

## INFORME DE GESTIÓN DE PROCESO

### C-2 EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN

PERIODO DE ANÁLISIS: 16 de Mayo de 2018 al 15 de Noviembre de 2018

#### Objetivo del Proceso:

Evaluar periódicamente la Gestión Universitaria a través de la valoración interna de los productos y/o servicios elaborados y/o prestados en la Universidad, que permita determinar los avances para tomar decisiones asertivas que permitan el logro de los objetivos y propósitos trazados en los diferentes planes, programas, proyectos y procesos.; mediante el uso de dispositivos, que permiten identificar, monitorear, evaluar y revisar el quehacer institucional.

Teniendo en cuenta el objetivo referenciado y desde la visión general del proceso, documente los siguientes aspectos:

#### 1. Aspectos que aportaron al cumplimiento del objetivo del proceso en el periodo de análisis.

##### Procedimiento: (P-3-1) Aseguramiento del Sistema Integrado de Gestión

En el marco del proceso de transición de la norma ISO 9001:2008 a la versión ISO 9001:2015; la Gerencia de Calidad y Mejoramiento Universitario a través de los Líderes Estratégicos de Gestión y Equipos de Trabajo de los diferentes procesos, realizó las siguientes actividades:

- En virtud del numeral 4.1 de la Norma ISO 9001: 2015, se elaboró el Contexto Organizacional de la Universidad a través del diligenciamiento de la herramienta PCI y POAM, para lo cual se solicitó a los diferentes Directivos de la Universidad, realizar la identificación de los elementos internos y externos que estaban potenciando el desarrollo de la gestión universitaria, una vez se consolidó la información se establecieron las debilidades, fortalezas, oportunidades y amenazas; resultado de este ejercicio se determinaron los riesgos y oportunidades; es de anotar que este ejercicio buscó fortalecer lo que se ha venido desarrollando desde la planificación institucional con el modelo ALTADIR y el plan de desarrollo 2015-2019.
- Sumado al ejercicio anterior, se visibilizaron debilidades, de las cuales las unidades han identificado Riesgos; a partir de la circular No. 001 “Lineamientos para la administración de riesgos”, se inició con la actualización e incorporación de los nuevos riesgos de los diferentes procesos y sus respectivos planes de tratamiento en la herramienta Mapa de Riesgos 2.0.

- En coordinación con los Equipos de Trabajo, se realizó la construcción de la Matriz de Stakeholders y/o Partes Interesadas, la cual se elaboró con el fin de establecer las expectativas y requisitos en cuanto al componente de gestión de calidad, para cada una de las partes interesadas identificadas. El documento ya se encuentra normalizado dentro la estructura documental del SIG, con el código MT-2.

De acuerdo a la evolución que ha tenido el Sistema Integrado de Gestión, y como resultado del ejercicio de preauditoria se tomó la decisión de ampliar el alcance de la certificación en la norma ISO 9001:2015, para incluir además de los programas de Educación Superior en los niveles Técnico Profesional, Tecnológico, Pregrado y Posgrado, la oferta de Alfabetización, Educación Básica y Media y articulación entre la Educación Básica y la Superior; Lo anterior, conllevó a realizar un plan de acción en el que se incluyeron entre otros, los siguientes aspectos:

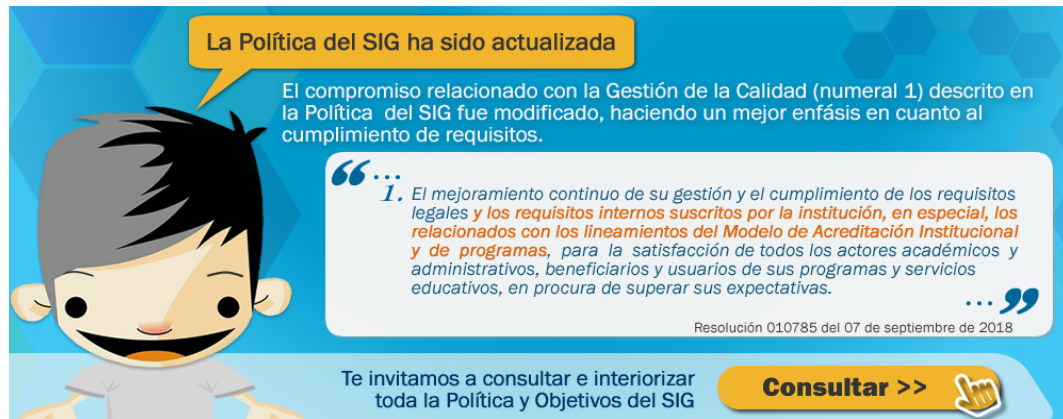
- ✓ Revisión y actualización de la documentación existente en el programa de alfabetización, educación básica y media, como la articulación entre la Educación Media y la Educación Superior.
- ✓ Revisión microcurricular a los programas ofertados, respecto a los requisitos definidos en el numeral (8), denominado “Operación” de la norma ISO 9001:2015.
- ✓ Talleres de concertación con el equipo del Sistema Nacional de Educación Permanente, para definir los ajustes necesarios para la mejora de la oferta.
- ✓ Simulacro de auditoria al programa de Alfabetización, Educación Básica y Media, como preparación para la auditoría de recertificación con ampliación del alcance en la norma ISO 9001:2015.

La ampliación del alcance de la certificación marcó un hito para el Sistema Integrado de Gestión, por ser la primera vez que se realiza en los tres procesos de recertificación; lo anterior, abre el camino para la inclusión de las demás modalidades de oferta que nutren el portafolio de programas de la Universidad.

- En el marco del mejoramiento continuo durante el periodo de análisis, se actualizo el procedimiento P-3-1 Aseguramiento del Sistema Integrado de Gestión, los ajustes cubrieron aspectos como entradas, descripción de sus actividades, normatividad y documentos de referencia. De otra parte, fue necesario modificar los procedimientos visibilizando las actividades de control operacional; Los anteriores cambios surten a partir de los lineamientos dados en el procedimiento control documental y operacional.
- De acuerdo al liderazgo y compromiso con el SIG, se realizaron tres (3) Comités Técnicos de Gestión Integral-MECI durante el periodo de análisis, cuyo objetivo fue evaluar el desempeño del Sistema Integrado de Gestión, resultado de este ejercicio se procedió a la actualización del Manual de Calidad, cuyas modificaciones

incluyeron la actualización del alcance y política del SIG, como la inclusión de la metodología implementada en la organización para el análisis de contexto, definición de las partes interesadas, gestión del conocimiento y gestión del cambio.

Como estrategia para difundir estos nuevos lineamientos para la toma de conciencia de la comunidad Unadista, la Gerencia de Calidad y Mejoramiento Universitario, diseño Píldoras informativas con información clave que permita una fácil comprensión del SIG. A continuación, un ejemplo de la píldora informativa socializada a toda la comunidad unadista.



**La Política del SIG ha sido actualizada**

El compromiso relacionado con la Gestión de la Calidad (numeral 1) descrito en la Política del SIG fue modificado, haciendo un mejor énfasis en cuanto al cumplimiento de requisitos.

“...  
1. El mejoramiento continuo de su gestión y el cumplimiento de los requisitos legales y los requisitos internos suscritos por la institución, en especial, los relacionados con los lineamientos del Modelo de Acreditación Institucional y de programas, para la satisfacción de todos los actores académicos y administrativos, beneficiarios y usuarios de sus programas y servicios educativos, en procura de superar sus expectativas.”

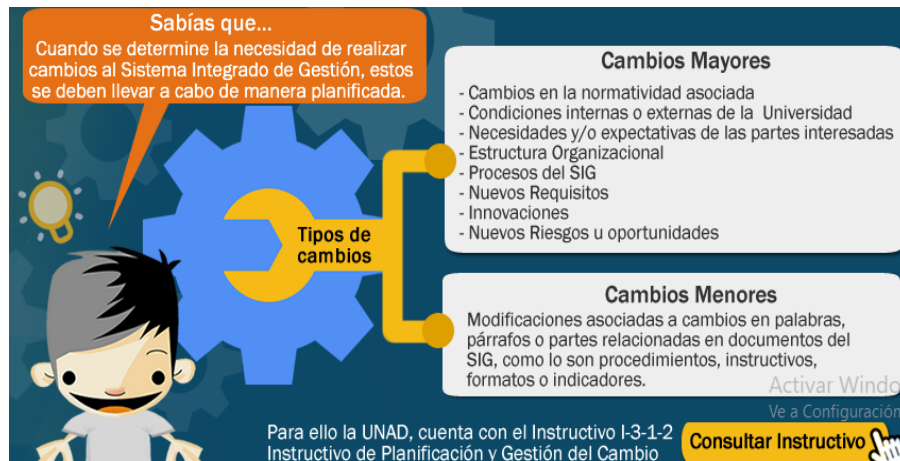
Resolución 010785 del 07 de septiembre de 2018

Te invitamos a consultar e interiorizar toda la Política y Objetivos del SIG

**Consultar >>**

- Durante el periodo de análisis, se presentó en el Comité Técnico de Gestión Integral-MECI, el análisis de cumplimiento de objetivos del SIG, los criterios que se tuvieron en cuenta para la evaluación del cumplimiento de estos objetivos, fue tomado con base en el último reporte de nivel de comportamiento de los 55 indicadores asociados a los 13 procesos del SIG; los cuales, a nivel general obtuvieron alto nivel de cumplimiento.
- En cuanto a la Planificación de los cambios, atendiendo el nuevo requisito de la norma ISO 9001: 2015, se elaboró el Instructivo I-3-1-2 “*Instructivo de planificación y gestión del cambio*” como instrumento para la planificación, gestión, seguimiento, evaluación, cambios no previstos del componente de calidad; así mismo se incluyeron los lineamientos para la gestión del cambio en el componente de Gestión Ambiental.

Para facilitar su comprensión, por parte de la comunidad unadista se diseñó píldora informativa, la cual fue difundida a través de correo electrónico.



- Se definieron las comunicaciones internas y externas a través de la Matriz de Comunicaciones del Sistema Integrado de Gestión, en la cual se establecieron los medios y escenarios de comunicación y participación institucional; adicionalmente el flujo de comunicación externa e interna, según la temática a comunicar. El documento ya se encuentra normalizado dentro la estructura documental del SIG con el código MT-3.
- En virtud del proceso de transición de la norma ISO 9001:2008 a la versión ISO 9001:2015, la Gerencia de Calidad y Mejoramiento Universitario incluyó como nuevo tipo documental del Sistema Integrado de Gestión SIG, el siguiente:

**Matriz:** Documento que determina aspectos pertinentes para la planificación y operación transversal para el Sistema Integrado de Gestión. Este tipo documental adoptado dentro del Sistema Integrado de Gestión, adquiere relevancia para el cumplimiento de requisitos o debes de la norma ISO 9001:2015.

- Se estableció la matriz de salidas no conformes, en la cual se determinaron los tratamientos para aquellas salidas que no cumplan los requisitos en los diferentes procesos y que deban tomarse acciones con respecto a la no conformidad. El documento ya se encuentra normalizado dentro la estructura documental del SIG, con el código MT-4.
- En cuanto a la medición del Sistema Integrado de Gestión y análisis de indicadores a la fecha del presente informe, no se presentan resultados teniendo en cuenta que el registro de las diferentes mediciones de la batería de indicadores que conforman el Sistema Integrado de Gestión – SIG; se realiza en el mes de diciembre de 2018.
- Durante la ejecución del programa de Auditorías Internas al Sistema Integrado de Gestión, establecido para la vigencia 2018, se evidenciaron dos (02) no conformidades en el proceso C8 Gestión de la Oferta Educativa; para lo cual se procedió a formular los respectivos planes de mejoramiento enfocados a realizar un análisis de las consecuencias que se generan por el NO cumplimiento del objetivo de proceso de Gestión de la Oferta Educativa.

- En lo concerniente a las Auditorías Externas, se obtuvo la certificación en la Norma ISO 9001 en su versión 2015, por parte de la entidad SGS Colombia; durante el proceso se evidenciaron (4) no conformidades menores, lo cual brinda a la Universidad información necesaria para la mejora continua.
- En cuanto a las revisiones periódicas del Sistema Integrado de Gestión, la Gerencia de Calidad y Mejoramiento Universitario, llevo a cabo durante la vigencia 2018, (3) Comités Técnicos de Gestión Integral- MECI, de los cuales (1) se desarrolló de manera ordinaria y (2) extraordinarios; estos últimos atendiendo los compromisos que se tenían proyectados con el proceso de transición de la Norma ISO 9001: 2008 a la Norma ISO 9001:2015.

Es de anotar, que en cada Comité Técnico de Gestión Integral- MECI, se determinaron oportunidades de mejora, las cuales se formularon en el aplicativo SSAM para su control y seguimiento, por parte de los responsables.

En virtud de las acciones de mejora, necesarias y que implicaron realizar cambios en el Sistema de Gestión de Calidad, se destacan las siguientes:

- ✓ Estandarización de matrices del Sistema Integrado de Gestión.
- ✓ Actualización del F- 4- 4-17 Formato único de informe final de supervisor o interventor para contrato.
- ✓ Cambios en el procedimiento P-2-1 Control Documental y Operacional, en el cual las actividades de control operacional se visibilizaron, los cuales se convierten en punto de control para asegurar el cumplimiento de los objetivos del proceso.
- ✓ Implementación de la metodología para el análisis de las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones PQRS. Documentada a través del instructivo I- 3.8.1.
- ✓ Actualización de procesos, procedimiento e instructivos para la optimización y mejora continua del SIG.
- ✓ Actualización de la plantilla IGP- Informe de Gestión por Proceso, con el fin de atender los requerimientos de la Norma ISO 9001: 2015 para la documentación del seguimiento, medición, análisis y evaluación de los procesos.
- ✓ Sensibilización dirigida a los Equipos de Trabajo de cada uno de los procesos, con respecto a los cambios del Sistema Integrado de Gestión; Lo anterior, para su comprensión, adopción y aplicabilidad.

### Procedimiento: (P-3-2) Atención de Tutelas

De acuerdo al alcance del procedimiento, las siguientes son las actividades que permitieron el logro del objetivo del proceso, así:

- Atención de (39) tutelas y seguimiento a la oportuna respuesta de conformidad lo establecido en el Decreto 2591 de 1991.
- Acatar las decisiones emanadas por los Jueces de la República, los cuales son reflejados a favor o en contra de la Universidad y que finalmente son atendidos con la mayor celeridad y diligencia, en razón a lo establecido en la determinada sentencia.
- Solicitud de información y evidencias, con las Unidades o Centros de la UNAD como legítimos interesados dentro del proceso promovido por la parte actora y con el cual se pueda evidenciar que la Universidad, es garante de los derechos fundamentales de toda la Comunidad Unadista.

### Procedimiento: (P-3-3) Defensa Judicial

- Realización de seguimiento, ejecución y control de los procesos judiciales, en los que la UNAD es demandante o demandada para un total de (62) procesos, en los cuales es representada la Universidad, por parte de los abogados de la Secretaría General como apoderados en la defensa de la entidad.
- Representación oportuna y eficaz en cada una de las etapas de los procesos, desde su inicio hasta el pronunciamiento de fallo definitivo.

### Procedimiento: (P-3-5) Auditorías Integrales

Con los referentes, lineamientos y actividades establecidas en el procedimiento P-3-5, durante el periodo comprendido entre mayo de 2018 a noviembre de 2018, se cerró el complejo proceso de las auditorías internas en sus diferentes fases, se realizaron (24) Auditorías, que derivó en la entrega de (13) informes consolidados internos por procesos o cadenas de valor del SIG – Componente de Gestión de la Calidad, más un (1) informe del Componente de Gestión Ambiental, así como un (1) informe del Componente de Seguridad y Salud en el Trabajo, más la realización de una auditoría interna correspondiente a la norma NTC 5580, (4 del SIG más 1 de la mencionada norma), contándose con quince (15) informes, los cuales dieron lugar a seis (6) No Conformidades cinco (5) del SIG y noventa y tres (93) oportunidades de Mejora, las cuales han generado planes de mejoramiento respectivos.

Para la vigencia 2018 dentro de los primeros dos trimestres, no solo se comenzó con la planeación y elaboración de todo el ciclo de auditorías de la mencionada vigencia y que se registra en el programa de Auditoría F-3-5-1, sino que así mismo se actualizó el procedimiento que lo contempla, es decir, el procedimiento P-3-5 en la versión 5-09-05-2018. Adicionalmente, se adelantaron las siguientes acciones:

- Aprobación del programa de auditorías internas vigencia 2018, socialización del mismo en el espacio institucional pertenecientes al Comité Directivo, propiciado por la alta dirección en el presente año 2018.
- Realización de taller de auditores y capacitación general a los auditores alineados, para la vigencia 2018 de auditorías internas.
- Realización de auditorías en los centros nodos zonales en las normas ISO 9001:2015, ISO 14001:2015 (énfasis en gestión de planes de mejoramiento) y revisión de la aplicación de la Resolución 1111 de 2017 en la fase de ejecución, y para la sede nacional JCM en las normas ISO 9001:2015, ISO 14001:2015 y OHSAS 18001:2007 que implicaron un mayor grado de complejidad, pero buscándose mantener la economía de empleo o gasto de recursos.

**La firma SGS conceptuó en su informe final que “las Auditorías Internas son garantía del mejoramiento continuo de la Universidad”; lo cual se convierte en el gran ejercicio de autocontrol de la UNAD; para ello se empleó distintos tipos de recursos, tras varios meses de ejecución se llegó a la culminación del mismo y a los distintos productos derivados. Las estrategias empleadas para hacer cumplir el mencionado procedimiento se encuentran inmersas dentro del mismo; las cuales la OCONT como líder del mismo retoma para la debida ejecución y conclusión del principal ejercicio auditor institucional.**

### Procedimiento: (P-3-6) Evaluación de Planes Operativos

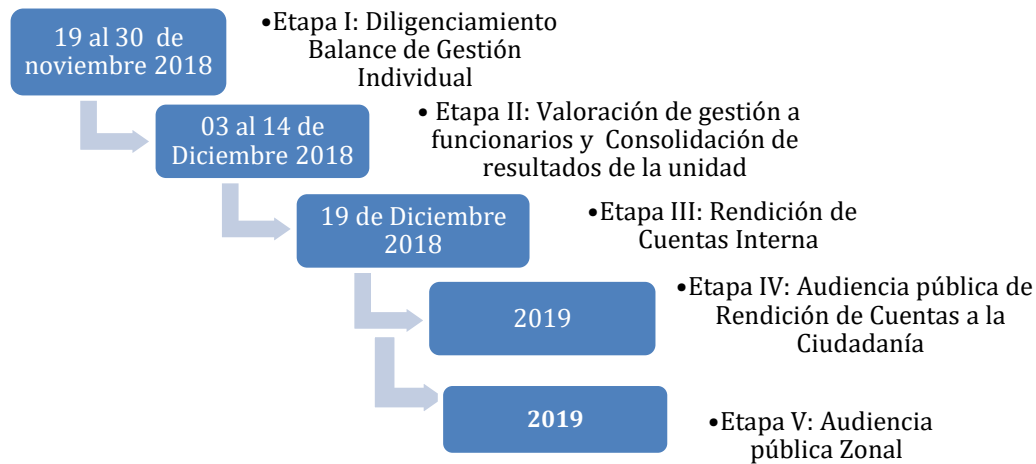
La ejecución de este procedimiento depende del proceso C-6 “Planificación Institucional”, el cual cuenta para su ejecución de la aplicación SIGMA. Para el cumplimiento del objetivo del procedimiento fue necesario:

- ✓ Recordar las fechas de corte del reporte de informe trimestral por parte de cada una de las unidades misionales, funcionales y operativas habilitadas en la aplicación SIGMA.
- ✓ Revisión del cumplimiento de avance periódico reportado de acuerdo con los periodos de corte establecidos.

El objetivo del procedimiento se viene cumpliendo de acuerdo con lo establecido.

### Procedimiento: (P-3-7) Rendición de Cuentas y Construcción del Balance de Gestión

Durante este periodo de análisis, el procedimiento Rendición de Cuentas y Construcción del Balance de Gestión para la vigencia 2018, y para su cumplimiento inicia con el envío de la circular informativa 260-019, en la cual se da a conocer el cronograma general sobre el cual se desarrollarán las diferentes etapas de este ejercicio.



Alistamiento de los módulos en línea para para el registro del balance de gestión individual, para funcionarios de libre nombramiento y remoción, así como para la valoración de gestión por parte de los evaluadores o jefes inmediatos.

Alistamiento de la guía descriptiva de directrices vigencia 2018 y orientaciones para el reporte del balance de gestión individual.

### Procedimiento: (P-3-8) Atención al Usuario

No se documenta, teniendo en cuenta el informe semestral de análisis de la gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias (PQRS), que realiza el Líder del Procedimiento de Atención al Usuario, el cual rinde cuentas de toda la gestión realizada en cuanto al procedimiento en mención; Adicionalmente, es publicado en la página del Sistema de Atención al Usuario.

### Procedimiento: (P-3-9) Administración del Riesgo

Las estrategias de la oficina de Control Interno -OCONT- previstas para la Administración del Riesgo dentro del Contexto del Modelo Estándar de Control Interno -MECI- se impulsan a través de los instrumentos con que cuenta la OCONT para liderar la gestión del elemento de Administración del Riesgo del mencionado modelo, así mismo con la aplicación de los mismos en la UNAD, contándose por ende y principalmente de la aplicación sistema de mapas de riesgos versión 2.0; la Circular 230-001 emitida por parte de la OCONT en marzo de 2018, la cual trazó los lineamientos específicos que los responsables de mapas de riesgos deben seguir para la respectiva mitigación de los mismos, en la aplicación mapa de riesgos.

Trimestre a trimestre de cada vigencia, desde la OCONT, se efectúa el seguimiento a las distintas actividades de reporte de seguimientos que, por parte de los responsables de los riesgos, se han de implementar para velar por la mitigación de los mismos.



Del 16 de mayo de 2018 hasta el 15 de noviembre de la mencionada vigencia, la oficina de Control Interno -OCONT- en relación con la administración del riesgo, llevó a cabo en la sede nacional JCM veinte (20) reuniones con los responsables de los mapas de riesgos según los distintos procesos, procedimientos estandarizados con las respectivas unidades líderes de los mismos, asociados al componente de Gestión de la Calidad, para alistamiento previo frente a la auditoría de re-certificación de dicho componente ante el ente certificador SGS, revisándose cada mapa de riesgos en sede nacional JCM, actividad que se hizo extensiva a los nodos zonales mediante web conferencia con conexión de ellos en fecha 09 de agosto de 2018. Los soportes que dan fe de estas sesiones de trabajo reposan en la oficina de Control Interno; desde una perspectiva general, esta es una labor que se realiza por distintos medios y que se viene desarrollando en la OCONT, por parte del personal de esta oficina.

El procedimiento e instructivo de Administración del Riesgo, incorporados en el Sistema Integrado de Gestión se actualizó en el presente periodo, con relación al corte del presente informe, se actualizó el procedimiento con versión 2-22-09-2018.

Con respecto al comportamiento de los indicadores asociados al proceso, al respecto, se señala que se rinde información acerca de los procedimientos P-3-5 Auditorías Integrales y el Procedimiento P-3-9 Administración del Riesgo, en donde en ambos casos se contribuye positivamente al cumplimiento del proceso desde sus perspectivas.

El periodo de análisis para la temática de indicadores de administración del riesgo del presente informe corresponde al 3er trimestre de 2018, trimestre que aplica al corte del presente IGP que cubre desde el 16 de mayo de 2018 al 15 de noviembre de 2018.

Los antecedentes de publicación de información de indicadores con respecto al presente IGP, que se entrega a la GCMU; se aclara que en materia de indicadores del proceso C3 los correspondientes al procedimiento P-3-9 se habían publicado con corte a junio 30 de 2018.

### ✓ **Cumplimiento de Acciones de Mitigación**

El comportamiento de este indicador en su perspectiva general permanece estable, con la salvedad de una muy leve disminución porcentual en dos de las ocho zonas para el 3er trimestre de 2018 y así mismo un incremento en otra de las ocho zonas, pese a ello no hubo variación porcentual alguna, esto mediante un resultado de **94.77%** frente a su comportamiento de 2º trimestre de 2018, el cual había alcanzado un resultado de **94.77%**, no varía de zona de comportamiento, la cual para la OCONT continúa en comportamiento adecuado; hubo estabilidad en la mayoría de las zonas. En las zonas Caribe y la de Amazonía Orinoquía hubo muy leves disminuciones en el cumplimiento de acciones de mitigación; no obstante, lo anterior, el resultado general se ve apalancado por causa de la zona Occidente en donde hubo un incremento en el cumplimiento de acciones de mitigación de riesgos; no se afectó el desempeño de este indicador en lo referido a 3er trimestre de 2018. Se ha revisado por parte de la OCONT las actividades de la administración del riesgo en unidades y centros, se mantiene contacto con los respectivos responsables de dichos mapas de riesgo, prestándose acompañamiento y

asesoría por parte de la OCONT, lo cual se realizó en consonancia con la expedición un par de meses antes del corte del presente informe, de la Circular 230-001 del 08 de marzo de 2018 por parte de la OCONT. Tipo de comportamiento: Se mantiene dentro del Nivel Alto de Calificación, es decir, adecuado nivel de desempeño. Ruta para mantenerse: Realizar el seguimiento a las acciones de mitigación por parte de los responsables, verificar el reporte de la información y de respectivos seguimientos en la Aplicación Sistema de Mapas de Riesgos versión 2.0.

#### ✓ **Minimización de Zonas de Riesgo**

El comportamiento de este indicador permanece estable para el 3er trimestre de 2018 con un resultado de **94.155%** de riesgos en zona “Aceptable”, “Tolerable” y “Moderado”, el resultado en general equivalió al del 2º trimestre de 2018 para este indicador. El resultado no registra variación, por lo que su resultado general no varía de zona de comportamiento, desempeño que, según percepción de la OCONT, continúa en comportamiento adecuado. Analizándose desde un punto de vista más detallado, es decir, región a región Unadista, con la salvedad de dos muy leves disminuciones porcentuales en dos de las ocho zonas para el 3er trimestre de 2018 y así mismo un muy leve incremento en otra de ellas. En gran parte de las zonas de la Universidad hubo panorama estable, más en la Zona Occidente hubo un leve incremento de su porcentaje de gestión de riesgos ubicándose en la zona “aceptable” “tolerable” y “moderado”, incremento jalonado principalmente por su Nodo. Para el 3er trimestre de 2018 se concentraron los esfuerzos en monitorear los seguimientos de los riesgos en las zonas, también en apoyar para atacar limitantes presentadas. Zona a zona, las tendencias respecto de los comportamientos son prácticamente estables aun pese a las muy leves cesiones que mostraron las zonas ZAO y ZCAR, se mantiene el resultado en el cumplimiento de acciones de actualización y seguimientos trimestrales de mapas de riesgos, tal como se ha venido realizando trimestre a trimestre y por parte de responsables, dinamizándose el desempeño en lo referente al segundo trimestre de 2018 del presente indicador. Dentro del primer trimestre de 2018, se emite desde la Jefatura de la OCONT la Circular 230-001 en el mes de marzo de 2018 por parte de la OCONT brindándose apoyo al respecto, tanto a usuarios de la aplicación tanto en la Sede nacional JCM como en las zonas, lo que se considera, ha contribuido al adecuado sostenimiento de la administración del riesgo. Se realizará el seguimiento a las acciones de mitigación por parte de los responsables, verificar el reporte de la información en la Aplicación y adicionalmente mantener la comunicación. Comportamiento del indicador: Adecuado.

Por otra parte, el periodo de análisis para la temática de indicadores de procedimiento de Auditorías Integrales, en el presente informe corresponde al cierre del ciclo de auditorías internas de la UNAD que debe darse a diciembre de 2018, pero se anticipa su resultado final que se presenta en diciembre de 2018 a noviembre 15 de 2018, para el presente IGP que cubre desde el 16 de mayo de 2018 al 15 de noviembre de 2018.

En cuanto a los antecedentes de publicación de información de indicadores con respecto al presente IGP; los indicadores de auditorías integrales son de aplicación única por vigencia, aplicándose a finales de cada anualidad.

✓ **Calificación de Auditores**

El panorama para el indicador de calificación de auditores y teniendo en cuenta el programa de auditoría de la vigencia 2018, el resultado en la mencionada vigencia (cumplimiento de la meta) es el siguiente: 90,47% de auditores calificados con calificación positiva (calificación superior a 4.0 sobre 5.0), ubicándose en zona de cumplimiento “límite de control superior” zona color verde, en donde se estará monitoreando el desempeño del presente indicador, no habiendo ocasión de formulación de acción de mejora (página web del SIG) en lo correspondiente al presente indicador:

Subtotal de auditores calificados igual y por encima de 4.0: 19.

Total, de auditores empleados: 21 (13 Sede nacional JCM + 8 Nodos Zonales).

✓ **Reincidencias de No Conformidades**

Para la vigencia 2018, hubo cero reincidencias en los hallazgos de No Conformidades relacionadas con las auditorías internas llevadas a cabo en la UNAD teniéndose en cuenta los componentes de Gestión de la Calidad, Componente de Gestión Ambiental, Componente de Seguridad y Salud en el Trabajo, teniéndose en cuenta todo el conjunto de auditorías, así como en la auditoría relacionada con el proceso de formación en lengua extranjera bajo la norma NTC 5580, norma que como es ampliamente conocido, la UNAD se encuentra certificada. Cumplimiento de la meta de este indicador en la vigencia 2018: 100%.

Los respectivos análisis abordados con mayor nivel de detalle, indicador a indicador de los procedimientos P-3-5 y P-3-9, se encuentran publicados en el espacio web institucional habilitado por la GCMU.

## 2. Situaciones que dificultaron el cumplimiento del objetivo del proceso en el periodo de análisis

A continuación, se relacionan situaciones que se presentaron en algunos procedimientos:

En la temática de Administración del Riesgo y Auditorías Integrales, en términos generales, se reporta panorama favorable dado el esfuerzo coordinado de las zonas, con gran protagonismo de sus nodos y las unidades para actualizarse los distintos mapas de riesgo e igualmente se generaron oportunamente los informes de Auditoría Interna, de conformidad con lo previsto en el procedimiento P-3-5, disponiéndose estos muy importantes insumos con miras a la auditoría de recertificación del Componente de Gestión de la Calidad ante el ente certificador SGS, entre otras auditorías para los componentes adicionales del SIG.

En cuanto a lo relacionado con Auditorías Integrales, había existido rezago no solo en cuanto a disponibilidad de auditores líderes y líderes de equipo auditor, sino también en la disponibilidad de auditores internos, lo cual ocasionó que los auditores, se tuvieran

que asignar más de una auditoría, en algunos casos más de dos veces, aun así, se pudo cumplir con el ciclo de auditorías vigencia 2018.

Sin embargo, es importante resaltar que la Alta Dirección, con apoyo de la Gerencia de Calidad y Mejoramiento Universitario adelantó gestiones para mitigar en gran manera esta limitante y para el mes de noviembre se llevó a cabo una capacitación de auditores internos HSEQ en normas ISO 9001:2015, ISO 14001:2015 e ISO 45001:2018, talento humano capacitado que ingresará a apoyar el ejercicio auditor interno en la vigencia 2019.

En los demás procedimientos no se presentaron dificultades que impidieran el logro del objetivo del proceso.

### 3. Conformidad de las Salidas del Proceso

- De acuerdo con lo definido en la Matriz de Salidas no Conformes, indique las salidas no conformes del proceso:

**Mapa de Riesgos:** (0) salidas no conformes identificadas

**Rendición de Cuentas Pública y Presentación de Balance de Gestión:** (0) salidas no conformes identificadas

**Respuesta a las PQRS:** (0) salidas no conformes identificadas

**Respuesta a la Acción Constitucional de Tutela:** Atención de (39) tutelas y seguimiento a la oportuna respuesta de conformidad lo establecido en el Decreto 2591 de 1991

**Respuesta a la Acción Contenciosa:** Atención de (62) procesos de conformidad con lo establecido.

De acuerdo a la información reportada y teniendo en cuenta que no se identificaron salidas no conformes, no es necesario formular planes de mejoramiento.

### 4. GESTIÓN DEL CAMBIO

De acuerdo a lo definido en las instrucciones y según los ejemplos del Instructivo I-3-1-2 Planificación y Gestión del Cambio en el Sistema Integrado de Gestión (ver instructivo); indique:

- Cambios que se han implementado durante el periodo de análisis**

A continuación, se mencionan los cambios implementados en algunos procedimientos, durante el periodo evaluado:

### Procedimiento: (P-3-1) Aseguramiento del Sistema Integrado de Gestión

De acuerdo a la clasificación de cambios, establecido en el Instructivo I-3-1-2 “*Instructivo de planificación y gestión del cambio*”; el cambio menor realizado, corresponde a la actualización del procedimiento P-3-1 Aseguramiento del Sistema Integrado de Gestión.

### Procedimiento: (P-3-5) Auditorías Integrales

Durante el periodo de análisis, es decir, del 16 de mayo de 2018 al 15 de noviembre de 2018 e incluso desde el comienzo de dicha vigencia, mencionándose lo expuesto en el numeral 1 en el procedimiento P-3-5, de manera articulada se trabajó no solo con los nodos zonales sino con las distintas dependencias y unidades de la sede José Celestino Mutis para abordarse conforme a las distintas cadenas de valor (procesos misionales) y procesos (de apoyo, estratégicos) con sus respectivos procedimientos asociados para abordarse, teniendo en cuenta la auditoría de recertificación del componente de gestión de la calidad del SIG, la actualización de los distintos Mapas de Riesgos; esta actividad se culminó con la participación no solo de los actores aquí indicados sino también con participación de los líderes de procedimiento y sus respectivos equipos de apoyo, actualizándose por consiguiente y con la asesoría de la Oficina de Control Interno los respectivos Mapas de Riesgos; desde lo relacionado con Auditorías Integrales, se hizo un gran aporte para generarse (como se mencionó anteriormente) un conjunto importante de oportunidades de mejora para los distintos procesos del SIG, aspecto que también fue valorado por la firma auditora y certificadora SGS no solamente en la preauditoria sino también en los distintos ejercicios posteriores de revisión.

### Procedimiento: (P-3-9) Administración del Riesgo

El procedimiento e instructivo de Administración del Riesgo P-3-9, incorporados en el Sistema Integrado de Gestión se actualizó en el presente periodo, con relación al corte del presente informe, se actualizó con la asesoría de la GCMU el procedimiento con versión 2-22-09-2018.

Ni en el contexto de la Administración del Riesgo como en el de Auditorías Integrales, para el periodo que cubre el presente informe, se han efectuado cambios, tales como en lo relacionado con sus recursos físicos, administrativos, tecnológicos (la aplicación que administra los mapas de riesgo es la misma y no ha sido objeto de modificación alguna a lo largo del corte del presente informe), la circular de administración del riesgo no ha sufrido modificaciones, lo anterior entre otros aspectos o ámbitos.

- **Cambios que se tienen proyectados desde el proceso**

A continuación, se mencionan los cambios que se tienen proyectados en algunos procedimientos:

### Procedimiento: (P-3-2) Atención de Tutelas

Revisión constante de la normatividad legal vigente para el cumplimiento del procedimiento Atención de Tutelas.

### **Procedimiento: (P-3-5) Auditorías Integrales**

Se tiene previsto la revisión del procedimiento de Auditorías Integrales P-3-5 conforme a las circunstancias que rodeen los mismos tanto en el plano intraorganizacional como en el extraorganizacional; no se contemplan más cambios a planear e implementar por parte de la oficina de Control Interno, líder del procedimiento aquí mencionado, ni en sus recursos con los que cuenta.

Estamos pendientes de la ampliación del alcance de varias normas, las cuales paulatinamente se adelantarán las acciones durante el 2019.

### **Procedimiento: (P-3-7) Rendición de Cuentas y Construcción del Balance de Gestión**

En el periodo de análisis, se tienen contemplado cambios mayores al procedimiento como es la revisión del objetivo y su alcance.

### **Procedimiento: (P-3-9) Administración del Riesgo**

Se tiene previsto la revisión del procedimiento Administración del Riesgo P-3-9, conformes las circunstancias que rodeen los mismos tanto en el plano intraorganizacional como en el extraorganizacional; no se contemplan más cambios a planear e implementar por parte de la oficina de Control Interno, líder del procedimiento aquí mencionado, ni en sus recursos con los que cuenta.

## **5. Asuntos pendientes y/o en proceso**

### **Procedimiento: (P-3-1) Aseguramiento del Sistema Integrado de Gestión**

- Oportunidad de mejora – realimentación de la acción propuesta entre objetivos del SIG e indicadores de proceso - metodología para incorporación de otras métricas utilizadas en las unidades y zonas como fuentes de información para la evaluación de los objetivos del SIG.
- Ejecución de la acción de mejora 7901, la cual corresponde a la elaboración de la propuesta de implementación del MIPG Modelo Integrado de Planeación y Gestión

### **Procedimiento: (P-3-2) Atención de Tutelas**

Las tutelas recibidas en su totalidad fueron resueltas y se encuentran registrados en su trazabilidad, con el apoyo del aplicativo Litisoft que permite evidenciar el estado actual o final del proceso, no se reportan asuntos pendientes y/o en proceso.

### **Procedimiento: (P-3-3) Defensa Judicial**

Los procesos que se encuentran pendientes y en ejecución, son controlados por el aplicativo dispuesto para tal fin.

### **Procedimiento: (P-3-5) Auditorías Integrales**

Posible actualización del procedimiento de Auditorías Integrales P-3-5, proceso que se llevará a cabo en el lapso comprendido en el primer semestre de la vigencia 2019.

### **Procedimiento: (P-3-6) Evaluación de Planes Operativos**

El tema pendiente del procedimiento está en relación con la formulación del Plan de Desarrollo 2019-2023, cuyos lineamientos y formulación se deben dar durante el primer semestre de 2019.

### **Procedimiento: (P-3-7) Rendición de Cuentas y Construcción del Balance de Gestión**

Ninguno

### **Procedimiento: (P-3-8) Atención al Usuario**

No se documenta, teniendo en cuenta el informe semestral de análisis de la gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias (PQRS), que realiza el Líder del Procedimiento de Atención al Usuario, el cual rinde cuentas de toda la gestión realizada en cuanto al procedimiento en mención; Adicionalmente, es publicado en la página del Sistema de Atención al Usuario.

### **Procedimiento: (P-3-9) Administración del Riesgo**

Posible actualización del procedimiento Administración del Riesgo P-3-5, proceso que se llevará a cabo en el lapso comprendido en el primer semestre de la vigencia 2019.