

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 5.0
		Página: 1 de 43	
Fecha de Emisión: Junio 2011	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		
Elaborado por: Oficina de Planeación y Desarrollo Institucional -Área de Calidad v Mejoramiento-	Revisado por: Coordinadora Área de Calidad y Mejoramiento	Aprobado por: Jefe de Oficina de Planeación y Desarrollo Institucional	

TABLA DE CONTENIDO

1. OBJETIVO	6
2. ALCANCE.....	6
3. DEFINICIONES.....	6
3.1. Definiciones – Servicio No Conforme.....	6
3.1.1. Acción a Seguir para el Tratamiento a las Dificultades en el Desarrollo de los Procesos.....	6
3.1.2. Dificultades en el Desarrollo de los Procesos	7
3.2. Definiciones – Auditorías Internas de Calidad.....	7
3.2.1. Alcance de la Auditoría	7
3.2.2. Auditado	7
3.2.3. Auditor	7
3.2.4. Auditoría Interna Calidad.....	7
3.2.5. Auditor Líder.....	7
3.2.6. Auditor Jefe	7
3.2.7. Ciclo de Auditoría.....	8
3.2.8. Criterios de Auditoría.....	8
3.2.9. Conclusiones de la Auditoría.....	8
3.2.10. Efectividad.....	8

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 5.0
		Página: 2 de 43	
Fecha de Emisión: Junio 2011	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

3.2.11.	Eficacia.....	8
3.2.12.	Eficiencia.....	8
3.2.13.	Equipo Auditor.....	8
3.2.14.	Evidencia de la Auditoría.....	8
3.2.15.	Hallazgos de la Auditoría	8
3.2.16.	No Conformidad	9
3.2.17.	Observación	9
3.2.18.	Plan de Auditorías	9
3.2.19.	Programa de Auditorías	9
3.3.	Definiciones - Satisfacción de Usuarios	9
3.3.1.	Satisfacción de Usuarios.....	9
3.4.	Definiciones - Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejoramiento.....	9
3.4.1.	Acción Correctiva	9
3.4.2.	Acción de Mejoramiento.....	9
3.4.3.	Acción Preventiva.....	10
3.4.4.	Corrección.....	10
3.4.5.	Grupos Primarios	10
3.4.6.	Indicadores de Gestión	10
3.4.7.	Indicadores Plan de Acción.....	10

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 5.0
		Página: 3 de 43	
Fecha de Emisión: Junio 2011	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

3.4.8.	Indicadores Sistema Universitario Estatal - SUE.....	10
3.4.9.	Mapa de Riesgos	11
3.4.10.	Mejora Continua.....	11
3.4.11.	Mitigar	11
3.4.12.	Problema.....	11
3.4.13.	Requisito	11
3.4.14.	Riesgo	11
4.	POLÍTICAS Y CONDICIONES GENERALES	12
4.1.	Políticas y Condiciones Generales - Dificultades en el Desarrollo de los Procesos.....	12
4.1.1.	Identificación y Tratamiento de las Dificultadas en el Desarrollo de los Procesos.....	12
4.2.	Políticas y Condiciones Generales para las Auditorías Internas de Calidad	13
4.2.1	Funciones y Responsabilidades del Auditor.....	13
4.2.2	Perfil del Auditor	14
4.2.3	Perfil del Auditor Líder	14
4.2.4	Funciones y Responsabilidades del Auditor Líder	15
4.2.5	Preparación de las Auditorías	15
4.2.6	Ejecución de las Auditorías Internas de Calidad	16
4.2.7	Informe	18

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 5.0
		Página: 4 de 43	
Fecha de Emisión: Junio 2011	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

4.2.8	Plan de Acción	18
4.2.9	Seguimiento	19
4.2.10	Informe Final para la Alta Dirección	19
4.2.11	Evaluación de Desempeño del Auditor	19
4.3.	Políticas y Condiciones Generales: Satisfacción de Usuarios	20
4.4.	Políticas y Condiciones Generales: Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora.....	20
4.4.1.	Fuentes de la Información para la Identificación de Problemas	21
4.4.2.	Identificación del Problema	21
4.4.3.	Análisis de Causas.....	22
4.4.4.	Plan de Acción	23
4.4.5.	Seguimiento a las Acciones	24
4.4.6.	Estandarización.....	25
4.5.	Políticas y Condiciones Generales: Cambios en el Sistema de Gestión de Calidad	25
4.6.	Indicadores	26
4.7.	Políticas y Condiciones Generales: Revisión por la Dirección	27
5.	DIAGRAMA DE FLUJO GENERAL	28
5.1.	Dificultades en el Desarrollo de los Procesos	28

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 5.0
		Página: 5 de 43	
Fecha de Emisión: Junio 2011	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

5.2.	Auditorías Internas	29
5.3.	Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejoramiento	29
5.4.	Revisión por la Dirección	30
6.	PROCEDIMIENTOS.....	31
6.1.	Dificultades en el Desarrollo de los Procesos (Aplicado a Subprocesos Misionales)	31
6.2.	Auditorías Internas de Calidad	32
6.3.	Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejoramiento	35
6.4.	Revisión por la Dirección	38
6.5.	Satisfacción de Usuarios	39
6.6.	Planificación de los Cambios del Sistema de Gestión Integral de Calidad	40
7.	PROCESOS RELACIONADOS	40
8.	FORMATOS.....	41
9.	DOCUMENTOS EXTERNOS.....	41
10.	ANEXOS.....	41

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 5.0
		Página: 6 de 43	
Fecha de Emisión: Junio 2011	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

1. OBJETIVO

Establecer los diferentes criterios, procedimientos y disposiciones en la Universidad, para el desarrollo de la gestión en términos del mejoramiento continuo, enmarcado dentro de los requisitos del Sistema de Gestión Integral de Calidad de la Universidad del Valle.

2. ALCANCE

Aplica para todos los subprocesos de la Universidad (a excepción del procedimiento de Dificultades en el Desarrollo de los Procesos que aplica sólo para los procesos misionales).

Incluye los procedimientos de Dificultades en el Desarrollo de los Procesos, Auditorías Internas de Calidad, Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejoramiento, y Revisión por la Dirección.

3. DEFINICIONES

Las siguientes definiciones son extraídas de la NTCGP 1000, de la norma ISO 19011 y en algunos casos fueron adaptadas a la Universidad.

3.1. Definiciones – Servicio No Conforme

En el Comité Coordinador de Control Interno del 10 de Mayo de 2010 el Rector manifestó la importancia de adaptar los términos usados por la norma NTCGP 1000 a la cultura y dinámica de la Universidad, los integrantes del mismo aprobaron denominar al Servicio no Conforme como **Dificultades en el Desarrollo de los Procesos**; por tanto siempre que se indiquen las dificultades que se presentan en el desarrollo de los procesos se referencia a la identificación del servicio no conforme.

3.1.1. Acción a Seguir para el Tratamiento a las Dificultades en el Desarrollo de los Procesos

Acción tomada para garantizar que el servicio y/o proceso misional sea conforme con los requisitos establecidos.

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 5.0
		Página: 7 de 43	
Fecha de Emisión: Junio 2011	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

3.1.2. Dificultades en el Desarrollo de los Procesos

Problemas u obstáculos presentados en el desarrollo de los procesos misionales o servicios misionales, antes de llevarse a cabo los mismos.

3.2. Definiciones – Auditorías Internas de Calidad

3.2.1. Alcance de la Auditoría

Extensión y límites de una auditoría.

3.2.2. Auditado

Organización que es auditada, Corresponde al área o subproceso objeto del ejercicio de auditoría.

3.2.3. Auditor

Persona con la competencia requerida para realizar auditorías.

3.2.4. Auditoría Interna Calidad

Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias que, al evaluarse de manera objetiva, permiten determinar la conformidad del Sistema de Gestión de la Calidad con los requisitos establecidos y que se ha implementado y se mantiene de manera eficaz, eficiente y efectiva.

NOTA Las evidencias consisten en registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que sea pertinente para los criterios de auditoría, y que sea verificable.

NOTA Cuando se auditan juntos diversos sistemas de gestión se denomina auditoría combinada.

3.2.5. Auditor Líder

Responsable por la planeación, programación de los ciclos de las auditorías internas de calidad y elaboración de los informes por ciclo de auditoría. Cuando el auditor líder participe en las auditorías internas podrá realizar todas las funciones del auditor jefe o auditor interno del equipo.

3.2.6. Auditor Jefe

Responsable de encabezar al equipo auditor. El auditor jefe prepara el plan de la auditoría, conduce las reuniones, consolida los hallazgos de la auditoría y rinde el informe de la auditoría.

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 5.0
		Página: 8 de 43	
Fecha de Emisión: Junio 2011	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

3.2.7. Ciclo de Auditoría

Conjunto de Auditorías programadas que se ejecutan en un periodo determinado y que comprende: Auditoría Inicial, Auditoría de Seguimiento de Hallazgos y Cierre; cada ciclo es dirigido y controlado por el Auditor Líder.

3.2.8. Criterios de Auditoría

Conjunto de políticas, procedimientos o requisitos.

NOTA. Los criterios de auditoría se utilizan como una referencia frente a la cual se compara la evidencia de la auditoría.

3.2.9. Conclusiones de la Auditoría

Resultado de una auditoría, que proporciona el equipo auditor tras considerar los objetivos y criterios establecidos y todos los hallazgos de la auditoría.

3.2.10. Efectividad

Medida del impacto de la gestión tanto en el logro de los resultados planificados, como en el manejo de los recursos utilizados y disponibles.

3.2.11. Eficacia

Grado en el que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados.

3.2.12. Eficiencia

Relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados.

3.2.13. Equipo Auditor

Uno o más auditores que llevan a cabo una auditoría.

3.2.14. Evidencia de la Auditoría

Registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que son pertinentes para los criterios de auditoría y que son verificables.

3.2.15. Hallazgos de la Auditoría

Resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría recopilada frente a los criterios de auditoría.

Nota: Los hallazgos de la auditoría pueden indicar tanto conformidad o no conformidad con los criterios de auditoría, como oportunidades de mejora y observaciones.

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 5.0
		Página: 9 de 43	
Fecha de Emisión: Junio 2011	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

3.2.16. No Conformidad

Incumplimiento de un requisito.

3.2.17. Observación

Situación que potencialmente puede afectar el Sistema de Gestión.

3.2.18. Plan de Auditorías

Descripción de las actividades y de los detalles acordados de una auditoría.

3.2.19. Programa de Auditorías

Conjunto de una o más auditorías planificadas para un período de tiempo determinado y dirigidas hacia un propósito específico.

3.3. Definiciones - Satisfacción de Usuarios

3.3.1. Satisfacción de Usuarios

Percepción del usuario sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos y expectativas.

3.4. Definiciones - Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejoramiento

3.4.1. Acción Correctiva

Conjunto de Acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad detectada u otra situación no deseable (problema real).

NOTA 1 Puede haber más de una causa para una no conformidad.

NOTA 2 La acción correctiva se toma para evitar que algo vuelva a producirse, mientras que la acción preventiva se toma para prevenir que algo suceda.

NOTA 3 Existe diferencia entre corrección y acción correctiva.

3.4.2. Acción de Mejoramiento

Actividad que se presenta cuando existiendo cumplimiento de lo planeado se quiere lograr un mejor nivel de ejecución.

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 5.0
		Página: 10 de 43	
Fecha de Emisión: Junio 2011	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

3.4.3. Acción Preventiva

Conjunto de Acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad potencial u otra situación potencial no deseable (problema potencial).

NOTA 1 Puede haber más de una causa para una no conformidad potencial.

NOTA 2 La acción preventiva se toma para prevenir que algo suceda, mientras que la acción correctiva se toma para evitar que vuelva a producirse.

3.4.4. Corrección

Acción tomada para eliminar una no conformidad detectada.

NOTA 1 Una corrección puede realizarse junto con una acción correctiva.

NOTA 2 Una corrección puede ser, por ejemplo, un reproceso o una reclasificación.

3.4.5. Grupos Primarios

Equipos de trabajo internos conformados dentro de los procesos para el análisis de situaciones que se estén presentando, presentación de informes o retroalimentación de información.

3.4.6. Indicadores de Gestión

Relación entre las variables cuantitativas o cualitativas, que permite observar la situación y las tendencias de cambio generadas en el objeto o fenómeno respecto de objetivos y metas previstas e influencias esperadas.

3.4.7. Indicadores Plan de Acción

Indicadores que se deben llevar a cabo para dar cumplimiento a los Asuntos Estratégicos, Estrategias y Programas considerados en el Plan Estratégico de Desarrollo.

3.4.8. Indicadores Sistema Universitario Estatal - SUE

Conjunto de variables e indicadores que describen el desempeño de las instituciones de educación superior públicas, en relación con su misión, su carácter de universidad pública y sus recursos disponibles, los cuales se combinan en un modelo de indicadores de gestión que mide el desempeño del Sistema Universitario Estatal en su conjunto.

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 5.0
		Página: 11 de 43	
Fecha de Emisión: Junio 2011	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

3.4.9. Mapa de Riesgos

Es una herramienta que se utiliza para establecer las situaciones que pueden ocasionar riesgos (potenciales) y que obstaculicen el normal desarrollo de la Institución.

3.4.10. Mejora Continua

Acción permanente realizada, con el fin de aumentar la capacidad para cumplir los requisitos y optimizar el desempeño.

Es la parte de la gestión de la organización encargada de ajustar las actividades y subprocesos que desarrolla la organización para proporcionarles una mayor eficacia y/o una mayor eficiencia.

3.4.11. Mitigar

Medidas, política o estrategias, individuales o colectivas tendientes a reducir el impacto o consecuencias de un fenómeno amenazante. Pueden ser estructurales o no estructurales.

3.4.12. Problema

Resultado no esperado en la ejecución de una actividad o servicio que causa un incumplimiento en relación con sus especificaciones.

3.4.13. Requisito

Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita (habitual o común) u obligatoria.

NOTA 1 "Generalmente implícita" significa que es habitual o una práctica común para la entidad, sus clientes y otras partes interesadas, el que la necesidad o expectativa bajo consideración esté implícita.

NOTA 2 La palabra obligatoria, se refiere, generalmente, a disposiciones de carácter legal.

NOTA 3 Pueden utilizarse calificativos para identificar un tipo específico de requisito, por ejemplo, requisito de un producto y/o servicio, requisito de la gestión de la calidad, requisito del cliente.

NOTA 4 Los requisitos pueden ser generados por las diferentes partes interesadas.

3.4.14. Riesgo

Toda posibilidad de ocurrencia de aquella situación que pueda afectar el desarrollo normal de las funciones de la entidad y el logro de sus objetivos.

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 5.0
		Página: 12 de 43	
Fecha de Emisión: Junio 2011	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

4. POLÍTICAS Y CONDICIONES GENERALES

4.1. Políticas y Condiciones Generales - Dificultades en el Desarrollo de los Procesos

4.1.1. Identificación y Tratamiento de las Dificultadas en el Desarrollo de los Procesos

Las dificultades en el desarrollo de los procesos o los servicios se pueden identificar a partir de la gestión propia de la ejecución de los subprocesos misionales, se detecta antes de que lo perciban los usuarios.

Cuando se identifica una dificultad en el desarrollo de los procesos se debe determinar la naturaleza de la misma y tomar las correcciones pertinentes, opcionalmente se puede registrar en el formato de Registro de Dificultades en el Desarrollo de los Procesos o informar a la instancia correspondiente para el registro de la dificultad y la toma de acción.

De acuerdo con la frecuencia de reuniones estipuladas por los Consejos de Facultad o Institutos Académicos, Comités de Calidad de la Seccional o Sede Regional y Grupos primarios de los subprocesos misionales se debe revisar y analizar las dificultades en el desarrollo de los procesos, dejando evidencia de su análisis en las actas o registros correspondientes. Se debe enviar semestralmente un informe consolidado de las dificultades en el desarrollo de los procesos al Área de Calidad y Mejoramiento de la Oficina de la Planeación y Desarrollo Institucional. Dadas las particularidades de cada Facultad, Sede o Instituto, el Formato “Registro de Dificultades en el Desarrollo de los Procesos”, puede ser adaptado y aplicado según sus propios requerimientos.

Cada Decano, Director de Instituto Académico, Director de Seccional y Coordinador de Sede deberá establecer la metodología más apropiada para el desarrollo de esta actividad.

El Área de Calidad y Mejoramiento, tabulará la información y los resultados de este proceso serán sistematizados, se hará la entrega de informes a las Directivas Universitarias para el respectivo análisis y establecimiento de acciones tendientes a mejorar la prestación del servicio.

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 5.0
		Página: 13 de 43	
Fecha de Emisión: Junio 2011	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

Se deberán tomar Acciones Correctivas, Preventivas o de Mejora (Ver capítulo 4.4 de este manual) cuando las dificultades en el desarrollo de los procesos sean repetitivas, sistemáticas, afecten la prestación del servicio, impacten directamente la imagen, credibilidad o sostenibilidad de la Universidad.

El Área de Calidad y Mejoramiento orientará las acciones a través del Comité de Calidad de cada Facultad, Instituto Académico o Sede Regional.

4.2. Políticas y Condiciones Generales para las Auditorías Internas de Calidad

A. Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000, Capítulo 8.2.2 Auditoría Interna.

B. Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 19011, Directrices para la Auditoría de los Sistemas de Gestión de Calidad y/o Ambiental.

- Las auditorías internas de calidad se realizan con los siguientes propósitos:
 - Determinar la conformidad del Sistema de Gestión Integral con las disposiciones establecidas en la documentación del Sistema.
 - Proporcionar elementos de juicio para introducir programas de mejoramiento.
 - Determinar la efectividad del Sistema de Gestión para cumplir con los requisitos establecidos en la norma y con los objetivos propuestos para un período de tiempo específico.

4.2.1 Funciones y Responsabilidades del Auditor

- Ser independiente con relación al área auditada.
- Planificar la auditoría y elaborar lista de verificación.
- Realizar la auditoría teniendo en cuenta el alcance.
- Recolectar y analizar la evidencia objetiva que sea pertinente y suficiente para obtener conclusiones.
- Documentar las observaciones.
- Tratar la información confidencial con discreción.

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 5.0
		Página: 14 de 43	
Fecha de Emisión: Junio 2011	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

- Reportar los hallazgos encontrados.
- Verificar la implantación de las acciones correctivas, preventivas y de mejora.
- Reportar cualquier obstáculo importante encontrado al ejecutar la auditoría.
- Realizar reunión de cierre con el auditado, dándole a conocer los resultados de la auditoría.

4.2.2 Perfil del Auditor

Educación: Estudios Universitarios en cualquier Área de Conocimiento.

Formación: Curso Aprobado de Formación de Auditores Internos.
Conocimiento de las Normas de Referencia: NTCGP 1000, MECI, etc.

Experiencia: Mínimo seis (6) meses en la Institución.

Habilidades: Comunicación Oral y escrita, Buenas Relaciones Interpersonales y Trabajo en Equipo.

Actitud: Disposición para desempeñar el Rol en la Universidad.

A consideración del auditor líder, representante de la dirección o un responsable de un subproceso se podrá contar con auditores externos para la realización de auditorías internas.

Estos auditores deberán demostrar la competencia en educación, formación y experiencia en auditorías.

4.2.3 Perfil del Auditor Líder

Educación: Estudios Universitarios en cualquier Área de Conocimiento.

Formación: Curso Aprobado y Certificado de Auditor Líder.
Conocimiento de las Normas de Referencia: NTCGP 1000, MECI, etc. en su versión actual.

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 5.0
		Página: 15 de 43	
Fecha de Emisión: Junio 2011	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

Experiencia: Mínimo cinco (5) años en la Institución en coordinación de procesos de calidad.

Habilidades: Comunicación Oral y escrita, Buenas Relaciones Interpersonales y Trabajo en Equipo.

Actitud: Disposición para desempeñar el Rol en la Universidad.

4.2.4 Funciones y Responsabilidades del Auditor Líder

- Selección y Entrenamiento de Auditores.
- Programar las auditorías.
- Llevar a cabo la reunión de Apertura General
- Asesorar a los equipos auditores para llegar a las conclusiones de la auditoría.
- Asegurar el seguimiento por parte de los equipos auditores a los planes de mejoramiento.
- Realizar el informe general del estado de las no conformidades derivadas de las auditorías.
- Preparar el Informe Gerencial para la Revisión por la Dirección.

4.2.5 Preparación de las Auditorías

El Auditor Líder realiza la programación del ciclo de auditorías internas, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- El Mapa de Procesos
- El estado y la importancia de los procesos y subprocesos.
- Los resultados obtenidos en auditorías previas tanto externas como internas
- Cambios organizacionales.
- Implantación de nuevos procesos o subprocesos.
- Cambios coyunturales (Normativos, reestructuración de personal)

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 5.0
		Página: 16 de 43	
Fecha de Emisión: Junio 2011	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

Los Auditores Internos de Calidad realizan la planeación de cada auditoría asignada, donde se deben definir: los requisitos del Sistema de Gestión Integral de Calidad a auditar, las preguntas de ayuda para verificar el cumplimiento de los requisitos y conocimiento general del subproceso a auditar.

Los criterios para realizar la auditoría incluyen principalmente:

- Manual del Sistema de Gestión de Calidad
- Documentación del proceso o subproceso a auditar
- Normatividad que regula el subproceso a auditar
- Registros del Sistema de Gestión Integral de Calidad
- Política de Calidad
- Norma NTCGP 1000
- Modelo Estándar de Control Interno – MECI -
- Sistema de Desarrollo Administrativo – SISTEDA -

Si en la revisión del Plan de Auditorías Internas, el auditado y/o los demás participantes de la auditoría objetan alguna o varias de sus disposiciones, éstas se deben resolver entre las partes interesadas o con el Auditor Líder antes de iniciar la auditoría.

En la etapa de preparación de la auditoría el equipo auditor prepara la Lista de Verificación F-05-MP-13-01-01, la cual le permite:

- Ayudar al control del tiempo de la auditoría, indicando lo que ha de cubrirse en cada subproceso.
- Recopilar las evidencias de la Auditoría en un Orden Lógico.
- Facilitar el cubrimiento de cada actividad, obteniendo respuesta para los requerimientos.

4.2.6 Ejecución de las Auditorías Internas de Calidad

La reunión de apertura tiene como propósito la presentación de los auditores, ratificar el objeto y alcance de la auditoría, definir la metodología a emplear para el desarrollo de la misma, confirmar asignación de recursos, resolver posibles dudas de los auditados,

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 5.0
		Página: 17 de 43	
Fecha de Emisión: Junio 2011	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

confirmar los canales de comunicación entre el equipo auditor y el auditado, aclarar el proceso de presentación del informe, aclarar cualquier aspecto delicado o confidencial, determinar aspectos o requisitos relacionados con la seguridad.

Mediante las entrevistas con los auditados, observación directa del desarrollo de las actividades, verificación de registros (reportes e informes, resultados de las mediciones, acciones correctivas, acciones preventivas, resultados de desempeño de los subprocesos, comportamiento de los indicadores de gestión establecidos, etc.), se reúnen las evidencias objetivas que permiten verificar y/o comprobar el desarrollo de las actividades previstas y/o planificadas, y se estén adelantando planes y acciones, orientadas al mejoramiento del desempeño del Sistema de Gestión Integral de la Calidad.

Todo hallazgo que se obtiene en el desarrollo de una auditoría debe ser corroborado en el sitio de trabajo donde fue obtenido o donde se aplica.

Los hallazgos pueden ser No Conformidades u Observaciones.

Si en el desarrollo de una auditoría, un equipo auditor detecta dificultades para el logro de los objetivos inicialmente propuestos, debe informar las razones al auditado para solucionarlas o comunicarlas al Auditor Líder.

Finalizada la etapa de recolección de las evidencias objetivas, el equipo auditor se reúne para realizar el balance final de los resultados, determinar los hallazgos que constituyen tanto cumplimiento como incumplimiento en la gestión, y prepara las conclusiones de la auditoría.

En la Reunión de Cierre, después de determinar los hallazgos, se realizan las siguientes actividades:

- Recuento del procedimiento seguido.
- Presentación de los hallazgos obtenidos en el desarrollo de la auditoría, de tal manera que se garantice una comprensión clara de los resultados y las No Conformidades y Observaciones detectadas.

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 5.0
		Página: 18 de 43	
Fecha de Emisión: Junio 2011	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

Cualquier opinión divergente relativa a los hallazgos de la auditoría y/o conclusiones entre el equipo auditor y el auditado deben de discutirse y si es posible resolverse. Si no se resolvieran, el Auditor líder mediará para llegar a algún acuerdo.

4.2.7 Informe

Cada equipo auditor prepara y presenta el informe correspondiente, el cual constituye el registro completo y conciso de los resultados de dicho ejercicio.

El informe de auditoría traduce fielmente los hallazgos, recuerda el objetivo y alcance de la auditoría, indica la fecha de la auditoría, establece la composición del equipo auditor, referencia los documentos examinados, define no conformidades mayores, menores u observaciones y relaciona los puntos fuertes de la actividad auditada.

El Auditor Jefe deberá entregar al Auditor Líder todos los soportes y registros de la auditoría llevada a cabo conjuntamente con el informe de la auditoría.

Una vez se termine la Reunión de Cierre, en el cual se expone los hallazgos y se aprueba verbalmente el documento, el Auditado debe manifestar su aceptación de manera formal, a través de la respuesta al correo enviado por el auditor jefe, en el cual se le hace entrega del informe y el plan de la auditoría.

4.2.8 Plan de Acción

El responsable de cada subproceso o dependencia auditada lidera la adopción y aplicación de las acciones correctivas pertinentes para solucionar las no conformidades encontradas, mediante la aplicación de la metodología establecida en el procedimiento Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejoramiento, la cual incluye la investigación e identificación de las causas, el establecimiento de las acciones, la definición del plan de acción a ejecutar, según las soluciones propuestas.

El Auditado debe diligenciar el Formato de Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora, para darle respuesta a los hallazgos de la auditoría y hacer entrega al Auditor Líder como máximo dentro de 45 días después de entregado el Informe de Auditoría.

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 5.0
		Página: 19 de 43	
Fecha de Emisión: Junio 2011	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

4.2.9 Seguimiento

Con base en los resultados obtenidos, según las fechas de implantación de las acciones correctivas determinadas por los auditados, los auditores internos efectúan las auditorías de seguimiento, para verificar la eficacia de las acciones correctivas tomadas. Dicho seguimiento se debe dar a conocer al Auditado.

El propósito del seguimiento es cerrar las No Conformidades y cuando se consideren cerradas la totalidad de las No Conformidades se considera cerrado el Ciclo de la Auditoría.

El profesional de la Oficina de Control Interno debe hacer seguimiento al cierre del ciclo de las Auditorías Internas de Calidad.

4.2.10 Informe Final para la Alta Dirección

Una vez se ejecuta la totalidad del programa de auditorías internas de calidad, con base en los informes de auditoría presentados por cada equipo auditor, el Auditor Líder elabora el informe general para presentarlo a la dirección como información de entrada para la Revisión por la Dirección del Comité Coordinador de Control Interno. Ver Procedimiento Revisión por la Dirección.

4.2.11 Evaluación de Desempeño del Auditor

Terminado cada ciclo de auditoría, los auditados y el auditor jefe evaluarán al grupo de auditores por medio de una evaluación del auditor, Al auditor Jefe lo evaluará el auditado y el auditor líder, pero cuando el Auditor Líder participa como Auditor Jefe o Auditor Interno solo será evaluado por el auditado.

Esta evaluación sirve para detectar habilidades y fortalezas que permitan demostrar la competencia del auditor. Las debilidades deberán ser analizadas por el Auditor Líder con el fin de determinar las acciones de mejoramiento.

A los Auditores Internos de Calidad se les informará vía correo electrónico el resultado de la evaluación finalizado el programa de auditoría. Con los Auditores que fueron calificados por debajo de cuatro (4.0) o con los que el Auditor Líder considere con

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 5.0
		Página: 20 de 43	
Fecha de Emisión: Junio 2011	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

respecto al desempeño general, se programará una reunión individual con el fin de conocer la percepción que se tiene respecto a la evaluación y el plan de mejoramiento trazado para incrementar la evaluación siguiente. De esta reunión debe quedar un registro, al cual se le hará un seguimiento.

Quedará a consideración del Auditor Líder la exclusión de los Auditores del Grupo de Auditores activos, debido a bajas calificaciones y poca participación en diferentes programas de auditorías, de lo cual quedará registro.

4.3. Políticas y Condiciones Generales: Satisfacción de Usuarios

La medición de satisfacción de usuarios para los procesos es llevada a cabo por el Área de Calidad y Mejoramiento. En el caso de que el responsable del proceso y/o subproceso desee realizar una medición de la Satisfacción de Usuarios podrá contar con el apoyo del Área de Calidad y Mejoramiento de la Oficina de Planeación y Desarrollo Institucional.

La medición debe ser dirigida a los usuarios definidos en las Matrices de Caracterización de Usuarios de cada Subproceso Misional o aquellos que por particularidades se requiera aplicar.

Es responsabilidad del líder del Subproceso gestionar la realización de las acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento que se deriven de los resultados de la medición de la Satisfacción de usuarios.

4.4. Políticas y Condiciones Generales: Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora

Se deben tomar Acciones Correctivas, Preventivas o de Mejora cuando llevado a cabo el análisis de datos se encuentra que una situación problemática es repetitiva, sistemática o afecta directamente la imagen, credibilidad o sostenibilidad de la Universidad.

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 5.0
		Página: 21 de 43	
Fecha de Emisión: Junio 2011	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

4.4.1. Fuentes de la Información para la Identificación de Problemas

Para la identificación de problemas u oportunidades de mejora se cuenta con las siguientes fuentes de información:

- Informes de No Conformidades de las Auditorías Internas de Calidad.
- Informe de Dificultades en el Desarrollo de los Procesos.
- Resultados de la revisión por parte de la alta dirección.
- Auditorías Internas de Control Interno / Planes de Mejoramiento.
- Proyectos de Mejora.
- Mapa de Riesgos.
- Peticiones, quejas, reclamos y sugerencias.
- Gestión de los subprocesos: Resultados de indicadores.
- Hallazgos de la Contraloría.
- Informe de Gestión de Procesos.
- Seguimiento Plan de Acción.
- Otros.

4.4.2. Identificación del Problema

Cuando se está definiendo un problema o proyecto es útil tener en cuenta lo siguiente:

Se debe concentrar en el efecto para que quede claro el ¿QUÉ? y no el ¿POR QUÉ?
Mostrar la diferencia entre lo que es y lo que debería ser, comparándola con los requerimientos del usuario, la normatividad y las especificaciones.

Cuantificar la diferencia estableciendo cuándo, cuánto o qué tan frecuente ocurre.

Evitar términos y conceptos muy amplios o ambiguos.

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 5.0
		Página: 22 de 43	
Fecha de Emisión: Junio 2011	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

Se debe señalar los subprocesos, los cargos o dependencias que son afectadas por el problema.

4.4.3. Análisis de Causas

Se podrán utilizar diferentes metodologías para analizar las causas de los problemas reales o potenciales, pero es importante tener en cuenta lo siguiente:

Identificar los procesos y subprocesos directamente relacionados con el problema (donde se observan los síntomas, en donde se pueda estar generando las causas del problema, y aquellos que puedan contribuir al análisis, implantación de la solución).

Para realizar el análisis de causas, se puede utilizar diferentes técnicas de análisis, tales como:

- Lluvia de Ideas
- Consenso
- Diagrama de Pareto
- Análisis Estadístico
- Diagrama de Causa y Efecto
- Diagrama Espina de Pescado
- Análisis de 5 ¿por qué?

Deberán mantenerse los registros de los resultados del análisis y sus anexos, si es que se tienen.

Para formar el equipo de trabajo se recomienda conformarlo con las personas adecuadas según el conocimiento directo del problema, tiempo disponible, aptitudes para el trabajo en equipo, responsabilidad y autoridad para la toma de decisiones y representatividad.

Asignar responsabilidades especiales dentro del equipo de trabajo (en el caso que se requiera): coordinación, secretario, etc. y nombrar siempre un Líder del Equipo cuya responsabilidad es coordinar las actividades del equipo y realizar seguimiento y cierre de las acciones.

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 5.0
		Página: 23 de 43	
Fecha de Emisión: Junio 2011	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

A- Observación de la Situación Actual

El objetivo es mirar el problema desde todos los ángulos posibles para identificar los factores que tienen mayor incidencia sobre él.

En esta etapa se reúne gran parte de la información que va a sustentar el análisis posterior, por tanto su recolección se debe planear con cuidado de manera que refleje la situación actual.

No se debe descartar ningún factor por creer que no tiene incidencia en el problema. Apóyese en la experiencia de quienes son los expertos del subproceso, aquellas personas que lo ejecutan diariamente.

B - Análisis

En este paso se busca profundizar en los factores relacionados con el problema para identificar aquellos que tienen la mayor incidencia sobre él.

Cada consideración que se realice sobre las causas es necesario que este respaldada con datos, ya que el acierto con que se identifiquen dependerá la efectividad de las acciones que se tomen.

- Cuando se esté abordando el problema o proyecto se debe cuestionar todos los datos disponibles. Es importante contar con el aporte de todas las personas involucradas o que conozcan sobre el tema, esto reduce la posibilidad que se omitan o descarten aspectos importantes.

4.4.4. Plan de Acción

Durante esta etapa se determinan las acciones concretas a ejecutar y que conduzcan a minimizar o eliminar las causas raizales.

El propósito es implantar las mejores soluciones, mediante la definición y documentación del plan de acción. La metodología utilizada corresponde a: Qué se hará, por qué se debe hacer (qué se espera obtener), dónde se ha de implantar la solución, quién debe implantarla, cuándo se debe implantar, cómo se debe hacer la implantación y cuánto se debe invertir en la implantación.

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 5.0
		Página: 24 de 43	
Fecha de Emisión: Junio 2011	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

El líder del Equipo de Trabajo, será quien informe cada una de las tareas o actividades involucradas, como también de controlar su ejecución en los plazos o tiempos previstos, manteniendo a su vez un seguimiento en la implantación, las cuales quedarán documentadas en las actas de las reuniones o en el formato de Acciones Correctivas, Preventivas o de Mejora e identificar las acciones que necesitan de la activa cooperación de todos, para iniciar con el proceso de sensibilización y entrenamiento.

La magnitud de las acciones a emprender debe ser proporcional a la importancia de las situaciones o no conformidades que eliminan, previenen o mejoran la situación actual. Es decir que las acciones que se planteen deben eliminar, prevenir o solucionar realmente las causas analizadas.

4.4.5. Seguimiento a las Acciones

Las acciones se revisarán tanto en su implantación como en su desempeño posterior para comprobar su eficacia.

Esta actividad debe ser desarrollada por el líder del Equipo de Trabajo. Para poder efectuar este seguimiento cada líder debe realizar retroalimentación de las no conformidades, situaciones de mejora y acciones planteadas en reuniones de los Consejos de Facultad o Institutos Académicos, Comités de Calidad de la Seccional, Sede Regional y Grupos primarios de los Subprocesos.

El registro del seguimiento se efectúa mediante la definición de un plan que queda establecido en las actas, informes o formato de Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora, ACPM'S, de cada reunión donde se traten estos temas y se evalúa la eficacia y el cumplimiento de las acciones.

El Área de Calidad y Mejoramiento realizará semestralmente un informe consolidado con el seguimiento de las Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora, ACPM'S.

La Oficina de Control Interno debe realizar el seguimiento a las acciones derivadas de las Auditorías de la Contraloría, de las auditorías programadas en el Plan de Auditoría de Control Interno y realizar seguimiento a la ejecución de las Auditorías Internas de Calidad programadas por la Oficina de Planeación y Desarrollo Institucional.

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 5.0
		Página: 25 de 43	
Fecha de Emisión: Junio 2011	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

Cuando las acciones han sido eficaces, es decir se han realizado las acciones planteadas; el Líder o Coordinador del Equipo presenta en el seguimiento la acción como “cerrada”.

Cuando las acciones han sido parcialmente implantadas, es decir parcialmente eficaces, el Líder o Coordinador del Equipo registra en el seguimiento la acción “abierta” y se anotan las observaciones al respecto.

Cuando las acciones no han sido eficaces, se registra en el seguimiento como acción “abierta”; y se especifican las razones y se determina si se requiere establecer un nuevo plan o se replantean las fechas para su ejecución.

Si los resultados obtenidos no son satisfactorios, es decir no logran el resultado esperado, se regresa a la fase de análisis, para replantear las causas y ajustar, de ser necesario, los planes. El tiempo requerido de seguimiento para comprobar la eficacia de las acciones correctivas, preventivas y de mejora dependerá de la situación presentada.

En el caso en que se requiera realizar un nuevo análisis o realizar unas acciones complementarias se deberá elaborar un nuevo plan.

4.4.6. Estandarización

Durante esta etapa se busca:

Garantizar que al pasar el tiempo no vuelvan a aparecer las causas que ocasionaron el problema o que los beneficios logrados se pierdan.

Conservar la documentación necesaria para entrenar a las personas nuevas en sus cargos.

Tener un sistema de comunicación único entre dependencias, subprocesos y personas.

4.5. Políticas y Condiciones Generales: Cambios en el Sistema de Gestión de Calidad

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 5.0
		Página: 26 de 43	
Fecha de Emisión: Junio 2011	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

Cada que se presente un cambio que pueda llegar a afectar la integridad del Sistema de Gestión el responsable del subproceso debe realizar la Planificación del mismo de acuerdo a lo establecido en el procedimiento 6.6 Planificación de los Cambios en el Sistema de Gestión de Calidad de este mismo manual.

Los cambios pueden deberse a:

- Nueva Normatividad Interna o Externa
- Cambios en la Estructura Organizacional
- Nuevos o Eliminación de Servicios
- Nuevas Tecnologías o cambios en la misma
- Cambios en la estructura de Procesos

Como evidencia de esta planificación debe quedar un documento o registro.

El Documento podrá contener:

- Descripción del Cambio
- Equipo de Trabajo Conformado para el Análisis
- Impacto sobre Usuarios
- Impacto sobre los Procesos
- Recursos Necesarios
- Plan de Trabajo: Fechas y Responsables
- Seguimiento

En el caso de considerarse necesario, el responsable del subproceso o actividad afectada puede hacer uso del formato Acción Correctiva, Preventiva o de Mejora.

4.6. Indicadores

Los procesos de la Universidad cuentan con indicadores del SUE, Plan de Acción y de Gestión, a criterio del responsable del subproceso, los indicadores del Plan de Acción pueden ser adoptados como indicadores que les permite medir la gestión.

Los responsables de los subprocesos deben definir en las Caracterizaciones de Indicadores, sus indicadores de SUE, Plan de Acción y de Gestión.

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 5.0
		Página: 27 de 43	
Fecha de Emisión: Junio 2011	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

4.6.1. Indicadores de Gestión

Para los Indicadores de Gestión, establecidos en los subprocesos centrales, se debe diligenciar el Formato Seguimiento a Indicadores para realizar el seguimiento y análisis del comportamiento de los indicadores propuestos.

Los responsables de los subprocesos deben informar al Área de Calidad y Mejoramiento cuando se requiera una actualización de la caracterización o se presente algún ajuste en los datos registrados en el Formato Seguimiento a Indicadores.

El valor a colocar en el Formato Seguimiento a Indicadores en la casilla meta debe ser en una periodicidad anual, es decir en el año cuanto se propone lograr.

El Área de Calidad y Mejoramiento es responsable de elaborar el consolidado de los indicadores de gestión de los subprocesos y realizar el informe. Éste informe debe realizarse con el fin de llevar a cabo la Revisión por la Dirección.

4.7. Políticas y Condiciones Generales: Revisión por la Dirección

La alta dirección debe, a intervalos planificados, revisar el sistema de gestión de la calidad de la Universidad para asegurarse de su conveniencia, adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad continuas. La revisión debe realizarse por lo menos una vez al año, e incluir la evaluación de las oportunidades de mejora y la necesidad de efectuar cambios en el sistema de gestión de la calidad, incluidos la política de la calidad y los objetivos de la calidad.

La información de entrada para la revisión por la dirección debe incluir:

- Revisión de la pertinencia de la política y objetivos de calidad
- Resultados de auditorías,
- Retroalimentación del usuario,
- Desempeño de los subprocesos y conformidad del producto y/o servicio,
- Estado de las acciones correctivas, preventivas y de mejora,
- Acciones de seguimiento de revisiones previas efectuadas por la dirección,
- Cambios que podrían afectar al Sistema de Gestión Integral de la Calidad,

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 5.0
		Página: 28 de 43	
Fecha de Emisión: Junio 2011	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

- Recomendaciones para la mejora, y riesgos actualizados e identificados para la entidad.

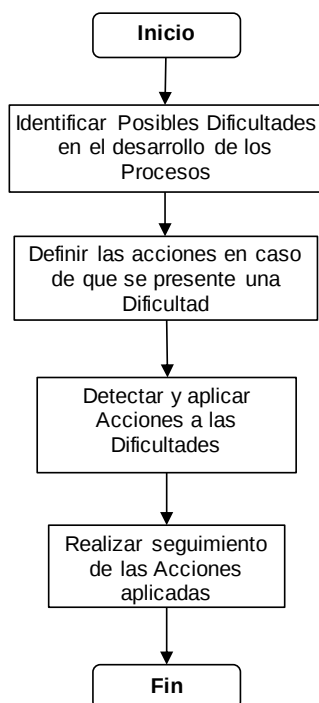
Los resultados de la revisión por la dirección deben incluir todas las decisiones y acciones relacionadas con:

- a) La mejora de la eficacia, eficiencia y efectividad del sistema de gestión de la calidad y sus subprocesos;
- b) La mejora del servicio en relación con los requisitos del usuario, y
- c) Las necesidades de recursos.

Los Informes de la Revisión por la Dirección podrán servir como base para la Rendición de Cuentas anual que realiza el Rector a la Comunidad.

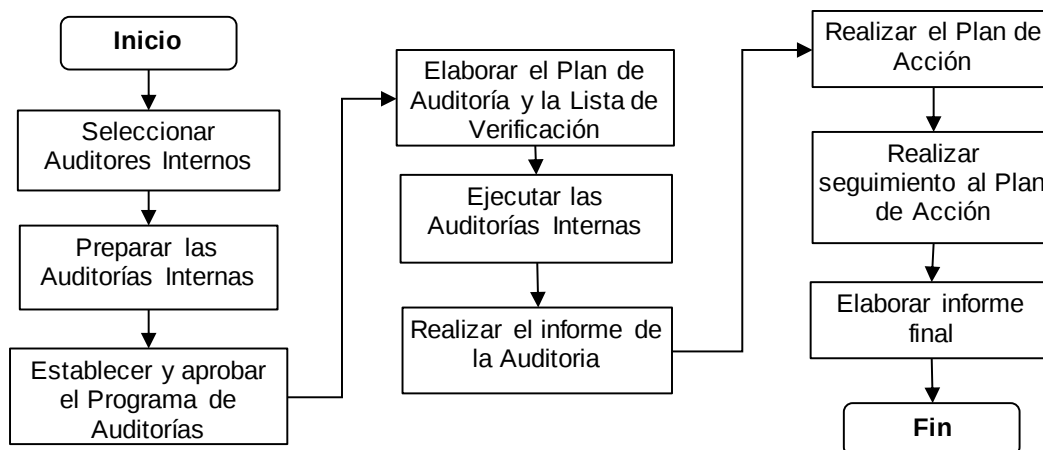
5. DIAGRAMA DE FLUJO GENERAL

5.1. Dificultades en el Desarrollo de los Procesos

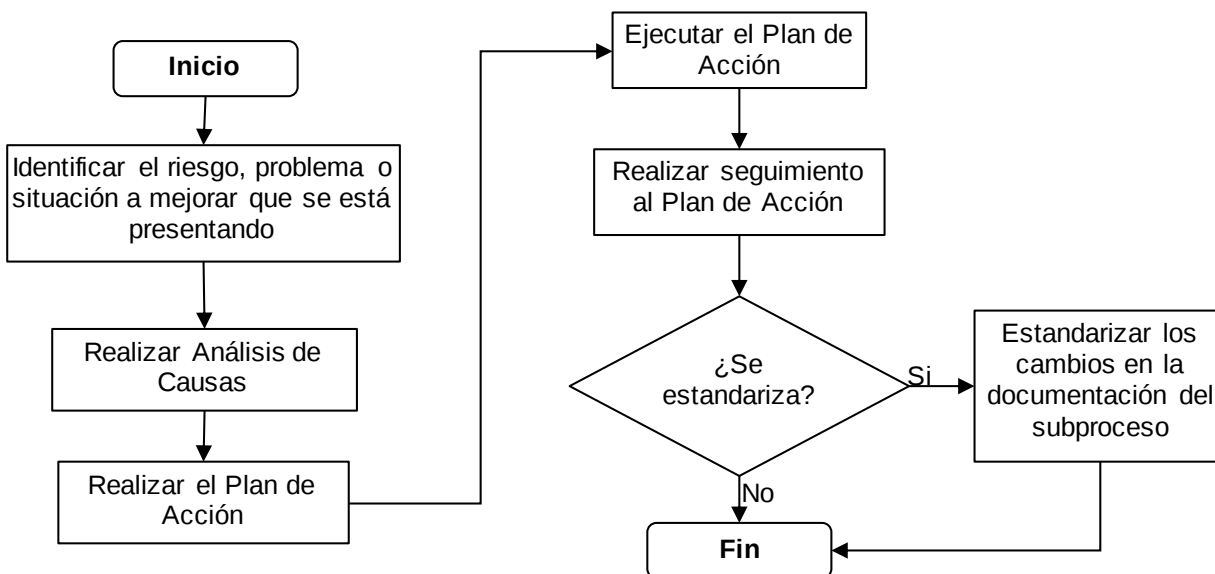


 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 5.0
		Página: 29 de 43	
Fecha de Emisión: Junio 2011	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

5.2. Auditorías Internas

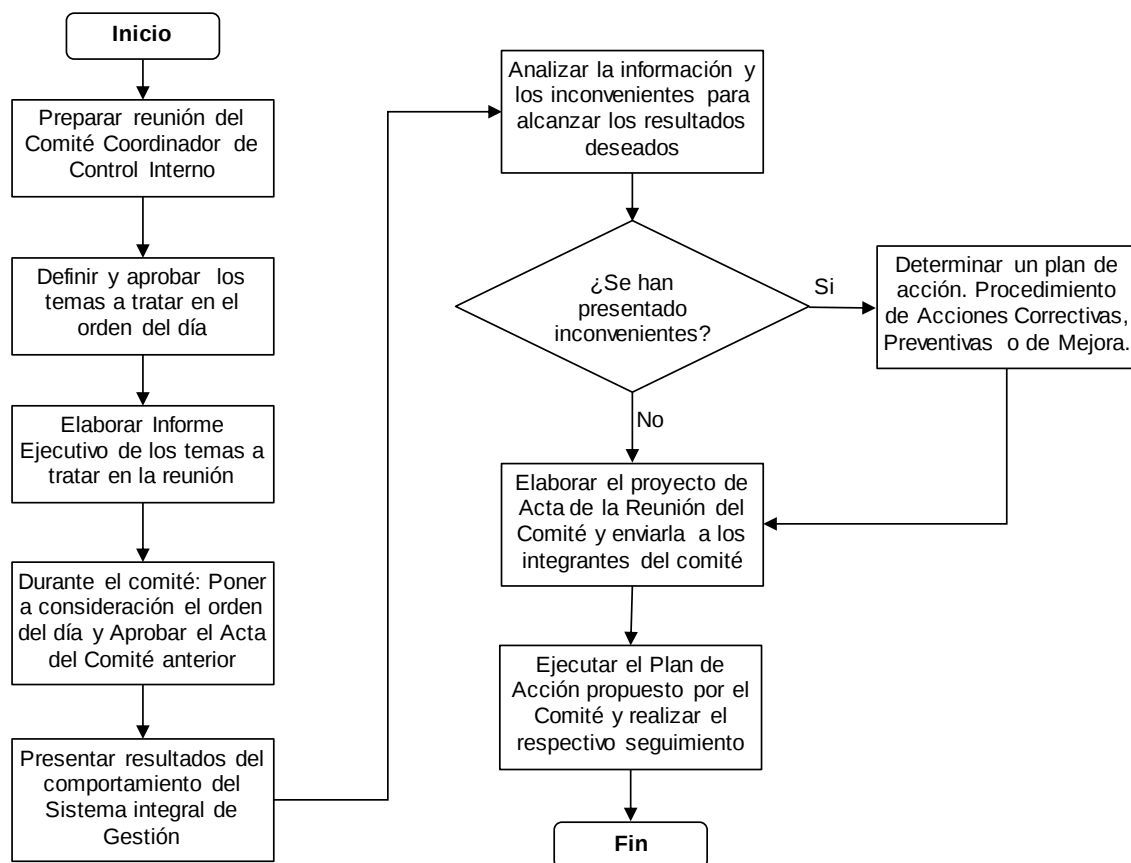


5.3. Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejoramiento



 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 5.0
		Página: 30 de 43	
Fecha de Emisión: Junio 2011	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

5.4. Revisión por la Dirección



 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 5.0
		Página: 31 de 43	
Fecha de Emisión: Junio 2011	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

6. PROCEDIMIENTOS

▲ : Actividad de Control

6.1. Dificultades en el Desarrollo de los Procesos (Aplicado a Subprocesos Misionales)

ETAPA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	REGISTROS
1. Identificación de Posibles Dificultades a presentarse en el Desarrollo de los Procesos	A- Identificar las posibles dificultades a presentarse en el Servicio Misional y registrarlas en el listado Posibles Dificultades	Responsable del Subproceso Institucional	Posibles Dificultades en el Desarrollo de Procesos F-01-MP-13-01-01
	B- Definir las acciones en caso de que se presente una Dificultad	Responsable del Subproceso institucional	Posibles Dificultades en el Desarrollo de Procesos F-01-MP-13-01-01
2. Detectar y Aplicar Acciones a las Dificultades en la Prestación del Servicio	A- Identificar las desviaciones presentadas en la prestación del servicio	Funcionario Público	Registro de Dificultades en el Desarrollo de los Procesos
	B- Establecer las acciones a seguir que permitan llevar a cabo el servicio misional	Funcionario Público	
	C- Seguir las acciones y en el caso de considerarlo necesario, dejar registro o evidencia en el Formato Registro de Dificultades	Funcionario Público Docente	Registro de Dificultades en el Desarrollo de los Procesos
	D-Presentar informe sobre las dificultades presentadas en la periodicidad establecida por los diferentes Comités que se definan para tal fin.	Funcionario designado	Actas de Comités o Equipos de Trabajo

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 5.0
		Página: 32 de 43	
Fecha de Emisión: Junio 2011	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

ETAPA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	REGISTROS
3. Seguimiento a las acciones contempladas para solucionar las dificultades presentadas en el desarrollo de los procesos o servicios misionales	A- Realizar seguimiento a las Dificultades presentadas durante el mes. ▲	Responsable del Subproceso Consejo de Facultad o Instituto Académico	Actas de Comités
	B- Enviar informe semestralmente de Consolidado de las Dificultades y Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora al Área de Calidad y Mejoramiento - OPDI	Responsable del Subproceso Secretario del Consejo	Informe
	C- Verificar si se hace necesario tomar acciones correctivas. Ver procedimiento 6.3 Acciones Correctivas, Preventivas o de Mejoramiento. ▲	Responsable del Subproceso	Actas de Comités o Equipos de Trabajo

6.2. Auditorías Internas de Calidad

ETAPA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	REGISTROS
1. Selección de Auditores Internos	A- Programar Curso de Formación o Actualización a los Auditores, cuando se considere necesario y de acuerdo con el método deseado.	Auditor Líder	
	B- Seleccionar Auditores de acuerdo al perfil, a los procesos y subprocesos del Mapa de Procesos Institucional.	Auditor Líder	
	C- Aprobar la Selección de Auditores Internos. ▲	Representante de la Dirección	
	D- Evaluar a los Auditores internos para realizar el Programa de Auditorías. ▲ (Tener en cuenta desempeños en anteriores auditorías).	Auditor Líder	Evaluación de Auditores internos
2. Preparación de las Auditorías Internas	A- Establecer el Programa de Auditorías: (Objetivos y alcance, responsabilidades, recursos, calendario, auditor líder, equipos auditores)	Auditor Líder	Programa de Auditorías F-03-MP-13-01-01

DEFINITIVA

La impresión y copia magnética de este documento se considera
<COPIA NO CONTROLADA>

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 5.0
		Página: 33 de 43	
Fecha de Emisión: Junio 2011	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

ETAPA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	REGISTROS
	B- Aprobar el Programa de Auditorías. ▲	Representante de la Dirección Profesional de la Oficina de Control Interno	
	C- Comunicar y enviar información relacionada con el subproceso a auditar al Equipo Auditor	Auditor Líder	
	D- Revisar documentación y Requisitos soportes ▲	Equipo Auditor	
	E- Elaborar el Plan de Auditoría y la Lista de Verificación	Equipo Auditor	Plan de Auditoría F-04- MP-13-01-01 y Lista de Verificación F-05- MP-13-01-01
	F- Cuando se considere necesario realizar revisión y aprobar el Plan de la Auditoría ▲	Auditor Líder	Plan de Auditoría F-04-MP-13-01-01
3. Ejecución de las Auditorías	A- Realizar reunión de apertura	Auditor Jefe Equipo Auditor Auditado	
	B- Llevar a cabo la auditoría	Equipo Auditor Auditado	
	C- Generar hallazgos de la auditoría	Equipo Auditor	
	D- Preparar las conclusiones de la Auditoría	Equipo Auditor	
	E- Retroalimentar al auditado de las Conclusiones de la Auditoría	Equipo Auditor	
	F- Realizar reunión de cierre	Auditor Jefe Equipo Auditor Auditado	
	G- Realizar la Evaluación de Auditores Internos de Calidad	Auditor Líder Auditor Jefe Auditado	Formato de Evaluación de Auditores Internos de Calidad F-06- MP-13-01-01
	H- Hacer la retroalimentación correspondiente a los Auditores Internos (Ver políticas de Auditorías Internas de Calidad)	Auditor Líder	

DEFINITIVA

La impresión y copia magnética de este documento se considera
<COPIA NO CONTROLADA>

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 5.0
		Página: 34 de 43	
Fecha de Emisión: Junio 2011	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

ETAPA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	REGISTROS
4. Informe de la Auditoría	A- Preparar el Informe de Auditoría	Equipo Auditor	Informe de Auditoría F-07- MP-13-01-01
	B- Entregar Informe al Auditor Líder	Auditor Jefe	
	C- Revisar Informe y entregar al Auditado. ▲	Auditor Jefe	
5. Plan de Acción	A- Con base en el Informe de Auditoría, proponer las Acciones Correctivas, Preventivas o de Mejora en el Formato Reporte de Acciones, Correctivas, Preventivas o de Mejora para las Auditorías Internas de Calidad	Auditado	Formato Reporte de Acciones, Correctivas, Preventivas o de Mejora F-08- MP-13-01-01
6. Seguimiento	A- Realizar Seguimiento según procedimiento 6.3 Acciones correctivas ▲, preventivas y de Mejoramiento	Equipo Auditor	
	B. Realizar seguimiento a las Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejoramiento derivadas de la Auditoría Interna de Calidad. ▲	Auditor Líder / Jefe Profesional Oficina de Control Interno	
7. Informe Final	A- Elaborar con base en los Informes de Auditoría y el seguimiento realizado por los Equipos Auditores el Informe final para el Representante de la Dirección.	Auditor Líder	Informe Final
	B- Revisar y aprobar el Informe Final. ▲ Ver procedimiento revisión por la Dirección	Representante de la Dirección	

DEFINITIVA

La impresión y copia magnética de este documento se considera
<COPIA NO CONTROLADA>

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 5.0
		Página: 35 de 43	
Fecha de Emisión: Junio 2011	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

6.3. Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejoramiento

ETAPA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	REGISTROS
1. Identificación del Problema o Situación a Mejorar	A- Identificar el riesgo, problema o situación a mejorar que se está presentando. Ver Políticas 4.4.1	Responsable o Involucrados en el Subproceso	Actas de Comités, Consejos o Equipos de Trabajo Formato Reporte de Acciones, Correctivas, Preventivas o de Mejora F-08-MP-13-01-01
	B- Reunir toda la información disponible, cualitativa o cuantitativa.	Responsable o Involucrados del Subproceso	
	C- Establecer de acuerdo a la información suministrada, el equipo de trabajo que debe analizar el problema.	Responsable Involucrados del Subproceso	
2. Análisis de Causas	A- Analizar la situación actual de acuerdo a la información suministrada.	Equipo de Trabajo	
	B- Escoger la metodología para la determinación de las causas.	Equipo de Trabajo	
	C- Realizar el análisis de causas de acuerdo con la metodología escogida y determinar la o las causas que originan el riesgo, problema o situación a mejorar.	Equipo de Trabajo	Actas de Comités. Consejos o Equipos de Trabajo Formato Reporte de Acciones, Correctivas, Preventivas o de Mejora F-08- MP-13-01-01
3- Plan de Acción	A- Determinar si la acción debe ser Correctiva o Preventiva, dependiendo de la naturaleza del problema.	Equipo de Trabajo	

DEFINITIVA

La impresión y copia magnética de este documento se considera
<COPIA NO CONTROLADA>

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 5.0
		Página: 36 de 43	
Fecha de Emisión: Junio 2011	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

ETAPA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	REGISTROS
	B- Establecer las posibles acciones a ejecutar.	Equipo de Trabajo	Actas de Comités, Consejos o Equipos de Trabajo Formato Reporte de Acciones, Correctivas, Preventivas o de Mejora F-08- MP-13-01-01
	C- Definir el plan de acción: Qué, Quién, cuándo, dónde.	Equipo de Mejoramiento	Actas de Comités o Equipos de Trabajo Formato Reporte de Acciones, Correctivas, Preventivas o de Mejora F-08- MP-13-01-01
	D- Socializar el Plan de Acción, si se requieren acciones con responsabilidad por fuera del Equipo.	Líder del Equipo	Actas de Comités, Consejos o Equipos de Trabajo Formato Reporte de Acciones, Correctivas, Preventivas o de Mejora F-08- MP-13-01-01
	E- Enviar copias de las Actas de Comités o Equipos de Trabajo, donde se haya tratado en el Orden del Día: Indicadores de Gestión o Plan de Acción, Dificultades en el Desarrollo de los Procesos o Acciones Correctivas, Preventivas o de Mejora al Área de Calidad de Mejoramiento - OPDI	Líder del Equipo	
4- Ejecutar el Plan de Acción	A- Ejecutar las acciones planteadas y dejar evidencia de su cumplimiento.	Responsable de las acciones	

DEFINITIVA

La impresión y copia magnética de este documento se considera
<COPIA NO CONTROLADA>

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 5.0
		Página: 37 de 43	
Fecha de Emisión: Junio 2011	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

ETAPA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	REGISTROS
5- Seguimiento a las Acciones	A-Realizar seguimiento al cumplimiento de las acciones del plan. ▲	Líder del Equipo	Actas de Comités o Equipos de Trabajo Formato Reporte de Acciones, Correctivas, Preventivas o de Mejora F-08- MP-13-01-01
	B- Realizar el cierre de la acción cuando se haya cumplido en las fechas establecidas y fueron eficaces.	Equipo Auditor Líder del Equipo	Actas de Comités o Equipos de Trabajo Formato Reporte de Acciones, Correctivas, Preventivas o de Mejora F-08- MP-13-01-01
	C- Si no se han cumplido las acciones dejar en estado abierto.	Equipo Auditor Líder del Equipo	Actas de Comités o Equipos de Trabajo Formato Reporte de Acciones, Correctivas, Preventivas o de Mejora F-08- MP-13-01-01
	D- Si las acciones no fueron eficaces, convocar de nuevo al equipo y establecer nuevas acciones.	Líder del Equipo	
	E- Elaborar informe consolidado de Seguimiento a las Acciones Correctivas, Preventivas o de Mejora Planteadas y enviarlo al Área de Calidad y Mejoramiento	Equipo Auditor Líder del Equipo	
	F- Elaborar el consolidado de Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora de toda la Universidad	Profesional Área de Calidad y Mejoramiento	Matriz de Seguimiento
	G- Realizar seguimiento al cierre y cumplimiento de las Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora	Profesional Área de Calidad y Mejoramiento	Matriz de Seguimiento

DEFINITIVA

La impresión y copia magnética de este documento se considera
<COPIA NO CONTROLADA>

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 5.0
		Página: 38 de 43	
Fecha de Emisión: Junio 2011	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

ETAPA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	REGISTROS
	H- Realizar informe ejecutivo para la presentación en la Revisión por la Dirección	Coordinador Área de Calidad y Mejoramiento	Informe Ejecutivo
6- Estandarización	A- Estandarizar los cambios en la documentación del subproceso, si fuera necesario.	Responsable del Subproceso	

6.4. Revisión por la Dirección

ETAPA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	REGISTROS
1. Preparación del Comité Coordinador de Control Interno	A- Definir los temas a tratar en el orden del día, teniendo en cuenta los requisitos del 5.6.2 (NTCGP 1000)	Coordinador Área de Calidad y Mejoramiento	
	B- Aprobar el Orden del Día del Comité. ▲	Representante de la Dirección	
	C- Elaborar Informe Ejecutivo de los temas a tratar en la reunión.	Coordinador Área de Calidad y Mejoramiento	Informe Ejecutivo
	D- Revisar y aprobar informe ejecutivo. ▲	Representante de la Dirección	
	E- Definir la fecha para la realización del Comité.	Rector	
2- Durante el Comité Coordinador de Control Interno	A- Poner a consideración el orden del día.	Representante de la Dirección	
	B- Aprobar el Acta del Comité anterior. ▲	Comité Coordinador de Control Interno	Acta de Comité aprobada
	C- Presentar resultados del comportamiento del Sistema integral de Gestión.	Vicerrectores, responsable de proceso	
	D- Analizar la información y los inconvenientes para alcanzar los resultados deseados.	Comité Coordinador de Control Interno	
	E- Determinar un plan de acción. Procedimiento de Acciones Correctivas, Preventivas o de Mejora.	Comité Coordinador de Control Interno	Acta de Comité
3- Después del Comité	A- Elaborar el proyecto de Acta de la Reunión del Comité.	Coordinador Área de Calidad y Mejoramiento	Acta del comité

DEFINITIVA

La impresión y copia magnética de este documento se considera
<COPIA NO CONTROLADA>

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 5.0
		Página: 39 de 43	
Fecha de Emisión: Junio 2011	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

ETAPA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	REGISTROS
	B- Enviar a los integrantes del comité para su revisión el proyecto de acta.	Coordinador Área de Calidad y Mejoramiento	
	C- Enviar los comentarios sobre el acta.	Comité Coordinador de Control Interno	
	D- Realizar las modificaciones al acta correspondiente.	Coordinador Área de Calidad y Mejoramiento	
	E- De considerarse necesario, Realizar la Rendición de cuentas tomando como base los temas tratados en la Revisión por la Dirección	Rector	
	F- Ejecutar el Plan de Acción propuesto por el Comité.	Responsables de las Acciones	
	G- Realizar seguimiento según Procedimiento de Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejoramiento. ▲	Coordinador Área de Calidad y Mejoramiento	

6.5. Satisfacción de Usuarios

ETAPA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	REGISTROS
1. Planeación de Actividades	A- Definir Herramienta, recursos, muestra y metodología de Aplicación.	Equipo del Área de Calidad y Mejoramiento	Plan de Trabajo para realizar la Medición
2. Ejecución del Plan de Trabajo	A- Ejecutar el Plan de Trabajo según lo establecido.	Equipo del Área de Calidad y Mejoramiento	
	B- Tabular la Información.	Equipo del Área de Calidad y Mejoramiento	
3. Presentación de Informes de Resultado	A- Elaborar informe con los Resultados de la medición	Equipo del Área de Calidad y Mejoramiento	Informe con Resultados de la Medición
	B- Presentar el informe al Responsable del Proceso o Subproceso.	Equipo del Área de Calidad y Mejoramiento	

DEFINITIVA

La impresión y copia magnética de este documento se considera
<COPIA NO CONTROLADA>

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 5.0
		Página: 40 de 43	
Fecha de Emisión: Junio 2011	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

ETAPA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	REGISTROS
	C- Elaborar Acciones Correctivas, Preventivas o de Mejora con base en los resultados de la medición de la satisfacción del usuario.	Responsable del Subproceso	
	D- Incluir la información de resultados del seguimiento en la Revisión por la Dirección.	Coordinador Área de Calidad y Mejoramiento	

6.6. Planificación de los Cambios del Sistema de Gestión Integral de Calidad

ETAPA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	REGISTROS
1. Identificación de Cambios	A- Identificar los cambios que puedan afectar el Sistema de Gestión de Calidad	Responsable de Subproceso	
2. Análisis de Impacto	A- Conformar el Equipo de Trabajo	Responsable de Subproceso	
	B- Establecer el impacto, recursos necesarios y definir Plan de Acción	Equipo de Trabajo	
	C- Elaborar un documento con el análisis anterior o diligenciar el formato de Acciones Correctivas, Preventivas o de Mejora	Responsable de Subproceso	Documento de Planificación de Cambios en Sistema de Gestión de Calidad
	D- Presentar el informe y el Plan de Acción al Directivo Encargado.	Responsable de Subproceso	
3. Ejecutar las Acciones del Plan	A- Ejecutar las acciones establecidas en el Plan	Responsables de las Acciones	
4. Seguimiento al Plan de Acción	A- Realizar el seguimiento a las acciones establecidas en el Plan.	Responsable del Subproceso	Informe de Seguimiento
	B- Incluir la información de resultados del seguimiento en la Revisión por la Dirección	Responsable de Subproceso	

7. PROCESOS RELACIONADOS

- Todos los subprocesos de la Universidad

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 5.0
		Página: 41 de 43	
Fecha de Emisión: Junio 2011	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

8. FORMATOS

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
1	F-01-MP-13-01-01	Posibles Dificultades en el Desarrollo de los Procesos
2	F-02-MP-13-01-01	Registro de Dificultades en el Desarrollo de los Procesos
3	F-03-MP-13-01-01	Programa de Auditorías
4	F-04-MP-13-01-01	Plan de Auditoría
5	F-05-MP-13-01-01	Lista de Verificación
6	F-06-MP-13-01-01	Evaluación de Auditores Internos de Calidad
7	F-07-MP-13-01-01	Informe de Auditoría
8	F-08-MP-13-01-01	Reporte Acciones Correctivas Preventivas y de Mejoramiento
9	F-10-MP-13-01-01	Seguimiento y Análisis de Indicadores

9. DOCUMENTOS EXTERNOS

NO.	DOCUMENTO	EXPEDIDO POR
1.	Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 9000 "Sistemas de Gestión de la Calidad Fundamentos y Vocabulario"	Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación - ICONTEC
2.	Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 19011 "Directrices para la Auditoría de los Sistemas de Gestión de la Calidad y/o Ambiental"	Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación - ICONTEC

10. ANEXOS

- No aplica

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 5.0
		Página: 42 de 43	
Fecha de Emisión: Junio 2011	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

CONTROL DE CAMBIOS

N°	DESCRIPCIÓN	FECHA
1.0	Versión Inicial de Documento	Agosto 2008
2.0	- Cambios en la codificación del manual y formatos. - Actualización de procedimientos del manual. - Eliminación del formato de Registro de Servicio No Conforme	Marzo 2009
3.0	Cambios en los procedimientos y sus políticas. Adición de Procedimientos de Medición de la Satisfacción de los Usuarios y Planificación de los Cambios en el Sistema de Gestión Integral de Calidad	Diciembre 2009
4.0	- Cambios en las políticas y procedimientos de Servicio No Conforme, Acciones Correctiva, Preventivas y de Mejora y Revisión por la Dirección. - Actualización de Codificación del Manual y Formatos - Cambios en el Formato de Registro de Servicio No Conforme	Mayo 2010
5.0	- Se ajustaron las definiciones, teniendo como fuente la norma NTCGP 1000:2009 y la norma NTC-ISO 19011:2002. Igualmente se adicionaron definiciones para dar claridad al manual de procedimientos. - Cambio en la periodicidad de la entrega de las dificultades en el desarrollo de los procesos. - Cambio en la clasificación de los hallazgos de auditorías internas. - Cambio en la periodicidad de un mes a 45 días, para la entrega de las Acciones Correctivas, Preventivas o de Mejora elaboradas por el auditado para dar respuesta a los hallazgos de la auditoría. - Se incluyó aspectos para realizar la retroalimentación de la Evaluación de Desempeño del Auditor. - Adicción de otras fuentes de la Información para la Identificación de Problemas (Hallazgos de la Contraloría, Informe de Gestión de Procesos, Seguimiento Plan de	Junio 2011

DEFINITIVA

La impresión y copia magnética de este documento se considera
<COPIA NO CONTROLADA>

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Código: MP-13-01-01	Versión: 5.0
		Página: 43 de 43	
Fecha de Emisión: Junio 2011	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

Nº	DESCRIPCIÓN	FECHA
	Acción). - Se incluyó en la parte de los indicadores, los indicadores del SUE y los del Plan de Acción. - Elaboración de los diagramas de flujo de los procedimientos: Dificultades en el Desarrollo de los Procesos, Auditorías Internas, Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejoramiento y Revisión por la Dirección. - Se ajustó los procedimientos descritos en el manual. - Se incluyeron los documentos externos.	

F-04-MP-12-01-02
V-04-2011

Elaborado por: Área de Calidad y Mejoramiento
Oficina de Planeación y Desarrollo Institucional

DEFINITIVA

La impresión y copia magnética de este documento se considera
<COPIA NO CONTROLADA>