calidad para asegurar la conveniencia y adecuación del sistema.
2. Resultados de la Evaluación de la Gestión Institucional.
3. Resultados de las auditorías.
4. Retroalimentación del usuario /Quejas y Reclamos.
5. Desempeño de los procesos para asegurar su efectividad, eficacia y eficiencia.
6. Conformidad Del Servicio.
7. Balance de Acciones de mejora y recomendaciones.
8. Estado de las acciones correctivas y preventivas.
9. Acciones de seguimiento de revisiones previas efectuadas por la Dirección.
10. Cambios que podrían afectar el SIGUTS.
11. Actualización e identificación de riesgos.
12. Resultados de la Revisión.

## 1. REVISIÓN DE LA POLÍTICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD PARA ASEGURAR LA CONVENIENCIA Y ADECUACIÓN DEL SISTEMA.

La política de calidad de las Unidades Tecnológicas de Santander es la siguiente:

*“Las Unidades Tecnológicas de Santander están comprometidas con la excelencia académica en la formación de tecnólogos y profesionales en el campo de las Ciencias Socioeconómicas y Empresariales y las Ciencias Naturales Aplicadas, centrada en la calidad de la docencia, con*



*procesos de autoevaluación y autorregulación, mejorando continuamente la infraestructura y el Sistema Integrado de Gestión al servicio del estudiante”.*

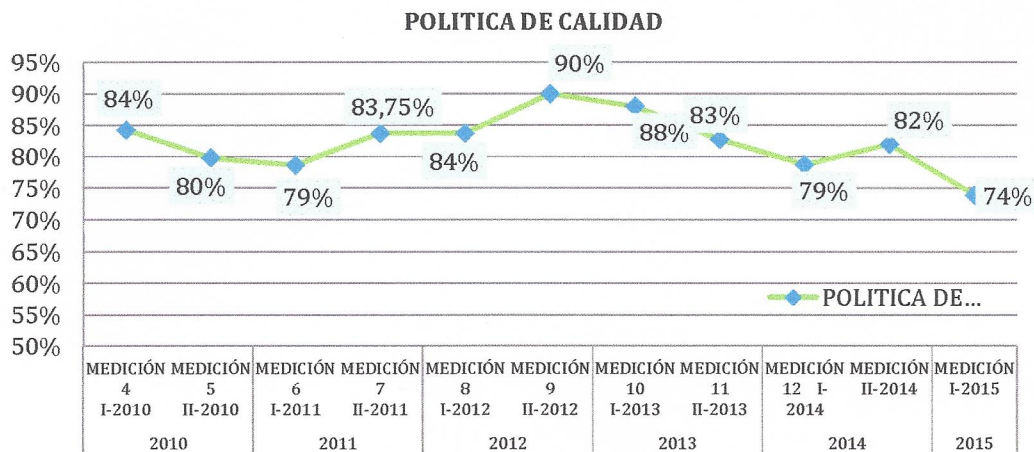
Para su cumplimiento, las UTS formularon los siguientes cuatro objetivos de calidad:

- Divulgar oportunamente la información pertinente a la comunidad institucional, debidamente validada por la autoridad competente.
- Ampliar la planta física de acuerdo a las necesidades de los usuarios.
- Ejercer control sobre la documentación mediante el manejo adecuado de la información.
- Evaluar el aprendizaje de los estudiantes teniendo en cuenta los resultados esperados.

La Institución ha realizado el seguimiento a estos objetivos de manera semestral.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la medición de los indicadores, se ha dado cumplimiento a la política y a los objetivos de calidad en el 74% de las metas propuestas del primer semestre del año.

**Gráfica No 1.** –Porcentaje de cumplimiento de los Objetivos de la Política de Calidad.



El porcentaje de cumplimiento de los objetivos de calidad se evidencia con los siguientes resultados:

- Divulgar oportunamente la información pertinente a la comunidad institucional, debidamente validada por la autoridad competente, teniendo en cuenta:
  - El fortalecimiento de la publicación de los eventos y hechos importantes para la comunidad educativa en la página WEB y redes sociales.
  - Se ha realizado el cambio y actualización de las carteleras.
  - La publicación periódica del Punto de encuentro UTEÍSTA.

- b. Se realizó capacitación (inducción y re inducción) a los funcionarios nuevos de la Institución sobre los aspectos generales del Sistema de Gestión de calidad y el manejo de la base documental.
- c. En cuanto al control sobre la documentación, la Institución cuenta con un acceso directo en la página institucional (DROPBOX), para la búsqueda de todos los registros y documentos actualizados del Sistema, así como instalación directa como segunda alternativa de acceso a base documental.
- d. Igualmente, la implementación de la Oficina de Atención e Información Institucional brinda un apoyo a la Institución.
- e. Actualización del Modelo Estándar de Control Interno (MECI) en 5 fases de acuerdo a lo señalado en el Manual técnico.
- f. Ampliación y mejoras en la planta física atendiendo las necesidades institucionales.

No obstante, se requiere mejorar los resultados obtenidos de la medición de la Política de la Calidad para asegurar su conveniencia y adecuación del sistema:

El nivel de satisfacción de los usuarios en la medición realizada mediante encuesta durante el primer semestre del año 2015, registró un resultado del 63%, aumentando en un 6% el nivel de percepción con respecto al semestre anterior, presentando baja calificación en los siguientes aspectos:

Mejorar la calidad en la atención en las coordinaciones académicas y ampliación de horarios, calidad de información en la página de Facebook, incluir inglés dentro de los programas académicos, disminuir las horas de bienestar para los programas nocturnos, ubicar a los profesores de tutorías en un lugar establecido y cumplan los horarios, mejorar el WIFI de la institución, mayor contacto con las decanaturas, ampliar los espacios recreativos, mejorar la noticias o publicaciones en la página web, insatisfacción total por los horarios de los laboratorios de física los domingos, articular las sedes o regionales con las UTS Bucaramanga, sacar de uso los pupitres en mal estado, falta de herramientas o elementos en Electricidad para hacer prácticas, volver a instalar el laboratorio o taller de soldadura, ampliación del horario del gimnasio ya que es imposible cumplir con las horas de bienestar ya que lo cierran a las 7 pm.

Aspectos en los que se había logrado mejorar en la anterior encuesta, registraron una significativa variación negativa, éstos fueron: Se requiere contar con parqueadero para estudiantes, falta de organización al inicio de cada semestre, instalación de ventiladores o aires acondicionados en las aulas de clase y salas de informática, mayor iluminación en aulas y pasillos, preparación y formación de Docentes, incluir libros virtuales y material de biblioteca, muy obsoleto el sistema de préstamo de libros, ampliar horario de biblioteca, incrementar la seguridad en la institución, mejorar la atención y comida de la cafetería así como el espacio que es insuficiente, calidad y dotación de los laboratorios y espacios deportivos, aspectos físicos en aulas, baños, pasillos, cafetería, etc.

Con el fin de corregir las frecuentes quejas y debilidades se deben adelantar gestiones para solicitar recursos y mejorar el servicio bibliotecario.

## 2. Resultados de la Evaluación de la Gestión Institucional.

A continuación se presentan los resultados obtenidos de la Evaluación de la Gestión Institucional a Septiembre 30 de 2015.

**Cuadro No 1. –Indicadores de Gestión.**

POLITICA INSTITUCIONAL	% AVANCE ANUAL PLAN DESARROLLO	EJE ESTRATEGICO	% PROGRAMA PLAN ACCION	% AVANCE DEL PROGRAMA EN EL PERIODO	GESTION POR PROCESOS	PROGRAMAS DEL PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO	INDICADOR	METAS 2015	
									META CUMPLIDA	Valoración (Rangos)
									Septiembre 30 de 2015	70% 75% 50% 69% 0% 49%
1. Institucionalización de la investigación, el desarrollo tecnológico y la innovación como componentes esenciales de la cultura organizacional y la prospectiva.	65%	Desarrollo y Transferencia Tecnológica	86%	33.7%	INVESTIGACION	Asimilación y desarrollo de tecnología	Desarrollo software de propósito específico	Número de aplicaciones desarrolladas	4	75%
							Adaptación de tecnología	Número de proyectos	1	75%
						Transferencia tecnológica	Alianzas estratégicas	Número de convenios	0	50%
							Ejercicio de transferencia tecnológica	Número de procesos de transferencia tecnológica realizados	1	75%
						Vigilancia tecnológica e inteligencia competitiva	Creación del Observatorio de Prospectiva Tecnológica	Acto administrativo de creación del Observatorio de prospectiva tecnológica	0	30%
							Acceso a bases de datos en las diferentes áreas de conocimiento en las que se fundamentan los programas académicos	Número de bases de datos por área de conocimiento.	1	75%
2. Gestión del conocimiento para la construcción de comunidad académica y científica		Gestión del Conocimiento		31,0%		Movilidad de actores	Número de intercambios.	0	50%	
							Número de convenios específicos en materia de movilización de actores.	0	50%	
						Divulgación del conocimiento	Número de artículos de investigación publicados en revistas indexadas.	1	60%	

POLÍTICA INSTITUCIONAL	% AVANCE ANUAL PLAN DESARROLLO	EJE ESTRATÉGICO	% PROGRAMA PLAN ACCIÓN	% AVANCE DEL PROGRAMA EN EL PERIODO	GESTIÓN POR PROCESOS	PROGRAMAS DEL PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO	INDICADOR	METAS 2015	
									META CUMPLIDA	Valoración (Rangos)
									Septiembre 30 de 2015	70% 75% 50% 69% 0% 49%
2. Gestión del conocimiento para la construcción de comunidad académica y científica	65%	Gestión del Conocimiento	86%	31,0%	INVESTIGACIÓN	Cultura investigativa	Divulgación del conocimiento	Número de ponencias realizadas.	2	50%
							Jóvenes investigadores.	Número de jóvenes investigadores.	1	75%
							Estimular y fortalecer los semilleros de investigación.	Número de semilleros de investigación de profesores y estudiantes.	4	50%
							Estrategias para el fomento de la investigación dentro del aula por programa.	Número de nuevas estrategias implementadas.	2	75%
						Gestión de la actividad investigativa institucional	Fortalecimiento de los grupos de investigación.	Número de grupos de investigación reconocidos en COLCIENCIAS	3	75%
3 Evaluación, autoevaluación y autorregulación de los programas académicos de la Institución, orientados a la actualización y revisión permanente del Proyecto Educativo Institucional	74%	Gestión académica	98%	21%	DOCENCIA	Formación centrada en el desarrollo del ser humano	Fortalecimiento e Innovación Curricular	Informes de evaluación curricular con ajustes.	0	75%
								Número de programas que aplicaron la guía de evaluación curricular.	0	60%
							Apropiación del Proyecto Educativo Institucional	Porcentaje de docentes nuevos apropiados del PEI	58,8%	75%
						Porcentaje de docentes antiguos apropiados del PEI		49,3%	75%	
						Actualización y fortalecimiento de las capacidades y el perfil académico y tecnológico de los profesores	Proyecto institucional de capacitación y formación docente	Porcentaje de docentes capacitados del total de docentes vinculados	100%	75%
						Acciones académicas para mejorar el rendimiento académico y asegurar la permanencia de los estudiantes	Acompañamiento académico a los estudiantes.	Número de estudiantes que participan en cursos de nivelación	2172	75%
								Número de estudiantes que participan en el Proyecto PILE	5970	75%

POLÍTICA INSTITUCIONAL	% AVANCE ANUAL PLAN DESARROLLO	EJE ESTRATÉGICO	% PROGRAMA PLAN ACCIÓN	% AVANCE DEL PROGRAMA EN EL PERIODO	GESTIÓN POR PROCESOS	PROGRAMAS DEL PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO	INDICADOR	METAS 2015	
									META CUMPLIDA	Valoración (Rangos)
									Septiembre 30 de 2015	70% 75% 50% 69% 0% 49%
3 Evaluación, autoevaluación y autorregulación de los programas académicos de la Institución, orientados a la actualización y revisión permanente del Proyecto Educativo Institucional	74%	Gestión académica	98%	2,3%	DOCENCIA	Acciones académicas para mejorar el rendimiento académico y asegurar la permanencia de los estudiantes	Acompañamiento académico a los docentes	Número de docentes acompañados en el aula	167	75%
				3,0%			Caracterización de la deserción a nivel institucional.	Informe de seguimiento a las estrategias que apoyan la permanencia y graduación de los estudiantes.	0	75%
				7,5%	DOCENCIA	Metodologías de enseñanza basadas en tecnologías de información y comunicación - TIC	Acompañamiento y seguimiento al trabajo independiente de los estudiantes mediante el uso de TIC	Número de asignaturas que utilizan blogs para acompañar el trabajo independiente de los estudiantes.	37	75%
				7,5%			Número de asignaturas que utilizan cursos virtuales para acompañar el trabajo independiente de los estudiantes.	11	75%	
				7,5%			Acreditación de los Programas Académicos	Número de programas académicos con informe de condiciones iniciales para acreditación en alta calidad	0	75%
				15%	DOCENCIA	Consolidación de la oferta de programas académicos en los diferentes niveles de formación para la región y otras ciudades del país.	Nueva oferta académica en modalidad virtual	Número de cursos ofrecidos en modalidad virtual a la comunidad en general.	6	75%

POLÍTICA INSTITUCIONAL	% AVANCE ANUAL PLAN DESARROLLO	EJE ESTRATÉGICO	% PROGRAMA PLAN ACCIÓN	% AVANCE DEL PROGRAMA EN EL PERIODO	GESTIÓN POR PROCESOS	PROGRAMAS DEL PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO	INDICADOR	METAS 2015	
									META CUMPLIDA	Valoración (Rangos)
									Septiembre 30 de 2015	70% 75% 50% 69% 0% 19%
4. Profesores, investigadores, estudiantes y egresados para el incremento de la calidad académica.	73%	Actores Académicos Profesores Estudiantes Egresados	97%	7,4%	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	Fortalecimiento del colectivo docente.	Acciones administrativas para la selección y vinculación de nuevos profesores.	Número de docentes vinculados con formación de maestría y doctorado	144	74%
				4,5%				Número de profesores de tiempo completo dedicados a la proyección social en la sede Bucaramanga adscritos a los programas.	18	75%
				4,5%				Número de profesores de tiempo completo dedicados a la proyección social en la sede Bucaramanga adscritos a la Oficina de Extensión y Proyección Social.	2	75%
				4,5%				Número docentes de tiempo completo o carrera adscritos a cada regional con dedicación a la proyección social.	3	75%
				3,8%				Número de profesores ocasionales de tiempo completo vinculados a once meses.	133	75%
				4,2%				Número de profesores ocasionales de tiempo completo vinculados a once meses para el fortalecimiento de la Investigación en Bucaramanga	14	70%
				4,5%				Número de profesores ocasionales de tiempo completo vinculados a once meses para el fortalecimiento de la Investigación en Regionales	5	75%

POLÍTICA INSTITUCIONAL	% AVANCE ANUAL PLAN DESARROLLO	EJE ESTRATÉGICO	% PROGRAMA PLAN ACCIÓN	% AVANCE DEL PROGRAMA EN EL PERIODO	GESTIÓN POR PROCESOS	PROGRAMAS DEL PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO	INDICADOR	METAS 2015	
									META CUMPLIDA	Valoración (Rangos)
									Septiembre 30 de 2015	70% 75% 50% 69% 0% 49%
				3,8%		Cualificación docente	Inducción para nuevos profesores	Número de docentes capacitados / docentes de reciente ingreso	100%	75%
				3,0%					0	60%
4. Profesores, investigadores, estudiantes y egresados para el incremento de la calidad académica.	73%	Actores Académicos Profesores Egresados Actores Académicos Profesores Estudiantes Egresados	97%	3,8%	INVESTIGACIÓN	Producción intelectual	Incentivos a la producción intelectual docente	Número de docentes distinguidos	0	75%
									6,3%	Evaluación docente
				15,0 %	DOCENCIA	Caracterización de los estudiantes	Orientación vocacional y profesional - OVP	Porcentaje de docentes evaluados en el rango EXCELENTE		
							Número de estudiantes intervenidos			



POLÍTICA INSTITUCIONAL	% AVANCE ANUAL PLAN DESARROLLO	EJE ESTRATÉGICO	% PROGRAMA PLAN ACCIÓN	% AVANCE DEL PROGRAMA EN EL PERÍODO	GESTIÓN POR PROCESOS	PROGRAMAS DEL PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO	INDICADOR	METAS 2015	
									META CUMPLIDA	Valoración (Rangos)
									Septiembre 30 de 2015	70% 75%
										50% 69%
4. Profesores, investigadores, estudiantes y egresados para el incremento de la calidad académica.	73%	Actores Académicos Profesores Estudiantes Egresados Actores Académicos Profesores Estudiantes Egresados	97%	15,0 %	BIENESTAR INSTITUCIONAL	Caracterización de los estudiantes	Estrategias para la identificación y apoyo a la población de estudiantes con discapacidad.	Número de actividades desarrolladas para la atención de población discapacitada.	1	75%
				3,8%	PROYECCIÓN SOCIAL	Seguimiento a Egresados	Estudio de impacto de los egresados en el sector productivo.	Número de estudios realizados en cada programa.	3	75%
						Creación de una bolsa de empleo (proceso de intermediación laboral)	Sistema de intermediación laboral.	0	75%	
5. Imagen institucional basada en los impactos de la proyección social.	71%	Extensión y Proyección Social	94%	25,5 %	PROYECCIÓN SOCIAL	Proyección Comunitaria	Intervención social directa o con entidades territoriales	Número de nuevos convenios con entidades territoriales para el desarrollo de prácticas de proyección social	1	40%
								Número de productos en las que se evidencie proyección a la comunidad.	2	65%
								Número de estudios de impacto en el entorno como resultado de los proyectos de proyección social desarrollados por los programas académicos.	3	75%
								Número de iniciativas, planes, programas, proyectos o actividades realizadas en las que se evidencie proyección a la comunidad.	6	75%

POLÍTICA INSTITUCIONAL	% AVANCE ANUAL PLAN DESARROLLO	EJE ESTRATÉGICO	% PROGRAMA PLAN ACCIÓN	% AVANCE DEL PROGRAMA EN EL PERIODO GESTIÓN POR PROCESOS	PROGRAMAS DEL PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO	INDICADOR	METAS 2015		
								META CUMPLIDA	Valoración (Rangos)	
								Septiembre 30 de 2015	70% 75% 50% 69% 0% 49%	
5. Imagen institucional basada en los impactos de la proyección social.	71%	Extensión y Proyección Social	94%	15%	PROYECCIÓN SOCIAL	Unidad de Emprendimiento e incubación de empresas y nuevos negocios	Unidad de Emprendimiento e incubación de empresas y nuevos negocios	Porcentaje de proyectos de creación de empresas de los estudiantes apalancados con recursos de convenios entre Estado, SENA, Ministerios, entidades territoriales; recursos de regionalización de la Ley de Ciencia 1286 y el sector productivo	0	75%
				15%		Asesoría Empresarial	Asesoría Empresarial	Porcentaje de empresarios atendidos.	5%	75%
				15%		Educación continua	Educación continua	Número de personas certificadas en capacitaciones, talleres, cursos, diplomados, entre otros.	125	75%
6. Sostenibilidad financiera institucional fundamentada en la gestión eficiente y oportuna de los recursos y la generación de ingresos propios	75%	Gestión de recursos financieros	100%	52,5%	GESTIÓN FINANCIERA	Aumento de las transferencias anuales del presupuesto departamental para las UTS.	Recursos de transferencias departamentales y nacionales en SMLLV.	0	75%	
				22,5%		Gestión de recursos de transferencias y aportes del Estado	Presentación y sustentación de la solicitud de aportes estatales para la ejecución de los proyectos de inversión de infraestructura Física y tecnológica.	Número de proyectos ejecutados con recursos provenientes de fuentes del Estado para inversión.	1	75%
						Generación Interna de Recursos	Diversificación de las fuentes por venta de bienes y servicios	Porcentaje de aumento de los recursos propios por nuevas fuentes de ingresos.	3,41%	75%

POLÍTICA INSTITUCIONAL	% AVANCE ANUAL PLAN DESARROLLO	EJE ESTRATÉGICO	% PROGRAMA PLAN ACCIÓN	% AVANCE DEL PROGRAMA EN EL PERIODO	GESTIÓN POR PROCESOS	PROGRAMAS DEL PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO	INDICADOR	METAS 2015	
									META CUMPLIDA	Valoración (Rangos)
									Septiembre 30 de 2015	70% 75% 50% 69% 0% 49%
7. Incorporación y apropiación de las Tecnología de Información y Comunicación TIC, como soporte de la plataforma tecnológica, educativa e investigativa.	71%	Infraestructura basada en prospectiva tecnológica	94%	9%	COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL	Infraestructura tecnológica	Inversión tecnológica en canales de comunicación internos y externos	Nuevos canales de comunicación interna y externa	1	75%
				7,2%	INFRAESTRUCTURA Y LOGÍSTICA		Inversión tecnológica para implementar y/o modernizar los sistemas de información.	Sistemas de información implementados y/o modernizados.	0	60%
				9%			Inversión tecnológica para implementar y/o modernizar los sistemas de conectividad voz, datos y video.	Sistemas de conectividad implementados y/o modernizados.	1	75%
				9%			Inversión tecnológica para actualizar y modernizar los recursos audiovisuales	Recursos audiovisuales disponibles para el uso de estudiantes y docentes	198	75%
				9%			Inversión tecnológica para modernizar el sistema de información de las bibliotecas y actualización del material bibliográfico	Recursos bibliográficos disponibles para el uso de estudiantes y docentes	26147	75%
				7,5%			Ampliación de la Infraestructura Física Ampliación de la Infraestructura Física	Ampliación y adecuación de la infraestructura física de la sede Bucaramanga	Número de etapas del proyecto en ejecución.	1

POLÍTICA INSTITUCIONAL	% AVANCE ANUAL PLAN DESARROLLO	EJE ESTRATÉGICO	% PROGRAMA PLAN ACCIÓN	% AVANCE DEL PROGRAMA EN EL PERIODO	GESTIÓN POR PROCESOS	PROGRAMAS DEL PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO	INDICADOR	METAS 2015	
									META CUMPLIDA	Valoración (Rangos)
									Septiembre 30 de 2015	70% 75% 50% 69% 0% 49%
7. Incorporación y apropiación de las Tecnología de Información y Comunicación TIC, como soporte de la plataforma tecnológica, educativa e investigativa.	71%	Infraestructura basada en prospectiva tecnológica	94%	7,5%	INFRAESTRUCTURA Y LOGÍSTICA	Ampliación de la Infraestructura Física Ampliación de la Infraestructura Física	Ampliación y adecuación de la infraestructura física para las regionales	Número de proyectos de infraestructura física en ejecución para las regionales	1	75%
				5,0%			Inversión para el desarrollo prospectivo de la infraestructura tecnológica	Porcentaje de ejecución de los proyectos de inversión	42,86%	50%
				7,5%			Dotación de la infraestructura física institucional	Número de áreas dotadas	4	75%
8. Desarrollo humano del personal al servicio de la Institución.	58%	Gestión del Talento Humano	77%	18%	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	Capacitación administrativa	Actualización del Personal Administrativo	Número de beneficiarios de las capacitaciones / Total de empleados no docentes	37%	45%
				30%		Bienestar Social	Bienestar Social de la Comunidad Institucional	Población beneficiada / Población total	78%	75%
				10%		Incentivos y estímulos	Sistema de estímulos al desempeño del personal administrativo	# de empleados distinguidos y premiados / Total de empleados	10%	50%
9. Bienestar Institucional en procura del mejoramiento de la calidad de vida de los estudiantes, docentes y administrativos de la institución	75%	Bienestar Institucional	100%	15%	BIENESTAR INSTITUCIONAL	Bienestar y calidad de vida para la comunidad Institucional	Hábitos y estilos de vida saludables	Población beneficiada / Población total	27,31%	75%
				15%			Desarrollo humano y formación en principios	Población beneficiada / Población total	10,71%	75%
				15%		Bienestar Estudiantil	Promoción de la salud y prevención de enfermedades	Población beneficiada / Población total	49%	75%
				15%			Fomento del deporte, arte y cultura.	% de la población estudiantil vinculada al proyecto.	57,3%	75%
				15%			Mejoramiento de las condiciones socioeconómicas del estudiante	% de la población beneficiada con el otorgamiento de becas, subsidio académico, auxilios.	14,23%	75%

POLÍTICA INSTITUCIONAL	% AVANCE ANUAL PLAN DESARROLLO	EJE ESTRATÉGICO	% PROGRAMA PLAN ACCIÓN	% AVANCE DEL PROGRAMA EN EL PERIODO	GESTIÓN POR PROCESOS	PROGRAMAS DEL PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO	INDICADOR	METAS 2015	
									META CUMPLIDA	Valoración (Rangos)
									Septiembre 30 de 2015	70% 75% 50% 69% 0% 49%
10. Articulación institucional con el entorno local, regional, nacional e internacional	69%	Articulación con el entorno: Alianzas estratégicas con sectores académico y productivo e Internacionalización	92%	15,0 %	COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL	Vinculación y cooperación con el entorno académico, productivo y social	Alianzas estratégicas con el sector académico	Número de nuevos acuerdos o convenios de cooperación para el desarrollo de actividades académicas.	2	60%
				18,8 %					Alianzas estratégicas con el sector productivo	Número de alianzas estratégicas para el desarrollo de actividades conjuntas.
				3,8%		Internacionalización	Cooperación Internacional	Número de convenios con el exterior en funcionamiento	4	75%
				5,3%				Sistema Institucional de Movilidad a nivel nacional e Internacional y de incentivos económicos aprobado.	0	75%
				4,5%				Número de programas académicos con actores en movilidad académica.	6	75%
				3,6%				Número de vinculaciones a redes de cooperación académica nacional o internacional.	2	60%
				3,9%				Número de docentes por programa con estudios en el extranjero	3	65%
				4,6%				Número de productos académicos generados de la cooperación internacional	2	65%

POLÍTICA INSTITUCIONAL	% AVANCE ANUAL PLAN DESARROLLO	EJE ESTRATÉGICO	% PROGRAMA PLAN ACCIÓN	% AVANCE DEL PROGRAMA EN EL PERIODO	GESTIÓN POR PROCESOS	PROGRAMAS DEL PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO	INDICADOR	METAS 2015	
									META CUMPLIDA	Valoración (Rangos)
									Septiembre 30 de 2015	70% 75% 50% 69% 0% 49%
10. Articulación institucional con el entorno local, regional, nacional e internacional	69%	Articulación con el entorno: Alianzas estratégicas con sectores académico y productivo e Internacionalización	92%	5,1%	COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL	Internacionalización	Cooperación Internacional	Número de docentes participando en el programa institucional de aprendizaje en segunda lengua.	14	73%
				4,5%				Número de profesores y estudiantes participando en programas de intercambio académico	13	75%
% AVAN. PLAN DESARROLLO EN EL PERIODO EVALUADO	70%	% AVAN PLAN DE ACCIÓN	93%	INDICADOR DE EFICACIA POR PROGRAMAS				INDICADOR DE EFICACIA POR PROYECTO	71%	
			70%					% EJEC. PPTAL 2015	86,45 %	

La evaluación al Plan de Desarrollo Institucional 2012-2020, mostró un avance del 71% en los objetivos propuestos para el año, con corte A 30 de septiembre del 2015, lo cual indica un nivel sobresaliente de cumplimiento en el año.

### 3. Resultados de las auditorías internas.

En desarrollo de sus funciones, la Oficina de Control Interno ejerce el control a través de las auditorías internas de gestión y de calidad, garantizando con ello el cumplimiento de los procedimientos preestablecidos y de las obligaciones por parte de los funcionarios, y efectuando los seguimientos a que haya lugar, procediendo a realizar las recomendaciones y sugerencias consideradas pertinentes y de esta forma garantizar el desarrollo de las diferentes actividades de forma adecuada.

De la misma manera, cumple ante los entes de control, autoridades y directivas institucionales con la presentación de informes en las fechas señaladas, en los que se suministra la información requerida por los mismos. Para la fecha, se ha dado cumplimiento al cronograma de actividades aprobado por el Comité de Control Interno y Gestión de la Calidad, de acuerdo a las fechas establecidas.

De cada actividad realizada por la Oficina de Control Interno, se genera un informe en el que se establecen los hallazgos y se ponen de presente las recomendaciones y sugerencias, cuya finalidad es ayudar en la toma de decisiones por parte de las directivas institucionales.

Con el propósito de mejorar la calidad en el servicio, se realizaron Auditorías de Calidad en los siguientes procesos: Docencia (Coordinaciones: Tecnología e Ingeniería Ambiental, Técnico Laboral por competencias en diseño y Patronaje industrial de moda, Tecnología en manejo de

petróleos y gas en superficie, Tecnología en electrónica industrial, Tecnología en turismo sostenible, Telecomunicaciones) e Investigación. De lo anterior, se detectaron algunas falencias que fueron objeto para la formulación de Planes de Mejoramiento.

En el periodo comprendido entre Julio y Octubre se ejecutaron auditorías de calidad a los diferentes procesos mencionados anteriormente, identificando los siguientes hallazgos:

**Cuadro No 2. – Hallazgos de las auditorías.**

HALLAZGO	DEPENDENCIA
No se diligencia el Registro R-DC-45. Revisión de Requisitos Legales y Reglamentarios.	*Coordinación de Ambiental. *Coordinación de Tecnología en Manejo de Petróleo y Gas en Superficie. *Coordinación Tecnología en Electrónica Industrial. *Coordinación Tecnología en Turismo Sostenible.
No se diligencia el Registro R-DC-47. Planeación del Control y Seguimiento a la Prestación del Servicio Educativo.	*Coordinación de Ambiental. *Coordinación de Tecnología en Manejo de Petróleo y Gas en Superficie. *Coordinación Tecnología en Electrónica Industrial. *Coordinación Tecnología en Turismo Sostenible. *Coordinación Telecomunications.
No se diligencia el Registro R-DC-48. Lista de Verificación del Control en la Prestación del Servicio Educativo.	*Coordinación de Tecnología en Manejo de Petróleo y Gas en Superficie. *Coordinación Tecnología en Electrónica Industrial. *Coordinación Tecnología en Turismo Sostenible.
No se evidencian los planes de aula de todas las asignaturas.	*Coordinación de Ambiental. *Tecnología en Manejo de Petróleo y Gas en Superficie. *Coordinación Tecnología en Electrónica Industrial. *Coordinación Tecnología en Turismo Sostenible. *Coordinación Telecomunicaciones.
Registros de Modificación de Matrícula sin la firma del Coordinador del Programa.	*Coordinación de Ambiental *Tecnología en Manejo de Petróleo y Gas en Superficie *Coordinación Tecnología en Electrónica Industrial *Coordinación Telecomunicaciones
Actas de reunión del comité curricular sin la firma de todos los asistentes.	*Coordinación de Ambiental.
Registros de recuperación de clase sin el Vo.Bo del Coordinador.	*Coordinación de Tecnología en Manejo de Petróleo y Gas en Superficie. *Coordinación Tecnología en Electrónica Industrial. *Coordinación Tecnología en Turismo Sostenible.
Actas de reunión del Comité de Trabajos de Grado sin la firma de todos los asistentes.	*Coordinación Telecomunicaciones.
Los Directores de los Grupos de investigación no realizan el seguimiento al cumplimiento del Plan de Acción.	Grupos de investigación CEAC-GENET-GICAV-GIMA

HALLAZGO	DEPENDENCIA
No se realiza el seguimiento y medición de la percepción en el cumplimiento de las necesidades y expectativas de los beneficiarios de los productos de investigación.	Investigaciones.
Desde la vigencia 2014 el Grupo de investigación no ha publicado artículos ni presentado ponencias, las cuales estaban programadas en el Plan de Acción.	Grupo de Investigación CEAC
No se evidencia el Plan de Acción del Grupo de investigación.	Grupo de Investigación GENET
No se evidencia el Plan de Acción del Semillero.	Grupos de Investigación GENET, GICAV y GIMA
No se diligencia el registro R-IN-03. Proyecto Terminado.	Grupos de Investigación GENET y GIMA
No se diligencia el registro R-IN-02. Proyecto en Curso.	Grupo de Investigación GIMA
No se evidenció el informe de investigación formativa del primer semestre de 2015.	Grupo de Investigación GIMA

Teniendo en cuenta las Auditorías de Calidad realizadas a las Coordinaciones de Ambiental, Tecnología en Manejo de Petróleo y Gas en Superficie, Tecnología en Electrónica Industrial, Tecnología en Turismo Sostenible y Telecomunicaciones, en donde se evidenciaron hallazgos y aspectos por mejorar fue necesaria la formulación de plan de mejoramiento por parte de cada una de las coordinaciones, al cual la Oficina de Control Interno realizó el seguimiento en la primera quincena del mes de septiembre de 2015, en donde se constató el cumplimiento de las acciones tendientes al logro del objetivo y el diligenciamiento de los registros, dando como resultado el cumplimiento de las actividades y el cierre de la auditoría.

La Coordinación de Diseño de Modas, igualmente fue auditada, encontrándose la realización de sus actividades conforme a los procedimientos.

En lo que respecta a la Dirección de Investigaciones, para la fecha, se encuentran en mora las siguientes actividades:

1. Seguimiento al Plan de Acción por parte de los Grupos de Investigación CEAC y GIMA
2. Seguimiento y medición de la percepción en el cumplimiento de las necesidades y expectativas de los beneficiarios de los productos de investigación.
3. Plan de Acción de los semilleros de Mercadeo y Agroindustrial.

Para dicha actividad se había fijado por parte de la Oficina de Control Interno fecha de seguimiento el día 09 de noviembre de 2015 y la misma a solicitud de la Dirección de



Investigaciones fue prorrogada para día martes 17 de noviembre de la presente anualidad, por tanto, éstas actividades aún se encuentran pendientes.

CONVENIENTE: porque los resultados de auditoría son útiles para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad detectada o potencial, en pro del mejoramiento continuo del servicio.

#### 4. Retroalimentación del usuario/Quejas y Reclamos.

El informe presentado por el responsable del manejo de las quejas, reclamos y sugerencias, recibidas por el buzón y atendidas por parte de la Oficina de Control Interno Disciplinario, reporta que durante el periodo del 01 de Julio de 2015 al 31 de Octubre de 2015, el número de quejas y reclamos recibidos fueron veinte (20), las cuales se tramitaron con los responsables de los procesos o dependencias involucradas, dando cumplimiento al procedimiento establecido.

**Cuadro No 3. – Quejas y reclamos.**

QUEJAS Y RECLAMOS (por dependencias)	Número de quejas / Total quejas	CERRADAS	ABIERTAS	EFICAZ	TOTAL
Bienestar (Fisioterapia)	15%	3			3
Recursos Bibliográficos (Biblioteca)	20%	4			4
Recursos Informáticos	5%	1			1
Dirección Administrativa y Financiera	10%	2			2
Decanatura de Ingenierías y Ciencias Naturales	5%	1			1
Recursos Físicos	5%	1			1
Bienestar Institucional	10%	2			2
Coordinación de Idiomas	5%	1			1
Departamento de Ciencias Básicas	5%	1			1
Secretaría General	5%	1			1
Punto de Información	5%	1			1
Contaduría Pública	5%	1			1
Rectoría	5%	1			1
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>20</b>

Las Quejas, Sugerencias más relevantes durante el año fueron:

- Inadecuada atención en el consultorio de Fisioterapia.
- Exceso de ruido en Biblioteca.
- Mejora del WIFI institucional.
- Inadecuada atención en la Dirección Administrativa y Financiera, Oficina de Bienestar Institucional y en la Coordinación de Idiomas.
- Atraso en la clasificación de obras nuevas en la Oficina de Recursos Bibliográficos.

Investigaciones fue prorrogada para día martes 17 de noviembre de la presente anualidad, por tanto, éstas actividades aún se encuentran pendientes.

CONVENIENTE: porque los resultados de auditoría son útiles para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad detectada o potencial, en pro del mejoramiento continuo del servicio.

#### 4. Retroalimentación del usuario/Quejas y Reclamos.

El informe presentado por el responsable del manejo de las quejas, reclamos y sugerencias, recibidas por el buzón y atendidas por parte de la Oficina de Control Interno Disciplinario, reporta que durante el periodo del 01 de Julio de 2015 al 31 de Octubre de 2015, el número de quejas y reclamos recibidos fueron veinte (20), las cuales se tramitaron con los responsables de los procesos o dependencias involucradas, dando cumplimiento al procedimiento establecido.

**Cuadro No 3. – Quejas y reclamos.**

QUEJAS Y RECLAMOS (por dependencias)	Número de quejas / Total quejas	CERRADAS	ABIERTAS	EFICAZ	TOTAL
Bienestar (Fisioterapia)	15%	3			3
Recursos Bibliográficos (Biblioteca)	20%	4			4
Recursos Informáticos	5%	1			1
Dirección Administrativa y Financiera	10%	2			2
Decanatura de Ingenierías y Ciencias Naturales	5%	1			1
Recursos Físicos	5%	1			1
Bienestar Institucional	10%	2			2
Coordinación de Idiomas	5%	1			1
Departamento de Ciencias Básicas	5%	1			1
Secretaría General	5%	1			1
Punto de Información	5%	1			1
Contaduría Pública	5%	1			1
Rectoría	5%	1			1
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>20</b>

Las Quejas, Sugerencias más relevantes durante el año fueron:

- Inadecuada atención en el consultorio de Fisioterapia.
- Exceso de ruido en Biblioteca.
- Mejora del WIFI institucional.
- Inadecuada atención en la Dirección Administrativa y Financiera, Oficina de Bienestar Institucional y en la Coordinación de Idiomas.
- Atraso en la clasificación de obras nuevas en la Oficina de Recursos Bibliográficos.

- Demora en la devolución de dinero.
- Se sugiere mantener las ventanas de las oficinas del tercer piso abiertas para la adecuada atención de público.
- Exceso de ruido durante un parcial afuera de la Institución.
- Se requiere mejorar la atención de la Oficina de Información y Atención Institucional.
- Reforzar la pedagogía y recalcar la buena actitud de los docentes en clase, para evitar conflictos entre el maestro-estudiante.

## 5. Desempeño de los procesos para asegurar su efectividad, eficacia y eficiencia.

La evaluación del desempeño de los procesos se realiza mediante la medición de los indicadores de eficacia, efectividad y eficiencia del Sistema Integrado de Gestión.

**Cuadro No 4.** -Resultados obtenidos del seguimiento realizado durante el 2012 - 2015.

	2012		2013		2014		2015
	MEDICIÓN 8 I-2012	MEDICIÓN 9 II-2012	MEDICIÓN 10 I-2013	MEDICIÓN 11 II-2013	MEDICIÓN 12 I-2014	MEDICIÓN 13 II-2014	MEDICIÓN I-2015
POLITICA DE CALIDAD	84%	90%	88%	83%	79%	82%	74%
EFFECTIVIDAD	65%	70%	70%	77%	57%	62%	68%
EFICIENCIA	78%	89%	71%	85%	64%	81%	78%
EFICACIA	53%	91%	60%	88%	65%	89%	69%

### EFICACIA.

La eficacia del sistema presentó un resultado del 69% en el primer semestre de 2015, debido al desempeño de los planes de acción, indicadores del proceso, política de la calidad e indicadores de riesgo durante el primer semestre.

### EFICIENCIA.

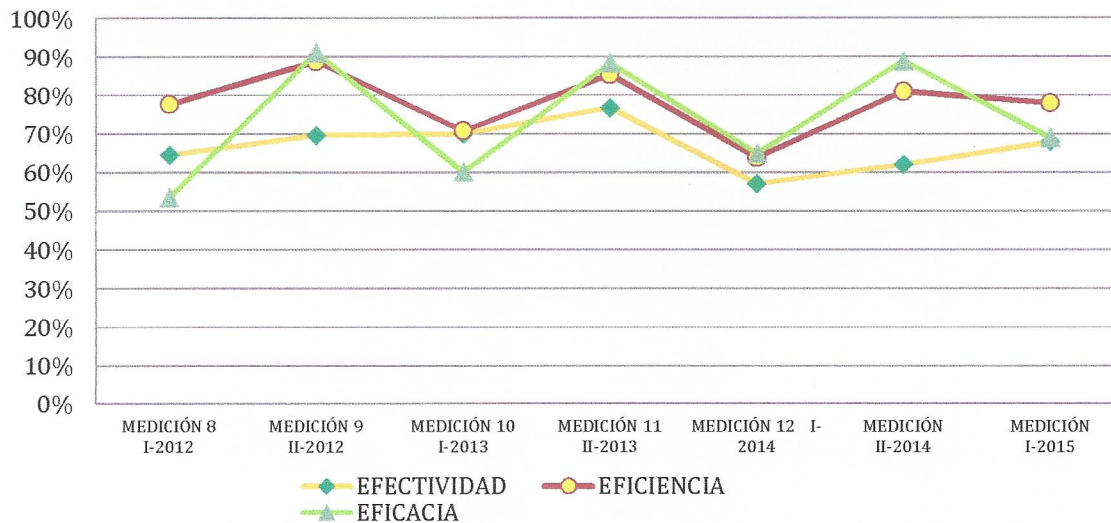
La eficiencia del sistema arrojó un 78% en el primer semestre de 2015, relativo al desempeño de los indicadores de carácter financiero.

### EFFECTIVIDAD.

Se presenta un resultado del 68% de éste indicador como consecuencia del mejoramiento de la evaluación de control interno y la mejora en cuanto a la imagen institucional.

El fomento de la cultura del servicio, el seguimiento y medición de los procesos, productos y servicios, así como la información generada por los mismos debe contribuir a elevar el nivel de efectividad del Sistema en General.

**Gráfica No 2.** -Resultados finales de medición del Sistema Integrado de gestión – SIGUTS.



## 6. Conformidad Del Servicio.

Teniendo en cuenta, que se siguen presentando inconsistencias en la información del software académico (EXYRE, ACADEMUSOFT), se ha realizado el seguimiento al tema de las debilidades observadas en la base de datos, las cuales fueron solucionadas.

**Cuadro No. 5** – Conformidad Del Servicio

PRODUCTO O SERVICIO (Código)	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	TRATAMIENTO EN CASO DE INCUMPLIMIENTO		EFICACIA				SE PRESENTA FRECUENTEMENTE?	VERIFICACION PERSONA AUTORIZADA		
		CORRECCIÓN	RESPONSABLE DE LA APLICACIÓN	C	NC	SI	NO	CUANTAS VECES?	NOMBRE	OBSERVACIONES	
7	REGISTRO DOBLE NOTA DE LA BASE DE DATOS	Se realiza la revisión y eliminación de la nota (0,0) de DCB014 Laboratorio de Biología.	Coordinación Ingeniería Ambiental.		x				48	Sergio Suárez Barajas	Los estudiantes quedaron con doble nota de esa asignatura porque la vieron en curso vacacional, la coordinación no pudo ofertarla en 2015-1 por falta de laboratorios

PRODUCTO O SERVICIO (Código)	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	TRATAMIENTO EN CASO DE INCUMPLIMIENTO		EFICACIA				SE PRESENTA FRECUENTEMENTE?	VERIFICACION PERSONA AUTORIZADA	
		CORRECCIÓN	RESPONSABLE DE LA APLICACIÓN	C	NC	SI	NO	CUANTAS VECES?	NOMBRE	OBSERVACIONES
7	REVISIÓN DE BANCOS DE ELECTIVAS	Se realiza la revisión y corrección de las electivas.	Coordinaciones Facultad de Ciencias Socioeconómicas y empresariales y Facultad de Ciencias Naturales e Ingenierías.		x			80	Sergio Suárez Barajas	Los estudiantes matricularon dos electivas en el mismo banco.
7	REVISIÓN DE PROMEDIOS	Se aplica la revisión del promedio ponderado de los estudiantes.	Coordinación Ingeniería Ambiental- Coordinación Topografía- Coordinación Deportiva		x			23	Sergio Suárez Barajas	

DESCRIPCIÓN DE LA EFICACIA: C: CUMPLIDA NC: NO CUMPLIDA

## 7. Balance de Acciones de mejora y recomendaciones.

Se actualizaron para cada uno de los procesos del Sistema Integrado de Gestión de Calidad:

- Procedimientos y registros documentados
- Mapas de Riesgos
- Planes de Mejoramiento
- Mapas de Indicadores

Así mismo, de las auditorías internas y de la autoevaluación de los procesos se actualizaron los planes de mejoramiento. Entre las principales acciones aplicadas se relacionan las siguientes:

- Se realizó la difusión de la misión y visión, código de ética, política de la calidad, la importancia del uso de la base documental, presentación de los nuevos procesos, un breve repaso de los temas más relevantes del Sistema Integrado de Gestión y el Manual de Calidad durante la jornada de Inducción y Re inducción al personal de planta, docentes, coordinadores y otros integrantes de la Institución. Se recomienda intensificar la divulgación de la política de la calidad a través de encuentros con los responsables de procesos en las actualizaciones de éstos.
- Fortalecer la cultura de autocontrol a través de mecanismos que conduzcan a la permanente revisión, análisis y seguimiento de los indicadores de gestión como herramienta de control de uso permanente que permita identificar oportunamente desviaciones y tendencias del

indicador para proponer las acciones necesarias que conduzcan al cumplimiento de las metas definidas.

- Se actualizó el Modelo Estándar de Control Interno de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 5° de la Ley 87 de 1993, mediante el Decreto 943 del 21 de Mayo de 2014.
- Se realizaron capacitaciones sobre los cambios y actualización del Modelo Estándar de Control Interno MECI a los diferentes responsables de los procesos mediante talleres y publicaciones vía WEB.
- Fortalecer e individualizar el procedimiento de Inducción de la Institución.
- Se actualizaron y se aplicaron los cambios en los procedimientos que fueron sugeridos por los responsables de los mismos y se eliminaron registros obsoletos.
- Elaborar un diagnóstico de los cambios que introdujo el Decreto 1443 de 2014, por medio del cual se dictaron disposiciones para la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) y formular las acciones específicas en el SST para dar cumplimiento a la normatividad vigente.
- Seguir con el compromiso en materia de Seguridad y Salud en el trabajo con el fin que se mantengan resultados positivos en cuanto a la disminución de los accidentes de trabajo y mejora de calidad de vida laboral.
- Disponer de personal idóneo para que se encargue de la actualización permanente de la información institucional en la página web y redes sociales.
- Continuar con la sensibilización de los auditados frente al proceso de auditorías internas y externas.
- Fortalecer las estrategias de apropiación de la cultura de calidad.

## 8. Estado de las acciones correctivas y preventivas.

Las acciones correctivas y/o preventivas adicionales al desarrollo de éstos hallazgos se encuentran identificados en el plan de mejoramiento y en el mapa de riesgos de cada proceso institucional.

En la Pre-auditoría realizada al Sistema Integrado de Gestión por Icontec en el mes de Septiembre del presente año, según requisitos de la norma NTC-GP 1000, ISO 9001-2008, se identificaron dieciséis (16) hallazgos. Las acciones que se tomaron fueron las siguientes de acuerdo al informe del auditor:

DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLES	FECHA	ESTADO
La alta dirección debe revisar el sistema de gestión de la calidad de la organización, a intervalos planificados, para asegurarse de su evidencia: El informe de revisión por la dirección del 17 de julio de 2015 no especifica si se asegura su conveniencia, adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad.	En el alcance del informe de revisión x la Dirección en su numeral 5 (desempeño de los procesos) especificar si se asegura o no su conveniencia, adecuación, eficiencia, eficacia y efectividad e incluir las recomendaciones para la mejora.	SIGUTS/PLANEACIÓN REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN	Próximo informe de Revisión por la Dirección Noviembre 11 de 2015	<b>ACCIÓN CUMPLIDA</b>
La información de entrada para la revisión por la dirección debe incluir: g) las recomendaciones para la mejora: Evidencia: El informe de revisión por la dirección del 17 de julio de 2015. No incluyó las recomendaciones para la mejora.	Realizar cambios al Informe de Revisión por la Dirección y presentarlo al comité de control Interno y Gestión de la calidad.			
Los resultados de la revisión por la dirección deben incluir todas las decisiones y acciones relacionadas con: a) La mejora de la eficacia del sistema de gestión de la calidad y sus procesos. b) la mejora del producto en relación con los requisitos del cliente, y c) Las necesidades de recursos. Evidencia: El informe de revisión por la dirección del 17 de julio de 2015 no incluyó decisiones y acciones.	Retomar las decisiones y acciones del acta N°05-2015 e incluirlas dentro del informe de Revisión por la Dirección para su posterior seguimiento.	SIGUTS/PLANEACIÓN REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN	Próximo informe de Revisión por la Dirección Noviembre 11 de 2015	<b>ACCIÓN CUMPLIDA</b>

DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLES	FECHA	ESTADO
<p>La organización debe planificar y llevar a cabo la producción del servicio bajo condiciones controladas.</p> <p>No se elaboró la propuesta anual de gastos e inversiones en la elaboración del presupuesto de la institución del proceso de internacionalización.</p>	<p>Ajustar en la caracterización en el planear, ésta actividad.</p> <p>Planificar y organizar con el director financiero una socialización del presupuesto asignado para el 2016.</p> <p>Realización del plan de trabajo de la oficina según lo asignado en recursos.</p>	<p>JEFE DE OFICINA RELACIONES INTERINSTITUCIONALES SIGUTS/PLANEACIÓN</p>	<p>Noviembre 11 de 2015</p> <p>Noviembre 4 de 2015</p>	<p>Se ajustó la caracterización y a su vez se revisó el presupuesto aprobado para el 2016 para efectos de intercambio-movilidad.</p> <p>Se realizó el plan de ejecución del presupuesto de intercambio-movilidad del 2015.</p> <p><b>ACCIÓN CUMPLIDA</b></p>
<p>La organización debe planificar y llevar a cabo la producción y la prestación del servicio bajo condiciones controladas.</p> <p>No se ha realizado la aprobación de los lineamientos y políticas para la movilidad académica.</p>	<p>Llevar a Consejo Directivo el reglamento de los lineamientos y políticas para la movilidad académica para su aprobación.</p>	<p>JEFE DE OFICINA RELACIONES INTERINSTITUCIONALES</p>	<p>Octubre 29 de 2015</p>	<p>Se presentó ante Consejo Académico para socialización y aprobación.</p> <p><b>ACCIÓN CUMPLIDA</b></p>
<p>La organización debe determinar acciones para eliminar las causas de no conformidades potenciales para prevenir su ocurrencia. Las acciones preventivas deben ser apropiadas a los efectos de los problemas potenciales.</p> <p>Evidencia: No se evidenció que la organización haya identificado acciones preventivas en sus procesos.</p>	<p>Realizar reunión con todos los jefes de proceso para evidenciar la existencia de acciones correctivas en todos los procesos. Agregar la palabra correctiva a la columna de acciones del registro R-EV-04.</p>	<p>SIGUTS/PLANEACIÓN</p>	<p>Noviembre de 2015</p>	<p><b>ACCIÓN CUMPLIDA</b></p>



DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLES	FECHA	ESTADO
<p>Se debe realizar la validación del diseño y desarrollo de acuerdo con lo planificado (véase 7.3.1) para asegurarse de que el producto resultante es capaz de satisfacer los requisitos para su aplicación especificada o uso previsto, cuando sea conocido. Siempre que sea factible, la validación debe completarse antes de la entrega o implementación del producto. Deben mantenerse registros de los resultados de la validación y de cualquier acción que sea necesaria (véase 4.2.4)</p> <p>Evidencia: No se evidenció la realización de las validaciones de los programas académicos.</p>	<p>La oficina de la OACA y la ODA realizarán la revisión de los documentos de diseño curricular para evidenciar la realización de las validaciones de los programas académicos.</p>	DOCENCIA/OACA/ODA	Octubre/ Noviembre de 2015	<b>ACCIÓN CUMPLIDA</b>
<p>La organización debe hacer el seguimiento y medir las características del producto para verificar que se cumplen los requisitos del mismo.</p> <p>Evidencia: No se ha realizado el estudio de seguimiento e impacto de los egresados de tecnología e ingeniería ambiental.</p>	<p>Se revisará toda la información de los programas académicos (docencia) y documentarlo en el R-DC-46 para todos los programas académicos.</p> <p>-Revisar que todos los programas académicos cuenten con el estudio de seguimiento e impacto.</p> <p>-Articular con la oficina de Proyección Social los resultados del impacto en el sector productivo.</p>	DOCENCIA/OACA/ODA	Octubre/ Noviembre de 2015	<b>ACCIÓN CUMPLIDA</b>
<p>El personal que realice trabajos que afecten la conformidad con los requisitos del producto debe ser competente con base en la educación, formación, habilidades y experiencia apropiadas.</p> <p>Evidencia: El manual de funciones del acuerdo 01-038 de 2008 no define los requisitos de competencia en formación en los cargos.</p>	<p>Actualizar Manual de funciones teniendo en cuenta los requisitos de competencia en formación en los cargos.</p>	SECRETARÍA GENERAL	Noviembre 30 de 2015	<p>Se presentó ante el Consejo Directivo el 25 de Noviembre quedando aprobada bajo Resolución N°.02-806 de Noviembre 26 de 2015.</p> <p><b>ACCIÓN CUMPLIDA</b></p>

DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLES	FECHA	ESTADO
<p>La organización debe:</p> <p>a) determinar la competencia necesaria para el personal que realiza trabajos que afectan la conformidad con los requisitos del producto.</p> <p>b) cuando sea aplicable, proporcionar formación o tomar otras acciones para lograr la competencia necesaria.</p> <p>c) evaluar la eficacia de las acciones tomadas.</p> <p>Evidencia: No se encontró la evidencia que la organización haya medido la eficacia de la capacitación de la jornada de inducción y re inducción del 30 de junio de 2015.</p>	<p>Diseñar un instrumento de medición para evaluar el entendimiento y eficacia de las capacitaciones realizadas.</p> <p>Retomar los temas de la inducción del 30 Junio de 2015 y aplicar el instrumento de evaluación de la eficacia de ésta a una muestra aleatoria aproximadamente de 15 asistentes.</p>	SECRETARÍA GENERAL	Noviembre de 2015	<p>Se diseñó el instrumento de medición (Encuesta) y se envió aleatoriamente a algunos asistentes de la jornada.</p> <p>No se evidencia que se haya recolectado por parte de Talento Humano las encuestas que fueron enviadas a los funcionarios seleccionados por el SIGUTS, por correo electrónico el día 20 de Noviembre de 2015, junto con las presentaciones realizadas el día de la jornada de inducción y reinducción.</p> <p><b>EN PROCESO</b></p>
<p>La organización debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del producto.</p> <p>Evidencia: No hay histórico de los equipos institucionales como hojas de vida. No hay un programa de mantenimiento preventivo, se basan en los correctivos.</p>	<p>Buscar asesoría con el jefe de recursos informáticos para la orientación e implementación de hojas de vida de los equipos y programas de mantenimiento preventivo.</p> <p>Se debe realizar un programa de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos e infraestructura Física, plasmando además los</p>	INFRAESTRUCTURA Y MANTENIMIENTO	Noviembre de 2015	<p>Se realizaron las hojas de vida de los siguientes equipos institucionales: aires acondicionados, motobombas, plantas eléctricas y tableros</p>

DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLES	FECHA	ESTADO
	cambios de repuestos que generen en sus respectivas hojas de vida.			de control. Se adjunta a cada hoja de vida el informe de mantenimiento que ha tenido, ya sea preventivo, correctivo o predictivo. Se estableció un programa de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos a los que se les efectúa <b>ACCIÓN CUMPLIDA</b>
Los registros establecidos para proporcionar evidencia de la conformidad con los requisitos así como de la operación eficaz del sistema de gestión de la calidad deben controlarse. Evidencia: No se encontró el registro de los estudiantes matriculados en el curso origami de bienestar social.	Elaborar a mano los registros con los inscritos en cada curso ofrecido por Bienestar Institucional en el segundo semestre académico.	BIENESTAR INSTITUCIONAL	Noviembre 20 de 2015	Se hicieron los registros de forma manual de cada uno de los inscritos en los cursos ofrecidos por Bienestar Institucional correspondiente al segundo semestre de 2015. <b>ACCIÓN CUMPLIDA</b>

DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLES	FECHA	ESTADO
<p>La organización debe evaluar y seleccionar los proveedores en función de su capacidad para suministrar productos de acuerdo con los requisitos de la organización.</p> <p>Evidencia: La organización no ha establecido los mecanismos para evaluar a CPS.</p>		SECRETARÍA GENERAL	Noviembre de 2015	<p>Las OPS no son evaluadas porque si no generaría relación laboral.</p> <p>Se evalúa a través del cumplimiento del objeto y funciones del contrato mes a mes al pasar la cuenta de cobro.</p> <p><b>ACCIÓN CUMPLIDA</b></p>
<p>La alta dirección debe asegurarse de que:</p> <p>a) la planificación del sistema de gestión de la calidad se realiza con el fin de cumplir los requisitos citados en el apartado 4.1, así como los objetivos de la calidad.</p> <p>Evidencia: No se ha definido la capacidad instalada de la organización.</p>	Presentar análisis o estudio donde se defina la capacidad instalada de la Institución para evitar sobre demanda.	ALTA DIRECCIÓN	Noviembre de 2015	<p>Se presentó cuadro con el análisis de la capacidad instalada que puede soportar la Institución actualmente.</p> <p><b>Acción cumplida</b></p>
<p>La organización debe llevar a cabo auditorías internas a intervalos planificados para determinar si el sistema de gestión de la calidad:</p> <p>a) es conforme con las disposiciones planificadas (véase 7.1), con los requisitos de esta norma internacional y con los requisitos del sistema de gestión de la calidad establecidos por la organización y</p> <p>b) se ha implementado y se mantiene de manera eficaz.</p> <p>Evidencia: No se ha concluido el ciclo de auditorías internas.</p>		OFICINA DE CONTROL INTERNO		<p>El ciclo de auditorías internas concluyó el 30 de Noviembre de 2015.</p>

Para poder tener un Sistema Integrado de Gestión óptimo en las UTS; se recomienda implementar inmediatamente las acciones correctivas por parte de los responsables de cada proceso, según los hallazgos detectados en esta pre auditoría, para posteriormente revisar la eficacia de las acciones planteadas y apoyado con el SIGUTS hacer un seguimiento hasta poder cerrar cada no conformidad y así poder solicitar la auditoría de certificación y lograr con éxito el otorgamiento como esfuerzo en equipo y dedicación a mejorar cada proceso.

De todo lo anterior, se concluye que el Sistema de Gestión de la Calidad:

**ES CONVENIENTE:** porque existe coherencia de la filosofía institucional con los objetivos de los procesos y los indicadores de gestión.

Porque los resultados de auditoría son útiles para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad detectada o potencial, en pro del mejoramiento continuo del servicio.

**ES ADECUADO:** porque los resultados del Sistema son útiles para la toma de decisiones en pro del mejoramiento continuo del servicio y en la generación de valor agregado.

**ES EFICAZ:** porque permite el logro de los objetivos planteados.

**ES EFICIENTE:** porque permite la optimización de los recursos en cada una de las actividades identificadas en el SIG.

**ES EFECTIVO:** Por el impacto positivo en la comunidad académica y en el entorno.

## 9. Acciones de seguimiento de revisiones previas efectuadas por la dirección.

Se desarrolló el seguimiento a las actividades planteadas en el último informe de revisión por la dirección (Julio de 2015) quedando pendiente:

ACTIVIDAD A REALIZAR	RESPONSABLE	FECHA	ESTADO
El Vicerrector solicita al profesional de Comunicaciones, actualizar constantemente toda la información expuesta en la página Web Institucional y habilitar en un servidor todos los datos para su actualización inmediata cada vez que se efectúe un cambio.	Oficina de Comunicaciones	Agosto de 2015	CUMPLIDO

ACTIVIDAD A REALIZAR	RESPONSABLE	FECHA	ESTADO
De otra parte; se requiere la publicación del acceso a la base documental a través de la página Web en un lado más visible y directo para los administrativos, docentes y estudiantes de las UTS.	SIGUTS/Oficina de Comunicaciones	Agosto de 2015	CUMPLIDO.
El Rector le solicita al Director Administrativo y Financiero y a la Ingeniera Eva encargada del procedimiento de seguridad y salud en el trabajo, con urgencia, la revisión del valor del rubro presupuestal, asignado para la compra de los requerimientos básicos para la implementación del Sistema de Gestión de seguridad y salud en el trabajo en la Institución.	Dirección Administrativa y Financiera/Seguridad y Salud en el trabajo		Ya se tiene asignado rubro presupuestal para el 2016, por lo tanto se le dará prioridad a la compra de los requerimientos básicos.
El Rector solicita intervención para la propuesta presentada por el Vicerrector, como pronta solución para la buena prestación del servicio del punto de información, plantearles a los coordinadores como idea para proyecto de grado de los estudiantes, la construcción y obsequio a la institución de micrófonos instalados en los vidrios de la Oficina de Información y Comunicación Institucional.	Vicerrectoría Coordinación de Electricidad.	Agosto de 2015	Cumplido

## 10. Cambios que podrían afectar el SIGUTS.

El Sistema de Gestión de Calidad de la Institución cumple con los requisitos de la norma NTCGP 1000:2009; a pesar, de la pérdida de importancia que se percibe en las personas por el sostenimiento del sistema, lo cual se evidencia en las mediciones realizadas a los indicadores, mapa de riesgos y control.

La Institución debe incorporar al Sistema de Gestión de Calidad, la aplicación de las normas técnicas de seguridad en el trabajo, el compromiso y cumplimiento de los requisitos ambientales.

Cambios en el personal ocasiona la pérdida de la sensibilización y socialización con el Sistema Integrado de Gestión. Así mismo la incorporación de nuevo personal que no conozca el sistema o no se le capacite en el uso de la base documental incumpliendo el uso de los documentos oficiales.

La articulación del Sistema de Gestión de la Calidad con el MECI y la autoevaluación, para garantizar la calidad de programas e institucional, sujeta a los lineamientos del MEN.

## 11. Actualización e identificación de riesgos.

La Oficina de Apoyo al Sistema Integrado de Gestión de Calidad realizó la revisión a los mapas de riesgos por procesos y el institucional en el mes de Octubre de 2015 con los responsables de cada proceso. Se reclasificaron algunos riesgos existentes. Igualmente se actualizaron las acciones preventivas y correctivas del Mapa de Riesgo.

**Cuadro No 6.-** Mapa de Riesgo Institucional Actualizado.

RIESGO	CAUSAS	CONSECUENCIAS	ACCIONES PREVENTIVAS
Inconsistencias en los reportes y estadísticas de la información académica.	<p>Inconsistencia en la estructura de las bases de datos porque cuando se migró la información de PROYECTO al Sistema académico EXYRE y ACADEMUSOFT, no se realizó la debida depuración de códigos, datos personales y notas.</p> <p>El software EXYRE presenta fallas en el procesamiento de datos.</p> <p>Elaboración manual de los certificados de notas y conducta debido a que el aplicativo ACADEMUSOFT no los reporta automáticamente"</p>	<p>"Lentitud para presentar informes.</p> <p>Efectos sobre la imagen institucional</p> <p>Falta de credibilidad en la veracidad de la información por parte de los estudiantes, docentes y demás interesados.</p> <p>No conformidades por las inconsistencias detectadas en las auditorías internas y externas (SNIES-SPADIES)."</p>	<p>Evitar</p> <p>Continuar reportando las inconsistencias por parte de Admisiones y Registro Académico al Grupo de Sistemas para que se realicen las correcciones.</p> <p>La Institución está en el proceso de implementar el software académico de la UIS para la administración de los datos académicos, con lo cual se espera que los riesgos disminuyan ante la seguridad con que cuenta este software.</p>

RIESGO	CAUSAS	CONSECUENCIAS	ACCIONES PREVENTIVAS
Uso inadecuado de los recursos.	Falta mayor conciencia en el cuidado de los recursos.  Daños causados por los estudiantes en las paredes, puertas, baños, tableros, ventiladores y pupitres, ascensores.	Incremento en el gasto presupuestado.	Reducir:  Elaborar un programa de mantenimientos frecuente a las áreas en general.
Pérdida de material bibliográfico dentro del área de circulación y préstamo	Las personas encargadas del área de circulación y préstamo no realizan el registro de los libros.  No se realizan inventarios semestrales.  Falta de depuración en la información del estudiante.  El control del Sistema de Seguridad - Sensibilizador no funciona.	"Carencia de material bibliográfico.  Sanciones para los responsables de los inventarios".	"Reducir  Hacer el inventario semestral de fondos bibliográficos.  Realizar controles sorpresivos y aleatorios en el préstamo de material bibliográfico, verificando si el texto prestado ha sido registrado en el sistema. En caso contrario, se realizará una acción de mejora con la persona que efectuó el préstamo.  Implementar el bloqueo de los estudiantes infractores en el sistema académico para graduarse y matricularse. "
Deterioro de material bibliográfico	Falta de control a factores físicos, climáticos y plagas que deterioran el material bibliográfico.  Descuido y maltrato de los estudiantes con los textos.	Enfermedades en el personal  Daño de los libros  Pérdida de la inversión en bibliografía.	Reducir  Solicitar dos fumigaciones al año.  Solicitar la limpieza de la alcantarilla. Solicitar arreglo de techos y goteras del área de colección.
Incumplimiento de las metas del plan de acción en investigación	Directrices institucionales que cambian el rumbo del plan durante su ejecución.  Se cargan los docentes con mayor número de horas de docencia y disminuyen el tiempo para la investigación.	Incumplimiento del plan de acción institucional	TRANSFERIR: Durante el proceso de seguimiento, se deben realizar revisiones a las directrices institucionales para reorientar la gestión del proceso, en caso de ser necesario.

De acuerdo al análisis realizado en 2015, en este momento la Institución se encuentra expuesta a riesgos, valorados así:



**Cuadro No 7.- Resumen de Riesgos Institucionales.**

Riesgos Aceptables	12	19.67%
Riesgos Tolerables	13	21.31%
Riesgos Moderados	11	18.04%
Riesgos Importantes	20	32.79%
Riesgo Inaceptable	5	8.19%
<b>TOTAL</b>	<b>61</b>	<b>100%</b>

Es importante resaltar que un 19.67% de los riesgos detectados se encuentran en posibilidad alta de ocurrencia (importantes), que por su capacidad de impacto afecte el logro de los objetivos institucionales.

De otra parte, el 8.19% de los riesgos se encuentran en estado inaceptable, lo cual es un avance positivo, representando un mayor compromiso de los responsables de los procesos con la ejecución de las acciones preventivas.

## 12. Resultados de la revisión.

Por directrices de la alta dirección se toma la decisión de reanudar el proceso de certificación bajo las normas NTC-GP-1000/2009 e ISO 9001:2008 por parte de un ente certificador a realizarse en el primer trimestre de 2016.

Se sugiere implementar el siguiente dispositivo para calificar el servicio, el cual puede ser desarrollado como proyecto de grado por los estudiantes de programas académicos afines y aplicarlo en las diferentes dependencias permitiéndonos mejorar el servicio en la Institución.



Se revisaron los valores del rubro presupuestal, asignado para: la compra de los requerimientos básicos para la implementación del Sistema de Gestión de seguridad y salud en el trabajo en la Institución y para el proceso de Internacionalización para efectos de intercambio-movilidad académica con el fin de planear su ejecución para el año 2017.

El señor vicerrector, Doctor Alberto Serrano, resalta la importancia del comité y solicita mayor compromiso y participación por parte de sus integrantes para dar prontas soluciones a los temas tratados, y así lograr una Institución con calidad.

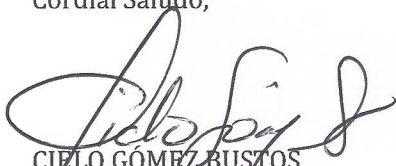
## Conclusiones

El sistema de gestión de calidad de la institución se continúa desarrollando en cumplimiento de los requisitos establecidos en la norma NTC-GP 1000-2009.

Los indicadores del Sistema de Gestión de Calidad evidencian la urgente necesidad de motivar al personal para que cumplan con los requisitos del Sistema, con el fin de seguir contribuyendo al fortalecimiento de la gestión institucional.

Se considera necesario fortalecer la articulación en todos los niveles, los canales de comunicación y la definición de estrategias metodológicas para el cumplimiento e implementación de los requisitos de norma y de ley relacionados al Sistema.

Cordial Saludo,



CIELO GÓMEZ BUSTOS  
Representante de la Dirección

Actualizó y Proyectó: Marcela Bohórquez Mantilla.