

DISEÑO DE LA PROPUESTA PARA LA IMPLMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE
LA CALIDAD PARA EL CDM EN LA UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS

NELSON NEED URREA HERNÁNDEZ

Código: 854000333

DIRECTOR DEL PROGRAMA

MATILDE ELISA VILLAMIL GÓMEZ

UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS

ESPECIALIZACIÓN EN GESTIÓN DE LA CALIDAD

VILLAVICENCIO

2017.

DISEÑO DE LA PROPUESTA PARA LA IMPLMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE
LA CALIDAD PARA EL CDM EN LA UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS

NELSON NEED URREA HERNÁNDEZ

Código: 854000333

Director del Programa

MATILDE ELISA VILLAMIL GÓMEZ

MsC. en Sistemas Integrados de Gestión

Esp. En Alta Gerencia

UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS

ESCUELA DE ADMINISTRACIÓN Y NEGOCIOS

ESPECIALIZACIÓN EN GESTIÓN DE LA CALIDAD

VILLAVICENCIO

2017

AUTORIDADES ACADÉMICAS

JAIRO IVÁN FRIAS CARREÑO

Rector Universidad de los Llanos

DORIS CONSUELO PULIDO

Vicerrector Académico Universidad de los Llanos

JOSÉ MILTON PUERTO GAITÁN

Secretario General

RAFAEL OSPINA INFANTE

Decano Facultad Ciencias Económicas

GIOVANNI ENRIQUE HERNÁNDEZ CASALLAS

Director Escuela Administración y Negocios

JAVIER DÍAZ CASTRO

Director Centro de Investigación Facultad Ciencias Económicas

Nota de aceptación

JURADO

Villavicencio, 30 de enero de 2017.

Resumen del trabajo:

La universidad de los llanos es una institución de educación superior con una tradición en la región de los llanos orientales de Colombia de 40 años. En la actualidad cuenta con tres (03) sedes una (01) rural ubicada en la vereda Barcelona y dos (02) urbanas ubicadas en el barrio Emporio y la sede del barrio el Barzal llamada San Antonio.

En la sede San Antonio funciona la facultad de ciencias económicas que cuentan con un (01) centro de apoyo a la academia denominado centro de diseño y desarrollo de medios creado por la resolución N° 1908 del 7 de julio de 2014 su función es dar apoyo a la academia, fue inaugurado en el mes de noviembre del año 2014 y su lanzamiento final a la comunidad se dió en mayo de 2015.

Su creación y lanzamiento se da a fin de integrarse al sistema de gestión de la calidad de la universidad y ser más competitivo en un acuerdo donde la formación a estudiantes y a empresas se vislumbre en un mediano plazo, ofreciendo un servicio adecuado y de calidad y así mantener el éxito de la organización fundamentada en la excelencia del servicio.

En este contexto y de acuerdo a las tendencias de calidad el Centro de Diseño y Desarrollo de Medios busca ser un modelo para los demás centros de la dependencia, siendo el enfoque actual el servicio a los usuarios, es de interés para el centro brindar un servicio de tan alta calidad que proyecte la imagen acorde a la Universidad de los Llanos.

Para tal efecto la finalidad es la consolidación de su sistema de gestión de la calidad soportado en la norma ISO 9001: 2015 organizando toda su información documentada correspondiente para que a su vez sea avalada por el SIG (sistema integrado de gestión de la Universidad).

Palabras clave: Calidad, Gestión, Usuario, Satisfacción, Necesidad.

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
1 Tabla de contenido	
2 JUSTIFICACIÓN.....	1
3 INTRODUCCIÓN	2
4 HIPÓTESIS DE TRABAJO	3
5 OBJETIVOS	4
5.1 OBEJTIVO GENERAL.....	4
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
6 ANÁLISIS DEL CONTEXTO.....	5
6.1 UBICACIÓN Y ACTIVIDAD DE LA EMPRESA.....	5
6.2 NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS EN LA ORGANIZACIÓN	14
6.3 ALCANCE.....	19
6.4 SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SUS PROCESOS	19
6.4.1 Mapa de procesos	20
6.4.2 Los Procedimientos.....	22
7 LIDERAZGO Y COMPROMISO.....	26
7.1 LÍDERES DE LOS PROCESOS	28
7.2 POLÍTICA DE LA ORGANIZACIÓN	29
7.2.1 Política de calidad de la universidad de los llanos	29
7.2.2 Política de calidad del centro de diseño y desarrollo de medios	30
8 PLANIFICACIÓN	31
8.1 ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES	31
8.2 OBJETIVOS DE CALIDAD Y PLANIFICACIÓN PARA LOGRARLOS	33
8.2.1 Recursos.....	35
8.2.2 Conformación equipo de trabajo	36
8.2.3 Descripción de roles de responsabilidades y autoridades para el centro de diseño y desarrollo de medios	36
8.3 TOMA DE CONCIENCIA	40
8.4 COMUNICACIÓN CON LAS PARTES INTERESADAS	43

8.5	INFORMACIÓN DOCUMENTADA.....	46
8.5.1	Estructura de los documentos.....	48
8.5.2	Actualización o anulación de documentos.....	52
8.5.3	Control de la información documentada.....	54
9	PLANIFICACIÓN Y CONTROL OPERACIONAL.....	59
9.1	REGISTRO Y CONTROL DE CAMBIOS.....	61
9.2	DETERMINACIÓN DE LOS REQUISITOS RELACIONADOS CON EL SERVICIO.....	61
9.2.1	Revisión de los requisitos para los productos y servicios.....	62
9.2.2	Control de la satisfacción de cliente.....	62
9.3	SEGUIMIENTO, ANÁLISIS Y MEJORA CONTINUA.....	64
9.3.1	Control de no conformidades /pnc/snc.....	64
9.3.2	Control de producto y servicio no conforme.....	67
9.4	AUDITORÍA INTERNA.....	71
9.5	REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN.....	75
10	FASES PARA LA IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA.....	77
11	ANÁLISIS DE RESULTADOS E INTERPRETACIÓN DE LOS MISMOS.....	96
12	CONCLUSIONES.....	99
13	RECOMENDACIONES.....	100
14	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	101
15	BIBLIOGRAFÍA.....	102

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Ubicación Geográfica de la Sede Barcelona Universidad de los Llanos	6
Figura 2. Toma aérea de la Sede Barcelona Universidad de los Llanos.....	7
Figura 3. Centro de desarrollo de medios.....	8
Figura 4. Mapa de procesos de la Universidad de los Llanos.....	21
Figura 5. Niveles de proceso.....	23
Figura 6. Interrelación de los procesos en el CDM	25
Figura 7. Organigrama universidad de los llanos.....	27
Figura 8. Líderes de proceso en CDM (centro de diseño y desarrollo de medios).....	28
Figura 9. Organigrama del CDM (centro de diseño y desarrollo de medios).....	29
Figura 10. Política del centro de diseño y desarrollo de medio.....	30
Figura 11. Sensibilización.....	41
Figura 12. Implantación del SGC.....	41
Figura 13. Página web Universidad de los Llanos	45
Figura 14. Red social centro de medios	46
Figura 15. Planeación estratégica	60
Figura 16. Diagnostico	78
Figura 17. Modelo de sistema integrado de gestión	81
Figura 18. Método de Integración, norma UNE 66177:2005.....	83
Figura 19. Diagrama de flujo para identificar el método de integración apropiado.....	85
Figura 20. Análisis de resultados.....	96
Figura 21. Mejoramiento, medición de resultados	97

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Sedes universidad de los llanos	7
Tabla 2. Centro de diseño y desarrollo de medios de la sede san Antonio.....	7
Tabla 3. Matriz DAFO (I)	10
Tabla 4. Matriz DAFO (II)	11
Tabla 5. Análisis DAFO con factores internos y externos	13
Tabla 6. Grupos de interés (I).....	15
Tabla 7. Grupos de interés (II).....	16
Tabla 8. Necesidades y expectativas de las partes interesadas.....	17
Tabla 9. Probabilidad de ocurrencia	32
Tabla 10. Objetivos de la calidad para el centro de diseño y desarrollo de medios (I)	33
Tabla 11. Objetivos de la calidad para el centro de diseño y desarrollo de medios (II)	34
Tabla 12. Identificación del cargo director	37
Tabla 13. Identificación del cargo de profesor	38
Tabla 14. Identificación del cargo profesional de apoyo	38
Tabla 15. Identificación del cargo de monitor	39
Tabla 16. Identificación del cargo de monitor servicio al cliente.....	40
Tabla 17. Matriz de comunicación	44
Tabla 18. Encabezado	48
Tabla 19. Explicación de la información de encabezado (I)	48
Tabla 20. Explicación de la información de encabezado (II)	49
Tabla 21. Pie de página de la portada.....	49
Tabla 22. Codificación (I).....	51
Tabla 23. Codificación (II).....	51
Tabla 24. Responsables de la revisión y aprobación de documentos.....	53
Tabla 25. Flujograma del procedimiento para control de documentos y registros (I)	57
Tabla 26. Flujograma del procedimiento para control de documentos y registros (I)	58
Tabla 27. Formatos	61
Tabla 28. Gestión del servicio (I)	63
Tabla 29. Gestión del servicio (II)	64
Tabla 30. Proceso de gestión de servicio al cliente (I)	65
Tabla 31. Proceso de gestión de servicio al cliente (II)	66

Tabla 32. Flujograma para control de servicio no conforme (I)	69
Tabla 33. Flujograma para control de servicio no conforme (II)	70
Tabla 34. Flujograma para control de servicio no conforme (III)	71
Tabla 35. Cronograma	79
Tabla 36. Contexto de la organización para el centro de diseño y desarrollo de medios en materia de seguridad y salud en el trabajo (I).....	87
Tabla 37. Contexto de la organización para el centro de diseño y desarrollo de medios en materia de seguridad y salud en el trabajo (II).....	88
Tabla 38. Evaluación inicial	89
Tabla 39. Estado de implementación de la política de seguridad y salud en el trabajo.....	90
Tabla 40. Estado de implementación de la Identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos (I).....	91
Tabla 41. Estado de implementación de la Identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos (II).....	92
Tabla 42. Estado de implementación de la Planificación del sistema de gestión de la seguridad y salud en trabajo SG-SST (I)	93
Tabla 43. Estado de implementación de la Planificación del sistema de gestión de la seguridad y salud en trabajo SG-SST (II)	94

2 JUSTIFICACIÓN

La Norma ISO 9001 es una norma internacional que se aplica a los sistemas de gestión de calidad (SGC) y que se centra en todos los elementos de administración de calidad con los que una empresa debe contar para tener un sistema efectivo que le permita administrar y mejorar la calidad de sus productos y/o servicios.

Teniendo en cuenta que el actual sistema de la calidad que funciona en la Universidad de los Llanos requiere de revisiones y mejoras conjuntas en cuanto a cada uno de los procesos y así poder generar mayor eficiencia y rapidez en las respuestas que por parte de cada una de las dependencias de la institución se brinde al público en general. Se requiere entonces, ajustar todo el sistema de gestión de la Universidad, más aún cuando se trata del servicio al cliente.

Lo anterior, es bueno para la Universidad ya que los estudiantes en el vivir diario, se enfrentan a una incertidumbre y desconocimiento de los procesos en cada unidad académica como lo es para la facultad de Ciencias Económicas y en especial para el programa de Mercadeo que es el doliente más asiduo del Centro de Diseño y Desarrollo de Medios con su línea de profundización en diseño y publicidad, es decir, no se debe generar caos e insatisfacción en las respuestas para que las personas que trabajan en el centro puedan dar a los estudiantes o a los usuarios de las salas o los equipos un buen servicio .

Este proyecto se realiza con el propósito de contribuir con la Universidad de los Llanos en procura de mejorar la atención al cliente que propenda por la estandarización de los procesos y de esta manera aportar al mejoramiento continuo de la institución permitiendo llevar a cabo los procesos orientados a la búsqueda de la disminución de los costos, una mejor gestión de los recursos, la satisfacción del cliente y de toda la comunidad académica que de una u otra forma hace parte de aquellos que demandan el servicio en cada uno de los programas de la facultad de ciencias económicas.

Las áreas de servicios como el centro de diseño y desarrollo de medios, deben estar inmersas en la mejora continua y mediante la aplicación de un manual de calidad se posibilita saber los puntos clave donde es necesario hacer énfasis para el liderazgo y la satisfacción del cliente.

3 INTRODUCCIÓN

En todas las empresas a nivel mundial que trabajan en la prestación de servicios, este debe ser el resultado de una planificación juiciosa, pues el cliente hoy es más exigente e impaciente, el hacer universitario se mueve a una velocidad marcada por la tecnología, reclama un servicio amable, confiable y de CALIDAD, ahora bien, los clientes de este siglo usan las redes sociales como medio de expresión para coronar o humillar la imagen de una organización que le miente, que lo ignora, o que no le cumple.

En la prestación de servicios educativos es imprescindible entregar a los estudiantes un servicio de calidad acorde a la imagen de la institución pues si se presta un servicio indolente e inadecuado puede determinar la pérdida inmediata de un cliente o de futuros usuarios. Para las universidades en Colombia cumplir con estos requisitos de calidad se hace de primordial importancia y exigencia en procesos que se denominan acreditación o certificación.

La certificación de los sistemas de gestión de la calidad, con base en las normas ISO 9000 ha tenido en los últimos años un crecimiento especial en el país, lo que constituye una vía beneficiosa para reducir costos y mejorar sus procesos y procedimientos, en cada una de las dependencias teniendo en cuenta que la calidad prima en la conquista de nuevos y exigentes mercados.

Para contribuir con ello, corresponde a las instituciones de educación superior a través del desarrollo de sus funciones: docencia, investigación y extensión, asumir el doble reto de ser contemporáneas y de preparar las personas para el desarrollo nacional en el contexto de los principios constitucionales y de nuestra fisionomía geográfica, social y cultural tan diversa.

Por lo anterior, la Universidad de los Llanos intenta con gran acierto que cada unidad que sea creada desde las facultades, se integre en el sistema de gestión de la calidad de la institución y marche al mismo ritmo con sus procesos. El centro de diseño y desarrollo de medios como unidad adscrita a la facultad de ciencias económicas y que apoya los procesos misionales no puede ser ajeno a esto y es por eso que a través del presente trabajo se pretende desarrollar la propuesta para su implementación en el sistema de calidad de la universidad bajo la norma ISO 9001:2015 y ser pionero para los otros centros de la institución.

4 HIPÓTESIS DE TRABAJO

a). Identificar y caracterizar los procesos necesarios, así como buscar las interrelaciones entre estos, para el sistema de gestión de calidad del Centro de diseño y desarrollo de medios permite la prestación de un mejor servicio y atención a estudiantes y profesores, debido a que las personas que allí laboran podrán dar orientaciones precisas guiados por el manual de calidad.

b). El control de la información documentada, en el Centro de diseño y desarrollo de medios permiten una mejora continua del servicio educativo y su contribución para la acreditación de alta calidad al programa de Mercadeo dentro de la facultad de Ciencias económicas al cual se encuentra adscrito.

c). La satisfacción sobre la calidad en el servicio en el centro de diseño y desarrollo de medios incrementara significativamente el desempeño laboral de quienes forman parte del equipo de trabajo.

d). Implementar el sistema de gestión de la calidad permite al centro de diseño y desarrollo de medios, una mejora continua del servicio a la academia, así como las acciones Correctivas y Preventivas en cada uno de sus procesos. De tal forma que articula su función de apoyo a la academia en la búsqueda de la excelencia institucional.

5 OBJETIVOS

5.1 OBEJTIVO GENERAL

Diseñar la propuesta para la implementación del sistema de gestión de la Calidad del Centro de Diseño y Desarrollo de Medios en la Universidad de los Llanos.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar un diagnóstico del estado de los procesos del CDM (Centro de Diseño y Desarrollo de Medios), como lo exige la Norma ISO 9001:2015.
- Organizar todo el soporte de la información documentada que necesita el centro para sus procesos.
- Realizar la Caracterización de los procesos para el Centro de Diseño y Desarrollo de Medios.
- Proponer la implementación del sistema de gestión de calidad como guía para el Centro de Diseño y Desarrollo de Medios.

6 ANÁLISIS DEL CONTEXTO

La Universidad de los Llanos es una institución de educación superior. Fue creada previo el cumplimiento de algunas condiciones y requisitos, ante el Ministerio de Educación Nacional mediante la Resolución 03273 de junio de 25 de 1993, le da el reconocimiento como Universidad, lo cual, ante la sociedad y el estado, le conceden unos derechos y obligaciones especiales, en consecuencia, y luego de algunos ajustes de orden administrativo y normativo originados por esta transición, se expide el Acuerdo Superior No. 007 de 1998, adoptándose como razón social, el de “Universidad de los Llanos”, para todos los efectos legales.

Esto significó que, bajo el principio de la Autonomía, podía pensarse y construirse a sí misma, el quehacer académico ya no estaba necesariamente condicionado por los criterios establecidos por instancias ajenas, sino que la Universidad asumió la tarea de construir región a partir de la generación y apropiación del conocimiento universal. Más aún, no sólo podía, sino que debía ampliar su oferta académica.

6.1 UBICACIÓN Y ACTIVIDAD DE LA EMPRESA

La Universidad de los Llanos está situada en la ciudad de Villavicencio, capital del departamento del Meta. Es la principal ciudad de los Llanos Orientales, en el piedemonte de la Cordillera Oriental a tan solo 96 kilómetros de Bogotá D.C.. Su población se acerca a los 750.000 habitantes, su altura está cerca de 600 metros sobre el nivel del mar y su temperatura promedio es de 27°C.

Sus principales actividades económicas son el comercio, la ganadería, la agricultura y la minería. El departamento del Meta, es una de las treinta y dos (32) divisiones políticas-administrativas de la República de Colombia con un área de 85.770 Km cuadrados. Su población se aproxima a los 750.000 habitantes y su economía se basa principalmente en el petróleo, los cultivos de arroz, palma africana, plátano, la piscicultura y la ganadería y en la actualidad el sector de servicios reporta un crecimiento del 68% siendo un 34% de este lo relacionado a servicios de educación superior en el cual se encuentra la organización.



Figura 2. Toma aérea de la Sede Barcelona Universidad de los Llanos
Fuente: Universidad de los Llanos

La tabla 1 señala las direcciones de cada una de las sedes de la universidad, y la tabla 2 señala el horario de atención de las salas de CDM de la sede San Antonio.

Tabla 1. Sedes universidad de los llanos

NOMBRE DE LA SEDE	DIRECCIÓN
1. Sede Barcelona	Km 12 Vía Puerto López
2. Sede San Antonio	Calle 37 N°41-02 Barzal alto
3. Emporio	Calle 40 A N° 28-32 Emporio

Fuente: Propia

Tabla 2. Centro de diseño y desarrollo de medios de la sede san Antonio

NOMBRE DE LA SALA	HORARIO
Sala 1	L-V 8:00 am- 12:00 pm y 2:00pm- 6:00 pm
Sala 2	L-S 6:00 am-1 2:00 pm y 2:00 pm-10:00pm

Fuente: Propia

La figura 3 muestra el Centro de Diseño y Desarrollo de Medios donde se realizan las capacitaciones y las clases relacionadas con la línea de profundización en los horarios relacionados en la tabla 2. Se presta el servicio de equipos de cómputo para los estudiantes que lo necesiten.



*Figura 3. Centro de desarrollo de medios
Fuente: El autor*

La Universidad de los Llanos - Unillanos, es una institución académica de educación superior de carácter público, del orden nacional, creada inicialmente como “Universidad Tecnológica de los Llanos Orientales”.

Su creación estuvo fundada en la necesidad regional de contar con una institución que formara el talento humano de la que se ha denominado la “media Colombia”, conformada por el departamento del Meta y las entonces denominadas Comisarías del Vaupés, Guainía y Vichada y las Intendencias de Casanare y Arauca; caracterizadas por sus incalculables recursos naturales y por su vocación agrícola y ganadera, además de su incipiente desarrollo económico, social y cultural y una marcada dependencia de la capital del país.

)] **Misión de la Universidad.** La Universidad de los Llanos forma integralmente ciudadanos, profesionales y científicos con sensibilidad y aprecio por el patrimonio histórico, social, cultural y

ecológico de la humanidad, competentes y comprometidos en la solución de problemas de la Orinoquia y del país con visión universal, conservando su naturaleza como centro de generación, preservación, transmisión y difusión del conocimiento y la cultura.

) **Visión de la Universidad.** La Universidad de los Llanos propende ser la mejor opción de Educación Superior de su área de influencia, dentro de un espíritu de pensamiento reflexivo, acción autónoma, creatividad e innovación. Al ser consciente de su relación con la región y la nación es el punto de referencia en el dominio del campo del conocimiento y de las competencias profesionales en busca de la excelencia académica.

Como institución de saber y organización social, mantiene estrechos vínculos con su entorno natural a fin de satisfacer y participar en la búsqueda de soluciones a las problemáticas regionales y nacionales. Para ello se apoya en la tradición académica y, al contar con un acervo de talento humano de probadas capacidades y calidades, interpreta, adecua y se apropia de los avances de la ciencia y la tecnología para cualificarse, a través de la docencia, la investigación y la proyección social.

) **Misión del Centro de Diseño y Desarrollo de Medios.** El Centro de Diseño y Desarrollo de Medios es una unidad académica adscrita a la facultad de Ciencias Económicas que busca dar apoyo a la academia mediante el uso de herramientas tecnológicas en pro de mejorar la calidad de los estudiantes, satisfacer las necesidades de los estudiantes brindándole las herramientas en pro de trabajos de mayor calidad con un excelente servicio.

) **Visión del Centro de Diseño y Desarrollo de Medios.** Convertir para el 2020 al centro de diseño y desarrollo de medios, en un instrumento universitario, que trascienda fronteras educativas, y genere; resultados a nivel social, con impacto a nivel departamental.

En la Universidad de los Llanos laboran 306 personas, de las cuales 73 son profesores de planta, 142 ocasionales y 91 administrativos en la facultad de Ciencias Económicas, es decir que están ubicados en el campus san Antonio donde se encuentra el centro de diseño y desarrollo de medios.

Para entender la organización, es necesario analizarla en su contexto como se aprecia en la matriz DAFO. La universidad dentro de sus procesos administrativos, no es muy eficiente por falta de claridad en ellos y el Centro de diseño y desarrollo de medios inmerso en la institución, para ser más efectivo en su atención a estudiantes y profesores no puede continuar con este proceder y se toma la iniciativa en cabeza de su directora, realizar el prototipo de ajuste al sistema de gestión de calidad, con la norma vigente.

Dicho centro como es un foco de conectividad en los procesos misionales de la universidad a fin de documentar toda la evidencia que desde el ministerio de educación nacional se exige para dar acreditación de alta calidad, toma como acción desde su planeación crear y conectar sus políticas de calidad con las de la universidad, que aunque es líder en la región , es notable que el crecimiento de la región, la cercanía con la capital del país y como polo de desarrollo de casi media Colombia, y otras universidades, lo proyecten como pionero en el desarrollo de la educación superior de toda la región. De acuerdo a la tabla 3 y 4 expuestas se presentan las siguientes estrategias combinando las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades del Centro de Diseño y Desarrollo de Medios.

Tabla 3. *Matriz DAFO (I)*

Debilidades	Oportunidades
) No existe planeación) Apertura de mercados potenciales
) Falta de Documentación de los procesos) Aumento de la demanda
) Deficiente capacidad de innovación en sus procesos administrativos) Expansión a nuevos mercados geográficos
) No cuenta con sistema de gestión de calidad) Tendencia al crecimiento
) No se han definido políticas y objetivos de calidad	
) No tienen descripción escrita de las competencias de los cargos que pueden afectar la calidad	
) No se aplican técnicas en los procesos	

Fuente: El autor

Estrategia DO: Aprovechar las capacidades con que cuenta la actual planta administrativa y definir los procesos administrativos que fortalezcan los procesos. En el entorno tecnológico la utilización de registros visuales en el caso del servicio que presta el CDM puede sufrir modificaciones constantes para la actualización de las licencias y capacidad en los equipos de cómputo que respondan al software instalado.

Estrategia DA: Construir estrategias generales que atiendan a las necesidades de los clientes, así como realizar actividades que permitan mejorar la percepción del público objetivo. Implementar sistemas de información y procesos que contribuyan con los procesos y resultados de las políticas y prácticas administrativas. El factor comunicación en el contexto interno debe facilitar el conocimiento por parte de los estudiantes por cada una de las actividades que desarrolla el CDM y así poder mejorar el desempeño de profesores y estudiantes en las aulas.

Tabla 4. Matriz DAFO (II)

Fortalezas	Amenazas
<ul style="list-style-type: none">) Clima organizacional (buena comunicación)) Experiencia en el mercado) Activos fijos, tecnología) Liderazgo de empresa (costos, variedad de productos y servicios, calidad, participación de mercado, etc.)) Alianzas estratégicas con proveedores y clientes) Compromiso del personal y de la dirección) Margen para el crecimiento de la producción a bajo costo) Supervisión de los trabajos por parte de la dirección en cuanto a la calidad de los productos.) Excelentes instalaciones) Contratación de personal calificado para cada actividad 	<ul style="list-style-type: none">) Desempeño de productos sustitutos) Cambios en las necesidades de los clientes) Políticas comerciales) Aumento de precios en los equipos

Fuente: El autor

Estrategia FO: La trayectoria de la universidad de los llanos favorece el crecimiento de la misma, pues posee aptitudes que constituyen sus principales factores clave de éxito que le generan sus ventajas competitivas, por ejemplo, la experiencia en el mercado permite que la universidad afronte de mejor manera la creciente competencia en el mediano y largo plazo manteniendo y fortaleciendo la calidad de la planta docente e infraestructura física donde se encuentra incluido el CDM.

Estrategia FA: El CDM requiere optimizar la experiencia en el mercado para reducir al mínimo las posibles afectaciones que generen los productos sustitutos y los cambios en la necesidad de los clientes. Es así como su creación responde para brindar a los estudiantes las herramientas necesarias para sus trabajos académicos.

Para la explicación o análisis de la matriz DAFO se deben tener en cuenta, para el contexto externo e interno, consideraciones relevantes de acuerdo a las tendencias; que deben ser revisadas periódicamente por la dirección, pues pueden afectar lo deseado.

En cuanto a los factores a considerar que son de tipo externo e incontrolables como el económico se incluyen aspectos positivos y negativos que se deben tener en cuenta y así para los demás factores del contexto. En el ámbito nacional, aunque ha crecido la economía persiste el desempleo y la desaceleración económica sin embargo existe una marcada tendencia la financiación de proyectos sobre todo en el sector público; siendo aquí donde está incluido el CDM. (Ver tabla 5).

Otro factor a considerar tiene que ver es el aspecto social y de mercado que van conectados con el factor económico en los cuales se tiene en cuenta el marcado crecimiento en la región de organizaciones dedicadas a los servicios. En este caso la comunidad académica (profesores y estudiantes) demandan un servicio como consecuencia de sus actividades de aula en búsqueda de una herramienta para la calidad en los programas que cursan y así nutrir los productos obtenidos.

En el ordenamiento jurídico hasta hace unos lustros ha ido adaptándose al establecimiento de las tendencias pasando los juristas hacer más que unos simples aplicadores de las mismas y ser creadores a través de sus sentencias y valoraciones respectivas en cada caso. La aparición de esta nueva tendencia ha hecho que se replantee las estructuras normativas del sector público que afecta al centro y con ello los contenidos programáticos de las universidades; como primera medida se

considera el precedente como fruto de una nueva tendencia, propio de los conceptos del derecho moderno, la posibilidad de lograr que la actividad de las normas aplicadas tenga un carácter axiológico.

Tabla 5. Análisis DAFO con factores internos y externos

		FORTALEZAS	DEBILIDADES
		FACTORES INTERNOS	F1. Reconocimiento del centro a nivel institucional
FACTORES EXTERNOS	F2. el centro ha presentado baja rotación de personal.		D1. No se cuenta con un sistema de seguimiento (hojas de vida).
	F3. Sistema de autosostenibilidad.		D2. No hay respaldo sólido en información técnica de los fabricantes.
	F4. Area administrativa definida.		
	F5. Proveedores.		D3 los materiales y suministros son funciones del almacen y no tiene que ver con el centro
	F6. Infraestructura.		D4. No hay comunicación efectiva.
	F7. Monitores		D5. No se cuenta con una planeación estrategica completa.
	F8. Empleados idoneos para sus funciones.		D6. No posee estructura organizacional.
	OPORTUNIDADES	FO	DO
01. Cada vez hay más demanda en el mercado de este tipo de asesorías.(Ampliación del mercado int y ext).	Planificar campañas publicitarias según se establezca y generar alianzas estrategicas para ubicar otras empresas y generar alianzas.		
02. El costo de este tipo de servicio es alto.			
03. Ubicación en zona de fácil acceso y alto tráfico.			
04. Empresas privadas y del estado.	Realizar el estudio a un año de la implementación de facilidades en infraestructura y equipos para mejorar los servicios .		
05. Benchmarking.	Determinar métodos de investigación para mejores prácticas.	5. Implementación del SGC para aumentar la eficacia, eficiencia y efectividad de la organización con mejora continua.	
06. Mejoramiento continuo, a través de la implementación del SGC.	Predisposición a aumentar el cumplimiento de las expectativas de las partes interesadas.	6. Estructuración de la planeación estratégica de la organización.	
07. Posicionamiento estrategico.	Estrategias de promoción empresariales.		
08. Autosostenibilidad al generar ingresos por metas amplias desde la dirección .	Incrementar la eficiencia de la organización.		
AMENAZAS	FA	DA	
A1. Malos comentarios por las partes interesadas.	Procesos de retroalimentación, para verificación del cumplimiento de los requisitos.		
A2. Bajos precios en la competencia.	Implementación del SGC.		
A3. Centros emergentes con alto grado de competitividad.	Eficiencia de las actividades.		

Fuente: El autor

En cuanto al factor cultural la región presenta un mestizaje cultural de los pueblos nativos con la influencia colonizadora española y europea es notable por consiguiente el seguir tendencias mundiales, sin condiciones distintivas culturalmente. Lo que hace que el centro se prepare para atender población de gran diversidad, Lo anterior afecta por consiguiente el aspecto tecnológico tanto en el área de fotografía como la audiovisual lo ideal es que las instituciones públicas en los centros de apoyo se vuelvan auto sostenibles teniendo en cuenta que se deben renovar las licencias de los programas de diseño en cada equipo de cómputo, y que se reinviertan los recursos con planes de mejora.

En el contexto interno el constante incremento de la demanda de diseño para el CDM hace que se convierta en una oportunidad y perteneciendo a una empresa pública permite un bajo costo con relación a las empresas privadas; las alianzas estratégicas también son una oportunidad para el manejo continuo y posicionamiento del centro en el mismo contexto, puede convertirse en una insatisfacción por las partes interesadas al no ser cubierto el servicio, para lo cual sería calificado de no competitivo con otros de su misma condición.

6.2 NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS EN LA ORGANIZACIÓN

Para garantizar el éxito sostenido en la organización y alinear la planificación estratégica con el sistema de gestión de la calidad es necesario en el numeral 4.2 de la norma la comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas para lo cual se ha realizado lo siguiente:

a) Relevancia de las partes interesadas: Como la ubicación del centro de diseño y desarrollo de medios lo relaciona con una zona de crecimiento comercial como lo es la comuna que encierra el barrio Barzal Alto y que colinda con otras organizaciones. En las tablas 6 y 7 se identifican los grupos de interés debido a su efecto o potencial impacto.

A su vez teniendo en cuenta el pensamiento basado en riesgos, se ha planteado la perspectiva de agrupación por los siguientes criterios.

Por cercanía: grupos que interactúan con la organización incluyendo a los stakeholders internos. Por influencia: grupos de interés que influyen (o pueden hacerlo) en el desarrollo de la actividad de la organización. Por responsabilidad: aquellos con los que se tienen obligaciones legales. Por dependencia: grupos que dependen de la actividad de la organización.

En un paso previo a la priorización se recomienda realizar la agrupación de los stakeholders de interés, para unificar con similares características o expectativas y así se facilite la priorización.

Tabla 6. Grupos de interés (I)

STAKEHOLDERS	PERSPECTIVA DE AGRUPACIÓN	REQUISITOS PERTINENTES PARA EL SGC
Comunidad académica	Por cercanía	Población que se encuentra en los sectores cercanos y aledaños al centro de diseño y desarrollo de medios, Incluye además Juntas de Acción Comunal, asociación de usuarios y los comités que pudiesen relacionarse con la organización, viviendas familiares, sitios religiosos, centros comerciales y demás sitios públicos.
Colegios, escuelas y jardines	Por cercanía	Colectivo perteneciente a las instituciones públicas y privadas.
Outsourcings	Por influencia	Contratistas de la organización que proveen mejoras en la infraestructura, mantenimiento, agua potable, recolección de residuos, papelería, entre otros.
Medios de comunicación: prensa oral y escrita, TV, redes sociales.	Por influencia	Por tratarse de una entidad pública de renombre utiliza con eficiencia los medios de comunicación para informar y explicar a los clientes reales y potenciales los avances y planes de acceso a los productos y servicios de la organización.
Entorno ambiental	Por responsabilidad	El compromiso de prevención de la contaminación, la gestión de los impactos ambientales asociados a la actividad.

Fuente: El autor

Tabla 7. Grupos de interés (II)

STAKEHOLDERS	PERSPECTIVA DE AGRUPACIÓN	REQUISITOS PERTINENTES PARA EL SGC
Clientes corporativos	Por influencia	Facilitan la comercialización de los servicios de la organización, consolidando la presencia de la misma en el mercado.
Inversores	Por influencia	Fortalecen el buen gobierno y la transparencia financiera de la organización.

Fuente: El autor

Como la gestión de la calidad se extiende más allá de la detección del cliente hacia los diversos grupos de interés y desde la perspectiva transversal se ha involucrado toda la facultad. En este sentido para no tomar decisiones incorrectas en cuanto a estos grupos que puedan afectar o verse afectados por el normal desarrollo del centro y considerando el sistema educativo de una universidad pública se ejerce una esfera de influencia abierta; por lo anterior se recomienda revisar el listado de los grupos por lo menos una vez en cada semestre.

b) Una vez identificados los grupos se deben priorizar en cuanto a su relevancia y agrupar aquellos que puedan ser similares en lo relacionado al nivel de influencia, así como también en lo relacionado a la voluntad de la participación en el contexto social que se mueve el centro de diseño y desarrollo de medios. Siendo los principales grupos profesores y estudiantes de la facultad de ciencias económicas y de la facultad de ciencias de la salud ya que son quienes hacen uso constante del centro, diariamente, al encontrarse en la misma sede y que hacen parte de la comunidad académica. Lo anterior va a permitir asignar recursos de forma tal que puedan generar el mayor impacto posible, en el grupo de interés al que se va a dirigir.

Los criterios de priorización son intercambiables, adaptables, ponderables, y en la mayoría de los casos, únicos para cada momento. No obstante, a modo de aproximación se presenta un ejemplo de que criterios podría contener para tomar la decisión de priorizar: Contexto social: Dimensión geográfica del proceso. Tipo de grupo de interés: público, interno, social, corporativo, entre otros. Expectativas: compromiso, así como su voluntad en la participación Nivel: o capacidad de influencia

dependencia (actual y futura). Relación: tipología de la relación preexistente con el grupo de interés. Conocimiento: de la organización y relación con esta.

c) Se considera entonces que una vez identificados y priorizados como se muestra en la tabla 8 se genere una metodología para identificar las expectativas y necesidades.

Tabla 8. Necesidades y expectativas de las partes interesadas

PARTES INTERESADAS	NECESIDADES	EXPECTATIVAS
Gobierno	Cumplimiento de requisitos legales y reglamentarios	100% del cumplimiento de requisitos legales y reglamentarios
Inversionistas	Percibir ingresos por ejecución de la actividad económica	
	Aceptación positiva del servicio en el mercado.	Aprobación de la imagen corporativa con el fin de obtener nuevos clientes
	Innovación y desarrollo de los productos de la organización.	Ampliación de mercados nacionales e internacionales.
	Mejora continua de los procesos de la empresa	Prestar servicio a población vulnerable.
	Aporte de responsabilidad social empresarial	
Proveedores	Definición de criterios de compra de las licencias de software.	Conformidad de los productos entregados
	Comunicación efectiva.	
Clientes internos	Comunicación efectiva.	
	Responsabilidades y roles definidas	buen ambiente laboral
	Estabilidad laboral	Posibilidades de ascenso
	Ambiente laboral seguro y confortable	
Clientes externos	Comunicación eficaz y efectiva	Satisfacción del servicio

Fuente: El autor

Para poder ir incrementando la comunicación en las dos direcciones, a través del anexo que presenta las sugerencias que ellos pueden aportar al centro y mediante las reuniones de comité se estudia la pertinencia y se adoptan. Para los grupos de mayor interés la comunicación puede ser en una sola dirección y el centro de diseño y desarrollo de medios lo realiza únicamente como carácter informativo y se da a través de medios públicos, cartelera informativa, y boletines de prensa institucionales. Para el segundo nivel de comunicación o bidireccional se lleva a cabo eventos, foros,

conversatorios o seminario en los cuales el centro de diseño y desarrollo de medios da apoyo y registro visual.

d) Finalmente, como la organización debe revisar y controlar la información acerca de tales partes interesadas y sus requisitos relevantes en este último nivel y más valioso en cuanto a comunicación que brinda el centro de diseño y desarrollo de medios a sus grupos de interés son las asesorías y la participación directa con los estudiantes y profesores en los trabajos académicos. Para lo cual en su plan de acción que hace parte de la información documentada, aprobado por el comité del centro se plantea un indicador de visibilidad y mejora continua de actividades en función de lo realizado sobre las actividades programadas y así verificar al finalizar el periodo académico el porcentaje en la meta alcanzada como se evidencia en la captura de pantalla anexa.

En esta dinámica se ajustan también los recursos asignados que aseguran al centro estar preparado. Para cada actividad propuesta es necesario tener en cuenta que el centro de medios puede dar apoyo en su entorno a población vulnerable, por lo tanto debe dar inclusión a grupos de interés que demanden ayuda y así poder integrar el sistema de calidad con la responsabilidad social empresarial, como se estipula en la norma SGE 21, ya que, esta permite maximizar herramientas de gestión y mejorar los impactos económicos, sociales y ambientales.

El centro de medios ha generado una herramienta de percepción según anexo 2 en el que de forma documentada se comprende lo que los estudiantes y profesores encuentran, esperan y necesitan del servicio que se les presta; es así como se realiza una reunión semestral que mediante una acta que comunica la estrategia de diálogo compromiso y derrotero en la mejora continua para tomar decisiones estratégicas de horarios de atención utilidad del servicio, frecuencia de uso y fluidez de comunicación con las partes interesadas lo que asegura de alguna forma un buen gobierno corporativo.

Lo anterior se concreta en horario de atención, asesoría con monitores y condiciones del uso del centro apoyo en recursos para proyectos que se pueden proponer a desarrollar con otros programas dando lugar a visibilizar a las artes la cultura, canto, fotografía, creación artística y teatro.

Una vez sea alcanzada el proyecto y registrado el material visual se sube a la página oficial (CDM UNILLANOS) la cual recibe los comentarios, lo cual ayuda a medir si se continua o no, los resultados obtenidos también se socializan en la página www.mercadeounillanos.edu.co lo que permite que en el mercado educativo se conozca el accionar del centro dentro del programa, así como su prospectiva y crecimiento.

6.3 ALCANCE

El diseño de propuesta para el presente trabajo está enfocado en todos los procesos misionales institucionales, pero específicamente en el de docencia ya que la gestión de apoyo a la academia que es la función básica del centro de diseño y desarrollo de Medios en este trabajo de fin de master propone el diseño del sistema de gestión de la calidad y que sirva como prototipo para otros centros de la institución.

Esta propuesta del sistema de gestión de calidad para el centro es de cumplimiento en las labores de apoyo a la academia, es así, como busca en su actividad diaria relacionada con estudiantes y profesores que se convierten en el cliente o grupo de interés principal. Vale la pena aclarar que no es un centro de producción sino de prestación de un servicio académico dando satisfacción a las necesidades de profesores y estudiantes mediante acciones como: Fortalecer el Centro de Diseño y Desarrollo de Medios en la calidad de la prestación del servicio al cliente, desarrollar una cultura organizacional de relaciones internas de calidad, propender porque el Centro de diseño y desarrollo de medios desarrolle las metas propuestas con la participación activa de todos sus clientes internos y partes interesadas.

6.4 SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SUS PROCESOS

Toda entidad estatal tiene una razón de ser, un objeto social contenido en la ley o en la norma de su creación. En este compromiso se hallan contempladas, además de sus funciones, sus objetivos, responsabilidades, sus productos o servicios que deben ofrecer a sus usuarios, beneficiarios, destinatarios, demandantes o sencillamente clientes, de manera responsable, oportuna y en los términos que satisfaga sus expectativas o necesidades. Esto es en concreto una definición del concepto de calidad.

Para tener acceso a los servicios que presta el estado, así como para cumplir deberes ciudadanos o para hacer efectivo un derecho constitucional, el ciudadano o la persona natural o jurídica, se interrelacionan con la administración pública a través de unos trámites que constituyen los procesos y procedimientos.

Es por ello que resulta de gran importancia el llamado momento de verdad o encuentro entre el Estado y la Sociedad, para lograr que el servicio o el bien de las entidades entreguen como producto o resultado de gestión, esté precedido de la calidad y la oportunidad que demanda el usuario para satisfacer sus necesidades. Este es momento ideal para que las instituciones públicas obren dentro del principio de buena fe, respondiendo a la confianza que se les dio al momento de su nacimiento jurídico.

Es así como un Sistema de Gestión está formado por un grupo de elementos usados para establecer la política y los objetivos así como para cumplir dichos objetivos incluyen una estructura organizacional, la planificación de las actividades, la responsabilidad, las practicas, los procedimientos, los procesos y los recursos pero cuando se habla específicamente de un sistema de gestión de la Calidad (SGC) no es más que una serie de actividades coordinadas que se llevan a cabo sobre un conjunto de elementos para lograr la calidad de los productos o servicios que se ofrecen al cliente, es decir, es planear, controlar y mejorar aquellos elementos de una organización que influyen en el cumplimiento de los requisitos del cliente y en el logro de la satisfacción del mismo.

6.4.1 Mapa de procesos. Los procesos se definen como una serie de fases secuenciales e interdependientes, orientadas a la consecución de un resultado, en el que se agrega valor a un insumo y, por lo tanto, se contribuye a la satisfacción de una necesidad por parte de quienes utilizan dicho producto. En las entidades, las dependencias tienen nombre muy definidos pero los procesos no, por cuanto no son áreas físicas, sino son interacciones entre dependencias ancladas en sus funciones y roles. Es así como los procesos aparecen fragmentados, muchas veces invisibles para la estructura organizacional; se asignan responsabilidades a directivos y subalternos y se rinden cuentas e informes sobre asuntos en particular, pero no se evalúa a fondo los impactos, logros, falencias de esas interacciones. La siguiente figura muestra el mapa de procesos.



Figura 4. Mapa de procesos de la Universidad de los Llanos
Fuente: SIG (Sistema integrado de Gestión)

Cualquier proceso tiene razón de ser en la medida que le agregue valor a los requisitos o necesidades de quien demanda el bien o servicio, es decir que cumpla con el objetivo para el cual fue creado. Si un proceso no tiene usuarios, consumidores, clientes o destinatarios que utilicen dichas salidas que esté entrega, es un proceso que no aporta valor ni es necesario. Por lo tanto, las actividades y resultados que generan son muy costosos para cualquier tipo de organización.

6.4.2 Los Procedimientos. Los procedimientos permiten precisar la forma de hacer algo, es decir, son el método o pasos lógicamente diseñados para lograr el resultado eficiente y eficaz en la producción de bienes o servicios. Comprenden el qué, el cómo y a quién corresponde el desarrollo de la tarea, incluyendo los elementos técnicos a emplear, las condiciones requeridas, los alcances y limitaciones fijadas, el número y características del personal que interviene, entre otros aspectos. Se definen como el conjunto de especificaciones requeridas para cumplir una fase o etapa perteneciente a un proceso y que varía de acuerdo a los requisitos y tipo de resultado esperado para atender las necesidades o requisitos de los usuarios.

- Clasificación de los procesos

Una vez identificados los procesos, se clasificación con el propósito de determinar cuáles son los que efectivamente han de realizarse para el cumplimiento de los objetivos de la entidad y, de este modo, definir cuáles de éstos deber ser objeto de mejoramiento, simplificación o supresión, a efectos de estandarizarlos y documentarlos para el mejoramiento de la gestión. Los procesos se clasifican en los siguientes niveles como lo muestra la figura 5

Los procesos “clave” son aquellos a los que debe prestarse atención prioritaria, pues sus mejoras tendrán mayor efecto en la organización; en el Centro de Diseño y Desarrollo de Medios el proceso clave es el misional de docencia, en cual, se fundamenta la gestión del centro con el apoyo a la academia, mediante el préstamo de equipos de cómputo, audio y video así como la asesoría en trabajos académicos de la línea de diseño y publicidad a estudiantes y profesores.

NIVELES DE PROCESOS

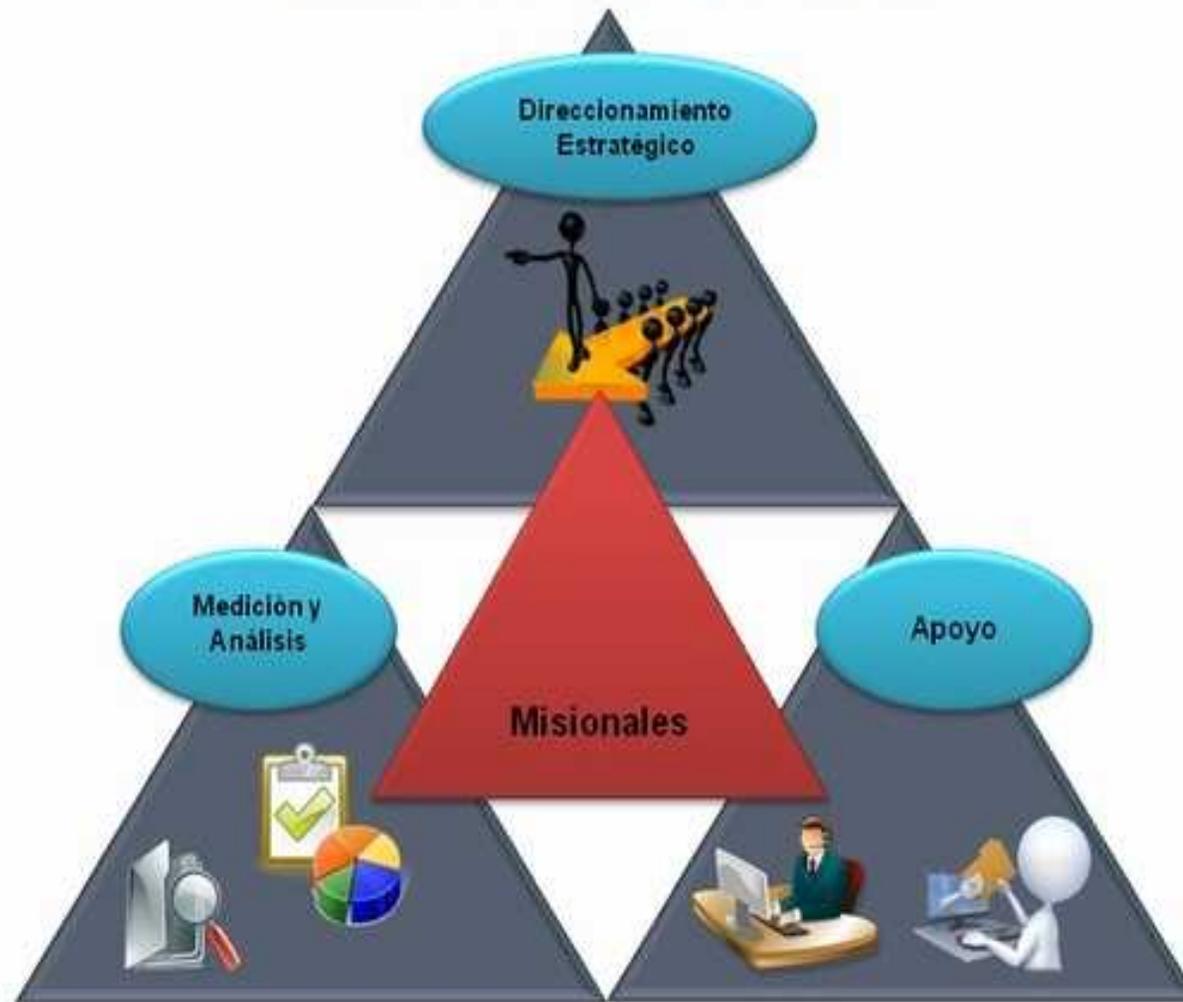


Figura 5. Niveles de proceso
Fuente: Universidad de los Llanos

- Procesos Estratégicos

Incluyen procesos relativos al establecimiento de políticas y estrategias, fijación de objetivos, provisión de comunicación, aseguramiento de la disponibilidad de los recursos necesarios y revisiones por la dirección.

- Procesos Misionales

Son los procesos más relevantes que contribuyen directamente al cumplimiento de su objeto social o la razón de ser de la organización. Son responsabilidad de la alta gerencia y se ejecutan con su guía y liderazgo. Abarca la plataforma estratégica institucional, la interacción con el medio externo y políticas, propósitos, metas y objetivos.

- Procesos de Apoyo

Son aquellos que tienen por objeto el suministro oportuno de los recursos y prestar apoyo a los procesos misionales o tomar decisiones sobre planificación, control y mejoras en las operaciones de la institución.

- Procesos de Evaluación

Hacen referencia a la verificación de lo planeado contra lo ejecutado para determinar el grado de cumplimiento o de desviación a efectos de iniciar un plan de mejoramiento con base en acciones preventivas o correctivas, según sea el caso. Éstos se pueden clasificar en auditorías internas, identificación de riesgos, medición, análisis y mejora.

- Interrelación de los procesos en el centro de diseño y desarrollo de medios

En la siguiente figura se aprecia como en el proceso de docencia el centro de medios se interrelaciona con otras dependencias para dar cumplimiento y plena satisfacción al cliente. Vale la pena anotar que en la gestión de apoyo a la academia es necesario contar con la provisión de recursos físicos y financieros en la consecución de las metas.

A fin de evaluar y mejorar los procesos en el sistema de gestión de calidad se implementan interrelaciones que permiten a cada autoridad asegurarse de que se alcanzara los resultados previstos y su aplicación en la organización de acuerdo a los requisitos de la norma internacional.

7 LIDERAZGO Y COMPROMISO

La Universidad de los Llanos cuenta con una estructura orgánica relacionada en la figura 7 de acuerdo con lo dispuesto en el Artículo 62 de la Ley 30 de 1.992, y sus órganos de dirección corresponden al Consejo Superior, al Consejo Académico y al Rector. El Consejo Superior Universitario es el máximo órgano de dirección y gobierno de la Universidad, el cual está integrado en la forma establecida en el artículo 64 de la Ley 30 de 1992, así:

- a). El Ministro de Educación Nacional o su delegado, quien ejerce como su Presidente.
- b). Un representante del Presidente de la República, que haya tenido vínculos en el sector universitario, quien ejerce como Presidente, en ausencia del Ministro o de su delegado.
- c). Un representante de la Directiva Académica, elegido por los Directivos que hacen parte del Consejo Académico, para un período institucional de tres (3) años.
- d). Un Profesor de la Universidad, elegido por los profesores de tiempo completo, para un período institucional de tres (3) años.
- e). Un Estudiante de la Universidad, elegido por los estudiantes para un período institucional de tres (3) años.
- f). Un representante de los Egresados de la Universidad, elegido por los mismos, para un período institucional de tres (3) años.
- g). Un representante del Sector Productivo, elegido por los gremios legalmente reconocidos, para un período institucional de tres (3) años.
- h). Un ex Rector de la Universidad de los Llanos que haya ejercido el cargo en propiedad, elegido para un período institucional de tres (3) años.
- i). El Rector de la Universidad, con voz, pero sin voto.

Las decisiones fundamentales para dar cumplimiento a la misión y los objetivos explícitos en el PEI, corresponde a los organismos colegiados, tales como: El Consejo Superior, El Consejo Académico y El Consejo de Facultad. La asesoría del Comité Curricular se evidencia en la revisión

periódica y exhaustiva del desarrollo de los logros académicos que adquiere el Programa en su evolución y adaptación permanente con el entorno regional y nacional. El Programa de Mercadeo quien a su vez depende del Vicerrectorado académico, el cual vela por el desarrollo de los proyectos curriculares de los programas de pregrado de manera integral en cada una de las funciones sustantivas a saber: la docencia, la investigación y proyección social.

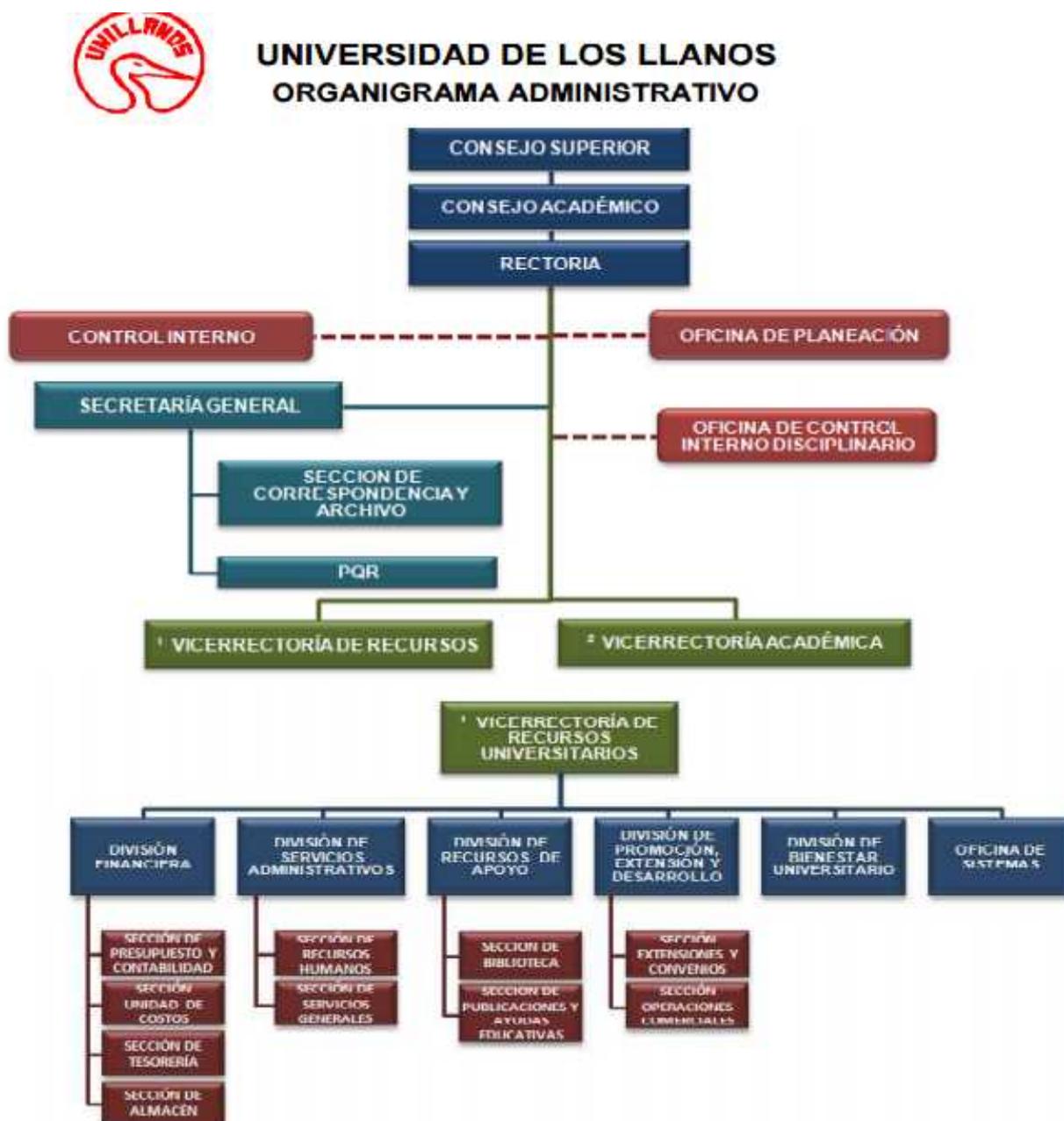


Figura 7. Organigrama universidad de los llanos
Fuente: Universidad de los llanos

De otra parte, El Jefe del Programa traslada, aplica, verifica y gestiona las políticas, estrategias, y demás actividades. La actividad del director del Programa está soportada y asesorada por diferentes entes administrativos y académicos que interactúan entre sí como unidad administrativa. Los profesores cumplen las labores de docencia, investigación y proyección social.

7.1 LÍDERES DE LOS PROCESOS

El compromiso en el centro de diseño y desarrollo de medios con respecto al sistema de gestión de calidad se asume desde los líderes de procesos quienes rinden cuentas con relación a la dirección estratégica de la organización promoviendo el enfoque de procesos y el pensamiento basado en riesgos, lo anterior asegura que los planes de acción cumplan los resultados previstos promoviendo la mejora continua. En la figura 8 se relaciona los nombres de los responsables y sus facilitadores en cada área de manera que la gestión de la calidad resulte eficaz y pertinente.

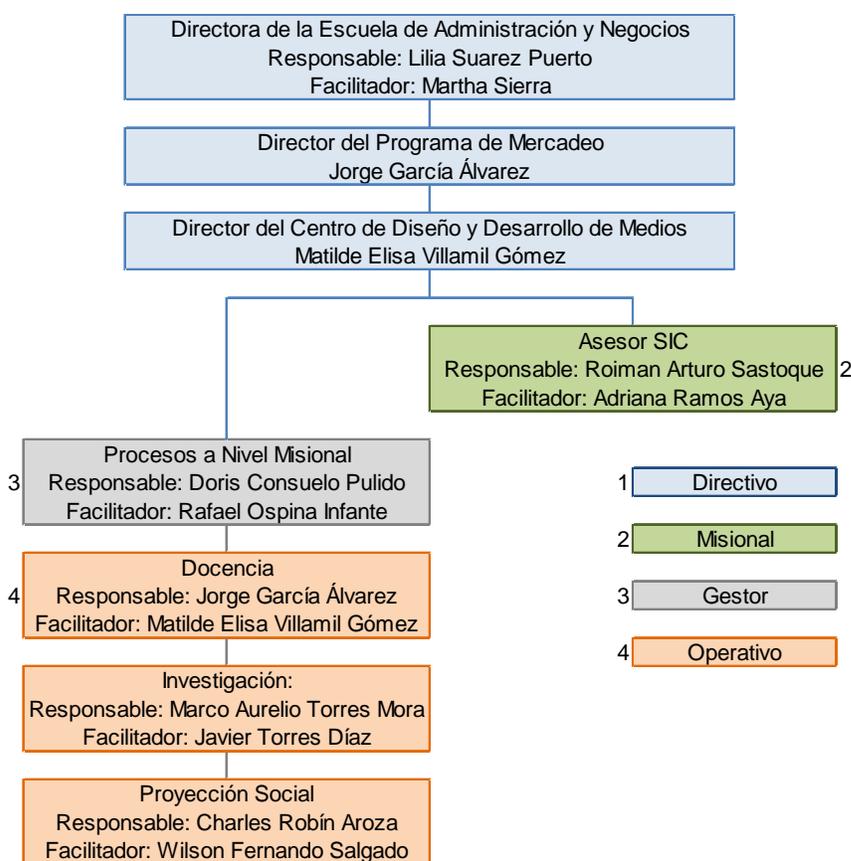


Figura 8. Líderes de proceso en CDM (centro de diseño y desarrollo de medios)

Fuente: El autor

El organigrama para el CDM se estructuró según la figura 9 debido a que no se tenía claro los roles y responsabilidades de las autoridades.

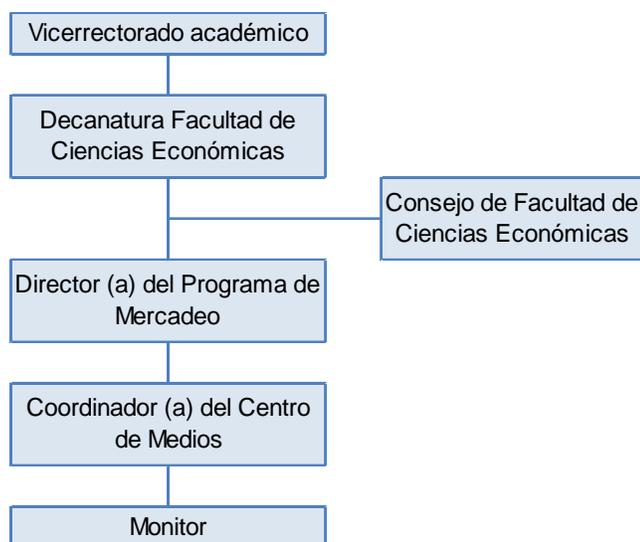


Figura 9. Organigrama del CDM (centro de diseño y desarrollo de medios)
Fuente: El autor

7.2 POLÍTICA DE LA ORGANIZACIÓN

Se estableció de manera que fuese apropiada al propósito y contexto de la organización incluyendo un compromiso con la mejora continua del Sistema de Gestión de la Calidad y el cumplimiento de los requisitos del cliente, legales y reglamentarios de acuerdo a lo establecido por el numeral 5.2.1 y 5.2.2 de la NTC ISO 9001-2015:

7.2.1 Política de calidad de la universidad de los llanos. Unillanos define su política de calidad basada en la permanente aplicación de sus instrumentos estratégicos (proyecto educativo institucional y plan de desarrollo institucional), en una gestión orientada al mejoramiento continuo y a la oportuna comunicación de sus componentes, conformando una disciplina organizacional que construya colectivamente elementos de identidad y pertenencia.

Se propende modernizar la estructura organizacional y sus procesos, que a su vez generen instrumentos de evaluación y desarrollo del talento humano, para prestar los servicios de docencia, investigación y proyección social con parámetros de responsabilidad social. La consecución de

recursos y su aplicación planificada, está dirigida al cumplimiento del PEI y PDI, en lo referente a la construcción del modelo de Universidad investigativa y al logro de la acreditación institucional de la calidad.

7.2.2 Política de calidad del centro de diseño y desarrollo de medios.

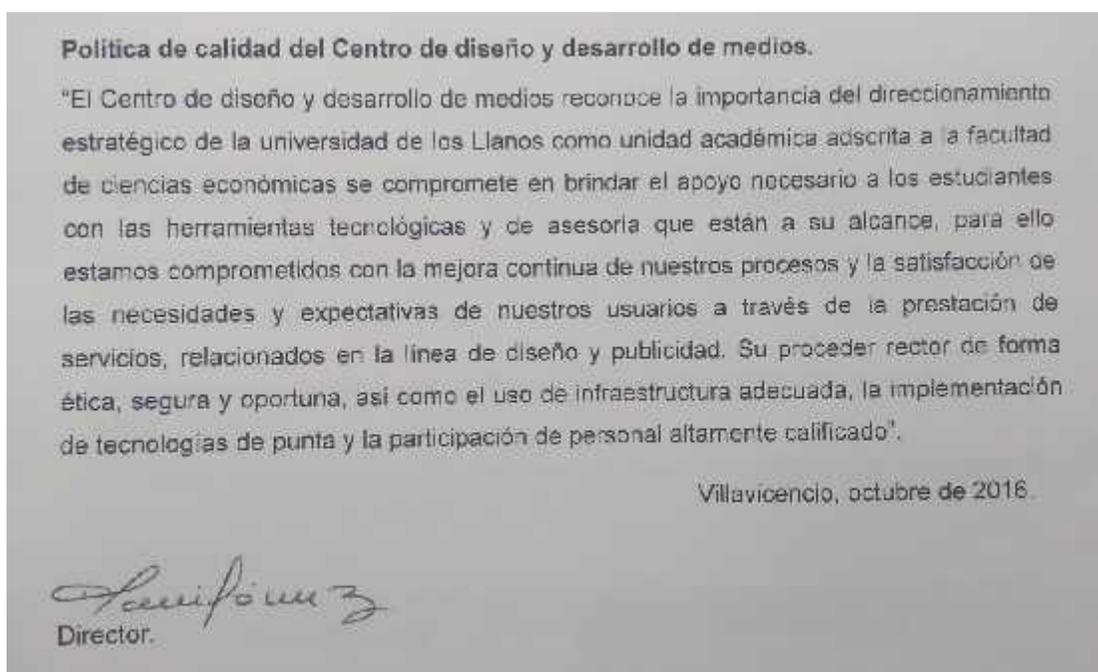


Figura 10. Política del centro de diseño y desarrollo de medio
Fuente: El autor

El Centro de Diseño y desarrollo de medios define su política de calidad con base a la de la Universidad de los Llanos, que tiene como lineamientos fundamentales desarrollar en su Proyecto Institucional: Formación Integral con Fundamento Social e Identidad Regional, Consolidación de Comunidad Académica para el Desarrollo Institucional, Gerencia Educativa y Cultura de la Planeación como Factores de Cambio, Autoevaluación Permanente como fuente de Mejoramiento Continuo y búsqueda de la Excelencia. Acreditación Institucional (figura 10).

8 PLANIFICACIÓN

Para el sistema de gestión de calidad del centro de diseño y desarrollo de medios se tuvo en cuenta como ya se mencionó en los referentes teóricos como el ciclo PHVA, metodología conocida como "Planificar-Hacer-Verificar-Actuar" (PHVA). (Deming-,1989)

8.1 ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES

Para la planificación del sistema de gestión de la calidad, la organización aborda un enfoque de pensamiento basado en los riesgos, lo que permite aumentar la eficacia del Sistema, alcanzar los mejores resultados y prevenir los efectos negativos, considerando los numerales 4.1 y 4.2 de la norma. Sin embargo, el riesgo es el efecto de la incertidumbre, pero dicha incertidumbre puede tener efectos positivos o negativos.

La metodología para la implementación de los riesgos cumplirá con la Norma UNE EN ISO 31000 Gestión del Riesgo (Asociación Española de Normalización y Certificación - AEONOR, 2010) la metodología a seguir es: Identificación de los riesgos y oportunidades de la organización., Análisis y priorización de los riesgos y oportunidades que se han identificado, Planificación de las acciones a realizar para eliminar o reducir esos riesgos. En el caso de las oportunidades, en esta fase, se estudia cómo aumentar su impacto y su frecuencia. Finalmente, la Implementación de un plan de actuación, seleccionando las mejores medidas a implantar y Verificación de la eficacia de las acciones tomadas.

Con el fin de llevar a cabo este proyecto y dar garantía al integrarlo a la institución; la dirección del centro de diseño y desarrollo de medios, cuenta con una serie de mecanismos e instancias con los cuales desarrolla el proceso de autoevaluación y cumplimiento en todas sus áreas y dependencias, entre las cuales se cuenta con los siguientes órganos colegiados de gobierno:

Consejo Superior: Encargado de tomar las decisiones de la orientación de la Institución, aprueba la normativa para el funcionamiento y mejoramiento académico – administrativo.

Consejo Académico: Encargado de asesorar, proponer y conceptuar a la Rectoría, en cuanto a la resolución y aplicación de casos de actividades académicas. Documento producido: Actas de reunión.

Consejo de Facultad: Encargado de tomar las decisiones de la orientación de las escuelas y de los programas, aprueba la normativa para el funcionamiento y mejoramiento académico – administrativo.

Para el caso de cómo afrontar las oportunidades el consejo de facultad órgano decisor se apoya en las decisiones tomadas en el comité de centro, lo que asegura que se puedan lograr los resultados previstos en los planes de acción, se lleve a cabo la mejora continua y se reduzcan los efectos no deseados. En las capturas de pantalla relacionadas en los anexos 8, 9 y 10 se puede apreciar el mapa de riesgos y matriz de riesgos, que ha sido adecuada, así como el formato de control de los servicios donde se busca la minimización de ocurrencia y efecto negativo que se valora y así se establece una guía de acción, de acuerdo a la causa, el efecto como se debe actuar en consecuencia.

Es necesaria una rigurosidad en la evaluación de la probabilidad de ocurrencia y su respectiva consecuencia. En la situación en que llegara a suceder un efecto no deseado las políticas institucionales indican cómo abordar y manejar los riesgos con base en la valoración dada por niveles, como se relaciona en la siguiente tabla; de acuerdo a la probabilidad de ocurrencia y así poder llegar a tomar decisiones adecuadas que permitan evitar, reducir, o asumir el riesgo. Lo anterior tendrá un carácter prioritario y estratégico basado en el modelo por procesos de acuerdo con la tabla 9.

Tabla 9. Probabilidad de ocurrencia

Nivel	Probabilidad	Descripción
A	Casi cierto	Se espera que ocurra en la mayoría de las circunstancias.
B	Probable	Puede probablemente ocurrir en la mayoría de las circunstancias.
C	Posible	Es posible que ocurra algunas veces.
D	Improbable	Podría ocurrir algunas veces.
E	Raro	Puede ocurrir solamente en circunstancias excepcionales.
Nota: los criterios deben darle capacidad de gestión del riesgo a la organización.		

Fuente: El autor

El responsable es la oficina de control interno quien apoyado en el mapa de riesgos como herramienta conceptual y metodológica que junto con los líderes de los procesos y la oficina de planeación consolida la información, revisa y sugiere los ajustes correspondientes de la información documentada, entregada por cada uno de los responsables de los procesos. Para su posterior monitoreo, control y divulgación, y mejora continua, la oficina de control interno, rinde un informe semestral a la alta dirección donde se presenta el grado de avance de las acciones de control. Como uno de los propósitos fundamentales del sistema de gestión de la calidad es actuar como una herramienta preventiva al formular requisitos del sistema como se realizó con la lista de chequeo y así poder evitar los riesgos, cumpliendo cada requerimiento al iniciar el semestre y no se generen traumatismos en el accionar del centro.

8.2 OBJETIVOS DE CALIDAD Y PLANIFICACIÓN PARA LOGRARLOS

Los objetivos permiten describir de forma genérica el Sistema de Gestión de Calidad del Centro de Diseño y Desarrollo de medios de la Universidad de los Llanos el cual se debe Socializar a los integrantes de la organización la política y objetivos de calidad que la Dirección establece; así como los procesos definidos y la referencia de los procedimientos que hacen parte de sus labores diarias.

Tabla 10. Objetivos de la calidad para el centro de diseño y desarrollo de medios (I)

OBJETIVO	META	INDICADOR	RESPONSABLE	ACCIONES	PLAZO MESES	RECURS O
Garantizar niveles de satisfacción de los clientes	100% Clientes atendidos y satisfechos	I= nº de clientes atendidos / nº de clientes totales que han realizado al menos una consulta.	Dirección CDM. Monitores de servicio al cliente. Director (a) o. Profesional de apoyo unidad	Registro de satisfacción del cliente.	S E M E S T R A L	Humanos, Tecnológicos

Fuente: El autor

Dentro de los objetivos de calidad de la institución a los cuales se acoge el centro de diseño y desarrollo de medios están: Asegurar la coherencia con la normativa de la entidad, establecer una estructura orgánica acorde con los objetivos estratégicos, la realidad académica y las necesidades del contexto, mejorar los sistemas de información misionales y de gestión, mejorar la competencia del talento humano y el clima organizacional para el cumplimiento óptimo de las funciones misionales y de gestión. Las tablas 10 y 11 presentan los objetivos de calidad para el Centro de Diseño y Desarrollo de Medios.

Tabla 11. Objetivos de la calidad para el centro de diseño y desarrollo de medios (II)

OBJETIVO	META	INDICADOR	RESPONSABLE	ACCIONES	PLAZO MESES	RECURS O
Garantizar el mejoramiento continuo del talento humano	actualización del personal que incide en la calidad del servicio	I= Cantidad de personal que incide en la calidad del servicio/actualización en perfiles específicos *100	Director de centro de diseño y desarrollo de medios.	Seleccionar los perfiles de personal que incide en la calidad del servicio.	S E M E S T R A L	Humanos

Fuente: El autor

Para establecerlos se tomó como marco de referencia la política de calidad de manera que fueran coherentes, medibles, pertinentes, aplicables para los requisitos y pudieran ser objeto de seguimiento, de acuerdo con lo establecido en los Numerales 6.2.1 y 6.2.2 de la Norma NTC ISO 9001:2015:

-) Lograr la mejora continua a través del fortalecimiento de los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad.
-) Evaluar y analizar el nivel de satisfacción de nuestros usuarios con la prestación del servicio.
-) Mantener y mejorar el nivel de seguridad y oportunidad de nuestros procesos asistenciales.

- J Fomentar la prestación de servicios de salud humanizados y éticos en todos nuestros trabajadores.
- J Fortalecer los procesos tecnológicos de la organización utilizando referentes innovadores.
- J Validar y revalidar el nivel de competencia de los colaboradores en la organización, promoviendo la excelencia.
- J Disponer de una infraestructura acorde con las necesidades de nuestros usuarios y grupos de interés.

8.2.1 Recursos. Debido a que la organización debe determinar los recursos necesarios para la implementación, mantenimiento y mejora continua del sistema de gestión de la calidad, se consideran perfiles y limitaciones a fin de proporcionar servicios adecuados. Es así como se ejecutan presupuestos anuales de acuerdo a las necesidades de cada dependencia.

Para el caso del CDM, el departamento de contabilidad y la vicerrectoría de recursos de la universidad es el encargado de suministrar los recursos necesarios para la ejecución de labores pertinentes a la facultad a través del presupuesto anual proyectado.

La facultad de Ciencias económicas dispone de personal competente en área administrativa y planta docente; los cuales son seleccionados con base a requisitos que determina los perfiles de cada cargo y por convocatorias públicas de concurso.

La facultad de Ciencias Económicas de la universidad de los llanos cuenta con los recursos económicos, humanos y de infraestructura indispensables para el diseño del Sistema de Gestión de Calidad del centro de diseño y desarrollo de medios como unidad adscrita a esta dependencia, los perfiles idóneos para cada cargo y asignatura según la necesidad detectada desde las direcciones de programa y el aval de los comités de programa y del consejo de facultad.

Para la selección del personal se utiliza de acuerdo al procedimiento, un formato de registro de contratación de personal así es seleccionado por decanatura, aprobado por el consejo de facultad y resolución rectoral. Los monitores se eligen por convocatoria cumpliendo la normatividad de la Facultad de Ciencias Económicas en cuanto a promedio y capacidades en la línea, así como las habilidades y aptitudes para el manejo de los equipos.

8.2.2 Conformación equipo de trabajo. Las responsabilidades de la dirección del Centro de Diseño y desarrollo de medios están dadas por orden de la Universidad de los Llanos, procurará por su mantenimiento y mejora de cada uno de los procesos, de la misma manera y de forma periódica deberá cumplir con auditorías internas, con el fin de evaluar su progreso y el cumplimiento a cabalidad de la satisfacción de los clientes, las siguientes acciones contribuyen al mejoramiento continuo implementado por la dirección (GUAJARDO 2003): Organizar actividades para fortalecer los canales de comunicación, que contribuyan a que todos los miembros de la universidad de los Llanos, conozcan la importancia de la satisfacción del cliente, Implementar y socializar la Misión y Visión del Centro de Diseño y desarrollo de medios.

De acuerdo a la validez y fiabilidad de los resultados en los planes de acción ejecutados por el CDM se propone una continuidad en las actividades ejecutadas con el mismo personal de apoyo y cuando no se cumple es considerado por la organización realizar los ajustes para requerimiento de más personal de apoyo.

Por otra parte, para los equipos de cómputo la organización dispone de un almacén que es el único que puede asegurar un proveedor externo por cuanto es el almacén mismo quien dota a cada dependencia de los insumos para la ejecución de los procesos.

Las licencias de software y mantenimiento de equipos son respaldadas por la oficina de sistemas, y en estas dependencias no tiene injerencia el centro de diseño y desarrollo de medios. Por consiguiente, desde las responsabilidades se determinan las competencias necesarias para que el trabajo realizado no afecte el desempeño y eficacia del sistema de gestión de la calidad y así corroborar que las acciones ejecutadas por estas personas sean basadas en su experiencia y formación de educación requerida.

8.2.3 Descripción de roles de responsabilidades y autoridades para el centro de diseño y desarrollo de medios. Esta área académica/administrativa adscrita a la Facultad de Ciencias Económicas, ofrece soluciones en procesos de consultoría especializada, con herramientas propias de análisis y evaluación, con procesos y herramientas adaptadas a las necesidades concretas y con profesionales expertos para encontrar soluciones a la medida de las necesidades.

Tabla 12. Identificación del cargo director

NOMBRE DEL CARGO: DIRECTOR CENTRO DISEÑO Y DESARROLLO DE MEDIOS.

ÁREA: ADMINISTRATIVA/ ACADÉMICO

REPORTA A: DECANATURA FCE

REQUISITOS:

- Ser docente ocasional y/o de planta.
- Pertenecer al programa de Mercadeo de la Facultad de Ciencias Económicas (FCE).

COMPETENCIAS:

- Liderazgo.
- Conocimientos técnicos y prácticos de la normatividad vigente y de la línea de diseño y publicidad.
- Tener a cargo una asignatura de la línea de profundización diseño y Publicidad
- Trabajo en equipo y Relaciones interpersonales y comunicación asertiva.

FUNCIONES:

Las funciones enunciadas a continuación presentan las actividades requeridas para su ejecución.

- ✓ Servir como banco de hojas de vida de estudiantes que desean realizar por medio del Centro su opción de grado, cumpliendo con los requisitos que este solicita.
- ✓ Visitar a las empresas que desean vincularse con el Centro, y darles a conocer los parámetros y objetivos del mismo.
- ✓ Asistir a eventos de proyección social y apoyar a la unidad de emprendimiento.
- ✓ Realizar actividades sociales con los entes internos y externos de la Universidad, fortaleciendo las relaciones existentes. Atender las visitas de auditorías internas.

NOTA: Es asignada al cargo por nombramiento.

Fuente: El autor

El área administrativa del Centro, está conformada por directores, profesionales de apoyo y monitores. Como se muestra en las tablas 12, 13, 14, 15 y 16 para cada uno de los cargos.

Tabla 13. Identificación del cargo de profesor

NOMBRE DEL CARGO: PROFESOR DE APOYO A LOS PROCESOS MISIONALES EN EL CDM

ÁREA: ADMINISTRATIVA/ ACADÉMICO

REPORTA A: DIRECTOR DEL CENTRO DE DISEÑO Y DESARROLLO DE MEDIOS /

REQUISITOS:

-) Ser docente ocasional y/o de planta.
-) Pertenecer al programa de mercadeo de la Facultad de ciencias Económicas (FCE).

COMPETENCIAS:

-) Conocimientos técnicos y prácticos de la línea de diseño y publicidad
-) Tener a cargo una asignatura de la línea de profundización diseño y Publicidad
-) Trabajo en equipo, relaciones interpersonales y comunicación asertiva.

FUNCIONES:

- ✓ Apoyo a los proyectos empresariales y potencializar la iniciativa emprendedora de la comunidad universitaria, apoyando los trabajos académicos.
- ✓ Socializar proyectos llevados a cabo desde la unidad y realizar una base de datos para hacer seguimiento a los proyectos iniciados o desertados, y así poder retomarlos.

Fuente: El autor

Tabla 14. Identificación del cargo profesional de apoyo

NOMBRE DEL CARGO: PROFESIONAL DE APOYO

ÁREA: ADMINISTRATIVA/ ACADÉMICO

REPORTA A: DIRECTOR DEL CENTRO DE DISEÑO Y DESARROLLO DE MEDIOS

REQUISITOS:

Se designa por medio de la necesidad del servicio.

COMPETENCIAS:

-) Conocimientos técnicos y prácticos de la normatividad vigente, y sobre archivos y gestión documental.
-) Uso apropiado del teléfono, manejo de organización de la agenda, redacción de correspondencia general y buena presentación personal
-) Trabajo en equipo y relaciones interpersonales, comunicación asertiva.

FUNCIONES:

-) Guiar estudiantes con sus proyectos de emprendimiento para que concursen en fondos públicos para la adquisición de dinero que sirva como insumo para el desarrollo de los proyectos.
-) Realizar toda la correspondencia relativa al centro.
-) Estructurar todo el archivo documental para la correspondiente entrega anual.

Fuente: El autor

Vale la pena aclarar que la alta dirección debe asegurarse que las autoridades con sus respectivas responsabilidades y roles se comuniquen y se entiendan en toda la organización.

Tabla 15. Identificación del cargo de monitor

NOMBRE DEL CARGO: MONITOR AREA DE SERVICIO AL CLIENTE EN FOTOGRAFIA

ÁREA: ADMINISTRATIVA/ ACADÉMICO

REPORTA A: DIRECTOR CENTRO DE DISEÑO Y DESARROLLO DE MEDIOS

REQUISITOS:

-)] Haber cursado el 80% de la totalidad de materia en su respectiva carrera.
-)] Promedio de notas igual o superior a 3.6.
-)] Conocimientos sobre archivos.
-)] Uso apropiado del teléfono.
-)] Manejo de Cámara fotográfica y software de fotografía
-)] Buena presentación personal.

FORMACIÓN:

Estudiante vigente universitario (Unillanos)

COMPETENCIAS:

-)] Colaborar con el director a fin de facilitar y agilizar su trabajo.
-)] Preparar y archivar documentación y correspondencia
-)] Atender y organizar llamadas telefónicas y las visitas al centro consultorio empresarial.
-)] Conocimientos técnicos y prácticos de la normatividad vigente.
-)] Trabajo en equipo, Relaciones interpersonales y comunicación asertiva.

FUNCIONES:

-)] Preparar, tramitar, y controlar la documentación generada por el consultorio.
-)] Redacción de cartas, escritos, informes y documentos en general.
-)] Llevar el control de la agenda de los funcionarios del Centro Consultorio Empresarial.
-)] Mantener discreción sobre los asuntos confidenciales del Centro Consultorio Empresarial.
-)] Llevar controles administrativos vía expedientes, archivos, catálogos, computador u otros similares.
-)] Alimentar base de datos digital y colaborar con otras funciones afines, como eventos y demás.

NOTA: se seleccionan según convocatoria

Fuente: El autor

Tabla 16. Identificación del cargo de monitor servicio al cliente

NOMBRE DEL CARGO: MONITOR AREA DE SERVICIO AL CLIENTE EN VIDEO

ÁREA: ADMINISTRATIVA/ ACADÉMICO

REPORTA A: DIRECTOR CENTRO DE DISEÑO Y DESARROLLO DE MEDIOS

REQUISITOS:

-)] Haber cursado el 80% de la totalidad de materia en su respectiva carrera.
-)] Promedio de notas igual o superior a 3.6.
-)] Conocimientos sobre manejo de cámara de video y consola de audio, uso apropiado del teléfono.
-)] Manejo de Cámara fotográfica y software de fotografía
-)] Buena presentación personal.

FORMACIÓN:

Estudiante vigente universitario (Unillanos)

COMPETENCIAS:

-)] Colaborar con el director a fin de facilitar y agilizar su trabajo.
-)] Preparar y archivar documentación y correspondencia
-)] Atender y organizar llamadas telefónicas y las visitas al centro
-)] Conocimientos técnicos y prácticos de la normatividad vigente.
-)] Trabajo en equipo, relaciones interpersonales y comunicación asertiva.

FUNCIONES:

-)] Preparar, tramitar, y controlar la documentación generada por el centro.
-)] Redacción de cartas, escritos, informes y documentos en general.
-)] Llevar el control de la agenda del Centro.
-)] Mantener discreción sobre los asuntos confidenciales del Centro.
-)] Llevar controles administrativos vía, computador u otros similares.
-)] Colaborar con otras funciones afines, como eventos y demás.
-)] Alimentar base de datos digital.

NOTA: se desarrollan por nombramiento.

Fuente: Propia del autor

8.3 TOMA DE CONCIENCIA

El centro de diseño y desarrollo de medios a través de diferentes actividades de sensibilización y divulgación programadas por los líderes de proceso, propende la concientización respecto a temas como:

Aplicación de las políticas de calidad, la importancia de lograr los objetivos de calidad, así como la responsabilidad de cada funcionario en la aplicación de los procedimientos, cumplir con los requisitos legales y reglamentarios de toda entidad pública y la importancia de satisfacer las necesidades de los usuarios. Para lo cual es necesario realizar una sensibilización bajo el control de la organización como se muestra en la figura 11.

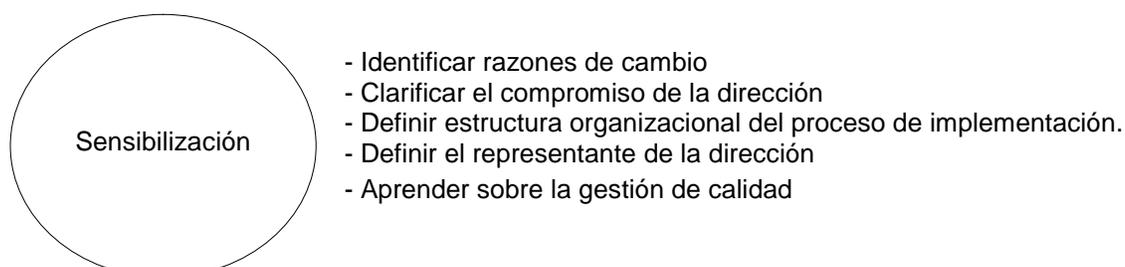


Figura 11. Sensibilización

Fuente: Sistemas de gestión de Calidad, (González O y Arciniegas, 2016)

Con el fin de controlar, unificar y simplificar procesos y permitir un mejor funcionamiento y entendimiento entre los directivos, profesores y estudiantes. Asegurando procesos adecuados que optimicen la productividad. En el día a día cada organización resalta la importancia de implantar sistemas de gestión y su posterior certificación, lo que se resume en la figura 12.

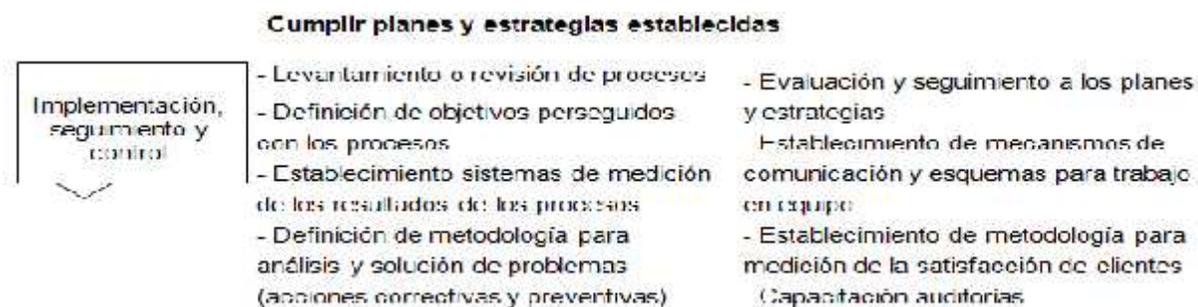


Figura 12. Implantación del SGC

Fuente: Sistemas de gestión de Calidad, (González O y Arciniegas, 2016)

Para lo anterior se contó con las siguientes referencias normativas adicionales;

ISO 9004: 2009, Gestión para el éxito sostenido de una organización – enfoque de gestión de la calidad proporciona orientación para las organizaciones que elijan ir más allá de los requisitos de esta Norma Internacional, para considerar un rango más amplio de temas que pueden conducir a la mejora del desempeño global de la organización, la norma ISO 9004 incluye orientación sobre una

metodología de autoevaluación para que una organización sea capaz de evaluar el nivel de madurez de sus sistema de gestión de la calidad.

ISO 10001: 2007, Gestión de la calidad - Satisfacción del cliente - Directrices para los códigos de conducta de las organizaciones proporciona a una organización para determinar que sus disposiciones para lograr la satisfacción del cliente cumplen las necesidades y expectativas del cliente. Su uso puede aumentar la confianza del cliente en una organización y mejorar la comprensión del cliente sobre lo que espera de una organización, reduciendo por lo tanto la probabilidad de malentendidos y quejas.

ISO 10002: 2014, Gestión de la calidad – satisfacción del cliente – directrices para el tratamiento de las quejas en las organizaciones proporciona orientación sobre el proceso de tratamiento de quejas al reconocer y tratar las necesidades y expectativas de quienes reclaman y al resolver cualquier queja recibida. La norma ISO 10002 proporciona un proceso de quejas abiertas, eficaces y de uso fácil, incluyendo la formación de las personas. También proporciona orientación para negocios pequeños.

ISO 10004: 2012, Gestión de la calidad – satisfacción del cliente – directrices para el seguimiento y la medición proporciona directrices sobre acciones para aumentar la satisfacción del cliente y para determinar oportunidades de mejora de los productos, procesos y atributos valorados por los clientes. Tales acciones pueden fortalecer la lealtad del cliente y ayudar a conservar clientes.

ISO 19011: 2011, Directrices para la auditoria de los sistemas de gestión. Proporciona orientación sobre la gestión de un programa de auditoria, sobre la planificación y realización de una auditoria del sistema de gestión, así como sobre la competencia y la evaluación de un auditor y de u equipo de auditoria. La norma ISO 19011 pretende que sea aplicada a los auditores, a las organizaciones que implementan sistemas de gestión y a las organizaciones que necesitan realizar auditorías de sistemas de gestión.

Es así como en la gestión de la calidad y su control institucional se establece desde la misma dirección de aseguramiento de la calidad en la que se tratan de unir esfuerzos para que la percepción que tienen los clientes y la satisfacción de sus necesidades sean cubiertas de manera

efectiva en pro de una mejora continua. Además, dentro del enfoque organizacional se busca una calidad total manejada desde cada uno de los programas y en cabeza de sus jefes, desarrollar un marketing relacional que acentúe la satisfacción plena de las expectativas de los clientes (estudiantes, profesores, padres de familia y prospectos) aportando valor desde cada uno de los procesos donde se ubica al estudiante como la razón de ser de la institución.

8.4 COMUNICACIÓN CON LAS PARTES INTERESADAS

Para la implementación del Sistema de Gestión de Calidad se debe establecer pautas de comunicación que se enumeran a continuación:

-) Realizar lanzamiento del proyecto de calidad.
-) Ejecutar capacitaciones que permitan el conocimiento del mapa de procesos.
-) Programar y ejecutar una actividad que permita el conocimiento de los elementos básicos del Sistema de Gestión de Calidad, los procedimientos y diligenciamiento de formatos.
-) Diseñar y aplicar cartelera informativa con la política y los objetivos de calidad, mapa de procesos, responsabilidades entre otros.

La Autoevaluación entendida como una práctica permanente de las Instituciones de Educación Superior que permite consolidar una cultura de la evaluación de la calidad, es un presupuesto básico para el mejoramiento continuo de programas que favorece altos niveles de calidad Institucional. El centro, es consciente de su compromiso social con la región y el país. En este sentido, el centro asume la autoevaluación como un proceso fundamentalmente cualitativo en donde cada una de las condiciones de calidad están diseñadas de tal forma que su desarrollo sinérgico y su análisis integral puedan fácilmente detectar las fallas y debilidades específicas tanto institucionales como del mismo que inciden en la formación curricular y en el desempeño.

Los canales y medios de comunicación establecidos para la comunicación eficaz y eficiente en la facultad dentro del sistema de gestión de calidad es el correo electrónico institucional, carteleras informativas, teléfono, comité de calidad, reuniones regulares de trabajo y pagina institucional que es alimentada con toda la información que cada dependencia suministra y el acontecer de todas las actividades desarrolladas en cada uno de los programas que a través de boletines informativos

diarios se suministran a la persona encargada de subirlos a la plataforma. Para la comunicación eficaz y eficiente se ha desarrollado la siguiente matriz de comunicación: (tabla 17)

Tabla 17. Matriz de comunicación

	Qué se comunica	Quién comunica	A quién se comunica	Medio de comunicación
Clientes Internos	Políticas de calidad	Equipo de calidad y coordinador o director del centro	Los empleados de la organización, estudiantes y profesores	Manual de calidad
	Objetivos de la calidad	Equipo de calidad y coordinador o director del centro.	Los empleados de la organización ,	Manual de calidad
	Procedimientos	Equipo de calidad y coordinador o director del centro	Los empleados de la organización estudiantes y profesores	Manual de procedimientos
	Manual de funciones	Equipo de calidad y coordinador o director del centro	Los empleados de la organización estudiantes y profesores	Manual de funciones
	Manual de calidad	Equipo de calidad y coordinador o director del centro.	Los empleados de la organización	Manual magnético e intranet
	Resultado de auditorias	Audidores internos	Los empleados de la organización	Informe de auditoria
	Comunicación de vicerrectoría	Vicerrectoría académica	Los empleados de la organización	Memorandos
	Clientes externos	Portafolio	Monitores	Empresas/ egresados/academia
Metodología de trámite de quejas y reclamos		Monitores	La organización	Llamada o carta

Fuente: El autor

La facultad de Ciencias Económicas y el centro de diseño y desarrollo de medios se comunican con sus usuarios poniendo a su disposición una persona con conocimiento del tema para atender las inquietudes de los usuarios, además se dispone de otras herramientas como lo es el correo

institucional y las líneas telefónicas, carteleras. El Centro de Diseño y desarrollo de medios, cuenta con canales de comunicación que le permite tener contacto permanente con los clientes como:
Línea de atención 6616900 - Ext. 139

E-mail: centrodemediosfce@unillanos.edu.co

Dirección: Sede San Antonio: Calle 37 No. 41-02 Barzal

Los procesos de comunicación se han afianzado mediante acciones realizadas por la dirección del centro, es así como a través de las redes sociales también se implementan canales de comunicación donde se encuentra como CDM Unillanos, como se demuestra en las capturas de las páginas a continuación en las figuras 13 y 14.

Figura 13. Página web Universidad de los Llanos
Fuente: Universidad de los Llanos

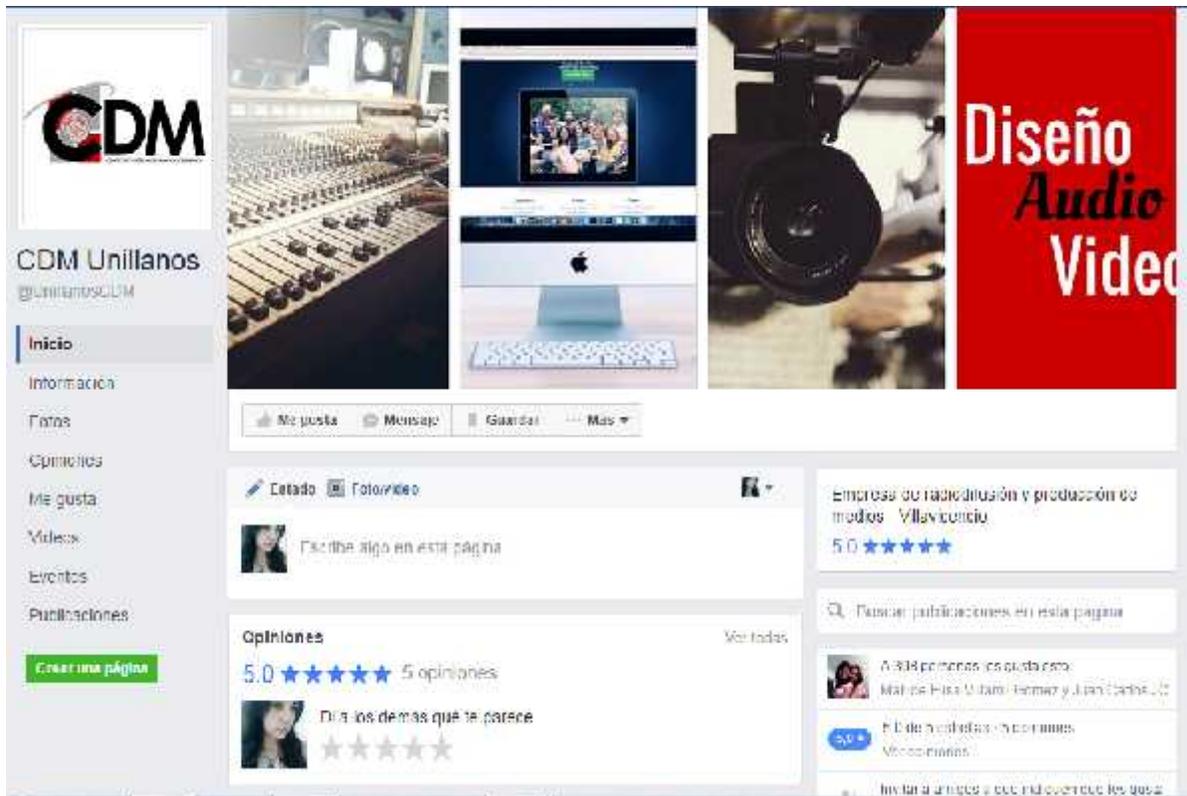


Figura 14. Red social centro de medios
Fuente: Centro de medios

8.5 INFORMACIÓN DOCUMENTADA.

Para el desarrollo de este trabajo y apuntando a los objetivos del TFM Se determinaron las siguientes fases:

Fase 1. Determinación de las necesidades información documentada.

-)] Estudiar en la norma NTC-ISO 9001:2015, sistemas *de gestión de la calidad*. *Requisitos*, aplicables a la organización.
-)] Estudiar las regulaciones específicas del sector en que se desenvuelve la organización para determinar los documentos que deben responder al cumplimiento de estos requisitos legales.
-)] Determinar la información documentada que deben existir y sus requisitos.

Fase 2. Diagnóstico de la situación de la información documentada en la organización.

-) Elaborar la guía para el diagnóstico.
-) Ejecutar el diagnóstico.
-) Presentar el informe de diagnóstico.

Fase 3. Diseño del soporte documental.

-) Definir la jerarquía de la información documentada.
-) Definir autoridad y responsabilidad para la elaboración de la documentación a cada nivel.
-) Definir estructura y formato de la información documentada.
-) Planificar la capacitación del personal implicado.

Fase 4. ELABORACIÓN DE LOS DOCUMENTOS.

-) Elaborar los procedimientos generales
-) Revisar y aprobar todos los documentos por parte del personal competente autorizado.
-) Capacitar al personal implicado.

Para establecer un modelo general para el diseño, elaboración y control de todos los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad

Este procedimiento inicia con la necesidad explícita de elaboración de documentos y formatos y termina con la disposición final de los mismos. La aplicación de este procedimiento compromete a todos los funcionarios de las diferentes dependencias involucradas así:

-) **Elaboración de los documentos:** Los funcionarios del proceso respectivo y el dueño del Proceso.
-) **Revisión de los documentos:** Realizada por los líderes de proceso, jefe de oficina de Mejora Continua y el Director Médico si procede. Los documentos de la Oficina de Continua son revisados por el representante de la alta dirección.

-) **Aprobación de los documentos:** La aprobación de todos los documentos está a cargo de la Gerencia.
-) **Distribución de los documentos:** En cabeza de los líderes de proceso y el coordinador del SIG.
-) **Implementación y aplicación del procedimiento:** Los funcionarios a los cuales aplica.
-) **Control y disposición final:** Cada uno de los funcionarios y la Oficina de Mejora Continua.

La estructura de la documentación del Sistema de Gestión de Calidad del centro de diseño y desarrollo de medios se conforma así: Mapa de procesos, caracterización de procesos, portafolio de servicios, procedimientos y formatos.

8.5.1 Estructura de los documentos. Todos los documentos y formatos del Sistema de Gestión de la Calidad para el centro de diseño y desarrollo de medios se acogerán al diseño dispuesto en este procedimiento.

Cada formato tendrá el encabezado como se muestra en la tabla 18, 19 y 20.

Tabla 18. Encabezado

Casilla 1	Casilla 2	Casilla 5
	Casilla 3	Casilla 6
	Casilla 4	Casilla 7
		Casilla 8

Fuente: El autor

Tabla 19. Explicación de la información de encabezado (I)

Casillas	Documento
Casilla 1	Logo del centro de diseño y desarrollo de medios
Casilla 2	Se escribe UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS
Casilla 3	Nombre del Proceso al que pertenece el documento en MINUSCULAS.

Fuente: El autor

Tabla 20. Explicación de la información de encabezado (II)

Casillas	Documento
Casilla 4	Nombre del Documento escrito en "Tipo Título"
Casilla 5	Código del Documento (Ver capítulo CODIFICACION de este procedimiento) y versión del documento
Casilla 6	Vigencia del documento o formato (fecha en formato dd/mm/aaaa)
Casilla 7	Se debe escribir "Documento Controlado"
Casilla 8	Página x de y

Fuente: El autor

Pie de Página de la Portada. Esta característica de los documentos no aplica para los formatos, cuyo control de vigencia estará determinado en el listado maestro de formatos de la UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS y que aplica para todas las dependencias como se muestra en la tabla 21.

Tabla 21. Pie de página de la portada

Elaborado	Revisado	Aprobado
Escribir el cargo y firma del (los) responsable (s) de la Elaboración	Escribir el cargo y firma del (los) responsable (s) de la Revisión	Firma del Coordinador o alta dirección
Fecha:	Fecha:	Fecha:

Fuente: El autor

Portafolio de Servicios. Documento único, el cual debe controlarse a través de la versión.

Procedimientos. Conjunto de órdenes y normas de carácter obligatorio que son impartidas por los directores de proceso para la ejecución de sus actividades.

Caracterización de los procesos. Cada proceso cuenta con una caracterización, realizada con base en el esquema anexo denominado “CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS, la cual está codificada dentro del sistema de gestión documental.

Instructivo. Se trata de un documento que describe de manera sencilla y secuencial, las actividades que debe realizar el responsable de su ejecución. Corresponde a una serie de actividades que se pueden explicar en un documento de un máximo de dos hojas, que contendrá como mínimo:

- Objetivo
- Flujograma o tabla que especifique el responsable y las actividades

Formato. Es un impreso que se emplea para anotar resultados obtenidos o evidencias de actividades desempeñadas.

8.5.1.2. - ASPECTOS DE REDACCIÓN

-) Se documentará aquello que agrega valor a los procesos, evitando el cúmulo de documentos.
-) Se debe documentar con sencillez, facilitando la comprensión del documento.
-) El nivel de detalle es definido por el dueño del proceso, de acuerdo con la necesidad de soportar documentalmente las actividades.
-) La redacción del documento debe corresponder a la descripción de los pasos necesarios para el desarrollo del procedimiento.
-) El uso de tablas o flujogramas es recomendable para facilitar la comprensión.
-) Se debe respetar la estructura, el trámite, los formatos y demás disposiciones del presente procedimiento.

8.5.1.2. CODIFICACIÓN

Los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad se codifican según el tipo de documento y el proceso al cual pertenecen. Los códigos asignados para cada proceso y tipo de documento se describen en las tablas 22 y 23.

Tabla 22. Codificación (I)

TIPO DE DOCUMENTO	
	Portafolio de servicios

Fuente: El autor

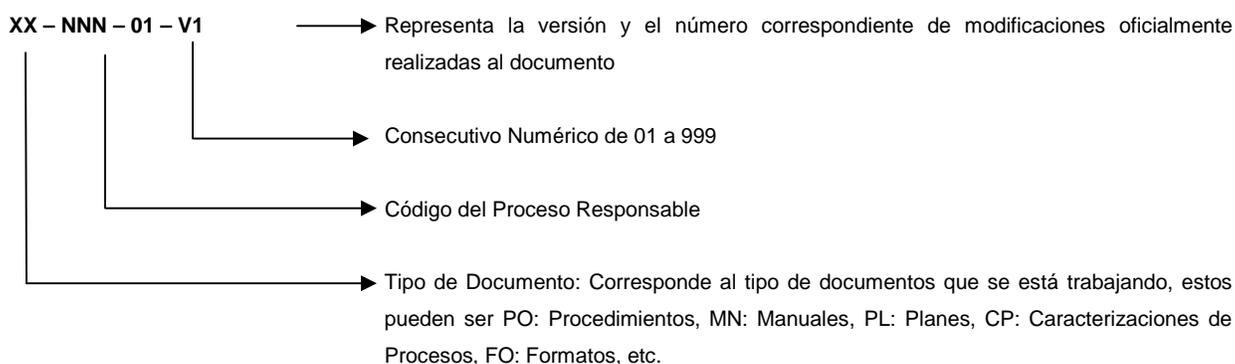
Tabla 23. Codificación (II)

TIPO DE DOCUMENTO	
	Organigrama
MP	Mapa de Procesos
MF	Manual de Funciones
CP	Caracterización de Procesos
PO	Procedimiento
FO	Formato
PT	Protocolo
GUI	Guías
INS	Instructivo
PL	Plan
RG	Reglamento, Acuerdos, Políticas
MN	Manual
Códigos	PROCESO
01	Dirección estratégica
02	Gestión de mejora continua
03	Gestión administrativa
04	Gestión comercial
05	Control físico

06	Talento humano
07	Gestión financiera
08	Gestión documental
10	Gestión HSE

Fuente: El autor

El orden para la codificación será el siguiente: Primero se registra el **TIPO DE DOCUMENTO**, seguido de un guión el código del **PROCESO RESPONSABLE**, seguido de un guión el **NÚMERO CONSECUTIVO DEL DOCUMENTO** (asignado por el Dueño del Proceso y el Coordinador de Calidad según corresponda en el Listado Maestro de Documentos y Registros), seguido de un guión y la letra V en mayúscula (que representa la versión del documento) seguida del número correspondiente a la versión, según el número de modificaciones que se haya tramitado y aprobado sobre el documento.



NOTA. En aquellos documentos que corresponden a “Documento único” se obviará la numeración consecutiva, de manera que aparecerá el Tipo de documento, el Proceso al que corresponde y la Versión del documento. En aquellos documentos de uso general para centros el logo de la universidad, ira al lado izquierdo y el del centro de medios al lado derecho, por identificación institucional, según lo reglamentado por la misma, y se seguirán utilizando los que para cada dependencia, exijan que solo sean los de índole institucional es decir tan solo aparecerá impreso el logo de la universidad de los llanos, al lado izquierdo.

8.5.2 Actualización o anulación de documentos. La elaboración, actualización o anulación de un documento puede surgir de una auditoria, autoevaluación del proceso, por cambios de tecnología o sistemas de información o por recomendación del dueño de proceso.

REVISIÓN Y APROBACIÓN

Una vez elaborado el borrador del documento, el dueño del proceso o a quien éste delegue, lo digita teniendo en cuenta las reglas presentadas en este documento y lo envía al Responsable de su revisión para verificar su conformidad con lo dispuesto en este procedimiento. Los documentos son aprobados teniendo en cuenta que su enfoque se dirija hacia el cumplimiento de la política y los objetivos de calidad, y que su estructura y contenido se acojan a lo dispuesto en este procedimiento.

La firma de los funcionarios responsables de ELABORACIÓN y REVISIÓN se constituyen en la evidencia del respectivo trámite, y con la firma de APROBACIÓN queda establecida la fecha de vigencia del documento. Los responsables de la revisión y aprobación de documentos se muestran en la tabla 24.

Tabla 24. Responsables de la revisión y aprobación de documentos

COD	PROCESO	REVISION	APRUEBA
01	Dirección estratégica	Coordinador del SIG	Alta Dirección
02	Gestión mejora continua	Coordinador del SIG	Alta Dirección
03	Gestión administrativa	Coordinador del SIG	Alta Dirección
04	Gestión Comercial	Coordinador del SIG	Alta Dirección
05	Control físico	Coordinador del SIG	Alta Dirección
06	Talento humano	Coordinador del SIG	Alta Dirección
07	Gestión financiera	Coordinador del SIG	Alta Dirección
08	Gestión documental	Coordinador del SIG	Alta Dirección
09	Control interno	Coordinador del SIG	Alta Dirección
10	Gestión HSE	Coordinador del SIG	Alta Dirección
11	Gestión clínica	Coordinador del SIG	Alta Dirección

Fuente: El autor

ENTREGA DE DOCUMENTOS

El Jefe de la Oficina de Calidad determina la distribución y las copias a emitir de los documentos del Sistema de Gestión de Calidad según el documento y el campo de aplicación. De acuerdo con esto, el coordinador del SIG, registra el documento en el “Formato Listado Maestro de Documentos” y entrega una copia de carácter controlado a cada destinatario autorizado le hace firmar a quien lo recibe el “Formato para Control de Distribución de Documentos.

8.5.3 Control de la información documentada. Los documentos que se utilizan en el Sistema de Gestión de Calidad se identifican con la expresión “Documento controlado” impresa en todas sus hojas, casilla 7 del encabezado.

El documento original impreso, así como copia en medio magnética, reposan en el archivo de la Oficina de Mejora Continua. Los documentos del Sistema de Gestión de Calidad no pueden ser retirados de la entidad sin previa aprobación del Gerente o el Representante de la Dirección.

DOCUMENTOS VIGENTES

Todos los documentos vigentes del Sistema de Gestión de Calidad se encuentran bajo responsabilidad del Jefe de la Oficina de Mejora Continua y se controlan a través del “Formato Listado Maestro de Documentos”.

DOCUMENTOS OBSOLETOS

Para evitar que se utilicen documentos obsoletos en el Sistema de Gestión de Calidad, el Jefe de la Oficina de Mejora Continua basándose en los registros del “Formato Listado Maestro de Documentos” y “Formato para Control de Distribución de Documentos”, es responsable de recoger y destruir las copias generadas en cada proceso y también de identificar el documento original de la versión anterior a la vigente, que se encuentra en el archivo físico, con un sello de “OBSOLETO”. La copia en medio magnética se envía a la carpeta de “OBSOLETO”.

Los documentos obsoletos se controlan a través del “Formato Listado Maestro de Documentos Obsoletos”. Para efecto de revisiones o ampliaciones se mantiene archivada la última versión obsoleta del documento, tanto en medio físico como magnético.

CONTROL DE FORMATOS

Los formatos se encuentran bajo la responsabilidad de la Oficina de Mejora Continua y se controlan a través del “Formato Listado Maestro de Documentos” donde se enuncia el nombre, el código y la versión de todos los formatos que hacen parte del Sistema de Gestión de Calidad.

CONTROL DE REGISTROS

Los registros de calidad corresponden a información contenida en papel, medios electrónicos o cualquier otro tipo referentes a evidencia del desarrollo o resultados alcanzados en los procesos y actividades de la organización, (los memorandos, actas y formatos diligenciados hacen parte de los registros de calidad de la entidad).

Los dueños de procesos son responsables por el adecuado manejo y custodia de los registros generados en su proceso, así como del uso de formatos vigentes. El Jefe de la Oficina de Mejora Continua controla la vigencia de los formatos a través del “Formato Listado Maestro de Formatos”.

Todos los registros del Sistema de Gestión Calidad de la entidad cumplen con las siguientes etapas:

Identificación. Los registros de calidad generados por el Sistema de Gestión de Calidad tienen como encabezado el esquema previsto para los documentos del presente documento, incluyendo el nombre y código del formato.

Legibilidad. Para mantener la legibilidad de los registros que genera el Sistema de Gestión de Calidad se tienen en cuenta los siguientes aspectos:

-) Se diligencian con método de escritura con tinta negra, y nunca con lápiz. Cuando el tipo de registro lo exija, el uso de tinta roja debe ser especificada.
-) Los registros deben permanecer libres de tachones o enmendaduras, para evitar que altere su confiabilidad.
-) Se debe evitar la escritura de palabras, frases o dibujos ajenos al proceso y propósito del registro.
-) Se diligencian en su totalidad y si quedan espacios en blanco se les coloca una línea para evidenciar que no contienen más información (cierre del registro).

Almacenamiento. Para el almacenamiento temporal y conservación de los registros de calidad se tienen en cuenta los siguientes aspectos:

-) Se utilizan lugares secos y libres de humedad.
-) Se prohíbe retirarlos de la Entidad.
-) Se cumplen los parámetros de almacenamiento teniendo en cuenta lo dispuesto por el archivo general de la nación y normatividad vigente.
-) Para efectos de la Historia clínica, se cumplen las disposiciones de custodia y almacenamiento dispuesto por el archivo general de la nación y normatividad vigente.

Protección. Se establecen los niveles de protección de la información física o magnética así:

- Público: Puede tener acceso cualquier usuario.
- Restringido: Tiene acceso a esta información sólo los funcionarios de cada dependencia o dependencias afines. La información registrada en la historia clínica y sus anexos son de acceso restringido al personal asistencial tratante.
- Confidencial: Son documentos a los cuales, por su contenido, sólo puede tener acceso el personal directivo o líderes de proceso.

En cuanto a protección física y magnética, se toma como referencia la política de Seguridad de la Información, teniendo en cuenta los lineamientos que en ella se enmarcan y están asociados a los diferentes escenarios donde se hace necesario velar por el activo intangible que es la información recepcionada, procesada y generada por la entidad:

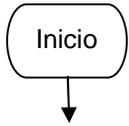
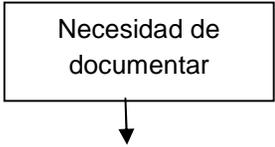
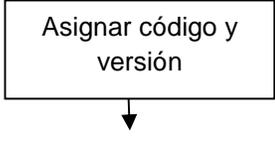
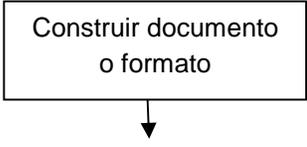
Recuperación. En cada dependencia se encuentran archivados de manera temporal los registros de calidad que le corresponden.

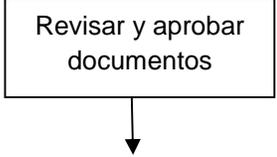
Tiempo de Retención. Es el tiempo durante el cual va a estar almacenado el registro de calidad; se tendrá en cuenta lo establecido en las tablas de Retención Documental de la universidad de los Llanos.

Disposición de los Registros. En cada uno de los documentos del Sistema de Gestión de Calidad en la parte de “Registros de Calidad” se define qué hacer con ellos al finalizar el tiempo de retención, por lo cual se procede según la disposición allí establecida y necesaria de acuerdo al tamaño de la organización y las actividades realizadas de acuerdo al flujograma de las tablas 25 y 26.

- FLUJOGRAMA DEL PROCEDIMIENTO PARA CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS

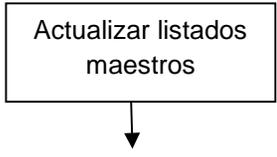
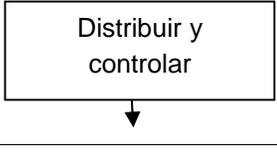
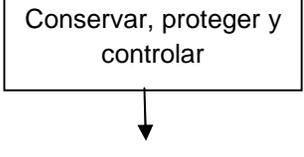
Tabla 25. Flujograma del procedimiento para control de documentos y registros (I)

No.	FLUJOGRAMA	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
1		Inicio	
2		Determinar la necesidad de actualizar o definir un documento o formato en el proceso	Líder de proceso
3		Asignar código consecutivo de acuerdo a los lineamientos establecidos en este procedimiento	Coordinador SIG
4		Documentar o actualizar el procedimiento o formato que se necesita en el proceso respectivo	Líder de proceso

5		Revisar y aprobar el documento por parte de la dependencia correspondiente	Gerente general o líderes de proceso
---	---	--	---

Fuente: El autor

Tabla 26. Flujograma del procedimiento para control de documentos y registros (I)

No.	FLUJOGRAMA	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
6		Integrar el documento o formato en el listado maestro de documentos y trasladar a obsoletos los que correspondan	Coordinador SIG
7		Distribuir las nuevas versiones de los documentos y controlar las versiones obsoletas	Coordinador SIG
8		Conservar, proteger y controlar los documentos y registros como lo establece el presente procedimiento	Coordinador SIG
9		Fin	

Fuente: El autor

La información documentada debe protegerse contra modificaciones no intencionadas y la de origen externo que sea necesaria se debe identificar y controlar.

9 PLANIFICACIÓN Y CONTROL OPERACIONAL

La planificación de los servicios que presta la facultad de ciencias económicas en la Universidad de los Llanos se funda en cada uno de los procesos que se realiza como parte de la prestación del servicio tanto interno como externo y en la ejecución de los mismos, que en su medición se establecen mediante indicadores de gestión.

El control de la prestación de servicio se realiza a través de los documentos (internos y externos) asociados al proceso y seguimiento de indicadores de gestión. Con el fin de llevar a cabo este auto-estudio, la universidad de los Llanos cuenta con una serie de mecanismos e instancias con los cuales desarrolla el proceso de autoevaluación en todas sus áreas y dependencias, entre las cuales se cuenta con los siguientes órganos de gobierno:

Consejo Superior: Encargado de tomar las decisiones de la orientación de la Institución, aprueba la normativa para el funcionamiento y mejoramiento académico – administrativo.

Consejo Académico: Encargado de asesorar, proponer y conceptuar a la Rectoría, en cuanto a la resolución y aplicación de casos de actividades académicas.

Consejo de Facultad: Encargado de dar curso y solución a los distintos casos académicos de la población estudiantil de cada Programa, dentro del marco del reglamento estudiantil. Documento producido: Actas de reunión.

Comité de Programa: Encargado de asesorar, recomendar y adoptar elementos en el desarrollo de políticas y planes en las áreas académicas, investigativas y de extensión. De acuerdo a la nueva estructura orgánica este recoge el Comité de Autoevaluación y Acreditación. Documento producido: Actas de reunión.

Para el centro de diseño y desarrollo de medios, el órgano de asesoría creada con un equipo de trabajo es:

Comité de centro: Encargado de orientar, asesorar y recomendar la ejecución de los recursos financieros y administrativos de acuerdo a presupuesto, balance, utilidad, propendiendo por la reinversión de los recursos con base en las políticas institucionales que deben presentar semestralmente un plan de acciones y al finalizar rendir y entregar el respectivo informe de gestión

Plan da acciones: Planeación que se realiza por cada unidad académica y se presenta como derrotero ante el consejo de facultad a fin de socializar los logros que se deben alcanzar durante el periodo académico, la figura 15 relaciona el plan de acción.



Figura 15. *Planeación estratégica*

Fuente: *Sistemas de gestión de Calidad*, (González O y Arciniegas, 2016)

Informes de Gestión. Informes presentados con el fin de comparar el desempeño realizado durante el periodo, de acuerdo con unos parámetros establecidos y tomar decisiones de ajuste o reorientación de acuerdo con los resultados.

El seguimiento al proceso de atención al usuario que están consignados en la tabla, se lleva a cabo por medio de las encuestas y de las estrategias de publicidad; estos procedimientos y actividades son definidos y controlados. Para este propósito se asignan responsables y tiempos de ejecución. Este proceso permitirá el control realizando un seguimiento y análisis al cumplimiento de los objetivos, la evaluación de la satisfacción de los clientes respecto de los productos y servicios recibidos; así mismo, permite medir la capacidad de sus procesos para alcanzar los resultados establecidos en la planeación.

Como parte del alcance del Sistema de Integrado de Gestión de la Universidad de los Llanos, asegura la prestación del servicio bajo condiciones controladas, como el seguimiento definido en cada uno de los procesos.

Cuando se dé lugar a cambios que puedan afectar de una u otra forma el sistema de gestión de la calidad del centro de diseño y desarrollo de medios la dirección del centro citara a comité de centro el cual mediante acta de reunión especificara a sus integrantes los motivos o razones del cambio, las actividades a las que se diera lugar, así como los responsables, los recursos disponibles y los tiempos pertinentes para dicha ejecución, por lo anterior es necesario que si se creare un documento nuevo se tenga la evidencia mediante el siguiente formato de la tabla 27.

Tabla 27. *Formatos*

Fecha	Cambio	Nueva versión
DD/MM/AAAA	Documento Nuevo.	01

Fuente: El autor

9.1 REGISTRO Y CONTROL DE CAMBIOS

Con el fin de dejar evidencia de los cambios realizados a los documentos del Sistema de Gestión de Calidad, al emitir la nueva versión del documento, se registran dichos cambios en el último ítem de cada documento denominado Control de Cambios

9.2 DETERMINACIÓN DE LOS REQUISITOS RELACIONADOS CON EL SERVICIO

La prestación de los servicios de docencia, investigación y extensión se rige por las condiciones establecidas en la Ley 30 de 1992 para Instituciones de Educación Superior.

Los requisitos más relevantes de los servicios, se determinan y comunican mediante cada uno de los jefes de programa, proceso en el cual para la implantación del sistema de reingeniería se han detectado posibles cambios a los formatos debido a que la información requerida queda incompleta o no es lo suficientemente clara; el proceso de matrícula es el único proceso que se desarrolla en línea

a través de la página institucional, así como las descargas de formularios para estudiantes de primer semestre.

9.2.1 Revisión de los requisitos para los productos y servicios. La información del servicio que se da a los clientes se describe siempre de manera clara en cuanto a los servicios establecidos en el portafolio del Centro y los que la normatividad interna de la institución permita.

Existe un formato denominado acta de reunión, código FO-GDO-05 del SIG; en la que queda relacionada la agenda, desarrollo y acuerdos de las reuniones realizadas por la dirección del centro consultorio empresarial y los clientes internos y externos. En caso de desarrollar alguna actividad académica, la asistencia queda registrada en el formato FO-GDO-10 del SIG.

9.2.2 Control de la satisfacción de cliente. Dado que la institución está clasificada en el sector servicios, y propiamente en los servicios educativos la relación de los procesos está enfocado en cumplimiento del apoyo a la academia es decir el apoyo a estudiantes y profesores que brinda el centro de diseño y desarrollo de medios las expectativas y necesidades de los usuarios, lo que puede dificultar un poco su medición, pues tiene un alto componente subjetivo, por lo tanto debe existir un buen seguimiento y control, y definir muy claramente en cada auditoria el proceso y el factor a considerar como se propone en el formato para así poderlo mejorar. Por otro lado, es importante en este enfoque la realización de las encuestas de satisfacción que con una valoración cuantitativa nos deja ver que de alguna manera da un resultado concreto en que basarse para la mejora continua.

La encuesta está estructurada de tal forma que se evalúa la prestación del servicio y el recurso visto desde las variables de calidad, disponibilidad y pertinencia para todo tipo de usuario, estudiante, profesores y administrativos. (Ver anexo 2)

El Centro de diseño y desarrollo de medios, utiliza la metodología de encuestas, para este fin se usa el formato de evaluación a la atención del usuario (ver Anexo 3), con la información recolectada se toman correctivos para mejorar en la presentación del servicio.

De acuerdo a la gestión del servicio se propone determinar los requisitos esenciales que la organización debe considerar para realizar el apoyo en la actividad del CDM como se muestra en las tablas 28 y 29 de acuerdo al ciclo PHVA y los requisitos de la norma.

Tabla 28. Gestión del servicio (I)

PROCESO: GESTIÓN DE SERVICIO

Objetivo: Proponer estrategias orientadas hacia el mejoramiento continuo del servicio
 Responsable: Director Centro.
 Código: pendiente por el SIG

PROVEEDORES	ENTRADAS		ACTIVIDADES	SALIDAS	CLIENTES
Gestión Técnica operativa.	Necesidades de los clientes directrices de documentación,	P	Planear las campañas publicitarias.		
Gestión financiera.	Indicadores y metas de los procesos.		Encuestas para la atención al usuario.	Encuesta al cliente y sistematización	Todos los procesos y gestión del:
Gestión informática.		H	Hacer seguimiento de los servicios prestados a los clientes		personal, tecnológica y conocimiento
Cientes		V	Servicio al cliente. La aplicación de las estrategias publicitarias.	Estrategias POP	

Fuente: El autor

Tabla 29. Gestión del servicio (II)

PROCESO: GESTIÓN DE SERVICIO

Objetivo: Proponer estrategias orientadas hacia el mejoramiento continuo del servicio
 Responsable: Director Centro.
 Código: pendiente por el SIG

PROVEEDORES	ENTRADAS	ACTIVIDADES	SALIDAS	CLIENTES
		V		
		Encuestas para la satisfacción de los clientes		
		A		
		Acciones correctivas, preventivas,		
RECURSOS	DOCUMENTOS	INDICADORES	METAS	
Humanos: Responsable del proceso.	Esperar designios de SIG	Resultado encuestas de Satisfacción y tabulación	de y 100%	
Físicos: Oficinas, salones de Técnicos, Computadores, otros	NORMAS ISO 9001:2015			

Fuente: El autor

9.3 SEGUIMIENTO, ANÁLISIS Y MEJORA CONTINUA

Dentro de los resultados esperados se verifica el aumento de las matrículas y la buena calificación que dan los estudiantes en la prestación del servicio como se constata en la evaluación de la dirección. La resolución al trabajo en equipo permite que los estudiantes en el momento de demanda de un servicio perciban que sus expectativas han sido cubiertas por encima de lo esperado lo que redunda en la satisfacción del cliente externo y una mejora en el ambiente de trabajo.

9.3.1 Control de no conformidades /pnc/snc. El Centro de diseño y desarrollo de medios, asume en términos generales el proceso misional de docencia en el que da soporte, con la gestión de apoyo a la academia, en el servicio al cliente, también incorpora los procedimientos requeridos por la ISO 9001:2015, para la prestación del servicio, la verificación y seguimiento de las actividades definidas

en los procesos operativos e información documentada de acuerdo a los requisitos y las siguientes actividades: Elaboración de los procesos y formatos, realizar acciones de verificación, control, monitoreo, validación y pruebas de conformidad al servicio y establecer criterios de aceptación del servicio, y procesos relacionados con el cliente. Para dar cumplimiento de los requisitos relacionados con el cliente, se cuenta con información documentada en los cuales se establecen requisitos explícitos, implícitos, legales de la Universidad de los Llanos, para la prestación del servicio como se puede observar en las tablas 30 y 31 el proceso de gestión de servicio al cliente.

Tabla 30. Proceso de gestión de servicio al cliente (I)

PROCESO: GESTIÓN DE APOYO A LA ACADEMIA/SERVICIO AL CLIENTE		Requisitos de la ISO 9001:2015 5.5-6.1-6.2-6.3-6.4-7.2-7.5-7.5.3-7.5.5-8.2-8.3-8.4-8.5	
ENTRADAS	ACTIVIDADES	SALIDAS	CLIENTES
Objetivo: Ofrecer atención especializada a los clientes según estándares de calidad	Responsable: funcionarios y/o contratistas del Centro		Código: pendiente por el SIG
Política y objetivos de calidad en la atención al cliente.	Programar y actividades y recursos		Todos los procesos de servicio al cliente.
Documentación aplicable al proceso.	Realizar cualificación al equipo del CDM Realizar soportes que permitan una base de datos de clientes.	Análisis de la información de las encuestas al cliente para implementar planes de mejoramiento	Recurso humano del CDM.
Solicitudes de los clientes	Documentar las quejas y reclamos		

Fuente: El autor

Tabla 31. Proceso de gestión de servicio al cliente (II)

<p>PROCESO: GESTIÓN DE APOYO A LA ACADEMIA/SERVICIO AL CLIENTE</p>		<p>Requisitos de la ISO 9001:2015 5.5-6.1-6.2-6.3-6.4-7.2-7.5-7.5.3-7.5.5-8.2-8.3-8.4-8.5</p>	
<p>Objetivo: Ofrecer atención especializada a los clientes según estándares de calidad</p>	<p>Responsable: funcionarios y/o contratistas del Centro</p>	<p>Código: pendiente por el SIG</p>	
	<p>V</p> <p>Evaluar los resultados de los procedimientos para tomar decisiones sobre ajustes correctivos o acciones a que haya lugar.</p>		
	<p>A</p> <p>Implementar planes de mejoramiento que surjan de la revisión efectuada a los procedimientos</p>		
<p>RECURSOS</p> <p>Económicos: Presupuesto anual aprobado. Humanos: Personal responsable de la ejecución del proceso. Físicos: Oficinas</p>	<p>DOCUMENTOS</p> <p>Pendientes por colocar (código asignados por el SIG). Satisfacción. cliente: Norma ISO 9001:2015</p>	<p>INDICADORES</p> <p>No. quejas por Servicio al cliente en el mes/No. de quejas Cerradas</p>	<p>METAS</p> <p>100%</p>

Fuente: El autor

9.3.2 Control de producto y servicio no conforme. Este procedimiento establece los lineamientos necesarios para definir los controles y las responsabilidades empleadas para identificar, controlar, corregir y hacer seguimiento a los casos en que se genere, un producto o servicio no conforme (PNC/SNC) en todos los procesos del centro de diseño y desarrollo de Medios. En cuanto al alcance y los responsables, el procedimiento inicia con la identificación o hallazgo por parte del cliente interno de un producto o servicio no conforme y termina con la gestión del mismo ya sea a través de la corrección, liberación, eliminación o desecho, reparación, reproceso o la gestión para apertura de acción correctiva.

Todos los funcionarios y colaboradores del centro de diseño y desarrollo de medios tienen la capacidad para identificar un producto o servicio no conforme y la posibilidad de realizar el registro y reporte. Una vez enterado de la situación, **el director del centro debe realizar el control de la salida no conforme**, pues es él quien debe realizar y registrar las acciones tendientes a su corrección (Corrección, liberación, eliminación o desecho, reparación y / o reproceso). El Coordinador del sistema integrado de Gestión es responsable del seguimiento y monitoreo al control y gestión del Producto o Servicio No Conforme y presentar los resultados a la alta dirección.

Para la aplicación del presente procedimiento se tendrán en cuenta las especificaciones reglamentarias establecidas en las normas correspondientes según el proceso donde se detecte el producto o servicio no conforme. Se incluye, además: Norma ISO 9001 de 2015: Sistema Integrado de Gestión de la Calidad, Norma ISO 9000 de 2005: sistemas de gestión de la calidad. Fundamentos y vocabulario.

- IDENTIFICACION, REPORTE DEL PRODUCTO NO CONFORME EN LA SALA MAC DEL CENTRO DE DISEÑO Y DESARROLLO DE MEDIOS

El producto no conforme en el centro de diseño y desarrollo de medios es de cuatro tipos:

-) Error en la solicitud de producto: (Por ejemplo, que se ordene una parte de un equipo o tarjeta que no cumpla con las especificaciones), se registra ante almacén como una devolución, registro de salida no conforme. En ese caso se requiere nueva orden de pedido(reproceso) se solicita el cambio al proveedor.

-) Fallos del Equipo de cómputo: equipos que no cumplan con las especificaciones dadas para su uso, y que con tal motivo son objeto de mantenimiento. Por lo anterior se reportan a la oficina de sistemas; Para lo cual se solicitará el mantenimiento del equipo y en caso de demora en la respuesta oportuna, se registrará la salida no conforme. También aplica para aquellos casos en los que los equipos, pese a haber sido revisados y reparados, siguen fallando.
-) Resultados en asesorías (error en la identificación del paciente o en el servicio solicitante), se registrará en el formato registro de salida no conforme. Se validarán los datos y se identificará correctamente el producto para la entrega del mismo para proceder a liberarlo.

- IDENTIFICACION, REPORTE DEL PRODUCTO NO CONFORME EN EL PROCESO DE DOCENCIA

Para los procesos asistenciales aplican:

-) Mesas o sillas, en mal estado, el rótulo que no sea legible, que no cumplan con los parámetros establecidos. Se registrará en el formato registro de salida no conforme y se informará al responsable de servicio en almacén.
-) Equipo de cómputo y demás equipos de apoyo: aquel que no cumple con las especificaciones dadas para su uso y que con tal motivo es objeto de mantenimiento. Se registrará en el formato registro de salida no conforme y se solicitará el mantenimiento del equipo.

Una vez establecidos los requisitos, cuando se identifique un servicio o producto No conforme, la organización debe tratarlos de la siguiente manera:

-) Tomando acciones para eliminar la no conformidad detectada;
-) Autorizando su uso, liberación o aceptación bajo concesión por una autoridad pertinente y, cuando sea aplicable, por el cliente;
-) Tomando acciones para impedir su uso o aplicación prevista originalmente;

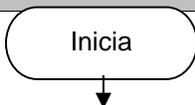
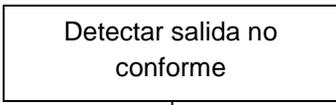
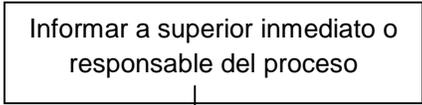
-) Tomando acciones apropiadas a los efectos, o efectos potenciales, de la no conformidad cuando se detecta un producto no conforme después de su entrega o cuando ya ha comenzado su uso.

Se deben mantener registros de la naturaleza de las no conformidades y de cualquier acción tomada posteriormente, incluyendo las concesiones que se hayan obtenido. Para tales efectos, el Jefe de la Oficina de Gestión de Mejora Continua mantendrá actualizado la información contenida en el Formato *Matriz para el seguimiento y control de Salidas No Conformes*. Es importante establecer que las quejas, sugerencias o reclamos se gestionarán como PQRS (ver anexo 1) en la oficina de atención para este fin y no serán notificadas como producto o servicio no conforme.

APERTURA DE ACCIONES CORRECTIVAS: Cuando se evidencien servicios o productos no conformes de gravedad o que se presenten de manera reiterada por la misma causa, se debe tomar la decisión de abrir una acción correctiva. En ese caso, se debe realizar el respectivo análisis causal y presentar a la Gestión de Mejora Continua, para el seguimiento respectivo.

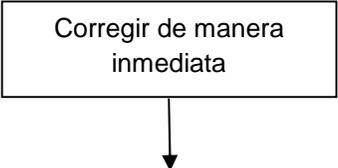
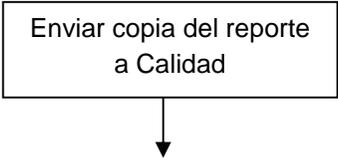
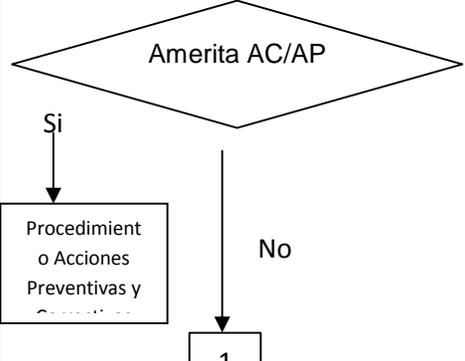
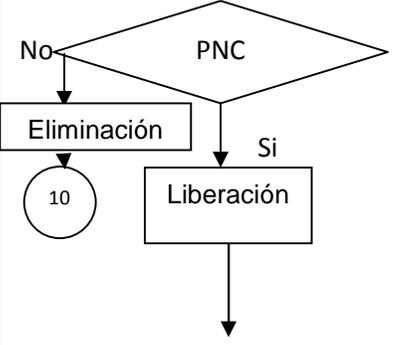
- DESARROLLO CONTROL DEL SERVICIO NO CONFORME: Como la organización debe tomar medidas adecuadas según la no conformidad se relaciona en el flujograma de las tablas 32, 33 y 34.

Tabla 32. Flujograma para control de servicio no conforme (I)

No	ACTIVIDAD	DETALLE	RESPONSABLE
1		Inicio	
2		Detectar e identificar la salida no conforme en el proceso, registrar en el Formato <i>Registro de Salida No Conforme</i>	Todo el personal
3		Informar al dueño del proceso o al jefe de servicio correspondiente donde se generó el producto o servicio no conforme detectado	Todo el personal

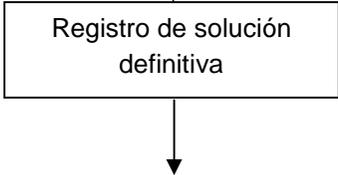
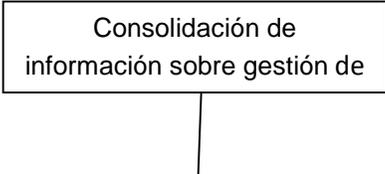
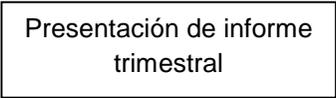
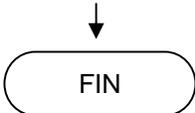
Fuente: El autor

Tabla 33. Flujograma para control de servicio no conforme (II)

No	ACTIVIDAD	DETALLE	RESPONSABLE
4		Realizar corrección inicial de la situación mediante la toma de acciones inmediatas y hacer registro en el Formato <i>Registro de Salida No Conforme</i>	Dueño de proceso que generó la SNC
5		Se remite copia del Formato <i>Registro de Salida No Conforme</i> diligenciado a la oficina de Gestión de Mejora Continua para su seguimiento y control	Dueño de proceso
6		Si el líder del proceso lo estima pertinente, de acuerdo con el impacto, frecuencia y riesgo, o si la corrección aplicada no resuelve la situación, debe abrir acción correctiva o preventiva, de acuerdo con el procedimiento respectivo.	Dueño de proceso que generó la SNC
7		<u>Si se trata de un producto no conforme</u> , se podrá optar por el reproceso para corrección, su liberación si se ha superado la situación que generó el PNC, o la eliminación del producto para evitar el uso no intencional, con la participación del dueño del proceso y un experto técnico cuando sea necesario, para la emisión de concepto técnico al respecto que justifique la liberación.	Dueño del proceso

Fuente: El autor

Tabla 34. Flujograma para control de servicio no conforme (III)

No	ACTIVIDAD	DETALLE	RESPONSABLE
8	 <p>Registro de solución definitiva</p>	Si se evidencia solución definitiva al Servicio o producto no conforme se registra en el mismo Formato <i>Registro de Salida No Conforme</i>	Jefe Oficina de Gestión de Mejora Continua
9	 <p>Consolidación de información sobre gestión de</p>	Se consolida la información sobre la gestión de Salidas No Conformes en el Formato <i>Matriz para el seguimiento y control de Salidas No Conformes</i> .	Jefe Oficina de Gestión de Mejora Continua
10	 <p>Presentación de informe trimestral</p>	Presentar informe con periodicidad trimestral sobre el seguimiento del servicio y producto no conforme a la Gerencia	Jefe Oficina de Gestión de Mejora Continua
11	 <p>FIN</p>	FIN	

Fuente: El autor

9.4 AUDITORÍA INTERNA

Las Auditorías Internas de Calidad pretenden determinar mediante la verificación directa, objetiva e independiente, en cada uno de los procesos, la conformidad de las actividades desarrolladas por los funcionarios y colaboradores con los requisitos del cliente, legales y reglamentarios que se han establecido en los procedimientos documentados, manuales y demás documentos internos y externos con los que cuenta la organización.

La Auditoría Interna puede ser desarrollada por personal propio de o por equipos externos contratados para tal fin. En ambos casos se conservarán los principios de independencia, confidencialidad y respeto por parte de los auditores internos.

El Programa de Auditorías se realiza para cada vigencia y comprende el cronograma y los responsables de la realización de las auditorías internas durante el año.

Se tiene establecido **una Auditoría interna de Calidad en NTC ISO 9001: 2015** Este programa estará sujeto a la dinámica de los diferentes procesos, reflejada en los ejercicios de autocontrol por procesos. Cada auditoría interna contará con un plan de auditoría que incluye las actividades específicas que se deben verificar en la auditoría de un proceso.

Estas son planificadas y ejecutadas por el Sistema Integrado de Gestión de la Universidad

PREPARACIÓN DE LA AUDITORÍA

De acuerdo con el Programa de Auditoría, el Jefe de la Oficina de Mejora Continua designará el equipo de auditoría respectivo y elaborará el Plan de Auditoría.

La planeación de la auditoría incluye la obtención previa de información acerca del proceso a auditar, su estudio y análisis para definir los aspectos críticos y el alcance hacia los cuales se enfocará la auditoría. De igual manera, se definirá la fecha y hora de inicio de la auditoría, los métodos a utilizar, el tiempo estimado y los participantes en la auditoría, tanto del equipo auditor como del auditado.

REUNIÓN DE APERTURA

Toda auditoría debe iniciar con una reunión del equipo auditor con el (los) dueño (s) del (los) proceso (s) auditado (s) y sus colaboradores. En esta reunión se brinda una explicación del objetivo de la auditoría y se acuerdan asuntos como: participantes, tipo de apoyos permitidos (fotografía, video, etc.). Lo acordado en esta reunión se consigna en el Acta de Reunión de Apertura de la Auditoría.

REUNIÓN DE CIERRE

Al finalizar la auditoría interna es conveniente que el equipo auditor, con el auditor líder a la cabeza, realice una reunión de cierre en la cual informa de manera general las fortalezas

encontradas y las oportunidades de mejora. Igualmente se explica que todos los hallazgos harán parte del informe final, que servirá de base para las acciones que debe tomar el líder del proceso.

INFORME DE LA AUDITORÍA

El informe de auditoría debe ser firmado por el Auditor líder y el Jefe de la Oficina de Control interno o quien haga sus veces y se presenta directamente al dueño del proceso. El informe de auditoría interna se presenta en el formato respectivo y debe contener la descripción de los hallazgos, las técnicas utilizadas, los aspectos que el equipo auditor considere relevantes durante el desarrollo de la auditoría, las fortalezas y oportunidades de mejora. Su presentación se debe cumplir dentro de los treinta días calendario contados a partir de la fecha de terminación de la auditoría.

PLANES DE INTERVENCIÓN Y SEGUIMIENTO

Con base en los hallazgos de la auditoría el líder del proceso define el Plan de Intervención respectivo, al cual incorporará las acciones preventivas y/o correctivas levantadas. Dentro del mismo plan, se deben establecer fechas de seguimiento trimestrales, las cuales serán coordinadas entre el Jefe de la Oficina de control interno y el dueño del proceso. El dueño del proceso incluirá en las reuniones mensuales de autoevaluación el seguimiento al plan de mejoramiento respectivo.

Para el centro de diseño y desarrollo de medios es necesario implementar las auditorías internas semestrales para evaluar los resultados obtenidos de la planificación durante el periodo académico.

La auditoría interna es realizada desde la oficina y por funcionarios de control interno, una vez realizada si se es objeto de hallazgos se solicita revisar, preparar e informar en qué estado se encuentra la acción de mejora.

Descripción del hallazgo, observación y no conformidad: No se evidencia uso de herramientas que permitan realizar seguimiento y control del proceso y tiempos a las opciones de grado de los estudiantes ISO 9001 y NTCGP 1000 numeral 7.5.1 Control de la producción y de la prestación del servicio literal d y e.

Causa del hallazgo: Los programas de grado manejan una base de datos pero no se había visto la necesidad de citar más información de la que actualmente se maneja.

Tipo de acción de mejora: Correctiva.

Descripción de la acción de mejora: Hacer uso de una herramienta que permita realizar el seguimiento y control del proceso de las opciones de grado de los estudiantes de los programas de grado adscritos a la FCE.

Actividades/descripción: 2. Implementar una herramienta en los programas de grado adscritos a la FCE que permita realizar el seguimiento y control del proceso de las opciones de grado de los estudiantes teniendo en cuenta las variables mínimas.

Actividades/unidad de medida: 2) # de herramientas por programa ajustadas a la norma.

Actividades/cantidad de unidades de medida: 1

Actividades/fecha de inicio: 2015-12-21

Actividades/ fecha de terminación: 2016-06-30

Es responsabilidad del director del centro junto con el director del programa de Mercadeo hacer un seguimiento semestre tras semestre presentar un informe de acciones ejecutadas al consejo de facultad basado en el plan de acciones que se socializa para medir los resultados y verificar en qué medida se ha venido dando cumplimiento con el indicador de gestión en cada periodo académico.

NO CONFORMIDAD Y ACCIÓN CORRECTIVA

Se determinan las actividades y directrices para eliminar la causa de una no conformidad, a partir de los resultados arrojados por el análisis de las encuestas de evaluación a la atención al usuario, FO-PSO-11. Bajo la responsabilidad de la dirección del Centro de diseño y desarrollo de medios o la decanatura de la facultad de ciencias económicas De igual manera con la información entregada al

SIG en el formato FO- GCL 04, esta dependencia tomará la acción correspondiente. (Ver Anexo de reporte)

Todo esto para evitar situaciones indeseables para que estas no se repitan.

9.5 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

En cabeza de un decano en la facultad de ciencias económicas se encuentran adscritos cuatro programas, el programa de administración de empresas, contaduría pública, mercadeo y economía, cuya organización se debe a sus respectivos directores quienes a su vez tienen a su cargo a los profesores y estudiantes de cada uno de los programas esta dado respecto a las funciones o procesos misionales de docencia, investigación y extensión que deben ser de total cumplimiento por cada uno de los actores.

Los procesos y procedimientos realizados en cada una de las direcciones se encuentran especificados, lo que no da lugar a desviaciones, ni a no conformidades y por supuesto la satisfacción en el cliente, pero en el centro de diseño y desarrollo de medios no es así.

Al tener claro la institución una política de calidad, se requiere que los programas entren en planes de mejoramiento para detectar el no cumplimiento de las expectativas de los estudiantes y profesores al pertenecer a la institución. El no seguimiento a dichos planes de mejoramiento hace que el problema persista no existe clara un derrotero a seguir por parte de los empleados y que redunde en la calidad ofrecida por los estudiantes.

Es así como se hace claro implementar un sistema de gestión de la calidad basado en la norma ISO 9001:2015 con su correspondiente manual de calidad que una vez aplicado se pueda implementar posteriormente como guía en otros centros de la institución.

Es necesario un análisis y diagnóstico de la situación previa existente, es decir, lo primero es disponer de todos los datos de los procedimientos realizados en la Escuela y que se adhieren al sistema general de aseguramiento de la calidad de la institución para revisión y seguimiento de cómo se desarrollan y de las acciones que paso a paso se deben seguir para dar una respuesta oportuna

al estudiantado de la facultad y de una manera u otra redundan en mitigar el nivel de deserción, la insatisfacción en algunos procesos y los tiempos de respuesta en cada uno de los requerimientos.

La anterior fase nos brinda la posibilidad de rediseñar la documentación básica para el sistema de gestión de calidad e implantarlo. Otro tipo de información necesaria se refiere a analizar el desarrollo de la actividad docente y, estudiantil como usuarios de dicha dependencia para después, sintetizarlo en un solo sistema de reingeniería aplicable a otras Escuelas de la institución bajo los mismos procedimientos.

Una vez ejecutada la documentación y registrada se deben realizar los controles pertinentes a cada una de las dependencias a través de las auditorias y la constante revisión del sistema de gestión de calidad.

Mediante el uso de los formatos la satisfacción del cliente es consistente pues es más fácil recoger la información y tener claro el proceso a seguir.

Previo a la elaboración y actualización de la información documentada necesaria para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad se realizó un diagnóstico de las necesidades de la organización teniendo en cuenta los requisitos de la NTC ISO 9001:2015 ya consolidados en el *Instrumento para la determinación de necesidades en gestión documental del Sistema de Gestión de la Calidad según NTC ISO 9001:2015* descrito en los numerales 5.4.1 y 5.4.1.1 del presente estudio. Para ello el representante de la dirección contestó *Si* o *No* para notar que la empresa cuenta o no con el documento solicitado y los investigadores determinaron si dicha información documentada *Cumple* o *No Cumple* para con los estándares definidos por la Norma.

10 FASES PARA LA IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA

El proyecto inicia como una investigación descriptiva y se desarrollará en 4 fases, incluidos los procesos necesarios y sus interacciones de acuerdo a su aplicación en la organización, divididas así:

FASE 1: REQUISITOS DE CALIDAD

Objetivo: Realizar revisión de los requisitos de la norma ISO 9001:2015.

Descripción: Identificar cada uno de los “debe” de la norma ISO 9001:2015 para conocer los requisitos de calidad Fuente de Información: ISO 9001:2015. Según las listas de chequeo evidenciadas en el anexo.

FASE 2: DIAGNOSTICO INICIAL

Objetivo: Elaborar Instructivo e instrumento para realizar diagnóstico inicial de acuerdo a los requisitos de la norma ISO 9001; la figura 16 evidencia el diagnóstico inicial.

Descripción: Con los requisitos de calidad identificados se realiza el diseño de un cuestionario, asignando criterios de evaluación de tal forme que se pondere cada numeral y al final el empresario obtenga un resultado de cumplimiento por capítulo y numeral.

FASE 3: SENSIBILIZACIÓN Y COMPROMISO DEL PERSONAL

Objetivo: Elaborar material para la Sensibilización y capacitación del personal Descripción: Se realizan la presentación en Power Point que incluya las dinámicas y el contenido multimedia a fin de sensibilizar y comprometer al empleado o cliente interno quien de acuerdo Fuente de Información: ISO 9001:2015 - Memorias- Experiencia.

FASE 4: APLICACIÓN DE REQUISITOS SEGÚN EL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD

Objetivo: Diseñar el instrumento que permita evidenciar el cumplimiento. Descripción: Se cita cada requisito de la norma. Fuente de Información: ISO 9001:2015

En las listas de chequeo se verifica el estado con relación a los numerales de la norma de aplicación, como se muestra en el anexo del avance en el SGC del centro con el presente trabajo y en la evidencia de la elaboración de dichas listas (ver anexos 14 Y 15).

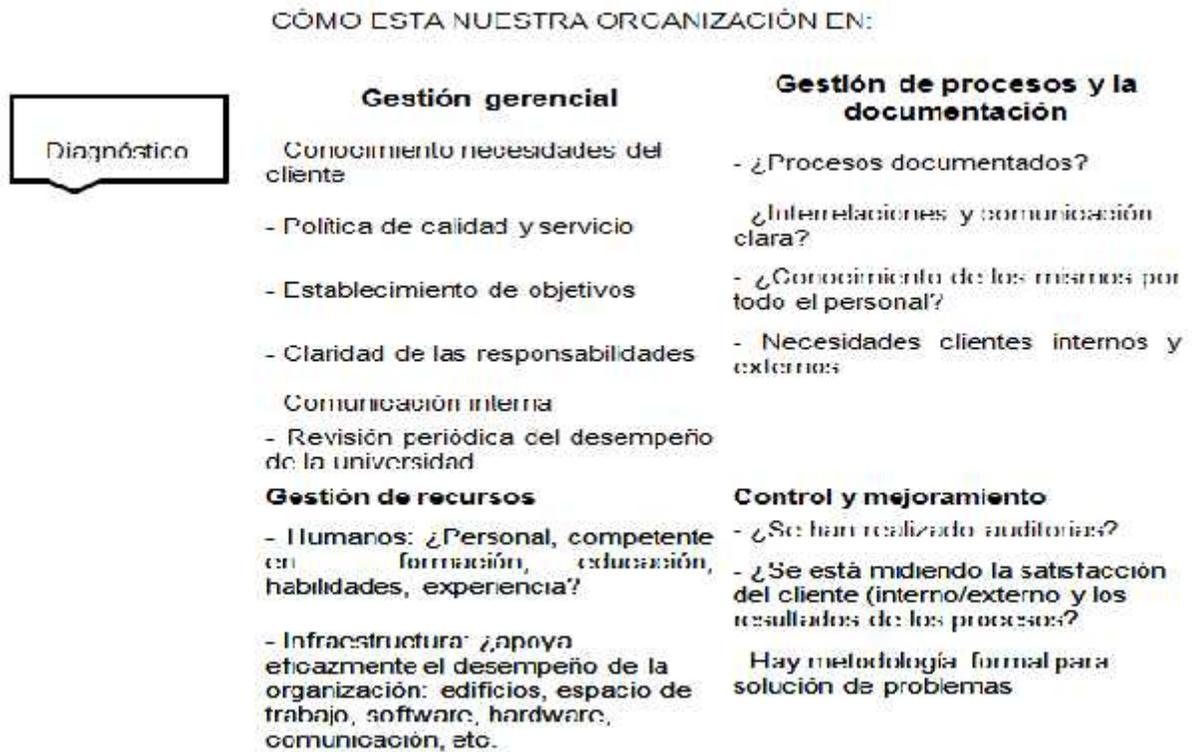


Figura 16. Diagnóstico

Fuente: *Sistemas de gestión de Calidad*, (González O y Arciniegas, 2016)

FASE 5: GESTIÓN DE LOS RECURSOS. De acuerdo con los requisitos de la norma ISO 9001:2015 la organización proporciona los recursos necesarios para la implementación de la mejora continua del sistema en lo relacionado con personas, infraestructura y ambiente para la operación y así poder concluir con las siguientes fases.

FASE 6: DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA. La información documentada es necesaria para proporcionar evidencia de la conformidad con los requisitos, la cual se debe conservar y donde la organización es responsable de que se necesita conservar y que medio se ha de utilizar para dicha conservación.

FASE 7: AUDITORÍAS INTERNAS DE LA CALIDAD. La organización debe llevar las auditorías internas a intervalos planificados, conforme a los requisitos de la organización y de la norma internacional asegurando que los resultados de la auditoría se informen y se tomen las acciones correctivas conservando dicha información documentada como evidencia de la implementación y el resultado de la auditoría.

FASE 8: CERTIFICACIÓN

De acuerdo a las anteriores fases se programa un cronograma para cada una de ellas como se puede ver en la tabla 35.

Tabla 35. Cronograma

		CRONOGRAMA para la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001:2015													Lideres/Responsables
		2015		2016											
Nº Fase	Actividad	NOV	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AUG	SEPT	OCT	NOV		
1 y 2	Requisitos basados en la norma y diagnóstico inicial														Matilde Villamí
3	Reconstrucción basada en procesos y compromiso con los líderes de gerencia														Lizyana Uscotko
3	Revisión de recursos y ajustes para el sistema														Rafael Ospina
4	Información documentada, políticas y objetivos de calidad														Matilde Villamí
5	Verificación y Designación de procedimientos del SGA														Rolando Sotoquiza
6	Operación														Matilde V.
7	Implementación														Jairo Domínguez
7	Primera Auditoría interna														Matilde Villamí
8	Integración de la dirección														Adriana Flores
9	Acciones correctivas														Doris Pulido
9	Foros de Auditoría, seguimiento Mejora														Matilde V.
9	Certificación														Rafael Ospina

Fuente: El autor

Para las responsabilidades se ha designado a los líderes de cada proceso y sus profesionales de apoyo quienes serán los encargados de garantizar la ejecución y entrega de toda la evidencia necesaria y salvaguardar la información para ser documentada de acuerdo como se estableció en los diferentes roles.

10. PROPUESTA PARA LA INTEGRACION DE LOS SISTEMAS

El mejoramiento continuo para atender efectivamente las necesidades de la comunidad, requiere implementar un modelo de gestión por procesos. El modelo se apoya en la madurez que genera los principios estratégicos de autocontrol, autorregulación y autogestión de la capacidad organizacional para responder satisfactoriamente a los requerimientos exigidos por la sociedad.

La Universidad de los Llanos que se halla inmersa en el proceso de Acreditación del CNA desde el inicio de la presente década, define en 2010 el Sistema Integrado de Gestión SIG compuesto por el Sistema de Gestión de Calidad SGC (*Ley 872 de 2003, Decreto 4110 de 2004*), el Sistema de Desarrollo Administrativo SISTEDA (*Ley 489 de 1998, Decreto 6322 de 2005*), el Modelo Estándar de Control Interno MECI (*Ley 87 de 1993, Decreto 1599 de 2005, Decreto 943 de 2014*) e incorporó la gestión adelantada por Autoevaluación y Acreditación de Calidad de Programas Académicos Ley 30 de 1992 (Resolución Rectoral 1729/08).

LINEAMIENTOS GENERALES

- COMPROMISO DE LA ALTA DIRECCIÓN

Trabajar convenientemente con base en el criterio del mejoramiento continuo para el aseguramiento de la calidad en las entidades estatales requiere plena disposición desde la alta dirección y con la participación de todos los servidores públicos para la adecuada toma de decisiones en torno de la asignación oportuna y suficiente de recursos, uso de herramientas organizacionales modernas, generación de un óptimo clima organizacional, capacitación permanente y periódica evaluación y control del sistema para medir los logros y desviaciones frente a lo planeado, para ajustar mediante acciones preventivas o acciones correctivas.

La racionalización de trámites, de procesos y de procedimientos coadyuva al logro de este propósito, es por ello que poner en marcha esta labor requiere involucrar desde el principio al cuerpo directivo para generar el liderazgo, compromiso y respaldo necesarios para que el proceso obtenga los resultados esperados al interior de la entidad. Las orientaciones que imparta la alta dirección en este sentido a todo el personal ayudarán a eliminar la resistencia que pueda crearse y

contribuirán a un mejor ambiente de aceptación por parte de los funcionarios al percibir que es ésta la que está liderando y dinamizando el proceso y la más interesada en lograr los mejores resultados colectivos (Normas ISO 9001:2000 Y NTCGP 1000:2009).

- MIRADA INTEGRAL

La organización debe verse y actuar como un sistema conformado por una serie de partes que interactúan entre sí (subsistemas) y no concentrarse en partes fragmentadas del sistema, ya que el atomizar sus componentes rompe el concepto mismo del sistema como un todo. Luego entonces, los análisis parciales deben incorporar su conexión con el todo, dado que allí se definen las interrelaciones y dinámicas para lograr el cumplimiento de los objetivos institucionales. Cada sistema está relacionado en la figura 17 y como se integra en el modelo de gestión.



SIG: Sistema Integrado de Gestión UNILANOS (propuesta Oficina de Planeación para la articulación de los sistemas)
SGC: Sistema de Gestión de Calidad. Ley 872/03, Dec. 4110/04 DAFF, NTCGP 1000:2004 Enfoque por procesos Inst.
MECI: Modelo Estándar de Control Interno Art. 209, 260 CN, Ley 07/93, Dec. 1500/05 DAFF Autocontrol-Autogestión-Autorregulación
SISTEDA: Sistema de Desarrollo Administrativo. Ley 488/93, Dec. 3622/85 DAFF Plan de Desarrollo Activo para el Sector Educación FASE
AAC PA: Acreditación de Alta Calidad Prcg. Académicos. Ley 30/92, Dec. 2904/94, Acuerdo 06/95 CESU Sistema Aseguramiento Calidad

Figura 17. Modelo de sistema integrado de gestión
 Fuente: Universidad de los Llanos

- ENFOQUE BASADO EN PROCESOS

Toda organización tiene un conjunto de procesos a cumplir, que se materializan a través de los distintos procesos que se adelantan en su interior, donde las salidas de una transformación pueden convertirse en entradas para otro ciclo de generación de valor. Existen procesos altamente complejos que involucran un sinnúmero de interrelaciones entre individuos, materiales, equipos, tecnología y dinero, así como otros más sencillos que solo requieren un mínimo de elementos para relacionarse. Desde un punto de vista macro los procesos se constituyen en el factor clave para manejar o dirigir una organización. Un proceso puede subdividirse en subprocesos que lo soportan y coadyuvan, donde se da una relación lógica con las fases o etapas que contribuyen al objetivo del proceso. Una mejor gestión será el resultado del análisis permanente de los procesos y procedimientos de la entidad.

- LOS TRÁMITES

Las organizaciones estatales dentro de su quehacer misional deben brindar bienes o servicios a la comunidad o sociedad para cumplir su objeto social. Es en la forma de acceder a los servicios estatales que se identifican los diferentes trámites que adelanta la ciudadanía ante una entidad de la administración pública en general. El trámite siempre es generado por un agente externo a la organización bajo una serie de pasos o acciones reguladas por el estado o por las normas internas de la entidad (internamente por la autonomía en el caso de las universidades), los cuales han de llevarse a cabo por parte de los usuarios para obtener un determinado producto, servicio o reconocimiento de un derecho, la regulación de una actividad de especial interés para la sociedad o la debida ejecución y control de las actividades propias de la administración pública.

Los trámites implican una interacción o encuentro entre la administración pública y la sociedad, tiene como propósito facilitar el ejercicio de los derechos de los ciudadanos; por lo tanto, fiel a los principios constitucionales, la administración pública no puede imponer trámites ni exigir requisitos que no estén contemplados en la Ley o que no hayan sido autorizados expresamente por ésta.

- **GRADO DE INTEGRACIÓN** De acuerdo con la norma UNE 66177:2005, el apartado 5.3 selección del método de integración, relaciona una guía para dar respuesta a la siguiente pregunta:

¿Qué método de integración puede aplicar mi organización, en función de mi nivel de madurez y de mi contexto? Es así como se identifica el grado de integración en función de la madurez, alcance, complejidad y riesgo según la figura siguiente de coordenadas.

- **METODO DE INTEGRACIÓN:** Soportados en las ventajas que propone la metodología de la norma UNE 66177:2005 (figura 18), en la evaluación de la madurez de la organización, la aplicación de esta evaluación es de carácter voluntario, según Melchor Chinchetru (2014), otro aspecto es el análisis del contexto, nivel de complejidad de las expectativas y necesidades a satisfacer de las partes interesadas (en la actualidad y a medio plazo), nivel de alcance y extensión de los sistemas de gestión, nivel de riesgo por incumplimientos legales o fallos derivados de la integración.

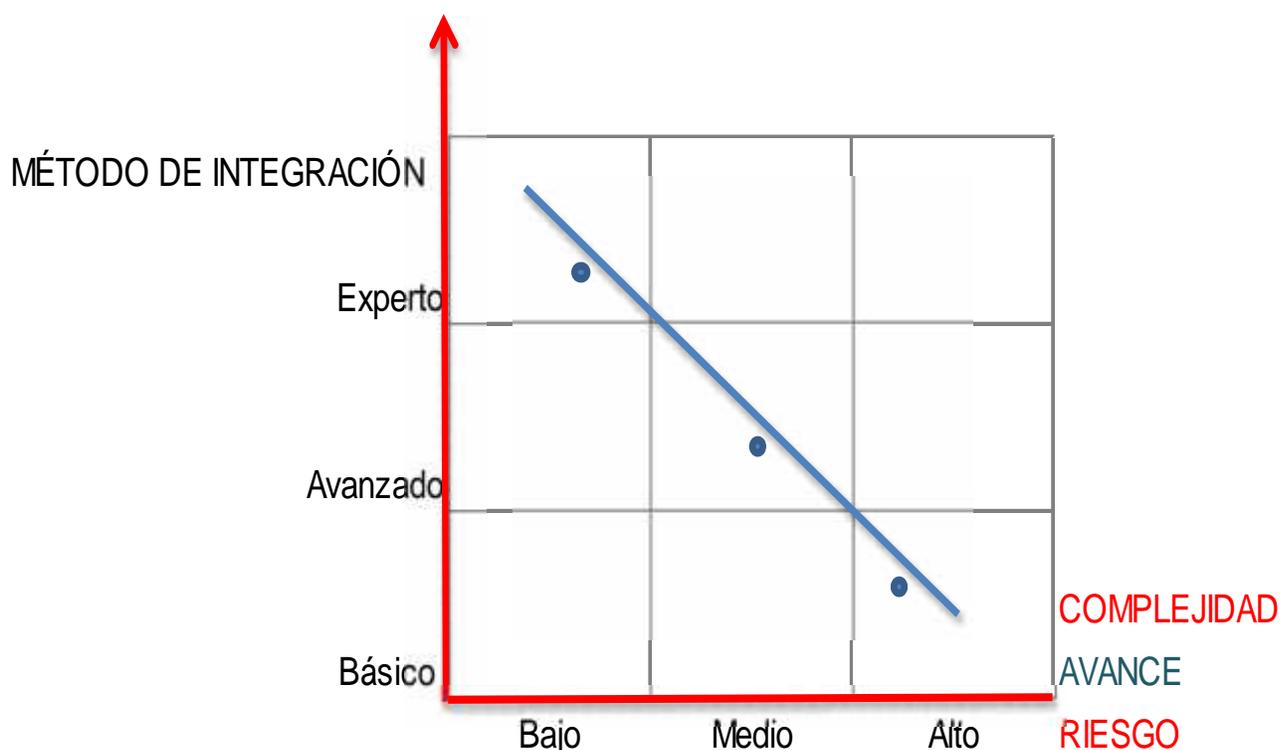


Figura 18. Método de Integración, norma UNE 66177:2005
Fuente: Manual de la calidad UNIR

NOTA: Por orden institucional es necesario tener en cuenta todos los sistemas y organismos de control que se mencionan en el gráfico de integración, pues necesario entender que al ser una institución de carácter público se debe acoger a lo reglamentado en el estado en el cual funciona

1. Método básico: Requiere pequeña inversión y alcanza resultados a corto plazo por la optimización de recursos destinados a la gestión de documentación y a la gestión integrada de algunos procesos. Es así como pueden ejecutarse las siguientes acciones:

a). Integrar las políticas de cada sistema de gestión en una política única de sistema integrado de gestión.

b). Integrar en un único manual de gestión la documentación de los sistemas de gestión que se aplican.

c). Definir las responsabilidades y funciones del personal relacionado con los procesos de gestión de la calidad.

d). Integrar la gestión de algunos procesos organizativos teniendo en cuenta los requisitos de cada sistema, e integrarla documentación de estos procesos. Ejemplo de procesos abordados en esta etapa: Identificación y acceso a requisitos legales, elaboración y gestión de documentos y registros, gestión de no conformidades y oportunidades de mejora, auditoria y evaluación interna.

2. Método avanzado: Requiere de rentabilidad a mediano plazo, para aplicarlo se necesita un nivel de madurez en la gestión por procesos suficiente.

A modo de ejemplo, se pueden ejecutar las siguientes acciones:

a). Desarrollo de un mapa de procesos que integre el sistema de gestión con cada uno de los procesos.

b). Definición y gestión de los procesos que contemplen además los siguientes factores: definición de propietarios, objetivos, indicadores, elementos de entrada y salida de los procesos, formación, planificación, compras, producción, prestación del servicio, entre otros.

c). Revisión y mejora sistemática de los procesos teniendo en cuenta los requisitos de cada sistema. Ejemplo de los procesos que se pueden integrar: Revisión por la dirección, comunicación e

información, procesos productivos y críticos para la calidad, seguridad o gestión ambiental del producto o servicio.

3. Método experto: Este método supone la continuación natural del método “Avanzado”, y es un método muy rentable, pues extiende la integración a corto plazo del sistema de gestión. Se requiere una gran experiencia en la gestión por procesos para aplicar este método. La siguiente figura representa el diagrama de flujo figura 19, para identificar el método de integración más apropiado a su situación específica y nivel de madurez.

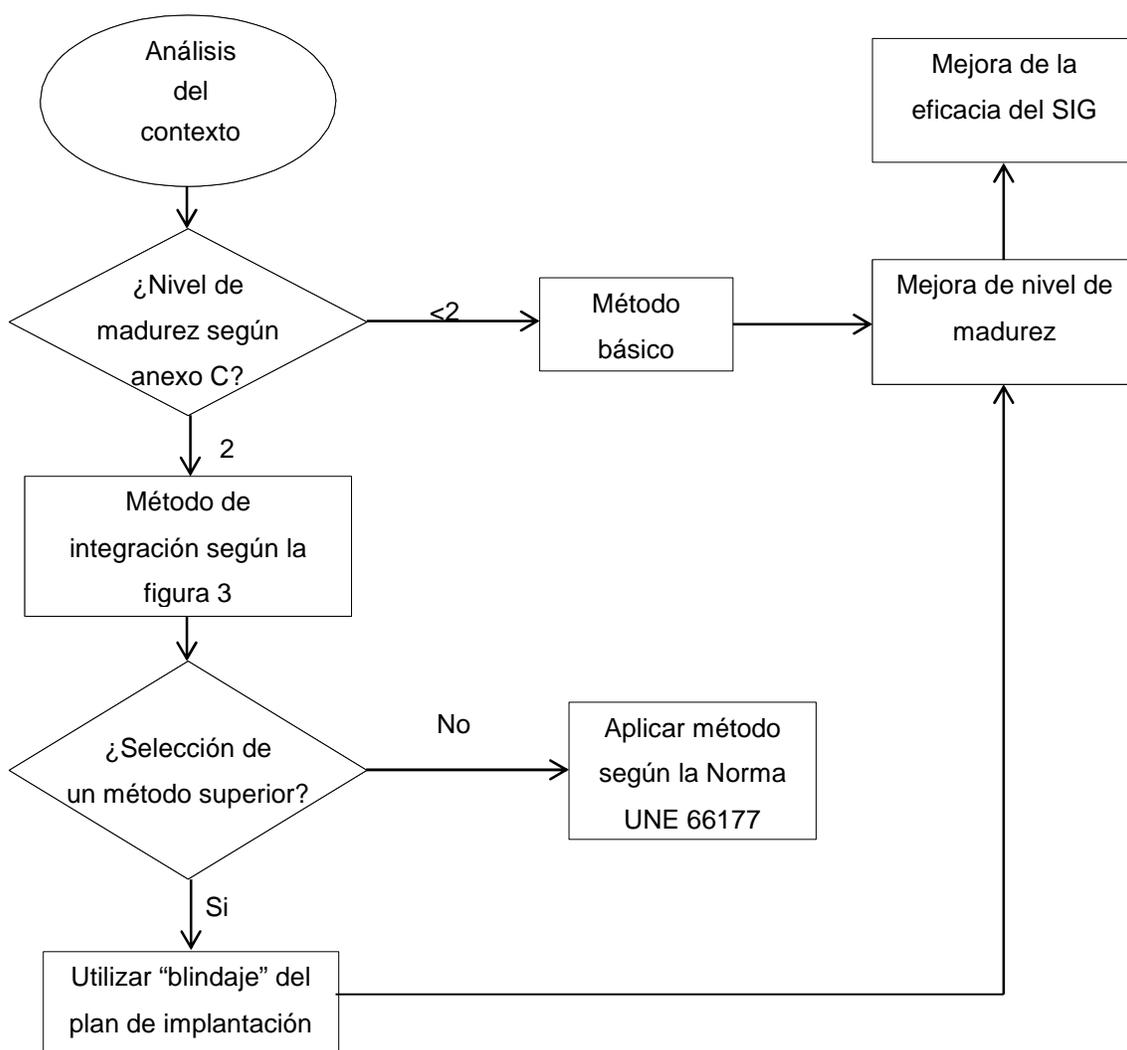


Figura 19. Diagrama de flujo para identificar el método de integración apropiado
Fuente: Norma UNE 66177:2005

- **ELABORACION DEL PLAN DE INTEGRACION** La integración de los sistemas tiene como punto de partida la información existente, el análisis y las experiencias adquiridas en su planeación, estas acciones permiten prevenir accidentes e incidentes y enfermedades de origen laboral y cualquier tipo de riesgo. En relación con el medio ambiente se puede prevenir la contaminación con el desarrollo de procesos limpios y amigables con el ambiente; con la implementación de estrategias que procuran minimizar los impactos ambientales significativos que se generan en las actividades a su vez el aporte social que como Universidad puede generar sobre la comunidad en la cual está circunscrita.

En la estructura del proceso de integración es necesario primero el desarrollo de un plan de integración, con los beneficios esperados y el apoyo de la alta dirección para así poder iniciar el camino de la implementación,

- **SEGUIMIENTO AL PLAN:** lógicamente dentro de la mejora continua es necesaria la revisión constante es decir un seguimiento dentro de la mejora del sistema integrado para finalmente evaluar la eficacia del plan de integración. Una vez más se hace la recomendación de tener en cuenta que los tres sistemas comparten el control de documentos y registros, así como la revisión de la dirección y el control de las no conformidades y la gestión de los recursos humanos.

Para toda empresa es el compromiso que una vez se aborde el proceso de implantación del SGC; se piense en la articulación en la organización de la calidad (ISO 9001:2015, Requisitos), el bienestar del personal (OHSAS: 18001:2007) y el entorno medio ambiental (ISO 14001:2004).

Como ejemplo en el caso para las OHSAS 18001:2007, aplica para los procesos, procedimientos y tareas que se desarrollan en las sedes de la universidad de los llanos y por consiguiente del centro de diseño y desarrollo de medios.

La Universidad de los Llanos como entidad pública está en la obligación de implementar un sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo dirigida a sus empleados, estudiantes, contratistas y visitantes, según lo estipula la ley 31/1995 con el fin de prevenir lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo.

Según información aportada por la entidad de riesgos profesionales Positiva y la Universidad de los Llanos, para el año en curso solo se presentó dos accidentes de trabajo y 72 incapacidades por enfermedad general.

La implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que lleve a cabo el centro de diseño y desarrollo de medios es vigilada por la administradora de riesgos laborales, POSITIVA la cual emite el informe de cumplimiento a las direcciones territoriales del Ministerio de Trabajo, el incumplimiento a este decreto acarrea sanciones económicas e incluso el cierre de la organización de acuerdo a lo establecido en el Artículo 13 de la Ley.

La correcta implementación de este sistema permitirá un mejor funcionamiento del centro debido a que aumenta la productividad, al reducir el ausentismo laboral, al disminuir los índices de accidentalidad conservando la salud del empleado en óptimas condiciones, pero este último se consigue al lograr un interés por parte de la organización y del empleado quien también debe ser consciente de que debe proteger su salud en cada una de sus actividades y darle buen uso a las herramientas e instalaciones que necesita para llevar a cabo sus funciones.

La Universidad de los Llanos para el año 2011 da inicio a la implementar del programa de salud ocupacional realizándose revisiones por periodos anuales los cuales han sido revisados por la dirección de la Universidad de los Llanos. Para inicios del año 2015 inicia el proceso de documentación pues se avecina la auditoria para dar cumplimiento en los artículos 38 y 39 de la Ley 31/1995 de PRL, y demás normas como se muestra en las tablas 36 y 37.

Tabla 36. Contexto de la organización para el centro de diseño y desarrollo de medios en materia de seguridad y salud en el trabajo (I)

	DOCUMENTO LEGAL	DESCRIPCIÓN
EXTERNO	LEY 31/1995 Artículo 16, artículo 39.	Por el cual se dictan disposiciones para la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST).
	LEY 31/1995 , RD 843/2011	Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector trabajo.
	Ley 31 /1995 PRL-OHSA 18001 DE 2007, PUNTO 4.1	Sistemas De Gestión De La Seguridad Y Salud En El Trabajo

Fuente: El autor

Tabla 37. Contexto de la organización para el centro de diseño y desarrollo de medios en materia de seguridad y salud en el trabajo (II)

	DOCUMENTO LEGAL	DESCRIPCIÓN
INTERNO	Acuerdo Superior 027 del 2000	Establece la naturaleza jurídica, misión, visión, principios y objetivos, estrategias, organización y funcionamiento, sistema de planeación universitario, sistema de evaluación, control interno, autoevaluación y acreditación, comunidad universitaria, profesores, estudiantes, y empleados no docentes, patrimonio, presupuesto y contratos, actos del consejo superior y rector.
	Acuerdo Superior 020 del 2000	Se crea el Proyecto Educativo Institucional PEI de la Universidad de los Llanos, que contempla políticas y objetivos.

Fuente: El autor

- DIAGNÓSTICO DE IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Con el fin de conocer la situación actual de la organización frente a los requisitos del estándar OHSAS 18001:2007 (ver tabla 38), se utiliza una lista de chequeo con una asignación cualitativa al nivel de cumplimiento en ítems específicos verificando el nivel de cumplimiento, para esto se entrevistó con el responsable del proceso, actividad o tarea.

Los criterios de evaluación del SG-SST están contemplados de acuerdo al desarrollo de la empresa en Responsabilidad Legal, subprograma de medicina preventiva y del trabajo, subprograma de higiene y seguridad industrial, programa de inducción, capacitación y entrenamiento, subsistema de información y registro.

Si el centro de medios llega a incumplir en términos de la atención a sus trabajadores puede estar expuesto a una multa. Bajo unos criterios que determinan la gravedad, la reincidencia o incumplimiento y la ausencia o deficiencia en actividades de promoción y prevención.

Tabla 38. Evaluación inicial

EVALUACIÓN INICIAL SG-SST UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS		
Realizado por:		
FECHA DE REALIZACIÓN		
Nombre de la empresa	UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS	
Nit de la empresa	892000757-3	
Ciudad	VILLAVICENCIO	
Departamento de ubicación	META	
Sector económico	EDUCACION SUPERIOR	
Descripción de la actividad productiva o de servicios		
Clase de Riesgo	3 Y 4	
Número de Centros de Trabajo o áreas		
Trabajadores	Número de trabajadores totales:	579
	Número de trabajadores directos:	276
	Número de trabajadores temporales:	303
	Número de trabajadores contratistas:	
Responsable del sistema en SST		

Fuente: El autor

FASE 1: DEFINICIÓN DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SST).

La política de seguridad y salud en el trabajo a la fecha ha sido implementada de acuerdo al diagnóstico de la tabla 39 por lo cual se establece que debe contar con:

-) Con el apoyo incondicional de la alta dirección.
-) Debe ser apropiada a la escala de riesgos laborales de la de la organización.
-) Acorde a otras políticas de la organización (calidad, medio ambiente, etc.).
-) Ser comunicada a las partes interesadas y a todas las personas que trabajan en la organización y revisión periódica además de visible en la organización.

Tabla 39. Estado de implementación de la política de seguridad y salud en el trabajo

Decreto 1072 2015	Descripción	Tipo De Evidencia			Evidencia		Tipo De Evidencia	Estado De La Implementación
		P	D	R	si	no		
Política de seguridad y salud en el trabajo (SST)	con alcance a todos los centros de trabajo y trabajadores		x		x		Política de seguridad y salud en el trabajo Política de No Alcohol, No Tabaquismo, No Drogas. Política de Seguridad Vial	implementado totalmente 10
	comunicada al comité paritario		x		x		actas de reuniones de revisión por la dirección	implementado totalmente 10
VALOR OBTENIDO								20
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO								100%

Fuente: el autor

FASE 2: PLANIFICACIÓN

En esta fase de la implantación de la norma, se deben establecer procedimientos claros para la identificación de peligros, identificación de riesgos, evaluación de los mismos, así como la

determinación de controles necesarios para la consecución de objetivos. Se debe planificar revisiones periódicas, por ejemplo, AUDITORIAS INTERNAS. (4.3.1 de la norma OHSAS 18.001).

Como paso fundamental en esta etapa y como proceso lógico de aplicación de las técnicas de prevención: (será necesario desarrollar una metodología de identificación y registrar los resultados)

- a). Identificación de peligros (considerar los distintos tipos de peligros en el lugar de trabajo)
- b). Identificación de riesgos.
- c). Evaluación de riesgos (Evaluar los riesgos que no se puedan evitar) y control.

PROCEDIMIENTOS PARA IDENTIFICAR LOS PELIGROS EN LA ORGANIZACIÓN O CENTRO DE TRABAJO

-) Mediante la observación de las actividades diarias del trabajador.
-) Comparando con mejores prácticas de organizaciones similares.
-) Entrevistas y encuestas.
-) Visitas e inspecciones.
-) Análisis de procesos.

Los procesos de identificación de peligros deben aplicarse en situaciones normales, ocasionales o de emergencia. Se debe considerar como se verifica en las tablas siguientes.

Tabla 40. Estado de implementación de la Identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos (I)

4.3 4.3.1 4.3.2 OHSAS 18.001	Descripción	Tipo De Evidencia			Evidencia		Tipo De Evidencia	Estado De La Implementación
		P	D	R	si	no		
		Identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos	Identificación de peligros, evaluación y valoración de riesgos	X	x	x		

Fuente: El autor

Tabla 41. Estado de implementación de la Identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos (II)

4.3 4.3.1 4.3.2 OHSAS 18.001	Descripción	Tipo De Evidencia			Evidencia		Tipo De Evidencia	Estado De La Implementación
		P	D	R	si	no		
	Comunicación de las evaluaciones ambientales al comité paritario	X	x	x	x		Acta del reunión del copasst donde se evidencia la socialización de los resultados de evaluaciones	implementado totalmente 10
VALOR OBTENIDO								15
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO								75%

Fuente: El autor

REQUISITOS LEGALES Y OTROS REQUISITOS Se redactará un documento donde describa como se identificará la legislación, como acceder a la misma, la manera que se actuará para actualizar dicha normativa, sistemática para que la información llegue a todos los afectados e igualmente establecer un mecanismo para actuar frente a la legislación derogada. (4.3.2 de la norma OHSAS 18.001:2007).

Respecto a los objetivos y programas, la organización considerará la evaluación de riesgos y los compromisos de la política a la hora de formular los objetivos. Además, hay que elaborar un programa que contendrá para cada objetivo, las metas para su consecución indicando los responsables, los medios y los recursos asignados. (4.3.3 de la norma OHSAS 18.001:2007).

FASE 3: IMPLEMENTACIÓN Y OPERACIÓN

Una vez definida la política, identificado y evaluado los riesgos, marcado unos objetivos para eliminarlos o minimizarlos mediante un plan de acción, continúa con la implantación del sistema con los siguientes puntos:

- a). Definir y concretar funciones y responsabilidades.
- b). Dar formación a los trabajadores para darle competencia necesaria frente a los riesgos a los que están expuestos en el trabajo.
- c). Informar a los trabajadores sobre los peligros y riesgos de su entorno laboral.
- d). Preparar la documentación necesaria para llevar un control y orden necesario para llegar a un buen fin.
- e). Estar preparado ante cualquier situación de emergencia.

Respecto a la definición de funciones, responsabilidades y autoridades. La alta dirección debe ser el responsable en última instancia de la seguridad y salud en el trabajo y del sistema de gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (4.4.1 de la norma OHSAS 18.001).

Así mismo en lo que respecta a la competencia, formación y toma de conciencia, la organización debe asegurarse de que cualquier persona que trabaje para ella y que realice tareas que puedan causar impactos en la seguridad y salud en el trabajo, sea competente tomando como base una educación, formación o experiencias adecuadas, y deben mantener los registros asociados como se muestra en las tablas 42 y 43. (4.4.2 de la norma OHSAS 18.001).

Tabla 42. Estado de implementación de la Planificación del sistema de gestión de la seguridad y salud en trabajo SG-SST (I)

4.4.2 OHSAS 18.001	Descripción	Tipo De Evidencia			Evidencia		Tipo De Evidencia	Estado De La Implementación
		P	D	R	si	No		
Planificación del sistema de gestión de la seguridad y salud en trabajo SG-SST.	Cumplimiento legal + Fortalecer componentes del sistema + mejora continua		si	si	X		Plan de mejoramiento indicadores de gestión matriz legal	implementado totalmente 10
	Objetivos de control de riesgos		si	si	X		Matriz de indicadores de medición	implementado totalmente 10

Fuente: El autor

Tabla 43. Estado de implementación de la Planificación del sistema de gestión de la seguridad y salud en trabajo SG-SST (II)

4.4.2 OHSAS 18.001	Descripción	Tipo De Evidencia			Evidencia		Tipo De Evidencia	Estado De La Implementación
		P	D	R	si	No		
	Plan de trabajo anual + Cronograma		si	si	X		Plan de trabajo anual Cronograma de Capacitaciones Cronogramas de actividades Lúdicas Recreativas Bienestar Institucional	implementado totalmente 10
	definir los recursos para la implementación del SG SST		si	si	X		plan de compras para las necesidades SG SST	implementado totalmente 10
VALOR OBTENIDO								40
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO								100

Fuente: El autor

FASE 4: VERIFICACIÓN

Una vez identificados y evaluados los riesgos, marcado unos objetivos y plan de acción, se deberá actuar de la siguiente manera:

- a). Marcar un procedimiento de seguimiento para medir si se están cumpliendo los objetivos planteados.
- b). Identificar, detectar y estudiar los accidentes e incidentes producidos.

- c). Tomar acciones correctivas o preventivas de los incumplimientos detectados (ya sea documentación o accidentes producidos)
- d). Realizar una auditoria interna con el objeto de evaluar el desempeño (preparar la empresa para una posible auditoria externa)

En esta fase se considera la auditoría interna, donde el centro teniendo en cuenta los resultados de las evaluaciones de riesgo de las actividades de la organización y de los resultados de auditorías previas. (4.5.5 de la norma OHSAS 18.001).

FASE 5: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

Esta constituye la última fase del proceso, la Dirección, debe revisar toda la documentación y objetar la idoneidad del sistema. Tras la revisión por la Dirección, de forma voluntaria una entidad autorizada puede CERTIFICAR el sistema.

Finalmente, a esta altura ya podemos considerar estar preparados para afrontar una auditoria externa de certificación en un Sistema de Gestión y Seguridad Ocupacional, basado en la norma OHSAS 18001:2007.

Adicional para la información sobre el desempeño y eficacia del sistema de gestión de calidad, se debe tener en cuenta el grado en que se han logrado los objetivos, como se han tratado las no conformidades y acciones correctivas, así como los resultados de seguimiento y medición. Cualquier necesidad de cambio en el sistema de gestión de calidad y de cualquier otro sistema debe tener en cuenta las oportunidades de mejora, las necesidades de solicitar recursos y de conservar la información documentada como evidencia de dichas revisiones.

11 ANALISIS DE RESULTADOS E INTERPRETACIÓN DE LOS MISMOS

En el centro de diseño y desarrollo de medios los resultados obtenidos con el presente trabajo aportan a la Universidad de los Llanos como un prototipo a seguir con los centros de otras dependencias, cada parte que se desarrolló como lo indica la figura 20, ajustada a la norma ISO 9001:2015, motiva a la organización y a unir esfuerzos para su actualización en la certificación institucional y posterior acreditación.

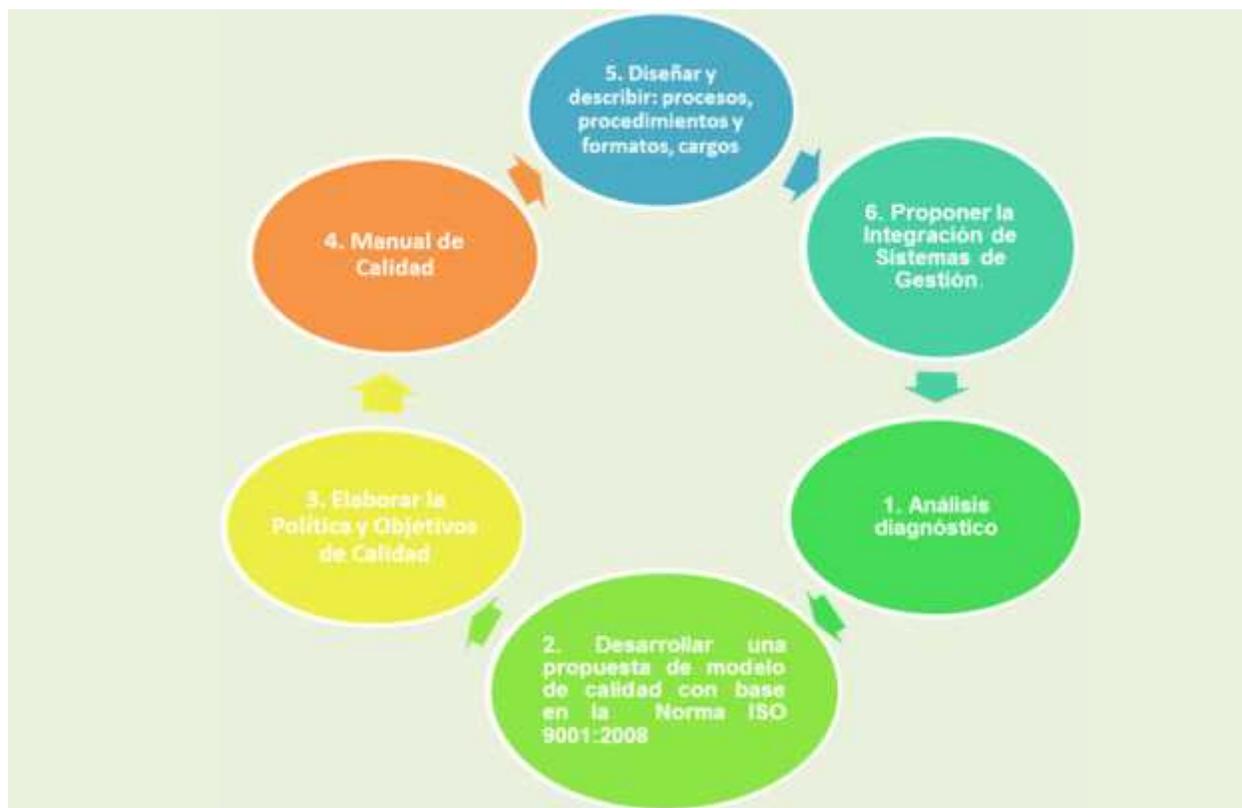


Figura 20. Análisis de resultados
Fuente: El autor

Conforme al Numeral 4.1 de la NTC ISO 9001:2015, se estableció y organizó el contexto de la organización hacia una estrategia de calidad, ya que, aunque la organización cuenta con portafolio de servicios, se encontró que la misma no había determinado las cuestiones internas y externas y los grupos de interés que afectan y pueden verse afectados por la organización tras la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad.

De acuerdo con el Numeral 4.4 de la NTC ISO 9001:2015, se identificaron los elementos diferenciadores que componen cada uno de los procesos en el CDM y las actividades que se requieren para transformar las entradas en salidas, haciendo uso del ciclo PHVA como herramienta para la mejora en la identificación y caracterización de procesos del centro de diseño y desarrollo de medios.



Figura 21. Mejoramiento, medición de resultados

Fuente: Sistemas de gestión de Calidad, (González O y Arciniegas, 2016)

Es decir que en cuanto a los procesos se consiguió claridad y al identificar sus interrelaciones se aprovecharon formatos institucionales que se podían aplicar a las actividades del centro.

En cuanto a la POLÍTICA DE CALIDAD y objetivos de calidad, se estableció de manera que fuese apropiada al propósito y contexto de la organización incluyendo un compromiso con la mejora continua del Sistema de Gestión de la Calidad como se muestra en la figura 21 y el cumplimiento de los requisitos del cliente, legales y reglamentarios de acuerdo a lo establecido por el numeral 5.2.1 y 5.2.2 de la NTC ISO 9001-2015. Adicional en los numerales de integración de los sistemas y de seguridad y salud en el trabajo se da un avance significativo en la prospectiva de la facultad y por consiguiente de la institución. En comparación con empresas similares que puedan significar la competencia se ha evidenciado la organización en los procesos del centro de medios.

De acuerdo a las hipótesis planteadas, la calidad en el servicio prestado en el centro de diseño y desarrollo de medios, sirvió para posicionarlo debido a que los usuarios han percibido que reciben más de lo esperado. Con el diseño de la propuesta, fue grato saber que, para el mes de octubre, el Ministerio de Educación Nacional aprobó en Colombia la visita de reconocimiento en alta calidad al programa de mercadeo en la facultad de Ciencias Económicas como se evidencia en la captura de pantalla anexa, y destacó la fortaleza de las acciones de apoyo a la academia prestadas por el centro.

En comparación con los otros centros de la universidad ya se evidencia que el centro de medios es un modelo y de las otras dependencias se acercan a visitarlo y a recomendar el servicio que presta, en los últimos días se evidenció la creación de un formato más para dar paz y salvo de entrega que al envío del TFM no fue posible avalar.

El ciclo de mejora continua es una herramienta clara y fundamental en procura de la aplicabilidad de la calidad, por lo tanto, en la medida en que la empresa maneje un sistema de gestión de calidad y lo mejore, debe posteriormente integrarla a otros sistemas; como se indica en el presente trabajo con los sistemas de gestión medio ambiental y responsabilidad social corporativa.

A su vez como lo cita la norma en el numeral 10.3 la organización debe mejorar continuamente la norma ISO 9001:2015 y debe considerar los resultados del análisis y la evaluación así como las salidas de la revisión por la dirección para determinar si hay necesidades y oportunidades que deban considerarse.

12 CONCLUSIONES

) La caracterización de los procesos y creación del manual de calidad para el centro, surge de la necesidad detectada en el diagnóstico inicial como parte de dar cumplimiento con el apoyo a las funciones misionales. Lo anterior clarificó los procedimientos y ha repercutido en el demandante uso de estudiantes y profesores en el servicio prestado. Otras facultades han solicitado sus servicios, lo que proyecta el crecimiento del centro y la inversión de la institución en este.

) Con la implementación del sistema de gestión de la calidad en el centro de diseño y desarrollo de medios, se brinda a la facultad y a cada uno de los programas, un instrumento que le permitirá mejorar de forma continua, a su vez el centro logra organizar toda la información documentada que necesita para llevar a cabo sus procesos y se toma como modelo a seguir en el ajuste de la norma vigente.

) A medida que se avanza en el proceso de revisión de los formatos y documentos, es más claro para el centro de diseño y desarrollo de medios el control que se debe llevar a cabo sobre el préstamo de equipos y la prestación del servicio a profesores y estudiantes, así como la proyección de las acciones a ejecutar en las metas de la facultad de ciencias económicas.

) Lo ideal en calidad es que exista una cultura organizacional enfocada a entender que la calidad se debe trabajar en el día a día para que repercuta en el entorno y se desarrolle de la mejor forma. En este camino hacia la calidad total es mejor llevar un paso a paso para avanzar a una integración de los demás sistemas.

) En todo plan estratégico de una organización asociado a la gestión de la calidad, es necesario manejar indicadores consolidados para que los planes de mejoramiento apunten a un control de la gestión único y dirigido desde la alta dirección.

) La calidad del servicio apunta a que las empresas se vuelvan más competitivas y a que los clientes se concienticen de exigir soluciones en función de sus expectativas según un modelo compensatorio que se asocie a la imagen de la empresa.

13 RECOMENDACIONES

) Para el debido cumplimiento del sistema de gestión de calidad en el centro de diseño y desarrollo de medios, se requiere de compromiso permanente de la alta dirección en cabeza de la rectoría y vicerrectoría académica, el decano y por consiguiente el director del centro como a su vez de todos los miembros de la institución que a través del cumplimiento de los planes de mejoramiento aseguren la calidad.

) Se propone que todos los formatos una vez avalados, implementados y ajustados, estén disponibles en la página principal de la Universidad y sean actualizados por el SIG según corresponda.

) Cada dependencia debe unirse al todo integral que es la dirección, así como a cada uno de sus vicerrectorados y de todo su personal directivo, es decir, no se debe manejar cada vicerrectorado como una isla donde la comunicación se rompe en el quehacer de cada una de las dependencias.

) La actualización tecnológica y renovación de licencias, según sea la necesidad de los equipos, donde el director del centro es quien realiza directamente el requerimiento y se debe gestionar las partidas presupuestales o en su defecto el centro de costos del centro se independice para que pueda gestionar las herramientas y equipos en el momento oportuno para que posteriormente sea auto sostenible.

14 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Deming, E. (1989). Calidad, productividad y competitividad, la salida de la crisis. Díaz de Santos: Madrid.

Guajardo, 2003. Administración de la calidad total. México: Pax México.

Melchor, F. (2014). Integración de los Sistemas de Gestión ISO 9001, ISO 14001, OHSAS 18001 y SGE 21. Universidad Internacional de la Rioja. Edición Digital.

Norma ISO 9001:2008. Sistemas de gestión de la calidad — *Requisitos*. Recuperado el 23 de octubre de 2014 de <http://farmacia.unmsm.edu.pe/noticias/2012/documentos/ISO-9001.pdf>

Norma ISO 9001:2015. Sistemas de gestión de la calidad. Icontec internacional

Norma ISO 9000:2015. Sistemas de gestión de la calidad — Fundamentos y vocabulario. http://www.uco.es/sae/archivo/normativa/ISO_9000_2005.pdf

Norma ISO 14001:2004. Sistema de Gestión Ambiental. Recuperado el 24 de febrero de 2015 de <http://www.grupoacms.com/pdf/consultora-iso-14001.pdf>

Norma técnica colombiana NTC GP 1000:2004 Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación – ICONTEC.

Norma UNE 66177:2005. Sistemas de gestión. Guía para la integración de los sistemas de gestión. Documento de estudio, curso Integración de los Sistemas. – UNIR.

Norma ISO 31000:2009. Principios y directrices para la gestión de riesgos. Recuperado el 05 de marzo de 2015 de <http://www.edesaesp.com.co/wp-content/uploads/2013/05/NTC-ISO-31000-2011.pdf>

15 BIBLIOGRAFÍA

- Andrés Snell y Nilda Gutiérrez, 2005 impreso España, editorial ediciones Díaz de Santos, título calidad en los servicios educativos.
- Baronet, R. (2001). Los límites de la competencia. El conocimiento, la educación superior y la sociedad. Gedisa: Barcelona.
- Coombs, P. (1986). Visión general de la crisis mundial en la educación superior en: Memorias de la reunión anual conjunta del ICED/IASEI con el tema: "Crisis de la educación superior". Fundación para la educación superior. Bogotá, Colombia. Abril de 1986.
- Cubillos. Rodríguez., Rozo. Rodríguez., (2009), El concepto de la calidad. Historia, evolución e importancia para la competitividad, (48), 80-99.
- DGCIT. (2008). Dirección General de Capacitación e Innovación Tecnológica. Evaluación de Indicadores de Competitividad (BENCHMARKING). Extraído de Internet el día 14 de Junio de 2008 de: http://www.contactopyme.gob.mx/benchmarking/conceptos/ben_mod.asp
- Delgado, K. (1995). Evaluación y calidad de la educación. Nuevos aportes, procesos y resultados. Editorial Logo, Lima.
- Drucker, P. (1995). La sociedad pos capitalista. Editorial Sudamericana, Buenos Aires.
- Evans, J. & Lindsay, W. (1995). Administración y control de calidad. Teoría y aplicaciones. Grupo Editorial Iberoamericano. México.
- Fernández, Alfonso. (2000.), Calidad en las empresas de Servicios. España.
- Fernández, J. L. (1998). Evolución histórica del concepto de calidad. Propuesta de análisis Extraído www.jlfz.org/presentaciones/propuesta_concepto_calidad98.pps

Gonzales, O. Arciniegas, J. (2016). Sistema de gestión de calidad: Teoría y práctica bajo la norma ISO 2015. ECOE ediciones: Bogotá. ISBN: 978 – 958 – 771 – 300 – 8.

Foxwell, C. Manual para la industria del servicio –guía sobre la norma NTC- ISO 9001:2000, instituto colombiano de normas técnicas y certificación – ICONTEC.

González, H. (2013). Enfoque basado en procesos como principio de gestión. Recuperado el 12 de marzo de 2015 de <https://calidadgestion.wordpress.com/2013/03/11/enfoque-basado-en-procesos-como-principio-de-gestion/>

Gutiérrez, M. (2006). Administrar para la calidad. Conceptos administrativos del control total de la calidad. LIMUSA – ITESM (Centro de calidad). México

Hansen, B. & Ghare, P. (1990). Control de calidad. Ediciones Díaz de Santos: Madrid

Hammer & Champy. (1995). Más allá de la Reingeniería. CECOSA: México.

James, P. (1997). Gestión de la calidad total. Un texto introductorio. Madrid: Prentice Hall Iberia

Juran, J, Grayne F. (1989). Quality control. Handbook, New York. Mac Graw Hill.

Lela, C. (1999). Modelos y tendencias de la Formación Docente. Lima, Perú. Rescatado de internet el 27 de mayo de 2008: <http://www.oei.es/cayetano.htm>

Malagón Londoño, (2006); Garantía de Calidad en Salud. 2a. Bogotá; Panamericana. 2006. xvi p. ISBN: 958- 9181-95-3.

Mateo C., Rafael J. Sistemas de gestión de la calidad – un camino hacia la satisfacción del cliente – parte I.

Monterrosas, J. A. (2008). El Presidente Calderón en el evento Inversión para el Crecimiento Económico y el Empleo, Consejo Mexicano de Hombres de Negocios. Extraído de Internet el 14 de junio de 2008.

Miranda. Gonzales, Chamorro, Rubio, (2007). Introducción a la gestión de la calidad, (1), 41.

Peach, Robert w, (2015) manual de ISO 9000 tercera edición, Mac Graw Hill.

Pérez, T. (2008). Concepto de Reingeniería. Extraído de Internet el día 7 de Junio de 2008 de:
<http://ingenieriaorganizacionindustrial.wordpress.com/2008/05/01/concepto-dereingenieria/#comment-32>

Ponce, H. (2006). La matriz FODA: una alternativa para realizar diagnósticos y determinar estrategias de intervención en las organizaciones productivas y sociales. Extraído de Internet el 14 de Junio de 2008 de: <http://www.eumed.net/ce/2006/hpt-FODA.htm>

Reyes, A. (1999). Técnicas y modelos de calidad en el salón de clases. Editorial Trillas: México.

ANEXOS

Anexo 1. Formato de quejas, reclamos, sugerencias o felicitaciones.

UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS		UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS CENTRO DE DESARROLLO Y DISEÑO DE MEDIOS FORMATO DE QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS O FELICITACIONES		CDM	
MODALIDAD DE CLIENTE					
Estudiante	<input type="checkbox"/>	INDEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>		
DOCENTE	<input type="checkbox"/>	OTRO	<input type="checkbox"/>		
Empresario	<input type="checkbox"/>				
TIPO DE PQRSF					
Petición	<input type="checkbox"/>	Solicitud de información	<input type="checkbox"/>		
Queja	<input type="checkbox"/>	Sugerencia	<input type="checkbox"/>		
Reclamo	<input type="checkbox"/>	Felicitación	<input type="checkbox"/>		
REGISTRO DE SOLICITANTE					
FECHA	<input type="text"/>				
NOMBRE	<input type="text"/>				
APELLIDOS	<input type="text"/>				
CEDULA	<input type="text"/>				
INFORMACION DE CONTACTO					
Nº DE TELEFONO	<input type="text"/>	DIRECCION	<input type="text"/>		
CORREO	<input type="text"/>				
EMPRESA	<input type="text"/>	MUNICIPIO	<input type="text"/>		

Fuente: el autor

Anexo 2. Encuesta de satisfacción al usuario

	UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS	CÓDIGO: FO-PSO-11
	PROCESO DE PROYECCION SOCIAL	VERSIÓN: 01 PÁGINA: 1 de 1
	ENCUESTA DE SATISFACCION AL USUARIO	FECHA: 03/03/2014
		VIGENCIA: 2014

PROGRAMA DE EGRESADOS

Califique el trato y la atención que recibió por parte de los funcionarios durante su visita a la entidad.

Bueno	Regular		Malo	
-------	---------	--	------	--

Si resolvió las dudas acerca del trámite y/o servicio que requirió. ¿Cómo califica su satisfacción respecto de la información suministrada?

Bueno	Regular		Malo	
-------	---------	--	------	--

Considera que el tiempo en la duración del trámite y/o servicio fue:

Bueno	Regular		Malo	
-------	---------	--	------	--

¿Tiene algún comentario o sugerencia, para mejorar el servicio en la entidad?

Fuente: *el autor*

Anexo 7. Seguimiento de reporte de servicio no conforme

UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS												
PROCESO DE GESTIÓN DE CALIDAD												
FORMATO PARA REPORTE Y TRATAMIENTO DE SERVICIO PRODUCTO NO CONFORME												
IDENTIFICACIÓN												
PRODUCTO	DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO	NOMBRE DEL SERVIDOR	SERVICIO O PRODUCTO	UBICACIÓN DEL SERVIDOR	UBICACIÓN DEL PRODUCTO	FUENTE	TIPO	FECHA DE REPORTE	CAUSA DEL PROBLEMA	ACTIVIDADES PARA SOLUCIONARLO	RESPONSABLES DE LA ACTIVIDAD	RECURSOS
Servicio de Atención al Cliente	Demora de 20 minutos en atender al cliente	Alfonso	Atención al Cliente	Edificio de la Universidad	No se atiende al cliente en el tiempo establecido	Cliente	Queja	15/03/2016	El cliente se quejó por la demora en atenderlo. Se le explicó que se le atendería en el momento de su turno. Se le ofreció un vaso de agua y se le brindó un espacio cómodo para esperar.	Se le explicó al cliente que se le atendería en el momento de su turno. Se le ofreció un vaso de agua y se le brindó un espacio cómodo para esperar.	Alfonso	Un espacio cómodo para esperar

Fuente: El autor

Anexo 8. Valoración de riesgos

MATRIZ DE CALIFICACIÓN, EVALUACIÓN Y RESPUESTA AL RIESGO					
	A	B	C	D	E
1	1. INSIGNIFICANTE	2. MENOR	3. MODERADO	4. MAYOR	5. CATASTRÓFICO
1	B	B	M	A	A
2	B	B	M	A	E
3	B	M	A	E	E
4	M	A	A	E	E
5	A	A	E	E	E
10	B Zona Riesgo	1. BAJA	Asumir el riesgo		
11	M Zona Riesgo	2. MODERADA	Asumir el riesgo, reducir el riesgo		
12	A Zona Riesgo	3. ALTA	Reducir el riesgo, evitar el riesgo, compartir o transferir		
13	E Zona Riesgo	4. EXTREMA	Evitar el riesgo, reducir el riesgo, compartir o transferir		

Fuente: Universidad de los llanos CDM

Anexo 9. Matriz de riesgos adecuada (I)

The screenshot shows a Google Docs spreadsheet with the following structure:

- Row 4:** PROCEDIMIENTO GESTIÓN DEL RIESGO - Mapa de Riesgos
- Row 5:** IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO (Contorno estratégico, Diagnóstico de Factores Internos, Diagnóstico de Factores Externos, etc.)
- Row 6:** ANÁLISIS DEL RIESGO (Incorpora Calificación probabilidad e Impacto y Evaluación grado de exposición y zona R) and VALORACIÓN DEL RIESGO (A partir de calificación R, se fija ORI, criterios, efectividad, prioridad nacional, etc.)
- Row 7:** PROCESO (Donde se estudia el riesgo, Referencia al Mapa de Proceso Institucionales SII - Unifrance), DESCRIPCIÓN (Expresar la posible ocurrencia del R y sus efectos), FACTOR (IM, Ext), CAUSAS (Aspectos o condiciones que ocasionan o originan el riesgo), EFECTOS O CONSECUENCIAS (Manifestaciones negativas en términos de integridad, incumplimiento, pérdida de credibilidad, sanciones, hasta lesiones físicas), PROBABILIDAD (Frecuencia y tiempo ocurrencia), IMPACTO (Magnitud del efecto del R), GRADO EXPOSICIÓN ENTIDAD (Entidad ante R), EVALUACIÓN (Zona R, Matriz colores (P...)), CONTROL EXISTENTE (Pr- Control Preventivo, Etapa crítica para evitar el R, Co- Control Correctivo, Buenas prácticas actividad afectada), CRITERIO CONTROL EXISTENTE (1...4), and VALORACIÓN FINAL RIESGO (1...4) (La misma valoración se usa al momento de Controlar resultados, la evaluar del R con los controles y políticas).

Fuente: Universidad de los llanos CDM

Anexo 10. Matriz de riesgos adecuada (II)

The screenshot shows a Google Docs spreadsheet with the following structure:

- Row 21:** Describir acciones que contribuyan al desarrollo humano mediante la formación integral, el mejoramiento de la calidad de vida y la complementación en la construcción de comunidad con el propósito de aportar en el cumplimiento de la misión institucional.
- Row 22:** Que no se constituya impedimento a la formación integral de la comunidad estudiantil.
- Row 23:** INTERNO
- Row 24:** Falta apoyo por parte de las direcciones de programa en la asignación de recursos humanos y materiales para el desarrollo de las acciones establecidas como acorde a la formación integral de la comunidad estudiantil.
- Row 25:** Los docentes no se les ha capacitado suficiente a la renovación de manera en la formación integral de los estudiantes.
- Row 26:** Desarticulación entre la oferta de los centros de bienestar y el propósito de los programas en sus procesos de implementación con fines de renovación de registro calificado y acreditación.
- Row 27:** Incumplimiento con las condiciones mínimas establecidas para los procesos de acreditación y renovación de registro calificado (conocidos por MEN)
- Row 28:** 3-MODERADO
- Row 29:** 3-MODERADO
- Row 30:** 3-Moderado
- Row 31:** 3 ALTA
- Row 32:** Plausibilidad de exposición para el desarrollo de los resultados ante las direcciones de programa.
- Row 33:** Plausibilidad de la oferta de bienes y servicios en temas de competencias académicas, pedagógicas, metodológicas, etc.
- Row 34:** Alineación efectiva con los documentos de política.
- Row 35:** Debe haberse tomado medidas de sensibilización hacia el país.
- Row 36:** 3 ALTA
- Row 37:** Ajustar los procedimientos de desarrollo de acciones de

Fuente: Universidad de los llanos CDM

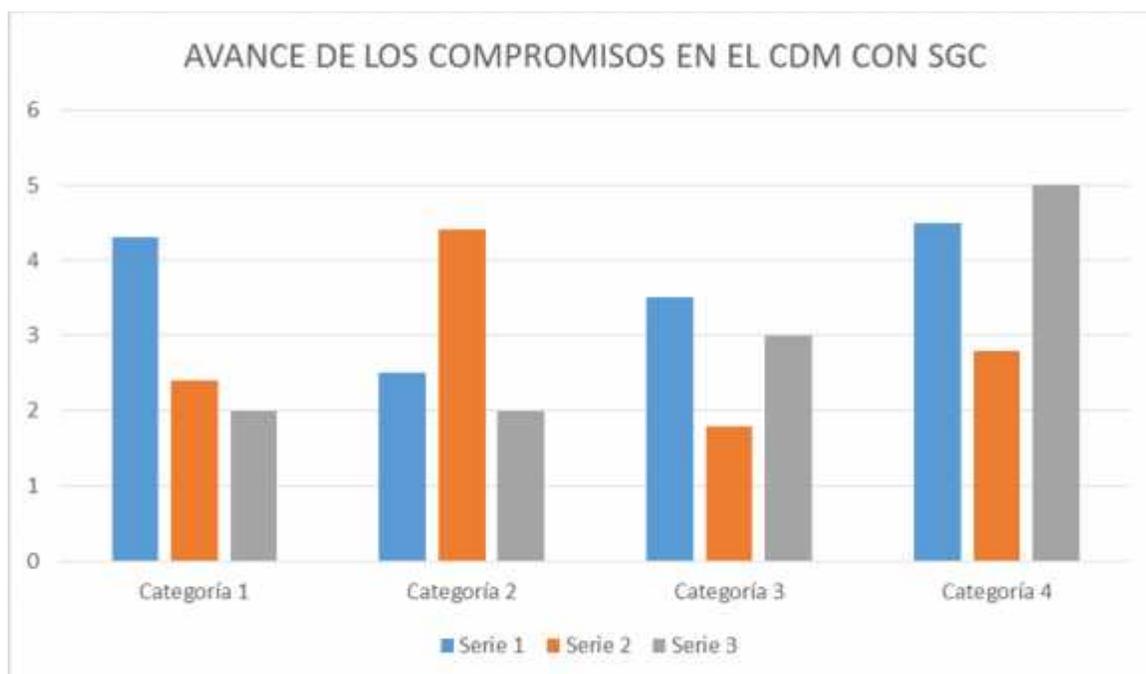
Anexo 11. Formato control de los servicios

Proceso:	Requisitos del Servicio o producto:
Objetivo:	
Responsable:	

ACTIVIDAD	DOCUMENTO(S)	RESPONSABLE DE EJECUTAR LA ACTIVIDAD	¿QUÉ CONTROL?	CRITERIO ACEPTACIÓN	¿CÓMO CONTROLAR?	¿QUIÉN CONTROLA?	FRECUENCIA DE CONTROL	EVIDENCIA (Evidencia del control)

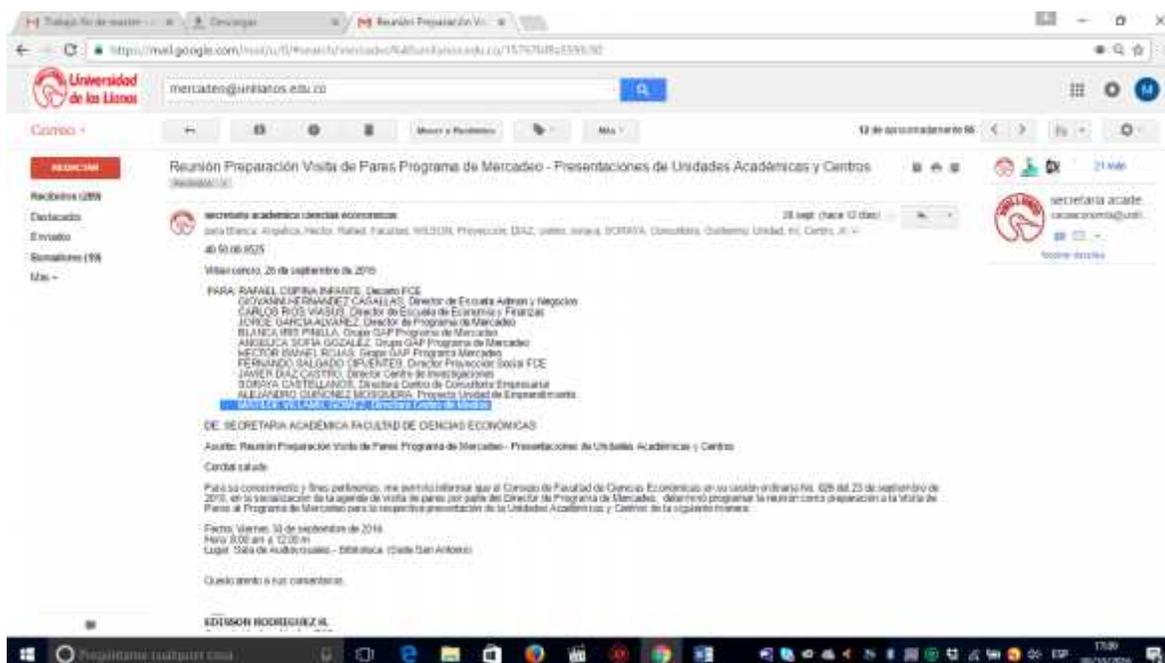
Fuente: El autor

Anexo 12. Gráfico de cumplimiento del SGC



Fuente: El autor

Anexo 13. Captura sobre proceso de acreditación Ministerio de educación



Fuente: Universidad de los llanos

Anexo 14. Lista de chequeo para cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015 (I)

Documento (Requisito)	Definición	Fuente	Responsable	Indicador 1	Indicador 2	Observaciones
Determinación del alcance del SGC	El alcance debe estar disponible y mantenerse como información documentada estableciendo: 1. Las cuestiones internas y externas, los grupos de interés y los productos y servicios cubiertos por el SGC. 2. La justificación para cualquier caso en que un requisito de esta norma internacional no se pueda aplicar.	Numeral 4.3 Norma ISO-9001:2015	Alta Dirección	SI	No cumple	Aunque cuentan con portafolio de servicios no tienen definido cuestiones internas, externas y grupos de interés.

Fuente: El autor

Anexo 15. Lista de chequeo para cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015 (II)

Documento (Requisito)	Definición	Fuente	Responsable	Indicador 1	Indicador 2
Sistema de gestión de la calidad y sus procesos	La organización debe mantener información documentada en la medida necesaria para apoyar la información de los procesos y retener la información documentada en la medida necesaria para tener confianza de que los procesos se realizan según lo planificado.	Numeral 4.4 Norma ISO-9001:2015	Coordinador de Calidad	No	No cumple
Política de Calidad	Estar disponible como información documentada.	Numeral 5.2.2 Norma ISO-9001:2015	Alta Dirección	No	No cumple
Establecer objetivos de calidad en las funciones, niveles y procesos pertinentes.	La organización debe conservar información documentada sobre los objetivos de calidad.	Numeral 6.2.1 Norma ISO-9001:2015	Alta Dirección	No	No cumple

Fuente: El autor