**INFORME DE GESTIÓN**

**Oficina de Planeación**

La Oficina de Planeación presenta los resultados durante el tercer trimestre del año 2018, a través de sus diferentes áreas y las respectivas estrategias y herramientas que se desprenden de cada uno de ellos, los que así, han contribuido al fortalecimiento de componentes institucionales como: La Gestión del PIDI, Sistema de Gestión de Calidad y Sistema de información.

Es importante aclarar que para este informe no se tiene incluido los correspondientes a Acreditación institucional y de programas ni aseguramiento de la calidad (registros calificados y renovaciones), ya que a nivel nacional se creó la estructura que depende de la Rectoría Nacional y seccional.

**Trimestre III- 2018**

|  |  |
| --- | --- |
| OFICINA DE PLANEACIÓN | |
| Áreas de Planeación | Responsables de cada área |
| Sistema de Gestión de Calidad | Gloria Amparo Sánchez Maldonado |
| Sistema de información (Reporte a Entes Externos) | Abel Rojas Marulanda |
| Gestión y Seguimiento del PIDI | Solita del Pilar Giraldo Velasco |

**RESULTADOS OBTENIDOS**

|  |  |
| --- | --- |
| TEMÁTICAS | RESULTADOS |
| Sistema de Gestión de Calidad | **PROYECTO PIDI 21: AMPLIACIÓN DEL ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD**  **Medición de indicadores:** Se consolidó los resultados de indicadores de todos los procesos académicos y administrativos correspondientes al período 2018-1 y los trimestrales y mensuales a septiembre de 2018.  **Evaluación de competencias del auditor:** Previo a la realización del primer ciclo de auditorías, se hizo evaluación de competencias a 21 auditores el 9 de abril de 2018. Para el segundo ciclo de auditorías la evaluación de competencias de auditor se realizó el 28 de septiembre de 2018  **Auditoria externa de calidad:** El día 3 de agosto del presente año se recibió la visita de auditoría externa por parte de la firma SGS de Colombia en la seccional Pereira, encontrándose un hallazgo en la seccional en el proceso de Biblioteca y a nivel nacional la visita fue del 31 de julio, 1, 2, 3, y 6 de agosto 2018 estos fueron los hallazgos a los cuales se les trabajó las acciones correctivas a nivel nacional:  **No Conformidad 1: Servicios Generales Barranquilla:**  En el proceso de Gestión de Servicios Generales seccional barranquilla no se encuentra control de las actividades de mantenimiento de la cubierta de los bloques A y C. Sede Centro proyecto 119 iniciado el 27 de febrero de 2018, no se encuentran los registros de la orden de Servicios, las pólizas, el recibido de satisfacción y si hay trabajo en alturas, informe interventor. Se incumple los requerimientos internos, lo anterior incumple la cláusula 8.4 control de los procesos, productos y servicios suministritos externamente de la norma ISO9001:2015  **No Conformidad 2: Bogotá**  **Docencia Bogotá**: No encuentra el plan de trabajo docente en la asignatura: Cinética, de 5º. Semestre del programa de ingeniería mecánica 2018 (1. Se incumple el procedimiento para el control y seguimiento de la actividad docente ST-DOC-03-P-03-V01  **Proyección Social Bogotá**: No se encuentra que el plan orientado a involucrar a los profesionales egresados en actividades del proceso de capacitación y formación continua.  Lo anterior, incumple la cláusula 8.1 planificación y control operacional de la norma ISO9001:2015 la organización debe planificar, implementar y controlar los procesos para cumplir los requisitos para la provisión de productos y servicios.  **No Conformidad 3: Biblioteca De Pereira**  No se logran consultar los libros electrónicos por medio de herramientas virtuales. Títulos que no se logran consultar:  Estudio de trabajo una nueva visión 62023t60.6l925.  Diagnóstico organizacional: Evaluación sistemática del desempeño empresarial en la era digital 658.403222hd20.5v648  El anuncio que se visualiza es: La herramienta no se encuentra la sección activa correspondiente, no se asegura la adecuada prestación del servicio. Lo anterior incumple la cláusula 8.5.1 control de la producción y de la provisión del servicio de la norma ISO9001:2015 la organización debe implementar la producción y provisión del servicio bajo condiciones controladas.  **No Conformidad 4: Aseguramiento De La Calidad Nacional**  No se encuentra en la organización se hayan asegurado las acciones orientadas a evaluar la eficacia de las acciones implementadas para abordar los riesgos identificados en los procesos del SGC. Situación que se evidencia en los procesos auditados.  Lo anterior incumple la cláusula 6.  1 acciones para abordar los riesgos y oportunidades de la norma ISO9001:2015  2. La organización debe planificar las acciones para abordar estos riesgos y oportunidades; la manera de: Integrar e implementar las acciones en sus procesos del SGC; evaluar la eficacia de estas acciones.  **Auditorías internas de calidad**: Se realizó el primer ciclo de auditorías durante el mes de junio de 2018, donde nos brindó acompañamiento el Coordinador nacional de calidad como auditor para los procesos de: Docencia, investigación, proyección social, investigación y dirección estratégica, se encontraron 19 hallazgos y 66 observaciones, se auditaron las facultades de: Ingenierías, Ciencias económicas y Derecho.  El segundo ciclo de auditorías internas de calidad se tiene previsto realizar en el mes de noviembre de 2018 una vez la sede principal envíe a las seccionales el plan nacional de auditorías.  Objetivo de la auditoría: Verificar y evaluar la conformidad de los requisitos del cliente, normativos y de la norma ISO 9001:2015 que aplican a la Universidad.  **Objetivo:** Verificar y evaluar la conformidad de los requisitos del cliente, normativos y de la norma ISO 9001:2015 que aplican a la Universidad.  **Criterios**:  • Requisitos de la norma ISO 9001:2015, numerales aplicables a los procesos del S.G.C.  • Procedimientos y formatos.  • Acuerdos de servicios.  • Verificación del cumplimiento de la directriz de Gestión de Documental para el almacenamiento y conservación de los documentos en las oficinas.  • Normatividad Interna. (Cumplimiento de la Normatividad Interna)  • Listado de documentación externa (Cumplimiento de la Normatividad Externa)  • Indicadores I Semestre del 2018 y sus fuentes de información.  • Estado Acciones Correctivas 2018.  • Estado Acciones para mitigar los riesgos 2018.  • Servicio no conforme.  • Quejas I semestre de 2018 y soportes de la gestión para cierre de las quejas.  • Listado maestro de documentos y registros.  **Evaluación de auditores:** Una vez terminado el primer ciclo de auditoría se realizó la evaluación de auditores el 4 de julio de 2018 con un promedio de evaluación de 4,66. La Evaluación de auditores correspondiente al segundo ciclo de auditorías se realizará una vez culminen las auditorias de calidad en el mes de diciembre de 2018  **Ajustes a procedimientos estándar**: Se continúa con el acompañamiento permanente a los procesos para hacer ajustes a los procedimientos y formatos para este período se ajustaron y crearon nuevas herramientas en los procesos académicos misionales, se trabajó con los procesos en la gestión del cambio, en el diligenciamiento de la herramienta de comunicaciones, en la matriz de partes interesadas y en el plan de capacitación académico de docencia e investigación.  Igualmente para este tercer trimestre se trabajó en el ajuste de necesidades y expectativas enviado por la sede principal, procedimientos de graduados y de bolsa de empleo, formato de solicitud y entrega de elementos de almacén, solicitud y procedimiento para recepción del material bibliográfico.  **Actualización de las caracterizaciones Académico - Administrativos**: Se hizo ajustes a las caracterizaciones de 4 procesos con la metodología de Planear, Hacer, Verificar y Actuar (PHVA):  1. Servicios generales,  2. Admisiones y registros  3.Docencia  4. Biblioteca  **Socialización para Implementación de la documentación y procedimientos estándar Académicos- administrativos en los procesos misionales (académicos**): Se vienen implementando en los procesos toda la documentación estándar en unidades académicas y administrativas. Es importante aclarar que se incluyen todas las Facultades y los centros de investigación y en proyección social se tiene en cuenta las áreas de CEIDEUL, bolsa de empleo, egresados, prácticas empresariales y emprendimiento.  Se viene implementando todos los procedimientos y formatos en los procesos misionales, los cuales fueron objeto de auditoría interna de calidad  La documentación se tiene disponible en la intranet nacional y punto de consulta Seccional  **Acompañamiento a los procesos:**   * Se viene haciendo acompañamiento a los procesos para el desarrollo de actividades del SGC y trabajando conjuntamente con la Dirección de aseguramiento de calidad en las reuniones de comité de mejora de acreditación. * Se está acompañando a los líderes de factor de acreditación en el diligenciamiento de informes y obtención de registros que evidencian las acciones en cada matriz. * Se brinda apoyo al plan de trabajo para la habilitación de consultorios del área de bienestar, donde la coordinación de calidad se encarga de consolidar los informes y soportes que hacen parte del mismo, asistencia a reuniones de avance. * Se apoya al Consultorio jurídico en la implementación de la norma NTC 5906 del Ministerio de Justicia con fines de certificación. * Se está revisando con Gestión Financiera el procedimiento estándar de almacén y activos, con el fin de proponer ajustes a la sede principal sobre el manejo unificado de bodegas que esté a cargo del Jefe de almacén y activos fijos. Igualmente se está revisando los procedimientos seccionales de: Compra de tiquetes, pilo paga, tienda Unilibrista   **Revisión Gerencial**: Se llevó a cabo la revisión por la Dirección el pasado 10 abril de 2018 donde se analizaron los períodos 2017- y 2 y cada líder rindió cuentas de su proceso, basados en la norma ISO9001:2015. Se envió a la sede principal el informe, teniendo en cuenta la siguiente información de entrada:  Estado de las acciones de las revisiones por la dirección previas  \* Oportunidades y acciones de mejora para el período (2018)  \* Cumplimiento del objetivo 1 de calidad (encuestas, Calificación del servicio y quejas)  \* Cumplimiento del objetivo 2 de calidad (Indicadores de acuerdos de servicio)  \* Cumplimiento del objetivo 3 de calidad (encuestas, Calificación del servicio y quejas)  \* Desempeño de los procesos y conformidad del servicio (indicadores de proceso y Producto y/o servicio no conforme identificado)  \* Resultados de auditorías internas y externas  \* Estado de las no conformidades y de las acciones correctivas  \* Eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y las oportunidades (Gestión del riesgo)  Se hará seguimiento durante el segundo ciclo de auditorías internas de calidad al cumplimiento de las tareas y oportunidades de mejora 2018.  **Encuentro de Coordinadores de Calidad**: Los días 23 y 24 de agosto del presente año en la ciudad de Bogotá se llevó a cabo la reunión de Coordinadores de calidad con el fin de coordinar las actividades del Sistema de Gestión de Calidad en la implementación de procesos académicos durante el 2018 y 2019 y trabajar la estandarización de los procesos misionales  En la primera semana de septiembre de 2018, se envió informe de los resultados de la reunión a la Presidencia y Rectoría Seccional en forma física y a los líderes de proceso por correo electrónico donde se anexaron los documentos que hicieron parte del encuentro.  **Adquisición a nivel nacional un Software para el Sistema de Gestión de Calidad**: De acuerdo a lo acordado en el Comité Nacional de Calidad (Reunión de coordinadores) se hizo solicitud de reserva o traslado a Presupuesto para la compra del Software de Calidad a nivel Nacional, por lo cual se anexó la tabla realizada por la sede principal y a la Seccional Pereira le corresponde: $ 2.556.058  **Gestión del riesgo**: En la Seccional se identificaron 30 riesgos y 67 oportunidades de mejora, así:  Operativo: 16  Cumplimiento: 4  Tecnológico: 2  Estratégico: 6  Reputacional: 1  Legal: 1  Se hará seguimiento durante el segundo ciclo de auditorías internas de calidad al cierre eficaz de oportunidades para mitigar o eliminar riesgos 2018.  **PROYECTO PIDI 22: LA UNIVERSIDAD ORIENTADA AL SERVICIO DE LA COMUNIDAD UNILIBRISTA**  **Encuesta de necesidades y expectativas unificada con aseguramiento de la calidad y SGC 2018:** Se hizo ajustes por cada uno de los procesos a la encuesta enviada por la sede principal y se envió la población de la seccional para determinar el tamaño de la muestra, se aplicará a finales del me de octubre de 2018.  **Encuesta de satisfacción unificada con aseguramiento de la calidad y SGC:** Se trabajó  En octubre de 2017, se aplicó la encuesta a nivel nacional alineada con aseguramiento de la calidad y acreditación, la cual se aplicó a Egresados, Sector externo, Estudiantes, Docentes y Administrativos, con una muestra de 2.513 encuestados. En la seccional no se cumplió la meta del 80%, obteniéndose un resultado de 3,76 (calificación de 1 a 5) equivalente al 75,23% de satisfacción de la comunidad frente a la calidad de los servicios prestados en cada uno de los procesos, razón por la cual se trabajó con cada proceso en análisis de causas y acciones correctivas, es importante resaltar que solo los procesos de Gestión Humana y Admisiones y registros cumplieron el 80%.del estándar nacional.  Se hará seguimiento en el segundo ciclo de auditoria para evaluar la eficacia de la implementación.  **Seguimiento a PQRS**: En el primer semestre de 2018 se presentaron 21 quejas en los procesos de Docencia, Bienestar Universitario, Biblioteca, sistemas, Registro y control, y solicitudes en los procesos de Gestión financiera y Gestión Humana, las cuales se han respondido por parte de los titulares de proceso en forma oportuna, y se han tomado las acciones correctivas del caso  Durante el segundo semestre del año se han presentado 41 quejas de las cuales 3 son recurrentes en los procesos de: Servicios Generales (16 quejas, 12 de ellas por incomodidad de sillas en un salón) y en Biblioteca (21 quejas, 17 de ellas por falta de locker para guardar las pertenencias de los usuarios) y otros procesos donde se presentaron quejas, las cuales se les generaron acciones correctivas y correctivos y se respondió oportunamente a los usuarios  A partir de este trimestre todas las quejas se registran en el link de la sede principal. A partir de este trimestre todas las quejas se registran en el link de la sede principal.  **Seguimiento a Calificaciones del servicio:** Durante el primer semestre de este año se ha tenido 919 calificaciones del servicio con un porcentaje de satisfacción del 99% en los procesos de: Biblioteca, Bienestar Universitario, Adquisiciones y suministros, Gestión documental y Gestión de informática.  Durante el segundo semestre de este año se ha tenido 198 calificaciones del servicio con un porcentaje de satisfacción del 100% en los procesos de: Biblioteca, Bienestar Universitario, Admisiones y registros y Consultorio jurídico.  **Planes de Mejoramiento:** Para el año 2018 en la Seccional, se identificaron y formularon 86 oportunidades de mejora para ser desarrolladas o implementadas durante la vigencia, es importante aclarar que en el proceso de docencia participaron los Decanos de las 4 facultades y el Asesor de posgrados, en el proceso de Investigación intervinieron los Directores de los 4 centros de investigación y el Director Seccional de investigaciones y en el proceso de proyección social el Rector Seccional, la Coordinadora de CEIDEUL, Directora de Consultorio jurídico, Directora de Bolsa de empleo y egresados y Coordinador de emprendimiento.  Se hará seguimiento a la eficacia en la implementación de esta acción durante el segundo ciclo de auditorías internas  **Seguimiento al Plan Anual de Trabajo (PAT): Se** realizó seguimiento al 3er. Trimestre de 2018 al PAT.  **PROYECTO PIDI 23: SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN**  Se consolidaron los informes con corte a septiembre 30 de 2018 de los líderes y responsables de los Sistemas integrados de Calidad (ver proyecto 23 del PAT): Debido a los hallazgos encontrados en la habilitación de consultorios se están Se están documentando los procedimientos de habilitación de consultorios y desde la coordinación de calidad se está consolidando la información que envían los procesos relacionados. También el comité de seguimiento PIDI recomendó que para el proyecto 23 el responsable actual de cada sistema integrado de gestión haga las veces de líder ya que cada norma es de ley y muy específica en cada caso. Calidad seguirá consolidando la información  **Gestión Documental:** Secretaria Seccional y Coordinadora  **Seguridad y salud en el trabajo**: Jefe de Personal y Coordinadora  **Gestión ambiental**: Jefe de Servicios Generales  **Seguridad en la información**: Director de Sistemas  **Habilitación de Consultorios**: Coordinadora de Salud y Desarrollo Humano  \* Se tiene borrador del procedimiento de gestión ambiental y se están estructurando los indicadores  \* Se están documentando los procedimientos, indicadores de laboratorios  \* Se hará seguimiento a las oportunidades de mejora través de las auditorías internas de calidad del segundo ciclo  \* Se tiene previsto incluir en el segundo ciclo de auditorías en la lista de verificación los sistemas integrados de gestión, de acuerdo a los hallazgos del segundo ciclo  \* Actividad permanente, donde se mantiene actualizada la normatividad en la página web y el punto de consulta seccional. |
|  |  |
| Reporte a Entes Externos | **SNIES**: Al cierre del tercer trimestre de 2018-2 se reportó al Ministerio de Educación Nacional de acuerdo a la resolución 19591 del MEN, los aspectos de población estudiantil (Inscritos, Admitidos, matriculados, Primer curso, graduados, Retiros y Cupos). A través de la herramienta de cargue HECAA del Ministerio MEN, en el proceso ha mejorado el cargue de variables que tradicionalmente son reportas; a la fecha se cumplió con el 60%. Toda vez que aún existen un reporte final en el mes de diciembre.  Reportes SNIES   |  |  | | --- | --- | | Reporte 2018-2 | Validación | | Reporte 2018-2 | Validación | | 60% | 60% |   **SACES**: En el proceso se reportó en la plataforma SACES MEN-CNA y MEN RC, todas las solicitudes generadas por las Facultades, Dirección de Planeación con respecto a Contaduría (Recomendación), Ing. Civil y Ing, Comercial (se encuentran en estado “con concepto”, y en espera de la resolución de acreditación; El programa de Derecho se radico en SACES proceso de Autoevaluacion para visita de pares CNA. En relación con RC, existe una solicitud de oficio del programa de Enfermería el cual se aportó todo lo solicitado en Docencia Servicio y pendiente de una completitud, igualmente Ing. Financiera se radico y se encuentra en estado “proyección de resolución”  **SPADIES**: Al Corte de tercer trimestre el MEN procedió a realizar la integración de las tres plataformas SPADIES, SNIES y OLE, de esta forma regularizar las diferencias en SPADIES y proporcionar cifras reales  **OLE, (Observatorio Laboral de la Educación Superior)** en el tercer trimestre de 2018 se ha seguido los lineamientos de la Rectoría Seccional sobre el diligenciamiento de la encuesta del MEN, MO de toda la población estudiantil Graduada y se ha socialización con la oficina de egresados; lo mismo que con las diferentes facultades que han requerido de esta importante información para ser tenida en cuenta en los procesos de autoevaluación para registros calificados, igual que en los procesos de acreditación en alta calidad y programas de mercadeo.  **Evaluación docente**: Según directriz de Rectoría Nacional durante el periodo 2018-2 se aplica los nuevos instrumentos aprobados, el programa anualizado Derecho viene avanzando en el proceso con resultados deficientes, toda vez que la universidad elimino la restricción aplicada en otras ocasiones de ver las notas únicamente a los estudiantes que realizaran la evaluación. En los programas semestralizados se está aplicando la encuesta estudiantil.  **Pruebas Saber PRO**: los resultados de 2017-3 fueron liberados en forma consolidada por programa e institución, los agregados y los individuales por alumnos por programa de Derecho y semestralizados se enviaron a las facultades para la revisión y aplicación de los estímulos alcanzados por los alumnos en estas pruebas. En relación con la programación del año 2018 se cumplió con el cronograma e instructivos para la aplicación del segundo semestre 2018. |
|  |  |
| Gestión y Seguimiento del PIDI | Se culminó con la participación de los líderes de los proyectos, el proceso de planeación estratégica para el año 2019 con la elaboración del Plan Anual de Trabajo PAT 2019, el cual fue la base para la elaboración del presupuesto 2019.  La Dirección de Planeación participó durante un mes en la elaboración del presupuesto de las áreas académicas.  La Sindicatura, Calidad académica y Planeación garantizamos que se asignaran los recursos para cumplir con las acciones PIDI y las actividades que hacen parte del plan de mejoramiento institucional hoy incluidas dentro del plan anual de trabajo para el 2019.  Como apoyo al proyecto 16 de egresados, se dio inicio al proceso de seguimiento a egresados. Se hicieron los análisis del Momento 0 y se encuentra en trámite el momento 1 de los programas de trabajo social, microbiología y enfermería.  Nos encontramos en proceso de recolección de información dentro del proceso de evaluación institucional con fines de renovación de acreditación lo cual servirá mucho a los líderes de proyectos PIDI para consolidar las evidencias de la gestión adelantada en la presente vigencia.  Se efectuaron y enviaron los informes para el consejo directivo, el cual se llevó a cabo el pasado 12 de septiembre. En este mismo consejo se presentó a consideración de los consejeros, el Plan Anual de Trabajo 2019  Se llevó a cabo reuniones de PIDI académico los pasados meses de mayo, julio y septiembre. Los líderes de proyecto presentaron los avances de cada proyecto y las dificultades para cumplir las actividades planeadas  Se llevó a cabo reuniones de PIDI Administrativo en los meses de julio y septiembre.  La actividad de los mismos quedó registrada en actas.  Al final de trimestre se solicitó a los líderes la presentación de informes para preparación de nuevos informes al Consejo Directivo. |
|  |  |