1. **CARACTERIZACIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| **OBJETIVO:** Propiciar el mejoramiento Institucional, mediante el apoyo a herramientas como: Salidas no conformes, acciones correctivas, mecanismos de percepción del cliente (Buzón de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias denuncias, felicitaciones y apelaciones) y estrategias de seguimiento, medición, análisis y evaluación Institucional. | **RESPONSABLE:**Líder y equipo de calidad |
| **INDICADORES**- *Eficacia en la gestión de mejoras*.- *Nivel de Satisfacción de Beneficiarios* | **ALCANCE:**Aplica para la evaluación de satisfacción, la atención de PQRSDFA, la intervención de salidas no conformes, auditorías internas y generación de acciones de mejora (correctivas y de mejora). Abarca desde la identificación de fuentes de mejoramiento, hasta la verificación de eficacia de las acciones. Incluye el mejoramiento del proceso y la revisión por la dirección. |
| **PARTICIPANTES:**Líderes de Procesos, Usuarios del SGC (docentes, padres de familia, estudiantes, partes interesadas), auditores. | **FACTORES CLAVES DE ÉXITO:*** Planeación y organización en las actividades de mejoramiento.
* Acompañamiento permanente a la gestión de mejoras de los procesos.
* Competencia de los auditores y líderes de proceso frente a la gestión de mejoras
* Instrumentos de evaluación claros y comprensibles
* Comunicación ágil y oportuna.
* Adecuada identificación de las fuentes de mejoramiento.
* Atención oportuna a necesidades de mejoramiento
* Confidencialidad en la información.
* Aceptación y compromiso con la mejora continua.
* Claridad en la interpretación del servicio no conforme
* Análisis de resultados para la toma de decisiones
 |
| **PROVEEDORES** | **ENTRADAS** | **ACTIVIDADES** | **SALIDAS** | **CLIENTES** |
| Todos los procesos del SGCComunidad educativa | Necesidades de mejoramiento (NC reales/potenciales, salidas No Conformes y Oportunidades de Mejora).Peticiones, quejas, reclamos, sugerencias denuncias, felicitaciones y apelaciones.Percepción del servicio | **P -**Identificar fuentes de mejoramiento- Recolectar la información para realizar la revisión por la dirección**H -**Realizar evaluación de satisfacción* Intervenir PQRSDA.
* Realizar auditorías internas del SGC
* Identificar y controlar las Salidas No Conforme
* Establecer necesidad de mejoramiento.
* Generar acciones de mejora
* Reportar acciones de mejora para su registro y seguimiento.
* Implementar acciones de mejora.
* Realizar la revisión por la dirección.

**V -**Verificar estado y eficacia de las acciones generadas* Verificar eficacia del proceso

**A** -Generar mejoramiento del proceso. | Acciones de mejora eficacesNivel de satisfacción Informe de Hallazgos de AuditoríaSugerencias atendidas eficaz y oportunamente.Informe de gestión de mejoras | Todos los procesos del SGCComunidad educativaDireccionamiento estratégico |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **RECURSOS** | **REQUISITOS** | **CONTROLES** | **DOCUMENTOS** | **REGISTROS** |
| -Talento Humano: Participantes del proceso.-Tecnológicos: Equipo de cómputo, Equipos audiovisuales, servicio de internet, página web-Físico: Archivadores, papelería, muebles y enseres, oficina. | * Norma NTC21001: 2018

Numerales 8.7, 9.1.2.1, 9.1.2.2, 9.1.3, 9.1.4, 9.1.5, 9.2, 10,  | * Al cumplimiento de cronograma de actividades de mejoras.
* A la intervención de las acciones de mejora desde cada proceso.
* Adecuado análisis de causas y plan de acciones correctivas y de mejora.
* Cierre oportuno de los hallazgos auditorías internas.
* Cierre oportuno de NC u OM.
* Atención oportuna y satisfactoria de quejas y sugerencias
* Al desempeño de los auditores internos.
* Revisión por la dirección
* Decisiones de la revisión por la dirección
 | Caracterización Evaluación y Mejora de la GestiónMatriz de Salida No Conforme | Acciones de Mejora.Atención de PQRSDFA.Control de Salida No ConformeEvaluación de SatisfacciónConsolidado de SatisfacciónBase de datos por procesoPOAListado de VerificaciónPlan de Auditoria Informe de AuditoríaActa de revisión por la dirección |

1. **DEFINICIONES**

|  |
| --- |
| **AUDITORÍAS*** **Alcance de la auditoría:** extensión y límites de una auditoría.
* **Auditado:** organización que es auditada.
* **Auditor:** persona con la competencia para llevar a cabo una auditoría.
* **Auditoría:** proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de auditoría.
* **Cliente de auditoría:** organización o persona que solicita una auditoría.
* **Competencia:** atributos personales y aptitud demostrada para aplicar conocimientos y habilidades.
* **Conclusiones de una auditoría:** resultado de una auditoría que proporciona el equipo auditor tras considerar los objetivos de la auditoría y todos los hallazgos de la auditoría.
* **Conformidad:** cumplimiento de un requisito.
* **Criterios de auditoría:** conjunto de políticas, procedimientos o requisitos utilizados como referencia.
* **Diagnóstico Institucional:** mecanismo de recolección y análisis de la información sobre el medio que rodea a la institución, las necesidades y expectativas de la comunidad educativa, el concepto interno y externo de sus clientes, a fin de identificar las debilidades, fortalezas, amenazas y oportunidades existentes para iniciar el proceso de mejoramiento.
* **Equipo auditor:** uno o más auditores que llevan a cabo una auditoría, con el apoyo, si es necesario, de expertos técnicos.
* **Evidencia de la auditoría:** registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que son pertinentes para los criterios de auditoría y que son verificables.
* **Experto técnico:** persona que aporta conocimientos o experiencia específicos al equipo auditor.
* **Hallazgos de la auditoría:** resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría recopilada frente a los criterios de auditoría.
* **No conformidad:** incumplimiento de un requisito.
* **Plan de auditoría:** descripción de las actividades y de los detalles acordados de una auditoría.
* **Programa de la auditoría:** conjunto de una o más auditorías planificadas para un periodo de tiempo determinado y dirigidas hacia un propósito específico.
* **Registro:** documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.
* **Requisito:** necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.
* **Revisión:** actividad emprendida para asegurar la conveniencia, la adecuación y eficacia del tema objeto de la revisión, para alcanzar unos objetivos establecidos.

**SUGERENCIAS E INCONFORMIDADES*** Petición: Pedido que puede ser de información, papelería o acción.
* Queja: insatisfacción respecto a la calidad en la atención.
* Reclamo: insatisfacción respecto al servicio educativo.
* Sugerencia: proponer ideas o mejoras para la institución.
* Denuncia: Se presenta cuando hay incumplimiento o trasgresión a la norma educativa e institucional.
* Felicitación: Resaltar la labor de algún miembro o estamento de la comunidad.
* Satisfacción (del cliente): percepción del cliente sobre el grado en se han cumplido sus requisitos.
* Apelaciones: Se presenta cuando la respuesta recibida no es satisfactoria. (cinco días hábiles después de la respuesta). Para las apelaciones pasara a dar respuesta la rectoría quien determinara los plazos y el debido proceso en caso de ser una apelación de orden legal. La apelación corresponde cuando no se está conforme con el tratamiento ofrecido en la queja, la cual se escala de acuerdo con el conductor regular o instancia que corresponda dar solución según lo establecido en el manual de convivencia.

**ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORA*** **Acción correctiva:** acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación.
* **Plan de acción:** tareas o acciones operativas que debe realizar cada departamento, área o persona para concretar estrategias clave en un plan operativo que permita su monitoreo, seguimiento y evaluación.
* **Seguimiento al proceso:** descripción no detallada de las actividades que se realizan en un procedimiento.
* **Aseguramiento de la calidad:** parte de la gestión de la calidad orientada a proporcionar confianza en que se cumplirán los requisitos de la calidad.
* **Calidad:** grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos.
* **Mejora continua:** actividad recurrente para aumentar la capacidad para cumplir los requisitos.
* **Mejora de la calidad:** parte de la gestión de la calidad orientada a aumentar la capacidad de cumplir con los requisitos de la calidad.
* **Objetivo de la calidad:** algo ambicionado o pretendido, relacionado con la calidad.
* **Eficacia:** extensión en la que se realiza las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados.
* **Eficiencia:** relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados.
 |

**CONDICIONES GENERALES**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| * La mejora continua es una gestión transversal, que implica a todos los procesos, Por tanto, los Líderes de Proceso deben conocer este documento, referente para la intervención de no conformidades, acciones correctivas y de mejora.
* Fuentes de detección de No conformidades (NC) y Acciones correctivas y Oportunidades de Mejora (ACM).

| **NC** | **AC**  | **OM**  | **FUENTES**  |
| --- | --- | --- | --- |
| X | X | X  | Seguimiento a la política y objetivos de calidad  |
|  | X  | X  | Prestación del servicio educativo |
|  | X  |  | Seguimiento a no conformidades  |
| X | X  | X  | Seguimiento al desempeño de procesos  |
| X | X  | X  | Seguimiento o necesidades de recursos (equipos, ambiente de trabajo y mantenimiento)  |
|  |  | X | Cambios que podrían afectar el SGC |
|  | X  | X  | Resultados de indicadores  |
|  | X  | X  | Análisis de datos  |
| X | X  | X  | Auditorías internas  |
| X | X  | X  | Auditorías externas  |
| X | X  | X  | Revisión por la dirección  |
| X | X  | X  | Competencia y desempeño del personal  |
|  |  | X  | Estudio de mercado  |
|  | X  | X  | Satisfacción del cliente  |
| X | X  | X | Sugerencias e inconformidades del cliente SIR |
| X | X  | X  | Desempeño de proveedores  |
| X | X  | X  | Las relacionadas con el SG-SST |

* En caso de requerirse subcontratar el servicio de auditoría interna, esta debe acogerse al procedimiento institucional, para la realización de los ciclos de auditorías internas.
* Todo proceso es responsable de su propio mejoramiento, gestionado en cabeza del Líder de Proceso correspondiente.
* Las mejoras dadas en los procesos, deben estar orientadas más hacia el desarrollo de oportunidades de mejora, que hacia acciones correctivas.
* El Procedimiento Gestión de Mejoras, define el método para la intervención de No Conformidades Reales y Oportunidades de Mejora, a partir de la definición de acciones correctivas y de mejora respectivamente. Como se define en el siguiente diagrama:

**DIAGRAMA DE MEJORA CONTINUA****ALTO IMPACTO****ESTABLECER****JUSTIFICACION****ESTABLECER****CAUSAS REALES**1**NC REAL****ACCION CORRECTIVA****DETECTAR****Y ABRIR LA NC****REALIZAR****EL TRATAMIENTO****ESTABLECER****TRATAMIENTO****REINSPECCIONAR****DESCRIPCION NC****MEJORA****CONTINUA****SIGNIFICATIVA****DETECTAR****Y ABRIR LA MEJORA****DESCRIPCION****MEJORA****ESTABLECER****PLAN DE ACCIÓN****ESTABLECER****PLAN DE ACCION****VERIFICAR EFICACIA****VERIFICAR EFICACIA**FINFIN |

1. **PROCEDIMIENTO**

| **Nº** | **ACTIVIDAD** | **RESPONSABLE** | **DESCRIPCIÓN** | **DOCUMENTOS.****Y/O REGISTRO** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1P | IDENTIFICAR FUENTES DE MEJORAMIENTO | Líder del proceso de Evaluación y Mejoras | Se definen las fuentes a través de las cuales se podrán identificar necesidades de mejoramiento (acciones correctivas y de mejora) desde cada uno de los procesos. Dichas fuentes se deben actualizar permanentemente, según las necesidades de los procesos y el SGC y se relacionan en la condición general 3.1.Se deben dar a conocer las fuentes definidas a todos los líderes de procesos, de tal forma que se reconozcan como tal durante la gestión de los procesos. | Fuentes de Mejoramiento |
| 2H | INTERVENIR PQRSDFA | Líder del proceso de Evaluación y Mejoras | Ver numeral 4.1 |  |
| 3H | REALIZAR EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN | Líder del proceso de Evaluación y Mejoras | Ver numeral 4.2 |  |
| 4V | IDENTIFICAR Y CONTROLAR LAS SALIDAS NO CONFORMES | Líder del proceso de Evaluación y Mejoras | Ver numeral 4.3 |  |
| 5H | REALIZAR AUDITORÍAS INTERNAS DEL SGC | Líder del proceso de Evaluación y Mejoras | Ver numeral 4.4 |  |
| 6H | ESTABLECER NECESIDAD DE MEJORAMIENTO. | Líderes de proceso | Durante la ejecución, seguimiento y evaluación del proceso, se identifican las necesidades de mejoramiento, a partir de las fuentes definidas (ver condiciones generales).Dichas fuentes permiten establecer las acciones correctivas y de mejora, requeridas para el fortalecimiento en la gestión de los procesos y la prestación del servicio. | Acciones de Mejoramiento |
| 7H | GENERAR ACCIONES DE MEJORA | Líderes de procesos | En compañía del equipo del proceso, se generan las acciones de mejora (correctivas y de mejoramiento), para la intervención de las necesidades de mejoramiento (no conformidades reales y oportunidades de mejora).Dichas acciones deben permitir la intervención eficaz de la necesidad. Bien sea la eliminación de la no conformidad o la obtención del beneficio esperado por la oportunidad.Para la generación de las acciones de mejora, se debe tener en cuenta si esta es correctiva o de mejora (ver condición general 3.2) e intervenirla según el tipo de necesidad | Acciones de Mejoramiento |
| 8H | REPORTAR ACCIONES DE MEJORA PARA SU REGISTRO Y SEGUIMIENTO. | Líder del proceso de Evaluación y Mejoras | Finalizando cada periodo académico, en reunión de Comité de Calidad o a nivel individual con cada líder de proceso, se identifican las acciones generadas durante el periodo y se relacionan en la base de datos por proceso  | Base de datos por proceso |
| 9H | IMPLEMENTAR ACCIONES DE MEJORA | Líderes de procesos | Se socializa el plan acción ante las instancias que participaran en la intervención de la necesidad de mejoramiento y se ejecuta según lo establecido en éste.  | Evidencias de intervención |
| 10V | VERIFICAR ESTADO Y EFICACIA DE LAS ACCIONES GENERADAS | Líderes de procesosLíder del proceso de Evaluación y Mejoras |  Cada líder de proceso hace seguimiento a la intervención de las acciones de mejoramiento vigentes y para aquellas que se han cerrado, establecer su nivel de eficacia, relacionando su estado en el registro de Acciones de Mejoramiento.Finalizando cada periodo académico, en comité de calidad o reunión individual con cada líder de proceso, se revisa el estado de las acciones de mejoramiento abiertas en cada proceso, para establecer cómo se han intervenido y si han sido cerradas de manera eficaz. Se relaciona su estado en la base de datos por proceso. | Acciones de MejoramientoEn la base de datos por proceso |
| 11V | VERIFICAR EFICACIA DEL PROCESO | Líder del proceso de Evaluación y Mejora | Para asegurar la eficacia del proceso, es necesario efectuar los controles establecidos, descritos a continuación:* Al cumplimiento de cronograma de actividades de mejoras.
* A la intervención de las acciones de mejora identificadas para cada proceso.
* Al adecuado análisis de causas y plan de acciones correctivas y de mejora.
* Cierre oportuno de los hallazgos auditorías internas.
* Cierre oportuno de NC y OM.
* Atención oportuna y satisfactoria de quejas y sugerencia
* Al desempeño de los auditores internos.

En los periodos establecidos, se realiza la medición de los indicadores del proceso y se reportan, a través del Informe de Gestión del Proceso, al momento que se requiera. | Informe de gestión del proceso |
| 12A | GENERAR MEJORAMIENTO DEL PROCESO | Líder del proceso de Evaluación y Mejora | Cuando se identifique ineficacia del proceso y/o necesidades de mejoramiento en el mismo, se generan acciones de mejora pertinentes en el formato Acciones de Mejoramiento. | Acciones de Mejoramiento |

***4.1 ATENCIÓN DE FIS (felicitaciones, sugerencias, inconformidades y apelaciones)***

| **Nº** | **ACTIVIDAD** | **RESPONSABLE** | **DESCRIPCIÓN** | **DOCUMENTOS.****Y/O REGISTRO** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1P | Definir canales de PQRSDFA | Comité de Calidad | Al inicio del año lectivo, el comité de calidad determina los canales a través de los cuales la comunidad educativa podrá manifestar sus fortalezas, sugerencias e inconformidades.(Petición, queja, reclamo, sugerencia, denuncia, felicitación y apelación).Para la definición se tiene en cuenta el resultado de utilización de los canales establecidos previamente.Los canales institucionales que pueden ser utilizados son:- Buzón de sugerencias (PQRSDFA) - Orientaciones de grupo de final de periodo.- Reuniones de padres de familia, entre otros. | Acta de reunión |
| 2H | Socializar canales definidos | Líder de MejorasCoordinadores (as) | En coordinación con las diferentes sedes, se presenta ante la comunidad educativa, los canales definidos para manifestar PQRSDFA (Petición, queja, reclamo, sugerencia, denuncia, felicitación y apelación); a través de reuniones, carteleras, orientaciones de grupo, página web, circulares, entre otros.Es importante sensibilizar e informar a la comunidad educativa sobre el adecuado uso de los canales definidos y el manejo que se dará por parte de la Institución Educativa, con el fin de asegurar el mejoramiento institucional. | Evidencias de difusión |
| 3H | Recibir PQRSDFA | Líder de Mejoras /Delegado Sede | Las PQRSDFA (Petición, queja, reclamo, sugerencia, denuncia, felicitación y apelación), pueden ser manifestadas por la comunidad educativa a través de los diferentes canales definidos.Para la recepción de PQRSDFA se tendrá en cuenta los siguiente:Los PQRSDFA que se manifiesten a través de la página web se direccionan al correo electrónico institucional, que consulta el Líder de Mejoras, al menos una vez en la semana.Buzón de sugerencias: Se encuentra ubicado en las oficinas administrativas o cerca a la portería.Cuando se haga uso de este medio, se debe solicitar el formato *Atención a PQRSDFA* a la persona encargada en cada sede.El buzón y el correo electrónico asignado para PQRSDFA, se revisa por lo menos una vez en la semana, por el Líder de Mejoras o la persona asignada en cada sede.Los PQRSDFA manifestadas son registradas en el formato *Atención a PQRSDFA*.Orientaciones de grupo y reuniones de padres de familia: En las orientaciones de grupo de final de periodo y reuniones de padres de familia, los directores de grupo solicitarán a los estudiantes y padres de familia que manifiesten aquellas situaciones que generaron inconformidad o que puedan ser reconocidas.Para la reunión con padres de familia, se deben recoger los datos de quienes manifiesten PQRSDFA, para notificar el tratamiento dado a los mismos.Los PQRSDFA manifestados por este medio, son registradas en el formato *Relación de* PQRSDFA *Grupal* y entregadas al Líder de Mejoras finalizada la actividad de grupo. | *Atención a PQRSDFA**Relación de PQRSDFA* *Grupal* |
| 4H | Relacionar y Remitir PQRSDFA | Líder de evaluación y mejora  | Todos los PQRSDFA recibidas se relacionan en el formato tratamiento de PQRSDFA y se identifican con el consecutivo asignado. Se remiten las PQRSDFA al delegado del proceso en la sede correspondiente, para su intervención y se establece la fecha límite para dar respuesta al usuario.Se debe dar respuesta al usuario, máximo 15 días hábiles después de recibida la PQRSDFA y registrar en el formato Atención de PQRSDFA los datos de la notificación.Una vez dada la respuesta al solicitante se le envía un link de satisfacción inmediata donde se indaga por el nivel de satisfacción que tiene luego de recibir la respuesta. Para las apelaciones pasara a dar respuesta la rectoría quien determinara los plazos y el debido proceso frente a este en caso de ser una apelación de orden legal.La apelación corresponde cuando no se está conforme con el tratamiento ofrecido en la queja, la cual se escala de acuerdo con el conductor regular o instancia que corresponda dar solución según lo establecido en el manual de convivencia  | Atención a FISA formato de tratamiento de fis  |
| 5H | Intervenir PQRSDFA | Líderes de Procesos  | Todas las sugerencias e inconformidades PQRSDFA deben ser intervenidas desde un correctivo (acción inmediata) y, en caso que dicho tratamiento no sea suficiente para el cierre de dicha sugerencia o queja, se genera una acción de mejora, según lo establecido en el Procedimiento Evaluación y Mejora.Cuando se manifiestan reconocimientos, se informa al personal que lo haya generado, como estímulo. | Atención de PQRSDFA |
| 6V | Efectuar seguimiento a las PQRSDFA manifestadas | Líder de evaluación y mejora | Pasados los 15 días hábiles, posterior a la entrega de las PQRSDFA, los líderes de los procesos correspondientes reportan al Líder de Mejoras el estado de las notificaciones y éste hace una verificación aleatoria a las mismas.Finalizando cada periodo, en Comité de Calidad o reunión individual con cada líder de proceso, se hace seguimiento a las sugerencias y quejas manifestadas y se solicita informe verbal del estado de la intervención dada.En caso de que la PQRSDFA se haya cerrado, el líder del proceso que realizó la intervención establece la eficacia en el tratamiento, a partir de la satisfacción del usuario frente al misma y la relaciona en el formato Atención de PQRSDFA y la entrega al Líder de Mejoras.El seguimiento se realiza a las sugerencias y quejas relacionadas en formato de tratamiento de PQRSDFA y se establece el estado de estas, bien sea “Abierta” o “Cerrada”.  | Atención de PQRSDFAFormato de tratamiento de PQRSDFA |
|  | Evaluar resultados de los tratamientos | Líder de evaluación y mejora | En los periodos establecidos, se presenta el informe de PQRSDFA como fuente para la *Evaluación de la Gestión Institucional*. | Informe de Gestión |
|  | Retroalimentar a la comunidad educativa | Líder de MejorasCoordinadores (as) | En coordinación con las diferentes sedes, se presenta ante la comunidad educativa, las PQRSDFA más relevantes y el tratamiento dado a cada una de ellas.Este informe se hace 3 veces al año correspondiente a los 3 periodos escolares al finalizar cada uno de ellos.Este informe se ubica en la página institucional a la vista de toda la comunidad educativa padres, docentes y estudiantes, información que puede ser tomada en cuenta también en los encuentros de CIDPAC con los grupos. | Actas de Reunión Evidencias de la retroalimentación |

**4. 2 Evaluación de Satisfacción**

| **Nº** | **ACTIVIDAD** | **RESPONSABLE** | **DESCRIPCIÓN** | **DOCUMENTOS.****Y/O REGISTRO** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1P | **Definir criterios para la evaluación de satisfacción.** | Comité de Calidad | Se establecen los criterios para la evaluación de satisfacción con el servicio, como son:La encuesta será diseñada/ajustada por el comité de calidad; según las necesidades que se presenten, de acuerdo a los cambios o modificaciones en el SGC y/o políticas institucionales.- Los ítems del instrumento de evaluación deben describir las características sobre las cuales se da la prestación del servicio, para cada uno de los usuarios (padres de familia/acudiente y estudiantes). - La encuesta será elaborada con base en los procesos institucionales, teniendo en cuenta las actividades básicas que estos realizan para la prestación del servicio.- El lenguaje del instrumento será contextualizado y de acuerdo a las características de la población encuestada.2. Tamaño de la muestra:- Se hará con base en la población real, correspondiente al total de familias vinculadas con la institución, por cada una de las sedes.La determinación de la muestra se hará con base en la Herramienta de Muestreo establecida3. Frecuencia de aplicación de la encuesta.- Se efectuará una vez al año, en el período correspondiente al último trimestre del año lectivo.4. La evaluación a estudiantes se aplicará a partir del grado 3° de la básica primaria y a padre de familia/acudientes de todos los niveles educativos que ofrece la institución.  | Acta de Comité de CalidadEncuesta de satisfacción |
| 2 | **Aplicar encuesta de satisfacción al personal seleccionado.** | Líder de Mejoras | La encuesta de satisfacción se aplicará a todos los padres y estudiantes que deseen hacerla, esta metodología corresponde a un método aleatorio también. Para Padres de Familia y estudiantes. La evaluación se aplica en el último periodo del año y puede hacerse desde la página institucional. . | Evaluación de Satisfacción |
| 3 | **Tabular resultados de la encuesta** | Docentes de Tecnología  | La sistematización de la evaluación, permite que la tabulación se tenga de forma inmediata y se pueda proceder a la consolidación y análisis de los resultados en la mayor brevedad posible.Esta información es suministrada por los docentes de tecnología en las condiciones de forma requeridas por el Líder de Evaluación y Mejoras | Consolidado de Evaluación de Satisfacción |
| 4 | **Analizar resultados obtenidos de la evaluación de satisfacción** | Líder del Procesode Mejoras | A partir de los resultados consolidados de la evaluación de satisfacción, se analiza la información para determinar si los aspectos evaluados representan una fortaleza o debilidad en la prestación del servicio y priorizar su intervención.Un ítem representa una fortaleza cuando el resultado consolidado es mayor o igual a 82 % En caso contrario, representa una debilidad y por tanto debe intervenirse desde la generación de una acción correctiva, por el proceso correspondiente. | Consolidado Evaluación de Satisfacción  |
| 5 | **Notificar aspectos por mejorar.** | Líder de Mejoras | Se presenta el consolidado de la evaluación de satisfacción ante el Comité de Calidad, para su análisis e intervención.Conocido el estado de satisfacción general y por ítems, se remiten a los líderes de procesos correspondientes para la generación de acciones de mejoramiento.Así mismo, se presentan los resultados a la Comunidad Educativa, según ,lo establecido en la Matriz de Comunicaciones | Acta de Comité de Calidad |
| 6 | **Intervenir resultados que afectan o puedan afectar la satisfacción.** | Líder de cada proceso | Los ítems cuyo resultado de satisfacción represente una debilidad, se intervendrán a partir de la generación de una Acción correctiva según lo establecido en procedimiento “Gestión de Mejoras”.Para fomentar la generación de acciones de mejora, pueden intervenirse ítems que representen fortaleza, pero tengan riesgo de ser valorados negativamente en la siguiente evaluación  | Acción de Mejora |
| 7 | **Efectuar seguimiento a resultados de satisfacción**  | Líder de Mejoras | En reunión de comité de calidad de final de periodo, se efectúa el seguimiento a la ejecución e impacto de las acciones definidas para la intervención de ítems débiles de la evaluación de satisfacción.Cuando se requiera efectuar seguimientos personalizados a los procesos, estos se programan con los líderes correspondientes.  | Acta de reunión |
| 8 | **Presentar informe de satisfacción** | Líder de Mejoras | Se presenta ante la dirección (Rectoría) el estado de satisfacción de la comunidad educativa, con la prestación del servicio y para ello, se apoya del formato remitido por el Representante de la Dirección.La información se entrega en las condiciones de forma y tiempo requeridas desde el proceso Direccionamiento Estratégico | Informe de Satisfacción |

***4.3 CONTROL SALIDAS NO CONFORME***

| **Nº** | **ACTIVIDAD** | **RESPONSABLE** | **DESCRIPCIÓN** | **DOCUMENTOS.****Y/O REGISTRO** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1P | IDENTIFICAR FUENTES DE SALIDAS NO CONFORMES | Líderes de Procesos | Para garantizar una adecuada y oportuna intervención de las salidas no conformes, es necesario identificar: la naturaleza de los SNC, el criterio para determinar la no conformidad en el servicio, los registros; así como los tratamientos, responsables de su intervención y posterior liberación y procesos en que pueden presentarse.Las salidas no conformes se registran en la Matriz de Salidas No Conformes, la cual se actualiza cada año por el proceso de evaluación y mejoras | Matriz de Salidas No Conforme |
| 2H | SOCIALIZAR SALIDAS NO CONFORME | Líderes de Procesos | Presentar ante los usuarios del SGC que intervienen en los procesos, donde pueden presentarse SNC, las fuentes y los criterios, para identificarlos al momento que se presenten. La socialización se realiza según lo establecido en la Matriz de Salida No Conforme. | Evidencias de socialización |
| (salidas3H | REGISTRAR E INTERVENIR SALIDAS NO CONFORMES | Líderes de Procesos | Cuando se identifica un SNC, este se registra en el Formato Control *de Salida No Conforme el cual es diligenciado por el proceso respectivo* se identifica según se establece en la Matriz de Salida No Conforme. Se hace una descripción del SNC presentado y el tratamiento o correctivo para eliminarlo. | Control de Salida No Conforme |
| 4V | EFECTUAR SEGUIMIENTO A LA EFICACIA DE LOS SNC | Responsable de Liberación | Efectuar el seguimiento a la eficacia del tratamiento definido para intervenir el SNC.Cuando el tratamiento es eficaz, se libera el servicio por la instancia correspondiente. Según las responsabilidades definidas en la Matriz de Salida No Conforme | Matriz de Salida No ConformeControl de Salida No Conforme |
| 5A | ANALIZAR RESULTADOS DE LOS SNC | Líderes de Procesos | Finalizado cada periodo académico, los líderes de procesos en que se han presentado SNC, los analizan para determinar tendencias, frecuencia, impacto, entre otras y establecer acciones correctivas, y/o de mejora, cuando se requiera, según lo establecido en el procedimiento Mejora Continua.Así mismo, el Líder de Mejoras recoge los registros de SNC que se presentaron cada mes durante el periodo en los procesos y los registra en base de datos por proceso | Acciones de MejoraBase de datos por proceso  |

**4.4 *AUDITORIAS DE CALIDAD***

| **Nº** | **ACTIVIDAD** | **RESPONSABLE** | **DESCRIPCIÓN** | **DOCUMENTOS.****Y/O REGISTRO** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1P | PROGRAMAR AUDITORIAS | Líder de Auditorías | Se establece el programa de auditorías, a través del POA del proceso, definiendo los ciclos internos y externos de auditorías a realizarse. En el programa de auditorías (POA) se especifican los procesos que serán auditados en los intervalos establecidos por la Institución y las fechas de realización de las auditorías. Para elaborar el programa de auditoría tener en cuenta:- Requerimientos del Sistema de Gestión de Calidad- Resultados de auditorías previas - Solicitudes particulares | POA |
| 2P | DEFINRI PLAN DE AUDITORIAS | Líder de Auditorías | Se definen las condiciones bajo las cuales se va a desarrollar cada ciclo de auditorías internas de calidad, como son:- Objetivo y alcance de la auditoría- Processo a auditar- Auditados por processo- Documentos relacionados- Criterios de la auditoría- Riesgos de la auditoriaDichas condiciones se definen en el Plan de AuditoríaPara la conformación del equipo auditor se tiene en cuenta: número de procesos a auditar (alcance de la auditoría), grupo de auditores disponibles; garantizando su independencia y el cumplimiento del perfil establecido en el proceso de Gestión Humana.Cuando la institución lo considere necesario, dispondrá de auditores externos que apoyen el equipo de auditores internos. Teniendo en cuenta que tengan la competencia requerida*Ver Perfiles de Cargo* | Plan de Auditorías |
| 3H | NOTIFICAR AUDITORIAS | Líder de Auditorías | La notificación de las auditorías, tanto para auditores como para auditados, se efectúa con la publicación del Plan de Auditorías en un lugar visible, cartelera interna o a través de reunión general, con al menos 8 días de anticipación al inicio de las mismas.El Líder del Proceso y/o responsable del Subproceso a auditar puede convocar a otras personas que considere, deban participar de la auditoría, teniendo en cuenta su incidencia en el alcance de esta. |  |
| 4P | PREPARAR AUDITORIAS | Auditores  | Los auditores deben documentarse previamente sobre el proceso a auditar y estudiar la información necesaria para la realización de la auditoría, como son:Requisitos y documentos asociados, resultados de auditorías anteriores, criterios de auditoría definidos.La preparación de la auditoría puede realizarse de manera conjunta entre el grupo de auditores asignados o por procesos, estableciendo los mismos lineamientos para el desarrollo de la auditoría y seguimiento al proceso. Los lineamientos definidos para el desarrollo de la auditoría deben permitir al auditor indagar sobre la apropiación del SGC por los auditados, las condiciones de implementación y eficacia del proceso e identificar la conformidad con requisitos establecidos.La definición de preguntas se hace teniendo en cuenta el ciclo PHVA del proceso, identificando aquellas actividades críticas para lograr el objetivo y tener mayor énfasis en el cumplimiento de dichas disposiciones.Se emplea el formato *Listado de Verificación* | Listado de verificación de auditoría.  |
| 5H | REALIZAR AUDITORIAS | Auditores Asignados  | La auditoría se realiza en tres etapas:1)-Reunión de apertura: Se hace la presentación de los auditores y auditados, se revisa el programa definido (agenda) y se presentan las condiciones bajo las cuales se darán las auditorías. Es un espacio propicio para bajar la tensión y ansiedad de las personas.Puede realizarse conjuntamente con el grupo de auditores y auditados o desde cada auditoría programada2)-Entrevista: Utilizando como referencia el Listado de Verificación elaborado, se indaga acerca de la conformidad (cumplimiento) del proceso con los requisitos definidos para el mismo. Para ello, se solicitan las evidencias suficientes y se toma nota de aquellos aspectos que permitan identificar los diferentes hallazgos.Aquellos casos en los cuales no se dé cumplimiento, se levanta la no conformidad y se describe el motivo de la misma, así como la referencia normativa o de proceso que se está incumpliendo. 3)-Reunión de Cierre: El auditor líder informa a los auditados acerca de los hallazgos, conformados por aspectos por resaltar, por mejorar y no conformidades. En caso de requerirse, se concilian los hallazgos con los auditados | Listado de verificación de auditorías  |
| 6V | CONSOLIDAR HALLAZGOS DE LA AUDITORIA | Auditores AsignadosLíder de Auditorías | Luego de la auditoría, los auditores se reúnen para unificar criterios respecto a los hallazgos encontrados y organizar el Listado de Verificación definitivo por proceso auditado. Esta reunión debe darse en la mayor brevedad posible para evitar confusiones u olvidos al momento de analizar los hallazgosEl grupo de auditores presentan al líder de auditorías los diferentes hallazgos, con los cuales, se consolida el Informe de Auditorías, (no conformidades, aspectos por resaltar y aspectos por mejorar) y determinando el nivel de implementación y de eficacia del S.G.C. | Informe de auditoría |
| 7H | PRESENTAR INFORME DE LA AUDITORIA | Líder de Auditorías | Dar a conocer los resultados generales de la auditoría a los auditados, bien sea en forma individual o en Comité de Calidad y se entrega el Informe de Auditorías, con los resultados de cada proceso. El auditor solicita la determinación y entrega de Acciones de Mejora, requeridas para la intervención de los hallazgos, principalmente las No Conformidades y define la fecha de seguimiento a dichas acciones. | Informe de auditoríaActa de Reunión |
| 8V | EVALUAR COMPETENCIA DE LOS AUDITORES | Líderes de Proceso | Los Líderes de los procesos, donde se presentaron hallazgos, deben abrir las acciones de mejora requeridas, según lo establecido en el proceso Gestión de Mejora Continua e intervenirlas de acuerdo con el plan de acción definido.Las Acciones de Mejora definidas deben ser entregadas al Líder de Auditorías en la fecha establecida. | Acciones de Mejora |
| 9V | EFECTUAR SEGUIMIENTO A LA INTERVENCIÓN DE HALLAZGOS | Auditores Asignados | Los auditores delegados, deben verificar la intervención de las No Conformidades detectadas, a través de las Acciones de Mejora definidas e informar los resultados de la verificación al Líder de Auditorias. | Acciones de Mejora |
| 10V | PRESENTAR INFORME DE AUDITORIAS | Líder de Auditorías | Se verifica que se hayan ejecutado las auditorías programadas en las fechas establecidas. | POA |
| 11V | EVALUAR AUDITORES | Líder de Auditorías | Como resultado de la auditoría, el Líder de Auditorias y/o Líder de Mejoras evalúa las competencias del auditor y presenta los resultados al líder de Gestión de Talento Humano con las conclusiones y necesidades del equipo auditor, según lo establecido en el Proceso Gestión del Talento HumanoNOTA: Cuando la auditoría interna es realizada con el acompañamiento de auditores externos o pares, se solicita el certificado de competencia. | Evaluación de Desempeño |
| 12A | PRESENTAR INFORME DE AUDITORIAS | Líder de Auditorías | Presentar un informe consolidado de las auditorías, para ser llevado a la Revisión por la Dirección, en el cual se concluya la conformidad del sistema con las disposiciones planificadas, con los requisitos de la norma, los clientes y la Institución. | Consolidado Revisión por Dirección |

1. **ARCHIVO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICACIÓN** | **Responsable de Almacenamiento** | **ALMACENAMIENTO** | **Tiempo de Retención** | **Disposición Final** |
| **Nombre** | **Lugar** | **Forma** |
| Atención a PQRSDFA | Líder Proceso de evaluación y mejoras | Carpetas por sede | Física y magnética | 1 año | Reciclaje |
| Encuesta de Satisfacción | Líder Proceso de evaluación y mejoras | Carpeta | física | 1 año | Reciclaje |
| Control de salida no conforme | Líder Proceso de evaluación y mejoras | Carpetas por sede | física | 1 año | Reciclaje |
| Base Datos Mejoras | Líder Proceso de evaluación y mejoras | Carpetas  | magnética | indefinido |  |
| Consolidado Eval Satisfacción | Líder Proceso de evaluación y mejoras | Carpetas  | magnética | indefinido |  |
| Acciones de Mejoramiento | Líder Proceso de evaluación y mejoras | carpetas | Física y magnética | 1 año | Reciclaje |
| Plan de Auditorias | Líder Proceso de evaluación y mejoras | carpetas | magnética | 1 año | Reciclaje |
| Listado de Verificación | Líder Proceso de evaluación y mejoras | carpetas | magnética | 1 año | Reciclaje |
| Informe de Auditorias | Líder Proceso de evaluación y mejoras | carpetas | magnética | 1 año | Reciclaje |
| Informe de Gestión del Proceso | Líder Proceso de evaluación y mejoras |  |  |  |  |