



## INFORME DE LA REVISION GERENCIAL NACIONAL

Periodo de la Revisión Gerencial:  1 SEM  2 SEM Año: 2008  
Revisión: Nacional - Pereira  NACIONAL  SECCIONAL  
Fecha: Junio 27 de 2008  
Elaboró: Martha Rubiano Granada

### Información de entrada para la Revisión Gerencial Nacional.

#### 1. Desempeño de los procesos - Reporte de los indicadores de Gestión

##### VER ANEXO 1. MEDICION OBJETIVOS DE CALIDAD - CUMPLIMIENTO OBJETIVOS DE LA CALIDAD

#### 1.1 Registro de las decisiones

**Objetivo A.** Revisados los datos reportados por cada una de las seccionales se determinan las siguientes acciones:

La Ingeniera Martha Rubiano, comenta que de acuerdo al gráfico se cumplió con el indicador fijado para el año 2007, que los datos que se muestran corresponden al año 2007, con las correcciones determinadas en el año anterior, de corregir por parte de las Seccionales la tabulación en la herramienta estándar. Las Seccionales que no cumplieron fueron las de Barranquilla y Cúcuta.

A continuación comenta que para el año 2008, la encuesta será aplicada a finales del mes de Septiembre, que se iba a modificar el formato de encuestas, buscando la mejor manera de comunicarse con los usuarios.

Por otra parte, comenta que para el año 2008 el indicador debía reflejar un nivel de satisfacción de al menos un 75%, acercándonos a la meta del 80% para el año 2009.

El Dr. Jorge Orlando Murcia, manifiesta que se observa una mejora en los procesos, pero que se debía reflexionar en los servicios que mas impactaban de manera negativa en la satisfacción total. Recomienda, revisar los procesos con menor calificación y proyectar planes de mejora.

El doctor Alvarado, manifiesta que en cada Seccional, el Coordinador de calidad debe estar al oído del presidente. Tiene esa responsabilidad.

El doctor Jaime Cortez, hace referencia a que ellos celebran la NOCHE DE LA EXCELENCIA, con los estudiantes beneficiarios de matriculas de honor, y los que obtienen mejor ECAES, con una copa de vino y se les regala un libro.

Se solicita que a 15 de julio, hay que enviar resultados de grupos focales.



## INFORME DE LA REVISION GERENCIAL NACIONAL

**Objetivo B.** Los datos reportados a nivel nacional muestran el cumplimiento del objetivo de la calidad. La única seccional que incumplió el acuerdo fue la Sede Principal, siendo los procesos de adquisiciones y suministros y administración de la calidad los procesos que incidieron en el resultado. Se solicita tomar acciones de choque con el procesos de compras. La Ing. Martha Rubiano, comenta que deben ser revisados los tiempos asignados para la compra, porque se estaba catigando el proceso por cuando todas las compras no eran iguales y debían desagregarse los tiempos de compra de acuerdo a la naturaleza de la compra, que se estaba midiendo por cuantías y no por naturaleza de la compra.

Se determina revisar el procedimiento, el acuerdo y los tiempos estipulados para la compra.

Se agrega, que en cumplimiento de las decisiones de la revisión gerencial llevada a cabo en el mes de noviembre de 2007, se habían modificado algunos acuerdos, que iniciarían su aplicación a partir del mes de julio de 2008.

**Objetivo C.** Se reporta cumplimiento del indicador con los datos de las Seccionales que envían. Al respecto se comenta a nivel general, que no se ha logrado motivar o generar cultura en los usuarios para que presenten sus inquietudes o quejas. Para el caso de Bogotá, se comenta que se había tenido respuesta a este medio por parte de los usuarios para el 2007-I, pero que esta comunicación se había reducido sensiblemente para el 2007-II, que no consideraba que fuera por mejora en los procesos, sino mas bien por falta de una adecuada respuesta a las quejas. Que en la revisión gerencial en la Sede principal, se había determinado hacer un relanzamiento al sistema de quejas, sensibilizar a los usuarios para el uso de este medio de comunicación. Que de otra parte, se habían pensado en colocar una herramienta para la colocación de las quejas por medio electrónico.

Cómo decisión se solicita a la Doctora Claudia Ramírez, la colaboración en el sentido de desarrollar una herramienta en la intranet para la colocación de las quejas por medio virtual, aprovechando el uso por parte de los estudiantes de estas herramientas.

El Doctor Murcia, señala críticamente que el objetivo C, es el primero que no tiene cifra concreta. Mirar indicador y revisar cumplimiento de los acuerdos de servicios para determinar el volumen de quejas.

**Objetivo D.** Se explicó que no se ha recibido el reporte de esta medición por parte de la Auditoria Interna. Sobre el particular se trató en el encuentro de Censores y Auditores Internos, y, Bogotá ya había llevado a cabo un taller en el cual la Auditoría Interna había desarrollado un indicador para realizar la medición.



## INFORME DE LA REVISION GERENCIAL NACIONAL

El doctor Murcia, manifiesta que en tres revisiones no se ha podido medir. Grave. Está en la política de calidad, la cual ya no se puede revisar.

El Doctor Alvarado: recomienda 1. Oficiar por Bogotá (Diana Joya), y 2. Separar el indicador. Reconstruir el indicador para comunicar a auditoría Bogotá.

Revisado el indicador, se determina eliminar la palabra técnico del objetivo teniendo en cuenta que realmente los procesos en la parte técnica se evaluaban en los indicadores de eficacia de los procesos. Que de igualmente, los aspectos reglamentarios eran verificados en los procesos de auditoría. Se determina modificar el indicador como a continuación se señala.

**Actual.** Cumplir al 100% los requisitos técnicos, legales y reglamentarios en la prestación de los servicios.

**Reforma.** Cumplir al 100% los requisitos legales en la prestación de los servicios.

Para efectos de la medición, se determina por el número de sanciones reportadas. Ej. Multas por pago tardío de un impuesto.

Cuantos haya fallos, decisiones, ó sanciones por incumplimiento legal, el Secretario General lo comunica a calidad, para el registro del dato y posterior medición.

**Objetivo E.** No se logró el cumplimiento del indicador, se obtuvo 4,8% frente a la meta del 5%. Las Seccionales que no cumplieron, fueron las de Barranquilla, Cúcuta, Pereira y Socorro, sin embargo el resultado de Barranquilla, Cúcuta y Pereira está muy cercano a la meta, el caso crítico lo presenta la Seccional del Socorro.

Se solicita la revisión del reporte con los datos de la Seccional Socorro y evaluar el resultado, generando las acciones a que haya lugar.

En general, se informa que de los indicadores más bajos eran los relacionados con la inversión.

El Doctor Alvarado, solicita revisar la evaluación en cuanto a ejecución de la inversión teniendo en cuenta que estos presupuestos estaban representados en su mayor parte en las construcciones y que particularmente en la Sede Principal, se conocía la razón de esa baja ejecución.



## INFORME DE LA REVISION GERENCIAL NACIONAL

La Coordinadora de la calidad, solicita a través de los Coordinadores de la Calidad, que en las auditorias de seguimiento se revisaran las fuentes de medición, especialmente los que reportaban cumplimiento del 100%.

El Doctor Jorge Orlando Murcia, comenta que donde un indicador reportara permanentemente cumplimiento del 100%, debían buscarse otros parámetros de medición.

La Doctora Esperanza Pinillos, comenta que no le queda claro el indicador reportado, por cuanto el indicador hacia referencia a los que cumplieron la meta de eficacia y habían mejorado en un 5%. Que observaba que se incluían todos los indicadores. Que debían separarse de esta medición los indicadores que no habían cumplido la meta y analizarlos por aparte.

Evaluando el indicador en cuanto una mejora del 5% de semestre a semestre, se consideraba muy ambicioso y que entre otros podría generar desmotivación por lo cual se replantea la medida, modificándolo a una mejora del 3% .

**Actual.** Mejorar en un **5%** el resultado de los indicadores que cumplieron las metas de eficacia definidas para los procesos, respecto al comportamiento del semestre anterior.

**Reforma.** Mejorar en un **3%** el resultado de los indicadores que cumplieron las metas de eficacia definidas para los procesos, respecto al comportamiento del semestre anterior.

Revisando que realmente para lograr una mejora del 5%, de un semestre a otro en los indicadores que cumplieron la meta de eficacia

## 2. Resultado de auditorias internas/extenas

2.1 No conformidades. Informe de los resultados de auditorias internas por proceso.

**VER ANEXO 2. DIAGRAMA DE LAS NO CONFORMIDADES.**



## INFORME DE LA REVISION GERENCIAL NACIONAL

La Coordinadora de la Calidad, informa que el número de no conformidades se había incrementado en un 37%. Las Seccionales que reportaban un mayor número de no conformidades eran las seccionales de Bogotá, Cali y Socorro. Que este incremento fundamentalmente se justificaba en la verificación del cumplimiento de numerales de la norma ISO 9001, que hasta la fecha no habían sido revisados en detalle. Explica que el Auditor Externo, había recomendado revisar los numerales de norma auditados, con el fin de ir modificando los criterios de auditoria en cada ciclo, de tal manera que se fueran cubriendo de manera detallada todos los requisitos.

Teniendo en cuenta lo anterior, la Coordinadora de la Calidad solicita a los Delegados de la Presidencia, solicitar a los Coordinadores de la Calidad Seccionales, enviar los resultados de auditoria, con el fin de revisar el cumplimiento en la evaluación de los criterios de auditoria fijados. Esto en razón a que en Bogotá, se había registrado un informe en el que el auditor, no había ejecutado los criterios de auditoria, evaluando otros diferentes.

De otra parte, comenta que era necesario reforzar la capacitación de los auditores, con el fin de desarrollar destreza para verificar el cumplimiento de los requisitos frente a la norma ISO 9001 versión 2000.

El Doctor Murcia, recomienda asociar este indicador con otro. Entre más no conformidades haya, es mejor para el sistema. Anexo 1516, revisar para analizar críticamente

2.2 Resumen de no conformidades y estado de las acciones correctivas. Formato ST-AC-04-P-01-F01, diligenciado.

### **VER ANEXO 3. RESUMEN DE ACCIONES CORRECTIVAS**

La Coordinadora de la calidad, manifiesta que con respecto a la revisión anterior, se notaba una mejora en la ejecución de las acciones correctivas, que sin embargo no se reflejaba de igual manera la mejoría de los procesos, por lo cual solicitaba que a través de las Coordinaciones de la Calidad, se evaluara la eficacia de las acciones adelantadas, que en algunos casos la acción se cerraba con el envío de una carta y que en realidad, esto no era una acción como para cerrar una no conformidad.

### 2.3 Auditorias externas

#### 2.3.1 Informe del estado del programa de ejecución



## INFORME DE LA REVISION GERENCIAL NACIONAL

La Coordinadora de la Calidad, presenta el consolidado de no conformidades recibidas del ente externo en la auditoria de certificación y en el primer seguimiento. Comenta que las no conformidades de la auditoria de certificación, a estas alturas deben estar cerradas en todo el país, que era necesario revisar y asegurar el cierre. Comenta que en la Seccional del Socorro, no estaba adelantado lo referente a la determinación de habilidades críticas.

El Doctor Jorge Orlando Murcia, manifiesta que era grave si el auditor externo encontraba que se habían enviado una documentación con acciones para el cierre y estas acciones no hubieran sido realizadas, podría ponerse en riesgo la certificación.

En cuando a las no conformidades levantadas en la auditoria de seguimiento, solicitaba de igual manera revisar el caso del control de los back-up en las Oficinas de Sistemas. De igual manera el control de las órdenes de compra virtual, de lo cual se habían determinado acciones en el Comité de Presidentes llevado a cabo en el día anterior.

Comenta que para el caso de los back-up, en el caso del Socorro no había ningún problema por cuanto el back-up de esa seccional se administraba en la Sede Principal. Sin embargo, la Coordinadora expresa que en la Sede principal, habían determinado enviar la custodia de los back-up a una firma externa, pero que en la auditoria interna se había evidenciado que a la fecha no estaba el contrato listo, que era fundamental cerrar esta acción.

**2.4 Resumen de no conformidades y estado de las acciones preventivas.** Formato ST-AC-04-P-01-F01, diligenciado.

### **VER ANEXO 4. RESUMEN DE ACCIONES PREVENTIVAS**

La Coordinadora de la Calidad, informa que no se ha logrado mayor avance en las acciones preventivas, que continuabamos generando mayor número de acciones correctivas, que preventivas. Manifiesta la necesidad de actualizar los mapas de riesgo, generando nuevas acciones preventivas. De igual manera, comenta que a la fecha no se han recibido las acciones preventivas de las Seccionales Socorro y Cúcuta, quienes se habían comprometido a enviarlas a 30 de Noviembre del año pasado, por lo cual les solicitaba, desarrollarlas y enviarlas.



## INFORME DE LA REVISION GERENCIAL NACIONAL

Para el caso del Socorro, se solicita su formulación antes de la auditoria de seguimiento. De igual manera, informa que la auditoria de seguimiento en el mes de Noviembre será en la ciudad de Cúcuta, por lo cual deben desarrollar las acciones preventivas y estar al día con todos los procedimientos.

El Doctor Alvarado, solicita a la Coordinadora de la Calidad, trasaldarse a la Seccional Socorro con el fin de acompañar en las acciones necesarias, para que la Seccional, esté lo mejor preparada para recibir la auditoria externa.

La Doctora Esperanza Pinillos manifiesta que no se tenían acciones preventivas por parte del proceso de gestión de la dirección. Informa que en la Seccional Cali, se hará el ejercicio y los comunicará para que en todo el país se lleve a cabo, o se adelanten las acciones formuladas en la Seccional.

El Doctor Murcia comenta que cuando un sistema tiene serios avances en el sistema lo ideal, es que lo preventivo se incremente.

### 3. Tareas de seguimiento de revisiones anteriores

[Seguimiento informe anterior](#)

TAREA	ESTADO
1. Desempeño de los procesos - reporte de indicadores	
Se estandarizaron los indicadores y los acuerdos de servicio a nivel nacional. Se informa que se había implementado la nueva periodicidad de medición conforme a los lineamientos fijados por el Doctor Alvarado en la reunión anterior, de comparar semestralmente. Se reliazó el ejercicio comparando 2007-I vs 2007-II	Cerrado
De igual manera, se hicieron los cambios realizados a los objetivos de la calidad, se actualizaron en el manual de calidad, se publicaron, se comunicaron y se socializaron en los Comités de Calidad.	Cerrado
2. Mejoró el avance en la ejecución de las acciones correctivas	En proceso



### 4. Cambios que podrían afectar al SGC

**VER ANEXO 6. MATRIZ DE CAMBIOS**

#### Decisiones

1. Se modificó el objetivo D, debe actualizarse en el manual de calidad, publicarse y comunicarse
2. Se deben actualizar los procedimientos de cartera con la implementación de la interfaz entre SIUL I y SIUL II. Se determinó concluir el contrato con Digital Ware, no se ha cerrado esta acción.
3. Realizar el inventario de servicios por outsourcing existente incluyendo las áreas administrativas y académicas, con plazo máximo hasta 16 de noviembre del año en curso. No han enviado este listado a la fecha.
4. De acuerdo a la agenda del día 26 de junio de 2008 se necesita la designación de un interlocutor de la Secretaría General que se apropie de proyecto de gestión documental en todo el país.
5. Se debe comunicar a los Coordinadores de Calidad, que deben gestionar con todo el personal adscrito al SGC, la transferencia de los archivos de Gestión, de los años 2005 y 2006 del SGC al archivo central.
6. Políticas de cartera.  
Revisar las políticas y el procedimiento de cartera formulado en el Comité de Calidad y Proyectos Institucionales No. 3, y enviar las observaciones con plazo máximo de 5 días conforme a la metodología adoptada. Pasado este tiempo se publicará el documento oficialmente en la zona intranet y a partir de esta fecha será de aplicación a nivel nacional. No se ha ejecutado.
7. Cartera de mas de 360 días. Se determina que cada seccional tome las medidas a que haya lugar, teniendo en cuenta las recomendaciones de la revisoría fiscal. De acuerdo al reglamento de presupuesto, la cartera de más de 360 días se debe llevar a la H. Consiliatura.
8. Se comentó también que era necesario revisar el formato de compras que se obtenía con el aplicativo SEVEN, que estaba mal parametrizado y salía mal.  
NO SE HA EJECUTADO. Ejecutar antes de la revisión del mes de Noviembre.

El Doctor Murcia, manifiesta que la gestión de la dirección tiene su mapa de riesgo, para trabajar acciones preventivas, y, por tanto, tenemos que montar ese procedimiento para la dirección.



## INFORME DE LA REVISION GERENCIAL NACIONAL

El doctor Alvarado, reitera atención a los siguientes aspectos:

A. Más exigente con el sistema de seguridad de los back-up.

B. Más atentos en el control a compras virtuales. Sobre crédito directo: Nuevamente se insistió en el tema, y el doctor Alvarado, señaló que había una decisión de la H. Consiliatura. Que sólo podíamos autorizar hasta el 20% máximo de crédito directo. Igualmente, indica que los estudiantes no pueden ser codeudores de estudiantes. Nos apoyamos en las decisiones de la Consiliatura. Hay que facilitar y hacerle seguimiento al crédito bancario. FENALCO: insiste Pereira. A raíz del tema de cartera, se tocó, a instancias mía, el caso de Barranquilla, y se concluyó con una recomendación del doctor Alvarado: ver normas internas. También, se pidió por parte de Presidencia Nacional, un informe inventario sobre outsourcing.

Por otro lado, el doctor Alvarado, reitero la necesidad de resolver con urgencia, los rollos que tenemos con el manejo de activos fijos, en todas las seccionales. Pedir a Pereira documento sobre activos y estadísticas.

Solicita a la Coordinadora de la Calidad, revisar el uso del logo de calidad en los documentos de la Universidad. Fundamental: instructivo uso del logo. A través de registro y control, la academia recibirá el uso del logo por extensión. Hacer auditoria sobre el uso del logo.

  
VICTOR HERNANDO ALVARADO ARDILA  
Presidente Nacional

  
MARTHA RUBIANO GRANADA  
Coordinador de Calidad