	<b>FORMATO DE INFORME TRIMESTRAL DE GESTIÓN DE PROCESOS (ITG)</b>	<b>CÓDIGO:</b> F-3-1-1
	<b>PROCEDIMIENTO RELACIONADO: ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD</b>	<b>VERSIÓN:</b> 0-13-09-2013
		<b>PÁGINAS:</b> Página 1 de 5

## 0. INFORMACIÓN GENERAL DEL INFORME

<b>PERIODO DE INFORME:</b>	01 de Oct a 13 de Dic	
<b>NOMBRE DEL PROCESO:</b>	Proceso de Control Interno	
<b>NOMBRE DEL LÍDER DEL PROCESO:</b>	Daniel Bejarano Garrido	
<b>NOMBRE DEL L.E.G. NACIONAL:</b>	Hernán Alonso Cabrales Muñoz	
<b>NOMBRE DE REPRESENTANTES DE PROCESO ZONALES:</b>	<b>ZAO</b>	Luis Robert Contreras B – Francia E Arango M
	<b>ZCAR</b>	Jorge Armando Jiménez Torres.
	<b>ZCBC</b>	Elizabeth Chilatra Guzmán.
	<b>ZCBOY</b>	Elsa de Jesús Guarín Velandia.
	<b>ZCORI</b>	Diana Patricia Torres Solano.
	<b>ZCSUR</b>	Juan Carlos Medina López.
	<b>ZOCC</b>	Claudia C Gutiérrez S – Heidi J Urrego Valencia
	<b>ZSUR</b>	Victoria Barreiro González

**IMPORTANTE:** Se sugiere que el informe sea concreto. En caso de no reportar información no debe eliminarse ningún título, pero debe justificarse la razón por la cual no se reporta.

## 1 PERCEPCIÓN DE CALIDAD DEL PROCESO


### 1.1 SISTEMA DE ATENCIÓN AL USUARIO. PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES.

Teniendo en cuenta la información y estadísticas suministradas por el Sistema de Atención al Usuario, relacione las situaciones, temas o subtemas que presentaron recurrencia en el ITG del trimestre anterior y determine si cada situación fue solucionada, en caso de no haberse solucionado, indique claramente las razones que argumenta el Representante Zonal del Proceso para el incumplimiento. Estas situaciones deben ser registradas como Reincidencias en el ITG:

SITUACIÓN TEMA O SUBTEMA QUE PRESENTABA RECURRENCIA EL TRIMESTRE PASADO	ACCIÓN DE MEJORA PLANTEADA EL TRIMESTRE ANTERIOR	¿SE SOLUCIONÓ LA SITUACIÓN?	MOTIVO DEL INCUMPLIMIENTO
N. A.	N. A.	N. A.	N. A.
N. A.	N. A.	N. A.	N. A.

Teniendo en cuenta la información y estadísticas suministradas por el Sistema de Atención al Usuario, relacione los temas y subtemas que presentan algún tipo de **recurrencia** (Aquellas situaciones que en el trimestre se presentan en cantidades representativas y que representan un alto porcentaje del total de PQRS que ingresan al proceso), y **reincidencia** (Aquellas situaciones que se vuelven a presentar en dos o más trimestres según se presente la situación, empezando por aquellas registradas en el punto 1.1)

Este informe debe ser enviado desde el correo institucional del líder del proceso al correo [gerencia.calidad@unad.edu.co](mailto:gerencia.calidad@unad.edu.co)  
Asegúrese de estar utilizando la versión actualizada de este formato. Consúltelo en <http://calidad.unad.edu.co>.

	<b>FORMATO DE INFORME TRIMESTRAL DE GESTIÓN DE PROCESOS (ITG)</b>	<b>CÓDIGO:</b> F-3-1-1
	<b>PROCEDIMIENTO RELACIONADO: ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD</b>	<b>VERSIÓN:</b> 0-13-09-2013
		<b>PÁGINAS:</b> Página 2 de 5

SITUACIÓN TEMA O SUBTEMA QUE PRESENTA RECURRENCIA/REINCIDENCIA	MANIFESTACIÓN DE LA PQRS	CAUSA RAÍZ IDENTIFICADA POR EL LÍDER DE PROCESO	ACCIÓN DE MEJORAMIENTO PROPUESTA POR EL LÍDER DE PROCESO
N. A.	Elija un elemento.	N. A.	N. A.
N. A.	Elija un elemento.	N. A.	N. A.
N. A.	Elija un elemento.	N. A.	N. A.

Una vez identificadas las acciones de mejora para la atención de la reincidencia y recurrencia de temas, deben ingresarse en el Modulo para la formulación de planes de mejoramiento SSAM. Indique el espacio en que se definieron estas acciones.

**NOTA:**

- En el caso que su proceso no tenga PQRS continúe con el siguiente punto.

**1.2 REALIMENTACIÓN DESDE OTRAS FUENTES DE INFORMACIÓN.**

Realice el análisis de la realimentación realizada por parte del usuario del proceso, proveniente de otras fuentes de información como: encuestas, participaciones en radio, biblioteca y demás medios utilizados por la universidad. Tenga en cuenta dentro del análisis dar respuesta a las siguientes preguntas:

- ¿Cuál fue la causa raíz? N. A.
- ¿Qué acciones se tomaron frente a las situaciones presentadas? (en caso de ser necesario ingresarse en el Módulo para la formulación de planes de mejoramiento SSAM. Indique el espacio en que se definieron estas acciones. N. A.
- ¿La situación fue solucionada? N. A.

**NOTA:**

- En el caso que su proceso no tenga información para este periodo continúe con el siguiente punto.

**2 DESEMPEÑO DEL PROCESO**

**2.1 ANÁLISIS DE INDICADORES.**

Tomando en cuenta el último reporte publicado, realice el correspondiente análisis seleccionando únicamente aquellos indicadores de proceso que manifiestan los siguientes comportamientos:

- Desempeño Bajo: Indicadores que tienen como mínimo dos de las tres últimas mediciones por debajo del límite de control inferior. N. A.
  - Indicar las acciones que se tomaron en el trimestre pasado para evitar este comportamiento. N. A.
  - Indicar la causa raíz del comportamiento del indicador a lo largo de este trimestre. N. A.
  - Formular acciones de mejora en el módulo para la formulación de planes de mejoramiento SSAM. N. A.
- Sobredimensionamiento de la medición: Indicadores que tienen como mínimo dos de las tres últimas mediciones por encima o en el límite de control superior.
  - Indicar las acciones que han adelantado para el rediseño del indicador.

En los indicadores del proceso de Control Interno, para el trimestre 4º de 2013, se presentaron las siguientes situaciones: a) Se realizó una selección de los indicadores más importantes del proceso (esto se hizo para todos los procesos del SGC a vigencia 2013) para continuar el proyecto de tablero de mando para la UNAD, quedando seleccionados para continuar los siguientes indicadores: a.1) "Avance en el cumplimiento de las

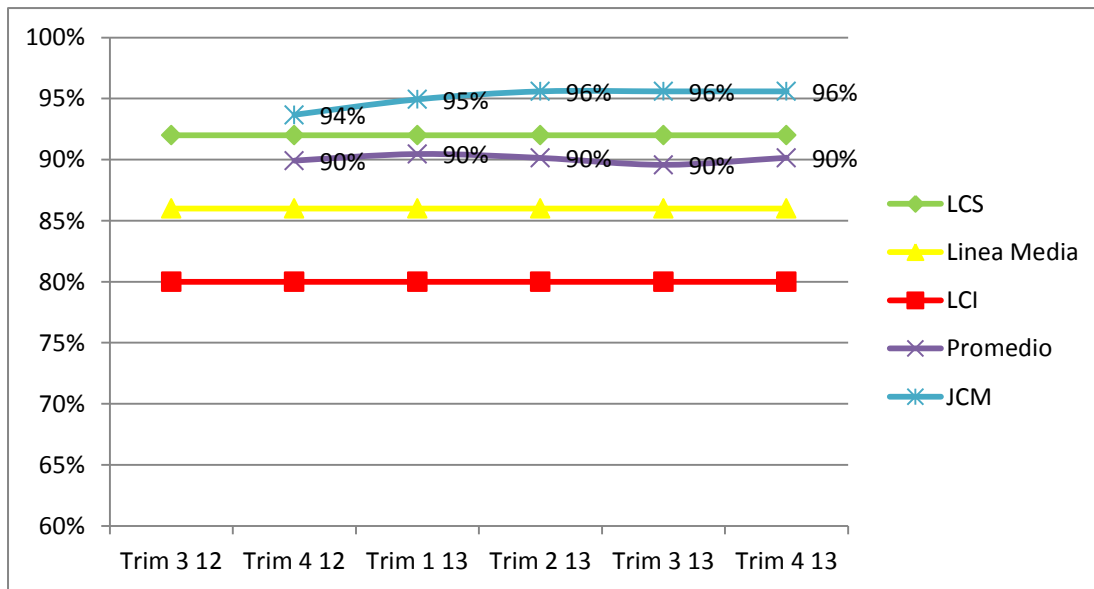
Este informe debe ser enviado desde el correo institucional del líder del proceso al correo [gerencia.calidad@unad.edu.co](mailto:gerencia.calidad@unad.edu.co)  
Asegúrese de estar utilizando la versión actualizada de este formato. Consúltelo en <http://calidad.unad.edu.co>.

acciones definidas para la mitigación de los riesgos”, a.2) “Calificación positiva de auditores”, a.3) “Minimización de la zona de riesgo”, y a.4) “Reincidencia de No Conformidades detectadas”; los dos indicadores restantes de “horas de auditoría” y de “utilización de auditores” no fueron tenidos en cuenta para la actualización de la batería general de indicadores de la UNAD. b) Por causa de encontrarse algunos de los indicadores del proceso por encima de la línea límite de control superior en algunos periodos de medición, se tomó la decisión de revisar y ajustar límites inferiores, líneas medias y límites superiores de los indicadores del proceso de Control Interno, quedando oficializado lo anterior ante la Gerencia de Calidad y Mejoramiento Universitario. Los indicadores resultantes fueron objeto de medición para el cuarto trimestre de 2013.

3. Riesgo de pérdida de control: Indicadores que manifiestan una tendencia de decrecimiento y que seguramente en periodos siguientes estarán por debajo del límite de control de seguir dicha tendencia. N. A.
  - a. Indicar las acciones tomadas en el trimestre pasado para evitar este comportamiento. N. A.
  - b. Indicar la causa raíz del comportamiento del indicador a lo largo de este trimestre. N. A.
  - c. Formular acciones de mejora en módulo para la formulación de planes de mejoramiento SSAM. N. A.
  
4. Indicadores que no presentaron medición en el periodo: N. A.
  - a. Indicar la causa del no reporte de información. N. A.

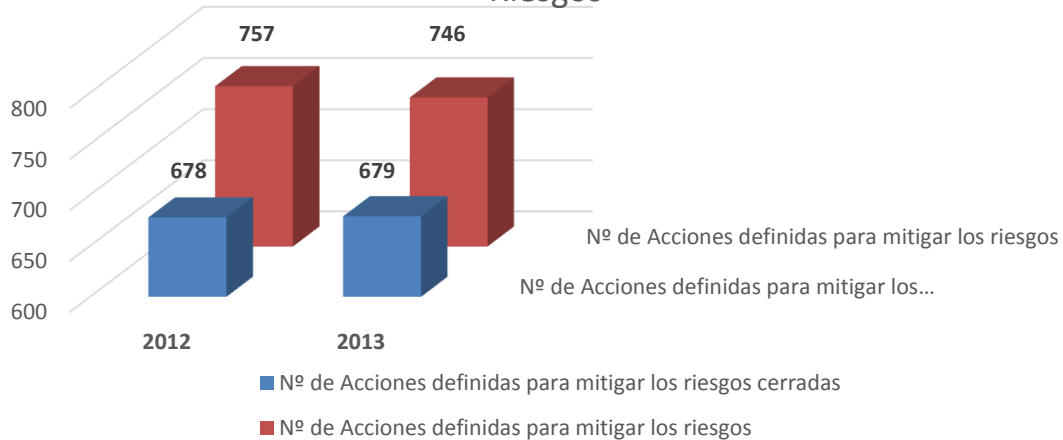
**ANÁLISIS DE INDICADORES A 4º TRIMESTRE 2013.**

**1) “Avance en el cumplimiento de las acciones definidas para la mitigación de los riesgos”.**



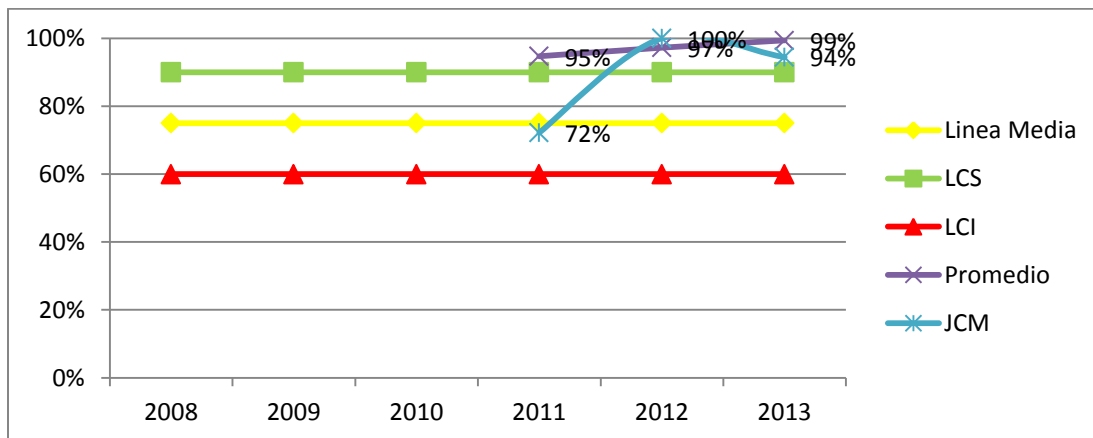
Para el 4º trimestre de 2013, de manera general se obtiene un desempeño ubicado superior a la línea media y bajo el límite de control superior, el cual se considera adecuado, con un cumplimiento a cierre de 2013 de 90% de acciones cumplidas. Desde una perspectiva general, para el 4º trimestre se han efectuado las actividades de reportes de seguimientos trimestrales por parte de los responsables en los distintos centros, se ha velado por la permanente actualización de la información correspondiente a los riesgos en la Aplicación.

**Avance en el Cumplimiento de Acciones para Mitigación de Riesgos**



En el indicador “Avance en el Cumplimiento de Acciones para Mitigación de riesgos”, en el 2012 se cumplió un 88% de las acciones de mitigación de riesgos; en el 2013 se cumplió un 90% de las acciones de mitigación, lo que representa un mejoramiento de un 2% al compararse ambas vigencias, empleándose estrategias de capacitación y permanente asesoría y acompañamiento a través del equipo de la Oficina de Control Interno en el manejo del riesgo a nivel nacional, generándose conciencia en la toma de acciones preventivas para la mitigación del riesgo.

**2) “Calificación positiva de auditores”.**

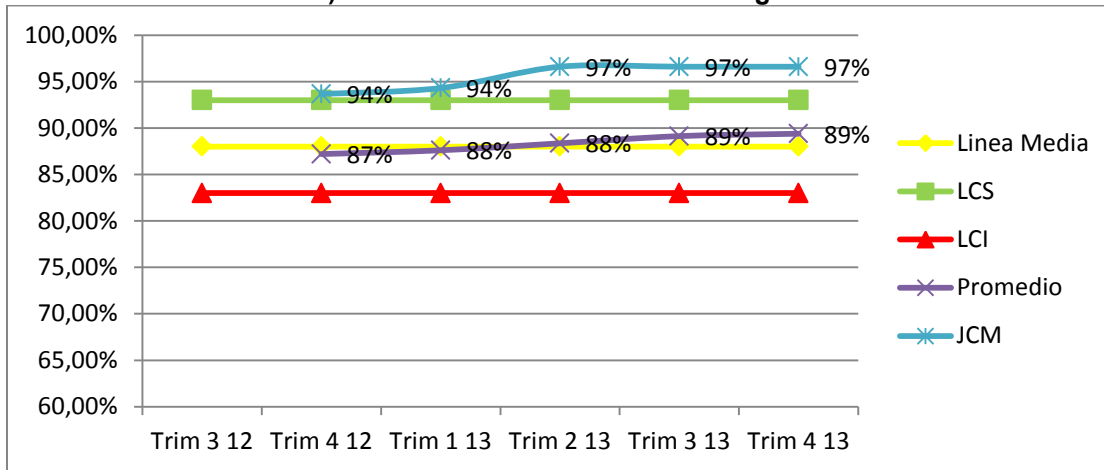


En el ejercicio auditor, en el indicador “Calificación positiva de auditores”, al efectuar el comparativo se pasó del 97% en el 2012 a 99% en el 2013, es decir que se presentó un mejoramiento de un 2%. Para pensarse en la búsqueda de la mejora continua en el proceso de Control Interno, particularmente en el gran proceso de las Auditorías Integrales a los procesos del SGC, la Oficina de Control Interno realizó la capacitación (taller) a los Auditores en aspectos que se había determinado se debía mejorar dentro de la naturaleza del proceso tales como la redacción de hallazgos de No Conformidad (los cuales se debían redactar como incumplimientos a los requisitos de norma o estándar) y de Observaciones (las cuales se debían redactar como recomendaciones o sugerencias), la precisión de la asignación de los hallazgos conforme los numerales del estándar a auditar, entre otros temas, es lo que se considera es el principal factor que condujo al mantenimiento de la mejora de

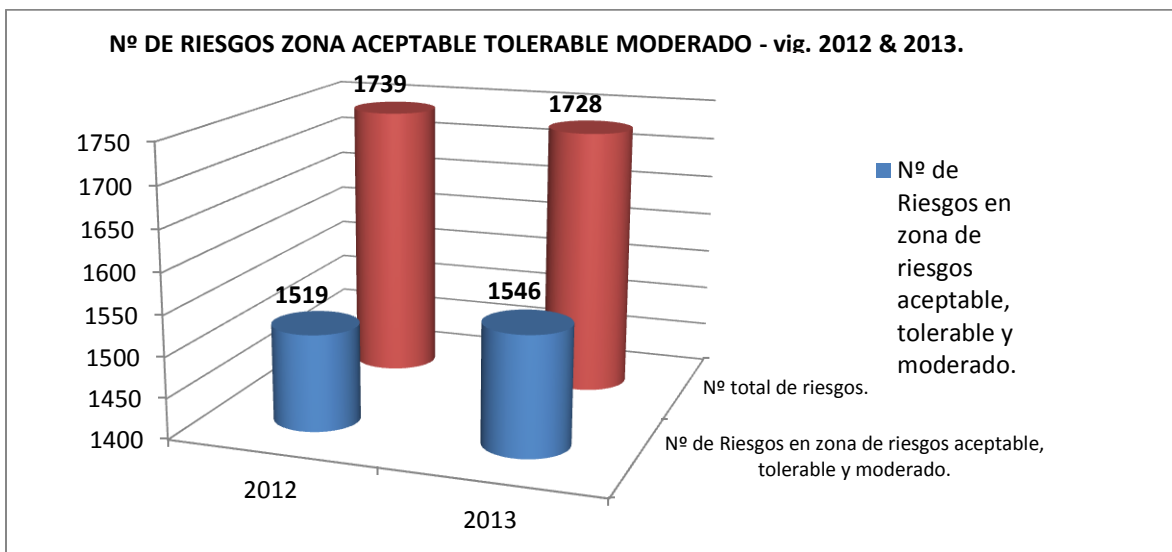
Este informe debe ser enviado desde el correo institucional del líder del proceso al correo [gerencia.calidad@unad.edu.co](mailto:gerencia.calidad@unad.edu.co)  
 Asegúrese de estar utilizando la versión actualizada de este formato. Consúltelo en <http://calidad.unad.edu.co>.

las calificaciones por parte de los Auditados hacia los Auditores y a la conformidad con los Informes de Auditoría presentados, generando oportunidades de mejora para el SGC.

**3) “Minimización de la zona de riesgo”.**

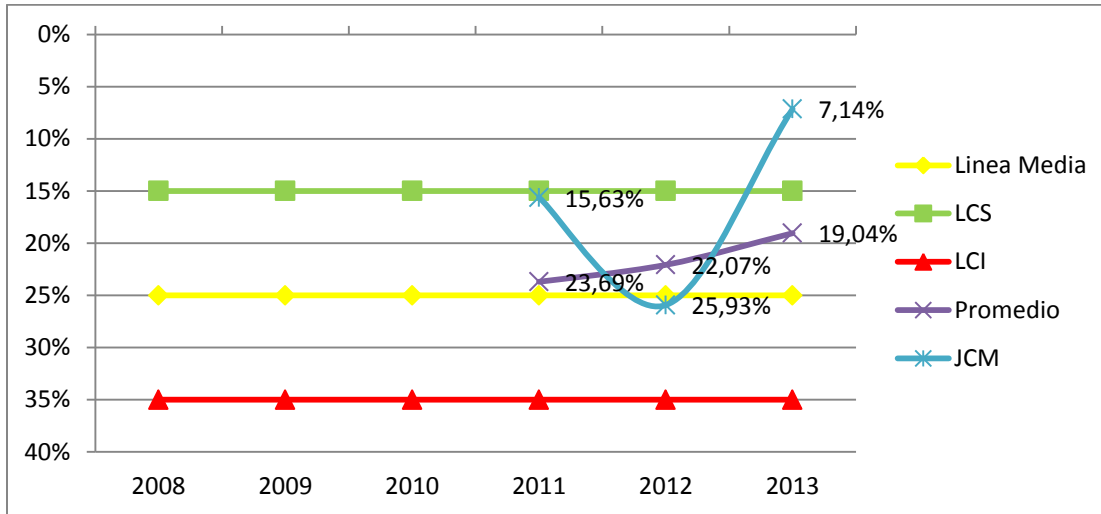


Para el 4º trimestre de 2013, de manera general se obtiene un desempeño ubicado superior a la línea media y bajo el límite de control superior, el cual se considera adecuado, con un cumplimiento a cierre de 2013 de 89% de acciones cumplidas. Desde una perspectiva general, para el 4º trimestre se han efectuado las actividades de mitigación de riesgos, se han efectuado reportes de seguimientos trimestrales por parte de los responsables en los distintos centros, se han realizado actividades de revisión y velado por la permanente actualización de la información correspondiente a los riesgos en la aplicación.



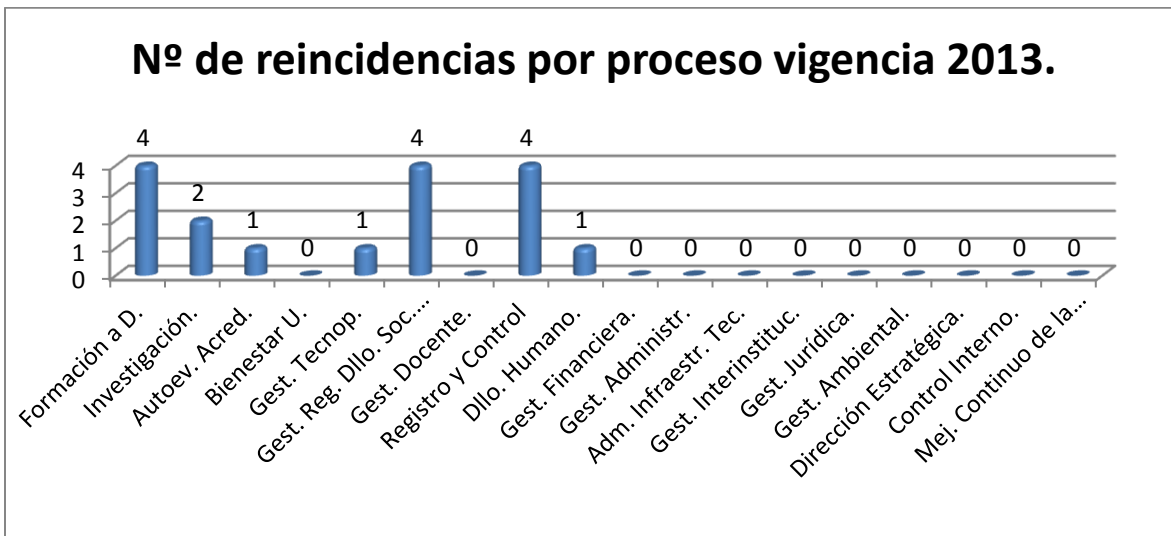
En el indicador “Minimización de la Zona de Riesgo”, en las zonas aceptable, tolerable y moderados, en el 2012 se obtuvo un 87,3% y en el 2013 un 89,4%, lo que representa un mejoramiento de un 2% entre las vigencias, producto de la implementación de acciones de mitigación efectivas.

**4) “Reincidencia de No Conformidades detectadas”.**




Para el 4º trimestre de 2013, de manera general se obtiene un desempeño ubicado superior a la línea media y bajo el límite de control superior, el cual se considera adecuado, con una trayectoria de cumplimiento de 23,69% en la vigencia 2011, luego de 22,07% correspondiente a la vigencia 2012, para finalmente lograrse en el cierre de 2013 de 19,04% de No Conformidades reincidentes, lo cual refleja que en las últimas vigencias tiende a disminuir vigencia a vigencia la cuantía de No Conformidades reincidentes, ello sin pasar de soslayo que el Sistema de Gestión de la Calidad, certificado desde 2009 presenta 4 años de evolución y madurez, aspecto que posee relación directa con el resultado aquí enunciado.

**Nº de reincidencias por proceso vigencia 2013.**



En el ejercicio auditor 2012 se obtuvo un total de 25 No Conformidades reincidentes. Para la vigencia 2013, se obtuvo un total de 17 No Conformidades reincidentes, por ende se presenta un disminución de 8 que representan un 32%. Las reincidencias apuntan al numeral 8 de la norma, lo cual es la “Medición, análisis y mejora” y en menor proporción al numeral 4 “Control de registros y documentos”.

Este informe debe ser enviado desde el correo institucional del líder del proceso al correo [gerencia.calidad@unad.edu.co](mailto:gerencia.calidad@unad.edu.co)  
 Asegúrese de estar utilizando la versión actualizada de este formato. Consúltelo en <http://calidad.unad.edu.co>.

	<b>FORMATO DE INFORME TRIMESTRAL DE GESTIÓN DE PROCESOS (ITG)</b>	<b>CÓDIGO:</b> F-3-1-1
	<b>PROCEDIMIENTO RELACIONADO: ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD</b>	<b>VERSIÓN:</b> 0-13-09-2013 <b>PÁGINAS:</b> Página 7 de 5


## 2.2. DESEMPEÑO CUALITATIVO DEL PROCESO.

Seleccione aquellos aspectos relacionados con el desempeño del proceso, iniciando con aquellas situaciones que ameriten una toma de decisiones oportuna y acertada por parte del Líder del Proceso. Organice cada una de ellas en una matriz Eisenhower para la toma de decisiones según su grado de importancia y urgencia así:

	<b>URGENCIA +</b>	<b>URGENCIA -</b>
<b>IMPORTANCIA +</b>	Cuadrante 1 (Atención inmediata):	<b>Cuadrante 2 (Planificación):</b> <b>Actualización y alineación sistemática de la aplicación Sistema de Mapas de Riesgo versión 2.0 teniendo en cuenta los nuevos procedimientos y las nuevas cadenas de valor del Sistema de Gestión de la Calidad.</b>
<b>IMPORTANCIA -</b>	Cuadrante 3 (Asignación): - CENTROS / UNIDADES: Revisión de la gestión del riesgo requerida a Centros zonales y Unidades según directrices de la OCONT, teniendo en cuenta la retroalimentación realizada. - CENTROS DE ZONAS / UNIDADES: Realización de los seguimientos trimestrales a sus respectivos riesgos de cada centro, su registro oportuno en la Aplicación. - OCONT: a) Verificación de los aspectos tanto de forma como de fondo de la información que se ingresa periódicamente a la Aplicación Sistema de Mapas de Riesgo Versión 2.0. b) Verificación del cumplimiento de las acciones solicitadas y del cumplimiento de ajustes en atención a las realimentaciones efectuadas por la OCONT. Responsables: OCONT, centros, unidades	Cuadrante 4 (Redefinición): OCONT: - Contacto y atención permanente con los Responsables y usuarios de la Aplicación para la atención de sus distintos requerimientos.

Para aquellas situaciones relacionadas con el desempeño del proceso ubicadas en cada uno de los cuadrantes formule las acciones de mejora en el Modulo para la formulación de planes de mejoramiento SSAM.

- Situaciones en el cuadrante 1: Acciones que sugieren una decisión inmediata por parte del líder, pues podrían afectar seriamente el desempeño del proceso.
- Situaciones en el cuadrante 2: Acciones que deben ser planificadas para ser realizadas en un horizonte de tiempo no superior a 3 meses y cuya efectividad será evaluada en el siguiente ITG.
- Situaciones en el cuadrante 3: Estas acciones deben ser asignadas a diferentes responsables (líderes de proceso en la Zona).
- Situaciones en el cuadrante 4: Estas acciones consisten en redefinir o plantear algún tipo de correctivo sobre el proceso, normalmente de forma y pueden ser planteadas con un horizonte de cumplimiento de 3 meses.

	<b>FORMATO DE INFORME TRIMESTRAL DE GESTIÓN DE PROCESOS (ITG)</b>	<b>CÓDIGO:</b> F-3-1-1
	<b>PROCEDIMIENTO RELACIONADO: ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD</b>	<b>VERSIÓN:</b> 0-13-09-2013
		<b>PÁGINAS:</b> Página 8 de 5


### **3. CONTROL Y ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD EN EL PROCESO**

Relacione en el siguiente cuadro las situaciones en las cuales alguno de los productos y servicios del proceso, no fueron entregados con las características o atributos de calidad establecidos por la Universidad.

NOMBRE DE PRODUCTOS Y/O SERVICIOS GENERADOS EN EL PROCESO <small>(Extraídos de la caracterización de proceso)</small>	TOTAL PRODUCTOS Y/O SERVICIOS GENERADOS EN EL TRIMESTRE	TOTAL PRODUCTOS Y/O SERVICIOS NO CONFORMES GENERADO EN EL TRIMESTRE	CENTROS REGIONALES EN LOS QUE SE ORIGINARON LOS PRODUCTOS NO CONFORMES	REQUISITOS INCUMPLIDOS <small>(Si el requisito se encuentra referenciado en la ficha del producto, se debe documentar textualmente, de lo contrario documéntela en esta columna)</small>	INDIQUE LA CORRECCIÓN QUE SE DIO POR PARTE DEL LIDER DEL PROCEDIMIENTO EN CASO QUE EL REQUISITO NO SE ENCUENTRE DOCUMENTADO EN LA FICHA DE PRODUCTO <small>(De lo contrario deje el espacio en blanco)</small>
Informes de Auditorías*	17	–	–	–	–
Mapas de Riesgo.	80	–	–	–	–

Analice la información del cuadro anterior y formule las acciones correctivas para evitar que se vuelvan a presentar estas situaciones, en el módulo para la formulación de planes de mejoramiento SSAM.




	<b>FORMATO DE INFORME TRIMESTRAL DE GESTIÓN DE PROCESOS (ITG)</b>	<b>CÓDIGO:</b> F-3-1-1
	<b>PROCEDIMIENTO RELACIONADO: ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD</b>	<b>VERSIÓN:</b> 0-13-09-2013
		<b>PÁGINAS:</b> Página 9 de 5

#### **4 ESTADO DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS DEL PROCESO**

Con base en la información registrada en el último reporte del Sistema de Seguimiento a Acciones de Mejora SSAM, seleccione únicamente aquellas acciones vencidas y sin iniciar (en estado rojo y verde respectivamente), organícelas de manera prioritaria, iniciando con aquel proceso que cuenta con el mayor nivel de incumplimiento o con el menor nivel de avance e indique:

- a. Razones por las cuales no se han cerrado las acciones en estado rojo en las fechas estipuladas. N. A.
- b. Razones por las cuales no se ha dado inicio formal a las acciones en estado amarillo. N. A.
- c. Situaciones que podrían incidir en la reaparición de los hallazgos de las acciones cerradas en el periodo. N. A.


Plan de trabajo a seguir para dar cierre formal a las acciones vencidas e iniciar las acciones que a la fecha no tienen ningún nivel de avance. N. A.

	<b>FORMATO DE INFORME TRIMESTRAL DE GESTIÓN DE PROCESOS (ITG)</b>	<b>CÓDIGO:</b> F-3-1-1
	<b>PROCEDIMIENTO RELACIONADO: ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD</b>	<b>VERSIÓN:</b> 0-13-09-2013
		<b>PÁGINAS:</b> Página 10 de 5

**5 GESTIÓN DEL RIESGO EN EL PROCESO:** Con base en la Información diligenciada en la aplicación de Mapas de Riesgos:

1. Enuncie los principales riesgos que afectan el (los) procesos asignados.
2. ¿Qué acciones de mitigación se han tomado en el trimestre y porcentaje de avance?

RIESGO	IMPACTO	PROBABILIDAD	JCM	ZAO	ZCAR	ZCBC	ZCBOY	ZCOR	ZOCC	ZCSUR	ZSUR	ACCIONES	EVALUACION DE LA ACCIÓN
No presentar los correspondientes informes (propios del proceso de Control Interno) dentro de los términos, condiciones y espacios ya destinados para esta función del proceso de Control Interno.	Modo-rado.	Baja.	X									La OCONT presentó los informes a su cargo en el 4º Trim. 2013: Informes de: Austeridad del Gasto meses septiembre, octubre y noviembre y diciembre de 2013; Informe de Seguimiento a Plan de Mejoramiento, Gestión Contractual (CGR), Informe de MECI dirigido al DAFP.	Las acciones de mitigación del riesgo son adecuadas y contribuyen a la mitigación del riesgo. <b>NIVEL DE AVANCE DE ACCIONES: 100%.</b>
No sensibilizar en mecanismos de Autocontrol y Autorregulación, concretamente en lo concerniente a Mapas de Riesgos en los procesos y zonas de la UNAD.	Modo-rado.	Baja.	X									OCONT sensibilizó, impartió directrices y lineamientos y realizó capacitación en Mapas de Riesgo Versión 2.0 en la vigencia 2013, brindó acompañamiento y asesoría por diferentes medios; se adelantó la retroalimentación a los riesgos por proceso.	Las acciones de mitigación del riesgo son adecuadas y contribuyen a la mitigación del riesgo. <b>NIVEL DE AVANCE DE ACCIONES: 100%.</b>
No realizar las auditorías que corresponden o propias del proceso de Control Interno, en sus diferentes escenarios (Sistema de Gestión de Calidad) / Auditorías sin aplicar al SGC (auditorías integrales a los procesos del SGC).	Modo-rado.	Baja.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Se ejecutó en un 100% el Programa de Auditorías internas e integrales a los procesos del SGC de la UNAD en la vigencia 2013.	Las acciones de mitigación del riesgo son adecuadas y contribuyen a la mitigación del riesgo. <b>NIVEL DE AVANCE DE ACCIONES: 100%.</b>
No efectuar monitoreos y seguimientos a planes de mejoramiento.	Modo-rado.	Baja.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	De manera articulada con el Clúster Estratégico de Autogestión y Autorregulación, se efectúa seguimiento a nivel de todo el país de las acciones consignadas en la aplicación SSAM. En los seguimientos a planes de mejoramiento externos actúa la OCONT en razón a sus funciones legales.	Las acciones de mitigación del riesgo son adecuadas y contribuyen a la mitigación del riesgo. <b>NIVEL DE AVANCE DE ACCIONES: 100%.</b>
Que no haya seguimiento a los mapas de riesgo.	Modo-rado.	Baja.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Se realiza seguimiento trimestral en los Mapas de Riesgos, incluso de manera articulada con los centros de las zonas del país, para lo cual se acude a los distintos canales y flujos de comunicación en aras de facilitar estos seguimientos oportunos.	Las acciones de mitigación del riesgo son adecuadas y contribuyen a la mitigación del riesgo. <b>NIVEL DE AVANCE DE ACCIONES: 100%.</b>

	<b>FORMATO DE INFORME TRIMESTRAL DE GESTIÓN DE PROCESOS (ITG)</b>	<b>CÓDIGO:</b> F-3-1-1
	<b>PROCEDIMIENTO RELACIONADO: ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD</b>	<b>VERSIÓN:</b> 0-13-09-2013
		<b>PÁGINAS:</b> Página 11 de 5

## 6 AUTOEVALUACIÓN DE LOS EJERCICIOS DE REVISIÓN AL PROCESO

Organice en términos de Debilidades, Oportunidades, Fortalezas, Amenazas, aquellas situaciones internas o externas que afectan su proceso, haga una autoevaluación del proceso, fruto de los ejercicios de revisión que se realizaron a éste en el último periodo. En caso de ser necesario relacione el plan de mejoramiento en el módulo para la formulación de planes de mejoramiento SSAM.

<b><u>DEBILIDADES</u></b> (Situaciones que han desfavorecido el desempeño del proceso, el reporte oportuno de la información y que afectan la percepción de calidad)	<b><u>OPORTUNIDADES</u></b> (Situaciones que representan una mejora continua o modernización del proceso, incluidos aspectos normativos, organizacionales) y aspectos propios del proceso)
	- Oportunidades de mejora teniendo en cuenta las nuevas cadenas de valor y el re-diseño del Sistema de Gestión de la Calidad con la actualización de la cadena de valor de Evaluación y Seguimiento a la Gestión y los procedimiento(s) asociados y las metodologías bajo el liderazgo de la Oficina de Control Interno.
<b><u>FORTALEZAS</u></b> (Aspectos a resaltar del proceso y su desempeño, especialmente aquellos orientados a la mejora de la percepción de calidad y a la búsqueda de la eficacia, la eficiencia y la efectividad)	<b><u>AMENAZAS</u></b> (Situaciones potenciales identificadas, que tienen alta probabilidad de ocurrencia y que podrían afectar el comportamiento del proceso y de todo el SGC en la Universidad)
- La Aplicación Sistema de Mapas de Riesgo Versión 2.0, cuyo objeto consiste en optimizar la gestión del Riesgo, mejorar el compromiso de los Responsables de los Riesgos y el mejoramiento de los procesos de comunicación entre los distintos actores de la Administración del Riesgo, retroalimentar los distintos Mapas de Riesgos mejorando los reportes obtenidos, asegurando el seguimiento permanente a la gestión de la mitigación del riesgo, y generando valor agregado al Sistema de Gestión de la Calidad y a la misma Universidad.	- Posibles vulnerabilidades de índole técnica, tecnológica o de otro tipo, Ej. (Posibilidad de fallas en la conectividad) con el Servidor en donde se aloja la Aplicación. - Posibles, pero remotos, ataques externos a la Aplicación u otras aplicaciones o sistemas de información con que cuenta la Universidad. - Posibles problemas de redes y/o de comunicación y/o de flujo de datos.

Relacione el plan de mejoramiento en el módulo para la formulación de planes de mejoramiento SSAM.

**NOTA:** Los ejercicios de revisión podrán ser: Auditorías Internas, auditorías externas, revisiones del Clúster, visitas externas, entre otros.

**NOTA:** LA GCMU verificará que las acciones planteadas en este informe estén registradas en el SSAM.