**CARACTERIZACIÓN MEJORAMIENTO DE CALIDAD 2021**

|  |
| --- |
| **Objetivo:**  |
| Fortalecer el mejoramiento continuo del Sistema de Gestión de Calidad, mediante el seguimiento y evaluación de los procesos para lograr la satisfacción de las partes interesadas. |
| **Alcance:**  |
| Aplica para todos los procesos de la institución, el seguimiento, medición y análisis de la comunicación con el cliente (quejas, reclamos y evaluación de Satisfacción) del SGC de los procesos y hasta la implementación y eficacia de acciones correctivas, y de mejora, incluyendo auditorías internas y externas, salidas no conformes y gestión del riesgo. |
| **Responsable:**  | **Participantes:** |
| Líder de Proceso, | Comunidad Educativa. |
| **Factores claves del éxito:** | **Indicadores:**  |
|  Líderes de procesos con el respectivo seguimiento a la implementación y eficacia de las acciones correctivas y de mejora en su proceso. Líderes de los procesos realizando seguimiento y control a sus respectivos riesgos.Auditorías internas y externas  Líderes de los procesos dando una atención oportuna y eficaz a quejas, reclamos, salidas no conformes, y no conformidades. | **Satisfacción de la comunidad educativa**Comunidad satisfecha con el servicio sobre comunidad evaluada **Eficacia en el servicio**Eficacia en acciones de mejora cerradas eficazmente sobre Cantidad de acciones implementadas |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **¿Qué necesito?** | **¿Quién lo entrega?** |  | **Actividades** | **¿Qué se obtiene?** | **¿Quién se beneficia?** |
| Oportunidades de mejora, Quejas, reclamos, sugerencias, salidas no conformesResultados de Auditoría InternaResultado de Indicadores.Riesgos de los procesos | Todos los procesos del S.G.CPadres de Familia y estudiantes Líderes de Procesos | P | Identificar AC – AM – Servicio Educativo no conforme | Análisis de datos de acciones de A/M, A/C y quejas reclamos y sugerencias.Seguimiento y control a las no A/C; A/M.Informes de AuditoriasResultados de Evaluación de SatisfacciónPlanes de Acción | Todos los procesos del S.G.C y la comunidad Educativa.Partes interesadas. (Universidades, Secretaría de Educación del Municipio de Itagüí.Proveedores externos de productos y servicios.Mejoras SignificativasDocumentos y registros (identificados, almacenados, preservados, analizados y con disposición final).Informe de gestión por procesos. |
| P | Programar auditorías |
| P | Realizar y difundir la programación de las auditorias |
| P | Definir instrumento y criterios para la evaluación de satisfacción. |
| P | Definir los canales de sugerencias, quejas y reclamos. |
| P | Identificar quejas, reclamos, sugerencias |
| H | Realizar el plan de auditorias |
| H | Aplicar la encuesta satisfacción del servicio. |
| HH | Tomar acciones y analizar causasConsolidar y analizar el desempeño de los procesos.Controlar la información documentadaRealizar el informe consolidado de auditorias |
| H | Sistematizar las no conformidades, riesgos y oportunidades de mejora.  |
| V | Sistematizar las sugerencias, quejas y reclamos recibidos.hacer seguimiento a la eficacia de las acciones tomadasRevisar la actualización y vigencia de la información documentada interna- externa de la Institución. |
| A | Tomar acciones de mejora y hacer seguimiento a la Gestión del proceso. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Recursos:** | **Registros Generados:** |
| **Humano** | **Infraestructura** | **Documento** | **Formato** |
| **Competente** | Howard y software | Caracterización  | Acciones de mejoramiento Registro Servicio educativo no conformeQuejas, reclamos, sugerencias Base de datos, quejas, reclamos, sugerencia Programa Auditoria Plan de AuditoriaInforme de auditoria Evaluación desempeño auditoresEncuesta de SatisfacciónResultados de Encuesta de Satisfacción |
| **Requisitos de Ley:** | **Requisitos de la Norma:** |
| Decreto 1290, Guía 34 de Evaluación Institucional. | Numerales de la norma ISO 9001:20154.4 - 5,1,2- 5,2- 6,1 -6,2- 7,5 – 8,7-9,1 9,2- 9,3- 10,1 – 10,2 – 10,3  |

1. **DEFINICIONES:**

**2.1 Requisito:** Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria. Existen 6 tipos de requisitos que aplican a cualquier organización:

Ley (Código laboral, pago de impuestos entre otros.)

Reglamentarios del sector educativo (M.E.N)

Cliente

Ente certificador (reglamento de certificación)

Iso 9001

Institucionales (caracterizaciones, información documentada, instructivos, reglamento interno de trabajo entre otros.)

**2.2 No conformidad real (NC):** Incumplimiento de un requisito.

**2.3 No conformidad potencial u observación de auditoría:** Incumplimiento parcial requisito.

**2.4 Acción correctiva (AC):** Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseable.

**2.5 Corrección:** Acción tomada para eliminar una no conformidad detectada. Existen diferentes tipos de correcciones: Reproceso, Concesión, Reparación, entre otros.

**2.6 Eficacia:** Extensión en la que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados.

**2.7 Auditoria:** Proceso sistemático y documentado para obtener evidencias de la auditoria y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de auditoria. Se dividen estas en:

* **Auditorías Internas:** Denominadas como auditorias de primera parte, se realizan por o en nombre de la organización, para la revisión del SGC o con otros objetivos internos.
* **Auditorías externas:** Se denominan auditorias de segunda y tercera parte. Las auditorias de segunda parte se llevan a cabo por partes que tienen un interés en la organización, tal como los clientes, o por otras personas en su nombre. Las auditorias de tercera parte se llevan a cabo por un ente certificador o regulador.

**2.8 Hallazgo de Auditoria:** Resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoria recopilada frente a los criterios de auditoria. Existen los siguientes tipos de hallazgos:

* Conformidad
* No conformidad
* Observación
* Aspecto u oportunidad de mejora

**2.9 Revisión por la Dirección:** Actividad emprendida para asegurar la conveniencia, la adecuación y eficacia del desempeño del Sistema de Gestión de la Calidad para alcanzar los objetivos establecidos.

**2.10 Cliente externo:** persona que recibe el servicio educativo: Padres de familia y estudiantes.

**2.11 Cliente interno:** persona(s) o proceso(s) interno que recibe los resultados de otro proceso.

**2.12 Proceso responsable de la no conformidad:** proceso del Sistema de Gestión de Calidad que incumplió el requisito.

 **2.13 Seguimiento al proceso:** control o verificación que hace cada líder del proceso a su respectivo proceso, con el fin de asegurar los resultados planificados en el tiempo establecido.

**2.14 Queja:** expresión de insatisfacción hecha a una organización, con respecto a sus productos o al propio proceso del tratamiento de las quejas, donde se espera una respuesta o resolución explícita o implícita.

**2.15 Riesgo:** Oportunidad de que suceda algo que tendrá impacto en los objetivos. (NTC 5254 nº1.1.13)

**2.16 Situación durante la cual se detecta la no conformidad:** escenario en el cual se identifica el incumplimiento del requisito. Algunas de estas situaciones pueden ser:

* Auditoría externa
* Auditoría interna
* Revisión por la alta dirección
* Seguimiento al proceso
* Queja y/o reclamo del cliente externo (padres de familia y/o estudiante)
* Queja y/o reclamo del cliente interno (Servicio Educativo No Conforme)
* Seguimiento a proveedores
* Seguimiento a la competencia del personal
* Medición de la satisfacción del cliente
* Política y Objetivos de Calidad
* Resultados de Indicadores
* Iniciativa
* Experiencia de otros colegios.

**2.17 Cliente de la auditoria:** Organización o persona que solicita una auditoria.

**2.18 Auditado**: Organización o proceso que es auditado.

**2.19 Auditor:** persona con la competencia para llevar a cabo la auditoria.

**2.20 Reporte de no conformidades y acciones correctivas:** Registro en el que se describe todas las actividades que se implementaron para eliminar la no conformidad detectada, siguiendo los pasos establecidos en el presente información documentada.

**2.21 Eficacia de las acciones correctivas:** Grado en el que las acciones correctivas lograron eliminar la no conformidad.

**3. CONDICIONES GENERALES**

**3.1** Una no conformidad puede tener más de una causa raizal, por ende, puede requerir de más una acción correctiva para eliminarla.

**3.2** Cualquier estamento de la comunidad educativa tiene el derecho de identificar una no conformidad y tiene el deber de reportarla en el formato destinado para ello, con fines de mejoramiento de la Institución.

**3.3** La acción correctiva se toma para prevenir que una no conformidad vuelva a producirse, por lo menos por la misma causa.

**3.4** Una vez registrada una no conformidad, el líder del proceso responsable tiene máximo 8 días hábiles para definir si es o no realmente una no conformidad y en el caso que lo fuere, en esos mismos días debe hacer el análisis de causas y el plan de acciones correctivas, de ser necesario.

**3.5** Cuando el análisis de causas indique que las causas que dieron origen a la no conformidad no son de control de la Institución, se registra en el formato destinado para ello, que no se requieren de acciones correctivas y se procede a cerrar la no conformidad.

**3.6** No toda no conformidad requiere de correcciones. El líder del proceso responsable determina si se requiere o no de correcciones para eliminar los efectos o molestias que haya generado la no conformidad.

**3.7** Los responsables de verificar la eficacia de las acciones correctivas y son el auditor que identificó la acción en la auditaría o el líder del proceso, cuando esta ha sido identificada en otra situación.

**3.8** Para medir la eficacia de las acciones correctivas se pueden establecer metas cualitativas o cuantitativas, según sea el caso, que permitan mostrar que la no conformidad o sus efectos se están mitigando.

**3.9** Las no conformidades no requieren ser eliminadas totalmente. Es decir, dependiendo de la no conformidad se puede llegar a un nivel de minimización diferente a cero y tolerable por la Institución.

**3.10** Las autoridades para cerrar las no conformidades son en su orden: Rector, auditor interno o externo y/o líder del proceso responsable.

**3.11** Cuando una No Conformidad amerita tomar acción correctiva:

* Cuando es repetitiva dentro del S.G.C
* Alto impacto en la comunidad educativa
* Cuando afecta la imagen del colegio
* Afecta la satisfacción del cliente
* Afecta la planeación, objetivos e indicadores
* Alto Costo
* Afecta la seguridad del personal
* Genera un reproceso alto
	1. A las no conformidades encontradas en auditorías internas se le debe realizar correcciones, análisis de causas, y acciones correctivas para eliminar la ocurrencia.
	2. Se debe documentar registro de las auditorías internas
	3. Cuando se presenta una No Conformidad, el proceso responsable debe tomar acciones para eliminar causas de las No Conformidades con objeto de prevenir que vuelvan a ocurrir.
	4. 3.1. Las fuentes para acciones correctivas, y de mejora pueden ser:
	+ Evaluación de la satisfacción del cliente
	+ Revisión por la dirección
	+ Planeación estratégica
	+ Objetivos y política de calidad
	+ Indicadores de seguimiento
	+ Auditorías Internas
	+ Seguimiento a los procesos
	+ Seguimiento a Proveedores
	+ Seguimiento a la competencia del personal
	+ Ineficiencia en el cierre de no conformidades
	+ Seguimiento a los requisitos y especificaciones del Servicio

3.2. El proceso de Gestión de Mejora está compuesto por Seis temas y son responsabilidad del líder del proceso:

* Acciones Correctivas, Acciones de Mejora y Manejo del No Conforme
* Atención a Sugerencias, Quejas y Reclamos
* Medición de la Satisfacción del Cliente
* Auditorias.
* Control de información documentada.
* Gestión del riesgo
	1. **ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORAS:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **ACTIVIDAD** | **PHVA** | **RESPONSABLE** | **DESCRIPCIÓN** | **REGISTROS** |
| **1** | Definir las líneas de intervención para la mejora. | P | Rector y líderes de proceso | En el último trimestre del año, se debe realizar el proceso de Autoevaluación Institucional teniendo en cuenta las orientaciones dadas por MEN. De acuerdo a los niveles de desarrollo en cada una de las gestiones y/o procesos se definen las líneas de intervención para la mejora o formulación de objetivos (PMI) | Informe de Autoevaluación Institucional y PMI |
| **2** | Consolidar AC y AM de los procesos. | H | Rector y líderes de proceso | Resultados de satisfacción en el servicio (resultados de encuestas, análisis de SQR)Realizar ciclo de auditorías internas mínimo una vez al año. | Informe consolidado de Auditorías internas y externas |
| **3** | Consolidar y analizar el desempeño de las áreas de gestión y/o procesos. | H | Rector y líderes de proceso | 1. Hacer seguimiento a puntos de control de los procesos Esta actividad la realiza cada proceso y el líder tiene conocimiento de la siguiente información:
* Seguimiento a compromisos pendiente de informes anteriores
* Cambios que podrían afectar el proceso
* Resultados de satisfacción en el servicio (resultados de encuestas, análisis de SQF
* Seguimiento a indicadores
* Seguimiento a acciones de auditoría
* Seguimiento a PMI y ACM
* Propuestas de mejorar
* Consolidado de ACM
1. Realizar ciclo de auditorías internas mínimo una vez al año.
 | Informe consolidado de Auditorías internas y externas |
| **4** | Establecer fortalezas y debilidades institucionales por procesos. | H | Comité de Calidad | Se analiza el estado de los procesos, se define una matriz con fortalezas y debilidades de cada uno de los procesos, luego se determinan los factores críticos de intervención. Se debe tener en cuenta que para el análisis y definición de factores críticos de cada uno de los procesos o gestiones es útil emplear los siguientes criterios* ***Urgencia:*** qué tan apremiante es la necesidad de que el establecimiento educativo supere un determinado factor crítico.
* ***Tendencia:*** qué tanto se agravaría la situación institucional si no se elimina un determinado factor crítico.
* ***Impacto:*** cuál es la incidencia de un determinado factor crítico en el logro de unos resultados concretos.
 |  |
| **5** | Hacer seguimiento y evaluación de los resultados del plan de Mejoramiento. | V | Líderes de Proceso | El seguimiento a los PMI se hace desde el reporte de Gestión por procesos en términos del estado de cada actividad en categorías como: “no iniciada”, “en ejecución”, “en espera”, “finalizada” o “cancelada”.Se debe estimar un porcentaje de ejecución para las actividades que se encuentran “en ejecución”, “en espera”, o a fin de contar con un parámetro adicional para identificar su estado de avance. | Plan de Mejoramiento Institucional |

**4.2 CONTROL DE INFRMACIÓN DOCUMENTADA DE ORIGEN INTERNO Y EXTERNO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **ACTIVIDAD** | **PHVA** | **RESPONSABLE** | **DESCRIPCIÓN** | **REGISTROS** |
| **1** | Planear la Documentación y la comunicación del S.G.C | P | Comité de Gestión de Calidad | Definir la documentación requerida de ley y de norma, tanto Interna como externa, mapa de procesos, planeación estratégica, y los medios de comunicación para su difusión, |  |
| **2** | Detectar necesidades de elaborar, modificar, anular y aprobar documentos | H | Comité de calidad | Cualquier usuario detecta la necesidad, pero la canaliza a través del comité de calidad Quien evalúa la viabilidad y comunican los cambios a los usuarios |  |
| **3** | Incluir en el listado Maestro | H | Líder del proceso  | 1. Se incluye el documento en el Listado Maestro GD- y se establecen los archivos para su distribución |  |
| **4** | Difundir el documento | H | Líder del proceso de documentación | Según el listado maestro GD, se migran los documentos actualizados en la página web Institucional  |  |
| **5** | Recoger Obsoletos | H/V | Líder de proceso de documentación | Se retiran de la red los documentos obsoletos y se dejan los nuevos. Se informa a los usuarios de los cambios. Se deja copia de la carpeta del año anterior en pc de coordinación de calidad. |  |
| **6** | Hacer seguimiento a la gestión del proceso | H/V | Líder de proceso de Documentación | Se hace control a las actividades de seguimiento y a la caracterización de los procesos y cuando no se cumpla, se detecta una no conformidad, Se utilizan los medios de comunicación para dejar lesiones aprendidas. |  |

**4.3 CONTROL DE REGISTROS**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **ACTIVIDAD** | **PHVA** | **RESPONSABLE** | **DESCRIPCIÓN** | **REGISTROS** |
| **1** | Planear los registros del S.G.C | P | Comité de Gestión de Calidad | Según la necesidad de cada proceso se sigue la norma ISO 9001:2015 y la ley |  |
| **2** | Identificar Los registros | H | Líder de cada proceso | Se establecen los controles principales en los procesos para identificar los registros, los cuales pueden ir sobre formatos o cualquier documento. |  |
| **3** | Llevar los registros | H | Todos los usuarios del Sistema de Gestiónde Calidad | Según la necesidad de cada usuario en su proceso, lleva los registros, nota: los registros no se modifican, solo el diseño del formato o la forma de diligenciarlos |  |
| **4** | Archivar los registros | H | Líder de cada proceso | Cada líder es responsable de tener la información en un medio de almacenamiento de su elección. |  |
| **5** | Preservar los registros | H | Líder de cada proceso | En el lugar de archivo, garantizar que no se pierda o deteriore.En archivos electrónicos, hacer backup. |  |
| **6** | Establecer el acceso a los registros | H | Líder de proceso | Establecer las restricciones de acceso en las condiciones generales de la información documentada que lo requieran, respeto por la información suministrada. |  |
| **7** | Documentar los registros archivados | H | Líder de proceso | Se deben almacenar los registros generados en la ejecución de los procesos con base a las condiciones de almacenamiento definidas por cada gestión. |  |
| **8** | Dar disposición final | H | Líder de proceso | Pasado el tiempo establecido para archivar los registros, dar la disposición final por cada gestión. |  |
| **9** | Hacer seguimiento a la Gestión | V/A | Líder de proceso y/o Coordinador de calidad | Revisar que se esté llevando el control y disposición final y que se toman acciones de mejora. |  |

**5. ARCHIVO DE REGISTROS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICACIÓN** | **RESPONSABLE ARCHIVO** | **LUGAR Y FORMA DE ARCHIVO** | **TIEMPO DE CONSERVACIÓN Y DISPOSICIÓN** |
| **CÓDIGO** | **NOMBRE** |
| GD-MC-F-02 | Acciones de mejoramiento | Líder de cada proceso  | Oficina de cada proceso, En PC de cada líder, Ofician de calidad en PC de calidad, en registros de cada año |  Se conserva en Pc de calidad. |
| GD-MC-F-06 | Plan de auditorías internas de calidad | Coordinador de calidad | Oficina de Coordinación de calidad, en Pc de calidad. | Se conserva en Pc de calidad.  |
| GC-MC-F-04 | Lista de verificación | Coordinador de calidad | Oficina de coordinador de calidad, en medio magnético | Se conserva en Pc de calidad.  |
| GD-MC-F-08 | Informe auditorías internas | Coordinador de calidad | Oficina de coordinador de calidad, en medio magnético | Se conserva en Pc de calidad.  |
| GD-MC-F-01 | Quejas, sugerencias y felicitaciones | Líder de cada proceso | En oficina de coordinador de calidad, impreso, en carpeta proceso,  Inquietudes en orden consecutivo de numero por año  | Cada líder la conserva mientras se les da trámite, posteriormente pasa a la oficina de calidad, donde se guardan por un año. Se conservan en Base de datos del correo y carpeta. |
|  | Encuesta de Satisfacción | Coordinador de calidad | En oficina de calidad, se realiza en forma virtual. | Se conserva mientras se hace el análisis, posteriormente pasa a archivo por un año, luego se destruye. |
| GD-MC-F-05 | Listado maestro de documentos | Líder de mejoras | Ofician de calidad, en PC  | Se conserva en Pc de calidad.  |
| GD-MC-F-13 | Registro salidas no conformes | Líder de mejoras | Ofician de calidad, en PC.Se realiza virtualmente | Se conserva en PC de calidad  |
| GD-MC-F-09 | Informe de desempeño auditores | Líder de auditoria | Oficina de coordinador de calidad, en medio magnético | Se conserva en Pc de calidad.  |
| GD-MC-F-12 | Base de datos ACM | Coordinador de Calidad | Oficina de Calidad, en Computador de Calidad en registros | Se conserva en PC de calidad  |
| GD-MC-F-11 | Relación de SQF entregadas | Coordinador de Calidad | Oficina de Calidad, en Computador de Calidad en registros | Se conserva en PC de calidad  |

**5. CONTROL DE CAMBIOS**

|  |  |
| --- | --- |
| VERSION | DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO |
| 01 | Documentación inicial del proceso |
| 02 | Se realizaron ajustes con respecto a la norma ISO 9001:2015, |