



MÓDULO 6
EVALUACIÓN Y MEJORAS - 2023
TABLA DE CONTENIDO

1.	11.1.	21.2.
	31.3.	51.4.
	51.4.1.	71.4.2.
	ATENCIÓN DE FELICITACIONES, SUGERENCIAS, PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS Y DENUNCIAS .	
		10
1.4.3.	111.4.4.	121.5.
	171.6.	¡Error! Marcador no definido.2.
	¡Error! Marcador no definido.3.	¡Error! Marcador no definido.3.1.
	¡Error! Marcador no definido.3.2.	¡Error! Marcador no definido.3.3.
	233.4.	233.5.
	233.6.	233.7.
	243.8.	243.9.
	253.10.	263.11.
	263.12.	273.13.
	273.14.	273.15.
	283.16.	283.17.
	293.18.	293.19.
	293.20.	293.21.
	30	
4.	ARCHIVO	36
5.	CONTROL DE CAMBIO DOCUMENTAL	42

ANEXOS: Ninguno

=====

1. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE EVALUACIÓN Y MEJORAS
1.1. CARACTERIZACIÓN

OBJETIVO: Favorecer el mejoramiento institucional y la prestación del servicio, a través del desarrollo de acciones de mejoramiento.	RESPONSABLE: Líder del proceso Docente Diana Mayeli Aguirre Restrepo.
INDICADORES - Eficacia en acciones de mejora. - Resultados de encuestas de Satisfacción de Beneficiarios. EFICACIA EN ACCIONES DE MEJORA	ALCANCE: Aplica para la evaluación de satisfacción, la atención de FSQRDA, la evaluación de las partes interesadas, la intervención de servicios no conformes, auditorías internas y generación de acciones de mejora (correctivas de mejora). Abarca desde la identificación de fuentes de mejoramiento, hasta la verificación de eficacia de las acciones. Incluye el mejoramiento del proceso.
PARTICIPANTES: Líderes y facilitadores de Procesos, Usuarios del SGC (docentes, padres de familia, estudiantes, partes interesadas, auditores).	FACTORES CLAVE DE ÉXITO: - Competencia de los auditores. - Instrumentos de evaluación claros y comprensibles. - Comunicación ágil y oportuna. - Atención oportuna a necesidades de mejoramiento. - Confidencialidad en la información. - Convencimiento 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 de SGC Comunidad Educativa	Necesidades de Mejora identificadas. Felicitaciones Sugerencias. Quejas. Reclamos. Denuncias. Percepción del servicio.	<ul style="list-style-type: none"> Identificar fuentes de mejoramiento institucional. Realizar evaluación de satisfacción. Evaluar partes interesadas. Intervenir FSQRT. Realizar auditorías internas del SGC. Establecer necesidades de mejoramiento. Generar acciones de mejora. Reportar acciones de mejora para su registro y seguimiento. Facilitar la Identificación y el seguimiento al tratamiento a los Servicios No Conformes de cada proceso. Implementar acciones de mejora. Verificar estado y eficacia de las acciones generadas. Verificar eficacia del proceso. Generar mejoramiento del proceso. 	Nivel de Satisfacción. Felicitaciones Sugerencias Felicitaciones Sugerencias Quejas Reclamos Denuncias. Acciones de mejora. Informe de Auditorías. Informe de gestión de mejoras.	Comunidad Educativa. Todos los procesos del SGC. Proceso Direccional Estratégico.

RECURSOS	REQUISITOS	CONTROLES	DOCUMENTOS
-Talento Humano: Participantes del proceso. -Tecnológicos: Equipos de cómputo, Equipos audiovisuales, servicio de internet, página web. -Físicos: Archivadores, papelería, muebles y enseres, oficina.	Norma ISO 9001:2015 6.1. 8.2.1, 8.7, 9.1, 9.1.1, 9.1.2, 9.1.3, 9.2, 10, 10.1, 10.2, 10.3 Norma ISO 19011/2011 NTC ISO 21001 6.1 6.3 7.4 8.5.3, 8.5.5, 8.7, 9, 10	<ul style="list-style-type: none"> Al cumplimiento del cronograma de actividades de mejoras. A la intervención de las acciones de mejora. Adecuado análisis de causas y plan de acciones correctivas y de mejora. Al cierre oportuno de los hallazgos de auditorías internas y externas. Al cierre oportuno de NC y AM. A las quejas, denuncias, apelaciones y reclamos atendidas de manera oportuna. Al tratamiento de las salidas no conformes que gestiona cada proceso. 	Caracterización, Evaluación y Mejora de la Gestión. Guía Matriz de Servicio No Conforme. Guía de Evaluación de satisfacción. Guía de información documentada. (Direccional estratégico).



--	--	--	--

1.2 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 misma.
- **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 pertinente para los criterios de auditoría y que es verificable.
- **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.
- **Pensamiento basado en riesgos:** Aumento de la capacidad de anticiparse y reaccionar a los riesgos y oportunidades internas y externas.
- **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.
- **Riesgos:** Efecto de la incertidumbre.

SUGERENCIA, QUEJA, RECLAMO Y FELICITACIÓN Y APELACIÓN

Sugerencia: Es una insinuación a través de la cual se pretende que la entidad pública adopte mecanismos de mejoramiento de un servicio o de la misma entidad. O por el contrario elogiar una actuación o mecanismo de la entidad. (15) Treinta días hábiles para dar respuesta.

Queja: Es el medio a través del cual una persona, o usuario pone de manifiesto su incomodidad con la actuación de una entidad o de un funcionario o con la forma y condiciones en que se preste o no un servicio. (15) Quince días hábiles para dar respuesta

Reclamo: Es la solicitud presentada por una persona natural o jurídica con el objeto de que



se revise una actuación administrativa con la cual no está conforme, y pretende a través de la misma que la actuación o decisión sea mejorada o cambiada. (15) Quince días hábiles para dar respuesta.

Denuncia: Es la puesta en conocimiento de una conducta posiblemente irregular, para que se adelante la correspondiente investigación penal, disciplinaria, fiscal, administrativa - sancionatoria o ético profesional. (10) Diez días hábiles para dar respuesta.

Felicitación: Es la manifestación que expresa el agrado o satisfacción con un funcionario o con el proceso que genera el servicio. (15) Treinta días hábiles para dar respuesta.

Apelaciones: Es un medio de impugnación a través del cual se solicita que se revoque una decisión y/o respuesta de una autoridad y ante una queja o reclamo. (30) Treinta días hábiles para dar respuesta.

CORRECTIVO, ACCIÓN CORRECTIVA Y DE MEJORA

- **Acción correctiva:** Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación.
 - **Correctivo:** Acción tomada de inmediato para intervenir una queja, reclamo o servicio no conforme.
 - **Plan de acción:** Tareas o acciones operativas que debe realizar cada proceso, 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.
- Acción preventiva:** acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencial no deseable.

1.3 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, de mejora y servicios no conforme.
- Fuentes de detección de necesidades de mejoramiento y la intervención, a través de Correctivos (C), Acciones Correctivas (AC) y Acciones de Mejora (AM). Acciones Preventivas.
- En caso de requerirse subcontratar el servicio de auditoría interna, ésta debe acogerse al procedimiento de contratación de proveedores establecido por la institución, realizando los ciclos de auditorías internas, según las fechas estipuladas.
- Todo proceso es responsable de su propio mejoramiento, gestionado en cabeza de su Líder.
- Las mejoras dadas en los procesos, deben estar orientadas más hacia el desarrollo de acciones preventivas y oportunidades de mejora, que a las acciones correctivas.

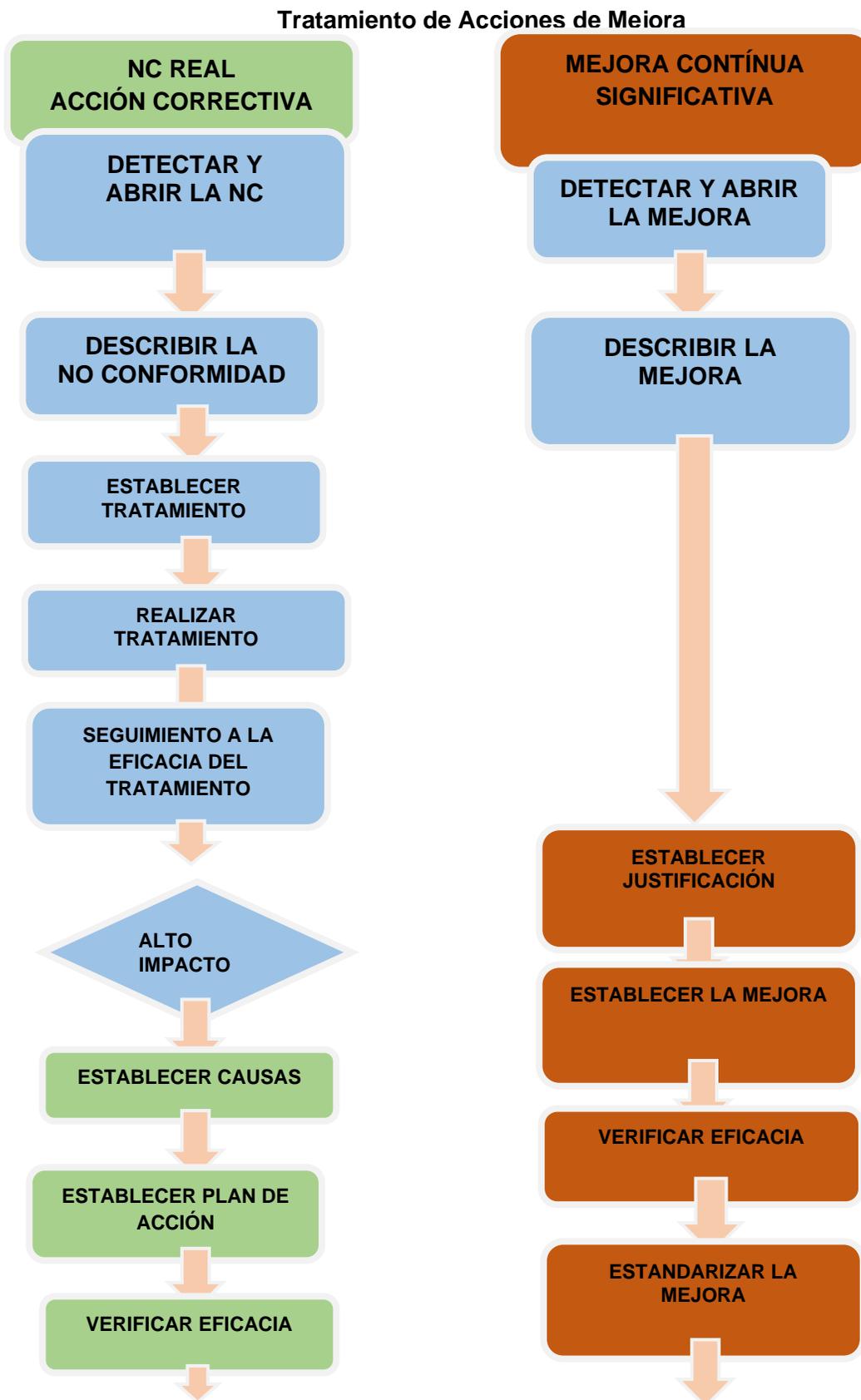
1.4 PROCEDIMIENTOS

El Procedimiento Gestión de Mejoras, define el método para la intervención de No Conformidades Reales o Potenciales y Oportunidades de Mejora, a partir de la definición

Carrera 52D N 71 – 23. Itagüí – Teléfonos 377 43 80 - 377 78 70 - 277 74 06 – iemarcelianasaldarriaga@iemarcelianasaldarriaga.edu.co



de correctivos, acciones correctivas, preventivas y de mejora respectivamente, como se define en el siguiente diagrama:



Se definen las fuentes a través de las cuales se podrán identificar necesidades de mejoramiento (correctivos, acciones correctivas y de mejora) desde cada uno de los procesos.

Dichas fuentes se deben actualizar permanentemente, según las necesidades de los procesos, el SGC y se relacionan en las condiciones generales.



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.

1.4.1 EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN

Nº	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN	DOCUMENTOS /O REGISTROS
1P	DEFINIR CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN.	Comité de Calidad	<p>1. Se establecen los criterios para la evaluación de satisfacción del servicio, como son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La encuesta será diseñada/ajustada por el comité de calidad; según las necesidades que se presenten, de acuerdo a lineamientos institucionales y aspectos del servicio que requieran ser evaluados. - 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). - El lenguaje del instrumento será contextualizado de acuerdo a las características de la población encuestada. <p>2. Tamaño de la muestra.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se hará con base en la población real, correspondiente al total de familias vinculadas con la institución. <p>La determinación de la muestra se hará con base en la Herramienta de Muestreo establecida.</p> <p>3. Frecuencia de aplicación de la encuesta. Se efectuará una vez al año, en el segundo semestre del año lectivo.</p> <p>4. La evaluación se aplicará a partir del grado 1° y a padres de familia/acudientes de todos los niveles educativos que ofrece la educación.</p>	<p>Ficha técnica de análisis de encuesta. Acta de Comité de Calidad Evaluación de Satisfacción Herramienta de Muestreo</p>
2H	APLICAR ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL PERSONAL SELECCIONADO	Líder de Mejoras	<p>Los Padres de Familia seleccionados son convocados para que realicen la evaluación y se les notifica a través de comunicación institucional, indicando la hora y lugar de la actividad. Esta será de manera virtual.</p> <p><u>Para Estudiantes:</u></p> <p>La evaluación se aplica según las fechas definidas previamente y se convoca a aquellos estudiantes que fueron</p>	<p>Archivo de Evaluación de Satisfacción para estudiantes. Archivo de Evaluación de Satisfacción</p>



			seleccionados por la <i>Herramienta de Muestreo y Selección Aleatoria</i> . Se realizará de manera virtual.	para acudientes. .
3H	CONSOLIDAR Y ANALIZAR RESULTADOS DE LA ENCUESTA	Facilitadores del proceso.	Luego de aplicadas las encuestas a de Padres de Familia/Acudientes y estudiantes, se consolidan los resultados, desde la tabulación generada por el instrumento de encuesta virtual.	Consolidado de Satisfacción. Informe de Gestión.
4V	SOCIALIZACIÓN DE RESULTADOS OBTENIDOS DE LA EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN	Facilitadores del proceso Líder de Mejoras	Se presenta el análisis de la evaluación, dando a conocer a cada proceso las fortalezas y debilidades para que estas sean intervenidas. Un ítem representa una fortaleza cuando el resultado consolidado es mayor o igual a la meta establecida. Los criterios para realizar el análisis de los resultados son: Comparación de resultados con la meta. -Comparación del resultado con el periodo anterior. -Comparativo de resultados de ítems débiles con el año anterior. -Comparativo de ítems débiles del año anterior con el actual. -Situaciones que generaron los resultados presentados. Estrategias que se proponen para fortalecer los resultados.	Consolidado de Evaluación de Satisfacción Acta de Comité de Calidad.
6H	INTERVENIR RESULTADOS QUE AFECTAN O PUEDAN AFECTAR LA SATISFACCIÓN.	Líderes de Procesos	Efectuar las acciones correctivas y de mejora que sean necesarias para el fortalecimiento de la prestación del servicio y una mayor satisfacción con el mismo.	Base de datos de Mejora continua. Plan de cambio.
7V	EFFECTUAR SEGUIMIENTO A RESULTADOS DE SATISFACCIÓN	Proceso de Evaluación y Mejoras.	El proceso de análisis y mejora hará seguimiento a las acciones de mejora o correctivas que se generen para atender los ítems débiles y se relaciona el seguimiento a las acciones en la Base de Datos de Mejoras. Cuando se requiera efectuar seguimientos personalizados a los procesos, estos se programan con los líderes correspondientes.	Base de Datos de Mejoras



8V	PRESENTAR INFORME DE SATISFACCIÓN	Líder de Mejoras	<p>En los periodos establecidos, se presenta el informe de satisfacción como fuente para la evaluación de la gestión escolar y el diagnóstico institucional.</p> <p>A inicios del año lectivo o cuando se requiera, se socializan con la Comunidad Educativa los resultados de la evaluación de satisfacción, dando a conocer las acciones de mejora que permitirán intervenir las debilidades del servicio.</p> <p>La información se entrega en las condiciones requeridas desde el proceso Direcciona Estratégico.</p>	Informe de Gestión.
----	--	------------------	--	---------------------

1.4.2. ATENCIÓN DE FELICITACIONES, SUGERENCIAS, PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS Y DENUNCIAS Y APELACIONES.

Nº	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN	DOCUMENTOS Y/O REGISTRO
1P H	DIFUNDIR CANALES PARA LA ATENCIÓN DE FSPQRDA.	Líder del Proceso y/o facilitador.	<p>Se presentan a la comunidad educativa los canales definidos para manifestar felicitaciones, sugerencias, peticiones, quejas, reclamos y denuncias. a través de algunas estrategias tales como: plegables, orientaciones de grupo, carteleras, blog institucional, página Web, correos electrónicos, circulares, reuniones, entre otros.</p> <p>La divulgación tiene dos propósitos: El primero, presentar los canales definidos como herramientas de participación que propicien la comunicación y el mejoramiento del servicio. El segundo, la sensibilización y capacitación sobre el uso del mismo.</p>	<p>Evidencias de Difusión</p> <p>Boletín institucional "Lucecitas".</p> <p>Cuaderno comunicador de los estudiantes y</p> <p>Pauta enviada a los docentes para desarrollar el micro-curriculum.</p>
2H	RECIBIR Y CLASIFICAR LAS FSPQRDA	Facilitadora del Proceso de Evaluación y Mejora.	<p>La recepción de FSPQRD se hace de dos maneras: virtual, mediante el aplicativo del buzón en la página Web; y física, en la Secretaría Institucional Oficina: D106.</p> <p>Cuando las FSPQRD se entregan directamente en alguna de las dependencias, el responsable las remite al facilitador del procedimiento.</p> <p>Los canales definidos se consultan mínimo una vez por semana.</p> <p>Todas las FSPQRDA recibidas se relacionan en la Base de Datos correspondiente.</p>	<p>Manifestación de FSPQRDA (física y/o virtual)</p> <p>Base de Datos de Mejoras FSPQRDA.</p>



			Solamente se atenderán aquellas FSPQRDA que tengan la respectiva identificación de la persona que la manifiesta.	
3H	GESTIONAR LAS FSPQRDA	Facilitadora del Proceso de Evaluación y Mejora.	El requerimiento o manifestación se tramita a través de la base de datos respectiva y se le notifica al líder que le corresponde intervenirla, también se establece la fecha límite para dar respuesta al usuario.	Manifestación de FSPQRDA
5H	DAR TRATAMIENTO A LAS FSPQRDA	Líderes de Procesos	<p>El líder responsable de la intervención relaciona en la base de datos correspondiente: La síntesis de la investigación(La cual consiste en hablar con los actores implicados, recolectar evidencias de manera objetiva),el tratamiento definido, la fecha de ejecución, el responsable de la intervención y la respuesta al manifestante.</p> <p>Nota: El campo de investigación solo se aplicará para quejas, reclamos y denuncias.</p> <p>Los líderes deberán dejar al menos una evidencia del tratamiento de la intervención y de la investigación (si fuera el caso) en la carpeta dispuesta para ello (EVIDENCIA DE REQUERIMIENTOS).</p> <p>Los tiempos de tratamiento a los requerimientos serán:</p> <p>Felicitación: 15 días hábiles para la respuesta.</p> <p>Sugerencia: 15 días hábiles para la respuesta.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Peticiones: 15 días hábiles para la respuesta. ● Queja: 15 días hábiles para la respuesta. ● Reclamo: 15 días hábiles para la respuesta. ● Denuncia: 10 días hábiles para la respuesta. ● Apelaciones: 30 días hábiles. <p>Todas las quejas y reclamos deben ser intervenidas desde un tratamiento o correctivo (acción inmediata) y, en caso de que la manifestación se presente de manera reiterativa o genere un alto impacto al servicio, se genera una acción correctiva, según lo establecido en el Procedimiento</p>	<p>Manifestación de FSQRDA</p> <p>Base de Datos FSQRDA</p>



			<p>Mejora Continua (ver numeral 4, actividad 6H).</p> <p>Las apelaciones se analizarán y responderán en una reunión extraordinaria para tal fin.</p> <p>Los reconocimientos no generan tratamiento, pero sí la retroalimentación y el estímulo correspondiente.</p>	
6V	SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN Y A LA EFICACIA.	Facilitador del del Procedimiento y líderes de proceso.	<p>El seguimiento se realiza a las manifestaciones relacionadas en la Base de Datos FSPQRDA y se establece el estado de las mismas, bien sea: "Entregada" "En Trámite" o "Cerradas".</p> <p>Cuando se haya cerrado el requerimiento, la facilitadora del subproceso establece la eficacia en el tratamiento (Solo en el caso de las Denuncias, Reclamos, Quejas y Apelaciones) que afectan directamente la prestación del servicio), a partir de la satisfacción del usuario frente a la misma y la relaciona en la base de datos correspondiente. En la cual se establece satisfacción, no satisfacción y no aplica.</p>	<p>Manifestación de FSPQRDA.</p> <p>Base de Datos FSPQRDA.</p>
7V	PRESENTAR INFORME DE FSPQRDA	Líder del Proceso	<p>En los periodos establecidos, se presenta el informe de FSPQRDA., como fuente para la evaluación de la gestión escolar.</p> <p>Finalizando cada semestre se presenta a la Comunidad Educativa el estado de los requerimientos más significativos, el tratamiento dado, a través de reuniones, carteleras, volantes, circulares, entre otras.</p>	<p>Informe de Gestión.</p> <p>Publicaciones en página web.</p> <p>Presentaciones en carpeta de la gestión en el drive.</p>

1.4.3 CONTROL DEL SERVICIO NO CONFORME

Nº	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN	DOCUMENTO Y/O REGISTRO
1P	IDENTIFICAR FUENTES DE SNC	Líderes de Procesos	Para garantizar una adecuada y oportuna intervención de los Servicios 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.	Matriz de Servicio No Conforme (documentos transversales).



			Los Servicios No Conformes se registran en la Matriz de Servicio No Conformes, la cual se actualiza permanentemente.	
2H	SOCIALIZAR SNC CON USUARIOS DEL SGC	Líderes de Procesos	Presentar ante los usuarios del SGC, que intervienen en los procesos donde pueden presentarse SNC (descritos en condiciones generales de este procedimiento), las fuentes y los criterios, para identificarlos al momento que se presenten.	Acta de capacitación y/o asesorías.
3H	REGISTRAR E INTERVENIR SNC	Líderes de Procesos	Después de socializadas las SNC, tanto los docentes como los directivos podrán reportar el hallazgo de alguno de estos. éste se registra en el Formato Manifestaciones de SNC, el cual se encuentra dispuesto en la página web institucional. En él se hace una descripción del SNC presentado y el tratamiento o correctivo para eliminarlo. La información reportada se diligencia en la Base de datos de SNC por parte de la facilitadora del procedimiento.	Formato SNC Base de datos de SNC
4V	REGISTRO DEL TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO A LA EFICACIA DEL SNC	Responsable de Liberación Según matriz de Servicio No Conforme	El líder de cada proceso deberá diligenciar en la base de datos los campos de tratamiento, eficacia y acciones a llevar a cabo en caso de no ser eficaces. Cuando el tratamiento es eficaz, se da la liberación del SNC por la instancia correspondiente (líder del Proceso o el Rector en su defecto).	Base de datos Servicio No Conforme.
5V	ANALIZAR Y REPORTAR SNC DEL PERIODO	Docentes Líder de Mejoras Líderes de Procesos	A lo largo del periodo cada líder de proceso identificará a través de la revisión de su proceso o de otras fuentes (tales como docentes, líderes de otros procesos) los SNC presentados El facilitador del subproceso (SNC) y/o líder de cada proceso realizará el análisis de la base de datos en todos los procesos, en relación a tendencia, frecuencia, impacto, entre otras y propone establecer acciones correctivas y/o de mejora, cuando se requiera Posteriormente la líder de mejoras realiza verificación.	Acciones de Mejoramiento/ Plan de cambio.
6A	AJUSTAR NUEVOS SERVICIOS NO CONFORMES	Líderes de Procesos y facilitadora de SNC	Ante la identificación de un nuevo servicio no conforme este se lleva a comité de Calidad para su análisis y aprobación y posteriormente se ajusta en el listado de la base de datos	Acta de comité de Calidad.



1.4.4 AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD

Nº	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN	DOCUMENTO Y/O REGISTRO
1P	PROGRAMAR AUDITORÍAS	Líder del proceso Evaluación y Mejoras.	<p>Se establece el programa de auditorías, definiendo los ciclos internos y externos de auditorías a realizarse.</p> <p>En el programa de auditorías se especifican todos los procesos del sistema de gestión de la calidad en los intervalos establecidos por la Institución, las fechas de realización de las auditorías y el estado de las mismas.</p> <p>Para elaborar el programa de auditoría tener en cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none">- Requerimientos del Sistema de Gestión de Calidad.- Resultados de auditorías previas.- Solicitudes particulares.	Programa de auditoría
2P	DEFINIR PLAN DE AUDITORIAS	Líder de Auditorías	<p>Se definen las condiciones bajo las cuales se va a desarrollar cada ciclo de auditorías internas de calidad, como son:</p> <ul style="list-style-type: none">- Objetivo y alcance de la auditoría.- Procesos a auditar.- Auditados por proceso.- Documentos relacionados.- Criterios de la auditoría. <p>Dichas condiciones se definen en el Plan de Auditoría.</p> <p>Para 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.</p> <p>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. <i>Ver Perfiles de Cargo</i></p>	Plan de auditoría



3P	NOTIFICAR AUDITORÍAS	Líder de Auditorías	<p>La notificación de las auditorías, tanto para auditores como para auditados, se efectúa a través de correo electrónico o a través de reuniones, con al menos 8 días de anticipación al inicio de las mismas, en la que se dará a conocer los procesos que auditarán y los requerimientos para el desarrollo de las auditorías.</p> <p>El Líder del Proceso y/o responsable del proceso a auditar puede convocar a otras personas que considere, deban participar de la auditoría, teniendo en cuenta su incidencia en el alcance de la misma.</p>	Acta de reuniones en las cuales se evidencia las notificaciones
4P	PREPARAR AUDITORÍAS	Líder de auditorías y Auditores.	<p>Los auditores deben documentarse previamente sobre el proceso a auditar y estudiar la información necesaria para la realización de la auditoría, como son:</p> <p>Requisitos y documentos asociados, resultados de auditorías anteriores, criterios de auditoría definidos.</p> <p>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.</p> <p>Los lineamientos definidos para el desarrollo de la auditoría deben permitir al auditor indagar sobre la apropiación del SIGOE por los auditados, las condiciones de implementación y eficacia del proceso e identificar la conformidad con requisitos establecidos.</p> <p>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</p>	Listado de verificación de auditoría.



			<p>cumplimiento de dichas disposiciones; para ello se emplea el formato <i>Listado de Verificación</i>.</p>	
5H	REALIZAR AUDITORÍAS	<p>Líder de auditorías y</p> <p>Auditores Asignados</p>	<p>La auditoría se realiza en tres etapas:</p> <p>1)-<u>Reunión de apertura</u>: 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.</p> <p>Puede realizarse conjuntamente con el grupo de auditores y auditados o desde cada auditoría programada</p> <p>2)-<u>Entrevista</u>:</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>3)-<u>Reunión de Cierre</u>: 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.</p>	<p>Acta de reunión de auditoría.</p> <p>Listado de verificación de auditorías</p>



6H	CONSOLIDAR HALLAZGOS DE LA AUDITORÍA	Auditores Asignados Líder de Auditorías	<p>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.</p> <p>Esta reunión debe darse en la mayor brevedad posible para evitar confusiones u olvidos al momento de analizar los hallazgos</p> <p>El grupo de auditores presentan al líder de auditorías los diferentes Listados de Verificación, con los cuales, el Líder de Auditorías elabora el Informe de Auditorías, consolidando los resultados (no conformidades, aspectos por resaltar y aspectos por mejorar) y determinando el nivel de implementación y de eficacia del S.G.C.</p> <p>En caso tal, que no esté funcionando un equipo auditor interno, el informe también será levantado por las auditoras externas que realizaron la auditoría.</p>	Informe de auditoría
7H	PRESENTAR INFORME DE LA AUDITORÍA	Líder del proceso de Evaluación y Mejora	<p>Dar a conocer los resultados generales de la auditoría a los auditados y se entrega el Informe de Auditorías relacionando cada proceso.</p> <p>El auditor solicita la determinación y entrega de Acciones de Mejora, requeridas para la intervención de los hallazgos, principalmente las No Conformidades.</p>	Informe de auditoría Acta de Reunión



8H	INTERVENIR HALLAZGOS GENERADOS	Líderes de Proceso	<p>Los Líderes de los procesos, donde se presentaron hallazgos, deben abrir las acciones requeridas, según lo establecido en el proceso Gestión de Mejora Continua e intervenirlas de acuerdo con el plan de acción definido.</p> <p>En las revisiones realizadas a la base de datos por la líder de Evaluación se determinará la eficacia de estas.</p>	Acciones de Mejora
9V	EFFECTUAR SEGUIMIENTO A LA INTERVENCIÓN DE HALLAZGOS	Auditores Asignados	La líder de mejoras y Líder de Calidad verificará la intervención de las No Conformidades detectadas, a través de las Acciones de Mejora definidas e informar los resultados de la verificación a los líderes de cada proceso.	Base de datos de Acciones de Mejoramiento/ plan de cambio.
10 V	EVALUAR COMPETENCIA DE LOS AUDITORES	Líder de Auditorías	<p>Como resultado de la auditoría, el Líder de Auditorías y/o Líder de Mejoras evalúa las competencias del equipo auditor.</p> <p>NOTA: Cuando la auditoría interna es realizada con el acompañamiento de auditores externos o pares, se solicita el certificado de competencia.</p>	Evaluación de Auditores.
11 V	PRESENTAR INFORME DE AUDITORIAS	Líder de Auditorías	Presentar un informe consolidado de las auditorías, para ser llevado a los comités y 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



1.5 DOCUMENTOS DEL PROCESO

Los libros son los soportes escritos que evidencian la evaluación y el mejoramiento institucional. Se constituyen en archivos de carácter histórico y de trazabilidad que dan cuenta de la gestión de **Actuar** de los diferentes procesos, en cuanto al mejoramiento continuo y al cumplimiento de los requisitos tanto de ley, de institución y de cliente como del proceso.

Acciones de mejoramiento/Plan de cambio

En este registro se identifican las acciones o plan de cambio que se reconoce como hallazgo de mejoramiento, tanto por responder a una no conformidad o una mejora, o que igualmente responde a una necesidad de cambio para los procesos.

Manifestación de SQRF

Este registro se encuentra físico y virtual, en el se hace evidente las diversas manifestaciones de parte de la comunidad educativa, como una retroalimentación de cara a una percepción de mejoramiento.

Base de datos mejoras

Este registro es carácter virtual, es el que permite presentar de forma general un compendio de las diferentes acciones de mejora, generadas en todos los procesos, además de permitir la visualización de los seguimientos y eficacia de los planes de acción implementadas.

Programa de auditorías

En este registro se evidencia la programación del ciclo de auditorías, respondiendo al ciclo del PHVA de los sistemas de calidad, tanto como requisito como gestión de aporte al mejoramiento y cualificación del sistema.

Plan de Auditoría

El registro de plan de auditoría se remite a una planeación en el tiempo para el desarrollo en sitio del seguimiento, contemplando el tiempo, los procesos, los auditores y el alcance de la auditoría.

Listado de Verificación

Este registro responde más al detalle de la actividad de auditoría, permitiendo hacer uso de mecanismo de seguimiento como la trazabilidad, el rol del auditado y auditor, y mucho más reflejar la implementación del acto de auditar. En ella se recoge la entrevista, el seguimiento a documentos y registros y los resultados o hallazgos identificados.

Informe de Auditoría

El informe de auditoría como tal permite hacer una presentación general o resumida de la ejecución de la auditoría y los hallazgos identificados, como carta de navegación para todo el sistema o para la generación de mejoramiento para cada proceso auditado.

Evaluación de Auditores Internos

Al evaluar a los auditores se busca cualificar competencias y fortalecer la mirada objetiva del personal interno formado, todo hacia la mejora. El identificar su competencia también permite generar el mejoramiento de este rol tan importante para la organización ya que nadie mejor para ver si se mejora que los mismos integrantes de la organización.

Manifestación de SNC

Este registro permite documentar a los líderes los hallazgos identificados por sugerencias, quejas, reclamos y/o felicitaciones y los no conforme, además de demostrar las acciones implementadas y los seguimientos realizados hasta su cierre eficaz.



1.6 FUENTES DE MEJORAMIENTO

Autoevaluación Institucional
Plan de Mejoramiento Institucional
Servicio No Conforme
Seguimiento al Desempeño de Procesos
Resultados de Indicadores
Auditoría Externas
Auditorías Internas
Revisión por la Dirección
Satisfacción del Cliente
Índice de Clima Laboral
Sugerencias, Quejas, Reclamos y Felicitaciones del cliente
Inspección y Vigilancia
Bomberos
Secretaría de Salud
Interventoría Restaurante Escolar
SIMAT
Evaluación de Desempeño Docente
Seguimiento a Operadores y Desempeño a Proveedores
Riesgos y/o Oportunidades
Partes Interesadas
Contexto de la Organización
Bienestar en las zonas comunes



2. PLAN DE PROCESO

ACTIVIDAD	RESPONSABLE DE EJECUCIÓN	PROGRAMACIÓN		
			Fecha	Reprogramado
Socialización de resultados de procedimientos: Servicios no conformes, Encuesta de satisfacción, Requerimientos (Felicitaciones, Sugerencias, Quejas, Reclamos , Denuncias) y auditorías.	Proceso de evaluación y mejoras.	Planeado	Febrero	
		Seguimiento		
Ajuste de procedimiento y canales de Felicitaciones, Sugerencias, Quejas, Reclamos , Denuncias, conforme a nuevos requeridos de la norma 21.001	Proceso de evaluación y mejoras.			
Ajuste de encuesta de satisfacción. Aplicación de encuesta de satisfacción Tabulación y análisis de encuestas de satisfacción. Informe de satisfacción a Comité de Calidad y comunidad en general. Verificación y estado de eficacia de las acciones generadas.	Proceso de evaluación y mejoras.	Planeado	Mayo/semana 2	
		Seguimiento		
		Planeado	Agosto/semana 3	
		Seguimiento		
		Planeado	Septiembre	
		Seguimiento		
		Planeado	Noviembre/semana 2	
		Seguimiento		
Verificación de eficacia del proceso (medición y análisis de indicadores del proceso).	Proceso de evaluación y mejoras.	Planeado	junio/semana 2 Noviembre /semana 3	
		Seguimiento		
Seguimiento a aspectos por mejorar de la evaluación de satisfacción.	Proceso de evaluación y mejoras.	Planeado	Nov/semana 3	
		Seguimiento		
Revisión y actualización de caracterizaciones, documentos, formatos y base de datos. asociados al proceso.	Comité de Calidad	Planeado	Marzo/semana 4	
		Seguimiento		
Verificación eficacia del proceso (medición y análisis de indicadores del proceso)	Proceso de evaluación y mejoras.	Planeado	junio semana 2 Noviembre semana 3	
		Seguimiento		
Difusión de metodología y canales para la recepción de Quejas y Reclamos.	Proceso de mejoras	Planeado	Abril/ semana 1	
		Seguimiento		



Gestión y seguimiento a base de datos de Quejas y reclamos.	Proceso de evaluación y mejoras.	Planeado	De enero/semana 2 a Diciembre /semana 1	
		Seguimiento		
Capacitación de identificación y gestión de Servicios no Conformes.	Proceso de mejoras	Planeado	Junio/semana 3	
		Seguimiento		
Seguimiento de servicios no conformes.	Proceso de mejoras	Planeado	Mensualmente/ semana 4	
		Seguimiento		
Encuentro de auditores internos	Líder de proceso	Planeado	Agosto /semana 1	
		Seguimiento		
Planeación de auditorías internas	Líder de proceso	Planeado	Agosto/semana 2	
		Seguimiento		
Realización auditorías en sitio.	Líder de proceso	Planeado	Agosto/semana 4	
		Seguimiento		
Informe de auditorías a Comité de Calidad.	Líder de proceso	Planeado	Septiembre/semana 1	
		Seguimiento		
seguimiento al cierre de hallazgos de las auditorías.	Líder de proceso	Planeado	Nov/ semana 2	
		Seguimiento		
Evaluación de desempeño de auditores internos.	Comité de calidad	Planeado	septiembre/semana 1	
		Seguimiento		
		Seguimiento		
Reunión equipo de evaluación y mejoras.	Líder de proceso	Planeado	Una vez por periodo escolar.	
		Seguimiento		

3. USO DE LA INFORMACIÓN PARA LA TOMA DE DECISIONES.

La toma de decisiones es, sin lugar a duda, una de las mayores responsabilidades del equipo directivo de la Institución Educativa, dado que de ella depende, en gran medida, el logro de los objetivos y muy especialmente el misional: la formación de ciudadanos dignos en el ser, el saber y el hacer. Tomar decisiones dentro de un proceso de gestión de la calidad, está ligado a la correcta apropiación y manejo de las distintas fuentes de la misma y a las acciones emprendidas para la prevención, la corrección y el mejoramiento.

Manejar adecuadamente la información nos permite encontrar respuestas que marcan el camino hacia las distintas metas establecidas en los indicadores de cada proceso y hacia el logro de la misión y la visión institucional. Para estar informados es importante no solo saber buscar información sino también saber registrar las fuentes con evidencias claras que permitan dar cuenta de ellas, de la seriedad y calidad de las mismas, como garantía, y confiabilidad a la hora de elaborar informes, hacer reportes, rendir cuentas o responder a las auditorías internas y externas.

Igualmente, el acceso a la información es reconocido como determinante para el empoderamiento de los procesos por parte de toda comunidad educativa. Con ella se promueve la equidad de oportunidades, se desarrolla el potencial del recurso humano de la Institución, todo ello integrado a las políticas y procesos de desarrollo municipal.

Cuando contamos con una buena información, podemos hacer estudios y proyecciones para mejorar el servicio que brindamos. Para que la información se constituya en un insumo



valioso, debe fluir y transitar por los canales adecuados y debe ser reconocida como recurso vital de la Institución para la toma de decisiones.

Presentamos a continuación las principales fuentes de mejoramiento, sin desconocer que desde la operatividad y en todos los ámbitos institucionales el manejo de datos desde otras instancias nutre cada proceso, actividad o decisión.

3.1 AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL (Guía 34 MEN):

El mejoramiento de la Institución Educativa parte del reconocimiento de la manera cómo estamos desarrollando nuestra labor formativa. Nos permite establecer los procesos que se encuentran arraigados en la Institución, así como aquellos que requieren ser fortalecidos.

La herramienta por excelencia para llevar a cabo este reconocimiento es la autoevaluación, porque nos permite recopilar, sistematizar, analizar y valorar la información sobre el desarrollo de las acciones y del resultado de los procesos de la Institución.

Para llevar a cabo la autoevaluación, actualmente nos guiamos por la Guía N°34 de Autoevaluación para el Mejoramiento Institucional del Ministerio de Educación.

Para que este proceso sea fructífero y sus resultados sean útiles para la Institución Educativa y en la toma de decisiones futuras es necesario que los participantes compartan principios como: veracidad, participación y corresponsabilidad.

También son condiciones fundamentales para el ejercicio de esta actividad las siguientes:

Disponer de información relevante sobre el desempeño de procesos, comprometer a los equipos participantes con la veracidad y la claridad de la información, asegurar el liderazgo del equipo de dirección, facilitar el apoyo de los diferentes grupos o equipos de trabajo de la Institución y desarrollar un proceso de comunicación con la comunidad educativa sobre la importancia y el sentido de la autoevaluación y sus resultados.

3.2 PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL (Guía 34 MEN):

El plan de mejoramiento es una herramienta para orientar las acciones escolares hacia el logro de los propósitos y las metas definidas por el equipo directivo y la comunidad educativa. De esta forma, la institución tiene una “carta de navegación”, la cual debe ser conocida por todos para lograr su compromiso, bajo el liderazgo del rector y de su equipo directivo. Este compromiso incluye la movilización y canalización del trabajo hacia el alcance de los objetivos en los plazos establecidos, además del seguimiento y la evaluación permanentes de los planes y acciones para saber si lo que se ha hecho permite alcanzar las metas y los resultados propuestos, y qué ajustes se deben introducir.

En la Institución Educativa, el PMI se realiza a una vigencia de cuatro años, siendo la construcción de este instrumento estratégico en tres momentos:

Primer momento: Es la autoevaluación institucional. Aquí el establecimiento educativo recopila, sistematiza, analiza y valora información relativa al desarrollo de sus acciones y los resultados de sus procesos en cada una de las cuatro áreas de gestión. Con ello es posible elaborar un balance de las fortalezas y oportunidades de mejoramiento, las cuales serán la base para la formulación y ejecución del plan de mejoramiento.

El segundo momento consiste en la elaboración del plan de mejoramiento. Se recomienda que éste tenga un horizonte de cuatro años para los cuales se definirán objetivos, actividades, tiempos y responsables de cada tarea, de manera que se logren los propósitos acordados para cada una de las áreas de gestión.



Finalmente, el tercer momento consiste en el seguimiento periódico al desarrollo del plan de mejoramiento, con el propósito de establecer cuáles fueron los resultados obtenidos, las dificultades y retrasos en la ejecución, los recursos utilizados y las razones por las cuales no se realizaron ciertas actividades. Esto permitirá revisar el logro de las metas y de los objetivos, así como efectuar los ajustes pertinentes para culminar el ciclo de la calidad.

3.3 SERVICIO NO CONFORME (ISO 9001:2015, num 8.7)

Es toda situación que afecte la calidad del servicio en todas las etapas de la prestación del mismo y a la cual se plantea una acción apropiada con base en su efecto en la conformidad del servicio.

Esta actividad implica el análisis de la situación (causa-raíz) para proponer acciones correctivas y de mejora según la naturaleza de la salida no conforme.

La Institución Educativa se asegura de identificar y controlar las salidas no conformes en los procesos de cara al usuario y en el desarrollo de la labor misional. Los controles, las responsabilidades y autoridades relacionadas con el manejo de estas situaciones están definidos por la institución en un procedimiento documentado.

3.4 SEGUIMIENTO AL DESEMPEÑO DE PROCESOS (ISO 9001:2015, num 9.1.1):

La Institución Educativa verifica la conformidad de los procesos siguiendo las disposiciones documentadas, y en intervalos planificados el responsable de cada proceso revisa los resultados del mismo como forma de efectuar seguimiento. Revisa aspectos tales como; el proceso sobre el logro de los objetivos de calidad propuestos, la satisfacción de los beneficiarios con los resultados, los resultados de la auditoría interna, el estado de las acciones, las propuestas de cambio y de mejora en el proceso plasmadas

en el plan de mejoramiento institucional.

Con base en la medición de los procesos del SGC la institución compara y valora periódicamente la eficacia o eficiencia de éstos.

Cuando no se alcanzan los resultados planificados, se llevan a cabo correcciones y acciones correctivas según sea conveniente.

3.5 RESULTADO DE INDICADOR (ISO 9001:2015, num 9.1.1):

En determinados periodos, según los intervalos planificados, los líderes realizan las mediciones (Indicadores) respectivas en concordancia con su objetivo de proceso. Esta medición se lleva a cabo teniendo en cuenta; variables, porcentajes, tipo de indicador, fuentes de información y fórmulas.

Para tal efecto la Institución Educativa, cuenta con un formato de desempeño de proceso, en este instrumento se recopila de manera detallada información para la toma de decisiones, que permite ver de forma muy concreta los avances, dificultades y mejoras de cada uno de los procesos, al igual que su fórmula de medición, resultado en relación a la meta propuesta y trazabilidad y el análisis del indicador. Se manejan en este informe tablas de referencia para el análisis y rangos de intervención con acciones en torno a los resultados, buscando con ello retroalimentar el ciclo PHVA de los procesos.

3.6 AUDITORIA DE CALIDAD EXTERNA:

La auditoría externa es un proceso desempeñado por una entidad externa a la organización, en nuestro caso el ICONTEC como ente certificador, que tienen la idoneidad en el conocimiento de la Norma ISO 9001 y la cultura de la calidad.

Como en el caso de la auditoría interna, la realización de la auditoría externa es fundamental para la toma de decisiones pues permite emitir una opinión independiente sobre la forma



de cómo opera el sistema de gestión de la calidad y formular sugerencias para el mejoramiento de la institución.

Con ella buscamos:

- Verificar la eficacia de las operaciones
- Revisar la confiabilidad de los informes y registros
- La protección de los archivos
- El cumplimiento de las leyes, las regulaciones y los contratos.
- Los resultados de la auditoría externa son socializados en el Comité de Calidad y a partir de ellos se generan acciones de mejora o correctivos para optimizar el funcionamiento institucional.

3.7 AUDITORIA DE CALIDAD INTERNA (ISO 9001:2015, num 9.2):

La auditoría interna, es un proceso desempeñado por docentes y administrativos que tienen la formación y la idoneidad para realizarlo, además de un profundo entendimiento de la cultura de la calidad, sus políticas y los procesos institucionales.

La realización de la auditoría es fundamental para la toma de decisiones, puesto que asegura que los controles internos establecidos sean adecuados para mitigar los riesgos para garantizar la eficacia del sistema y lograr que los objetivos y las metas propuestas se cumplan.

Vista así, la auditoría interna es una actividad independiente y objetiva de aseguramiento y consulta concebida para agregar valor y mejorar las operaciones de la Institución. Con ella buscamos:

Verificar la eficacia de las operaciones
Revisar la confiabilidad de los informes y registros
La protección de los archivos
El cumplimiento de las leyes, las regulaciones y los contratos.
Los resultados de la auditoría interna son socializados en el Comité de Calidad y a partir de ellos se generan acciones de mejora o correctivos para optimizar el funcionamiento institucional.

3.8 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN (ISO 9001:2015, num 9.3):

La Revisión por la Dirección comprende la elaboración del informe del estado del SGC y la divulgación de los resultados. El encargado de implementar esta revisión es el líder del Direccionamiento Estratégico en la Institución Educativa. Para esta revisión se presenta el informe del estado del SGC, documento exigido por la norma de calidad ISO 9001:2015 numeral 9.3, para evaluar anualmente el estado del SGC por la Alta Dirección.

La revisión por la Dirección se hace teniendo en cuenta las siguientes actividades:

El Líder de Calidad solicita anualmente a los líderes de proceso el envío de la información necesaria para realizar la revisión por la Alta dirección del estado del SGC, indicando la fecha y la información que se debe entregar, dejando constancia de la solicitud de información y convocatoria a la reunión en Acta de Reunión del Comité de Calidad.

La información para solicitar es la siguiente:

- La satisfacción del cliente y la retroalimentación de las partes interesadas pertinentes;
- El grado en que se han logrado los objetivos de calidad;
- El desempeño de los procesos y conformidad de los productos y servicios;
- Las no conformidades y acciones correctivas;
- Los resultados de seguimiento y medición;
- Los resultados de las auditorías;



- El desempeño de los proveedores externos;
- La adecuación de los recursos;
- La eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y las oportunidades;
- Las oportunidades de mejora.

A partir de esta información se elabora el informe del estado del sistema de gestión de calidad, el cual se socializa y discute en reunión del Comité de Calidad, con el fin de definir acciones para la mejora continua que dinamicen el proceso formativo.

En reunión del Consejo Directivo se ponen en consideración los resultados de la Revisión por la Dirección, dejando constancia de la información en el acta.

Los resultados del informe son socializados, además con la comunidad educativa en las instancias respectivas (encuentros comunitarios, Consejo de Padres, Consejo Académico, Reuniones de docentes, reuniones con el personal administrativo y de servicios, entre otras).

3.9 SATISFACCIÓN DEL CLIENTE (ISO 9001:2015, num 9.1.2):

Para evaluar la satisfacción del cliente se sigue el siguiente procedimiento:

1) Se establecen criterios para la evaluación de satisfacción del servicio, como: diseño de la encuesta, según las necesidades que se presenten, de acuerdo con lineamientos institucionales y aspectos del servicio que requieran ser evaluados.

2) Definición de ítems del instrumento de evaluación, los cuales 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).

3) La contextualización del lenguaje, de acuerdo con las características de la población encuestada, de manera que la información contenida en el instrumento de evaluación sea clara.

4) Definición del tamaño de la muestra, determinación de la muestra, frecuencia de aplicación de la encuesta, tiempos de ejecución, tipo de encuesta y públicos objetivos.

5) Ejecución y consolidación de resultados de la encuesta, los cuales se constituyen en fuente de información diagnóstica para el Plan de Mejoramiento Institucional.

6) Análisis de resultados por el Comité de Calidad, para determinar si los aspectos evaluados representan una fortaleza o debilidad en la prestación del servicio y priorizar su intervención. Toda debilidad es intervenida desde la generación de una acción correctiva, por el proceso correspondiente. Aquellos aspectos que se encuentren muy cercanos a la meta establecida son objeto de acciones preventivas, que conllevan minimizar los riesgos en la prestación del servicio y al mejoramiento de la calidad en el ofrecimiento del mismo.

7) Seguimiento a las acciones de mejora derivadas del análisis de resultados. Esta información debe ser clara y oportuna y en todo caso orientado hacia el mejoramiento del servicio y a subsanar las debilidades encontradas en la encuesta de satisfacción.

8) En los periodos establecidos, se presenta el informe de satisfacción como fuente para la evaluación de la gestión escolar y el diagnóstico institucional.

9) Presentación de los resultados y acciones de mejora a la comunidad educativa, en las instancias respectivas (encuentros comunitarios, Consejo de Padres, Consejo Académico, Consejo Directivo, Reuniones de docentes, reuniones con el personal administrativo y de servicios, entre otras).

Como podemos observar, la encuesta y las acciones que de ella se derivan, se convierten en elementos fundamentales de información acerca de la satisfacción del servicio y están enfocados hacia la valoración y mejora constante de:

Las metodologías empleadas en el proceso de enseñanza – aprendizaje

La relación docente-estudiante o docente-padre de familia/acudiente

El proceso de evaluación del aprendizaje desarrollado en la Institución

Carrera 52D N 71 – 23. Itagüí – Teléfonos 377 43 80 - 377 78 70 - 277 74 06 – iemarcelianasaldarriaga@iemarcelianasaldarriaga.edu.co



Los procesos de convivencia escolar y fortalecimiento en valores que desarrolla la institución
La promoción de las actividades de integración y participación comunitaria
La comunicación de la Institución para dar a conocer actividades, decisiones y aspectos de interés general
La calidad en el servicio recibido en: Portería, Secretaría, Coordinación, Rectoría, Personal de Aseo y Vigilancia.

3.10 ÍNDICE DE CLIMA LABORAL (ISO 9001:2015, num 7.1.4):

El clima laboral es el medio en el que se desarrolla el trabajo cotidiano. La calidad de este clima influye directamente en la satisfacción de los empleados y por lo tanto en la productividad de los mismos.

Por tal razón, es importante y necesario hacer mediciones del clima laboral en la organización para determinar y analizar el grado de satisfacción laboral de los trabajadores, para encontrar aspectos que puedan entorpecer la obtención de los resultados programados y tomar las medidas necesarias para corregir los probables factores que impidan que los individuos puedan desarrollar bien su trabajo.

Además, identificar las fuentes de conflicto que imposibilitan el logro de las metas; evaluar el comportamiento de la toma de decisiones y las acciones que se ponen en práctica para determinar nuevas acciones o reiterar las existentes y corregir el comportamiento de las personas que están a cargo de la dirección de la organización.

3.11 SUGERENCIAS, QUEJAS Y FELICITACIONES DEL CLIENTE (ISO 9001:2015, num 8.2.1):

El buzón de sugerencias (Físico y virtual) es un canal efectivo de recolección de información para tomar decisiones que tienden al mejoramiento continuo y la adecuada prestación del servicio. El buzón se consulta una vez por semana y a partir de los hallazgos se efectúan los correctivos o acciones que se requieran para la prestación de un buen servicio.

Las SQF recibidas se relacionan en la base de datos de mejoras y se remiten al proceso correspondiente, para su intervención, estableciendo la fecha límite para dar respuesta al usuario.

Todas las sugerencias y quejas deben ser intervenidas desde un tratamiento o correctivo (acción inmediata) y, en caso que se presenten de manera reiterativa o produzcan un alto impacto, se generan acciones de mejora para las mismas. Es importante aclarar que los reconocimientos no generan tratamiento, pero sí la retroalimentación y el estímulo correspondiente.

Finalizando cada periodo, en Comité de Calidad o en reunión individual con cada proceso, se hace seguimiento a las sugerencias y quejas manifestadas y se solicita informe del estado de la intervención al Líder del Proceso correspondiente.

En caso que ya se haya cerrado, se hará un seguimiento de la manifestación para establecer la eficacia en el tratamiento. Se considerará que el cierre fue eficaz en la medida que la queja no se vuelva a repetir.

El seguimiento se realiza a las sugerencias y quejas relacionadas en la Base de Datos de Mejoras y se establece el estado de las mismas, bien sea: "Abiertas" o "Cerradas".

En los periodos establecidos, se presenta el informe de SQF, como fuente para la evaluación de la gestión escolar.

Finalizando cada periodo se presenta a la Comunidad Educativa el estado de las sugerencias, quejas y felicitaciones más significativas y el tratamiento dado, a través de reuniones, carteleras, volantes, circulares, entre otras.

La comunidad tiene acceso al buzón de dos formas:

Carrera 52D N 71 – 23. Itagüí – Teléfonos 377 43 80 - 377 78 70 - 277 74 06 – iemarcelianasaldarriaga@iemarcelianasaldarriaga.edu.co



- Virtual, a través de las direcciones electrónicas www.iemarcelianasaldarriaga.edu.co y www.iemarcelianasaldarriaga.wordpress.co

- Físico: Zona administrativa (bloque D – primer piso, al lado de la Secretaría y Portería principal (número uno, allí mismo pueden reclamar el formato para las manifestaciones que deseen hacer) (Bloque A- primer piso).

El significado de las manifestaciones que se encuentran en el buzón es el siguiente:

Sugerencia: propuesta de una idea para que la Institución la tenga en consideración en una actividad o proceso determinado.

Queja: Manifestación escrita de insatisfacción con respecto a la conducta o actuación de un funcionario de la Institución.

Felicitación: expresión de satisfacción o admiración ante una acción de la Institución o de un miembro de la misma.

3.12 INSPECCIÓN Y VIGILANCIA:

La inspección y vigilancia de la educación, como función de Estado, se ejerce para verificar que la prestación del servicio educativo se cumpla dentro del ordenamiento constitucional, legal y reglamentario. Tiene como fin velar por su calidad, por la observancia de sus fines, el desarrollo adecuado de los procesos pedagógicos y asegurar a los educandos las condiciones necesarias para su acceso y permanencia en el sistema educativo.

Es una función que se ejecuta mediante la evaluación de la totalidad o de parte específica de los procesos que desarrollan los establecimientos educativos, frente a las normas que deben cumplir. El resultado de este proceso de evaluación con fines de inspección y vigilancia dará lugar a recomendar las acciones de mejoramiento y seguimiento o imposición de las sanciones institucionales a que haya lugar. Igualmente, en los eventos en los que se presuman responsabilidades personales, se procederá a dar traslado a otras autoridades para lo de su competencia. (Ver directiva ministerial no. 14 del 2005)

En ejercicio de las funciones relacionadas con inspección y vigilancia asignadas por el numeral 2º del artículo 148 de la ley 115 de 1994 y desarrolladas por el artículo 7º del decreto 907 de 1996, el Ministerio de Educación Nacional presenta este instrumento básico para realizar la evaluación de establecimientos educativos con fines de inspección y vigilancia. Las líneas de acción que contiene este instrumento constituyen los aspectos sobre los cuales, de manera prioritaria, debe ejercerse la función de inspección y vigilancia.

Los hallazgos resultantes de la visita de inspección y vigilancia por parte de la Secretaría de Educación Municipal a la Institución Educativa serán acciones de intervención que se ejecutarán para la mejora de los procesos pedagógicos, el aseguramiento de las condiciones necesarias para el acceso y permanencia en el sistema educativo de los estudiantes.

3.13 BOMBEROS:

El Concepto Técnico de Bomberos, es la apreciación técnica emitida por el Cuerpo Oficial de Bomberos, a través de la cual se revisan las condiciones de seguridad humana, riesgos de incendio, materiales peligrosos y sistemas de protección contra incendios que se presentan en un inmueble en el cual funciona o funcionará un establecimiento comercial. Los hallazgos resultantes de la inspección por parte del cuerpo oficial de bomberos a la Institución Educativa serán acciones de intervención que se ejecutarán para la mejora de la planta física y su entorno, buscando con ello minimizar los riesgos para la comunidad educativa y sus aledaños.

3.14 SECRETARIA DE SALUD:



La Secretaría de Salud municipal es la encargada de ejercer las acciones de inspección, vigilancia y control sanitario de los factores de riesgos presentes y asociados en los establecimientos de interés sanitario.

Es responsabilidad estatal y ciudadana de proteger la salud individual y colectiva, mediante la minimización de riesgos, daños e impactos negativos para la salud humana por el uso de consumo de bienes y servicios, en establecimientos de interés en salud pública, a través de verificación, asesoría y asistencia técnica del cumplimiento normativo, en aspectos relacionados con condiciones sanitarias: infraestructura, agua y saneamiento básico, control de calidad, procesos y procedimientos, cualificación del talento humano, monitoreo de efectos en salud.

Los hallazgos resultantes de la inspección sanitaria por parte de la Secretaría de Salud municipal a la Institución Educativa serán acciones de intervención que se ejecutarán para la mejora de la planta física y su entorno, buscando con ello minimizar los riesgos para la comunidad educativa y sus alrededores.

3.15 INTERVENTORÍA RESTAURANTE ESCOLAR:

El Programa de Alimentación Escolar (PAE) busca garantizar la alimentación escolar de la población más vulnerable de la I.E. fortaleciendo la infraestructura instalada de la institución de manera adecuada para el almacenamiento, preparación, distribución y consumo de los complementos alimentarios, garantizando la dotación de equipos, utensilios y menaje necesarios para la operación del programa, la prestación del servicio de alimentación desde el primer día del calendario escolar y durante la respectiva vigencia, los horarios de consumo de los complementos alimentarios, trabajando de manera coordinada con las autoridades de salud competentes, con el fin de propender por las adecuadas condiciones higiénico sanitarias en el comedor escolar y el trámite de la obtención del concepto higiénico sanitario favorable.

El proceso de Interventoría al PAE periódicamente, permite implementar planes de mejoramiento con la Institución Educativa ante el incumplimiento de requisitos de las condiciones básicas del PAE, hacerles seguimiento y apoyar su implementación y ejecución.

Los hallazgos resultantes de la Interventoría realizados al PAE por parte del ente contratado por la Secretaría de Educación Municipal y el MEN al comedor escolar de la Institución Educativa, serán acciones de intervención que se ejecutarán para la mejora de la infraestructura, manipulación, preparación y entrega final del alimento a los beneficiarios buscando con ello minimizar los riesgos para la comunidad educativa.

3.16 SIMAT:

El sistema integrado de matrícula SIMAT es una herramienta que permite organizar y controlar el proceso de matrícula en todas sus etapas, así como tener una fuente de información confiable y disponible para la toma de decisiones.

Es un sistema de gestión de la matrícula de los estudiantes de instituciones oficiales que facilita la inscripción de alumnos nuevos, el registro y la actualización de los datos existentes del estudiante, la consulta del alumno por Institución y el traslado a otra Institución, entre otros.

Mediante la automatización del proceso de matrícula, a través del SIMAT, se logra sistematizar, consolidar y analizar la información. De esta manera, se mejoran los procesos de inscripción, asignación de cupos y matrícula, y por ende el servicio a la comunidad.

Los hallazgos resultantes de la Interventoría realizados al SIMAT por parte del ente contratado por la Secretaría de Educación Municipal y el MEN a la matrícula de estudiantes de la Institución Educativa, serán acciones de intervención que se ejecutarán para la mejora de la cobertura educativa buscando con ello minimizar los riesgos de permanencia de la población estudiantil en la institución.



3.17 EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DOCENTE (GUÍA 31 MEN):

Es un proceso formativo que busca fortalecer el quehacer del docente, favoreciendo el reconocimiento de las fortalezas y la superación de las debilidades, con el fin de lograr aprendizajes significativos en sus estudiantes y un buen impacto en la comunidad educativa.

Para ello cada docente al iniciar el año lectivo realiza una concertación de las contribuciones u objetivos que va a proponerse para ese año con el Rector de la institución; éste es evaluado de manera periódica por el coordinador de jornada, los estudiantes y padres de familia y al finalizar el año recibe un informe individual de resultados que da cuenta de los aspectos positivos y aquellos que debe mejorar.

Además, el docente con una evaluación de desempeño básica o insatisfactoria entabla un diálogo con el Rector y el coordinador de jornada para mirar de qué manera se pueden superar las falencias en el año siguiente.

3.18 SEGUIMIENTO A OPERADORES Y DESEMPEÑO A PROVEEDORES (ISO 9001:2015, num 8.4):

El operador y/o proveedor ejecuta, gestiona, administra y controla el desarrollo de las operaciones, empleando de forma eficiente y segura la infraestructura física, tecnología, sistemas de información y talento humano, que pueden ser suministrados por la organización o ser propios del operador.

El seguimiento continuo a los operadores y/o proveedores tiene como propósito el mejoramiento continuo de los procesos para alcanzar las metas deseadas y mantener una buena relación; por esto, es de suma importancia evaluar permanentemente cómo ve la comunidad a estos operadores y/o proveedores y cuáles son los problemas que presentan; para proponer las acciones correctivas, preventivas y de mejora que permitan erradicar dichas dificultades.

3.19 RIESGOS Y/O OPORTUNIDADES (ISO 9001:2015, num 6.1):

Al planificar el SGC, la Institución Educativa debe considerar las cuestiones referidas al análisis de su contexto y los requisitos de las partes interesadas, y determinar los riesgos y oportunidades que sean necesarios abordar con el fin de: Asegurara el SGC para lograr resultados previstos, aumentar los efectos deseables, prevenir o reducir efectos no deseados y lograr la mejora.

La Institución debe planificar: las acciones para abordar estos riesgos y oportunidades, la manera de integrar e implementar las acciones en sus procesos y evaluar la eficacia de estas acciones (Ver matriz de riesgos y oportunidades).

Las acciones tomadas para abordar los riesgos y oportunidades deben ser proporcionales al impacto potencial en la conformidad del servicio educativo.

3.20 PARTES INTERESADAS (ISO 9001:2015, num 4.2):

Debido a su efecto o efecto potencial en la capacidad de la Institución Educativa de proporcionar regularmente servicios que satisfagan los requisitos del cliente, los legales y reglamentarios aplicables, la institución debe determinar:

- Las partes interesadas que son pertinentes al SGC (Padres de familia, Estudiantes, Proveedor, Personal de la institución, MEN/Secretaría de Educación y Sociedad).
- Los requisitos pertinentes de estas partes interesadas para el SGC (Ver matriz de partes interesadas y la correlación a los procesos).

La Institución Educativa debe realizar el seguimiento y la revisión de la información sobre estas partes interesadas y sus requisitos pertinentes.



Son acciones de mejora las estrategias resultantes del análisis realizado a los requisitos de las partes interesadas de la Institución, implementándose con el fin de atender necesidades y expectativas de los usuarios.

3.21 CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN (ISO 9001:2015, num 4.1):

La Institución Educativa debe determinar las cuestiones externas e internas que son pertinentes para su propósito y su dirección estratégica y que afectan su capacidad para lograr los resultados previstos de su SGC. (Ver matriz DOFA).

La Institución Educativa debe realizar el seguimiento y la revisión de la información y estrategias sobre estas cuestiones externas e internas.

Son acciones de mejora las estrategias resultantes del análisis realizado a las cuestiones externas e internas de la Institución, implementándose con el fin de comprender el contexto.

3.22 PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL (Guía 34 MEN):

El plan de mejoramiento es una herramienta para orientar las acciones escolares hacia el logro de los propósitos y las metas definidas por el equipo directivo y la comunidad educativa. De esta forma, la institución tiene una “carta de navegación”, la cual debe ser conocida por todos para lograr su compromiso, bajo el liderazgo del rector y de su equipo directivo. Este compromiso incluye la movilización y canalización del trabajo hacia el alcance de los objetivos en los plazos establecidos, además del seguimiento y la evaluación permanentes de los planes y acciones para saber si lo que se ha hecho permite alcanzar las metas y los resultados propuestos, y qué ajustes se deben introducir.

En la Institución Educativa, el PMI se realiza a una vigencia de cuatro años, siendo la construcción de este instrumento estratégico en tres momentos:

Primer momento: Es la autoevaluación institucional. Aquí el establecimiento educativo recopila, sistematiza, analiza y valora información relativa al desarrollo de sus acciones y los resultados de sus procesos en cada una de las cuatro áreas de gestión. Con ello es posible elaborar un balance de las fortalezas y oportunidades de mejoramiento, las cuales serán la base para la formulación y ejecución del plan de mejoramiento.

El segundo momento consiste en la elaboración del plan de mejoramiento. Se recomienda que éste tenga un horizonte de cuatro años para los cuales se definirán objetivos, actividades, tiempos y responsables de cada tarea, de manera que se logren los propósitos acordados para cada una de las áreas de gestión.

Finalmente, el tercer momento consiste en el seguimiento periódico al desarrollo del plan de mejoramiento, con el propósito de establecer cuáles fueron los resultados obtenidos, las dificultades y retrasos en la ejecución, los recursos utilizados y las razones por las cuales no se realizaron ciertas actividades. Esto permitirá revisar el logro de las metas y de los objetivos, así como efectuar los ajustes pertinentes para culminar el ciclo de la calidad.

3.23 SERVICIO NO CONFORME (ISO 9001:2015, num 8.7)

Es toda situación que afecte la calidad del servicio en todas las etapas de la prestación del mismo y a la cual se plantea una acción apropiada con base en su efecto en la conformidad del servicio.

Esta actividad implica el análisis de la situación (causa-raíz) para proponer acciones correctivas y de mejora según la naturaleza de la salida no conforme.

La Institución Educativa se asegura de identificar y controlar las salidas no conformes en los procesos de cara al usuario y en el desarrollo de la labor misional. Los controles, las responsabilidades y autoridades relacionadas con el manejo de estas situaciones están definidos por la institución en un procedimiento documentado.

3.24 SEGUIMIENTO AL DESEMPEÑO DE PROCESOS (ISO 9001:2015, num 9.1.1):

Carrera 52D N 71 – 23. Itagüí – Teléfonos 377 43 80 - 377 78 70 - 277 74 06 – iemarcelianasaldarriaga@iemarcelianasaldarriaga.edu.co



La Institución Educativa verifica la conformidad de los procesos siguiendo las disposiciones documentadas, y en intervalos planificados el responsable de cada proceso revisa los resultados del mismo como forma de efectuar seguimiento. Revisa aspectos tales como; el proceso sobre el logro de los objetivos de calidad propuestos, la satisfacción de los beneficiarios con los resultados, los resultados de la auditoría interna, el estado de las acciones, las propuestas de cambio y de mejora en el proceso plasmadas

en el plan de mejoramiento institucional.

Con base en la medición de los procesos del SGC la institución compara y valora periódicamente la eficacia o eficiencia de éstos.

Cuando no se alcanzan los resultados planificados, se llevan a cabo correcciones y acciones correctivas según sea conveniente.

3.25 RESULTADO DE INDICADOR (ISO 9001:2015, num 9.1.1):

En determinados periodos, según los intervalos planificados, los líderes realizan las mediciones (Indicadores) respectivas en concordancia con su objetivo de proceso. Esta medición se lleva a cabo teniendo en cuenta; variables, porcentajes, tipo de indicador, fuentes de información y fórmulas.

Para tal efecto la Institución Educativa, cuenta con un formato de desempeño de proceso, en este instrumento se recopila de manera detallada información para la toma de decisiones, que permite ver de forma muy concreta los avances, dificultades y mejoras de cada uno de los procesos, al igual que su fórmula de medición, resultado en relación a la meta propuesta y trazabilidad y el análisis del indicador. Se manejan en este informe tablas de referencia para el análisis y rangos de intervención con acciones en torno a los resultados, buscando con ello retroalimentar el ciclo PHVA de los procesos.

3.26 AUDITORIA DE CALIDAD EXTERNA:

La auditoría externa es un proceso desempeñado por una entidad externa a la organización, en nuestro caso el ICONTEC como ente certificador, que tienen la idoneidad en el conocimiento de la Norma ISO 9001 y la cultura de la calidad.

Como en el caso de la auditoría interna, la realización de la auditoría externa es fundamental para la toma de decisiones pues permite emitir una opinión independiente sobre la forma de cómo opera el sistema de gestión de la calidad y formular sugerencias para el mejoramiento de la institución.

Con ella buscamos:

- Verificar la eficacia de las operaciones
- Revisar la confiabilidad de los informes y registros
- La protección de los archivos
- El cumplimiento de las leyes, las regulaciones y los contratos.
- Los resultados de la auditoría externa son socializados en el Comité de Calidad y a partir de ellos se generan acciones de mejora o correctivos para optimizar el funcionamiento institucional.

3.27 AUDITORIA DE CALIDAD INTERNA (ISO 9001:2015, num 9.2):

La auditoría interna, es un proceso desempeñado por docentes y administrativos que tienen la formación y la idoneidad para realizarlo, además de un profundo entendimiento de la cultura de la calidad, sus políticas y los procesos institucionales.

La realización de la auditoría es fundamental para la toma de decisiones, puesto que asegura que los controles internos establecidos sean adecuados para mitigar los riesgos para garantizar la eficacia del sistema y lograr que los objetivos y las metas propuestas se cumplan.



Vista así, la auditoría interna es una actividad independiente y objetiva de aseguramiento y consulta concebida para agregar valor y mejorar las operaciones de la Institución. Con ella buscamos:

Verificar la eficacia de las operaciones
Revisar la confiabilidad de los informes y registros
La protección de los archivos
El cumplimiento de las leyes, las regulaciones y los contratos.
Los resultados de la auditoría interna son socializados en el Comité de Calidad y a partir de ellos se generan acciones de mejora o correctivos para optimizar el funcionamiento institucional.

3.28 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN (ISO 9001:2015, num 9.3):

La Revisión por la Dirección comprende la elaboración del informe del estado del SGC y la divulgación de los resultados. El encargado de implementar esta revisión es el líder del Direccionamiento Estratégico en la Institución Educativa. Para esta revisión se presenta el informe del estado del SGC, documento exigido por la norma de calidad ISO 9001:2015 numeral 9.3, para evaluar anualmente el estado del SGC por la Alta Dirección.

La revisión por la Dirección se hace teniendo en cuenta las siguientes actividades:

El Líder de Calidad solicita anualmente a los líderes de proceso el envío de la información necesaria para realizar la revisión por la Alta dirección del estado del SGC, indicando la fecha y la información que se debe entregar, dejando constancia de la solicitud de información y convocatoria a la reunión en Acta de Reunión del Comité de Calidad.

La información para solicitar es la siguiente:

- La satisfacción del cliente y la retroalimentación de las partes interesadas pertinentes;
- El grado en que se han logrado los objetivos de calidad;
- El desempeño de los procesos y conformidad de los productos y servicios;
- Las no conformidades y acciones correctivas;
- Los resultados de seguimiento y medición;
- Los resultados de las auditorías;
- El desempeño de los proveedores externos;
- La adecuación de los recursos;
- La eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y las oportunidades;
- Las oportunidades de mejora.

A partir de esta información se elabora el informe del estado del sistema de gestión de calidad, el cual se socializa y discute en reunión del Comité de Calidad, con el fin de definir acciones para la mejora continua que dinamicen el proceso formativo.

En reunión del Consejo Directivo se ponen en consideración los resultados de la Revisión por la Dirección, dejando constancia de la información en el acta.

Los resultados del informe son socializados, además con la comunidad educativa en las instancias respectivas (encuentros comunitarios, Consejo de Padres, Consejo Académico, Reuniones de docentes, reuniones con el personal administrativo y de servicios, entre otras).

3.29 SATISFACCIÓN DEL CLIENTE (ISO 9001:2015, num 9.1.2):

Para evaluar la satisfacción del cliente se sigue el siguiente procedimiento:

1) Se establecen criterios para la evaluación de satisfacción del servicio, como: diseño de la encuesta, según las necesidades que se presenten, de acuerdo con lineamientos institucionales y aspectos del servicio que requieran ser evaluados.



- 2) Definición de ítems del instrumento de evaluación, los cuales 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).
- 3) La contextualización del lenguaje, de acuerdo con las características de la población encuestada, de manera que la información contenida en el instrumento de evaluación sea clara.
- 4) Definición del tamaño de la muestra, determinación de la muestra, frecuencia de aplicación de la encuesta, tiempos de ejecución, tipo de encuesta y públicos objetivos.
- 5) Ejecución y consolidación de resultados de la encuesta, los cuales se constituyen en fuente de información diagnóstica para el Plan de Mejoramiento Institucional.
- 6) Análisis de resultados por el Comité de Calidad, para determinar si los aspectos evaluados representan una fortaleza o debilidad en la prestación del servicio y priorizar su intervención. Toda debilidad es intervenida desde la generación de una acción correctiva, por el proceso correspondiente. Aquellos aspectos que se encuentren muy cercanos a la meta establecida son objeto de acciones preventivas, que conllevan minimizar los riesgos en la prestación del servicio y al mejoramiento de la calidad en el ofrecimiento del mismo.
- 7) Seguimiento a las acciones de mejora derivadas el análisis de resultados. Esta información debe ser clara y oportuna y en todo caso orientado hacia el mejoramiento del servicio y a subsanar las debilidades encontradas en la encuesta de satisfacción.
- 8) En los periodos establecidos, se presenta el informe de satisfacción como fuente para la evaluación de la gestión escolar y el diagnóstico institucional.
- 9) Presentación de los resultados y acciones de mejora a la comunidad educativa, en las instancias respectivas (encuentros comunitarios, Consejo de Padres, Consejo Académico, Consejo Directivo, Reuniones de docentes, reuniones con el personal administrativo y de servicios, entre otras).

Como podemos observar, la encuesta y las acciones que de ella se derivan, se convierten en elementos fundamentales de información acerca de la satisfacción del servicio y están enfocados hacia la valoración y mejora constante de:

Las metodologías empleadas en el proceso de enseñanza – aprendizaje

La relación docente-estudiante o docente-padre de familia/acudiente

El proceso de evaluación del aprendizaje desarrollado en la Institución

Los procesos de convivencia escolar y fortalecimiento en valores que desarrolla la institución

La promoción de las actividades de integración y participación comunitaria

La comunicación de la Institución para dar a conocer actividades, decisiones y aspectos de interés general

La calidad en el servicio recibido en: Portería, Secretaría, Coordinación, Rectoría, Personal de Aseo y Vigilancia.

3.30 ÍNDICE DE CLIMA LABORAL (ISO 9001:2015, num 7.1.4):

El clima laboral es el medio en el que se desarrolla el trabajo cotidiano. La calidad de este clima influye directamente en la satisfacción de los empleados y por lo tanto en la productividad de los mismos.

Por tal razón, es importante y necesario hacer mediciones del clima laboral en la organización para determinar y analizar el grado de satisfacción laboral de los trabajadores, para encontrar aspectos que puedan entorpecer la obtención de los resultados programados y tomar las medidas necesarias para corregir los probables factores que impidan que los individuos puedan desarrollar bien su trabajo.

Además, identificar las fuentes de conflicto que imposibilitan el logro de las metas; evaluar el comportamiento de la toma de decisiones y las acciones que se ponen en práctica para



determinar nuevas acciones o reiterar las existentes y corregir el comportamiento de las personas que están a cargo de la dirección de la organización.

3.31 SUGERENCIAS, QUEJAS Y FELICITACIONES DEL CLIENTE (ISO 9001:2015, num 8.2.1):

El buzón de sugerencias (Físico y virtual) es un canal efectivo de recolección de información para tomar decisiones que tienden al mejoramiento continuo y la adecuada prestación del servicio. El buzón se consulta una vez por semana y a partir de los hallazgos se efectúan los correctivos o acciones que se requieran para la prestación de un buen servicio.

Las SQF recibidas se relacionan en la base de datos de mejoras y se remiten al proceso correspondiente, para su intervención, estableciendo la fecha límite para dar respuesta al usuario.

Todas las sugerencias y quejas deben ser intervenidas desde un tratamiento o correctivo (acción inmediata) y, en caso que se presenten de manera reiterativa o produzcan un alto impacto, se generan acciones de mejora para las mismas. Es importante aclarar que los reconocimientos no generan tratamiento, pero sí la retroalimentación y el estímulo correspondiente.

Finalizando cada periodo, en Comité de Calidad o en reunión individual con cada proceso, se hace seguimiento a las sugerencias y quejas manifestadas y se solicita informe del estado de la intervención al Líder del Proceso correspondiente.

En caso que ya se haya cerrado, se hará un seguimiento de la manifestación para establecer la eficacia en el tratamiento. Se considerará que el cierre fue eficaz en la medida que la queja no se vuelva a repetir.

El seguimiento se realiza a las sugerencias y quejas relacionadas en la Base de Datos de Mejoras y se establece el estado de las mismas, bien sea: "Abiertas" o "Cerradas".

En los periodos establecidos, se presenta el informe de SQF, como fuente para la evaluación de la gestión escolar.

Finalizando cada periodo se presenta a la Comunidad Educativa el estado de las sugerencias, quejas y felicitaciones más significativas y el tratamiento dado, a través de reuniones, carteleras, volantes, circulares, entre otras.

La comunidad tiene acceso al buzón de dos formas:

- Virtual, a través de las direcciones electrónicas www.iemarcelianasaldarriaga.edu.co y www.iemarcelianasaldarriaga.wordpress.co

- Físico: Zona administrativa (bloque D – primer piso, al lado de la Secretaría y Portería principal (número uno, allí mismo pueden reclamar el formato para las manifestaciones que deseen hacer) (Bloque A- primer piso).

El significado de las manifestaciones que se encuentran en el buzón es el siguiente:

Sugerencia: propuesta de una idea para que la Institución la tenga en consideración en una actividad o proceso determinado.

Queja: Manifestación escrita de insatisfacción con respecto a la conducta o actuación de un funcionario de la Institución.

Felicitación: expresión de satisfacción o admiración ante una acción de la Institución o de un miembro de la misma.

3.32 INSPECCIÓN Y VIGILANCIA:



La inspección y vigilancia de la educación, como función de Estado, se ejerce para verificar que la prestación del servicio educativo se cumpla dentro del ordenamiento constitucional, legal y reglamentario. Tiene como fin velar por su calidad, por la observancia de sus fines, el desarrollo adecuado de los procesos pedagógicos y asegurar a los educandos las condiciones necesarias para su acceso y permanencia en el sistema educativo.

Es una función que se ejecuta mediante la evaluación de la totalidad o de parte específica de los procesos que desarrollan los establecimientos educativos, frente a las normas que deben cumplir. El resultado de este proceso de evaluación con fines de inspección y vigilancia dará lugar a recomendar las acciones de mejoramiento y seguimiento o imposición de las sanciones institucionales a que haya lugar. Igualmente, en los eventos en los que se presuman responsabilidades personales, se procederá a dar traslado a otras autoridades para lo de su competencia. (Ver directiva ministerial no. 14 del 2005)

En ejercicio de las funciones relacionadas con inspección y vigilancia asignadas por el numeral 2º del artículo 148 de la ley 115 de 1994 y desarrolladas por el artículo 7º del decreto 907 de 1996, el Ministerio de Educación Nacional presenta este instrumento básico para realizar la evaluación de establecimientos educativos con fines de inspección y vigilancia. Las líneas de acción que contiene este instrumento constituyen los aspectos sobre los cuales, de manera prioritaria, debe ejercerse la función de inspección y vigilancia.

Los hallazgos resultantes de la visita de inspección y vigilancia por parte de la Secretaría de Educación Municipal a la Institución Educativa serán acciones de intervención que se ejecutarán para la mejora de los procesos pedagógicos, el aseguramiento de las condiciones necesarias para el acceso y permanencia en el sistema educativo de los estudiantes.

3.33 BOMBEROS:

El Concepto Técnico de Bomberos, es la apreciación técnica emitida por el Cuerpo Oficial de Bomberos, a través de la cual se revisan las condiciones de seguridad humana, riesgos de incendio, materiales peligrosos y sistemas de protección contra incendios que se presentan en un inmueble en el cual funciona o funcionará un establecimiento comercial. Los hallazgos resultantes de la inspección por parte del cuerpo oficial de bomberos a la Institución Educativa serán acciones de intervención que se ejecutarán para la mejora de la planta física y su entorno, buscando con ello minimizar los riesgos para la comunidad educativa y sus aledaños.

3.34 SECRETARIA DE SALUD:

La Secretaría de Salud municipal es la encargada de ejercer las acciones de inspección y vigilancia y control sanitario de los factores de riesgos presentes y asociados en los establecimientos de interés sanitario.

Es responsabilidad estatal y ciudadana de proteger la salud individual y colectiva, mediante la minimización de riesgos, daños e impactos negativos para la salud humana por el uso de consumo de bienes y servicios, en establecimientos de interés en salud pública, a través de verificación, asesoría y asistencia técnica del cumplimiento normativo, en aspectos relacionados con condiciones sanitarias: infraestructura, agua y saneamiento básico, control de calidad, procesos y procedimientos, cualificación del talento humano, monitoreo de efectos en salud.

Los hallazgos resultantes de la inspección sanitaria por parte de la Secretaría de Salud municipal a la Institución Educativa serán acciones de intervención que se ejecutarán para la mejora de la planta física y su entorno, buscando con ello minimizar los riesgos para la comunidad educativa y sus aledaños.

3.35 INTERVENTORÍA RESTAURANTE ESCOLAR:



El Programa de Alimentación Escolar (PAE) busca garantizar la alimentación escolar de la población más vulnerable de la I.E. fortaleciendo la infraestructura instalada de la institución de manera adecuada para el almacenamiento, preparación, distribución y consumo de los complementos alimentario, garantizando la dotación de equipos, utensilios y menaje necesarios para la operación del programa, la prestación del servicio de alimentación desde el primer día del calendario escolar y durante la respectiva vigencia, los horarios de consumo de los complementos alimentarios, trabajando de manera coordinada con las autoridades de salud competentes, con el fin de propender por las adecuadas condiciones higiénico sanitarias en el comedor escolar y el trámite de la obtención del concepto higiénico sanitario favorable.

El proceso de Interventoría al PAE periódicamente, permite implementar planes de mejoramiento con la Institución Educativa ante el incumplimiento de requisitos de las condiciones básicas del PAE, hacerles seguimiento y apoyar su implementación y ejecución.

Los hallazgos resultantes de la Interventoría realizados al PAE por parte del ente contratado por la Secretaría de Educación Municipal y el MEN al comedor escolar de la Institución Educativa, serán acciones de intervención que se ejecutarán para la mejora de la infraestructura, manipulación, preparación y entrega final del alimento a los beneficiarios buscando con ello minimizar los riesgos para la comunidad educativa.

3.36 SIMAT:

El sistema integrado de matrícula SIMAT es una herramienta que permite organizar y controlar el proceso de matrícula en todas sus etapas, así como tener una fuente de información confiable y disponible para la toma de decisiones.

Es un sistema de gestión de la matrícula de los estudiantes de instituciones oficiales que facilita la inscripción de alumnos nuevos, el registro y la actualización de los datos existentes del estudiante, la consulta del alumno por Institución y el traslado a otra Institución, entre otros.

Mediante la automatización del proceso de matrícula, a través del SIMAT, se logra sistematizar, consolidar y analizar la información. De esta manera, se mejoran los procesos de inscripción, asignación de cupos y matrícula, y por ende el servicio a la comunidad.

Los hallazgos resultantes de la Interventoría realizados al SIMAT por parte del ente contratado por la Secretaría de Educación Municipal y el MEN a la matrícula de estudiantes de la Institución Educativa, serán acciones de intervención que se ejecutarán para la mejora de la cobertura educativa buscando con ello minimizar los riesgos de permanencia de la población estudiantil en la institución.

3.37 EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DOCENTE (GUÍA 31 MEN):

Es un proceso formativo que busca fortalecer el quehacer del docente, favoreciendo el reconocimiento de las fortalezas y la superación de las debilidades, con el fin de lograr aprendizajes significativos en sus estudiantes y un buen impacto en la comunidad educativa.

Para ello cada docente al iniciar el año lectivo realiza una concertación de las contribuciones u objetivos que va a proponerse para ese año con el Rector de la institución; éste es evaluado de manera periódica por el coordinador de jornada, los estudiantes y padres de familia y al finalizar el año recibe un informe individual de resultados que da cuenta de los aspectos positivos y aquellos que debe mejorar.

Además, el docente con una evaluación de desempeño básica o insatisfactoria entabla un diálogo con el Rector y el coordinador de jornada para mirar de qué manera se pueden superar las falencias en el año siguiente.

3.38 SEGUIMIENTO A OPERADORES Y DESEMPEÑO A PROVEEDORES (ISO 9001:2015, num 8.4):



El operador y/o proveedor ejecuta, gestiona, administra y controla el desarrollo de las operaciones, empleando de forma eficiente y segura la infraestructura física, tecnología, sistemas de información y talento humano, que pueden ser suministrados por la organización o ser propios del operador.

El seguimiento continuo a los operadores y/o proveedores tiene como propósito el mejoramiento continuo de los procesos para alcanzar las metas deseadas y mantener una buena relación; por esto, es de suma importancia evaluar permanentemente cómo ve la comunidad a estos operadores y/o proveedores y cuáles son los problemas que presentan; para proponer las acciones correctivas, preventivas y de mejora que permitan erradicar dichas dificultades.

3.39 RIESGOS Y/O OPORTUNIDADES (ISO 9001:2015, num 6.1):

Al planificar el SGC, la Institución Educativa debe considerar las cuestiones referidas al análisis de su contexto y los requisitos de las partes interesadas, y determinar los riesgos y oportunidades que sean necesarios abordar con el fin de: Asegurara el SGC para lograr resultados previstos, aumentar los efectos deseables, prevenir o reducir efectos no deseados y lograr la mejora.

La Institución debe planificar: las acciones para abordar estos riesgos y oportunidades, la manera de integrar e implementar las acciones en sus procesos y evaluar la eficacia de estas acciones (Ver matriz de riesgos y oportunidades).

Las acciones tomadas para abordar los riesgos y oportunidades deben ser proporcionales al impacto potencial en la conformidad del servicio educativo.

3.40 PARTES INTERESADAS (ISO 9001:2015, num 4.2):

Debido a su efecto o efecto potencial en la capacidad de la Institución Educativa de proporcionar regularmente servicios que satisfagan los requisitos del cliente, los legales y reglamentarios aplicables, la institución debe determinar:

- Las partes interesadas que son pertinentes al SGC (Padres de familia, Estudiantes, Proveedor, Personal de la institución, MEN/Secretaría de Educación y Sociedad).
- Los requisitos pertinentes de estas partes interesadas para el SGC (Ver matriz de partes interesadas y la correlación a los procesos).

La Institución Educativa debe realizar el seguimiento y la revisión de la información sobre estas partes interesadas y sus requisitos pertinentes.

Son acciones de mejora las estrategias resultantes del análisis realizado a los requisitos de las partes interesadas de la Institución, implementándose con el fin de atender necesidades y expectativas de los usuarios.

3.41 CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN (ISO 9001:2015, num 4.1):

La Institución Educativa debe determinar las cuestiones externas e internas que son pertinentes para su propósito y su dirección estratégica y que afectan su capacidad para lograr los resultados previstos de su SGC. (Ver matriz DOFA).

La Institución Educativa debe realizar el seguimiento y la revisión de la información y estrategias sobre estas cuestiones externas e internas.

Son acciones de mejora las estrategias resultantes del análisis realizado a las cuestiones externas e internas de la Institución, implementándose



4. ARCHIVO

IDENTIFICACIÓN			ALMACENAMIENTO		ACCESO	TIEMPO DE RETENCIÓN	DISPOSICIÓN FINAL
Código	Ver	Nombre	Responsable	Lugar			
EM-CP-01	7	Caracterización de proceso	Líder de Evaluación y Mejoras	Computador en carpeta compartida de calidad Google Drive institucional	Líderes de todos los procesos y facilitadores de Evaluación y mejoras.	Permanente	Archivo Inactivo
N.A	N.A	Plan de procesos	Líder de Calidad	Computador en carpeta compartida de calidad Google Drive institucional https://drive.google.com/drive/folders/11OAw29nnlXUjHXuQdIAZRRiggeh6XX9f .	Líderes de todos los procesos y facilitadores de Evaluación y mejoras.	Permanente	Archivo Inactivo
N.A	N.A	Base de datos de FSPQRDA	Facilitadora del procedimiento.	Computador en carpeta compartida de calidad Google Drive institucional https://drive.google.com/drive/folders/11OAw29nnlXUjHXuQdIAZRRiggeh6XX9f	Líderes de todos los procesos.	Permanente	Archivo Inactivo
	8	Manifestación FSPQRDA	Facilitadora del procedimiento	Computador en carpeta compartida de calidad Google Drive institucional https://drive.google.com/drive/folders/1WA4YKBTwJ7HsgRii4Ztc0slfEaXa2mG	Líderes de todos los procesos.	Permanente	Archivo Inactivo
N.A	07	Base de datos mejoras.	Líder del proceso.	Computador en carpeta compartida de calidad Google Drive institucional https://drive.google.com/drive/folders/11OAw29nnlXUjHXuQdIAZRRiggeh6XX9f	Líderes de todos los procesos y facilitadores de Evaluación y mejoras.	Permanente	Archivo Inactivo
EM-FO-05	1	Programa de auditorías	Líder del	Computador en carpeta compartida de calidad Google Drive institucional	Líderes de todos los procesos y facilitadores	Permanente	Archivo Inactivo



		V.1	proceso.	https://drive.google.com/drive/folders/1WA4YKBTwJ7HsgRii4Ztc0slfEaXa2mG	de Evaluación y mejoras y auditoras internas.		
EM-FO-06	1	Plan de Auditoría	Líder del proceso.	Computador en carpeta compartida de calidad Google Drive institucional https://drive.google.com/drive/folders/1WA4YKBTwJ7HsgRii4Ztc0slfEaXa2mG .	Líderes de todos los procesos y facilitadores de Evaluación y mejoras y auditoras internas.	Permanente	Archivo Inactivo
EM-FO-07	1	Listado de Verificación.	Líder del proceso	Computador en carpeta compartida de calidad Google Drive institucional https://drive.google.com/drive/folders/1WA4YKBTwJ7HsgRii4Ztc0slfEaXa2mG	Líderes de todos los procesos y facilitadores de Evaluación y mejoras y auditoras internas.	Permanente	Archivo Inactivo
EM-FO-08	1	Informe de Auditoría.	Líder del proceso	Computador en carpeta compartida de calidad Google Drive institucional https://drive.google.com/drive/folders/1WA4YKBTwJ7HsgRii4Ztc0slfEaXa2mG	Líderes de todos los procesos y facilitadores de Evaluación y mejoras y auditoras internas.	Permanente	Archivo Inactivo
EM-FO-09	2	Evaluación de Auditores Internos	Líder del proceso	Computador en carpeta compartida de calidad Google Drive institucional https://drive.google.com/drive/folders/1WA4YKBTwJ7HsgRii4Ztc0slfEaXa2mG	Líderes de todos los procesos y facilitadores de Evaluación y mejoras y auditoras internas.	Permanente	Archivo Inactivo
N.A	2	Tratamiento de servicio no conforme.	Facilitadora del procedimiento.	Computador en carpeta compartida de calidad Google Drive institucional https://drive.google.com/drive/folders/110Aw29nniXUjHXuQdIAZRRiggeh6XX9f .	Líderes de todos los procesos y facilitadores de Evaluación y mejoras y	Permanente	Archivo Inactivo



					auditoras internas.		
EM-DI-01	5	Matriz de Servicio no conforme.	Facilitadora del procedimiento	Computador en carpeta compartida de calidad Google Drive institucional https://drive.google.com/drive/folders/1B7tJQVSRw1wzpML7HNdcunVMsd7u-4q3	Líderes de todos los procesos y facilitadores de Evaluación y mejoras y auditoras internas.	Permanente	Archivo Inactivo
		Encuesta de satisfacción	Facilitadora del procedimiento	Computador en carpeta compartida de calidad Google Drive institucional https://drive.google.com/drive/folders/1w7PRaXnn30DyCBfqFE2chOIEKnRCsp66	Líderes de todos los procesos y facilitadores de Evaluación y mejoras y auditoras internas.	Permanente	Archivo Inactivo
		Encuesta de satisfacción	Facilitadora del procedimiento	Computador en carpeta compartida de calidad Google Drive institucional. https://drive.google.com/drive/folders/1w7PRaXnn30DyCBfqFE2chOIEKnRCsp66	Líderes de todos los procesos y facilitadores de Evaluación y mejoras y auditoras internas.	Permanente	Archivo Inactivo
EM-FO-03	8	FSPQRDA Nota: por realizar	Facilitadora del procedimiento	https://drive.google.com/drive/folders/1WA4YKBTwJ7HsgRii4Ztc0slfEaXa2mG . Evaluación y Mejoras	Líderes de todos los procesos y facilitadores de Evaluación y mejoras y auditoras internas.	Permanente	Archivo Inactivo
		Norma ISO 21001: 2018	Líder de Calidad.	Computador en carpeta compartida de calidad Google Drive institucional	Líderes de todos los procesos y facilitadores de Evaluación y mejoras y auditoras internas.	Permanente	Archivo Inactivo
		Norma ISO 9001:2015	Líder de	Computador en carpeta compartida de calidad Google Drive institucional	Líderes de todos los procesos y	Permanente	Archivo Inactivo



			Calidad.		facilitadores de Evaluación y mejoras y auditoras internas.		
		Norma ISO 19011:2012	Líder de Calidad.	Computador en carpeta compartida de calidad Google Drive institucional	Líderes de todos los procesos y facilitadores de Evaluación y mejoras y auditoras internas.	Permanente	Archivo Inactivo

5. CONTROL DE CAMBIO DOCUMENTAL

NOMBRE DE DOC/REG	FECHA	VERSIÓN	NATURALEZA DEL CAMBIO
Manifestación FSPQRDA	Marzo 30-2023.	08	Se ajusta a los requerimientos de la norma ISO 21001 incluyendo las apelaciones de Quejas y Reclamos.
Base de datos de FSPQRDA	Marzo 30-2023	N.A	Se ajusta a los requerimientos de la norma ISO 21001 incluyendo en la base de datos las celdas correspondientes a apelaciones e investigación de Quejas y Reclamos.