


|   |   |                              |                   |                           |
|---|---|------------------------------|-------------------|---------------------------|
| <br>Universidad Francisco de Paula Santander<br>Ocaña - Colombia<br>Vigilante Metodológico | <b>UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER OCAÑA</b> |                              |                   |                           |
|   | Documento   | Código                       | Fecha             | Revisión                  |
|   | <b>FORMATO HOJA DE RESUMEN PARA TRABAJO DE GRADO</b>  | <b>F-AC-DBL-007</b>          | <b>10-04-2012</b> | <b>A</b>                  |
|   | Dependencia   | Aprobado                     |                   | Pág.                      |
| <b>DIVISIÓN DE BIBLIOTECA</b>   |   | <b>SUBDIRECTOR ACADEMICO</b> |                   | <b>v(118)</b><br><b>)</b> |

### RESUMEN – TRABAJO DE GRADO

|  |   |                  |          |
|--|---|------------------|----------|
| <b>AUTORES</b>   | LINA PATRICIA PALACIO ARÉVALO   |                  |          |
| <b>FACULTAD</b>  | FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y ECONÓMICAS   |                  |          |
| <b>PLAN DE ESTUDIOS</b>  | ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS  |                  |          |
| <b>DIRECTOR</b>  | MSc. YESENIA ARENÍZ ARÉVALO   |                  |          |
| <b>TÍTULO DE LA TESIS</b>  | EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD A TRAVÉS DE LAS HERRAMIENTAS DE GESTIÓN DE LA UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER OCAÑA. |                  |          |
| <b>RESUMEN</b>   |   |                  |          |
| (70 palabras aproximadamente)  |   |                  |          |
| <p>SE EVALÚA EL DESEMPEÑO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD GRACIAS AL DESARROLLO DE LOS OBJETIVOS PROPUESTOS; LOS CUALES PERMITEN LA IDENTIFICACIÓN DE LAS HERRAMIENTAS IMPLEMENTADAS EN EL SISTEMA, TAMBIÉN LA DETERMINACIÓN DE LA EFECTIVIDAD QUE HAN TENIDO A TRAVÉS DEL TIEMPO CADA UNA DE LAS HERRAMIENTAS APLICADAS EN LOS DISTINTOS PROCESOS DE LA INSTITUCIÓN; DE ESTE MODO SE LOGRA TENER UN PANORAMA DEL ESTADO Y DESEMPEÑO ACTUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DE LA UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER OCAÑA.</p> |   |                  |          |
| <b>CARACTERÍSTICAS</b>   |   |                  |          |
| PÁGINAS: 117   | PLANOS:   | ILUSTRACIONES:22 | CD-ROM:1 |

EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD A  
TRAVÉS DE LAS HERRAMIENTAS DE GESTIÓN DE LA UNIVERSIDAD FRANCISCO  
DE PAULA SANTANDER OCAÑA

AUTOR

LINA PATRICIA PALACIO ARÉVALO

Trabajo de grado para Optar al título de Administrador de Empresas

Director

MSc. YESENIA ARENÍZ ARÉVALO

Ingeniera de Sistemas

UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER OCAÑA  
FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y ECONÓMICAS  
PLAN DE ESTUDIOS ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

Ocaña, Colombia

Julio de 2018

## Índice

### **Capítulo 1. Evaluación del desempeño del sistema de gestión de la calidad a través de las herramientas de gestión de la Universidad Francisco de Paula Santander Ocaña. ....1**

|                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| 1.1 Planteamiento del problema ..... | 1 |
| 1.2 Formulación del problema .....   | 2 |
| 1.3 Objetivos .....                  | 2 |
| 1.3.1 General.....                   | 2 |
| 1.3.2 Específicos.....               | 2 |
| 1.4 Justificación.....               | 3 |
| 1.5 Delimitaciones.....              | 4 |
| 1.5.1 Conceptual .....               | 4 |
| 1.5.2 Espacial.....                  | 4 |
| 1.5.3 Temporal.....                  | 4 |
| 1.5.4 Operativa .....                | 4 |

### **Capítulo 2.Marco Referencial.....6**

|   |    |
|---|----|
| 2.1 Marco histórico .....                               | 6  |
| 2.1.1 Historia de la calidad en todos los ámbitos ..... | 6  |
| 2.1.2 Antecedentes a nivel Nacional. ....               | 12 |
| 2.1.3 Antecedentes de la calidad a nivel local.....     | 14 |
| 2.2 Marco contextual.....                               | 16 |
| 2.3 Marco conceptual .....                              | 19 |
| 2.4 Marco teórico .....                                 | 20 |
| 2.5 Marco legal.....                                    | 23 |

### **Capítulo 3.Diseño metodológico .....29**

|  |    |
|--|----|
| 3.1 Tipo de investigación .....                                | 29 |
| 3.2 Población.....   | 30 |
| 3.3 Muestra.....   | 30 |
| 3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de información..... | 30 |
| 3.5 Procesamiento y análisis de la información .....           | 31 |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Capítulo 4. Presentación de resultados .....</b>   | <b>36</b> |
| 4.1 Identificar las herramientas de gestión que son aplicadas para el mejoramiento continuo en los procesos y programas de la Universidad Francisco de Paula Santander Ocaña..... | 36        |
| 4.2 Determinar los índices de desempeño por cada herramienta de gestión en los últimos cinco años en la UFPS Ocaña. ....  | 39        |
| 4.2.1 Dirección y planeación. ....  | 39        |
| 4.2.2 Gestión administrativa y financiera. ....   | 42        |
| 4.2.3 Bienestar universitario.....  | 46        |
| 4.2.4 Admisiones, registro y control.....   | 49        |
| 4.2.5 Infraestructura y mantenimiento.....  | 52        |
| 4.2.6 Investigación.....  | 55        |
| 4.2.7 Extensión. ....   | 58        |
| 4.2.8 Secretaría general. ....  | 60        |
| 4.2.9 Control interno.....  | 63        |
| 4.2.10 Gestión académica.....   | 66        |
| 4.2.11 Sistema integrado de gestión. ....   | 70        |
| 4.2.12 Gestión de comunicaciones. ....  | 72        |
| 4.2.13 Gestión humana. ....   | 75        |
| 4.2.14 Sistemas de información, telecomunicaciones y tecnología. ....   | 78        |
| 4.3 Proponer estrategias para incrementar el desempeño a partir de las herramientas y tendencias del mercado. ....  | 82        |
| 4.3.1 Universidad del Magdalena. ....   | 82        |
| 4.3.2 Universidad Industrial de Santander.....  | 84        |
| 4.3.3 Universidad Tecnológica del Pereira.....  | 87        |
| 4.3.4 Universidad de Pamplona.....  | 90        |
| <br><b>Conclusiones .....</b>   | <b>95</b> |
| <br><b>Recomendaciones .....</b>  | <b>97</b> |
| <br><b>Referencias.....</b>   | <b>98</b> |

**Apéndices .....102**

## Lista de tablas

|  |    |
|--|----|
| Tabla 1. Descripción de las Herramientas de Gestión de la UFPSO .....    | 37 |
| Tabla 2. Estrategias planteadas para la mejora del SIG de la UFPSO ..... | 94 |

## Lista de figuras

|  |    |
|--|----|
| Figura 1. Tabla de herramientas de Gestión de la Universidad Francisco de Paula Santander Ocaña. ....                | 36 |
| Figura 2. Herramientas de gestión de la Universidad Francisco de Paula Santander Ocaña. ....                         | 37 |
| Figura 3. Índice de desempeño de las herramientas de Dirección y Planeación. ....                                    | 42 |
| Figura 4. Índice de desempeño de las herramientas de Gestión Administrativa y Financiera. ....                       | 46 |
| Figura 5. Índice de desempeño de las herramientas de Bienestar Universitario. ....                                   | 49 |
| Figura 6. Índice de desempeño de las herramientas de Admisiones, registro y control. ....                            | 52 |
| Figura 7. Índice de desempeño de las herramientas de Infraestructura y mantenimiento. ....                           | 54 |
| Figura 8. Índices de desempeño de las herramientas de Investigación. ....  | 58 |
| Figura 9. Índice de desempeño de las herramientas de Extensión. ....   | 60 |
| Figura 10. Índices de desempeño de las herramientas de Secretaría General. ....                                      | 63 |
| Figura 11. Índices de desempeño de las herramientas de Control Interno. ....   | 66 |
| Figura 12. Índices de desempeño de las herramientas de Gestión Académica. ....                                       | 69 |
| Figura 13. Índice de desempeño de las herramientas de Sistema Integrado de Gestión. ....                             | 72 |
| Figura 14. Índice de desempeño de las herramientas de Gestión de Comunicaciones. ....                                | 75 |
| Figura 15. Índice de desempeño de las herramientas de Gestión Humana. ....   | 78 |
| Figura 16. Índice de desempeño de las herramientas de Sistemas de información, telecomunicaciones y tecnología. .... | 80 |
| Figura 17. Mapa de procesos de la Universidad del Magdalena. ....  | 84 |
| Figura 18. Mapa de procesos de la Universidad Industrial de Santander. ....  | 87 |
| Figura 19. Política Integral de Gestión de la Universidad Tecnológica de Pereira. ....                               | 89 |
| Figura 20. Mapa de procesos de la Universidad Tecnológica de Pereira. ....   | 90 |
| Figura 21. Sistema Integrado de Gestión Universidad de Pamplona. ....  | 91 |
| Figura 22. Mapa de procesos de la Universidad de Pamplona. ....  | 93 |

## **Lista de apéndices**

|   |     |
|---|-----|
| Apéndice A. Modelo de entrevista dirigida al equipo del Sistema Integrado de Gestión de la Universidad Francisco de Paula Santander Ocaña. .... | 103 |
|---|-----|



## Resumen

La evaluación del desempeño del sistema de gestión de la calidad a través de las herramientas de gestión de la universidad Francisco de paula Santander Ocaña, tiene como finalidad analizar la efectividad que han tenido a través del tiempo cada una de las herramientas implementadas en los distintos procesos de la institución, para de esta manera tener un panorama del estado y desempeño actual del sistema de gestión de calidad. Es importante mencionar que en el desarrollo del proyecto se implementó una metodología investigativa de alcance descriptiva- correlacional; y el tipo de investigación fue mixta en la cual se integran la investigación cualitativa en la que por medio de la entrevista se tiene como objetivo indagar, averiguar y conocer datos específicos relacionados con las herramientas de gestión utilizadas en los distintos procesos y programas de la Universidad con el fin de evaluar el desempeño de las mismas; y la investigación cuantitativa la cual servirá para analizar y evaluar los índices de desempeño de las herramientas de gestión.

El desarrollo de los objetivos contribuyó a conocer primero las herramientas de gestión implementadas en la Universidad y además mostrando con detalle que procesos las lideran y cuales las aplican, también información relevante del sistema integrado de gestión; el segundo objetivo arroja el índice de desempeño en los últimos cinco años de las herramientas de gestión en la UFPSO y por último, ya teniendo claridad del desempeño que ha logrado el sistema de gestión de calidad, se indaga y se hace un análisis de las tendencias del mercado lo que contribuye al planteamiento de estrategias que ayuden a incrementar el desempeño del sistema.

En conclusión, se logra evaluar el desempeño del sistema de gestión de calidad implementado por la Universidad, a fin de que los resultados arrojados en el presente proyecto de investigación sean de gran ayuda para que el SGC, logrando aumentar su efectividad y además la mejora en la implementación de las herramientas de gestión en los distintos procesos que hacen parte de la institución.

## **Introducción**

En el presente proyecto de investigación titulado “evaluación del desempeño del sistema de gestión de la calidad a través de las herramientas de gestión de la universidad Francisco de paula Santander Ocaña”, se llevó a cabo una búsqueda de información a través de distintas fuentes, una de estas fue la realización de una entrevista la cual sirvió como base para el desarrollo del plan de trabajo propuesto.

En la actualidad los sistemas de gestión se han convertido en un aspecto primordial en las organizaciones, ya que todas esperan alcanzar altos niveles de calidad en los productos y servicios que ofrecen; la Universidad Francisco de Paula Santander Ocaña no es la excepción, el Sistema Integrado de Gestión se ha convertido en uno de los procesos más importantes el cual contribuye al buen funcionamiento de los demás procesos y áreas de la institución; pero para alcanzar esto se deben implementar las herramientas de gestión más adecuadas las cuales contribuirán al cumplimiento de las metas establecidas en cada proceso y por ende a cumplir los objetivos institucionales.

Es por esto que en el presente trabajo de investigación se espera a través del desarrollo de los objetivos propuestos, conocer las herramientas de gestión implementadas para el logro de las acciones planteadas en cada proceso, el comportamiento de las mismas a través del tiempo, para de este modo conocer y evaluar el desempeño que ha tenido el sistema de gestión de calidad, teniendo como finalidad el planteamiento de estrategias que contribuyan a mejorar este desempeño, ya que estas estarán basadas en las tendencias que muestra el mercado.

En conclusión, se logra conocer el desempeño del sistema integrado de gestión de la UFPSO a través de las herramientas de gestión implementadas en los distintos procesos que hacen parte de la universidad, además se logra proponer algunas estrategias que contribuirán a enriquecer la gestión del sistema y el rendimiento de las herramientas utilizadas.

# **Capítulo 1. Evaluación del desempeño del sistema de gestión de la calidad a través de las herramientas de gestión de la Universidad Francisco de Paula Santander Ocaña.**

## **1.1 Planteamiento del problema**

En la actualidad, el mundo empresarial es cada vez más competitivo y dinámico, es por esto que las organizaciones están en constante cambio, en busca de una mejora continua; para esto deben estar a la vanguardia en los distintos sistemas, modelos y herramientas a implementar, con el fin de alcanzar la mejor calidad en sus productos y servicios.

Un sistema de gestión es un conjunto de elementos de una organización interrelacionados o que interactúan para establecer políticas, objetivos y procesos para lograr estos objetivos (NTC ISO 9001: 2015). En el caso de la UFPSO por ser una institución de carácter público la implementación de un sistema de gestión de calidad según la ley 872 fue de carácter obligatorio, con el fin de dirigir y evaluar el desempeño institucional de manera coordinada y transparente; (2003). En la actualidad la normatividad que enmarca la planeación y la gestión en estas entidades es el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) conformado por los Decretos 2482 de 2012 y 1499 de 2017. Este modelo permite dirigir, planear, ejecutar, controlar, hacer seguimiento y evaluar la gestión institucional de las entidades públicas, en términos de calidad e integridad del servicio para generar valor público. (Función Pública, 2017)

Debido a esto, la Universidad Francisco de Paula Santander Ocaña adoptó e implementó la filosofía de un sistema integrado de gestión, para dirigir y evaluar el desempeño institucional orientado al mejoramiento de los productos y/o servicios que se ofrecen al estudiante y a la

sociedad(Universidad Francisco de Paula Santander Ocaña, 2016).; Sistema que ha estado ceñido a las normas y que ha sido la guía en todos y cada uno de los procesos que se llevan a cabo, cada proceso involucrado en el funcionamiento de la universidad cuenta con una serie de herramientas de gestión que ayudan al cumplimiento de los objetivos, para que esto sea posible deben utilizarse las herramientas indicadas y de manera correcta.

Teniendo en cuenta lo anterior, se evidencia la necesidad de evaluar el desempeño de los procesos y programas que cuentan con las herramientas de gestión de la UFSP Ocaña, de tal manera que se pueda determinar la efectividad de cada una de ellas al interior de la institución en general y de acuerdo a los resultados proponer estrategias que permitan incrementar su desempeño.

## **1.2 Formulación del problema**

¿Qué beneficios brinda a la universidad conocer la efectividad de las herramientas de gestión a través de la evaluación del desempeño del sistema de gestión de la calidad con que cuenta?

## **1.3 Objetivos**

**1.3.1 General.** Evaluar el desempeño del sistema de gestión de la calidad a través de las herramientas de gestión de la Universidad Francisco de Paula Santander Ocaña.

**1.3.2 Específicos.** Identificar las herramientas de gestión que son aplicadas para el mejoramiento continuo en los procesos y programas de la Universidad Francisco de Paula Santander Ocaña.

Determinar los índices de desempeño por cada herramienta de gestión en los últimos cinco años en la UFPS Ocaña.

Proponer estrategias para incrementar el desempeño a partir de las herramientas y tendencias del mercado.

#### **1.4 Justificación**

Un sistema de gestión de la calidad es la parte de un sistema de gestión con respecto a la calidad (NTC ISO 9001: 2015) y se ha convertido en una pieza fundamental para el buen funcionamiento de las organizaciones, ya que les permite sistematizar las operaciones, controlar el desempeño de los procesos, aumentar la ventaja competitiva, entre otros aspectos.

En tal sentido, en la UFPS Ocaña, la implementación del Sistema de forma integrada se ha realizado desde el año 2008 de forma progresiva y secuencial, alineando la autoevaluación institucional con parámetros del CNA; así mismo con la NTC GP 1000:2009 establecida por medio de la ley 872 de 2003 que crea el Sistema de Gestión de Calidad para el sector público, y el decreto 4110 de 2004 que adopta la Norma Técnica de Calidad; posteriormente con los demás sistemas de gestión.(Manual SIG, UFPSO, 2017)

El sistema integrado de gestión es considerado como parte fundamental en el desarrollo de sus actividades; a partir de este se dio el diseño y aplicación de una serie de herramientas para la evaluación y medición en el rendimiento de sus procesos, lo que le ha permitido lograr avances

significativos a través de los años, evidenciando un adecuado funcionamiento en su sistema interno reflejado en los resultados de la satisfacción de los clientes, entre otros.

La realización de este proyecto es de gran importancia porque permitió reconocer la efectividad del desempeño de las herramientas de gestión con el fin de corregir aquellos aspectos que generan riesgo y restringen la mejora continua en todos los procesos de la UFPS Ocaña.

También la realización del proyecto contribuyó a que su autor reconociera la importancia de las herramientas de gestión en el contexto organizacional, ganando habilidades en estos temas vitales para las organizaciones y en su futuro desempeño profesional.

## **1.5 Delimitaciones**

**1.5.1 Conceptual.** La temática del proyecto se enmarcó en los siguientes conceptos: Sistema de gestión, sistema de gestión de la calidad, principios generales de la gestión de calidad, enfoque al cliente, contexto organizacional, herramientas de gestión, mejora continua, efectividad, evaluación del desempeño, indicadores, entre otros.

**1.5.2 Espacial.** El trabajo de grado se desarrolló en la Universidad Francisco de Paula Santander de Ocaña, Norte de Santander.

**1.5.3 Temporal.** El proyecto se desarrolló en el lapso de ocho (8) semanas, una vez aprobado el anteproyecto.

**1.5.4 Operativa.** El cumplimiento de los objetivos de la investigación pudo ser afectado por factores como la restricción al acceso de la información necesaria, de acuerdo a esto y de



surgir algún inconveniente que ameritara modificaciones significativas, estas serían consultadas con el director y comunicadas al Comité Curricular.

## Capítulo 2.Marco Referencial

### 2.1 Marco histórico

La historia y evolución de la calidad a través del tiempo estuvo muy asociada al progreso que fueron teniendo los procesos productivos y a la efectividad de los mismos. En un principio las nociones de calidad estuvieron ligadas al papel que cumplía una persona encargada de inspeccionar que todo marchara de la mejor manera.

Más adelante a partir de los años 80 y hasta mediados de los 90 aproximadamente, la calidad se asume como un proceso estratégico. Este es quizá uno de los cambios más significativos que ha tenido el concepto, pues a partir de este momento se introducen los procesos de mejora continua. La calidad, que ahora ya no es impulsada por inspectores sino por la dirección, se contempla como una ventaja competitiva. Además, toma como centro de acción las necesidades del cliente. Los Sistemas de Gestión se consolidan y la implicación del personal aumenta.(Isotools, 2016)

**2.1.1 Historia de la calidad en todos los ámbitos.** Se inicia haciendo un recuento de lo que ha sido la calidad en el ámbito internacional, partiendo de la revisión de los procedimientos de evaluación de calidad en países que han iniciado la implementación de estándares e indicadores para garantizar la calidad revela que esos procesos son realizados principalmente por las respectivas agencias de calidad. Es difícil lograr homogeneidad entre los países debido a la naturaleza plural de los sistemas de evaluación y de las instituciones responsables. Según Nelson (2005), citado por (Bermudez, Sierra, Zych, & Castro, 2009) los criterios para asegurar la calidad

deben ser públicamente conocidos. Además de eso, las instituciones y los programas deben implementar un proceso de autoevaluación, aceptando al mismo tiempo la presencia de un equipo externo formado por pares para validar, comparar resultados, publicar una decisión acerca de la acreditación y proponer formas posibles de mejora.

Los resultados del estudio indican que Francia, Reino Unido y Alemania son los países que utilizan el mayor número de indicadores del número total de los indicadores considerados (88). Así, Francia aparece en primera posición con 59 indicadores, seguida por el Reino Unido y Alemania con 24 y 22 respectivamente.

Estos resultados dan información sobre la variabilidad de los criterios de calidad de la evaluación de las universidades en los países analizados. Por ejemplo, algunos de los países tienen más agencias de calidad que otros y eso puede aumentar el número y la variabilidad de los indicadores. También muestran las características de las agencias que evalúan la calidad y sirven como guía para mejorar las universidades siguiendo los mejores estándares. Los resultados tienen un amplio uso ya que muestran los criterios de la calidad utilizada por las mejores universidades del mundo que pueden orientar los planes estratégicos de otras universidades y serles de utilidad para competir mejor y ocupar posiciones más altas en los ranking nacionales e internacionales.(Bermudez, Sierra, Zych, & Castro, 2009)

Cobra importancia entre las universidades el proceso de calidad que garantiza lo que aparece como resultado de búsqueda del reconocimiento externo por parte del gobierno o de las agencias de acreditación de calidad. Es importante establecer los indicadores globales que

permitirían un enfoque único al evaluar la calidad de las universidades de países diferentes. Es crucial para la comparación de la calidad de las universidades en distintos países y como resultado la creación de un espacio común. Según indicó Crespo (2005), el desarrollo de los países modernos depende del conocimiento científico y tecnológico. Eso incluye en el sistema de educación superior y requiere colaboración entre los países. (Bermudez, Sierra, Zych, & Castro, 2009)

Por otro lado y en lo que tiene que ver con el ámbito nacional, el interés por la calidad y la productividad tiene un momento importante cuando en 1956 una misión de Asistencia Técnica asesora al país a fin de desarrollar indicadores de productividad y optimizar la industria nacional. En 1960 se crea el Centro Nacional de Productividad y la Asociación Nacional de Productividad y se organiza en el Ministerio de Fomento una División de Normas y Calidades, asesorada por una junta central de normas. Fundado en 1963, el Instituto Colombiano de Normas Técnicas, ICONTEC, actúa como asesor del gobierno en materia de normalización técnica. Incolda, la Universidad de Los Andes, La Asociación Colombiana de Control de Calidad fundada en 1975, el Premio Nacional de la Calidad, el Movimiento de los Círculos de Calidad iniciado hacia 1980 en Croydon, Banco de Occidente, Carvajal y Enka, las asociaciones de Círculos de Calidad (especialmente Antioquia, Bogotá, Cundinamarca y Valle), y la Fundación Nueva Colombia Industrial han liderado el Desarrollo de la calidad y la Productividad en el país. (El tiempo, 1994)

A mediados de los ochentas comienza a desplazarse el interés desde los sistemas de control estadístico de corte tradicional enfocados a la producción y a la inspección masiva al final de la línea, hacia la Calidad Total como enfoque gerencial orientado hacia el mercado y hacia el

mejoramiento continuo integrado en todas las áreas a partir de la gerencia. Igualmente se comienza a entender los Círculos de Calidad como una metodología auxiliar de la Calidad Total condenada al fracaso cuando no se la concibe y organiza en el marco de un ambiente organizacional realmente participativo y orientado desde la gerencia.

Deben continuarse en las asociaciones de calidad, en las universidades y en las empresas estos esfuerzos pioneros incorporando en la metodología de la Calidad Total la Planeación Estratégica y la Reingeniería a la colombiana, a fin de asegurar la Calidad Total nacional. (El tiempo, 1994)

Uno de los hitos más importantes en la constitución del sistema nacional de calidad en Colombia fue la creación en 1963 del “Instituto Colombiano de Normas Técnicas” –ICONTE cual ese mismo año se afilió a la Comisión Panamericana de Normas Técnicas (COPANT) ya la Organización Internacional de Normalización (ISO).

Un año después, en 1964, mediante el Decreto 767, el gobierno nacional otorgó a ICONTEC el carácter de Organismo Asesor y Coordinador Normalización lo cual se constituyó en un espaldarazo a los esfuerzos privados de contar con un organismo especializado en la normalización y un reconocimiento de la importancia de la normalización.

Lo anterior se vio confirmado en 1965, cuando el Gobierno Nacional otorgó, mediante el Decreto 2399, al entonces Ministerio de Fomento la facultad de oficializar las normas técnicas elaboradas por ICONTEC y reglamentar su aplicación. Al año de 1984, el gobierno nacional

emitió el Decreto 2746, conocido como el “Nuevo Estatuto de Normas y Calidades” en el cual reconoce a ICONTEC como Organismo Nacional de Normalización –ONN en adelante.

Diez años más tarde, en 1994, el gobierno colombiano, dentro del marco del Decreto 2269, acredita a ICONTEC como organismo certificador, el primero y único en Colombia, autorizado para certificar la calidad de todos los productos del sector industrial y los sistemas de calidad. Entre 1998 y 1999, ICONTEC alcanza dos logros internacionales de importancia al ingresar, primero, a la Red Mundial de Certificación IQNet, y luego ser el representante de Colombia en el Comité Técnico de Administración y Manejo TMB (Technical Management Board), uno de los órganos internos más importantes de la ISO siendo además en ese entonces el único organismo latinoamericano en esa institución.

Más recientemente, el ICONTEC, en su papel de certificador, obtiene un nuevo e importante reconocimiento internacional por parte del Instituto Nacional Americano de Normas (American National Standards Institute - ANSI) de Estados Unidos que reconoce sus acreditaciones. En 2014 y más recientemente 2015, el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, -MCIT en adelante- mediante los Decretos 1471 y 1595 respectivamente, ratifican a ICONTEC como el ONN. El Decreto 1595 de 2015 establece en el Artículo 2.2.1.7.3.3 las veinte funciones que ese Organismo debe cumplir. (Gallego & Gutierrez, 2016)

Arango Ospina, Paula Andrea (2007), en su tesis titulada “Revisión y actualización en la documentación del Sistema de Gestión de la Calidad bajo los requisitos de la Norma ISO 9001:2000 para Sumilec S.A.”, el trabajo está basado en la ejecución de actividades de apoyo al

Sistema de Gestión de la Calidad en Sumilec S.A. Tomando como punto de partida las recomendaciones realizadas por parte del Icontec en la anterior auditoria de seguimiento. Tras el análisis del estado del sistema, se consideró pertinente actualizar la estructura documental con el fin de mantener la integridad, vigencia y pertinencia de la información consignada en el manual de calidad. Facilitándole a la empresa una mejor preparación para la auditoria el mes de noviembre del presente año. Ambas investigaciones se relacionan ya que luego de diseñar e implantar un Sistema de Gestión de la Calidad se debe hacer una revisión y actualización de la documentación. (Arango Ospina, 2007)

Por su parte, a nivel departamental, la Contraloría General de Norte de Santander, liderada por Silvano Serrano Guerrero logró obtener la renovación del certificado en Sistema de Gestión de Calidad en las Normas ISO 9001; 2008 y en la Norma Técnica de Calidad GP1000; 2009 a través del ICONTEC convirtiéndose en la segunda entidad a nivel departamental en obtener este logro.

La norma ISO 9001, 2008 es una norma internacional que se aplica a los sistemas de gestión y se centra en todos los elementos con los que una empresa debe contar para tener un sistema efectivo que le permite administrar y mejorar la calidad de sus productos o servicios; mientras que la norma NTC GP 1000; 2009 determina los requisitos que las entidades públicas deben cumplir para implementar a su interior el sistema de gestión de calidad. Actualmente la Contraloría General de Norte de Santander adelanta las actividades correspondientes a la implementación de la norma ISO 9001; 2015, trabajando en conjunto con todo el equipo

humano que permite que la entidad mejore cada día más en la prestación del servicio a la comunidad. (Joya, 2017)

El Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Calidad (ICONTEC), entregó la reactivación de la certificación de calidad ISO 9001 de los procesos de cobertura, gestión del talento humano, calidad y atención al ciudadano de la Secretaría de Educación de Norte de Santander.

En agosto de 2010 se obtuvieron -por primera vez- las certificaciones en atención al ciudadano, cobertura educativa y talento humano, y en 2011 en calidad educativa. Esta recertificación de los procesos hace parte del mejoramiento continuo que actualmente deben tener todas las entidades públicas con responsabilidad social.

Cabe resaltar que el Ministerio de Educación Nacional, en aras de buscar el fortalecimiento del Sistema de Gestión de la Calidad en la entidad territorial certificada de Norte de Santander, en especial los procesos ya certificados, efectuó visitas previas de asistencia técnica para la preparación de esta auditoría del ICONTEC. (Gobernación Norte de Santander, 2017)

**2.1.2 Antecedentes a nivel Nacional.** Actualmente, las exigencias del mercado y el aumento de la competitividad han originado la necesidad de las diferentes empresas de encontrar elementos que le permitan diferenciarse de la competencia. Por tanto, hoy en día las empresas se ven obligadas a mantenerse en el mercado, mediante la incorporación de criterios de calidad, bajo un sistema de gestión de calidad.



Los sistemas de calidad se modifican a medida que pasa el tiempo, cambian los requerimientos, se introducen mejoras, etc., es por esto, que se hace necesario que los sistemas nunca estén estáticos, se necesita un mantenimiento constante, igualmente, se requiere de la realización de auditorías internas que periódicamente garanticen el cumplimiento de los requerimientos actuales de la norma y que comprueben el grado de cumplimiento de un proceso respecto a lo definido, ya que “las auditorías internas hacen que el sistema funcione y se mantenga

Vivo”

Cualquier organización que desee implantar un sistema de gestión de la calidad, puede implementar una gran variedad de herramientas, pues las herramientas están diseñadas para que las empresas estén en condiciones de realizar la planificación, el control, el aseguramiento y la mejora de la calidad (Ruiz Velasco , 2017)

A nivel nacional se encuentra como referente el trabajo de grado “Los sistemas integrados de gestión como elemento diferenciador de las organizaciones empresariales” por Ángela Bernal y Nidia Saavedra con el que se busca hacer un acercamiento a la historia, conocimiento y definición de cada uno de los sistemas de gestión que se desarrollan hoy en día: Calidad, Medio ambiente, Seguridad y salud ocupacional, así como a las normas que los rigen y a su vez conocer cómo éstos se pueden unificar en un SIG, para un mejor desempeño y funcionalidad de las empresas. Así mismo, dar un vistazo a la evolución que han tenido los SIG a nivel nacional, reconociendo a su vez la importancia de su implementación dentro de las organizaciones y los aportes que estos hacen al crecimiento empresarial. (Bernal & Saavedra , 2017)

“Propuesta para la Implementación de un Sistema Integrado de Gestión HSQE en la Empresa Chaneme Comercial S.A.” El propósito del presente trabajo radica en establecer una propuesta de implementación de un área HSEQ, determinando los beneficios para la organización en ahorro de costos, simplificación de la documentación y actividades, cumpliendo con los parámetros establecidos en las NTC ISO 9001:2015, NTC ISO 14001:2015 y OHSAS 18001:2007 los cuales se alinean a los objetivos estratégicos a través del Manual del SIG.(Moreno & Cifuentes, 2016)

“Importancia de la implementación de un sistema de gestión integral en las empresas colombianas”.El presente artículo de reflexión trata de explicar la importancia que está teniendo el implementar un Sistema Integrado de Gestión de Calidad (HSEQ), ya que debido a los diferentes tratados de libre comercio que está firmando Colombia con el mundo, hace que las exigencias empresariales sean de carácter global. Se desarrolla la investigación y se concluye que un Sistema de Gestión Integral es importante ya que trae consigo altos niveles de satisfacción en los cliente, aumento en la demanda de los productos y/o servicios, se logre exportar más, se mejore la producción de las empresas, se disminuyan los gastos, se tomen decisiones de la forma más racional posible, se logre asertividad en la comunicación interna y sobre todo se mejoren las condiciones laborales del talento humano.(Mejia Coneo, 2015)

**2.1.3 Antecedentes de la calidad a nivel local.** Dentro de los trabajos a nivel local se encuentran los siguientes:

Evaluación de la prestación del servicio de educación a partir del sistema de gestión de calidad en la Universidad Francisco de Paula Santander Ocaña por (Barraza Pérez, 2017), cuyo principal objetivo se enfocó en evaluar la prestación del servicio de educación a partir del sistema de gestión de calidad. Los resultados obtenidos permitieron identificar factores que debilitan la satisfacción del cliente en la UFPS Ocaña, además permitió el diseño de estrategias y un plan para su ejecución en el cual se sugieren propuestas para mejorar los niveles de calidad institucional.

También se presenta el proyecto desarrollado por (Paez & Amaya, 2015) denominado: propuesta para la implementación del sistema de gestión de calidad bajo los parámetros de la norma NTC ISO 9001-2008 exigidas por el ICONTEC para la certificación de la empresa ACOSMI de río de oro, cesar. El cual se llevó a cabo con el fin de elaborar los pilares básicos necesarios para la implementación de un sistema de aseguramiento de calidad en la empresa.

Otro trabajo realizado en la UFPS Ocaña como proyecto de grado se denomina: evaluación de la gestión de calidad en la cooperativa de caficultores del Catatumbo, en el cual se llevó a cabo por parte de (Sepúlveda Ramírez, 2017) un estudio cuantitativo cuyo diagnóstico arrojó un balance positivo a partir de la implementación del sistema de gestión de calidad. Se observó su gran avance y posicionamiento en la región. Así mismo, se identificó que las debilidades analizadas, ya son de conocimiento de la gerencia y se cuentan como oportunidades de mejora dentro de sus planes de trabajo.

Finalmente se presenta el proyecto propuesta para la implementación del sistema de gestión de calidad bajo la norma técnica colombiana ISO 9001:2008 en la comercializadora gran señora en la ciudad de Ocaña, norte de Santander, el cual tuvo por objetivos realizar un diagnóstico situacional, describir los procesos y documentar los procedimientos mínimos exigidos por la norma para lograr la certificación, proponer indicadores de gestión que permitan medir la efectividad del sistema de gestión de calidad y proponer un plan de acción donde se establezcan las estrategias para la implementación del sistema de calidad en la comercializadora gran señora ubicada en la ciudad de Ocaña; desempeñado por (Vargas Cabrales & Franco Rios , 2015)

## **2.2 Marco contextual**

Ocaña es un municipio colombiano ubicado en la zona noroccidental del departamento de Norte de Santander. Está conectada por carreteras nacionales con Bucaramanga, Cúcuta y Santa Marta. La provincia de Ocaña posee el Área Natural Única Los Estoraques ubicado a 1 kilómetro de La Playa de Belén "Bien de Interés Cultural" y "Monumento Nacional" y a 27 kilómetros de la ciudad de Ocaña. A partir de 1963, se inicia la transformación urbana de la ciudad a raíz de invasiones que modifican el esquema ortogonal inicial, dando como resultado la ciudad que vemos hoy, mezcla de arquitectura colonial, republicana y moderna. (Páez, 2012)

Poblacionalmente, se constituye como el segundo municipio del departamento después de Cúcuta con 97.479 habitantes (a 2014), incluida el área rural. Su extensión territorial es de 460 km<sup>2</sup>, que representa el 2,2% del departamento.

Actualmente Ocaña ha tenido un desarrollo notable, ha concentrado sus actividades comerciales el microempresas y agricultura.(Cucutanuestra.com, s.f.)

La presente investigación se realizará en una de las instituciones más importante del municipio, la cual según Acuerdo No. 003 del 18 de Julio de 1974, por parte del Consejo Superior de la Universidad Francisco de Paula Santander Cúcuta, se crea la Universidad Francisco de Paula Santander Ocaña, como máxima expresión cultural y patrimonio de la región; como una entidad de carácter oficial seccional, con Autonomía administrativa y patrimonio independiente, adscrito al Ministerio de Educación Nacional.(Universidad Francisco de Paula Santander Ocaña, 2016)

En 1975 comenzó la actividad académica en la entonces seccional de la Universidad Francisco de Paula Santander con un total de 105 estudiantes de Tecnología en Matemáticas y Física, y su primera promoción de licenciados en Matemáticas y Física se logró el 15 de diciembre de 1980.

La consecución de 27 hectáreas de la Hacienda El Rhin, en las riberas del Río Algodonal, en comodato a la Universidad por 50 años, que la antigua Escuela de Agricultura de Ocaña cedió a la Universidad, permitió la creación del programa de Tecnología en Producción Agropecuaria, aprobado por el Consejo Superior mediante el Acuerdo No. 024 del 21 de agosto de 1980, y luego el Icfes otorgó la licencia de funcionamiento el 17 de febrero del año siguiente. Luego se crean las Facultades.(Universidad Francisco de Paula Santander Ocaña, 2016)

La UFPS Ocaña en la actualidad se ha logrado convertir en una institución pionera en impartir educación superior en el departamento Norte de Santander, servicio que se ha logrado establecer bajo los más importantes estándares de calidad aspectos claves y que serán objetos de investigación en el presente proyecto.

Finalmente, se hace necesario mencionar que el Sistema Integrado de Gestión es una filosofía adoptada por la Universidad Francisco de Paula Santander Ocaña para dirigir y evaluar el desempeño institucional orientado al mejoramiento de los productos y/o servicios que se ofrecen al estudiante y a la sociedad en general.

De conformidad con lo establecido en el decreto 1599 de 2005 por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano, la ley 872 de 2003 por el cual se crea el Sistema de Gestión de la Calidad y el decreto 4110 de 2004 por medio de la cual se adopta la NTCGP 1000; la Institución ha logrado consolidar un modelo de operación por procesos, que articula los estándares y requisitos de estas normas para la gestión sistemática y transparente a través de la evaluación del desempeño institucional en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de servicios.

El enfoque por procesos permite mejorar la satisfacción de los clientes y el desempeño de la gestión de la Universidad en su misión de formar profesionales idóneos; la implementación de la NTCGP 1000:2009 permite el cumplimiento de la norma internacional ISO 9001:2015 que brinda como beneficios herramientas para el uso eficiente de los recursos, la toma de decisiones basada en evidencias objetivas y hacia el logro del plan de desarrollo y el cumplimiento de los

requisitos y las necesidades en materia de formación profesional.(Universidad Francisco de Paula Santander Ocaña, 2016)

### **2.3 Marco conceptual**

Algunos de los conceptos fundamentales en los que se basó la presente investigación se relacionan a continuación:

**Sistema de gestión.**Conjunto de elementos de una organización interrelacionados o que interactúan para establecer políticas, objetivos y procesos para lograr estos objetivos.(Instituto Colombiano de Normas técnicas y certificación ICONTEC, 2015)

**Calidad.** Grado en el que un conjuntode características inherentes de un objeto cumple con los requisitos. (Instituto Colombiano de Normas técnicas y certificación ICONTEC, 2015)

**Sistema de gestión de la calidad.**Parte de un sistema de gestión relacionada con la calidad.(Instituto Colombiano de Normas técnicas y certificación ICONTEC, 2015)

**Satisfacción del cliente.**Percepción del cliente sobre el grado en que se han cumplido las expectativas de los clientes.(Instituto Colombiano de Normas técnicas y certificación ICONTEC, 2015)

**Contexto organizacional.**Combinación de cuestiones internas y externas que pueden tener un efecto en el enfoque de la organización para el desarrollo y logro de sus objetivos.(Instituto Colombiano de Normas técnicas y certificación ICONTEC, 2015)

**Mejora continua.**Actividad recurrente para mejorar el desempeño.(Instituto Colombiano de Normas técnicas y certificación ICONTEC, 2015)

**Efectividad.**Es el equilibrio entre la eficacia y la eficiencia, entre la producción y la capacidad de producción. (Sorrentino, 2017)

**Eficiencia.** Relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados.(Instituto Colombiano de Normas técnicas y certificación ICONTEC, 2015)

**Eficacia.**Grado en el que se realizalas actividades planificadas y se logran los resultados planificados.(Instituto Colombiano de Normas técnicas y certificación ICONTEC, 2015)

**Evaluación del desempeño.** Procedimientos y métodos para la evaluación de personas en entornos laborales y contextos organizacionales.(Asociación española para la calidad, 2017)

**Indicadores.**Es la expresión cuantitativa del comportamiento y desempeño de un proceso, cuya magnitud, al ser comparada con algún nivel de referencia, puede estar señalando una desviación sobre la cual se toman acciones correctivas o preventivas según el caso.(Rincón Bermudez, 2018)

**Herramienta de gestión.** Métodos para la mejora continua y la solución de problemas; consisten en técnicas gráficas que ayudan a comprender los procesos para promover su mejoramiento. (Ocampo Reyes, 2015)

**Seguimiento.** Determinación del estado de un sistema, un proceso, un producto, un servicio o una actividad.(Instituto Colombiano de Normas técnicas y certificación ICONTEC, 2015)

**Revisión.**Determinación de la conveniencia, adecuación o eficacia de un objeto para lograr unos objetivos establecidos.(Instituto Colombiano de Normas técnicas y certificación ICONTEC, 2015)

## 2.4 Marco teórico

La empresa contemporánea no sólo busca la eficiencia de sus procesos, sino la eficacia de su gestión para obtener productos que satisfagan las crecientes necesidades y expectativas de los



clientes; y para ello se han desarrollado varios modelos de gestión como los Sistemas de Gestión de la Calidad basados en la norma ISO 9001:2008, ampliamente difundidos actualmente (González & Rodríguez, 2010).

Es así que (Padilla, 2002), manifiesta que la calidad ha tenido distintas perspectivas y distintas aplicaciones a lo largo del tiempo por lo tanto las definiciones y bases para llevar a cabo las mismas se han fundamentado en distintos autores; Joseph Juran entiende por calidad la ausencia de deficiencias que pueden presentarse como: retraso en la entregas, fallos durante los servicios, facturas incorrectas, cancelación de contratos de ventas, etc. Calidad es adecuarse al uso. Y basa su teoría en una trilogía denominada “trilogía de Juran” la cual contiene la planeación de la calidad, el control de la calidad y el mejoramiento de la calidad.

Por su parte, y como un aporte a esta temática de la calidad, Crosby desarrolló lo que denomina cinco absolutos de la calidad. El primero asociado a la Conformidad con las necesidades. La idea de fondo es que, una vez que se hayan determinado las necesidades, el proceso de producción mostrará calidad si el producto o servicio resultante del proceso está de acuerdo con esas necesidades; el segundo, No existe otra cosa como un problema de calidad; el tercero, No existe otra cosa como la economía de la calidad; es siempre más barato hacer bien el trabajo a la primera; el cuarto, la única medida de actuación es el coste de la calidad; y el quinto, la única actuación estándar es la de cero defectos. (Ureña Lopez, 1998)

Además se evidencia el aporte de Deming a la calidad es el reconocido “Método Deming”, sus “Catorce Puntos”, y las “Siete Enfermedades Mortales”. (Ureña Lopez, 1998)

La estructura base que manejan las normas ISO, principalmente se fundamenta en este famoso ciclo, denominado también ciclo de la mejora, porque le permite a la organización como un todo y cada área particularmente planear sus actividades, ejecutarlas, verificar si lo que hicieron es igual a lo que planearon y actuar, estableciendo acciones correctivas, preventivas o de mejora.

En tal sentido (García, Quispe, & Ráez, 2003) consideran que a partir del año 1950, y en repetidas oportunidades durante las dos décadas siguientes, Deming empleó el Ciclo PHVA como introducción a todas y cada una de las capacitaciones que brindó a la alta dirección de las empresas japonesas. De allí hasta la fecha, este ciclo (que fue desarrollado por Shewhart), ha recorrido el mundo como símbolo indiscutido de la Mejora Continua.

Y por último, el nuevo enfoque de la calidad es ahora un elemento fundamental en el nuevo estilo de gestión de las empresas. Esta nueva calidad es un importantísimo elemento movilizador, al actuar como elemento de motivación, integración y satisfacción para los trabajadores. (Udaondo Durán, 1992)

Los autores citados coinciden en que la gestión de la calidad tiene un nuevo enfoque y este se centra en la planeación de la calidad con el fin de satisfacer las necesidades de las partes interesadas, lo que conlleva a alcanzar una mejora continua en los procesos, productos y servicios que en definitiva es el fin último de las organizaciones.

## 2.5 Marco legal

Las bases legales que sustentan este trabajo de grado son las siguientes.

**Constitución Política de Colombia de 1991.** Artículo 209. La función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, mediante la descentralización, la delegación y la desconcentración de funciones. Las autoridades administrativas deben coordinar sus actuaciones para el adecuado cumplimiento de los fines del Estado. La administración pública, en todos sus órdenes, tendrá un control interno que se ejercerá en los términos que señale la ley. (Congreso de Colombia, 2012)

**Código de Comercio.** En el Decreto 410 de 1971. Por el cual se expide el Código de Comercio, el Presidente de la República de Colombia, en ejercicio de sus facultades extraordinarias que le confiere el numeral 15 del artículo 20 de la Ley 16 de 1968 y cumplido el requisito allí establecido.

Artículo 10. Son comerciantes las personas que profesionalmente se ocupan en alguna de las actividades que la ley considera mercantiles.

La calidad de comerciante se adquiere aunque la actividad mercantil se ejerza por medio de apoderado, intermediario o interpuesta persona.

Artículo 12. Toda persona que según las leyes comunes tenga capacidad para contratar y obligarse, es hábil para ejercer el comercio; las que con arreglo a esas mismas leyes sean incapaces, son inhábiles para ejecutar actos comerciales.

Artículo 17. Se perderá la calidad de comerciante por la incapacidad o inhabilidad sobrevinientes para el ejercicio del comercio.

Artículo 18. Las nulidades provenientes de falta de capacidad para ejercer el comercio, serán declaradas y podrán subsanarse como se prevé en las leyes comunes, sin perjuicio de las disposiciones especiales de este Código.

Artículo 19. Es obligación de todo comerciante:

- 1) Matricularse en el registro mercantil;
- 2) Inscribir en el registro mercantil todos los actos, libros y documentos respecto de los cuales la ley exija esa formalidad;
- 3) Llevar contabilidad regular de sus negocios conforme a las prescripciones legales;
- 4) Conservar, con arreglo a la ley, la correspondencia y demás documentos relacionados con sus negocios o actividades;
- 5) Denunciar ante el juez competente la cesación en el pago corriente de sus obligaciones mercantiles, y
- 6) Abstenerse de ejecutar actos de competencia desleal ( República de Colombia, 2013)

#### **Norma Técnica Colombiana ISO 9001. OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN**

Esta Norma Internacional especifica los requisitos para un sistema de gestión de la calidad, cuando una organización:

- a) necesita demostrar su capacidad para proporcionar regularmente productos que satisfagan los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables, y

b) aspira a aumentar la satisfacción del cliente a través de la aplicación eficaz del sistema, incluidos los procesos para la mejora continua del sistema y el aseguramiento de la conformidad con los requisitos del cliente y los legales y los reglamentarios aplicables.

**APLICACIÓN.** Todos los requisitos de esta Norma Internacional son genéricos y se pretende que sean aplicables a todas las organizaciones sin importar su tipo, tamaño y producto suministrado.

Cuando uno o varios requisitos de esta Norma Internacional no se puedan aplicar debido a la naturaleza de la organización y de su producto, pueden considerarse para su exclusión.

Cuando se realicen exclusiones, no se podrá alegar conformidad con esta Norma Internacional a menos que dichas exclusiones queden restringidas a los requisitos expresados en el capítulo 7 y que tales exclusiones no afecten a la capacidad o responsabilidad de la organización para proporcionar productos que cumplir con los requisitos del cliente y los legales y los reglamentarios aplicables. (Norma Técnica Colombiana, 2015)

**REQUISITOS GENERALES.** La organización debe establecer, documentar, implementar y mantener un sistema de gestión de la calidad y mejorar continuamente su eficacia de acuerdo con los requisitos de esta Norma Internacional.

La organización debe:

a) determinar los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad y su aplicación a través de la organización.

b) determinar la secuencia e interacción de estos procesos,

- c) determinar los criterios y los métodos necesarios para asegurarse de que tanto la operación como el control de estos procesos sean eficaces,
- d) asegurarse de la disponibilidad de recursos e información necesarios para apoyar la operación y el seguimiento de estos procesos,
- e) realizar el seguimiento, la medición cuando sea aplicable y el análisis de estos procesos,
- f) implementar las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de estos procesos.

La organización debe gestionar estos procesos de acuerdo con los requisitos de esta Norma Internacional.

En los casos en que la organización opte por contratar externamente cualquier proceso que afecte la conformidad del producto con los requisitos, la organización debe asegurarse de controlar tales procesos. El tipo y grado de control a aplicar sobre dichos procesos contratados externamente debe estar definido dentro del sistema de gestión de la calidad (NTC ISO 9001: 2015)

**REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN.** La documentación del sistema de gestión de la calidad debe incluir:

- a) declaraciones documentadas de una política de la calidad y de objetivos de la calidad,
- b) un manual de la calidad,
- c) los procedimientos documentados requeridos en esta Norma Internacional,

d) los documentos, incluidos los registros que la organización determine que son necesarios para asegurarse de la eficaz planificación, operación y control de sus procesos.

**COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN.** La alta dirección debe proporcionar evidencia de su compromiso con el desarrollo e implementación del sistema de gestión de la calidad, así como con la mejora continua de su eficacia:

- a) comunicando a la organización la importancia de satisfacer tanto los requisitos del cliente como los legales y reglamentarios,
- b) estableciendo la política de la calidad,
- c) asegurando que se establecen los objetivos de la calidad,
- d) llevando a cabo las revisiones por la dirección, y
- e) asegurando la disponibilidad de recursos (Norma Técnica Colombiana, 2015).

**Decreto número 2482 de 2012.** Por el cual se establecen los lineamientos generales para la integración de la planeación y la gestión.(Diario Oficial 48634 de diciembre 3 de 2012., 2012)

**Decreto número 1499 de 2017.** Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015.(Departamento administrativo de la función pública, 2017)

**Manual operativo de la función pública.** En cumplimiento de su misión, las entidades públicas deben ser eficientes, sin desconocer las reglas que rigen la Administración Pública. Además, es necesario que garanticen la participación ciudadana en su gestión y que trabajen sin

descanso por mejorar la cultura de servicio a la comunidad, razón de ser del servicio público.(Presidencia de la República, 2017)



## Capítulo 3. Diseño metodológico

### 3.1 Tipo de investigación

Según Arias (1999), define el diseño de la investigación como “la estrategia que adopta el investigador para responder al problema planteado” (p.30).

En el presente trabajo se llevó a cabo la modalidad investigativa de alcance descriptiva-correlacional; y el tipo de investigación fue mixta en la cual se integraron la investigación cualitativa en la que por medio de la entrevista se tenía como objetivo indagar, averiguar y conocer datos específicos relacionados con las herramientas de gestión utilizadas en los distintos procesos y programas de la Universidad con el fin de evaluar el desempeño de las mismas; y la investigación cuantitativa la cual sirvió para analizar y evaluar los índices de desempeño de las herramientas de gestión.

La investigación descriptiva según (Tamayo & Tamayo, 1987), “comprende la descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual, y la composición o proceso de los fenómenos. El enfoque se hace sobre conclusiones dominantes o sobre grupo de personas, grupo o cosas, se conduce o funciona en presente”. (Pág. 35)

Hernández, et al, afirman que la investigación correlacional “tiene como propósito evaluar la relación que exista entre dos o más variables o conceptos”, (Hernández, Fernández, & Baptista, 2003)

### **3.2 Población**

Para el desarrollo del siguiente trabajo la población objeto estuvo conformada por la totalidad de los integrantes de la oficina del Sistema Integrado de Gestión de la Universidad Francisco de Paula Santander Ocaña, quienes suministraron la información necesaria para el desarrollo del proyecto, es decir 4 personas.

### **3.3 Muestra**

La muestra estadística es el subconjunto de los individuos de una población estadística. Estas muestras permiten inferir las propiedades del total del conjunto.(Pérez & Merino, 2009).

En este caso por ser la población tan pequeña no se aplicará ninguna fórmula estadística, la totalidad de la población corresponderá a la muestra.

### **3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de información**

La técnica que se utilizó fue la entrevista con la cual se deseaba indagar y obtener toda la información necesaria para la realización del proyecto y fue suministrada por parte del personal de la oficina Sistema integrado de gestión.

La entrevista se diseñó de acuerdo a las variables que se deseaban conocer y cuestionar con el fin de obtener la mayor información provechosa para el cumplimiento de los objetivos.

### 3.5 Procesamiento y análisis de la información

La información recolectada se analizó de forma cualitativa el cual fue el análisis de las respectivas preguntas resueltas por personal del sistema integrado de gestión.

#### Análisis de la entrevista aplicada

Para la realización del proyecto “evaluación del desempeño del sistema de gestión de la calidad a través de las herramientas de gestión de la Universidad Francisco de Paula Santander Ocaña” se tuvo en cuenta como población la totalidad de los integrantes que hacen parte de la oficina del Sistema Integrado de Gestión de la UFPSO. La técnica utilizada fue la entrevista la cual se aplicó con el propósito de obtener la información necesaria para lograr el desarrollo de los objetivos.

- En qué año se da la implementación del SIG en la universidad?

La implementación del Sistema en la Universidad se da en el año 2008

- ¿Cuenta el Sistema Integrado con herramientas de gestión?

Sí, el SIG cuenta con herramientas de gestión.

- De una breve explicación de cómo se hace el acompañamiento a los demás procesos?

El objetivo del Sistema Integrado de gestión es Mantener la conformidad del Sistema a través del acompañamiento en la implementación de herramientas para la eficacia en la gestión y la mejora continua de los procesos institucionales.

Esto se logra, brindando a los procesos asesorías permanentes frente a las herramientas que se pueden diseñar o modificar que faciliten el desarrollo de sus actividades. Se realizan acompañamientos planificados y además se realiza seguimiento a sus planes de mejoramiento producto de los hallazgos de auditorías internas en el caso de los procesos y de los procesos de autoevaluación en el caso de los programas. Además, se trabaja mancomunadamente con los procesos de planeación y control interno que lideran importantes herramientas y procedimientos en la institución.

- En qué año logran la primera certificación por parte de ICONTEC?

La primera certificación por parte de ICONTEC para el SIG se logra en el año 2011.

- De manera general mencione las herramientas de gestión que han implementado a través del tiempo en la Universidad.

Planes de acción, matriz de riesgos y oportunidades, planes de mejoramiento,

Planeación Académica Semestral, Indicadores de gestión, auditorías internas, medición de la satisfacción del cliente.

- ¿Cuáles de estas herramientas son propias del sistema?

Indicadores de gestión y medición de la satisfacción del cliente interno y externo.

- ¿Cuáles de las herramientas son de otros procesos?

De planeación: Planes de acción y su ejecución, matriz de riesgos y oportunidades y su respectivo tratamiento.

De control Interno: Auditorías internas

- ¿Qué aportes le brinda el Sistema Integrado de Gestión a la UFPSO?

En realidad el SIG se implementó con la finalidad de mejorar el desempeño de cada uno de los procesos, y su capacidad de proporcionar servicios de educación superior, que verdaderamente respondan a las necesidades y expectativas de los estudiantes, del sector productivo y de las demás partes interesadas.

Le brinda un aseguramiento en la calidad del desempeño de los procesos.

- ¿Cree usted que los demás procesos han contribuido de manera adecuada en la implementación de las herramientas para que estas generen el impacto esperado en el sistema?

Sí, inicialmente con su participación en cada una de las actividades de capacitación y formación que desde el SIG o como iniciativa de la Alta dirección se programan con el fin de fortalecer las estrategias para el incremento en la eficacia de los procesos. Además en la iniciativa para la creación, modificación o la actualización de documentos propios de cada proceso para la gestión, también con la correcta implementación y ejecución de cada una de las herramientas de gestión adoptadas. Así mismo, trazándose metas y acciones que lleven siempre al mejoramiento de las herramientas y del proceso como tal.

- ¿Cómo ha sido el proceso de transición del sistema a la ISO 9001:2015?

Desde septiembre de 2015 que salió la nueva versión de la norma, se inició un trabajo arduo para el equipo SIG que consistió en primera instancia en recibir la formación pertinente, así como autoformación de tal manera que se pudiera tener un dominio sobre las nuevas exigencias de la ISO 9001, desde entonces se trazó un plan de transición que contemplaba un diagnóstico inicial, y un plan de acción para el desarrollo de aquellas actividades pendientes para el cumplimiento de la versión 2015. Se contó con el apoyo de la Alta dirección y de todos los líderes de procesos con sus respectivos equipos de trabajo. Por medio de los canales de comunicación se ha difundido todos los avances en cuanto al proceso de transición. Se han trabajado aspectos como el pensamiento basado en riesgos y oportunidades, la actualización documental, el análisis de contexto interno y externo, gestión del cambio, gestión del conocimiento, entre otros.

- Al haberse dado un proceso de transición de la norma, ¿las herramientas de gestión sufrieron alguna modificación debido a esto?

Sí, de acuerdo a aquellas nuevas exigencias se diseñaron nuevas herramientas como las matrices de gestión del cambio y gestión del conocimiento, se incluyó en el tema de la identificación de riesgos, lo de riesgos y oportunidades.

- Al día de hoy, ¿las herramientas han tenido modificaciones desde el momento de su implementación?

Todo el tiempo, se hacen modificaciones a las herramientas, en cumplimiento de lineamientos internos y externos, por ejemplo de acuerdo a lo que diga el DAFP en tema de riesgos. Se mejoran, se ajustan, los mismos procesos sugieren cambios respecto a su experiencia.

➤ Si su respuesta fue positiva, para realizar esas modificaciones qué criterios se han tenido en cuenta ¿Estos han sido debido a aspectos internos o externos?

Tanto internos como externos, aspectos legales, las normas ISO, EL DAFP, la NTCGP 1000, entre otros.

## Capítulo 4. Presentación de resultados

### 4.1 Identificar las herramientas de gestión que son aplicadas para el mejoramiento continuo en los procesos y programas de la Universidad Francisco de Paula Santander Ocaña.

Para el desarrollo de este objetivo se tomó como insumo la declaración realizada en la entrevista, y algunas revisiones bibliográficas de los documentos del Sistema integrado de gestión, donde se pudo determinar con exactitud las herramientas que para la gestión se utilizan al interior de la universidad. Del cual surge la siguiente tabla:

| PROCESOS QUE LIDERAN LA HERRAMIENTA | HERRAMIENTAS DE GESTIÓN                 | Quienes la implementan |       |            |               |           |
|-------------------------------------|---|------------------------|-------|------------|---------------|-----------|
|                                     |   | PROCESOS               | ARÉAS | FACULTADES | DEPARTAMENTOS | PROGRAMAS |
| Dirección y planeación              | Planes de Acción                        | X                      |       | X          |               |           |
|                                     | Planeación Académica Semestral          |                        |       |            |               | X         |
|                                     | Matriz de Riesgos y Oportunidades       | X                      | X     |            |               |           |
| Sistema Integrado de Gestión        | Indicadores de Gestión                  | X                      | X     | X          | X             | X         |
|                                     | Planes de Mejoramiento                  | X                      | X     | X          | X             | X         |
|                                     | Medición de la satisfacción del cliente | X                      | X     | X          | X             | X         |
|                                     | Percepción del cliente                  | X                      | X     | X          | X             | X         |
| Control Interno                     | Auditoría Interna                       | X                      | X     | X          | X             | X         |

Figura1. Tabla de herramientas de Gestión de la Universidad Francisco de Paula Santander Ocaña.

Fuente: Elaboración propia.

Para una mayor comprensión, se presenta la información a través del siguiente gráfico que permite mostrar una visión más amplia del objetivo desarrollado:





Figura2. Herramientas de gestión de la Universidad Francisco de Paula Santander Ocaña.

Fuente: Elaboración propia

A continuación se presenta una descripción de cada una de las herramientas de gestión con que cuenta la universidad:

**Tabla 1.**

*Descripción de las Herramientas de Gestión de la UFPSO.*

|   |   |
|---|---|
| <b>Planeación</b>                             | <p>Se tienen en cuenta los elementos de la planificación en cuanto a las actividades definidas, líneas base, coherencia con el plan de desarrollo, indicadores, responsables, nivel de ejecución (avance), pertinencia y tiempo de implementación.</p> <p>Elementos a revisar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Planes de acción</li> <li>Ejecución del plan de acción</li> <li>Planificación académica semestral (PAS)</li> <li>Planes, programas y proyectos específicos</li> </ul> |
| <b>Gestión de riesgos y oportunidades RYO</b> | <p>Se tiene en cuenta la madurez para gestionar el riesgo a partir de su identificación y posteriormente la eficacia y pertinencia al tratamiento dado para bajar su incidencia.</p> <p>Elementos a revisar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Matriz de identificación</li> <li>Plan de tratamiento</li> </ul>  |
| <b>Percepción del cliente</b>                 | <p>Se incluyen todas las evaluaciones de la percepción y retroalimentación, recibidas por parte de los clientes internos y externos. Comportamiento con respecto al resultado y</p>   |

---

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
|                                       | acciones encaminadas para fortalecer la satisfacción.<br>Elementos a revisar:   |
|                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Encuestas estudiantes</li> <li>● Encuestas entre procesos</li> <li>● Encuestas específicas</li> <li>● PQRS</li> </ul>  |
| <b>Indicadores de gestión</b>         | Estas herramientas de monitoreo y medición, se evalúan desde el escenario del logro de las metas, la suficiencia y pertinencia del análisis de los datos y la formulación de acciones; teniendo en cuenta la trazabilidad.<br>Elementos a revisar:  |
|                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Fichas técnicas de indicadores</li> </ul>  |
| <b>Eficacia de las acciones</b>       | La eficacia vista como el logro de los objetivos trazados y la correcta implementación de acciones que aseguren el mejoramiento continuo, es evaluada teniendo en cuenta la K-SI-SIG-002_GUIA PARA EL ANALISIS DE CAUSAS Y LA FORMULACION DE ACCIONES PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO. 2 veces al año se realiza el seguimiento al cumplimiento de las acciones formuladas por cada proceso y programa.<br>Elementos a revisar: |
|                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Análisis de causas y planes de mejoramiento</li> <li>● Seguimiento a planes de mejoramiento</li> <li>● Seguimiento a oportunidades de mejora</li> </ul>  |
| <b>Actividades específicas</b>        | Análisis realizado a las actividades que son específicas de cada proceso y que responden a un requisito o requerimiento normativo o legal.  |
| <b>Direccionamiento Institucional</b> | Elementos que se miden a través de indicadores de gestión:  |
|                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Misión</li> <li>● Visión</li> <li>● PDI</li> <li>● Objetivos de la política integral</li> </ul>  |
|                                       | Adicionalmente, se determina el nivel de apropiación de estos factores desde la perspectiva de los estamentos universitarios, considerando su comprensión, evolución y aporte entre el 2010 y el 2017.  |

---

Fuente: Elaboración propia

## 4.2 Determinar los índices de desempeño por cada herramienta de gestión en los últimos cinco años en la UFPS Ocaña.

De cada herramienta se tomó la información de los últimos años, no necesariamente 5

### 4.2.1 Dirección y planeación.

|   |  |      |      |      |      |      |  |
|---|--|------|------|------|------|------|--|
| Tipo de proceso                           | Proceso estratégico.   |      |      |      |      |      |  |
| Responsable                               | Jefe oficina de planeación.  |      |      |      |      |      |  |
| Objetivo del proceso.                     | Planear, formular, coordinar y evaluar, políticas, planes, programas y proyectos que orienten el desarrollo de los objetivos institucionales de forma estratégica, táctica, operacional, financiera y física, en concordancia con la visión y misión de manera efectiva y oportuna, bajo un marco de responsabilidad social, ambiental y de seguridad en el trabajo.   |      |      |      |      |      |  |
| Áreas que lo componen                     | Oficina de Dirección, oficina de planeación, oficina de relaciones internacionales, sistema de gestión ambiental, oficina jurídica.  |      |      |      |      |      |  |
| Acto administrativo de creación           | Acuerdo 084 de 11 de septiembre de 1995.   |      |      |      |      |      |  |
| Requisitos ISO 9001:2015 aplicables       | 4.1 - 4.2 - 4.3 - 4.4 - 4.4.1 - 4.4.2<br>5.1-5.1.1-5.1.2- 5.2- 5.2.1 - 5.2.2 - 5.3<br>6.1 - 6.1.1 - 6.1.2 - 6.2 - 6.2.1 - 6.2.2 - 6.3<br>7.1- 7.1.1- 7.1.2- 7.1.3- 7.1.4- 7.1.5- 7.1.5.1- 7.1.6 - 7.3 - 7.4 - 7.5.1<br>8.5.3- 8.7 - 8.7.1 - 8.7.2<br>9.1 - 9.1.1 - 9.1.2 - 9.1.3 - 9.3 - 9.3.1 - 9.3.2 - 9.3.3<br>10.1 - 10.2 - 10.3   |      |      |      |      |      |  |
| <b>Planeación</b>                         |  |      |      |      |      |      |  |
| Diseño y ejecución de las acciones        | Para este año se hicieron ajustes a las herramientas de planificación institucional.   |      |      |      |      |      |  |
|   | En cuanto a los niveles de ejecución, se evidencian comportamientos no uniformes, es necesario para este y otros procesos que se profundice en la articulación de las acciones para dar respuesta al PDI, con metas claras. Aunque como se puede observar, los resultados son positivos pues en su gran mayoría están alrededor o por encima del 80%.<br><br>Se puede evidenciar en la gráfica que en los últimos 3 años ha habido una disminución del porcentaje de ejecución y esto se debe a que para el periodo mencionado, se fortaleció el proceso para el diseño del plan de acción que fuera más aterrizado a las actividades claves del proceso y que diera cumplimiento al Plan de desarrollo. Sin embargo, en el año 2017 el logro obtenido del 86,67% superando así la meta establecida del 85% evidenciando el avance y trabajo desarrollado por los diferentes procesos y áreas de la institución. |      |      |      |      |      |  |
| 2011                                      | 2012   | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |  |
| 73%                                       | 77%  | 91%  | 96%  | 79%  | 81%  | 87%  |  |
| <b>Gestión de Riesgos y oportunidades</b> |  |      |      |      |      |      |  |
| Comentarios                               | Desde el año 2012 la universidad inicia con la gestión de los riesgos que incluyen la identificación y el tratamiento a los mismos, esto como un requerimiento de la norma ISO 9001 en su momento versión 2008 y del Departamento Administrativo de la Función Pública   |      |      |      |      |      |  |

|                                      |        |  |   |   |   |   |      |   |  |
|--------------------------------------|--------|--|---|---|---|---|------|---|--|
|                                      |        |  |   |   | <p>(DAFP).</p> <p>A través de los años se han dado una serie de modificaciones que buscan facilitar el diligenciamiento de la herramienta; en el año 2015 como requerimiento del DAFP se incluye el tratamiento a los riesgos de corrupción en conjunto con los riesgos presentados en cada proceso.</p> <p>Desde el año 2016 se evidencia una mejora significativa en la identificación y el manejo de los riesgos.</p> <p>Teniendo en cuenta que en el año 2012 solo se hablaba de riesgos, para ese año se identificaron 4 riesgos de tipo moderado, al igual que en el año 2014. Ya en el año 2015 se incluye el concepto de riesgos de corrupción y se empieza a trabajar en la apropiación de dicho concepto en todas las áreas de la institución, para el caso de Planeación, particularmente se identificaron 3 riesgos de proceso y 0 de corrupción.</p> <p>En el año 2016 y 2017 debido a que mejoró la cultura para la gestión de los riesgos y oportunidades se identificaron un mayor número de los mismos, es así que en el año 2016 el resultado fue de 6 riesgos de proceso y 2 riesgos de corrupción. Mientras que en el año 2017 se obtuvo 29 riesgos de proceso y 5 de corrupción.</p> |   |      |   |  |
| 2012                                 |        | 2014   |   | 2015  |   | 2016  |      | 2017  |  |
| Riesgos: 4                           |        | Riesgos:4  |   | Riesgos de proceso: 3   |   | Riesgos de proceso: 6   |      | Riesgos de proceso: 29  |  |
| Alto: 0<br>Moderado: 4<br>Bajo: 0    |        | Alto: 0<br>Moderado:4<br>Bajo: 0   |   | Importante: 1<br>Tolerable: 0<br>Moderado: 2<br>Aceptable: 0<br><br>Riesgos de corrupción: NA |   | Extrema: 3<br>Alta: 2<br>Moderada: 1<br>Baja: 0<br><br>Riesgos de corrupción: 2<br><br>Alta: 1<br>Extrema: 0<br>Moderada: 1 |      | Extrema: 6<br>Alta: 16<br>Moderada: 5<br>Baja: 2<br><br>Riesgos de corrupción: 5<br><br>Alta: 4<br>Extrema: 1<br>Moderada: 0<br>Baja: 0 |  |
| <b>Percepción del Cliente</b>        |        |  |   |   |   |   |      |   |  |
| Cliente Interno                      |        | <p>El proceso durante las mediciones ha reflejado fortaleza en aspectos relacionados con la información que se recibe del área es clara y conforme con lo que se solicita, se tiene claridad en las políticas correspondientes sobre la forma como deben realizar las solicitudes y trámites de servicios que ofrece, también se hace evidente la colaboración del personal para resolver las situaciones que se presenten, además la información difundida por todos los medios de comunicación es oportuna y veraz, por lo mencionado anteriormente el cliente interno se siente bien atendido por el proceso en mención ya que reciben buen trato y respuestas oportunas.</p> |   |   |   |   |      |   |  |
| 2012                                 | 2014   | 2016   | 2017  |   |   |   |      |   |  |
| 73%                                  | 59%    | 68%  | 71%   |   |   |   |      |   |  |
| <b>Retroalimentación del Cliente</b> |        |  |   |   |   |   |      |   |  |
| PQRS                                 |        | <p>En el proceso de DP las sugerencias en PQRS han aumentado en los últimos cuatro años debido a que los usuarios han identificado que es una manera rápida y eficaz al momento de obtener respuesta a lo que requieren. Se obtuvieron PQRS relacionadas principalmente con la infraestructura.</p>  |   |   |   |   |      |   |  |
| 2010                                 | 2011   | 2012   | 2013  | 2014  | 2015  | 2016  | 2017 |   |  |
| 0                                    | 4      | 5  | 2   | 18  | 27  | 12  | 22   |   |  |
| <b>Indicadores de Gestión</b>        |        |  |   |   |   |   |      |   |  |
| 1.                                   | INDP01 | –  | Tipo de resultado: porcentaje. Este indicador muestra el aporte de transferencia del estado |   |   |   |      |   |  |

|  |      |  |      |      |      |      |            |  |
|--|------|--|------|------|------|------|------------|--|
| Aportes del Estado.  |      | <p>hacia la Universidad.</p> <p>Para el cálculo de este indicador se tuvieron en cuenta los recursos aportados por el Gobierno Nacional y Territorial a la institución, sin incluir los recursos del balance como se venía trabajando en años anteriores. Los recursos que recibe la UFPSO por parte del Gobierno corresponden a:</p> <p>Aportes del Presupuesto General de la Nación (Art. 86 Ley 30 de 1992), Indicadores SUE (Art. 87 Ley 30 de 1992), Devolución del descuento electoral (Ley 815 de 2003), Recursos CREE, Estampilla Pro Universidad Nacional y demás Universidades Estatales de Colombia (Ley 1697/13 y Decreto 1050/14), Transferencias Estampilla Pro-desarrollo Fronterizo (Ordenanza No. 014 de 2008) y Transferencias Estampilla Pro-académica, Científico y Técnico (Ordenanza No. 014 de 2008).</p> <p>El desempeño de la última medición se vio afectado por el menor recaudo de los Recursos del CREE presupuestados para la vigencia, puesto que solo se alcanzó un 78% de recaudo. Sin embargo se observa que los recursos transferidos aumentaron en un 9,36% respecto a la vigencia anterior. Para la vigencia 2017, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, aumentó en 1.000 millones de pesos los aportes del presupuesto nacional a la institución.</p> |      |      |      |      |            |  |
| 2010   | 2011 | 2012   | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017       |  |
| 9%   | 29%  | 28%  | 28%  | 31%  | 12%  | 6%   | 9,7%       |  |
| 2. INDP02 – Incremento de la base presupuestal.                |      | <p>Este es un indicador permite monitorear la gestión realizada en cuanto al presupuesto y su incremento anual. Debido a que es una acción que va ligada con los aportes del estado este indicador para el año 2017 se eliminó.</p> <p>Sin embargo, cabe resaltar que es un indicador muy variable, debido a que se incluían los aportes CREE, entre otros que no eran fijos para la institución, dificultando el estableciendo de metas.</p>  |      |      |      |      |            |  |
| 2010   | 2011 | 2012   | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017       |  |
| -  | 1%   | 36%  | 52%  | 14%  | 24%  | 7%   | Se eliminó |  |
| 3. INDP03 – Cumplimiento del plan de desarrollo institucional. |      | <p>Presenta el nivel de cumplimiento de los ejes estratégicos del Plan de Desarrollo Institucional. Se tienen en cuenta los porcentajes de cumplimiento anual y el acumulado.</p> <p>Dentro del plan de desarrollo se tienen establecidas unas metas por año, lo que significa que aunque los resultados han sido buenos en los últimos años, no son suficientes para el cumplimiento del acumulado.</p>   |      |      |      |      |            |  |
| 2010   | 2011 | 2012   | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017       |  |
| 76%  | 66%  | 67%  | 70%  | 63%  | 78%  | 83%  | 80%        |  |
| 4. INDP04- Cumplimiento de los planes de acción.               |      | <p>Muestra el cumplimiento de las actividades estratégicas de acuerdo a los ejes estratégicos del Plan de Desarrollo Institucional.</p> <p>Luego de la articulación de todos los planes de acción con los ejes, propósitos y estrategias del PDI 2014; a partir del año 2015 hubo una reestructuración de la forma como se venía realizando, que afectó la ejecución y lo evidencian los resultados, a partir de dicha fecha ha ido incrementando de forma constante.</p>  |      |      |      |      |            |  |
| 2010   | 2011 | 2012   | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017       |  |
| -  | 73%  | 77%  | 91%  | 96%  | 69%  | 73%  | 45%        |  |
| 5. INDP05- Nivel de implementación de la gestión ambiental.    |      | <p>Muestra y valora el cumplimiento de la implementación de los criterios para el sistema de gestión ambiental de la Universidad.</p> <p>Los resultados frente al nivel de implementación, hablan por sí mismos, desde el año 2011, se evidencia un incremento permanente en coherencia con la cultura de mejora continua.</p>   |      |      |      |      |            |  |

| 2010                             | 2011 | 2012  | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|----------------------------------|------|---|------|------|------|------|------|
| -                                | 31%  | 48%   | 61%  | 72%  | 78%  | 89%  | 97%  |
| <b>Eficacia de las Acciones</b>  |      |   |      |      |      |      |      |
| Plan de mejoramiento del proceso |      | El plan de mejoramiento surge en este caso de los hallazgos de la auditoría interna. Los procesos deben plantear las acciones de mejora de acuerdo al tipo de hallazgo identificado. En el caso de planeación se evidencia un decrecimiento en el nivel de eficacia, en los últimos años, sin embargo, son porcentajes que superan el 50%. En los últimos años las auditorías han sido de mayor rigurosidad conllevando a que los procesos deban plantear acciones que a veces no logran concretar. |      |      |      |      |      |
| 2011                             | 2012 | 2013  | 2014 | 2015 | 2016 |      |      |
| 71%                              | 78%  | 82%   | 86%  | 56%  | 62%  |      |      |
| Oportunidades de mejora          |      | El proceso ha podido cerrar algunas acciones que no eran de su competencia y que traía de años anteriores, como el plan de seguridad vial, y otras que fueron trasladadas al PM como el ajuste a los planes de acción y gestión de riesgos, debido a que fueron identificadas en auditorías externas e internas.  |      |      |      |      |      |
| 2016                             | 2017 |   |      |      |      |      |      |
| 40%                              | 51%  |   |      |      |      |      |      |
| <b>Puntos de mejoramiento</b>    |      |   |      |      |      |      |      |
| Planeación                       |      | Las herramientas como el formato de planes de acción, ejecución y PAS, fueron ajustados este año 2018, precisamente en busca de mejorarlas, facilitando su diligenciamiento.<br>Es necesario hacerle seguimiento a la eficacia de estos formatos para garantizar la pertinencia de dichos cambios.  |      |      |      |      |      |
| Gestión de riesgos               |      | Los formatos para la gestión del riesgo también fueron modificados este año.<br>Es necesario hacerle seguimiento a la eficacia de estos formatos para garantizar la pertinencia de dichos cambios.  |      |      |      |      |      |
| Percepción del cliente           |      | En la última medición los clientes consideran que la información publicada en los diferentes medios de comunicación sobre el proceso o área, no es clara, ni oportuna ni veraz.   |      |      |      |      |      |
| Indicadores                      |      | Hubo una reestructuración de la ficha de indicadores para la primera medición del 2018, lo que implicó una mejora en el análisis de los mismos. Se eliminó el indicador de base presupuestal.<br>Es necesario se le haga seguimiento desde el proceso a las acciones que se plantean para mejorar los resultados en los indicadores.  |      |      |      |      |      |
| Eficacia de las acciones         |      | Deficiente análisis de causas que conllevan al diseño de acciones que no eliminan el problema o con poco tiempo para su ejecución.  |      |      |      |      |      |
| Actividades específicas          |      | La consolidación de los resultados de todas las herramientas que lidera el proceso.   |      |      |      |      |      |

Figura 3. Índice de desempeño de las herramientas de Dirección y Planeación.

Fuente: Elaboración propia

#### 4.2.2 Gestión administrativa y financiera.

|                                     |      |   |      |      |      |      |  |      |  |
|-------------------------------------|------|---|------|------|------|------|--|------|--|
| Tipo de proceso                     |      | Proceso de apoyo.   |      |      |      |      |  |      |  |
| Responsable                         |      | Jefe de gestión administrativa y financiera.  |      |      |      |      |  |      |  |
| Objetivo del proceso                |      | Administrar en forma eficiente y eficaz los recursos físicos, financieros y económicos de la institución, teniendo en cuenta los lineamientos ambientales y de seguridad y salud en el trabajo.   |      |      |      |      |  |      |  |
| Áreas que lo componen               |      | Subdirección administrativa, Contabilidad, presupuesto, almacén e inventarios, tesorería.   |      |      |      |      |  |      |  |
| Acto administrativo de creación     |      | Acuerdo 084 de 11 de septiembre de 1995.  |      |      |      |      |  |      |  |
| Requisitos ISO 9001:2015 aplicables |      | 4.4 - 4.4.1 - 4.4.2<br>5.1.2- 5.2- 5.2.1 - 5.2.2 - 5.3<br>6.1 - 6.1.1 - 6.1.2 - 6.2 - 6.2.1 - 6.2.2 - 6.3<br>7.1- 7.1.1- 7.1.6 - 7.3 - 7.4- 7.5.1-7.5.3- 7.5.3.1- 7.5.3.2<br>8.4- 8.4.1- 8.4.2- 8.4.3- 8.5.3- 8.7 - 8.7.1 - 8.7.2<br>9.1 - 9.1.1 - 9.1.3<br>10.1 - 10.2 - 10.3  |      |      |      |      |  |      |  |
| <b>Planeación</b>                   |      |   |      |      |      |      |  |      |  |
| Diseño y ejecución de las acciones  |      | En cuanto los niveles de ejecución, se evidencian comportamientos uniformes; desde el año 2011 a la fecha el resultado ha sido satisfactorio, pues el porcentaje obtenido supera el 80% en todos los años mencionados. Es un proceso que se preocupa por el cumplimiento de sus acciones y esto se refleja en el resultado obtenido, durante los últimos 7 años.  |      |      |      |      |  |      |  |
| 2011                                | 2012 | 2013  | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |  |      |  |
| 93%                                 | 86%  | 83%   | 92%  | 100% | 97%  | 93%  |  |      |  |
| <b>Gestión del Riesgo</b>           |      |   |      |      |      |      |  |      |  |
| Comentarios                         |      | Las gestión del riesgo a nivel institucional ha tenido diferentes variantes, que han conllevado a que los resultados para el proceso de gestión administrativa y financiera sean cambiantes. Por ejemplo, solo desde 2014 se empezó a manejar el concepto de riesgos de corrupción pero tan solo hasta el año 2017 el proceso los identifica.<br><br>A continuación el comportamiento que ha tenido el proceso, en cada metodología aplicada: |      |      |      |      |  |      |  |
| 2012                                |      | 2014  |      | 2015 |      | 2016 |  | 2017 |  |

|             |                          |                          |                           |                          |
|-------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Riesgos: 5  | Riesgos de proceso: 5    | Riesgos de proceso: 4    | Riesgos de proceso: 6     | Riesgos de proceso: 14   |
| Bajo: 0     | Importante: 2            | Importante: 0            | Extrema: 2                | Extrema: 6               |
| Moderado: 3 | Tolerable: 0             | Tolerable: 1             | Alta: 3                   | Alta: 4                  |
| Alto: 2     | Moderado: 3              | Moderado: 3              | Moderada: 1               | Moderada: 4              |
|             | Aceptable: 0             | Aceptable: 0             | Baja: 0                   | Baja: 0                  |
|             | Riesgos de corrupción: 0 | Riesgos de corrupción: 0 | Riesgos de corrupción: NA | Riesgos de corrupción: 7 |
|             |                          |                          | Alta: 0                   | Alta: 5                  |
|             |                          |                          | Extrema: 0                | Extrema: 2               |
|             |                          |                          | Moderada: 0               | Moderada: 0              |
|             |                          |                          |                           | Baja: 0                  |

#### Percepción del Cliente

##### Cliente Interno

El proceso de gestión administrativa y financiera ha reflejado en las mediciones realizadas a través de los años un rango específico en los porcentajes arrojados, particularmente en el año 2017 obtuvieron el valor más alto en comparación a los demás años, pero a pesar de esto aún no alcanzan un nivel favorable o positivo en la satisfacción de los usuarios debido a que tan solo uno de los aspectos evaluados es positivo como lo es que como cliente interno del proceso o área en mención, se siente bien atendido, encuentra calidez en el trato, respeto y respuestas oportunas. De acuerdo a esto el proceso en este momento está trabajando en la implementación de estrategias que contribuyan a que la percepción del cliente interno sea cada día más satisfactoria.

2012

2014

2016

2017

61%

59%

58%

63%

#### Retroalimentación del Cliente

##### PQRS

En este momento los distintos procesos y dependencias se han apropiado del procedimiento de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Felicitaciones y denuncias de actos de corrupción de la Institución, es por esta razón que en el caso particular de la subdirección administrativa y financiera las PQRS aumentaron en la última medición en el año 2017 donde en comparación con el 2016 obtuvieron prácticamente el doble estableciéndose este como un mecanismo de comunicación con los clientes que ayuda a la evaluación constante del proceso.

2010

2011

2012

2013

2014

2015

2016

2017



| 1   | 4    | 3   | 0    | 10   | 10   | 11   | 21   |  |
|---|------|---|------|------|------|------|------|--|
| <b>Indicadores de Gestión</b>                                 |      |   |      |      |      |      |      |  |
| 1. INAF01- Nivel de respuesta frente a solicitudes de bienes. |      | Este indicador permite verificar nivel de respuesta de las solicitudes presentadas por las diferentes dependencias.<br><br>Es importante aclarar que el resultado obtenido corresponde al porcentaje de aquellas solicitudes que no fueron atendidas, por lo tanto la tendencia de este indicador es siempre a disminuir por lo menos al 2%. En tal sentido, los resultados son favorables en los últimos 3 años, evidenciando el compromiso del proceso por el cumplimiento de sus solicitudes.  |      |      |      |      |      |  |
| 2010  | 2011 | 2012  | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |  |
| -   | 8%   | 3%  | 6%   | 6%   | 3%   | 3%   | 4%   |  |
| 3. INAF03 – Nivel de recaudo financiero.                      |      | Este indicador mide la ejecución de los ingresos de acuerdo a lo programado en el P.A.C. de la vigencia fiscal.<br><br>Los resultados dependen de los diferentes factores analizados asociados con los reportes presupuestales. Las razones por la cuales no se alcanza la meta en algunas ocasiones depende del comportamiento de las actividades que generan ingresos en las dependencias académicas y administrativas. Los resultados en su mayoría son buenos, pues en los últimos años se ha mantenido por encima del 90%.                                   |      |      |      |      |      |  |
| 2010  | 2011 | 2012  | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |  |
| 77%   | 93%  | 98%   | 88%  | 99%  | 97%  | 92%  | 100% |  |
| 4. INAF04- Recepción de elementos solicitados a proveedores.  |      | Este indicador permite verificar que los elementos recibidos correspondan a lo solicitado de acuerdo a lo tramitado por la Subdirección Administrativa.<br><br>Para este indicador se plantean algunas mejoras en su medición, debido a que la forma como se ha venido haciendo no corresponde con la realidad, puesto que una orden de pedido puede tener varias entregas, de ahí que se obtengan valores superiores al 100%.  |      |      |      |      |      |  |
| 2010  | 2011 | 2012  | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |  |
| -   | 82%  | 75%   | 97%  | 48%  | 85%  | 93%  | 100% |  |
| 5. INAF05- IVA no recaudado.                                  |      | Este indicador mide el porcentaje de valores no solicitados a la DIAN por errores en la facturación o en la gestión del proceso. Permite detectar y corregir errores en la recepción de la facturación y el trámite de la cuenta. Es un indicador relativamente nuevo, y con resultados favorables para la institución, como se puede observar.   |      |      |      |      |      |  |
| 2010  | 2011 | 2012  | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |  |
| -   | -    | -   | -    | -    | 0%   | 1%   | 1%   |  |
| <b>Eficacia de las Acciones</b>                               |      |   |      |      |      |      |      |  |
| Plan de mejoramiento del proceso                              |      | El plan de mejoramiento surge de los hallazgos identificados en las auditorías internas. En el caso de la gestión administrativa y financiera se puede observar que han conservado un rango considerable en el nivel de eficacia, lo que le ha permitido evidenciar su compromiso frente a la mejora continua.  |      |      |      |      |      |  |
| 2011  | 2012 | 2013  | 2014 | 2015 | 2016 |      |      |  |
| 100%  | 83%  | 95%   | 97%  | 78%  | 83%  |      |      |  |
| Oportunidades de mejora                                       |      | El proceso en el tratamiento a oportunidades logro cerrar varias acciones, una de estas acciones está relacionada con que se cuenta con una evaluación digital para proveedores y con un procedimiento de evaluación para los mismos, también se evidencia que el proceso ha trabajado en conjunto con la Sede central en aspectos relacionados con la revisión permanente de los Estados Financieros y en la elaboración de un plan de racionalización del gasto, y se evidencian varias acciones en desarrollo, una de estas es el reajuste de los indicadores. |      |      |      |      |      |  |

| 2016                     | 2017   |  |
|--------------------------|--|--|
| 100%                     | 61%  |  |
| Puntos de mejoramiento   |  |  |
| Planeación               | Apropiación del plan de acción en su nuevo formato, así como los conceptos asociados al mismo como: línea base, indicadores del plan, metas, entre otros.  |  |
| Gestión de riesgos       | Fortalecimiento del concepto de riesgos de corrupción en cada proceso para que aumente su apropiación.   |  |
| Percepción del cliente   | Planteamiento de estrategias para fortalecer los cinco aspectos negativos de seis evaluados en la encuesta de satisfacción. Estos son alguno de los aspectos débiles encontrados; el servicio y/o información que recibe del área es claro, suficiente, adecuado y de acuerdo a lo que usted solicitó, conoce las políticas y lineamientos sobre la forma como debe realizar las solicitudes y trámites de servicios que ofrece la dependencia, entre otros. |  |
| Indicadores              | Se hizo la eliminación del indicador de evaluación de proveedores pero no se han definido con exactitud los mecanismos que se utilizarán para dicha evaluación.  |  |
| Eficacia de las acciones | Se espera establezcan mejoras con respecto al mantenimiento para lograr el avance total de las acciones, es importante tener muy en cuenta las relacionadas con proveedores.   |  |
| Actividades específicas  | Fortalecimiento del tema de selección y evaluación de proveedores.   |  |

Figura4. Índice de desempeño de las herramientas de Gestión Administrativa y Financiera.

Fuente: Elaboración propia

#### 4.2.3 Bienestar universitario.

| Tipo de proceso                     | Proceso de apoyo   |
|-------------------------------------|--|
| Responsable                         | Jefe de Bienestar Universitario  |
| Objetivo del proceso                | Organizar, promover y apoyar el bienestar de la comunidad universitaria, a través del desarrollo de programas orientados a la preservación del bienestar físico, mental, espiritual y social de los estudiantes, docentes, egresados, jubilados y personal administrativo, de manera pertinente para el desarrollo integral de los mismos contribuyendo con la seguridad y salud en el trabajo y en armonía con el medio ambiente. |
| Áreas que lo componen               | División de bienestar universitario, oficina del egresado, trabajo social, cultura, deportes, salud, restaurante universitario.  |
| Acto administrativo de creación     | Acuerdo 084 de 11 de septiembre de 1995.   |
| Requisitos ISO 9001:2015 aplicables | 4.4 - 4.4.1 - 4.4.2<br>5.1.2 - 5.2 - 5.2.1 - 5.2.2 - 5.3<br>6.1 - 6.1.1 - 6.1.2 - 6.2 - 6.2.1 - 6.2.2 - 6.3<br>7.1.4 - 7.1.6 - 7.3 - 7.4 - 7.5.1 - 7.5.3 - 7.5.3.1 - 7.5.3.2<br>8.5.2 - 8.5.3 - 8.5.4 - 8.5.5 - 8.7 - 8.7.1 - 8.7.2<br>9.1 - 9.1.1 - 9.1.2 - 9.1.3<br>10.1 - 10.2 - 10.3   |
| Planeación                          |  |
| Diseño y ejecución de las acciones  | Al igual que los demás procesos, Bienestar universitario en los últimos años ha pasado por una interiorización de sus actividades, se ha articulado su plan de acción con los ejes y propósitos del PDI, lo que ha conllevado a que se diseñen acciones más aterrizadas y a la   |

|   |      |  |      |  |      |  |  |   |  |      |  |      |  |      |  |
|---|------|--|------|--|------|--|--|---|--|------|--|------|--|------|--|
|   |      | vez retadoras.<br>Es necesario aclarar que el proceso cuenta con diferentes sub áreas cada una con acciones particulares definidas, como trabajo social, egresados, restaurante, entre otros. El resultado de los últimos 3 años, ha ido un poco en retroceso debido a las causas ya mencionadas.  |      |  |      |  |  |   |  |      |  |      |  |      |  |
| 2011  | 2012 | 2013   | 2014 | 2015   | 2016 | 2017   |  |   |  |      |  |      |  |      |  |
| -   | -    | 78%  | 90%  | 100%   | 79%  | 93%  |  |   |  |      |  |      |  |      |  |
| <b>Gestión del Riesgo</b>                       |      |  |      |  |      |  |  |   |  |      |  |      |  |      |  |
| Comentarios                                     |      | En cuanto a la gestión de RYO, se evidencia un cambio significativo en el año 2016, donde se pasó de 3 riesgos a 10, teniendo en cuenta que se hizo un análisis en cada una de las áreas y teniendo en cuenta que en el restaurante también se generan importantes riesgos. Para el año 2017 se evidencia un importante incremento en los riesgos de corrupción, pasando de 0 a 5 riesgos moderados, que evidencian el cumplimiento de las recomendaciones del auditor.  |      |  |      |  |  |   |  |      |  |      |  |      |  |
| 2012  |      | 2014   |      | 2015   |      | 2016   |  | 2017  |  |      |  |      |  |      |  |
| Riesgos: 4<br>Bajo: 0<br>Moderado: 4<br>Alto: 0 |      | Riesgos de proceso: 2<br><br>Importante: 0<br>Tolerable: 0<br>Moderado: 2<br>Aceptable: 0<br><br>Riesgos de corrupción: 0  |      | Riesgos de proceso: 3<br><br>Importante: 1<br>Tolerable: 0<br>Moderado: 2<br>Aceptable: 0<br><br>Riesgos de corrupción: NA |      | Riesgos de proceso: 10<br><br>Extrema: 6<br>Alta: 3<br>Moderada: 1<br>Baja: 0<br><br>Riesgos de corrupción: NA<br><br>Alta: 0<br>Extrema: 0<br>Moderada: 0 |  | Riesgos de proceso: 8<br><br>Extrema: 0<br>Alta: 4<br>Moderada: 4<br>Baja: 0<br><br>Riesgos de corrupción: 5<br><br>Alta: 0<br>Extrema: 0<br>Moderada: 5<br>Baja: 0 |  |      |  |      |  |      |  |
| <b>Percepción del Cliente</b>                   |      |  |      |  |      |  |  |   |  |      |  |      |  |      |  |
| Cliente Interno                                 |      | En la Universidad Francisco de Paula Santander Ocaña se ha establecido un procedimiento para determinar el grado de satisfacción del cliente interno, herramienta que contribuye al diseño e implementación de estrategias que le permitan a cada proceso evaluar la necesidad de mejorar cada día la función que desempeña.<br>Bienestar Universitario es un proceso que presta sus servicios tanto a clientes internos como externos, en el año 2012 y 2017 particularmente obtuvieron los valores más altos de satisfacción, para el último año los factores negativos que obtuvieron fueron por el desconocimiento de las políticas y lineamientos sobre la forma como deben realizar las solicitudes y trámites de servicios que ofrece la dependencia, no se comunican los plazos y tiempos requeridos para recibir el servicio solicitado y/o se le informa cuando se dará respuesta; deben fortalecer sus esfuerzos con el fin de mejorar estas debilidades. |      |  |      |  |  |   |  |      |  |      |  |      |  |
| 2012  |      | 2014   |      | 2016   |      | 2017   |  |   |  |      |  |      |  |      |  |
| 79%   |      | 61%  |      | 66%  |      | 73%  |  |   |  |      |  |      |  |      |  |
| <b>Retroalimentación del Cliente</b>            |      |  |      |  |      |  |  |   |  |      |  |      |  |      |  |
| PQRS  |      | El proceso Gestión del Bienestar Universitario para los años 2015 y 2017 presenta en el mecanismo la mayor cantidad de solicitudes, para el último año el objeto primordial de las solicitudes instauradas a Bienestar Universitario se relacionaba con el reporte de beneficiarios activos de beca trabajo y monitoria, servicio prestado por el Restaurante, servicio de bicicletas.   |      |  |      |  |  |   |  |      |  |      |  |      |  |
| 2010  |      | 2011   |      | 2012   |      | 2013   |  | 2014  |  | 2015 |  | 2016 |  | 2017 |  |
| 1   |      | 5  |      | 12   |      | 5  |  | 10  |  | 29   |  | 11   |  | 25   |  |
| <b>Indicadores de Gestión</b>                   |      |  |      |  |      |  |  |   |  |      |  |      |  |      |  |

|  |      |  |      |      |      |      |                     |  |
|--|------|--|------|------|------|------|---------------------|--|
| 1. INBU01 – Índice de empleo.  |      | <p>Tipo de resultado: porcentaje. Este indicador mide el porcentaje de egresados laborando por programa de pregrado en cada semestre.</p> <p>En los resultados se pudo notar que los programas para el año 2017 impactaron el sector laboral, pues programas como Derecho, Comunicación Social, Ingeniería de Sistemas, entre otros superan el 50% en la medición del índice de empleo.</p>  |      |      |      |      |                     |  |
| 2010   | 2011 | 2012   | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017                |  |
| 12%  | 45%  | 12%  | 57%  | 59%  | 44%  | 40%  | No se ha calculado. |  |
| 2. INBU02- Índice de participación de la comunidad universitaria en los programas de BU. |      | <p>Este indicador mide el porcentaje de participación del estamento docente, estudiantil y administrativo en los programas ofrecidos por Bienestar Universitario.</p> <p>Las estrategias de bienestar, permitieron ubicar el resultado en un rango satisfactorio, logrando que las metas se cumplieran y los porcentajes de asistencia fueran los esperados, cabe resaltar que en esta última medición se tuvo en cuenta la cantidad de personas y no el número de veces que adquieren un servicio, de ahí que el resultado presente un decrecimiento. Sin embargo a partir de la fecha la medición se hará de esta manera ya que está más acorde a la realidad.</p>   |      |      |      |      |                     |  |
| 2010   | 2011 | 2012   | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017                |  |
| -  | 64%  | 46%  | 42%  | 20%  | 78%  | 100% | 83%                 |  |
| 3. INBU03- Estudiantes en actividades para la formación integral.                        |      | <p>Este indicador mide el porcentaje de estudiantes beneficiados en los programas de formación integral ofrecidos por Bienestar Universitario en las áreas de cultura y deporte.</p> <p>Podrían parecer los resultados algo bajos, pero es importante mencionar que están acordes a la trazabilidad. Luego así no sean valores altos si permiten el logro de la meta establecida.</p>  |      |      |      |      |                     |  |
| 2010   | 2011 | 2012   | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017                |  |
| -  | 28%  | 27%  | 18%  | 10%  | 13%  | 18%  | 36%                 |  |
| 4. INBU04- Correspondencia laboral de los egresados.                                     |      | <p>Mide el porcentaje de egresados laborando por programa de acuerdo a su perfil profesional de pregrado en cada año.</p> <p>Generalmente se presentan dificultades con la recepción de la información, sin embargo, para la última medición, se logró actualizar la gran mayoría de los datos (70%) correspondientes al impacto del perfil profesional de los egresados de la Institución, la dificultad se relaciona con que en muchas ocasiones los egresados no responden a los llamados de actualización de datos que se hace desde la dependencia o desde el programa.</p> <p>Se han implementado estrategias que permitirán aumentar la medición de los indicadores como la adquisición del portal de empleo institucional y el trabajo en conjunto con los programas académicos.</p> |      |      |      |      |                     |  |
| 2010   | 2011 | 2012   | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017                |  |
| 18%  | 28%  | 28%  | 68%  | 53%  | 68%  | 39%  | 77%                 |  |
| <b>Eficacia de las Acciones</b>  |      |  |      |      |      |      |                     |  |
| Plan de mejoramiento del proceso   |      | <p>Muchas de las acciones que estaban relacionadas con el desarrollo del aplicativo se solucionaron con la implementación del mismo, entre ellas la encuesta de la medición de la satisfacción e impacto de los servicios que presta bienestar, lo que definitivamente favoreció su resultado.</p>   |      |      |      |      |                     |  |
| 2011   | 2012 | 2013   | 2014 | 2015 | 2016 |      |                     |  |
| 100%   | 100% | 92%  | 100% | 53%  | 86%  |      |                     |  |
| Oportunidades de mejora  |      | <p>La mitad de las acciones se logran cerrar, unas de estas estaban relacionadas con la elaboración e implementación del módulo de requerimientos aspecto que se logra cumplir al 100%, también se logra la realización del repositorio de información de BU, y están en proceso acciones como la socialización de la política de graduados y lo relacionado con el diseño e implementación de un sistema de alertas tempranas para la identificación de</p>   |      |      |      |      |                     |  |

|                          |   | estudiantes que están en riesgo de deserción. |
|--------------------------|---|---|
| 2016                     | 2017  |   |
| -                        | 56%   |   |
| Puntos de mejoramiento   |   |   |
| Planeación               | El seguimiento permanente a la ejecución de los macro cronogramas. Apropiación del plan de acción en su nuevo formato, así como los conceptos asociados al mismo como: línea base, indicadores del plan, metas, entre otros.  |   |
| Gestión de riesgos       | Debilidad en la identificación de los riesgos de corrupción y de proceso.   |   |
| Percepción del cliente   | Para el año 2017 los factores negativos que obtuvieron fueron el desconocimiento de las políticas y lineamientos sobre la forma como deben realizar las solicitudes y trámites de servicios que ofrece la dependencia, no se comunican los plazos y tiempos requeridos para recibir el servicio solicitado y/o se le informa cuando se dará respuesta; deben mejorar su desempeño con el fin de fortalecer estas debilidades. |   |
| Indicadores              | Más especificidad en la redacción de Acciones correctivas, preventivas o de mejora, para facilitar el seguimiento a las mismas.   |   |
| Eficacia de las acciones | Se espera el fortalecimiento de estrategias relacionadas con el diseño de un sistema de alertas tempranas para la identificación de estudiantes en riesgo de deserción, además la ejecución de lo relacionado con la socialización de la política de graduados.   |   |
| Actividades específicas  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Las acciones pendientes frente a los estudios que debe realizar trabajo social.</li> <li>• El impacto de los servicios de bienestar, que aunque ya se disponga del aplicativo, dicho análisis no se ha realizado.</li> </ul>   |   |

Figura5. Índice de desempeño de las herramientas de Bienestar Universitario.

Fuente: Elaboración propia

#### 4.2.4 Admisiones, registro y control.

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| Tipo de proceso                     | Proceso de apoyo.   |
| Responsable                         | Jefe de Admisiones.   |
| Objetivo del proceso                | Gestionar la información académica de los estudiantes activos, inactivos y egresados de la institución, mediante el cumplimiento del reglamento estudiantil y el calendario académico; garantizando confidencialidad, transparencia y eficacia en la custodia y entrega de la información minimizando el impacto ambiental y controlando los riesgos del proceso. |
| Áreas que lo componen               | Oficina de registro y control académico.  |
| Acto administrativo de creación     | Acuerdo 084 de 11 de septiembre de 1995.  |
| Requisitos ISO 9001:2015 aplicables | 4.4 - 4.4.1 - 4.4.2<br>5.1.2- 5.2- 5.2.1 - 5.2.2 - 5.3<br>6.1 - 6.1.1 - 6.1.2 - 6.2 - 6.2.1 - 6.2.2 - 6.3<br>7.3 - 7.4<br>7.1.6- 7.5.1- 7.5.3- 7.5.3.1- 7.5.3.2<br>8.2.1- 8.5.1- 8.5.2- 8.5.3- 8.5.4- 8.5.5- 8.6- 8.7 - 8.7.1 - 8.7.2   |

|   |      | 9.1 - 9.1.1 - 9.1.2 - 9.1.3<br>10.1 - 10.2 - 10.3  |      |  |      |  |  |   |  |
|---|------|--|------|--|------|--|--|---|--|
| <b>Planeación</b>                               |      |  |      |  |      |  |  |   |  |
| Diseño y ejecución de las acciones              |      | Con relación a la ejecución de acciones se puede evidenciar el buen comportamiento que ha tenido el proceso de admisiones desde el 2012 a la fecha, dado que es un proceso que cumple permanentemente con sus actividades.   |      |  |      |  |  |   |  |
|   |      | Desde que se diseñó el plan de desarrollo 2014-2019, se ha tratado de que las acciones planteadas sean aterrizadas pero retadoras, y es precisamente lo que a cabalidad ha desarrollado el proceso de admisiones.  |      |  |      |  |  |   |  |
| 2011  | 2012 | 2013   | 2014 | 2015   | 2016 | 2017   |  |   |  |
| -   | 69%  | 88%  | 98%  | 94%  | 99%  | 97%  |  |   |  |
| <b>Gestión del Riesgo</b>                       |      |  |      |  |      |  |  |   |  |
| Comentarios                                     |      | La identificación de riesgos en el proceso de Admisiones, ha tenido una variabilidad desde el año 2012, donde se pasó de 8 riesgos a 3 para el año 2014 y luego 5 en el año 2015. Como era de esperarse en el año 2016 se incluye en la identificación un riesgo de corrupción, al igual que en el año 2017 que se identificaron 6 riesgos por proceso y 1 por corrupción.   |      |  |      |  |  |   |  |
|   |      | Estos riesgos tienen establecidos sus respectivos controles y se hace el tratamiento de acuerdo al riesgo identificado.  |      |  |      |  |  |   |  |
| 2012  |      | 2014   |      | 2015   |      | 2016   |  | 2017  |  |
| Riesgos: 8<br>Bajo: 0<br>Moderado: 6<br>Alto: 2 |      | Riesgos de proceso: 3<br><br>Importante: 0<br>Tolerable: 0<br>Moderado: 3<br>Aceptable: 0<br><br>Riesgos de corrupción: 0  |      | Riesgos de proceso: 5<br><br>Importante: 0<br>Tolerable: 3<br>Moderado: 2<br>Aceptable: 0<br><br>Riesgos de corrupción: NA |      | Riesgos de proceso: 7<br><br>Extrema: 3<br>Alta: 4<br>Moderada: 0<br>Baja: 0<br><br>Riesgos de corrupción: 1<br><br>Alta: 0<br>Extrema: 0<br>Moderada: 1 |  | Riesgos de proceso: 6<br><br>Extrema: 2<br>Alta: 4<br>Moderada: 0<br>Baja: 0<br><br>Riesgos de corrupción: 1<br><br>Alta: 0<br>Extrema: 0<br>Moderada: 1<br>Baja: 0 |  |
| <b>Percepción del Cliente</b>                   |      |  |      |  |      |  |  |   |  |
| Cliente Interno                                 |      | El proceso durante las mediciones ha reflejado fortaleza en aspectos relacionados con la información que se recibe del área es clara y conforme con lo que se solicita, como cliente interno del proceso o área en mención, se siente bien atendido, encuentra calidez en el trato, respeto y respuestas oportunas, además la información difundida por todos los medios de comunicación es oportuna y veraz, también se evidencia que hay disposición e interés por parte del personal del proceso para brindar la colaboración que se requiera; por lo mencionado anteriormente el cliente interno se siente bien atendido por el proceso en mención, pero les falta mejorar algunos aspectos relacionados con el conocimiento de las políticas y lineamientos y la comunicación en los plazos y tiempos para recibir el servicio por parte de admisiones. |      |  |      |  |  |   |  |
|   |      | 2012   | 2014 | 2016   | 2017 |  |  |   |  |
| 75%   | 57%  | 79%  | 69%  |  |      |  |  |   |  |

| Retroalimentación del Cliente                     |      |  |      |      |      |      |      |  |
|---|------|--|------|------|------|------|------|--|
| PQRS  |      | <p>En el proceso de Admisiones, Registro y Control las PQRS son un mecanismo importante ya que al adelantarse todo tipo de trámites se convierten en un canal de comunicación de los usuarios hacia el proceso para manifestar las distintas peticiones, quejas, reclamos y sugerencias que se quieran manifestar con respecto a las diligencias que llevan a cabo.</p> <p>En el año 2015 se evidencia el mayor número de peticiones presentadas a admisiones por parte de los usuarios de la UFPSO.</p> |      |      |      |      |      |  |
| 2010  | 2011 | 2012   | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |  |
| 1   | 3    | 9  | 5    | 6    | 14   | 10   | 13   |  |
| Indicadores de Gestión                            |      |  |      |      |      |      |      |  |
| 1. INAR01 – Cobertura por departamentos del país. |      | <p>Tipo de resultado: porcentaje. Este indicador mide por periodo académico el porcentaje de matriculados por departamento de nacimiento frente al total de matriculados.</p> <p>Zonas de influencia: Bolívar, Cesar, Norte de Santander y Santander.</p> <p>Este indicador será modificado a partir del año 2018, dado que la gestión para el logro de las metas no depende directamente del proceso AR.</p>  |      |      |      |      |      |  |
| 2010  | 2011 | 2012   | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |  |
| -   | 60%  | 59%  | 58%  | 56%  | 55%  | 55%  | 56%  |  |
| 2. INAR02- Crecimiento de matrícula.              |      | <p>Este indicador mide por periodo académico el porcentaje de incremento de matrícula en las carreras profesionales.</p> <p>Este indicador será modificado a partir del año 2018, dado que la gestión para el logro de las metas no depende directamente del proceso AR.</p>   |      |      |      |      |      |  |
| 2010  | 2011 | 2012   | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |  |
| -   | 15%  | -5%  | 0%   | 8%   | 8%   | 4%   | 1%   |  |
| 3. INAR03- Deserción estudiantil.                 |      | <p>Este indicador mide por periodo académico el porcentaje de deserción estudiantil en las carreras profesionales.</p> <p>Este indicador será modificado a partir del año 2018, dado que la gestión para el logro de las metas no depende directamente del proceso AR.</p>   |      |      |      |      |      |  |
| 2010  | 2011 | 2012   | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |  |
| 14%   | 12%  | 10%  | 10%  | 8%   | 9%   | 7%   | 3%   |  |
| Eficacia de las Acciones                          |      |  |      |      |      |      |      |  |
| Plan de mejoramiento del proceso                  |      | <p>El proceso ha logrado realizar las actividades que tiene definidas en el plan de mejoramiento. Sin embargo, fue necesario trasladar al Plan de Mejoramiento Institucional lo correspondiente a: "No se evidencia que estén ejecutadas las acciones que permitan proteger y salvaguardar los bienes que son propiedad del cliente (Hojas de Vida Académicas) incumpliendo con el numeral (7.5.4) de la Norma NTCGP 1000:2009", con el fin de que la Alta Dirección tome acciones al respecto.</p>      |      |      |      |      |      |  |
| 2011  | 2012 | 2013   | 2014 | 2015 | 2016 |      |      |  |
| 81%   | 90%  | 83%  | 97%  | 93%  | 97%  |      |      |  |
| Oportunidades de mejora                           |      | <p>El proceso de Admisiones logra el cierre de varias acciones gracias al despliegue adecuado de estrategias que lograron cumplir los objetivos de cada acción, se evidencia también varias acciones trasladadas al PMI ya que la dirección debe tomar acciones al respecto, pese a esto el proceso debe mejorar en aspectos como los evaluados en la encuesta de satisfacción con el fin de mejorar las debilidades detectadas.</p>   |      |      |      |      |      |  |
| 2016  | 2017 |  |      |      |      |      |      |  |

| 50%                           | 66%  |  |
|-------------------------------|--|--|
| <b>Puntos de mejoramiento</b> |  |  |
| Planeación                    | Apropiación del plan de acción en su nuevo formato, así como los conceptos asociados al mismo como: línea base, indicadores del plan, metas, entre otros.  |  |
| Gestión de riesgos            | Debilidad en la identificación de riesgos de corrupción.   |  |
| Percepción del cliente        | Deben mejorar en los siguientes aspectos resultado de la encuesta de satisfacción; el conocimiento de las políticas y lineamientos sobre la forma como debe realizar las solicitudes y trámites, la comunicación en los plazos y tiempos para recibir el servicio por parte de admisiones. |  |
| Indicadores                   | Los cambios que se harán a los tres indicadores con que se cuenta, deben hacerse de manera prioritaria.  |  |
| Eficacia de las acciones      | Mantener las acciones preventivas frente a los aspectos relacionados con el ambiente para la protección de las hojas de vida académicas.   |  |
| Actividades específicas       | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Definir los indicadores que se abordarán a partir de este año.</li> <li>● Fortalecer el tema de la protección de los bienes que son propiedad del cliente ( hojas de vida académicas)</li> </ul>  |  |

Figura6. Índice de desempeño de las herramientas de Admisiones, registro y control.

Fuente: Elaboración propia

#### 4.2.5 Infraestructura y mantenimiento.

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| Tipo de proceso                     | Proceso de apoyo   |
| Responsable                         | Jefe de mantenimiento.   |
| Objetivo del proceso                | Coordinar, ejecutar y supervisar las actividades correspondientes al mantenimiento de la infraestructura física y los equipos de laboratorio; a través de estrategias para promover hábitos de comportamiento y conductas seguras en las vías y el cumplimiento de los lineamientos estipulados para una adecuada gestión de los espacios físicos y de equipos para la prestación del servicio, manteniendo el equilibrio con el medio ambiente, la prevención de los riesgos y la integridad física del ser humano. |
| Áreas que lo componen               | Coordinación de infraestructura y mantenimiento.   |
| Acto administrativo de creación     | No tiene acto administrativo de creación.  |
| Requisitos ISO 9001:2015 aplicables | 4.4 - 4.4.1 - 4.4.2<br>5.1.2 - 5.2 - 5.2.1 - 5.2.2 - 5.3<br>6.1 - 6.1.1 - 6.1.2 - 6.2 - 6.2.1 - 6.2.2 - 6.3<br>7.1 - 7.1.1 - 7.1.3 - 7.1.4 - 7.1.5 - 7.1.5.1 - 7.1.5.2 - 7.1.6 - 7.3 - 7.4 - 7.5.1<br>8.7 - 8.7.1 - 8.7.2<br>9.1 - 9.1.1 - 9.1.3<br>10.1 - 10.2 - 10.3   |
| <b>Planeación</b>                   |  |
| Diseño y ejecución de las acciones  | El proceso evidencia un incremento significativo en los últimos años, ya que venía de una inestabilidad en el nivel de eficacia obtenido, pues como se puede observar en los años 2012 y 2014 el resultado estaba alrededor del 60%, pero en los años 2013 y 2015 estuvo por debajo del 45%. Infraestructura al igual que los demás procesos tiene articuladas sus acciones al PDI, a  |



|   |      | través de los ejes y actividades estratégicas.  |      |  |      |   |  |  |
|---|------|---|------|--|------|---|--|--|
| 2011  | 2012 | 2013  | 2014 | 2015   | 2016 | 2017  |  |  |
| -   | 65%  | 39%   | 60%  | 57%  | 78%  | 79%   |  |  |
| Gestión del Riesgo  |      |   |      |  |      |   |  |  |
| Comentarios   |      | El proceso de infraestructura, desde un principio ha tenido claro el concepto de identificación de riesgos, pues como se puede observar en el año 2012, se identificaron 10 riesgos, en 2014, 12 y así sucesivamente para llegar al año 2017 con 4 riesgos, que han ido tratando y minimizando. Este proceso asegura que no tienen riesgos de corrupción porque no manejan recursos, todo los requerimientos se hace a través de la subdirección administrativa.  |      |  |      |   |  |  |
| 2012  |      | 2014  |      | 2015   |      | 2016  |  | 2017   |
| Riesgos: 10<br>Bajo: 0<br>Moderado: 7<br>Alto: 3                    |      | Riesgos de proceso: 12<br><br>Importante:6<br>Tolerable: 0<br>Moderado: 6<br>Aceptable: 0<br><br>Riesgos de corrupción: 0   |      | Riesgos de proceso: 6<br><br>Importante: 5<br>Tolerable: 0<br>Moderado: 1<br>Aceptable: 0<br><br>Riesgos de corrupción: NA |      | Riesgos de proceso: 7<br><br>Extrema: 2<br>Alta: 5<br>Moderada: 0<br>Baja: 0<br><br>Riesgos de corrupción: NA<br><br>Alta: 0<br>Extrema: 0<br>Moderada: 0 |  | Riesgos de proceso: 4<br><br>Extrema: 1<br>Alta: 3<br>Moderada: 0<br>Baja: 0<br><br>Riesgos de corrupción: 0<br><br>Alta: 0<br>Extrema: 0<br>Moderada: 0 |
| Percepción del Cliente  |      |   |      |  |      |   |  |  |
| Cliente Interno   |      | En el caso de evaluar la satisfacción del cliente interno, Infraestructura y Mantenimiento tiene un reto complejo ya que su labor se puede denominar como compleja al tener que lograr la satisfacción a nivel general con el trabajo realizado; a pesar de esto se evidencia como a través de los años IM ha tenido un buen desempeño, logrando que el cliente interno se sienta a gusto con los siguientes aspectos: la información que se recibe del área es clara, el cliente se siente bien atendido, hay disposición por parte del personal, la información publicada por los medios de comunicación es clara, gracias a esto el proceso ha alcanzado altos niveles de satisfacción, no obstante siguen trabajando para mantenerse en este nivel y mejorar aún más. |      |  |      |   |  |  |
| 2012  | 2014 | 2016  | 2017 |  |      |   |  |  |
| 74%   | 74%  | 77%   | 73%  |  |      |   |  |  |
| Retroalimentación del Cliente                                       |      |   |      |  |      |   |  |  |
| PQRS  |      | Las PQRS al ser una herramienta que contribuye al mejoramiento continuo han contribuido en gran medida al buen desempeño del proceso de IM, se evidencia en todas las mediciones una cantidad no tan elevada de sugerencias, debido a la implementación del sistema de Infraestructura y Mantenimiento por el cual se reciben todo tipo de requerimientos por parte de los procesos.  |      |  |      |   |  |  |
| 2010  | 2011 | 2012  | 2013 | 2014   | 2015 | 2016  |  |  |
| 0   | 0    | 1   | 10   | 5  | 0    | 4   |  |  |
| Indicadores de Gestión  |      |   |      |  |      |   |  |  |
| 1. INIM01- Avance en metros cuadrados de la infraestructura física. |      | Por medio de este indicador se mide la construcción en metros cuadrados de todos los espacios físicos de la Universidad.El propósito de medir este indicador es controlar el avance en infraestructura física construida de acuerdo a lo establecido en el Plan Maestro de Desarrollo Físico e Infraestructura 2014-2034, verificar el cumplimiento de las metas establecidas en el Plan de acción y alimentar el informe de gestión del proceso.   |      |  |      |   |  |  |

|   |      | Se establece un porcentaje acumulado de construcción.   |      |      |      |      |      |  |
|---|------|---|------|------|------|------|------|--|
| 2010  | 2011 | 2012  | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |  |
| -   | -    | -   | 46%  | 49%  | 52%  | 61%  | 69%  |  |
| 2. INIM02-<br>Calificación del<br>servicio de IM. |      | En este indicador Se mide la calificación a las solicitudes generadas desde el software de IM para todos los servicios del proceso.<br>Es necesario aclarar que el proceso de infraestructura está sujeto a condicionamientos de pedidos de materiales y a proveedores externos los cuales no mantienen una relación directa con el proceso, por lo que es la subdirección administrativa la encargada de la realización y compra de los elementos requeridos, afectando en algunas ocasiones la prestación del servicio. |      |      |      |      |      |  |
| 2010  | 2011 | 2012  | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |  |
| -   | -    | -   | -    | -    | 84%  | 86%  | 88%  |  |
| Eficacia de las Acciones                          |      |   |      |      |      |      |      |  |
| Plan de mejoramiento del proceso                  |      | De las acciones que corresponden a la auditoría, del año 2017, se encuentran en gran avance de ejecución. Acciones relacionadas con los laboratorios se encuentran en estado de ejecución. Se debe culminar el Plan Estratégico de Seguridad vial.  |      |      |      |      |      |  |
| 2011  | 2012 | 2013  | 2014 | 2015 | 2016 |      |      |  |
| 65%   | 75%  | 92%   | 81%  | 91%  | 95%  |      |      |  |
| Oportunidades de mejora                           |      | La mayoría de las acciones alcanzan el 100% en su ejecución solo quedan en proceso de ejecución tres acciones relacionadas con el desarrollo de una aplicación para la administración del proceso, la mejora en los aspectos evaluados en la encuesta de satisfacción y lo relacionado con el proceso para la calificación del servicio de IM.  |      |      |      |      |      |  |
| 2016  | 2017 |   |      |      |      |      |      |  |
| -   | 87%  |   |      |      |      |      |      |  |
| Puntos de mejoramiento                            |      |   |      |      |      |      |      |  |
| Planeación  |      | Apropiación del plan de acción en su nuevo formato, así como los conceptos asociados al mismo como: línea base, indicadores del plan, metas, entre otros.   |      |      |      |      |      |  |
| Gestión de riesgos                                |      | Debilidad en la identificación de los riesgos de corrupción   |      |      |      |      |      |  |
| Percepción del cliente                            |      | Deben plantearse estrategias para mejorar su desempeño con relación a los siguientes aspectos, conoce las políticas y lineamientos sobre la forma como debe realizar las solicitudes y trámites de servicios que ofrece la dependencia, se comunican los plazos y tiempos requeridos para recibir el servicio solicitado y/o se le informa cuando se dará respuesta.  |      |      |      |      |      |  |
| Indicadores                                       |      | N/A   |      |      |      |      |      |  |
| Eficacia de las acciones                          |      | Deben tratar de avanzar en la ejecución de las siguientes acciones; el desarrollo de una aplicación para la administración del proceso, lo relacionado con el proceso para la calificación del servicio de IM, lograr la culminación del Plan Estratégico de Seguridad vial.  |      |      |      |      |      |  |
| Actividades específicas                           |      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Evidenciar un mayor avance con el tema de seguridad vial en la institución.</li> <li>Fortalecer todo lo relacionado con el trámite de los materiales suministrados a proveedores, para que no afecte la prestación del servicio de IM.</li> </ul>  |      |      |      |      |      |  |

Figura7. Índice de desempeño de las herramientas de Infraestructura y mantenimiento.

Fuente: Elaboración propia

#### 4.2.6 Investigación.

|                                     |      |      |      |   |      |      |  |  |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |
|-------------------------------------|------|------|------|---|------|------|--|--|--|--|--|------|--|--|--|------|--|--|--|
| Tipo de proceso                     |      |      |      |   |      |      |  | Proceso misional.  |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |
| Responsable                         |      |      |      |   |      |      |  | Coordinador de la DIE.   |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |
| Objetivo el proceso                 |      |      |      |   |      |      |  | Fortalecer los grupos, semilleros y centros de investigación para el desarrollo y divulgación del conocimiento generado en los proyectos de investigación, a través del acompañamiento oportuno y pertinente, teniendo en cuenta los lineamientos en seguridad y salud ocupacional del equipo de trabajo y la responsabilidad con el medio ambiente. |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |
| Áreas que lo componen               |      |      |      |   |      |      |  | Coordinación de investigación, coordinación de extensión, CEDIT.   |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |
| Acto administrativo de creación     |      |      |      |   |      |      |  | Acuerdo 084 de 11 de septiembre de 1995.   |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |
| Requisitos ISO 9001:2015 aplicables |      |      |      |   |      |      |  | 4.4 - 4.4.1 - 4.4.2<br>5.1.2 - 5.2 - 5.2.1 - 5.2.2 - 5.3<br>6.1 - 6.1.1 - 6.1.2 - 6.2 - 6.2.1 - 6.2.2 - 6.3<br>7.1.6 - 7.3 - 7.4 - 7.5.1<br>8.1 - 8.2.1 - 8.2.2 - 8.2.3 - 8.2.3.1 - 8.2.3.2 - 8.2.4 - 8.5.1 - 8.5.2 - 8.5.5 - 8.5.6 - 8.6 - 8.7 - 8.7.1 - 8.7.2<br>9.1 - 9.1.1 - 9.1.3<br>10.1 - 10.2 - 10.3   |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |
| <b>Planeación</b>                   |      |      |      |   |      |      |  |  |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |
| Diseño y ejecución de las acciones  |      |      |      | El proceso de investigación físicamente ha estado siempre muy de la mano con el proceso de extensión, sin embargo se desarrollan actividades muy diferentes con relación a lo que establece el PDI y que se reflejan en sus ejes, propósitos y actividades estratégicas.<br><br>Se puede evidenciar un comportamiento favorable sobre todo desde el año 2013 a la fecha, donde los resultados han estado por encima del 85%.  |      |      |  |  |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |
| 2011                                | 2012 | 2013 | 2014 | 2015  | 2016 | 2017 |  |  |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |
| 73%                                 | 72%  | 89%  | 89%  | 90%   | 83%  | 100% |  |  |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |
| <b>Gestión del Riesgo</b>           |      |      |      |   |      |      |  |  |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |
| Comentarios                         |      |      |      | El proceso de Investigación, ha sido muy inconstante en cuanto a los resultados de la identificación de riesgos. Pues como se puede observar en el año 2012, se identificaron 6 riesgos de tipo moderado, en el año 2014 no se reportaron riesgos a la oficina de planeación por parte del proceso.<br><br>Desde el año 2015 ya se incluye el concepto de riesgos de corrupción, sin embargo el proceso se niega a reconocer que en dicho proceso se pueda presentar alguno, incurriendo en el error de muchos otros procesos de la institución, situación que fue corregida luego de la pre auditoría realizada en el mes de noviembre del año 2017. |      |      |  |  |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |
| 2012                                |      |      |      | 2014  |      |      |  | 2015   |  |  |  | 2016 |  |  |  | 2017 |  |  |  |

| Riesgos: 6<br>Bajo: 0<br>Moderado: 6<br>Alto: 0                   | No reportan  | Riesgos de proceso: 2<br>Importante: 1<br>Tolerable: 0<br>Moderado: 1<br>Aceptable: 0 | Riesgos de proceso: 7<br>Extrema: 1<br>Alta: 2<br>Moderada: 2<br>Baja: 2 | Riesgos de proceso: 3<br>Extrema: 0<br>Alta: 1<br>Moderada: 2<br>Baja: 0 | Riesgos de corrupción: 0<br>Alta: 0<br>Extrema: 0<br>Moderada: 0<br>Baja: 0 |      |      |  |
|---|--|---|--|--|---|------|------|--|
| Percepción del Cliente  |  |   |  |  |   |      |      |  |
| Cliente Interno   | El proceso de Investigación en la última medición en el año 2017 obtuvo un resultado desfavorable en el nivel de satisfacción del cliente interno, arrojando como resultado todos los factores evaluados, porcentajes menores al 61%, valores que contribuyen a que el resultado final no esté en el rango de resultados satisfactorios en comparación con los demás procesos con respecto a esta evaluación.  |   |  |  |   |      |      |  |
| 2012  | 2014   | 2016  | 2017   |  |   |      |      |  |
| 79%   | 52%  | 53%   | 51%  |  |   |      |      |  |
| Retroalimentación del Cliente                                     |  |   |  |  |   |      |      |  |
| PQRS  | Dada la difusión que se le ha dado a las PQRS en la institución por todos los canales de comunicación con que se cuenta, ha habido un incremento en el número de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias a nivel general. Para el caso particular de la División de Investigación en los años 2010, 2013, 2014 y 2015 en los informes de PQRS el proceso no han obtenido ningún tipo de sugerencia, y en los años que si presentan han recibido un número muy bajo lo que permite inferir que el proceso responde de manera adecuada con su desempeño y con la imagen que desea reflejar ante las demás dependencias. |   |  |  |   |      |      |  |
| 2010  | 2011   | 2012  | 2013   | 2014   | 2015  | 2016 | 2017 |  |
| -   | 6  | 1   | -  | -  | -   | 1    | 2    |  |
| Indicadores de Gestión  |  |   |  |  |   |      |      |  |
| 1. INIV01- Grupos de investigación categorizados por Colciencias. | Este indicador muestra el número de grupos de investigación categorizados por Colciencias. Es decir, permite conocer la clasificación de los Grupos de Investigación, Desarrollo Tecnológico o de Innovación de la Institución, que hayan participado voluntariamente en el proceso de medición de Colciencias.<br>Para el año 2017, no se alcanzó la meta establecida que era de 9 grupos, pero no significa que el resultado no haya sido satisfactorio.   |   |  |  |   |      |      |  |
| 2010  | 2011   | 2012  | 2013   | 2014   | 2015  | 2016 | 2017 |  |
| 1   | 3  | 5   | 5  | 5  | 5   | 9    | 8    |  |
| 2. INIV02- Docentes investigadores reconocidos por Colciencias.   | Este indicador muestra el número de docentes que han sido reconocidos por Colciencias en cualquier categoría.<br>Y básicamente es un resultado muy positivo, sobre todo el gran salto que se da desde el 2016 al 2017, que pasó de 10 docentes a 25.   |   |  |  |   |      |      |  |
| 2010  | 2011   | 2012  | 2013   | 2014   | 2015  | 2016 | 2017 |  |
| 9%  | 16%  | 21%   | 21%  | 19%  | 7   | 10   | 25   |  |
| 3. INIV03-  | Este indicador mide el porcentaje de estudiantes que representa a la Institución en  |   |  |  |   |      |      |  |

|   |       |  |      |      |      |      |      |  |
|---|-------|--|------|------|------|------|------|--|
| Estudiantes en actividades de investigación formativa.              | en de | <p>actividades de Investigación formativa como REDCOLSI.</p> <p>El apoyo que sea dado a los semilleros en los últimos años ha sido significativo, y se refleja en los resultados obtenidos a partir del año 2015; aunque en 2017 no se haya logrado la meta, el valor se ubica en un rango de desempeño satisfactorio, por estar por encima del 40%.</p>   |      |      |      |      |      |  |
| 2010  | 2011  | 2012   | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |  |
| 3%  | 3%    | 3%   | 4%   | 3%   | 40%  | 63%  | 47%  |  |
| 4. INIV04- Productos resultado de generación de nuevo conocimiento. |       | <p>Este indicador muestra el % de productos resultados de generación de nuevo conocimiento reconocido por Colciencias de:</p> <p>Artículos de investigación indexados (A1, A2, B, C y D) u homologados. (A1): 70%</p> <p>Libros y capítulos de investigación que cumplen con los criterios de Colciencias. (A2)-20%</p> <p>Patentes y creación vegetal y nueva raza animal (A3)- 10%</p> <p>Desde el año en que se creó y se empezó a medir este indicador los resultados oscilan entre el 20% y 30%, considerándose un rango satisfactorio para la institución.</p> |      |      |      |      |      |  |
| 2010  | 2011  | 2012   | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |  |
| -   | -     | -  | -    | -    | 29%  | 22%  | 25%  |  |
| <b>Eficacia de las Acciones</b>                                     |       |  |      |      |      |      |      |  |
| Plan de mejoramiento del proceso                                    |       | <p>Se evidencia avance en el seguimiento a grupos, diligenciamiento para el reconocimiento de horas de investigación, la actualización documental.</p> <p>El porcentaje obtenido demuestra que se ha realizado un importante trabajo frente a lo relacionado con los informes a entregar periódicamente al Comité de Apoyo Académico, completitud de firmas y auditoria a los grupos de investigación; sin embargo hay acciones que no han tenido ningún avance desde hace algún tiempo como la evaluación de la efectividad de las capacitaciones.</p>              |      |      |      |      |      |  |
| 2011  | 2012  | 2013   | 2014 | 2015 | 2016 |      |      |  |
| 92%   | 87%   | 94%  | 91%  | 89%  | 94%  |      |      |  |
| Oportunidades de mejora   |       | <p>El proceso de Investigación aún está trabajando en acciones relacionadas con el fortalecimiento en el uso eficiente del presupuesto, planes de contingencia ante la ausencia de profesores directores de semilleros, y la mejora en los aspectos medidos en la encuesta de satisfacción.</p>  |      |      |      |      |      |  |
| 2016  | 2017  |  |      |      |      |      |      |  |
| 90%   | 81%   |  |      |      |      |      |      |  |
| <b>Puntos de mejoramiento</b>                                       |       |  |      |      |      |      |      |  |
| Planeación  |       | Apropiación del plan de acción en su nuevo formato, así como los conceptos asociados al mismo como: línea base, indicadores del plan, metas, entre otros.  |      |      |      |      |      |  |
| Gestión de riesgos  |       | Debilidad en la identificación de los riesgos de corrupción.   |      |      |      |      |      |  |
| Percepción del cliente  |       | Deben alcanzar la mejora en todos los aspectos evaluados en la encuesta de satisfacción, rediseñando las estrategias ejecutadas con el fin de alcanzar niveles satisfactorios en la percepción del cliente.  |      |      |      |      |      |  |
| Indicadores   |       | <p>Fortalecer los aspectos relacionados a la creación de libros y capítulos de investigación que cumplen con los criterios de Colciencias. Así como patentes y creación vegetal y nueva raza animal (A3).</p> <p>Revisar rangos de desempeño del indicador Productos resultado de generación de nuevo conocimiento. (El rango satisfactorio es mayor del 10% y siempre los resultados han estado por encima del 20%)</p>   |      |      |      |      |      |  |
| Eficacia de las acciones  |       | Lograr avanzar en las acciones que no han tenido ningún progreso desde hace algún tiempo, como la evaluación de la efectividad de las capacitaciones.  |      |      |      |      |      |  |

|                         |   |
|-------------------------|---|
| Actividades específicas | <ul style="list-style-type: none"> <li>El apoyo y capacitación a todos los grupos de investigación, para que haya claridad sobre aquellos aspectos que generan valor para su categorización.</li> </ul> |
|-------------------------|---|

Figura8. Índices de desempeño de las herramientas de Investigación.

Fuente: Elaboración propia

#### 4.2.7 Extensión.

|                                     |      |   |      |      |      |      |  |
|-------------------------------------|------|---|------|------|------|------|--|
| Tipo de proceso                     |      | Proceso misional.   |      |      |      |      |  |
| Responsable                         |      | Jefe de la DIE.   |      |      |      |      |  |
| Objetivo el proceso                 |      | Fortalecer los grupos, semilleros y centros de investigación para el desarrollo y divulgación del conocimiento generado en los proyectos de investigación, a través del acompañamiento oportuno y pertinente, teniendo en cuenta los lineamientos en seguridad y salud ocupacional del equipo de trabajo y la responsabilidad con el medio ambiente.  |      |      |      |      |  |
| Áreas que lo componen               |      | Coordinación de investigación, coordinación de extensión, CEDIT.  |      |      |      |      |  |
| Acto administrativo de creación     |      | Acuerdo 084 de 11 de septiembre de 1995.  |      |      |      |      |  |
| Requisitos ISO 9001:2015 aplicables |      | 4.4 - 4.4.1 - 4.4.2<br>5.1.2 - 5.2 - 5.2.1 - 5.2.2 - 5.3<br>6.1 - 6.1.1 - 6.1.2 - 6.2 - 6.2.1 - 6.2.2 - 6.3<br>7.1.6 - 7.3 - 7.4 - 7.5.1<br>8.1 - 8.2.1 - 8.2.2 - 8.2.3 - 8.2.3.1 - 8.2.3.2 - 8.2.4 - 8.5.1 - 8.5.2 - 8.5.5 - 8.5.6 - 8.6 - 8.7 - 8.7.1 - 8.7.2<br>9.1 - 9.1.1 - 9.1.3<br>10.1 - 10.2 - 10.3  |      |      |      |      |  |
| <b>Planeación</b>                   |      |   |      |      |      |      |  |
| Diseño y ejecución de las acciones  |      | Particularmente el proceso de extensión ha presentado inconvenientes frente a su coordinación y esto se refleja en los resultados obtenidos en los últimos 3 años, donde el nivel de eficacia no supera el 75%, no significando que sea un resultado insatisfactorio, más bien se ubica en un rango aceptable.<br><br>Para el presente año, esos inconvenientes ya han sido superados y se espera se empiece a evidenciar a partir del siguiente año.   |      |      |      |      |  |
| 2011                                | 2012 | 2013  | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |  |
| 73%                                 | 72%  | 75%   | 94%  | 72%  | 68%  | 68%  |  |
| <b>Gestión del Riesgo</b>           |      |   |      |      |      |      |  |
| Comentarios                         |      | Al igual que el proceso de investigación en el año 2014, el proceso de extensión no reportó identificación de riesgos, hubo inconvenientes con la aceptación de los riesgos de corrupción, que tampoco se identificaron hasta el 2017, pero debido a las recomendaciones de la pre auditoria realizado el año inmediatamente anterior, para el presente año 2018, esta situación se superó.<br><br>Frente a la cantidad de riesgos por año, se presenta una variabilidad, pues en el año 2012 sólo se identificó 1, en 2015, 3 riesgos, en 2016, 7 riesgos, pero en 2017 volvió a |      |      |      |      |  |

|   |   |      |  |      |   |      |   |      |
|---|---|------|--|------|---|------|---|------|
|   | descender, esta vez a 4, lo que dificulta la lectura de lo que podría estar ocurriendo al interior del proceso.   |      |  |      |   |      |   |      |
|   | 2012  | 2014 |  | 2015 |   | 2016 |   | 2017 |
| Riesgos: 1<br>Bajo: 0<br>Moderado: 1<br>Alto: 0               | No reportan   |      | Riesgos de proceso: 3<br><br>Importante: 0<br>Tolerable: 0<br>Moderado: 3<br>Aceptable: 0<br><br>Riesgos de corrupción: NA | de   | Riesgos de proceso: 7<br><br>Extrema: 1<br>Alta: 2<br>Moderada: 2<br>Baja: 2<br><br>Riesgos de corrupción: de | de   | Riesgos de proceso: 4<br><br>Extrema: 0<br>Alta: 1<br>Moderada: 1<br>Baja: 2<br><br>Riesgos de corrupción: 0<br><br>Alta: 0<br>Extrema: 0<br>Moderada: 0<br>Baja: 0 |      |
| <b>Percepción del Cliente</b>                                 |   |      |  |      |   |      |   |      |
| Cliente Interno   | <p>El proceso de Extensión en los resultados de la encuesta de satisfacción del 2017 arrojó que en ninguno de los aspectos evaluados obtuvieron un resultado favorable todos se encuentran por debajo del 61%, y el aspecto que obtuvo el menor resultado fue conoce las políticas y lineamientos sobre la forma como debe realizar las solicitudes y trámites de servicios que ofrece la dependencia con un 41%.</p> <p>Es importante mencionar que junto con el proceso de Relaciones Internacionales y en comparación con los demás procesos de la Institución obtuvieron los niveles de satisfacción más bajos.</p> |      |  |      |   |      |   |      |
| 2012  | 2014  | 2016 | 2017   |      |   |      |   |      |
| 79%   | 52%   | 53%  | 51%  |      |   |      |   |      |
| <b>Retroalimentación del Cliente</b>                          |   |      |  |      |   |      |   |      |
| PQRS  | <p>En el caso de Extensión el mecanismo de PQRS fue utilizado hasta el 2016 los años anteriores no arrojan ningún tipo de estadística del proceso.</p> <p>En el 2016 y 2017 fueron instauradas 1 y 2 solicitudes respectivamente, aspecto que se debe a la poca difusión que tenía el mecanismo en años anteriores, ya en años más recientes se logra el conocimiento y utilización debida de la herramienta.</p>   |      |  |      |   |      |   |      |
| 2010  | 2011  | 2012 | 2013   | 2014 | 2015  | 2016 | 2017  |      |
| -   | -   | -    | -  | -    | -   | 1    | 2   |      |
| <b>Indicadores de Gestión</b>                                 |   |      |  |      |   |      |   |      |
| 5. INEX01- Beneficiarios de los proyectos de carácter social. | <p>Este indicador muestra los proyectos que deben estimar el tamaño de la población que se verá beneficiada con la ejecución del proyecto de extensión.</p> <p>Para el año 2017, nos e registraron proyectos de extensión, por lo tanto teniendo en cuenta el música se registraron los mismos datos del 2016.</p>  |      |  |      |   |      |   |      |
| 2010  | 2011  | 2012 | 2013   | 2014 | 2015  | 2016 | 2017  |      |
| -   | 3544  | 3544 | 5232   | 5756 | 1600  | 4600 | 4600  |      |
| 6. INEX02- Circulación del conocimiento especializado.        | <p>Este indicador muestra el número de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Participación de docentes como ponentes en eventos Nacionales e internacionales (A1)</li> <li>• Artículos en revistas no indexadas (A2)</li> <li>• Organización de eventos (A3)</li> </ul>   |      |  |      |   |      |   |      |

|                                     |      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Realización de boletines, edición de revista, cartillas y manuales (A4)</li> <li>Participación de estudiantes como ponentes en eventos Nacionales e internacionales no organizados dentro de las normas de Red Colsi (A5)</li> </ul>   |      |      |      |      |                    |  |
|-------------------------------------|------|---|------|------|------|------|--------------------|--|
| 2010                                | 2011 | 2012  | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017               |  |
| -                                   | -    | -   | -    | -    | 298  | 214  | No se ha calculado |  |
| Eficacia de las Acciones            |      |   |      |      |      |      |                    |  |
| Plan de mejoramiento de del proceso |      | El proceso logró el cierre de solo una acción y han avanzado significativamente en el resto, esto se debe a que hay una nueva administración y personal en el área, que está trabajando en la implementación de nuevas estrategias con lo que se espera superar en gran parte las debilidades encontradas en el proceso.                          |      |      |      |      |                    |  |
| 2011                                | 2012 | 2013  | 2014 | 2015 | 2016 |      |                    |  |
| 92%                                 | 100% | 94%   | 96%  | 69%  | 92%  |      |                    |  |
| Oportunidades de mejora             |      | Se logró finiquitar el tema de la actualización del normograma, sin embargo es un proceso que presenta debilidades frente a la actualización documental, el mantenimiento de la información de la página y los controles en las actividades que desarrolla el proceso con las instituciones educativas del departamento y la región, entre otras. |      |      |      |      |                    |  |
| 2016                                | 2017 |   |      |      |      |      |                    |  |
| 23%                                 | 53%  |   |      |      |      |      |                    |  |
| Puntos de mejoramiento              |      |   |      |      |      |      |                    |  |
| Planeación                          |      | Apropiación del plan de acción en su nuevo formato, así como los conceptos asociados al mismo como: línea base, indicadores del plan, metas, entre otros.   |      |      |      |      |                    |  |
| Gestión de riesgos                  |      | Debilidad en la identificación de los riesgos de corrupción.  |      |      |      |      |                    |  |
| Percepción del cliente              |      | Deben alcanzar la mejora en todos los aspectos evaluados en la encuesta de satisfacción, rediseñando las estrategias ejecutadas con el fin de alcanzar niveles satisfactorios en la percepción del cliente.   |      |      |      |      |                    |  |
| Indicadores                         |      | Revisar la pertinencia de los indicadores con que se cuenta en el proceso de tal forma que realmente mida la gestión que realizan.  |      |      |      |      |                    |  |
| Eficacia de las acciones            |      | Plantear mejoras frente a la actualización documental, el mantenimiento de la información de la página y los controles en las actividades que desarrolla el proceso con las instituciones educativas del departamento y la región, entre otras.   |      |      |      |      |                    |  |
| Actividades específicas             |      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Consolidar todo el tema de proyectos de extensión a nivel institucional.</li> <li>Fortalecimiento de mecanismos de seguimiento de convenios institucionales.</li> </ul>  |      |      |      |      |                    |  |

Figura9. Índice de desempeño de las herramientas de Extensión.

Fuente: Elaboración propia

#### 4.2.8 Secretaría general.

|                      |  |
|----------------------|--|
| Tipo de proceso      | Proceso de apoyo.  |
| Responsable          | Jefe de secretaría.                                      |
| Objetivo del proceso | Administrar y controlar los procesos relacionados con la |



|   |  |   |  |   |   |   |  |  |
|---|--|---|--|---|---|---|--|--|
|   | formalización, custodia, refrendación, notificación y gestión documental de los actos administrativos que expidan los organismos de dirección y gobierno universitario, de la documentación generada al interior de la institución y de aquella que se radica a través de la ventanilla única, de acuerdo a requerimientos legales, asegurando su disponibilidad a la comunidad en general, controlando los peligros-riesgos y el impacto al medio ambiente.             |   |  |   |   |   |  |  |
| Áreas que lo componen                           | Oficina de secretaria general, archivo y correspondencia.  |   |  |   |   |   |  |  |
| Acto administrativo de creación                 | Acuerdo 084 de 11 de septiembre de 1995.   |   |  |   |   |   |  |  |
| Requisitos ISO 9001:2015 aplicables             | 4.4 - 4.4.1 - 4.4.2<br>5.1.2 - 5.2 - 5.2.1 - 5.2.2 - 5.3<br>6.1 - 6.1.1 - 6.1.2 - 6.2 - 6.2.1 - 6.2.2 - 6.3<br>7.1.6 - 7.3 - 7.4<br>7.1.5 - 7.1.5.1 - 7.5.1 - 7.5.2 - 7.5.3 - 7.5.3.1 - 7.5.3.2<br>8.2.1 - 8.6 - 8.5.3 - 8.5.4 - 8.5.5 - 8.7 - 8.7.1 - 8.7.2<br>9.1 - 9.1.1 - 9.1.2 - 9.1.3<br>10.1 - 10.2 - 10.3  |   |  |   |   |   |  |  |
| <b>Planeación</b>                               |  |   |  |   |   |   |  |  |
| Diseño y ejecución de las acciones              | El proceso de Secretaría general, presenta un incremento constante en su nivel de eficacia desde el año 2015, año en que se empezó a trabajar en la articulación de los planes de acción con el PDI, de tal forma que las acciones planteadas correspondieran efectivamente a los ejes y propósitos planteados en el mismo.<br><br>Se espera que cada año se mantenga la tónica de la mejora continua y se evidencia en todos los escenarios de gestión de cada proceso. |   |  |   |   |   |  |  |
| 2011  | 2012   | 2013  | 2014   | 2015  | 2016  | 2017  |  |  |
| 76%   | 68%  | 96%   | 90%  | 72%   | 75%   | 80%   |  |  |
| <b>Gestión del Riesgo</b>                       |  |   |  |   |   |   |  |  |
| Comentarios                                     | Los riesgos del proceso de Secretaría general, también han ido en incremento constante desde el año 2014 al año 2016, a diferencia del año 2017 que tuvo un incremento significativo pasando de 4 riesgos de proceso a 10. Incluso se identifica por primera vez en 2017 un riesgo de corrupción.  |   |  |   |   |   |  |  |
|   | 2012   | 2014  | 2015   | 2016  | 2017  |   |  |  |
| Riesgos: 2<br>Bajo: 0<br>Moderado: 2<br>Alto: 0 | Riesgos de proceso: 2<br><br>Importante: 0<br>Tolerable: 0<br>Moderado: 2<br>Aceptable: 0  | Riesgos de proceso: 3<br><br>Importante: 0<br>Tolerable: 3<br>Moderado: 0<br>Aceptable: 0 | Riesgos de proceso: 4<br><br>Extrema: 0<br>Alta: 0<br>Moderada: 4<br>Baja: 0 | Riesgos de proceso: 10<br><br>Extrema: 3<br>Alta: 2<br>Moderada: 5<br>Baja: 0 | Riesgos de corrupción: 0<br><br>Riesgos de corrupción: NA<br><br>Riesgos de corrupción: 0<br><br>Alta: 0<br>Extrema: 0<br>Moderada: 1 | Riesgos de corrupción: 1<br><br>Riesgos de corrupción: 1<br><br>Alta: 1<br>Extrema: 0<br>Moderada: 0<br>Baja: 0 |  |  |
| <b>Percepción del Cliente</b>                   |  |   |  |   |   |   |  |  |

|  |      |   |      |      |      |      |      |  |
|--|------|---|------|------|------|------|------|--|
| Cliente Interno                                    |      | Secretaría General es uno de los procesos que obtuvo un resultado satisfactorio en la medición de la satisfacción del cliente 2017 con un porcentaje del 84%, cabe resaltar que a través de los años los clientes siempre han tenido una percepción positiva de SG; en este año en particular los factores evaluados están situados en un rango entre el 75% y el 90%.  |      |      |      |      |      |  |
| 2012   | 2014 | 2016  | 2017 |      |      |      |      |  |
| 80%  | 84%  | 95%   | 84%  |      |      |      |      |  |
| <b>Retroalimentación del Cliente</b>               |      |   |      |      |      |      |      |  |
| PQRS   |      | A medida que pasa el tiempo el mecanismo de PQRS es más conocido y por lo tanto más utilizado. Para el año 2017 SG recibió 8 sugerencias de las cuales 2 fueron con motivo de felicitación debido a la gestión y atención prestada por los funcionarios que hacen parte del proceso.  |      |      |      |      |      |  |
| 2010   | 2011 | 2012  | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |  |
| 0  | 0    | 1   | 1    | 0    | 0    | 2    | 8    |  |
| <b>Indicadores de Gestión</b>                      |      |   |      |      |      |      |      |  |
| 1. INSG01 – Impacto de los servicios documentales. |      | Este indicador mide la satisfacción de los usuarios con respecto al servicio recibido, cubre las actividades de archivo y correspondencia con respecto a ventanilla única y solicitudes propias de la oficina a través de una encuesta.<br>Los resultados obtenidos desde el año 2011, se ubican en un rango de desempeño satisfactorio, pues oscilan alrededor del 90%   |      |      |      |      |      |  |
| 2010   | 2011 | 2012  | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |  |
| -  | 90%  | 85%   | 88%  | 90%  | 93%  | 94%  | 94%  |  |
| 2. INSG02- Nivel de satisfacción usuarios PQRS.    |      | Este es un indicador mide el nivel de satisfacción de los usuarios PQRS con relación a las respuestas generadas en las solicitudes recibidas; a través de los mecanismos establecidos por el procedimiento.<br>Aplica para el servicio prestado por todos los procesos de la UFPSO.<br>Es importante aclarar que las solicitudes de información, rechazadas y derechos de petición no diligencian encuesta de satisfacción. Así mismo, es voluntad del peticionario anónimo diligenciar la encuesta de satisfacción, pues el sistema se encuentra diseñado para proteger los datos suministrados por el peticionario. El resultado de los últimos dos años se ubica en un rango de desempeño satisfactorio. |      |      |      |      |      |  |
| 2010   | 2011 | 2012  | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |  |
| 31%  | 49%  | 56%   | 74%  | 72%  | 57%  | 77%  | 83%  |  |
| <b>Eficacia de las Acciones</b>                    |      |   |      |      |      |      |      |  |
| Plan de mejoramiento del proceso                   |      | El proceso de Secretaria General ha logrado el cierre de la gran mayoría de las acciones del plan de mejoramiento. Pero se debe seguir avanzando para lograr el mantenimiento de estas acciones, principalmente en lo relacionado con las PQRS.   |      |      |      |      |      |  |
| 2011   | 2012 | 2013  | 2014 | 2015 | 2016 |      |      |  |
| 92%  | 83%  | 79%   | 81%  | 75%  | 93%  |      |      |  |
| Oportunidades de mejora                            |      | El proceso de Secretaria General, tiene elaborado un plan de trabajo y un cronograma de seguimientos y evaluaciones eventuales a las diferentes dependencias, en relación a las Tablas de retención documental. El procedimiento de PQRS, realizó revisión y actualización de las actividades contempladas en los documentos y formatos para lograr trazabilidad desde que recibe la solicitud hasta que se realiza la encuesta y seguimiento.  |      |      |      |      |      |  |
| 2016   | 2017 |   |      |      |      |      |      |  |
| 100%   | 65%  |   |      |      |      |      |      |  |
| <b>Puntos de mejoramiento</b>                      |      |   |      |      |      |      |      |  |

|                          |   |
|--------------------------|---|
| Planeación               | Apropiación del plan de acción en su nuevo formato, así como los conceptos asociados al mismo como: línea base, indicadores del plan, metas, entre otros. |
| Gestión de riesgos       | N/A   |
| Percepción del cliente   | N/A   |
| Indicadores              | Más especificidad en la redacción de Acciones correctivas, preventivas o de mejora, para facilitar el seguimiento a las mismas.                           |
| Eficacia de las acciones | Se recomienda seguir avanzando para lograr el mantenimiento de las acciones, principalmente en lo relacionado con las PQRS.                               |
| Actividades específicas  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Los mecanismos para el diligenciamiento de la encuesta de satisfacción por parte de los peticionarios</li> </ul>   |

Figura10. Índices de desempeño de las herramientas de Secretaría General.

Fuente: Elaboración propia

#### 4.2.9 Control interno.

|                                     |      |   |      |      |      |      |  |
|-------------------------------------|------|---|------|------|------|------|--|
| Tipo de proceso                     |      | Proceso de evaluación.  |      |      |      |      |  |
| Responsable                         |      | Jefe de la oficina de control interno.  |      |      |      |      |  |
| Objetivo del proceso                |      | Evaluar y asesorar de forma independiente y objetiva la conformidad del Sistema de Control Interno y el Sistema Integrado de Gestión, contribuyendo de manera efectiva al diseño de actividades de seguimiento para fomentar la cultura de autocontrol en la institución.   |      |      |      |      |  |
| Áreas que lo componen               |      | NA  |      |      |      |      |  |
| Acto administrativo de creación     |      | Acuerdo 084 de 11 de septiembre de 1995.  |      |      |      |      |  |
| Requisitos ISO 9001:2015 aplicables |      | 4.4 - 4.4.1 - 4.4.2<br>5.2 - 5.2.1 - 5.2.2 - 5.3<br>6.1 - 6.1.1 - 6.1.2 - 6.2 - 6.2.1 - 6.2.2 - 6.3<br>7.3 - 7.4 - 7.5.1<br>8.7 - 8.7.1 - 8.7.2<br>9.1 - 9.1.1 - 9.2 - 9.2.1 - 9.2.2<br>10.1 - 10.2 - 10.3  |      |      |      |      |  |
| <b>Planeación</b>                   |      |   |      |      |      |      |  |
| Diseño y ejecución de las acciones  |      | Se sugirió, la implementación de herramientas que le permitan consolidar las diferentes acciones de evaluación que realizan y distribuir los acompañamientos entre el personal para un mayor control y cumplimiento.<br>En cuanto los niveles de ejecución, se evidencian comportamientos no uniformes, es necesario para este y otros procesos que se profundice en la articulación de las acciones para dar respuesta al PDI, con metas claras. |      |      |      |      |  |
| 2011                                | 2012 | 2013  | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |  |
| 69%                                 | 62%  | 90%   | 88%  | 85%  | 88%  | 84%  |  |
| <b>Gestión del Riesgo</b>           |      |   |      |      |      |      |  |
| Comentarios                         |      | Este aspecto ha tenido diferentes cambios y actualizaciones a lo largo de su implementación desde 2012. En principio la función de CI fue tomada como un proceso más que identifica y gestiona los riesgos; sin embargo, a partir de 2014 el enfoque ha sido hacia el seguimiento y evaluación frente a la consolidación que realiza la oficina de planeación.  |      |      |      |      |  |

|  |      | A continuación el comportamiento que ha tenido el proceso, en cada metodología aplicada:   |  |  |  |      |
|--|------|--|--|--|--|------|
| 2012   |      | 2014   | 2015   | 2016   | 2017   |      |
| Riesgos: 5<br>Bajo: 0<br>Moderado: 3<br>Alto: 2                      |      | Riesgos de proceso: 5<br><br>Importante: 2<br>Tolerable: 0<br>Moderado: 3<br>Aceptable: 0<br><br>Riesgos de corrupción: 0  | Riesgos de proceso: 6<br><br>Importante: 1<br>Tolerable: 3<br>Moderado: 2<br>Aceptable: 0<br><br>Riesgos de corrupción: NA | Riesgos de proceso: 8<br><br>Extrema: 1<br>Alta: 4<br>Moderada: 2<br>Baja: 1<br><br>Riesgos de corrupción: 3<br><br>Alta: 1<br>Extrema: 1<br>Moderada: 1 | Riesgos de proceso: 11<br><br>Extrema: 4<br>Alta: 7<br>Moderada: 0<br>Baja: 0<br><br>Riesgos de corrupción: 6<br><br>Alta: 4<br>Extrema: 1<br>Moderada: 1<br>Baja: 0 |      |
| Percepción del Cliente   |      |  |  |  |  |      |
| Cliente Interno  |      | El proceso durante las mediciones ha reflejado fortaleza en aspectos relacionados con la disposición del personal para resolver inquietudes y brindar información general, también se le resalta que durante los últimos años ha mejorado sus estrategias para socializar y divulgar sus actividades e información de interés general en los procesos.<br>Como aspectos a mejorar se encuentran la necesidad de trabajar en las políticas de operación, la comunicación de trámites y plazos y la calidez del servicio al cliente.   |  |  |  |      |
| 2012   | 2014 | 2016   | 2017   |  |  |      |
| 69%  | 59%  | 66%  | 72%  |  |  |      |
| Retroalimentación del Cliente  |      |  |  |  |  |      |
| PQRS   |      | A medida en que pasa el tiempo el mecanismo de PQRS es más conocido y por lo tanto más utilizado. El proceso de control interno juega un papel muy importante en el desarrollo de esta herramienta con respecto al seguimiento que debe realizar para dar cumplimiento en los términos que la ley señala para una PQRS.<br>Así mismo, como proceso ha recibido este tipo de notificaciones principalmente para hacer un llamado a su gestión de vigilancia dentro de la operación universitaria.   |  |  |  |      |
| 2010   | 2011 | 2012   | 2013   | 2014   | 2015   | 2016 |
| 0  | 0    | 0  | 1  | 1  | 2  | 1    |
| Indicadores de Gestión   |      |  |  |  |  |      |
| 1. INCI01 - Evaluación de los planes de mejoramiento institucionales |      | <p>Tipo de resultado: porcentaje. Este indicador permite consolidar el resultado de la eficacia de los planes de mejoramiento formulados desde los procesos (auditorías internas), programas (autoevaluación) e institucionalmente (contraloría). Control interno concentra estos resultados y permite determinar un nivel de desempeño y así formular acciones y recomendaciones en su función evaluadora.</p> <p>Así mismo, los resultados son reportados en la gestión de informes anuales que dicho proceso realiza a los entes de control. A través del SIG se realizan los seguimientos a la eficacia de los PM de procesos y programas, datos que son reportados a control interno y en conjunto se formuló el ajuste a la plantilla y el diseño de la guía para determinar los niveles de desempeño. En ambos casos se buscó profundizar en el análisis de causas de los hallazgos para generar acciones pertinentes y aterrizadas y estandarizar los niveles de avance para disminuir la subjetividad en la medición.</p> <p>El resultado ha sido variable debido a que en diferentes vicencias se han incluido los PM institucionales o individuales mientras en otros periodos no, además, no se ha establecido una</p> |  |  |  |      |

|   |      |   |      |      |      |      |      |  |
|---|------|---|------|------|------|------|------|--|
|   |      | política institucional frente al nivel de cumplimiento de dichos planes y por lo tanto el proceso CI consolida pero no impacta o trabaja directamente con el logro o no de los mismos.  |      |      |      |      |      |  |
| 2010  | 2011 | 2012  | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |  |
| 47%   | 39%  | 52%   | 80%  | 86%  | 83%  | 83%  | 62%  |  |
| 2. INCI02 - Índice de desempeño del auditor interno |      | Este es un indicador diseñado en 2016 para consolidar los criterios y variables a través de los cuales se evalúa el desempeño del auditor interno, tipo de medición valor absoluto. Esta herramienta busca establecer niveles de aceptabilidad frente aquellas competencias que deben cumplirse y así diseñar de manera asertiva estrategias que permitan aumentar su desempeño y fortalecer el equipo auditor.<br><br>Cabe destacar que el indicador se verá fortalecido en la medida en que los criterios y métodos de evaluación se ajusten de manera objetiva y cuantificable.  |      |      |      |      |      |  |
| 2010  | 2011 | 2012  | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |  |
| -   | -    | -   | -    | -    | -    | 4    | 5    |  |
| Otros indicadores de gestión                        |      | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. MCI01 - Cumplimiento del plan de auditorías integradas</li> <li>2. MCI02 - Cumplimiento de los planes de mejoramiento institucionales</li> <li>3. MCI03 - Cumplimiento del control y la gestión</li> </ol> <p>Con respecto a estos indicadores, se mantiene el número 2. Para el número 1 se diseñó una matriz de control como mecanismo de seguimiento que reemplazó la medición; para el número 3, se establecieron actividades que permitieran controlar la información requerida por los entes de control y de esta manera no realizar la medición que el sistema de información externo ya arroja.</p> |      |      |      |      |      |  |
| <b>Eficacia de las Acciones</b>                     |      |   |      |      |      |      |      |  |
| Plan de mejoramiento del proceso                    |      | Aunque el proceso ha mejorado su capacidad de cumplimiento, aún se observan actividades que no alcanzan a ejecutarse, se infiere que la causa es la falta de control y seguimiento a su ejecución, aun cuando existe una matriz de trabajo con funciones asignadas.<br><br>También se observa, una en los pendientes generados de la matriz del cambio relacionados con toda la actualización de MIPG.  |      |      |      |      |      |  |
| 2011  | 2012 | 2013  | 2014 | 2015 | 2016 |      |      |  |
| 72%   | 70%  | 62%   | 91%  | 86%  | 89%  |      |      |  |
| Oportunidades de mejora                             |      | El proceso consolidó la mayoría de acciones abiertas en el seguimiento a oportunidades de mejora y mostró un gran avance en actividades relacionadas con la auditoría y el fomento del auto control. Sin embargo debe trabajar en los pendientes generados de la matriz del cambio relacionados con toda la actualización de MIPG.  |      |      |      |      |      |  |
| 2016  | 2017 |   |      |      |      |      |      |  |
| 89%   | 81%  |   |      |      |      |      |      |  |
| <b>Puntos de mejoramiento</b>                       |      |   |      |      |      |      |      |  |
| Planeación  |      | Apropiación del plan de acción en su nuevo formato, así como los conceptos asociados al mismo como: línea base, indicadores del plan, metas, entre otros.   |      |      |      |      |      |  |
| Gestión de riesgos                                  |      | Debilidad en la identificación de los riesgos de corrupción.<br>Calidad articular al pensamiento basado en riesgos  |      |      |      |      |      |  |
| Percepción del cliente                              |      | Mejorar en los siguientes aspectos la necesidad de trabajar en las políticas de operación, la comunicación de trámites y plazos y la calidez del servicio al cliente.   |      |      |      |      |      |  |
| Indicadores   |      | Fortalecer los criterios y mecanismos de evaluación del auditor para que el indicador respectivo pueda arrojar resultados más objetivos.  |      |      |      |      |      |  |
| Eficacia de las acciones                            |      | Deficiente análisis de causas que conllevan al diseño de acciones que no eliminan el problema o con poco tiempo para su ejecución.  |      |      |      |      |      |  |

|                         |   |
|-------------------------|---|
| Actividades específicas | <ul style="list-style-type: none"> <li>● El proceso debe mejorar la plantilla de planes de mejoramiento agregando línea base y meta en la formulación de las acciones.</li> <li>● Definir la función del proceso en el seguimiento a los PM individuales</li> </ul> |
|-------------------------|---|

Figura 11. Índices de desempeño de las herramientas de Control Interno.

Fuente: Elaboración propia

#### 4.2.10 Gestión académica.

|                                     |   |      |      |      |      |      |  |
|-------------------------------------|---|------|------|------|------|------|--|
| Tipo de proceso                     | Proceso misional.   |      |      |      |      |      |  |
| Responsable                         | Jefe de subdirección académica  |      |      |      |      |      |  |
| Objetivo del proceso                | Formar en el Nivel Superior profesionales competentes en las áreas del conocimiento con estrategias pedagógicas innovadoras y el uso de las tecnologías, mediante la autoevaluación, el mejoramiento continuo y el cumplimiento de las políticas institucionales.   |      |      |      |      |      |  |
| Áreas que lo componen               | Subdirección académica, facultades, departamentos académicos, programas, laboratorios, biblioteca, posgrados y educación continuada, oficina de pasantías, centro de idiomas, escuela de bellas artes, centros de producción (granja experimental), autoevaluación.   |      |      |      |      |      |  |
| Acto administrativo de creación     | Acuerdo 084 de 11 de septiembre de 1995.  |      |      |      |      |      |  |
| Requisitos ISO 9001:2015 aplicables | 4.4 - 4.4.1 - 4.4.2<br>5.1.2- 5.2- 5.2.1 - 5.2.2 - 5.3<br>6.1 - 6.1.1 - 6.1.2 - 6.2 - 6.2.1 - 6.2.2 - 6.3<br>7.1.2- 7.1.5- 7.1.5.1- 7.1.6 – 7.2- 7.3 - 7.4 - 7.5.1<br>8.1- 8.2.1- 8.2.2- 8.2.3- 8.2.3.1- 8.2.3.2- 8.2.4- 8.3- 8.3.1- 8.3.2- 8.3.3- 8.3.4- 8.3.5 - 8.3.6<br>8.5.1- 8.5.2- 8.5.3- 8.5.4- 8.5.5- 8.5.6- 8.6- 8.7- 8.7.1- 8.7.2<br>9.1 - 9.1.1 - 9.1.2 - 9.1.3<br>10.1 - 10.2 - 10.3  |      |      |      |      |      |  |
| <b>Planeación</b>                   |   |      |      |      |      |      |  |
| Diseño y ejecución de las acciones  | <p>El proceso de gestión académica es el proceso misional más robusto de la institución, tiene inmersas muchas otras área, como las facultades, los departamentos, los programas, posgrados, la unidad virtual, centro de idiomas, biblioteca, entre otros. Por lo tanto el Plan de acción de la subdirección académica tiene diversas aristas, es decir su nivel de ejecución depende en gran medida de lo que estas áreas desarrollen.</p> <p>Es por esto que se evidencia una inconstancia en los resultados obtenidos desde el año 2011. Es de resaltar que desde el año 2014, se ha mantenido el nivel de eficacia por encima del 60%.</p> |      |      |      |      |      |  |
| 2011                                | 2012  | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |  |
| 73%                                 | 72%   | 45%  | 62%  | 69%  | 77%  | 72%  |  |
| <b>Gestión del Riesgo</b>           |   |      |      |      |      |      |  |
| Comentarios                         | Frente a la gestión de riesgos del proceso Gestión académica es necesario decir que la gran cantidad que presenta este proceso, en relación a los demás, se debe a la magnitud de áreas que involucra. Teniendo en cuenta que se incluyen los riesgos de las facultades, la biblioteca, unidad virtual, entre otros.  |      |      |      |      |      |  |

| Es de anotar que desde el año 2016, este proceso inició con la identificación de riesgos de corrupción, a diferencia de otros procesos que presentaron resistencia a este tipo de indicador, evidenciando la madurez y claridad del proceso frente a este aspecto. |  |   |  |  |      |      |      |
|--|--|---|--|--|------|------|------|
| 2012   | 2014   | 2015  | 2016   | 2017   |      |      |      |
| Riesgos: 3<br>Bajo: 0<br>Moderado: 1<br>Alto: 2  | Riesgos de proceso: 28<br><br>Importante: 9<br>Tolerable: 4<br>Moderado: 15<br>Aceptable: 0<br><br>Riesgos de corrupción: 0  | Riesgos de proceso: 15<br><br>Importante: 5<br>Tolerable: 1<br>Moderado: 9<br>Aceptable: 0<br><br>Riesgos de corrupción: NA | Riesgos de proceso: 6<br><br>Extrema: 0<br>Alta: 4<br>Moderada: 2<br>Baja: 0<br><br>Riesgos de corrupción: 1<br><br>Alta: 1<br>Extrema: 0<br>Moderada: 0 | Riesgos de proceso: 15<br><br>Extrema: 5<br>Alta: 7<br>Moderada: 3<br>Baja: 0<br><br>Riesgos de corrupción: 1<br><br>Alta: 0<br>Extrema: 1<br>Moderada: 0<br>Baja: 0 |      |      |      |
| Percepción del Cliente   |  |   |  |  |      |      |      |
| Cliente Interno  | Entre los aspectos evaluados que se obtuvieron como positivos para la subdirección académica se encuentran los siguientes; el servicio y la información que reciben del área es claro, el cliente interno del área o proceso se siente bien atendido, hay disposición por parte del personal para brindar colaboración. También se identificaron unas oportunidades de mejora como lo son conoce las políticas y lineamientos sobre la forma como debe realizar las solicitudes, se comunican los plazos y tiempos requeridos para recibir el servicio solicitado, la información publicada en los diferentes medios de comunicación es clara, oportuna y veraz.   |   |  |  |      |      |      |
| 2012   | 2014   | 2016  | 2017   |  |      |      |      |
| 74%  | 80%  | 64%   | 75%  |  |      |      |      |
| Retroalimentación del Cliente  |  |   |  |  |      |      |      |
| PQRS   | La subdirección académica presenta el número más significativo de PQRS en los años 2011, 2016 y 2017; para el año 2011 específicamente la medición se realizó agrupando todas las PQRS instauradas a los procesos y dependencias que hacen parte de Gestión Académica debido a esto se evidencia una gran cantidad de sugerencias, los motivos más comunes por los cuales se colocaron PQRS son, la falta de coordinación para la asignación del aula de clases para los cursos de inglés, Quejas por docentes y evaluación de los mismos, entre otras. Para los años 2016 y 2017 la dependencia presenta PQRS relacionadas con pésima atención de las secretarías y el trato de los docentes a los estudiantes, los inconvenientes presentados con docentes, calendario académico, condiciones físicas de las aulas y estado de los equipos de apoyo académico. |   |  |  |      |      |      |
| 2010   | 2011   | 2012  | 2013   | 2014   | 2015 | 2016 | 2017 |
| 3  | 10   | 5   | 3  | 9  | 4    | 13   | 18   |

| Indicadores de Gestión   |  |      |      |      |      |      |      |  |
|--|--|------|------|------|------|------|------|--|
| 1. INAC15- Uso de los recursos bibliográficos por estamento (Biblioteca) | Este indicador permite obtener Información verificable sobre el tipo, frecuencia de utilización y disponibilidad de los servicios bibliográficos del acceso de los estudiantes por programa.<br><br>El rango se ha mantenido insatisfactorio desde hace algunos años, pero se buscan permanentemente estrategias que permitan aumentar el valor y se logre cambiar de nivel. |      |      |      |      |      |      |  |
| 2010   | 2011   | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |  |

| 2  | 1     | 1  | 1     | 1    | 1    | 2    | 1    |  |
|--|-------|--|-------|------|------|------|------|--|
| 2. INAC16- Suficiencia del material bibliográfico (Biblioteca)               |       | Este indicador permite obtener Información verificable sobre el tipo, frecuencia de utilización y disponibilidad de los servicios bibliográficos del acceso de los estudiantes por programa.<br><br>El rango se ha mantenido insatisfactorio desde hace algunos años, pero se buscan permanentemente estrategias que permitan aumentar el valor y se logre cambiar de nivel.   |       |      |      |      |      |  |
| 2010   | 2011  | 2012   | 2013  | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |  |
| -  | 41    | 67   | 46    | 27   | 28   | 51   | 7    |  |
| 3. INAC- Dedicación docente (Consolidado de todos los Departamentos)         |       | Mide el porcentaje de horas de dedicación docente de acuerdo a su carga académica semestral.<br><br>Las variables a considerar son:<br>Docentes cátedra (TRAB U) quienes además realizan otras actividades de tipo administrativo<br>Docentes de planta<br>HORAS – Horas de clase asignadas<br>PRE – Preparación de clase<br>ASE –Asesorías de Estudiantes<br>EVA –Preparación de evaluación<br>JUR –Trabajo como Jurado<br>INV – Dirección de trabajo de grado y Realización de investigaciones<br>REP – Representación y trabajos no académicos<br>OA - Otras actividades que NO son cursos extras<br>HT – Horas Totales del Docente<br><br>Para el reporte del indicador se tomaron los datos de los docentes de planta por departamento. El valor ideal es de 40 y por lo general se ha mantenido así desde al año 2011. |       |      |      |      |      |  |
| 2011   | 2012  | 2013   | 2014  | 2015 | 2016 | 2017 |      |  |
| 41   | 42    | 40   | 41    | 41   | 41   | 42   |      |  |
| 4. INAC-Nivel de desempeño docente (Consolidados de todos los Departamentos) |       | Este es un indicador diseñado para determinar el desempeño docente total en los procesos de autoevaluación, coevaluación, heteroevaluación y evaluación de estudiantes. Aplica para docentes con vinculación Tiempo completo y cátedra.<br>Como se puede observar el promedio obtenido supera la nota de 4, ubicándose en un rango satisfactorio. En los últimos tres años este valor se ha mantenido.   |       |      |      |      |      |  |
| 2011   | 2012  | 2013   | 2014  | 2015 | 2016 | 2017 |      |  |
| 3,9  | 4     | 4,1  | 4,2   | 4,3  | 4,3  | 4,3  |      |  |
| 5. INAC-Nivel de eficacia en el desarrollo de las facultades(Consolidado)    |       | Este indicador mide el porcentaje de cumplimiento de las actividades planificadas en cuanto a las políticas, programas y proyectos de desarrollo de la facultad en los campos de la docencia, la investigación y extensión expuestos en su plan de acción.<br><br>El consolidado muestra un valor satisfactorio, manteniéndose por encima del 80% en los dos últimos años.   |       |      |      |      |      |  |
| 2013   | 2014  | 2015   | 2016  | 2017 |      |      |      |  |
| 76,5%  | 74,8% | 72,8%  | 82,3% | 87%  |      |      |      |  |
| 6. INAC- Evaluación de Pasantes(Consolidado)                                 |       | Este indicador mide la percepción de los empresarios del desempeño profesional de los pasantes de la UFPSO.<br><br>El indicador tiene la finalidad, de evaluar estratégicamente el programa, analizando la evolución en el tiempo y la demanda de esta opción de trabajo de grado y monitorear el comportamiento de los estudiantes en las empresas, las tareas desarrolladas y su adecuación a  |       |      |      |      |      |  |



|                                  |      |   |      |      |      |      |      |  |
|----------------------------------|------|---|------|------|------|------|------|--|
|                                  |      | los objetivos institucionales.  |      |      |      |      |      |  |
|                                  |      | Como se puede observar el valor durante los últimos 4 años se ha mantenido, pero es un valor satisfactorio.   |      |      |      |      |      |  |
| 2010                             | 2011 | 2012  | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |  |
| 4,2                              | 4,2  | 4,3   | 4,4  | 4,2  | 4,2  | 4,2  | 4,2  |  |
| <b>Eficacia de las Acciones</b>  |      |   |      |      |      |      |      |  |
| Plan de mejoramiento del proceso |      | La subdirección cerró la mayoría de acciones, algunas repetidas fueron consolidadas en el plan de mejoramiento. Se identificó un gran avance entre los procedimientos más delicados del diseño y desarrollo y la capacitación docente, seguimientos a micro currículos e implementación de la política curricular. Las acciones que se dejaron abiertas requieren de seguimiento para verificar la eficacia de las estrategias y la apropiación de las mismas por parte de los programas y áreas adjuntas al proceso. |      |      |      |      |      |  |
| 2011                             | 2012 | 2013  | 2014 | 2015 | 2016 |      |      |  |
| 81%                              | 76%  | 87%   | 89%  | 81%  | 86%  |      |      |  |
| Oportunidades de mejora          |      | La Subdirección Académica ha implementado acciones para mejorar los hallazgos encontrados, sin embargo deben definir estrategias para el seguimiento y control a los contenidos programáticos y al procedimiento de diseño y desarrollo de programas.   |      |      |      |      |      |  |
| 2016                             | 2017 |   |      |      |      |      |      |  |
| -                                | 78%  |   |      |      |      |      |      |  |
| <b>Puntos de mejoramiento</b>    |      |   |      |      |      |      |      |  |
| Planeación                       |      | Apropiación del plan de acción en su nuevo formato, así como los conceptos asociados al mismo como: línea base, indicadores del plan, metas, entre otros.   |      |      |      |      |      |  |
| Gestión de riesgos               |      | Debilidad en la identificación de los riesgos de corrupción.  |      |      |      |      |      |  |
| Percepción del cliente           |      | Fortalecer las siguientes oportunidades de mejora resultado de la encuesta de satisfacción; conoce las políticas y lineamientos sobre la forma como debe realizar las solicitudes, se comunican los plazos y tiempos requeridos para recibir el servicio solicitado, la información publicada en los diferentes medios de comunicación es clara, oportuna y veraz.  |      |      |      |      |      |  |
| Indicadores                      |      | Más especificidad en la redacción de Acciones correctivas, preventivas o de mejora, para facilitar el seguimiento a las mismas.   |      |      |      |      |      |  |
| Eficacia de las acciones         |      | Definir estrategias para el seguimiento y control a los contenidos programáticos y al procedimiento de diseño y desarrollo de programas; y la verificación de la apropiación de las estrategias por parte de los programas y áreas adjuntas al proceso.   |      |      |      |      |      |  |
| Actividades específicas          |      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estrategias para la culminación de los micro currículos.</li> <li>• Unificación de la evaluación docente, realizada por algunos programas de manera adicional a la evaluación oficial que realiza la institución.</li> <li>• La capacitación a los programas sobre la validación de la malla curricular.</li> </ul>  |      |      |      |      |      |  |

Figura12. Índices de desempeño de las herramientas de Gestión Académica.

Fuente: Elaboración propia

#### 4.2.11 Sistema integrado de gestión.

|                                     |      |  |      |      |      |      |  |      |  |
|-------------------------------------|------|--|------|------|------|------|--|------|--|
| Tipo de proceso                     |      | Proceso de evaluación y mejora.  |      |      |      |      |  |      |  |
| Responsable                         |      | Jefe de Bienestar Universitario  |      |      |      |      |  |      |  |
| Objetivo del proceso                |      | Mantener la conformidad del Sistema Integrado de Gestión con respecto a los requisitos adoptados por la institución, a través del acompañamiento en la implementación de herramientas para la eficacia en la gestión y la mejora continua de los procesos institucionales de acuerdo a las necesidades y expectativas de la comunidad universitaria y las demás partes interesadas.  |      |      |      |      |  |      |  |
| Áreas que lo componen               |      | NA   |      |      |      |      |  |      |  |
| Acto administrativo de creación     |      | Resolución no 002 de 9 de enero de 2008  |      |      |      |      |  |      |  |
| Requisitos ISO 9001:2015 aplicables |      | 4.1 - 4.2 - 4.3 - 4.4 - 4.4.1 - 4.4.2<br>5.1.2 - 5.2 - 5.2.1 - 5.2.2 - 5.3<br>6.1 - 6.1.1 - 6.1.2 - 6.2 - 6.2.1 - 6.2.2 - 6.3<br>7.1.5 - 7.1.5.1 - 7.1.6 - 7.3 - 7.4 - 7.5.1 - 7.5.2 - 7.5.3 - 7.5.3.1 - 7.5.3.2<br>8.7 - 8.7.1 - 8.7.2<br>9.1 - 9.1.1 - 9.1.2 - 9.1.3 - 9.3 - 9.3.1 - 9.3.2 - 9.3.3<br>10.1 - 10.2 - 10.3   |      |      |      |      |  |      |  |
| <b>Planeación</b>                   |      |  |      |      |      |      |  |      |  |
| Diseño y ejecución de las acciones  |      | El sistema Integrado de gestión, como un proceso de mejora, mantiene una cultura en la que se evidencia el compromiso con el cumplimiento de las actividades plasmadas, que hacen que su nivel de eficacia se mantenga por encima del 90%. Se diseñan desde este proceso acciones retadoras pero aterrizadas y articuladas con los recursos y el tiempo disponibles.   |      |      |      |      |  |      |  |
| 2011                                | 2012 | 2013   | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |  |      |  |
| 87%                                 | 73%  | 94%  | 86%  | 95%  | 92%  | 96%  |  |      |  |
| <b>Gestión del Riesgo</b>           |      |  |      |      |      |      |  |      |  |
| Comentarios                         |      | <p>El proceso del Sistema Integrado de gestión ha sido un apoyo permanente para las demás áreas de la institución, con el acompañamiento que hace para el diseño de herramientas para la gestión, entre ellas, la gestión del riesgo, siendo ésta un requisito importante en la nueva versión de la norma ISO 9001:2015. Su involucramiento ha hecho que se tenga gran claridad y dominio con las herramientas.</p> <p>Frente a los riesgos identificados hay una constante que se mantiene desde el año 2012 hasta el año 2016, entre 4 y 5 riesgos. Pero ya en el 2017 se presenta un significativo cambio en los riesgos identificados.</p> <p>A continuación el comportamiento que ha tenido el proceso, en cada metodología aplicada:</p> |      |      |      |      |  |      |  |
| 2012                                |      | 2014   |      | 2015 |      | 2016 |  | 2017 |  |

|   |   |   |  |  |
|---|---|---|--|--|
| Riesgos: 4<br>Bajo: 0<br>Moderado: 4<br>Alto: 0 | Riesgos de proceso: 4<br><br>Importante: 0<br>Tolerable: 0<br>Moderado: 4<br>Aceptable: 0 | Riesgos de proceso: 4<br><br>Importante: 0<br>Tolerable: 0<br>Moderado: 4<br>Aceptable: 0 | Riesgos de proceso: 5<br><br>Extrema: 1<br>Alta: 4<br>Moderada: 0<br>Baja: 0 | Riesgos de proceso: 11<br><br>Extrema: 1<br>Alta: 3<br>Moderada: 2<br>Baja: 5<br><br>Riesgos de corrupción: 1<br><br>Alta: 1<br>Extrema: 0<br>Moderada: 0<br>Baja: 0 |
|---|---|---|--|--|

### Percepción del Cliente

|                 |   |      |      |      |
|-----------------|---|------|------|------|
| Cliente Interno | En los resultados de la encuesta de satisfacción del cliente interno 2016 y 2017 el SIG ha logrado la satisfacción total en todos y cada uno de los aspectos evaluados, pero los de mayor relevancia fueron como cliente del proceso se siente bien atendido, hay disposición por parte del personal del proceso para brindar la colaboración que se requiera, entre otros; para concluir se puede mencionar que la percepción del cliente interno del Sistema Integrado de Gestión se encuentra en un nivel satisfactorio. |      |      |      |
|                 | 2012  | 2014 | 2016 | 2017 |
|                 | 74%   | 66%  | 90%  | 93%  |

### Retroalimentación del Cliente

|      |  |      |      |      |      |      |      |      |
|------|--|------|------|------|------|------|------|------|
| PQRS | Al evidenciarse la satisfacción del cliente ante el proceso se puede relacionar que al ser esta tan satisfactoria no se ha presentado a través de los años ningún tipo de sugerencia o de PQRS, estadística que señala el buen desempeño del SIG en su implementación como proceso de evaluación y mejora en la Institución. |      |      |      |      |      |      |      |
|      | 2010   | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|      | 0  | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    |

### Indicadores de Gestión

|   |   |      |      |      |      |      |      |      |
|---|---|------|------|------|------|------|------|------|
| 1. INSI01- Nivel de satisfacción del cliente. | Este indicador mide el nivel de satisfacción de los clientes internos y externos respecto a los servicios que se reciben en la Institución.<br>La medición del cliente interno o externo se hace cada dos años, en el año 2017 se realizó medición de la satisfacción del cliente interno, por lo tanto para el próximo año se plantea hacerla al cliente externo y de allí que la meta se plantee para él. Los valores obtenidos como se puede observar son favorables, desde el año 2011 se han mantenido por encima del 65%. |      |      |      |      |      |      |      |
|   | 2010  | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|   | 56%   | 68%  | 72%  | 69%  | 68%  | 79%  | 69%  | 70%  |
| 2. INSI02 – Salidas no conformes.             | Este indicador mide el número de salidas no conformes identificadas y abiertas en los procesos misionales y que afectan la calidad del servicio.<br>Desde el 2014 se ha venido trabajando arduamente para reducir la cantidad con que se disponía en esa fecha, y poco a poco se han ido cerrando, para llegar a 2 en el 2017. A 2018 se cuenta con una sola porque se pudo cerrar una que se tenía de derecho y que venía desde el año 2011  |      |      |      |      |      |      |      |
|   | 2010  | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |

| -                                | 10   | 5   | 4    | 6    | 4    | 3 | 2 |
|----------------------------------|------|---|------|------|------|---|---|
| <b>Eficacia de las Acciones</b>  |      |   |      |      |      |   |   |
| Plan de mejoramiento del proceso |      | El proceso como todos los años ha logrado cerrar con eficacia sus acciones y plantear nuevas estrategias para afrontar los retos de la transición, que son los aspectos que aún quedan por fortalecer.<br><br>Aunque se cerraron todas las acciones queda pendiente consolidar la ruta de mejoramiento y los aplicativos faltantes del SIGDI.   |      |      |      |   |   |
| 2011                             | 2012 | 2013  | 2014 | 2015 | 2016 |   |   |
| 100%                             | 100% | 100%  | 100% | 97%  | 96%  |   |   |
| Oportunidades de mejora          |      | El proceso adelantó las acciones e implementó mecanismos actualizados para abordar las debilidades encontradas. Sin embargo queda pendiente consolidar la implementación de las mejoras diseñadas para los indicadores y RYO.   |      |      |      |   |   |
| 2016                             | 2017 |   |      |      |      |   |   |
| -                                | 89%  |   |      |      |      |   |   |
| <b>Puntos de mejoramiento</b>    |      |   |      |      |      |   |   |
| Planeación                       |      | Apropiación del plan de acción en su nuevo formato, así como los conceptos asociados al mismo como: línea base, indicadores del plan, metas, entre otros.   |      |      |      |   |   |
| Gestión de riesgos               |      | N/A   |      |      |      |   |   |
| Percepción del cliente           |      | N/A   |      |      |      |   |   |
| Indicadores                      |      | N/A   |      |      |      |   |   |
| Eficacia de las acciones         |      | Agilizar la implementación de los módulos pendientes. (Planes de mejoramiento e indicadores).   |      |      |      |   |   |
| Actividades específicas          |      | <ul style="list-style-type: none"> <li>● La apropiación de la matriz de Salidas No Conformes, por parte de los procesos para que no se incurra en alguna de ellas.</li> <li>● Implementación del módulo de planes de mejoramiento.</li> <li>● Implementación del módulo de Indicadores de gestión.</li> <li>● Consolidación de los resultados de los seguimientos a las OP, que surgen de otras fuentes diferentes a la auditoría interna.</li> </ul> |      |      |      |   |   |

Figura13. Índice de desempeño de las herramientas de Sistema Integrado de Gestión.

Fuente: Elaboración propia

#### 4.2.12 Gestión de comunicaciones.

|                       |  |
|-----------------------|--|
| Tipo de proceso       | Proceso de apoyo.  |
| Responsable           | Jefe de comunicaciones.  |
| Objetivo del proceso  | Producir y divulgar la información institucional de todos los procesos a nivel interno y externo a través de los medios y canales de comunicación de manera oportuna, objetiva y eficaz, comprometidos con el buen nombre e imagen de la institución y logrando un impacto en relación con la calidad, el medio ambiente y la seguridad y salud en el trabajo. |
| Áreas que lo componen | Centro de multimedios, emisora UFM, relaciones institucionales e información.  |

|                                     |      |   |      |                           |      |                           |  |                          |  |
|-------------------------------------|------|---|------|---------------------------|------|---------------------------|--|--------------------------|--|
| Acto administrativo de creación     |      | Resolución no 096 de 21 de marzo de 2012  |      |                           |      |                           |  |                          |  |
| Requisitos ISO 9001:2015 aplicables |      | 4.4 – 4.4.1 – 4.4.2<br>5.1.2 - 5.2 – 5.2.1 – 5.2.2 – 5.3<br>6.1 – 6.1.1 – 6.1.2 – 6.2 – 6.2.1 – 6.2.2 – 6.3<br>7.1.6 - 7.3 – 7.4 – 7.5.1<br>8.2.1 – 8.4.3 - 8.7 – 8.7.1 – 8.7.2<br>9.1 – 9.1.1 – 9.1.3<br>10.1 – 10.2 – 10.3  |      |                           |      |                           |  |                          |  |
| <b>Planeación</b>                   |      |   |      |                           |      |                           |  |                          |  |
| Diseño y ejecución de las acciones  |      | El proceso de gestión de comunicaciones, ha tenido un comportamiento relevante frente al nivel de eficacia en las acciones, pues como se puede evidenciar, desde el año 2013, el porcentaje obtenido supera el 80%. Se espera que la disminución no se siga presentando, que por el contrario aumente y se mantenga por encima del 90%.   |      |                           |      |                           |  |                          |  |
| 2011                                | 2012 | 2013  | 2014 | 2015                      | 2016 | 2017                      |  |                          |  |
| 74%                                 | 67%  | 97%   | 93%  | 95%                       | 85%  | 83%                       |  |                          |  |
| <b>Gestión del Riesgo</b>           |      |   |      |                           |      |                           |  |                          |  |
| Comentarios                         |      | <p>El proceso de gestión de comunicaciones, no identificó en el año 2016 ni en 2017, riesgos de corrupción, pero tuvo que hacerlo como una recomendación realizada en la pre auditoría del año 2017 y se podrán evidenciar en el diagnóstico del año 2018.</p> <p>Se puede decir frente a los riesgos de proceso identificados que hay un comportamiento regular, pues en 2012 y 2014, fueron 10, mientras que en 2015 y 2016 fue de la mitad, es decir 5 riesgos de proceso.</p> <p>A continuación el comportamiento que ha tenido el proceso, en cada metodología aplicada:</p> |      |                           |      |                           |  |                          |  |
| 2012                                |      | 2014  |      | 2015                      |      | 2016                      |  | 2017                     |  |
| Riesgos: 10                         |      | Riesgos de proceso: 10  |      | Riesgos de proceso: 5     |      | Riesgos de proceso: 5     |  | Riesgos de proceso: 7    |  |
| Bajo: 5                             |      | Importante: 2   |      | Importante: 0             |      | Extrema: 1                |  | Extrema: 0               |  |
| Moderado: 3                         |      | Tolerable: 5  |      | Tolerable: 2              |      | Alta: 2                   |  | Alta: 5                  |  |
| Alto: 2                             |      | Moderado: 3   |      | Moderado: 2               |      | Moderada: 1               |  | Moderada: 2              |  |
|                                     |      | Aceptable: 0  |      | Aceptable: 1              |      | Baja: 1                   |  | Baja: 0                  |  |
|                                     |      | Riesgos de corrupción: 0  |      | Riesgos de corrupción: NA |      | Riesgos de corrupción: NA |  | Riesgos de corrupción: 0 |  |
|                                     |      |   |      |                           |      | Alta: 0                   |  | Alta: 0                  |  |
|                                     |      |   |      |                           |      | Extrema: 0                |  | Extrema: 0               |  |
|                                     |      |   |      |                           |      | Moderada: 0               |  | Moderada: 0              |  |
| <b>Percepción del Cliente</b>       |      |   |      |                           |      |                           |  |                          |  |

|   |      |   |      |      |      |       |      |  |
|---|------|---|------|------|------|-------|------|--|
| Cliente Interno                                 |      | El proceso durante las mediciones ha reflejado fortaleza en aspectos relacionados con el conocimiento de las políticas y lineamientos sobre la forma como se deben realizar las solicitudes, y también sobre la información publicada en los diferentes medios de comunicación del proceso es clara, oportuna y veraz; pero sin embargo deben plantear acciones para mejorar los siguientes aspectos el servicio y/o información que recibe del área es claro, se comunican los plazos y tiempos requeridos para recibir el servicio, hay disposición por parte del personal para brindar colaboración, como cliente del proceso se siente bien atendido. Se evidencia que el proceso de GC tuvo como resultado en esta encuesta más oportunidades de mejora que fortalezas, se espera la implementación de estrategias que ayuden a mejorar el desempeño del proceso y a cambiar la percepción que tienen del mismo. |      |      |      |       |      |  |
| 2012  | 2014 | 2016  | 2017 |      |      |       |      |  |
| 63%   | 68%  | 71%   | 68%  |      |      |       |      |  |
| <b>Retroalimentación del Cliente</b>            |      |   |      |      |      |       |      |  |
| PQRS  |      | A pesar de la difusión constante de la herramienta y el conocimiento que han llegado a tener los procesos sobre la implementación de la misma, en el caso de GC desde el 2010 hasta la fecha los clientes se han sentido a gusto o no han tenido la necesidad de interponer una gran cantidad de peticiones al proceso, ya que solo se observa una en el 2011, 2012 y hasta el 2016 se vuelve a observar la última.   |      |      |      |       |      |  |
| 2010  | 2011 | 2012  | 2013 | 2014 | 2015 | 2016  | 2017 |  |
| 0   | 1    | 1   | 0    | 0    | 0    | 1     | 0    |  |
| <b>Indicadores de Gestión</b>                   |      |   |      |      |      |       |      |  |
| 1. INGC01- Nivel de cumplimiento del servicio.  |      | Este indicador permite la medición a la prestación de los servicios de comunicación recibidos por cada área de la Oficina de Multimedia (UTV, UFM, Prensa, Diseño Gráfico, Desarrollo Web) y la Oficina de Relaciones Institucionales. Inicia con la recepción de la solicitud y finaliza con la realización o entrega del servicio. Se analizará cada área del proceso y las solicitudes en total.<br><br>Los valores obtenidos siempre han estado por encima del 90%, valor que se ubica en rango satisfactorio.  |      |      |      |       |      |  |
| 2010  | 2011 | 2012  | 2013 | 2014 | 2015 | 2016  | 2017 |  |
| -   | -    | -   | -    | -    | 95%  | 97%   | 97%  |  |
| 2. INGC02 – Cobertura del portafolio académico. |      | Este es un indicador mide el nivel número de estudiantes a los cuales se les socializa el portafolio académico de la UFPS Ocaña.<br><br>Se detalla el número de instituciones educativas y municipios visitados.<br><br>Por recomendación del auditor, se sugirió hacerle modificaciones a la forma en que se venía midiendo este indicador, de ahí que los resultados obtenidos tengan tantas diferencias entre sí.  |      |      |      |       |      |  |
| 2010  | 2011 | 2012  | 2013 | 2014 | 2015 | 2016  | 2017 |  |
| -   | -    | -   | -    | 6%   | 32%  | -270% | 90%  |  |
| <b>Eficacia de las Acciones</b>                 |      |   |      |      |      |       |      |  |
| Plan de mejoramiento del proceso                |      | Se ha tenido un gran avance como la actualización de los normogramas y el diseño de productos solicitados por las diferentes áreas, sin embargo no se ha definido el funcionamiento del comité de medios y la falta de personal idóneo para la revisión de los equipos, ya que se hace mantenimiento correctivo pero no preventivo.   |      |      |      |       |      |  |
| 2011  | 2012 | 2013  | 2014 | 2015 | 2016 |       |      |  |

| 99%                      | 100% | 93%   | 91% | 89% | 84% |  |
|--------------------------|------|---|-----|-----|-----|--|
| Oportunidades de mejora  |      | La mayoría de las acciones no presentan ningún avance, sin embargo se está trabajando en nuevas estrategias con las cuales se desea avanzar y superar las debilidades presentadas en el proceso, como la recomendación para el diseño del módulo de solicitudes, pues con él se cumplirían un gran porcentaje de acciones pendientes. |     |     |     |  |
| 2016                     | 2017 |   |     |     |     |  |
| -                        | 61%  |   |     |     |     |  |
| Puntos de mejoramiento   |      |   |     |     |     |  |
| Planeación               |      | Apropiación del plan de acción en su nuevo formato, así como los conceptos asociados al mismo como: línea base, indicadores del plan, metas, entre otros.   |     |     |     |  |
| Gestión de riesgos       |      | Debilidad en la identificación de los riesgos de corrupción.  |     |     |     |  |
| Percepción del cliente   |      | Plantear acciones para mejorar los siguientes aspectos el servicio y/o información que recibe del área es clara, se comunican los plazos y tiempos requeridos para recibir el servicio, hay disposición por parte del personal para brindar colaboración, como cliente del proceso se siente bien atendido.                           |     |     |     |  |
| Indicadores              |      | Claridad con la medición del indicador cobertura del portafolio académico, de acuerdo a las recomendaciones del auditor.  |     |     |     |  |
| Eficacia de las acciones |      | Agilizar la implementación del módulo de solicitudes con el fin de lograr un avance en acciones que están pendientes.<br>Gestionar la vinculación de personal idóneo para la realización del mantenimiento de los equipos con los que se cuenta.<br>Rediseñar la matriz de medios de acuerdo a las recomendaciones del Auditor.       |     |     |     |  |
| Actividades específicas  |      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• La gestión para el diseño e implementación del aplicativo para las solicitudes que hacen los demás procesos sobre los servicios de GC.</li> <li>• Realizar el análisis del impacto de los medios de comunicación con que cuenta la institución</li> </ul>                                    |     |     |     |  |

Figura14. Índice de desempeño de las herramientas de Gestión de Comunicaciones.

Fuente: Elaboración propia

#### 4.2.13 Gestión humana.

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| Tipo de proceso                     | Proceso de apoyo.   |
| Responsable                         | Jefe de gestión humana.   |
| Objetivo del proceso                | Garantizar el bienestar integral del Talento Humano, hacia el cumplimiento de los objetivos de la Universidad y de las normas legales vigentes requeridas, de manera oportuna y eficaz, permitiendo la pertinencia y efectividad en el servicio, controlando peligros ergonómicos y físicos y haciendo uso adecuado de los recursos que impactan el medio ambiente. |
| Áreas que lo componen               | División de personal, servicios generales, sistema de gestión en seguridad y salud en el trabajo  |
| Acto administrativo de creación     | Acuerdo 084 de 11 de septiembre de 1995.  |
| Requisitos ISO 9001:2015 aplicables | 4.4 - 4.4.1 - 4.4.2<br>5.1.2 - 5.2 - 5.2.1 - 5.2.2 - 5.3<br>6.1 - 6.1.1 - 6.1.2 - 6.2 - 6.2.1 - 6.2.2 - 6.3   |

| 7.1.2 – 7.1.4 – 7.1.6 – 7.2 – 7.3 – 7.4 - 7.5.1- 7.5.3 – 7.5.3.1 – 7.5.3.2<br>8.5.4 – 8.7 - 8.7.1 - 8.7.2<br>9.1 – 9.1.1 – 9.1.3 -<br>10.1 – 10.2 – 10.3 |      |  |  |  |      |   |  |   |  |
|--|------|--|--|--|------|---|--|---|--|
| Planeación   |      |  |  |  |      |   |  |   |  |
| Diseño y ejecución de las acciones   |      | Como es sabido desde que se aprobó el último PDI, se ha buscado desde la alta dirección que todas las acciones diseñadas por cada proceso apunten al logro de cada uno de los ejes del plan de desarrollo, y es precisamente desde el año 2014 que el proceso de gestión humana, ha venido mostrando un crecimiento en el nivel de eficacia constante pues pasó de 62% al 71% en el 2015, luego 74% en 2016 y en el año 2017, el 87%; evidenciando el compromiso que este proceso tiene frente al cumplimiento de sus actividades. |  |  |      |   |  |   |  |
| 2011   | 2012 | 2013   | 2014   | 2015   | 2016 | 2017  |  |   |  |
| 80%  | 63%  | 82%  | 62%  | 71%  | 74%  | 87%   |  |   |  |
| Gestión del Riesgo   |      |  |  |  |      |   |  |   |  |
| Comentarios  |      | El proceso de gestión humana ha sido muy constante frente a la identificación de sus riesgos, pues como se evidencia desde el año 2012 hasta el 2015 se mantuvieron con 5 riesgos de proceso, comparado con el 2016, la diferencia fue de tan sólo de un riesgo, pues para ese año solo se registraron 4. Se resalta que para el año 2017, teniendo en cuenta recomendaciones de la auditoría externa, hicieron la identificación de 3 riesgos de corrupción y 7 de proceso.   |  |  |      |   |  |   |  |
| 2012   |      | 2014   |  | 2015   |      | 2016  |  | 2017  |  |
| Riesgos: 5<br>Bajo: 0<br>Moderado: 3<br>Alto: 2  |      | Riesgos de proceso: 5<br><br>Importante: 2<br>Tolerable: 0<br>Moderado: 3<br>Aceptable: 0<br><br>Riesgos de corrupción: 1  |  | Riesgos de proceso: 5<br><br>Importante: 1<br>Tolerable: 2<br>Moderado: 1<br>Aceptable: 1<br><br>Riesgos de corrupción: NA |      | Riesgos de proceso: 4<br><br>Extrema: 0<br>Alta: 3<br>Moderada: 0<br>Baja: 1<br><br>Riesgos de corrupción: NA<br><br>Alta: 0<br>Extrema: 0<br>Moderada: 0 |  | Riesgos de proceso: 7<br><br>Extrema: 0<br>Alta: 6<br>Moderada: 1<br>Baja: 0<br><br>Riesgos de corrupción: 3<br><br>Alta: 2<br>Extrema: 0<br>Moderada: 1<br>Baja: 0 |  |
| Percepción del Cliente   |      |  |  |  |      |   |  |   |  |
| Cliente Interno  |      |  | Los resultados de la encuesta de satisfacción no fueron los más favorables para GH, de los seis aspectos evaluados solo uno alcanzó un valor relevante y este fue el servicio y/o información que recibe del área es claro, suficiente y de acuerdo a lo que usted solicitó. Los demás cinco criterios evaluados obtuvieron porcentajes menores al 65%, lo que ubica al proceso por debajo de la meta que debe alcanzar en su desempeño para alcanzar un nivel satisfactorio en la percepción del cliente. |  |      |   |  |   |  |
| 2012   | 2014 | 2016   | 2017   |  |      |   |  |   |  |
| 68%  | 48%  | 75%  | 63%  |  |      |   |  |   |  |
| Retroalimentación del Cliente  |      |  |  |  |      |   |  |   |  |
| PQRS   |      |  | El proceso de GH presenta en los últimos 4 años un total de 74 PQRS lo que lo convierte en uno de los procesos con más sugerencias al cabo de estos cuatro periodos, particularmente en el año 2016 es donde se presenta el mayor número, el informe arroja distintas razones por las que se da este comportamiento las cuales son: diferentes motivos administrativos (pésima atención de las secretarías y el trato de los docentes a los  |  |      |   |  |   |  |



|  |      | estudiantes, seguridad en los parqueaderos por los hurtos de motocicleta y el acceso a los parqueaderos cuando hay eventos), entre otras. El proceso debe darle el mejor trato a estas peticiones y tratar de ir mejorando en pro del beneficio y la satisfacción de los usuarios.   |      |      |      |      |      |  |
|--|------|--|------|------|------|------|------|--|
| 2010   | 2011 | 2012   | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |  |
| 0  | 10   | 14   | 8    | 15   | 7    | 34   | 18   |  |
| Indicadores de Gestión   |      |  |      |      |      |      |      |  |
| 1. INGH01 - Evaluación del desarrollo personal administrativo. |      | <p>Este indicador mide el desarrollo laboral a los empleados del área administrativa bajo cualquier tipo de vinculación con excepción de los beca trabajo; con base en juicios objetivos, sobre conducta y aportes al cumplimiento de las metas institucionales.</p> <p>Los valores desde el año 2011 se han mantenido sobre 4, valor que se ubica en rango satisfactorio. Lo que permite percibir que en general el grado de aceptación del trabajo realizado por parte de los empleados de la Institución para la prestación del servicio es favorable en un alto grado, sin embargo, se debe realizar un plan de mejoramiento individual a quienes tengan una nota igual o inferior a 3.0 en algunos de los ítems evaluados, con el propósito de establecer acciones de mejora y de esta forma fortalecer las competencias individuales, en un marco de tiempo y espacio definidos, para una mayor productividad de las actividades y/o tareas del personal que labora en la institución.</p>   |      |      |      |      |      |  |
| 2010   | 2011 | 2012   | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |  |
| -  | 4,5  | 4,6  | 4,6  | 4,6  | 4,5  | 4,7  | 4,7  |  |
| 2. INGH02- Clima laboral.                                      |      | <p>Este es un indicador que tiene como fin identificar el nivel de satisfacción de los empleados del área administrativa y académica en los diferentes procesos institucionales, se mide a los empleados bajo cualquier tipo de vinculación.</p> <p>El clima organizacional que existe en la Universidad Francisco de Paula Santander Ocaña es Satisfactorio, teniendo en cuenta que el porcentaje de satisfacción manifestada por los empleados del área administrativa en los diferentes procesos institucionales es desde el año 2011 mayor o igual al 60%.</p>   |      |      |      |      |      |  |
| 2010   | 2011 | 2012   | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |  |
| -  | 73%  | 74%  | 70%  | 63%  | 66%  | 60%  | 67%  |  |
| 3. INGH03- Nivel de eficacia de los programas de SST.          |      | <p>La medición de la eficiencia de los programas de SST sirve para llevar el control del grado de efectividad de los mismos. Uno de los propósitos más importantes de la medición de indicadores radica en la necesidad de verificar el cumplimiento de las metas propuestas y de la posibilidad de seguir mejorándolas con la finalidad de lograr siempre mejores resultados encaminados a la promoción y prevención de los programas de salud y la seguridad de los trabajadores de la UFPSO.</p> <p>Por lo tanto se trata de aumentar el nivel de Eficacia en los programas de acuerdo a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Participación de los trabajadores 1 vez al mes en las Pausas Activas y participación en otros programas de promoción y prevención.</li> <li>Ausentismo por Enfermedad Laboral y Frecuencia de Accidente de Trabajo.</li> <li>Tiempo de respuesta ante los Simulacros de Emergencia.</li> </ul> <p>La disminución se debe a que dicha coordinación ha tenido varios cambios que han afectado el logro de los objetivos.</p> |      |      |      |      |      |  |
| 2010   | 2011 | 2012   | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |  |
| -  | -    | -  | -    | 45%  | 62%  | 45%  | 73%  |  |
| Eficacia de las Acciones                                       |      |  |      |      |      |      |      |  |
| Plan de mejoramiento del proceso                               |      | Se mantiene su debilidad en lo relacionado con el manual de funciones, organigrama y demás, algunas acciones se cerraron por estar repetidas; otras por cumplirse en su totalidad y finalmente una gran cantidad que no tuvieron un avance significativo.  |      |      |      |      |      |  |

| 2011                     | 2012 | 2013  | 2014 | 2015 | 2016 |  |
|--------------------------|------|---|------|------|------|--|
| 94%                      | 76%  | 76%   | 82%  | 61%  | 63%  |  |
| Oportunidades de mejora  |      | El proceso de Gestión Humana, ha tenido varias dificultades para dar solución a los hallazgos (procesos de contratación, permisos, actualización de estructura orgánica y manual específico de funciones y competencias) encontrados durante el proceso de auditoría. Por lo anterior, fue necesario trasladarlos al PMI.   |      |      |      |  |
| 2016                     | 2017 |   |      |      |      |  |
| 75%                      | 60%  |   |      |      |      |  |
| Puntos de mejoramiento   |      |   |      |      |      |  |
| Planeación               |      | N/A   |      |      |      |  |
| Gestión de riesgos       |      | Debilidad en la identificación de los riesgos de corrupción y de proceso.   |      |      |      |  |
| Percepción del cliente   |      | Fortalecer cinco aspectos de seis evaluados en la encuesta de satisfacción, entre los que se destacan los siguientes conoce las políticas y lineamientos sobre la forma como debe realizar las solicitudes y trámites de servicios que ofrece la dependencia, hay disposición e interés por parte del personal del proceso para brindar la colaboración que se requiera y resolver situaciones en procura del mejoramiento y el logro de los objetivos institucionales. |      |      |      |  |
| Indicadores              |      | Más especificidad en la redacción de Acciones correctivas, preventivas o de mejora, para facilitar el seguimiento a las mismas.   |      |      |      |  |
| Eficacia de las acciones |      | Fortalecer las debilidades relacionadas con el manual de funciones, la actualización de la estructura orgánica, procesos de contratación y permisos; con el fin de alcanzar algún avance en su ejecución.   |      |      |      |  |
| Actividades específicas  |      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formalización del organigrama, manual específico de funciones competencias y escala salarial.</li> <li>• Definición, formalización y seguimiento al aplicativo de permisos y la huella.</li> <li>• Debilidad en los procesos de contratación.</li> </ul>   |      |      |      |  |

Figura15. Índice de desempeño de las herramientas de Gestión Humana.

Fuente: Elaboración propia

#### 4.2.14 Sistemas de información, telecomunicaciones y tecnología.

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| Tipo de proceso                 | Proceso de apoyo.  |
| Responsable                     | Jefe de TT.  |
| Objetivo del proceso            | Diseñar, desarrollar, implementar, administrar y mantener los sistemas de información, las telecomunicaciones y la infraestructura tecnológica; a través de la adquisición e implementación de nuevas tecnologías de información y comunicaciones, que brinden soluciones eficaces, efectivas y oportunas a las necesidades del cliente, teniendo en cuenta el uso eficiente de los recursos tecnológicos, minimizando el impacto ambiental y bajo un ambiente laboral propicio para los trabajadores. |
| Áreas que lo componen           | División de sistemas   |
| Acto administrativo de creación | Acuerdo 084 de 11 de septiembre de 1995.   |

|   |      |  |      |  |      |  |  |   |  |
|---|------|--|------|--|------|--|--|---|--|
| Requisitos ISO 9001:2015 aplicables             |      | 4.4 – 4.4.1 – 4.4.2<br>5.1.2 – 5.2 - 5.2.1 – 5.2.2 – 5.3<br>6.1 – 6.1.1 – 6.1.2 – 6.2 – 6.2.1 – 6.2.2 – 6.3<br>7.1.3 – 7.1.5 – 7.1.5.1 – 7.1.5.2 - 7.1.6 – 7.3 – 7.4 – 7.5.1 – 7.5.3 – 7.5.3.1 – 7.5.3.2<br>8.2.1 - 8.5.1 – 8.5.3 – 8.5.4 – 8.6 – 8.7 – 8.7.1 – 8.7.2<br>9.1 – 9.1.1 – 9.1.3<br>10.1 – 10.2 – 10.3   |      |  |      |  |  |   |  |
| <b>Planeación</b>                               |      |  |      |  |      |  |  |   |  |
| Diseño y ejecución de las acciones              |      | Con el proceso de Sistemas de información, telecomunicaciones y tecnología, se puede decir que se presenta, una situación particular, que se evidencia en la disminución, año a año del nivel de eficacia, desde el año 2014. Esto se debe principalmente a que en el plan de acción de colocan de manera muy detallada las acciones a realizar y unas dependen de otras generalmente. Se espera que a partir del año 2018 este nivel empiece a ascender nuevamente. |      |  |      |  |  |   |  |
| 2011  | 2012 | 2013   | 2014 | 2015   | 2016 | 2017   |  |   |  |
| 100%  | 83%  | 100%   | 85%  | 61%  | 58%  | 42%  |  |   |  |
| <b>Gestión del Riesgo</b>                       |      |  |      |  |      |  |  |   |  |
| Comentarios                                     |      | Se puede notar que la identificación de riesgos desde el año 2014 ha sido uniforme hasta el año 2017. Sin embargo el Proceso SITT, presentó las mismas debilidades que otros procesos frente a la identificación de riesgos de corrupción. Que conllevó a que para el año 2018 si tenga que hacerse.   |      |  |      |  |  |   |  |
| 2012  |      | 2014   |      | 2015   |      | 2016   |  | 2017  |  |
| Riesgos: 4<br>Bajo: 0<br>Moderado: 4<br>Alto: 0 |      | Riesgos de proceso: 4<br><br>Importante: 0<br>Tolerable: 0<br>Moderado: 4<br>Aceptable: 0<br><br>Riesgos de corrupción: 0  |      | Riesgos de proceso: 4<br><br>Importante: 2<br>Tolerable: 0<br>Moderado: 2<br>Aceptable: 0<br><br>Riesgos de corrupción: NA |      | Riesgos de proceso: 4<br><br>Extrema: 2<br>Alta: 1<br>Moderada: 1<br>Baja: 0<br><br>Riesgos de corrupción: 2<br><br>Alta: 0<br>Extrema: 2<br>Moderada: 0 |  | Riesgos de proceso: 5<br><br>Extrema: 2<br>Alta: 2<br>Moderada: 1<br>Baja: 0<br><br>Riesgos de corrupción: 0<br><br>Alta: 0<br>Extrema: 0<br>Moderada: 0<br>Baja: 0 |  |
| <b>Percepción del Cliente</b>                   |      |  |      |  |      |  |  |   |  |
| Cliente Interno                                 |      | El proceso obtuvo todos los aspectos evaluados en la encuesta con resultados por encima del 75%, el resultado final se ubicó en un rango satisfactorio con un resultado del 79%; debido a esto se puede decir que para el proceso de TT la encuesta no genera ninguna oportunidad de Mejora sino fortalezas; lo que evidencia efectividad en el despliegue de estrategias en estos aspectos por parte del proceso.   |      |  |      |  |  |   |  |
| 2012  | 2014 | 2016   | 2017 |  |      |  |  |   |  |
| 69%   | 62%  | 80%  | 79%  |  |      |  |  |   |  |
| <b>Retroalimentación del Cliente</b>            |      |  |      |  |      |  |  |   |  |
| PQRS  |      | En esta herramienta de medición también se refleja la buena gestión y desempeño del proceso, se evidencia como a través de los años han sido muy pocas las sugerencias recibidas y esto es gracias a la satisfacción que sienten los usuarios, aspecto por el que no   |      |  |      |  |  |   |  |

|  |      |   |      |      |      |      |      |  |
|--|------|---|------|------|------|------|------|--|
|  |      | han tenido que utilizar este mecanismo con el fin de presionar el desempeño y la labor en las actividades que se requieren del sistema de información, telecomunicaciones y tecnología.   |      |      |      |      |      |  |
| 2010                                     | 2011 | 2012  | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |  |
| 0  | 7    | 1   | 3    | 7    | 5    | 3    | 5    |  |
| <b>Indicadores de Gestión</b>            |      |   |      |      |      |      |      |  |
| 1. Calificación del servicio.<br>INTT01- |      | Conocimiento del grado de satisfacción que registran nuestros usuarios cuando requieren los servicios de este proceso. Se toma como indicador la satisfacción de los usuarios que diligencian la encuesta de percepción frente al servicio que recibió. Porcentaje obtenido en encuesta del portal Web Divisist.  |      |      |      |      |      |  |
|  |      | Criterios a medir: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oportunidad del servicio (corto)</li> <li>• Atención del personal (bueno)</li> <li>• Calidad del servicio (bueno)</li> <li>• Eficacia de los sistemas de información (bueno)</li> </ul> Como se puede observar, los resultados se mantienen por encima del 80%, ubicándose en un rango satisfactorio. |      |      |      |      |      |  |
| 2010                                     | 2011 | 2012  | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |  |
| -  | -    | -   | -    | 97%  | 92%  | 83%  | 98%  |  |
| <b>Eficacia de las Acciones</b>          |      |   |      |      |      |      |      |  |
| Plan de mejoramiento del proceso         |      | El proceso adelantó el cierre de la gran mayoría de las acciones gracias al despliegue eficaz de estrategias que lograron abordar los hallazgos, pero se debe seguir avanzando.   |      |      |      |      |      |  |
| 2011                                     | 2012 | 2013  | 2014 | 2015 | 2016 |      |      |  |
| 100%                                     | 80%  | 79%   | 100% | 89%  | 61%  |      |      |  |
| Oportunidades de mejora                  |      | En el tratamiento a las oportunidades de mejora el proceso de SITT logra el cierre de todos los hallazgos resultado de la auditoria interna y de la matriz RYO, logrando el cumplimiento total de las acciones emprendidas.   |      |      |      |      |      |  |
| 2016                                     | 2017 |   |      |      |      |      |      |  |
| -  | 100% |   |      |      |      |      |      |  |
| <b>Puntos de mejoramiento</b>            |      |   |      |      |      |      |      |  |
| Planeación                               |      | Redefinir las actividades de tal manera que no se presenten de forma tan detallada. Apropiación del plan de acción en su nuevo formato, así como los conceptos asociados al mismo como: línea base, indicadores del plan, metas, entre otros.   |      |      |      |      |      |  |
| Gestión de riesgos                       |      | Debilidad en la identificación de los riesgos de corrupción.  |      |      |      |      |      |  |
| Percepción del cliente                   |      | N/A   |      |      |      |      |      |  |
| Indicadores                              |      | Más especificidad en la redacción de Acciones correctivas, preventivas o de mejora, para facilitar el seguimiento a las mismas.   |      |      |      |      |      |  |
| Eficacia de las acciones                 |      | Mejorar las acciones para convocar los integrantes del comité de TI.<br>Agilizar las acciones relacionadas con la ejecución de la socialización de las políticas de seguridad.  |      |      |      |      |      |  |
| Actividades específicas                  |      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Puesta en funcionamiento del comité de TI.</li> </ul>  |      |      |      |      |      |  |

Figura16. Índice de desempeño de las herramientas de Sistemas de información, telecomunicaciones y tecnología.

Fuente: Elaboración propia

### **4.3 Proponer estrategias para incrementar el desempeño a partir de las herramientas y tendencias del mercado.**

Para poder analizar las tendencias del mercado fue necesario realizar inicialmente una búsqueda por diferentes universidades del país, pero se pretendía tomar como referente aquellas que además de estar acreditadas estuvieran certificadas en la norma ISO 9001, por lo tanto se tomó a la Universidad del Magdalena, la universidad industrial de Santander, la Universidad Tecnológica de Pereira UTP y la Universidad de Pamplona, por la facilidad para acceder a la documentación de su sistema de gestión y de esta manera se pudiera hacer una revisión más pertinente.

A continuación se presenta una descripción de cada una de las universidades investigadas:

#### **4.3.1 Universidad del Magdalena.**

➤ **Reseña histórica:** La Universidad del Magdalena es una institución estatal del orden territorial, creada mediante ordenanza No. 005 del 27 de Octubre de 1958, organizada como ente autónomo con régimen especial, vinculada al Ministerio de Educación Nacional en lo atinente a política y planeación dentro del sector educativo.

Goza de personería jurídica otorgada por la Gobernación del Departamento del Magdalena mediante Resolución 831 de diciembre 3 de 1974. Su objeto social es la prestación del servicio público de educación superior, mediante el ejercicio de la autonomía académica, administrativa, financiera y presupuestal, con gobierno, renta y patrimonio propio e independiente.

Se rige por la Constitución Política de acuerdo con la Ley 30 de 1992 y las demás disposiciones que le son aplicables de acuerdo con su régimen especial y las normas que se dicten en el ejercicio de su autonomía.(Universidad del Magdalena , 2018)

➤ **Política de Calidad**

La política de la calidad del Sistema COGUI alineada al Plan de Gobierno 2016 – 2020 es:

"La Universidad del Magdalena es una institución pública de educación superior, comprometida con la satisfacción de sus usuarios, la mejora continua, cumplimiento de estándares nacionales e internacionales para la acreditación y con el cumplimiento de requisitos legales e intereses del estado mediante la autoevaluación permanente, el desarrollo humano y tecnológico y con procesos administrativos eficientes, eficaces y efectivos".

Nota: esta política se fundamenta a partir de la perspectiva de la Política de Calidad de Desarrollo Institucional del Plan de Gobierno: "La calidad en este modelo de universidad se entiende como la autoevaluación permanente, la mejora continua, la innovación, el desarrollo tecnológico y el cumplimiento de estándares nacionales e internacionales para la acreditación. Este enfoque de calidad permitirá asegurar la satisfacción de las necesidades y expectativas del contexto interno y externo". (Universidad del Magdalena, 2018)

➤ **Certificados de calidad con los que cuentan:**

NTC GP 1000:2009

ISO 9001:2008

Certificado Responsabilidad Social

Certificados de Calidad NTC GP 1000 e ISO 9001 2016-2019

Curso de Actualización Auditores Internos en ISO 9001:2015

Proyecto de Transición ISO 9001:2008 a ISO 9001:2015

Comunicación Fenalco Certificado de Responsabilidad Social

Acreditación Institucional(Universidad del Magdalena , 2018)

### ➤ Mapa de procesos

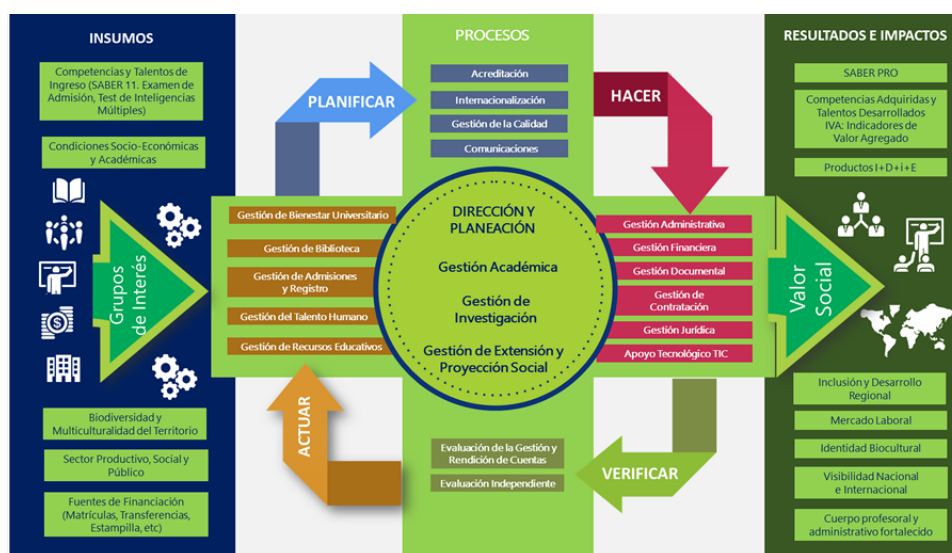


Figura17. Mapa de procesos de la Universidad del Magdalena.

Fuente:[http://cogui.unimagdalena.edu.co/index.php?option=com\\_content&view=article&id=351&Itemid=835](http://cogui.unimagdalena.edu.co/index.php?option=com_content&view=article&id=351&Itemid=835)

### 4.3.2 Universidad Industrial de Santander

➤ **Reseña histórica:** Con el despliegue de diversos programas institucionales, la UIS avanza sustancialmente en la implementación de estrategias de desarrollo formativo, investigativo y de intervención social a nivel regional; en el fortalecimiento interno, así como en la capacidad para interactuar en los ámbitos nacional e internacional. De acuerdo con los avances



del Plan de Desarrollo Institucional 2008-2018, a finales de 2016 llegaba con sus acciones y beneficios al 76% del Departamento de Santander; al 69% del territorio nacional; y al 70% de los 94 países que cuentan con clasificación alta y muy alta en la categoría de Tecnología e Innovación, según el Informe sobre Desarrollo Humano del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD.

A su vez, gracias a la política de crecimiento vertical, cuenta con una amplia oferta de programas a nivel de maestría y de doctorado en diversas áreas del conocimiento; hace una clara apuesta por el desarrollo político, cultural, social y económico de la región y del país; avanza en la articulación global, con el propósito de optimizar los resultados de los procesos misionales mediante la cooperación con actores públicos y privados; ha destinado ingentes esfuerzos en aras de consolidar la estabilidad financiera y fortalecer la cultura de gestión de alta calidad de los procesos misionales, estratégicos y de apoyo; y realiza proyectos educativos e investigativos que contribuyan al logro de las metas de desarrollo del país y a la consolidación de una sociedad del conocimiento. Estas y muchas otras fortalezas hicieron posible que en el 2014 el Ministerio de Educación Nacional reconociera públicamente la calidad de la Universidad Industrial de Santander, mediante la renovación de la acreditación institucional por un período de 8 años, según lo dispuesto en la Resolución No. 5775 del 24 de abril.

Desde el año 2007, se implementa el Sistema de Gestión de Calidad en la Universidad Industrial de Santander, logrando la certificación bajo las normas NTC ISO 9001 y NTC GP 1000 en el año 2008, en ese momento se asume un compromiso institucional, el cual trae consigo una gran responsabilidad, un proceso de capacitación, normalización, gestión de conocimiento a

través de la documentación de procesos, que hacen que hoy en día se cuente con actividades desarrolladas de manera sistemática, estandarizada y reconocida por todos los miembros de la institución.(Universidad Industrial de Santander, 2018)

➤ **Política de calidad**

“La Universidad Industrial de Santander, como ente público y autónomo, está comprometida con la eficacia, la eficiencia, la efectividad y el mejoramiento continuo de sus procesos, en consonancia con el Proyecto Institucional, para lograr la satisfacción de las necesidades de sus beneficiarios y fortalecer el desarrollo de la Educación Superior. Promueve para ello una cultura de calidad basada en el autocontrol, la oportunidad en el servicio y la asertividad en la comunicación de todas las acciones universitarias”.(Universidad Industrial de Santander, 2018)

➤ **Certificados de calidad con los que cuentan:**

Certificación de Calidad Institucional NTC GP 1000:2009 y NTC ISO 9001:2008 hasta el 2018.

Certificación del Centro de Conciliación en la NTC 5906:2012 hasta el 2016.

Certificación de Calidad Institucional, en la que se certifica al Instituto de Lenguas hasta el 2015.

Certificación Sistema de Gestión de Calidad para la UIS bajo la NTC ISO 9001:2000 en los procesos Misionales, Estratégicos, Evaluación y de Apoyo.(Universidad Industrial de Santander, 2018)

➤ **Mapa de procesos**



Figura18. Mapa de procesos de la Universidad Industrial de Santander.

Fuente: <https://www.uis.edu.co/webUIS/es/sistemaGestionIntegrado/mapaProcesos.html>

### 4.3.3 Universidad Tecnológica del Pereira

➤ **Reseña histórica:** Por medio de la Ley 41 de 1958, se crea la Universidad Tecnológica de Pereira como máxima expresión cultural y patrimonio de la región y como una entidad de carácter oficial seccional.

Posteriormente, se decreta como un establecimiento de carácter académico del orden nacional, con personería jurídica, AUTONOMIA administrativa y patrimonio independiente, adscrito al Ministerio de Educación Nacional.

La Universidad inicia labores el 4 de marzo de 1961 bajo la dirección de su fundador y primer Rector Doctor Jorge Roa Martínez. Gracias al impulso inicial y al esfuerzo de todos sus

estamentos la Institución empieza a desarrollar programas académicos que la hacen merecedora de un gran prestigio a nivel regional y nacional.(Universidad Tecnológica de Pereira, 2015)

### **Sistema Integral de Gestión**

La Oficina del Sistema Integral de Gestión, es el área encargada de administrar, implementar, asesorar y acompañar a los procesos de la Universidad Tecnológica de Pereira bajo los requisitos establecidos por las normas que rigen el Sistema de Gestión de Calidad, los Organismos Evaluadores de la Conformidad, Seguridad de la Información y Seguridad y Salud en el Trabajo.

Las principales actividades que se desarrollan son encaminadas al logro del mejoramiento continuo, el aumento de la satisfacción de los usuarios y la cultura de calidad en la institución.(Universidad Tecnológica de Pereira, 2015)

#### **➤ Política integral**



Figura19. Política Integral de Gestión de la Universidad Tecnológica de Pereira.

Fuente: <https://www.utp.edu.co/gestioncalidad/sin-categoria/37/politica-integral-de-gestion>

➤ **Certificados con los que cuentan:**

Reacreditada como Institución de Alta Calidad por el Ministerio de Educación Nacional  
2013 - 2021

Certificada en Gestión de Calidad ISO de Calidad ISO 9001:2008 - Gestión Pública NTC  
GP 1000:2009(Universidad Tecnológica de Pereira, 2015)

➤ **Mapa de procesos**

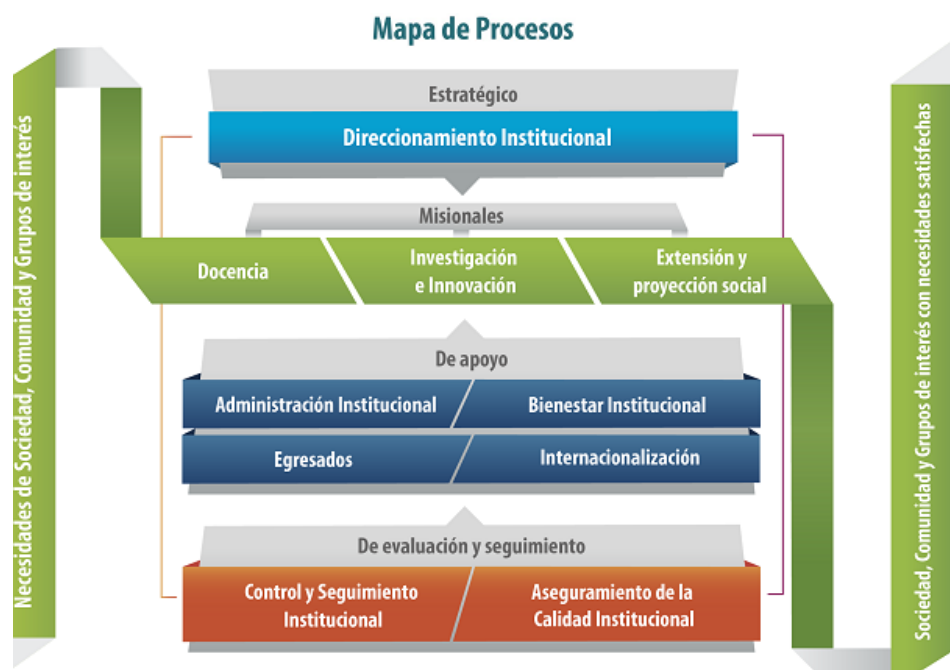


Figura20. Mapa de procesos de la Universidad Tecnológica de Pereira.

Fuente: <https://www.utp.edu.co/gestioncalidad/sin-categoria/167/mapa-de-procesos>

#### 4.3.4 Universidad de Pamplona

➤ **Reseña histórica:** La Universidad de Pamplona nació en 1960, como institución privada, bajo el liderazgo de Presbítero José Faría Bermúdez. En 1970 fue convertida en Universidad Pública del orden departamental, mediante el decreto No 0553 del 5 de Agosto de 1970 y en 1971 el Ministerio de Educación Nacional la facultó para otorgar títulos profesionales según Decreto No. 1550 del 13 de Agosto.

El Proyecto Institucional de la Universidad, su carta de navegación, expresa el espíritu abierto y democrático que la caracteriza, y su compromiso con el desarrollo regional y nacional; lo mismo, en sus estrategias se proyecta la dinámica organizacional, administrativa y operativa mediante la cual logra la eficiencia en el cumplimiento de sus propósitos académicos, sociales y productivos.

De acuerdo con la ley 30 de 1992, la Universidad de Pamplona se identifica como una entidad de régimen especial, con autonomía administrativa, académica, financiera, patrimonio independiente, personería jurídica y perteneciente al Ministerio de Educación Nacional.(Universidad de Pamplona, 2011)

### Sistema Integrado de Gestión



Figura21. Sistema Integrado de Gestión Universidad de Pamplona.

Fuente:[http://www.unipamplona.edu.co/unipamplona/portaIG/home\\_13/recursos/01\\_general/23112009/estructura\\_sig.jsp](http://www.unipamplona.edu.co/unipamplona/portaIG/home_13/recursos/01_general/23112009/estructura_sig.jsp)

#### ➤ **Política de Calidad**

“La Universidad de Pamplona asume la formación integral e innovadora de sus Estudiantes, con una cultura de la internacionalización, liderazgo académico, investigativo, de

interacción social y tecnológico, con responsabilidad social y ambiental, mediante una gestión transparente, eficiente, eficaz y efectiva, con un talento humano comprometido con el mejoramiento continuo de sus servicios para la satisfacción de sus usuarios y partes interesadas, contribuyendo al logro de los fines esenciales del Estado”.(Universidad de Pamplona, 2011)

➤ **Certificados con los que cuentan:**

Certificado de Gestión de la Calidad- ICONTEC

Certificado Gestión de la Calidad NTCGP 1000-2004 Sector Público

Certificado IQNET(Universidad de Pamplona, 2011)

➤ **Mapa de procesos**

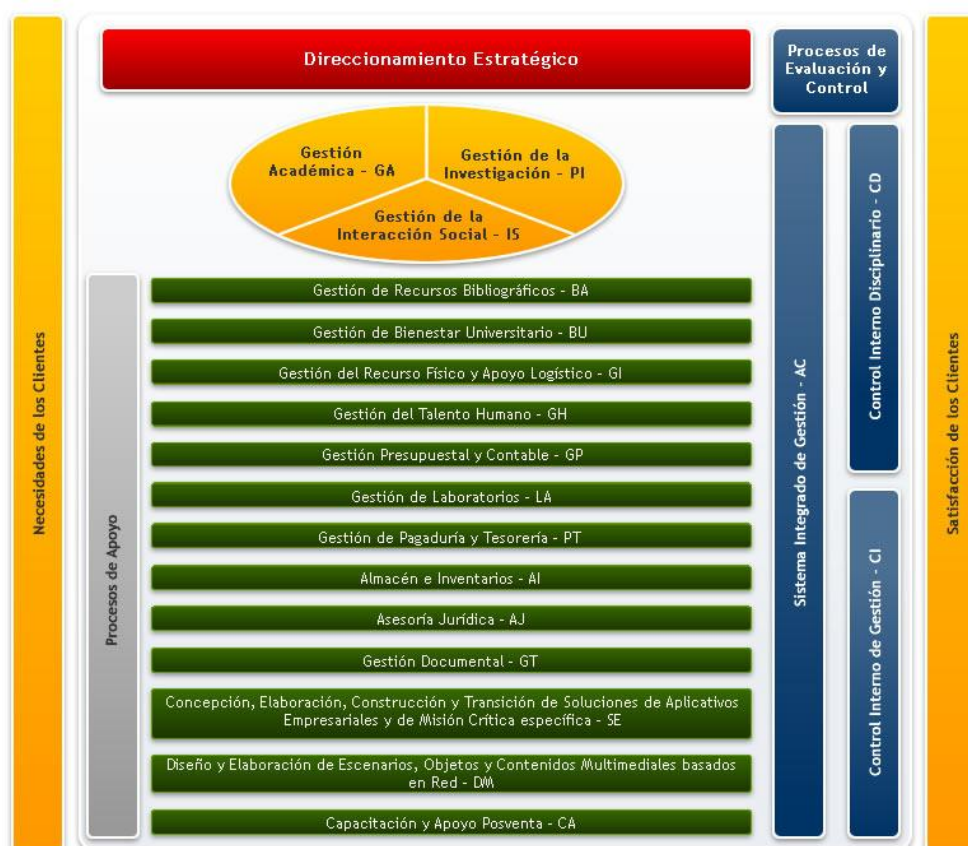




Figura22. Mapa de procesos de la Universidad de Pamplona.

Fuente:[http://www.unipamplona.edu.co/unipamplona/portalIG/home\\_13/recursos/01\\_general/10022014/mapa\\_procesos\\_2014.jsp](http://www.unipamplona.edu.co/unipamplona/portalIG/home_13/recursos/01_general/10022014/mapa_procesos_2014.jsp)

Luego de hacer un recorrido por estas Universidades de gran credibilidad a nivel nacional que han podido articular sus sistemas de gestión de calidad con toda su labor académica, cabe mencionar que han sido Instituciones que muestran la importancia que tienen los sistemas de gestión de calidad para todo el cumplimiento de sus actividades misionales, de allí es de resaltar algunas de las estrategias que aún no han sido implementadas en la Universidad Francisco de Paula Santander Ocaña.

Debido al avance que ha presentado la Universidad Francisco de Paula Santander Ocaña desde sus inicios hasta la actualidad, en todo lo relacionado con el Sistema Integrado de Gestión y las herramientas utilizadas en el mismo, se evidencia al día de hoy que la institución cuenta con un Sistema maduro que ha contribuido al aumento de la eficacia de los distintos procesos a través de las herramientas de gestión implementadas, es por esto que se hace complejo encontrar nuevas tendencias o estrategias en otras IES, ya que la UFPS Ocaña se ha preocupado por mantenerse actualizada y al nivel de otras IES reconocidas del País.

Pese a esto se realizó un análisis exhaustivo de las distintas estrategias, con el fin de extraer las mejores de las universidades más destacadas con respecto a los Sistemas de Gestión de Calidad y a las herramientas desarrolladas en los mismos.

A continuación se sugieren las distintas estrategias extraídas del estudio realizado, una vez analizada su aplicabilidad.

**Tabla 2.**

*Estrategias planteadas para la mejora del SIG de la UFPSO.*

| ESTRATEGIAS  | UNIVERSIDAD  | DOCUMENTO A CAMBIAR   | CAMBIO SUGERIDO   | REQUISITO DE LA NORMA |
|--|--|---|---|-----------------------|
| Articular el árbol de documentos de los procesos con la gestión del conocimiento, teniendo en cuenta que en esa matriz se establecen los documentos que hacen parte dicha gestión.   | Universidad del Magdalena                                    | El árbol de documentos estableciendo una clasificación en los documentos que hacen parte del mismo. | Hacer claridad en el árbol de documentos de la UFPSO cuales hacen parte de la gestión del cambio. | 7.1.6                 |
| Diseñar la guía para la gestión del cambio, para que haya una mejor comprensión por parte de los líderes de procesos y sus equipos de trabajo de la importancia que tiene la identificación y tratamiento de aquellos aspectos que pueden alterar el rumbo de la universidad.  | Universidad Tecnológica de Pereira                           | Guía para la gestión del cambio, con el fin de alimentar y modificar la matriz.                     | Elaborar una guía para una mejor comprensión de la matriz de gestión del cambio de la UFPSO.      | 6.3                   |
| Disposición de un sistema de información completo y en funcionamiento para la gestión, que articule los sistemas de información existentes y permita obtener información en tiempo real, sobre datos estadísticos, que faciliten el diligenciamiento de indicadores, planes de acción, de mejoramiento, entre otros. | UTP<br>Universidad del Magdalena<br>Universidad del Pamplona | El sistema de información de la UFPSO.  | Articular el sistema de información de la institución con los distintos módulos diseñados.        | 7.1.3                 |

## Conclusiones

Frente al diagnóstico realizado para la Identificación de las herramientas de gestión que son aplicadas para el mejoramiento continuo en los procesos y programas de la Universidad Francisco de Paula Santander Ocaña, se puede concluir que la institución ha madurado de manera significativa en la implementación de herramientas de gestión, gracias a que este proceso se ha venido dando desde hace varios años, cabe resaltar que el sistema de gestión ha logrado certificarse en varias ocasiones y la última certificación alcanzada es en la versión 2015, hecho que garantiza la correcta y exitosa implementación de herramientas en los procesos y programas de la Universidad.

En cuanto a la determinación de los índices de desempeño por cada herramienta de gestión en los últimos cinco años en la UFPSO, se evidencia como las herramientas se han ido modificando a través de los años con el fin de adaptarse perfectamente en los distintos procesos y programas generando el impacto deseado para el direccionamiento y la toma de decisiones. También se puede concluir que los índices de desempeño que han arrojado las herramientas han contribuido de manera significativa en la mejora de la planeación y ejecución de las acciones a emprender por cada procesos y programa lo que contribuye a la final al logro de manera más efectiva de los objetivos institucionales.

Por último, gracias a la investigación y al análisis de las herramientas de gestión y a las características de cada sistema de gestión de otras IES públicas, se logra el reconocimiento de las

tendencias más efectivas y también se proponen una serie de estrategias que contribuyan a incrementar el desempeño de las herramientas de gestión y la efectividad total del Sistema Integrado de Gestión de la Universidad a futuro.

## Recomendaciones

Los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación demuestran el buen estado y desempeño en el que se encuentra el SIG en la actualidad, gracias a la implementación adecuada de herramientas de gestión que han contribuido a la eficacia de los distintos procesos y por tanto al cumplimiento de los objetivos institucionales. Sin embargo no está de más sugerir algunas recomendaciones al Sistema Integrado de Gestión con el fin de contribuir a la mejora continua Institucional.

En primera instancia se recomienda realizar un análisis permanente de la pertinencia de todas y cada una de las herramientas implementadas en los distintos procesos de la Universidad, con el fin de determinar su efectividad y contribución al Sistema.

Como segunda medida se recomienda de acuerdo al segundo objetivo desarrollado en el presente proyecto de investigación, se siga alimentando año a año el documento ruta de mejoramiento, con el fin de contar con información actualizada concerniente al estado y a los índices de desempeño de cada una de las herramientas de gestión.

Como ultima sugerencia se espera se tengan en cuenta las estrategias planteadas para el mejoramiento del Sistema Integrado de Gestión, después de haber realizado un estudio y análisis de la aplicación de nuevas tendencias y estrategias en otras Instituciones de Educación Superior.

## Referencias

- República de Colombia. (2013). *Decreto 410 de 1971*. Bogotá: Norma.
- Alcaldía de Bogotá. (9 de Junio de 2004). *Registro Distrital 3126 de junio 28 de 2004*. Obtenido de Registro Distrital 3126 de junio 28 de 2004:  
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=14144>
- Alcaldía de Bogotá. (2 de Diciembre de 2004). *Registro Distrital 3231 de diciembre 2 de 2004*. Obtenido de Registro Distrital 3231 de diciembre 2 de 2004:  
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=15293>
- Arango Ospina, P. (20 de Octubre de 2007). *Revisión y actualización en la documentación del sistema de gestión de la calidad*. Obtenido de  
<http://biblioteca.utp.edu.co/tesisdigitales/ficha35.htm>
- Asociación española para la calidad. (2017). *Asociación española para la calidad*. Obtenido de Asociación española para la calidad: <https://www.aec.es/web/guest/centro-conocimiento/evaluacion-de-desempeno>
- Barraza Pérez, Y. (13 de Octubre de 2017). *Repositorio Institucional UFPSO*. Obtenido de Repositorio Institucional UFPSO:  
<http://repositorio.ufpso.edu.co:8080/dspaceufpso/handle/123456789/1777>
- Bermudez, M. d., Sierra, J. C., Zych, I., & Castro, A. (2009). Comparación de los indicadores de gestión en las universidades. *Revista de Universidad y sociedad del conocimiento*.
- Bernal , A., & Saavedra , N. (2017). *Repositorio Uniminuto*. Obtenido de Repositorio Uniminuto:  
[http://repository.uniminuto.edu:8080/xmlui/bitstream/handle/10656/5501/TA\\_BernalMarantesAngelaEsmeralda\\_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repository.uniminuto.edu:8080/xmlui/bitstream/handle/10656/5501/TA_BernalMarantesAngelaEsmeralda_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Congreso de Colombia. (2012). *Constitución Política de Colombia*. Bogotá: Cupido.
- Cucutanuestra.com. (s.f.). *Cucutanuestra.com*. Obtenido de Cucutanuestra.com:  
<https://www.cucutanuestra.com/temas/geografia/municipios/region-norte/ocana/ocana.htm>
- Departamento administrativo de la función pública*. (11 de Septiembre de 2017). Obtenido de Departamento administrativo de la función pública:  
<http://www.sic.gov.co/sites/default/files/normatividad/092017/DECRETO-1499-DEL-11-DE-SEPTIEMBRE-DE-2017.pdf>
- Diario Oficial 48634 de diciembre 3 de 2012. (3 de Diciembre de 2012). *Alcaldía Bogotá*. Obtenido de Alcaldía Bogotá:  
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=50803>
- El tiempo. (20 de Junio de 1994). Calidad total: algo de historia. *Calidad total: algo de historia*.

- Función Pública. (2017). *Mipg*. Obtenido de Mipg: <http://www.funcionpublica.gov.co/web/mipg>
- Gallego, J. M., & Gutierrez, L. (Julio de 2016). *Banco Interamericano de desarrollo*. Obtenido de Banco Interamericano de desarrollo: <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/7765/El-Sistema-Nacional-de-Calidad-en-Colombia-un-analisis-cualitativo-del-desarrollo-del-sistema.pdf?sequence=1>
- García, M., Quispe, C., & Ráez, L. (2003). Mejora continua de la calidad en los procesos. *Industrial Data*, , 89-94.
- Gobernación Norte de Santander. (15 de Febrero de 2017). *Noticias Gobernación Norte de Santander*. Obtenido de Noticias Gobernación Norte de Santander: <http://www.nortedesantander.gov.co/Noticias-Gobernaci%C3%B3n-Norte-de-Santander/ArticleID/8536/Icontec-reactiva-certificaci%C3%B3n-ISO-9001-a-la-Secretar%C3%ADa-de-Educaci%C3%B3n-de-Norte-de-Santander>
- González, A., & Rodríguez, R. (2010). Diseño de un sistema de gestión de la calidad con un enfoque de Ingeniería de la calidad. *Ingeniería Industrial*.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2003). Metodología de la Investigación. En *Metodología de la Investigación* (pág. 122).
- Instituto Colombiano de Normas técnicas y certificación ICONTEC. (2015). *NTC ISO 9000: 2015*. Bogotá : ICONTEC.
- Isotools. (30 de Enero de 2016). *Isotools*. Obtenido de Isotools: <https://www.isotools.org/2016/01/30/historia-y-evolucion-del-concepto-de-gestion-de-calidad/>
- Joya, C. (2 de Agosto de 2017). *Contraloría general del departamento Norte de Santander*. Obtenido de Contraloría general del departamento Norte de Santander: [http://www.contraloriands.gov.co/Content/NewsFiles/2128\\_comunicado%20prensa%20bpb%20contraloria%20icontec.pdf](http://www.contraloriands.gov.co/Content/NewsFiles/2128_comunicado%20prensa%20bpb%20contraloria%20icontec.pdf)
- Ley 872 de 2003. (2003). <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=11232>. Obtenido de Alcaldía de Bogotá: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=11232>
- Manual SIG, UFPSO. (2017). [www.ufpso.edu.co](http://www.ufpso.edu.co). Obtenido de [www.ufpso.edu.co](http://www.ufpso.edu.co)
- Mejia Coneo, O. (2015). *Biblioteca digital Usb*. Obtenido de Biblioteca digital Usb: [http://bibliotecadigital.usb.edu.co/bitstream/10819/4397/1/Importancia%20implementacion%20sistema%20gesti%C3%B3n\\_Oscar%20mej%C3%ADa%20C\\_2015.pdf](http://bibliotecadigital.usb.edu.co/bitstream/10819/4397/1/Importancia%20implementacion%20sistema%20gesti%C3%B3n_Oscar%20mej%C3%ADa%20C_2015.pdf)
- Moreno, C., & Cifuentes, J. (28 de Junio de 2016). *Repositorio Universidad Distrital Francisco José de Caldas*. Obtenido de Repositorio Universidad Distrital Francisco José de Caldas: <http://repository.udistrital.edu.co/handle/11349/3068>

- Norma Técnica Colombiana. (2015). *ISO 9001*. Bogotá.
- NTC ISO 9001: 2015. (23 de Septiembre de 2015). *Sistema gestión de calidad*. Obtenido de Sistema gestión de calidad: <http://www.nueva-iso-9001-2015.com/4-4-sistema-de-gestion-de-la-calidad/>
- Ocampo Reyes, N. (6 de Mayo de 2015). *Slideshare*. Obtenido de Slideshare: <https://es.slideshare.net/ocareymx/herramientas-de-la-calidad>
- Padilla, G. (3 de Febrero de 2002). *Gestión de la calidad según Juran*. Obtenido de Gestión de la calidad según Juran: <https://www.gestiopolis.com/gestion-de-la-calidad-segun-juran-deming-crosby-e-ishikawa/>
- Páez, L. (2012). *Información de Ocaña*. Ocaña: Producciones AJ.
- Paez, Y., & Amaya, M. (25 de Mayo de 2015). *Repositorio institucional UFPSO*. Obtenido de Repositorio institucional UFPSO: <http://repositorio.ufpso.edu.co:8080/dspaceufpso/handle/123456789/638>
- Pérez, J., & Merino, M. (2009). *Definiciones*. Obtenido de Definiciones: <https://definicion.de/muestra/>
- Presidencia de la República. (13 de Octubre de 2017). *Función Pública*. Obtenido de Función Pública: [http://www.funcionpublica.gov.co/eva/admon/files/empresas/ZW1wcmVzYV83Ng==/archivos/1508252644\\_ace62198c2ac686891d7127d86f84937.pdf](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/admon/files/empresas/ZW1wcmVzYV83Ng==/archivos/1508252644_ace62198c2ac686891d7127d86f84937.pdf)
- Rincón Bermudez, R. (2018). *Reliability*. Obtenido de Reliability: <https://reliabilityweb.com/sp/articles/entry/los-indicadores-de-gestion>
- Ruiz Velasco , E. (2017). *Repositorio Universidad Jorge Tadeo Lozano*. Obtenido de Repositorio Universidad Jorge Tadeo Lozano: <http://expeditiorepositorio.utadeo.edu.co/bitstream/handle/20.500.12010/2781/Trabajo%20de%20Grado%206.0%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sepúlveda Ramírez, C. A. (13 de Octubre de 2017). *Repositorio institucional UFPSO*. Obtenido de Repositorio institucional UFPSO: <http://repositorio.ufpso.edu.co:8080/dspaceufpso/handle/123456789/1779>
- Sorrentino, F. (29 de Noviembre de 2017). *Fundaciòn para el desarrollo del potencial*. Obtenido de Fundaciòn para el desarrollo del potencial: <http://www.sonria.com/glossary/efectividad/>
- Tamayo, J., & Tamayo, M. (1987). *El proceso de la investigación científica: fundamentos de investigación con manual de evaluación de proyectos* .
- Udaondo Durán , M. (1992). *Gestión de calidad*. Madrid: Ediciones Diaz de santos S.A.



- Universidad de Pamplona. (2011). *Universidad de Pamplona*. Obtenido de [http://www.unipamplona.edu.co/unipamplona/portaIG/home\\_13/publicacion/publicado/index.htm](http://www.unipamplona.edu.co/unipamplona/portaIG/home_13/publicacion/publicado/index.htm)
- Universidad del Magdalena . (2018). *Universidad del Magdalena* . Obtenido de Universidad del Magdalena : <https://www.unimagdalena.edu.co/Publico/Historia>
- Universidad del Magdalena. (2018). *Universidad del Magdalena*. Obtenido de Universidad del Magdalena: <http://cogui.unimagdalena.edu.co/>
- Universidad Francisco de Paula Santander Ocaña. (2016). *Universidad Francisco de Paula Santander Ocaña*. Obtenido de Universidad Francisco de Paula Santander Ocaña: <https://ufpso.edu.co/Historia>
- Universidad Francisco de Paula Santander Ocaña. (2016). *Universidad Francisco de Paula Santander Ocaña*. Obtenido de Universidad Francisco de Paula Santander Ocaña: <https://ufpso.edu.co/sig/>
- Universidad Industrial de Santander. (2018). *Universidad Industrial de Santander*. Obtenido de Universidad Industrial de Santander: [http://www.uis.edu.co/webUIS/es/acercaUis/02-19%20WEB\\_HistoriaUIS.pdf](http://www.uis.edu.co/webUIS/es/acercaUis/02-19%20WEB_HistoriaUIS.pdf)
- Universidad Industrial de Santander. (2018). *Universidad Industrial de Santander*. Obtenido de Universidad Industrial de Santander: <https://www.uis.edu.co/webUIS/es/sistemaGestionIntegrado/sistemaGestionCalidad/politicaObjetivosSGC.html>
- Universidad Tecnológica de Pereira. (2015). *Universidad Tecnológica de Pereira*. Obtenido de <https://www.utp.edu.co/gestioncalidad/>
- Ureña Lopez, A. E. (Junio de 1998). *Biblioteca UMA*. Obtenido de Biblioteca UMA: <http://www.biblioteca.uma.es/bbl/doc/tesisuma/16279463.pdf>
- Vargas Cabrales , Y., & Franco Rios , Y. (10 de Diciembre de 2015). *Repositorio institucional UFPSO*. Obtenido de Repositorio institucional UFPSO: <http://repositorio.ufpso.edu.co:8080/dspaceufpso/handle/123456789/968>

# Apéndices

**Apéndice A. Modelode entrevista dirigida al equipo del Sistema Integrado de Gestión de la Universidad Francisco de Paula Santander Ocaña.**



**UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER OCAÑA**

**FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y**

**ECONÓMICAS ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS**

**Objetivo:** Evaluación del desempeño del sistema de gestión de la calidad a través de las herramientas de gestión de la Universidad Francisco de Paula Santander Ocaña.

1. ¿En qué año se da la implementación del SIG en la universidad?

2008\_\_\_\_ 2009\_\_\_\_ 2010\_\_\_\_

2. ¿Cuenta el Sistema Integrado con herramientas de gestión?

SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_

3. ¿De una breve explicación de cómo se hace el acompañamiento a los demás procesos?

---



---



---

4. ¿En qué año logran la primera certificación por parte de ICONTEC?

---

5. De manera general mencione las herramientas que han implementado a través del tiempo la Universidad.

---



---

6. ¿Cuáles de estas herramientas son propias del sistema?

---

7. ¿Cuáles de las herramientas son de otros procesos?

---

8. ¿Qué aportes le brinda el Sistema Integrado de Gestión a la UFPSO?

---

---

9. ¿Cree usted que los demás procesos han contribuido de manera adecuada en la implementación de las herramientas para que estas generen el impacto esperado en el sistema?

SI \_\_\_ NO \_\_\_

¿De qué manera?

---

10. ¿Cómo ha sido el proceso de transición del sistema a la ISO 9001:2015?

---

---

11. ¿Al haberse dado un proceso de transición de la norma, las herramientas de gestión sufrieron alguna modificación debido a esto??

SI \_\_\_ NO \_\_\_

¿De qué manera?

---

---

12. Al día de hoy, ¿las herramientas han tenido modificaciones desde el momento de su implementación?

---

---

---

13. Si su respuesta fue positiva, para realizar esas modificaciones qué criterios se han tenido en cuenta ¿Estos han sido debido a aspectos internos o externos?

---

---

---