



ACTA No. 001 DEL 2017-11-14

CLASE SE REUNIÓN: INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

CIUDAD Y FECHA: FUSAGASUGÁ, 14 DE NOVIEMBRE DE 2017

HORA: 8: 30 A.M.

LUGAR: UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA – TERRAZA BLOQUE ADMINISTRATIVO

ASISTENTES:

ADRIANO MUÑOZ BARRERA
Rector

ORLANDO BLANCO ZÚÑIGA
Vicerrector Académico - Líder Macroproceso de Misional

MYRIAM LUCIA SÁNCHEZ GUTIÉRREZ
Vicerrectora Administrativa y Financiera - Líder Macroproceso de Apoyo

JOSÉ DEL CARMEN CORREA ALFONSO
Director Planeación Institucional - Líder Macroproceso Estratégico
Proceso Gestión Planeación - Proceso de sistema integrados de gestión

CESAR MAURICIO MORENO CASTILLO
Director de Control Interno – Líder Macroproceso Seguimiento, medición, análisis y evaluación - Proceso Gestión Control Interno

ÁNGELA MARÍA MERCHÁN BASABE
Directora Autoevaluación y Acreditación - Proceso Autoevaluación y acreditación – Proceso de formación y aprendizaje

JOSÉ ZACARÍAS MAYORGA SÁNCHEZ
Director de Investigación - Proceso de Ciencia, Tecnología e Innovación.

OMAR FERNANDO MUÑOZ DIMATÉ
Director Interacción Universitaria - Proceso de Interacción Universitaria

WILSON JOVEN SARRIA
Decano Facultad de Ingeniería

VILMA MORENO MELO
Decana Facultad de Ciencias Agropecuarias

RICARDO ACOSTA MEDINA
Decano Facultad de Ciencias de la Salud

DARWIN ANDRÉS DÍAZ GÓMEZ
Decano Facultad Ciencias Sociales Humanidades y Ciencias Políticas

IRMA RUBIELA CALDERÓN ZEQUEDA
Decana facultad de educación

PEDRO NEL QUINTERO TURRIAGO
Decano Facultad de Ciencias del Deporte

AURA ESTHER ÁLVAREZ LARA
Directora de Postgrados



CARLOS FERNANDO GÓMEZ RAMÍREZ
Director Administrativo Extensión Facatativá

JUAN CARLOS MÉNDEZ FORERO
Director Administrativo Seccional Girardot

MIGUEL ALEJANDRO FLECHAS MONTAÑO
Director Administrativo Seccional Ubaté

JUAN CARLOS TORRES SANDOVAL
Director Administrativo Extensión Zipaquirá – Director Administrativo Extensión Chía

FABIO JULIO GIL SANABRIA
Director Administrativo Extensión Soacha

CAROLINA GÓMEZ FONTECHA
Coordinadora oficina de calidad

MARÍA MARGARITA MOYA GONZÁLEZ
Proceso de Bienestar Universitario – Director Bienestar Universitario

LUZ ETELVINA SOTO LOZANO
Proceso de Talento Humano – Directora de Talento Humano

JUAN MANUEL CRUZ BANOY
Proceso de Admisiones – Jefe Oficina de Admisiones y Registro

JENNIFFER ACENETH RIVERA BUSTOS
Proceso Jurídico – Directora Jurídica

ERIKA XIOMARA VARGAS GODOY
Proceso Financiero – Delegada de la Dirección Financiera

RICARDO ANDRÉS JIMÉNEZ NIETO
Proceso de Bienes y Servicios – Director Bienes y Servicios (Funciones Adscritas)

EDILSON MARTÍNEZ CLAVIJO
Procesos de Sistemas y Tecnología - Director de Sistemas y Tecnología

DAVID ENRIQUE CHAVARRO ARANZALES
Proceso de Apoyo Académico – Jefe Oficina de Apoyo Académico

RUTH ELISA CÁRDENAS BAYONA
Proceso Documental – Jefe de Archivo y Correspondencia

SONIA ARÉVALO VALDÉS
Proceso de servicio de atención al ciudadano – Jefe oficina atención al ciudadano

OLGA INÉS BOBADILLA ROCHA
Proceso de graduados – Coordinadora oficina de graduados

MARÍA DEL PILAR DELGADO
Ingeniera Dirección de Sistemas y Tecnología

ORDEN DEL DÍA:

8:30 – 9:00 a.m. Instalación de la revisión por la dirección – Sr. Rector Dr. Adriano Muñoz Barrera.

9:00 – 11:00 a.m. Resultados de la información de entrada para la Revisión por la Dirección Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo.

- A). Los resultados de las auditorías internas y las evaluaciones de cumplimiento con los requisitos legales aplicables y con los otros requisitos que la organización suscriba
- B). Los resultados de la participación y consulta.
- C). La(s) comunicación(es) pertinente (s) de las partes interesadas externas, incluidas las quejas.
- D). El desempeño de seguridad y salud ocupacional (S) y (SO) de la organización.
- E). El grado de cumplimiento de los objetivos.
- F). El estado de las investigaciones de incidentes, acciones correctivas y acciones preventivas.
- G). Acciones de seguimiento de revisiones anteriores de la dirección.
- H). Circunstancias cambiantes, incluidos los cambios en los requisitos legales y otros relacionados con S y SO.
- I). Recomendaciones para la mejora.

11:00 – 11:30 a.m. Presentación avance de implementación Sistema de Gestión de Seguridad en la Información – SGSI.

11:30 – 2:00 pm. Resultados de la información de entrada para la Revisión por la Dirección Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015.

- A). Estado de las acciones de las revisiones por la dirección previas.
- B). Cambios en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al sistema de gestión de la calidad.
- C). Desempeño y eficacia del sistema de gestión de la calidad:
 - 1. Satisfacción del cliente y retroalimentación de partes interesadas pertinentes.
 - 2. El grado en que se han logrado los objetivos de calidad.
 - 3. El desempeño de los procesos y conformidad de los productos y servicios.
 - 4. Las no conformidades y acciones correctivas.
 - 5. Los resultados de seguimiento y medición.
 - 6. Los resultados de las auditorías.
 - 7. El desempeño de los proveedores externos.
- D). La adecuación de recursos
- E). la eficiencia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y oportunidades
- F). Las oportunidades de mejora

2:00 – 2:30 a.m. Taller de identificación de oportunidades de mejora de los sistemas de gestión.

2:30 – 3:00 a.m. Conclusiones - Toma de decisiones.

DESARROLLO DE LA SESIÓN:

1. El doctor Adriano Muñoz Barrera, Rector instala la sesión del evento de Revisión por la Dirección de los Sistemas Integrados de Gestión, realizando una reflexión sobre la calidad, la cual es una oportunidad para estar mejorado, logrando un aprendizaje, resaltando que es un proceso que nos aporta datos, evidencias, para lograr concluir y mejorar cada día nuestros procesos, destaca la importancia de redefinir la universidad no escindiendo la calidad entre lo administrativo y lo académico, si no través de una mirada integradora, holística, logrando entender que todos aportamos al proceso de calidad, apostándole a la visibilidad de la universidad, por lo cual no entendemos la calidad sin la planeación, sin la certificación de los sistemas integrados, y desde lo académico a partir de la autoevaluación, la acreditación de programas y la acreditación institucional.

El señor Rector socializa que la universidad tiene grandes retos en las certificaciones ISO, enfatiza la importancia de hacer un sistema más amigable, eficaz, eficiente, dado

que el sistema actual tiene muchos procedimientos, procesos y el reto es hacerlo más dinámico.

Señala que el modelo de operación es un modelo digital de resultados y productos, entendiendo que el modelo de operación tiene unos objetivos, unas metas, unos productos que entregar desde los diferentes planes estratégicos, lo cual nos lleve a cumplir el reto de ser una universidad traslocal y trasmoderna. Desde el plan rectoral queremos una organización digital, que dialogue desde la tecnología dándole respuestas a la sociedad desde lo administrativo y lo académico.

Reitera la necesidad de la certificación de la ISO 9001 en su versión 2015, para redefinir todo el sistema y entrelazarlos con la seguridad en la información; invita a continuar el trabajo con el sistema ambiental ya que somos una universidad trasmoderna y ecológica, incluso con campos de aprendizaje como el eco-aprendizaje liderada por la facultad de agropecuarias, donde logramos aproximadamente que 150 estudiantes adopten un árbol durante toda su permanencia en la universidad.

Informa que el sistema de seguridad y salud en el trabajo está en un 85% de avance en la implementación del decreto 1072 de 2015, y la meta es lograr la certificación del sistema. Son muchos retos y la universidad debe abordar todos estos procesos con el fin de brindar un mensaje de tranquilidad a la sociedad, en el sentido de que entiendan que la Universidad de Cundinamarca es una institución que se justifica en el departamento, por su presencia, por las soluciones que ofrece a la sociedad, por la vida que le está ofreciendo a todos los jóvenes ya la comunidad académica.

Agradece todos los aportes que brinden los asistentes y el compromiso de todos ya que es muy enriquecedor haciendo posible que esta institución crezca.

2. El Director de Planeación Institucional José del Carmen Correa Alfonso, interviene continuando con la agenda del día, con el fin de dar da paso al informe de los resultados de la información de entrada para la revisión por la dirección del sistema de seguridad y salud en el trabajo.

Así mismo se explica que durante el desarrollo de la revisión por la Dirección podrán diligenciar la herramienta que fue entregada al ingresar, en la cual podrán plasmar las oportunidades de mejora y cambios que consideren necesarios para los sistemas de gestión, la cual será insumo para las acciones correctivas que deben surgir producto de la revisión por la dirección.

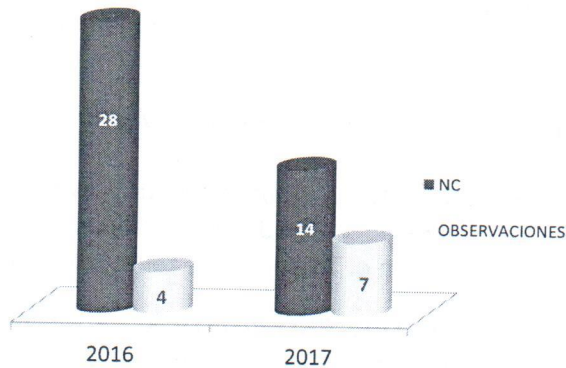
3. La Doctora Olga Lucia Perrilla Salamanca, Coordinadora del seguridad y salud en el trabajo, inicia su intervención presentando el informe de seguridad y salud en el trabajo:

3.1. Los resultados de las auditorías internas y las evaluaciones de cumplimiento con los requisitos legales aplicables y con los otros requisitos que la organización suscriba.

3.2.

Las auditorías se deben realizar anualmente así lo establece el artículo 2, 2, 4, 6, 29 del decreto 1072 del 2015.

“Artículo 2.2.4.6.29. Auditoría de cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo. SG-SST. El empleador debe realizar una auditoría anual, la cual será planificada con la participación del Comité Paritario o Vigía de Seguridad y Salud en el Trabajo. Si la auditoría se realiza con personal interno de la entidad, debe ser independiente a la actividad, área o proceso objeto de verificación”.



Se realizó la segunda auditoria interna al SG-SSG en el mes de octubre con cobertura a la Sede, Seccionales, Extensiones, Granjas y Oficina Bogotá en la cual se evidencia una mejora del 50% frente a los hallazgos presentados en la auditoria del 2016.

3.3. Los resultados de la participación y consulta

Los funcionarios, docentes y contratitas de la Universidad en un 95% cuentan con el curso virtual de las 50 horas en Seguridad y Salud en el trabajo lo cual ha permitido que el personal conozca sobre el SG-SST y tenga una mayor participación en las actividades del mismo.

En la segunda Auditoria Interna del SG-SST esta práctica Institucional la cual demuestra el interés de la Universidad con el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

Las personas muestran mayor interés y participación en las actividades del SG-SST.

3.4. El desempeño de S y SO de la organización

Dando cumplimiento a la nueva normatividad en Seguridad y Salud en el Trabajo,

ESTÁNDARES MÍNIMOS SG-SST									
TABLA DE VALORES Y CALIFICACIÓN									
CICLO ▼	ESTÁNDAR ▼	ÍTEM DEL ESTÁNDAR ▼	Valor del ítem del estándar ▼	PESO PORCENTUAL ▼	Puntaje posible				CALIFICACIÓN DE LA EMPRESA O CONTRATANTE ▼
					Cumple Totalmen ▼	No cumg ▼	No Aplica * Justifi ▼		
		TOTAL MEJORAMIENTO(10%)		10	0	0	0		
		TOTAL ACTUAR(10%)		10	0	0	0		10
		TOTALES		100	85.75	13.75	0.5	0	85.75

* Si el estándar No Aplica, se deberá justificar la situación y se calificará con el porcentaje indicado para cada numeral. En caso de no justificarse la calificación del estándar será igual a cero.

El presente formulario es documento público, no se debe consignar hechos o manifestaciones falsas y está sujeta a las sanciones establecidas en los artículos 288 y 294 de la Ley 599 de 2000 (Código Penal Colombiano).

FIRMA DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE	FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN SG-SST
-----------------------------------	--

Resolución 1111 de 2017 se aplicó la evaluación inicial bajo los estándares mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo la cual dio un 85,75%.

3.5. El grado de cumplimiento de los objetivos

Resolución 185 de 12 de octubre de 2016, por la cual se adopta el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST, y actualiza la política de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Universidad de Cundinamarca.

- **ARTICULO TERCERO-POLÍTICA:** La Universidad de Cundinamarca como Institución de Educación Superior de Alta Calidad y Excelencia Académica, establece el compromiso de Planificar, Implementar, Mantener y Mejorar el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo en la Sede, Seccionales, Extensiones y Oficinas con alcance a todos los trabajadores, contratistas y subcontratistas, con el propósito de proteger, mantener y garantizar las condiciones de trabajo y de bienestar físico y mental de los funcionarios incluyendo a los docentes, contratistas, estudiantes y visitantes que participen en el desarrollo de la misión institucional, mediante procesos de mejora continua teniendo como base las siguientes directrices:
 - a) Cumplir la normatividad legal vigente en materia de riesgos laborales.
 - b) Propiciar la protección integral de la salud física y mental de los funcionarios, contratistas y subcontratistas que contribuya al cumplimiento de la misión institucional a través de la prevención y control de los riesgos laborales.
 - c) Identificar los peligros, evaluar y valorar los riesgos presentes en los procesos que desarrolla la universidad, estableciendo los respectivos controles, con el propósito de evitar y minimizar los accidentes de trabajo y enfermedades laborales que puedan aparecer por causa de estos.
 - d) Asignar recursos humanos, físicos y financieros necesario para la planeación, organización, ejecución y evaluación del SG-SST acorde con los peligros prioritarios existentes con el propósito de evitar AT y EL.
 - e) Desarrollar el SG-SST fomentando la participación de todos los niveles jerárquicos de la Universidad generando un compromiso individual y colectivo de auto cuidado y protección integral de la salud.

La política del SG-SST cumple con los requisitos establecido en la normatividad legal vigente Decreto 1072 de 2017 Artículo 2.2.4.6.5. Política de seguridad y salud en el trabajo (SST).

Cumplimiento de planes específicos, metas y objetivos

La cobertura para el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo es uno de los objetivos principales con una meta del 90%, con un cumplimiento del 85%, meta que ha sido posible lograr con el apoyo del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo- COPASST y las Brigadas de Emergencias, quienes apoyan y fortalecen el sistema, en la actualidad se cuenta con 16 integrantes del COPASST distribuidos en la Sede, Seccionales y Extensiones y con 36 Brigadistas Integrales.

Se realizó la contratación de una profesional que apoya el SG-SST en la Seccional de Ubaté, las Extensiones de Chía y Zipaquirá así como la Oficina de Bogotá.

Condiciones de Salud

El proveedor de la IPS Gerizim mediante las evaluaciones medicas ocupacionales de ingreso y periódicas genera un informe que nos permite identificar las condiciones de salud de los funcionarios el cual sirve como insumo para desarrollar las campañas de promoción y prevención.

El informe permite conocer cómo se encuentra la población frente a:

- Alteración nutricional.
- Alteración del sistema osteomuscular.
- Alteración del sistema cardiovascular.
- Alteración del sistema metabólico.
- Enfermedades infecciosas y parasitarias.
- Alteración tipo neoplasia.
- Alteración del sistema hematopoyético.
- Alteración del sistema nervioso central.
- Alteración de patologías del ojo y sus anexos.
- Alteración de patologías del oído y apófisis mastoides.
- Alteración del sistema respiratorio.

Actualización de matrices de peligros

- Para la actualización de matrices se está realizando el levantamiento de información para riesgo biomecánicos con el programa de Desorden Musculo Esquelético – DME.
- Actualización de planes de emergencias para valoración de fenómenos naturales.
- Visitas por oficinas para levantamiento de información.
- Valoración de intervenciones para tareas de alto riesgo.

Accidentes de trabajo

Según artículo 3 de la Ley **1562 de 2012** definición de accidente de trabajo es:

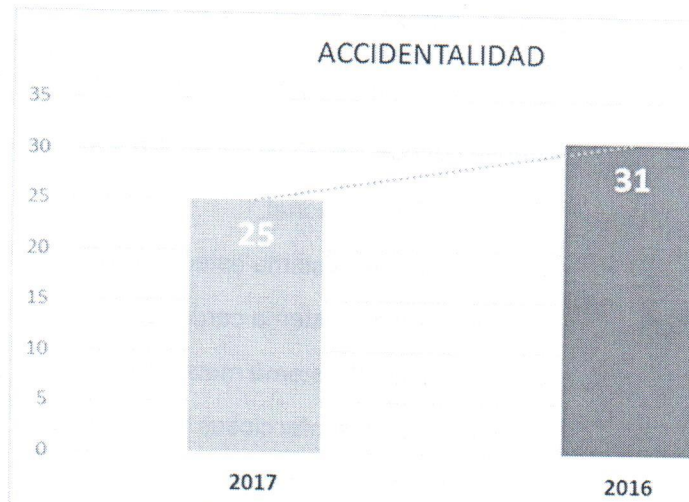
“Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.

Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aún fuera del lugar y horas de trabajo.

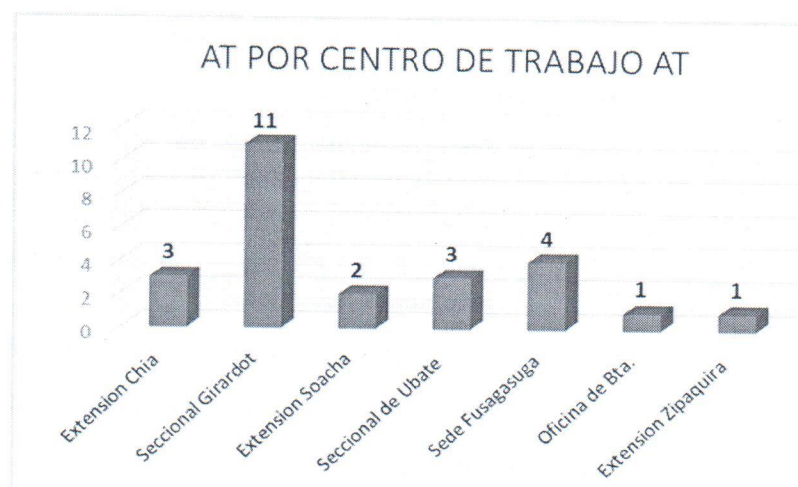
Igualmente se considera accidente de trabajo el que se produzca durante el traslado de los trabajadores o contratistas desde su residencia a los lugares de trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador”

Para la vigencia del 2017 se han presentado 25 accidentes de trabajo, aun no se puede establecer si se presenta una disminución frente al

año anterior teniendo en cuenta que nos quedan dos meses de esta vigencia.



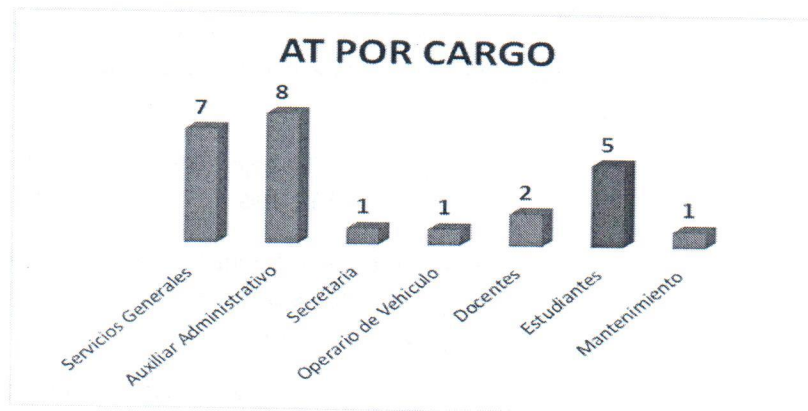
A continuación presentamos los accidentes de trabajo por centro de trabajo, para la Seccional de Girardot 4 de los Accidentes corresponden a estudiantes que están afiliados a la ARL por motivo de prácticas académicas.



ENFERMEDADES LABORALES

Se presenta en rojo la barra correspondiente a los estudiantes afiliados a la ARL, debido a que la universidad debe elaborar un trabajo conjunto entre la academia y el SG-SST para manejar las intervenciones que permitan disminuir los accidentes de trabajo en estudiantes. Lo anterior ya que el sistema en su concepción es preventivo con el fin de contar con accidentalidad que presente tendencia a cero.

Se evidencia que el centro de trabajo con mayor accidentalidad es la seccional de Girardot con 11 eventos de los cuales 5 corresponden a estudiantes.



De los 25 accidentes reportados 5 se realizaron de manera extemporánea 1 estudiante de Girardot, 1 estudiante de Ubaté, 2 funcionarios de Girardot y 1 funcionario de Fusagasugá.

Enfermedades Laborales



De las 6 enfermedades laborales calificadas dos funcionarios ya se encuentran pensionados, actualmente se cuentan con 4 funcionarios, la patología calificada es síndrome del túnel carpiano a los cuales se les está realizando seguimiento.

Durante la vigencia de 2017 no se reportaron enfermedades de origen laboral a la ARL, para el caso de la señora Rosaura Ángel se atendió un análisis de puesto de trabajo realizado por la ARL AXA Colpatria para definir el origen de la patología, sin embargo la calificación fue dada como de origen común, la funcionaria apelo la calificación ante la Junta Regional de Calificación de invalidez.

Ausentismo

El indicador de ausentismo se encuentra afectado por la incapacidad de 4 funcionarios que se encuentran con incapacidades superiores a 180 días, los cuales relaciono a continuación.

Nombre del Funcionario	No días de incapacidad
Ernesto Bueno Estrada	300
Rosaura Ángel	1116
María Antonieta	1600
Mora Clavijo Alejandro	300

La oficina de Talento Humano proyecto con el abogado Guillermo Polanco solicitudes de conceptos a diferentes entidades y dependencias, en los que se destacan:

- Ministerio de Trabajo: Se solicita concepto por incapacidades superiores a 180 días.
- Súper Intendencia Financiera: Donde se solicita que los fondos de pensiones realicen el reconocimiento de las incapacidades superiores a 180 días.
- Fondos de Pensión: Se envía comunidad a los fondos de pensión Porvenir y Colpensiones.
- Se solicita concepto jurídico a la doctora Jenniffer Aceneth Rivera Bustos Directora Jurídica sobre la cancelación de los salarios a los funcionarios de la Universidad.

3.6.El estado de las investigaciones de incidentes, acciones correctivas y acciones preventivas

Intervención De Riesgos Prioritarios

RIESGOS PRIORITARIOS	INTERVENCIÓN
Riesgos Eléctricos	Contratación de técnico electricista con certificación del ICONTEC.
Riesgos Biomecánicos	Programa de Gestión para la Prevención de los Desórdenes Musculo Esqueléticos. (Incluye aplicación de la Encuesta DME) Inspecciones a todas las oficinas de la Sede, Seccionales, Extensiones, Oficina Bogotá por Fisioterapeuta. Inspecciones de puesto de trabajo a funcionarios puntuales.
Riesgos Locativos	Compra de bandas antideslizantes.
RIESGOS PRIORITARIOS	INTERVENCIÓN
Riesgo Psicosocial	Aplicación de la batería de riesgo psicosocial.
Tareas de alto riesgo	Adquisición de podadoras de alturas para eliminación de trabajo de alturas en poda de árboles.
Riesgos Físicos	Adquisición e instalación de persianas, black up y frozter.
Fenómenos Naturales	Fortalecer los planes de emergencias de la Universidad. Capacitación a las brigadas de emergencias. Participación en simulacro nacional en la Sede, Seccionales, Extensiones. Instalación de señalización de rutas de evacuación.

Prioridades del SG-SST para la mejora continúa

- Realizar intervención al riesgo psicosocial.
- Establecer escuelas en la Sede, Seccionales, Extensiones y Oficina Bogotá de desórdenes musculo esqueléticos, teniendo como base el resultado de la aplicación de la encuesta desórdenes musculo esqueléticos.
- Certificar con las oficinas de gestión del riesgo los planes de emergencias de la universidad.

3.7. Acciones de seguimiento de revisiones anteriores de la dirección.

Las medidas tomadas por la alta dirección para promover la mejora continua en el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo teniendo como base la revisión por la dirección del 2016 fueron las siguientes:

- Realizar la contratación de un grupo de apoyo que permitiera aumentar el índice de cumplimiento del SG-SST frente a las exigencias del Decreto 1072 de 2015 Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, la Universidad contrato 8 persona que apoyaron y fortalecieron la documentación del SG-SST quedando con un cumplimiento documental de 81%.
- Fortalecer el equipo de trabajo de la oficina de Seguridad y Salud en el Trabajo, para lo cual se contrató una especialista que apoya el sistema en la Seccional de Ubaté, Extensiones de Chía y Zipaquirá y Oficina de Bogotá lo cual permite dar mayor cobertura al SG-SST, se realizó el traslado de 1 funcionario de planta que apoya el proceso.
- Se efectuó el cambio de ARL a Positiva la cual entro en vigencia a partir de abril de 2017, quien ha brindado un profesional que apoya al SG-SST, se han realizado actividades con cobertura a toda la universidad.

Lo anterior evidencia que las medidas tomadas fueron eficaces y aportaron a la mejora continua del SG-SST.

3.8. Circunstancias cambiantes, incluidos los cambios en los requisitos legales y otros relacionados con S y SO.

- Realizar intervención al riesgo psicosocial.
- Establecer escuelas en la Sede, Seccionales, Extensiones y Oficina Bogotá de desórdenes musculo esqueléticos, teniendo como base el resultado de la aplicación de la encuesta desórdenes musculo esqueléticos.
- Certificar con las oficinas de Gestión del Riesgo los Planes de emergencias de la Universidad.
- Realizar intervención según las recomendaciones de las mediciones ambientales.
- Alcanzar el cumplimiento de 100% de la evolución inicial según Resolución 1111 de 2017.

(Anexo 1: Informe de Gestión Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo)

4. El Director de Planeación Institucional José del Carmen Correa Alfonso, interviene dando la palabra a los asistentes con el fin hacer recomendaciones al Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo.
 - 4.1. El Doctor Fabio Julio Gil, Director de la Extensión Soacha recomienda que se realice la contratación de personal de mantenimiento especializado en el área de electricidad, para todas las seccionales y extensión dado que el personal que actualmente ejerce esas funciones está en la sede Fusagasugá y no alcanza a cubrir todas las necesidades de las demás unidades regionales.
 - 4.2. El Doctor Cesar Mauricio Moreno, Director de Control Interno recomienda que se dé cumplimiento a todas las entradas de la revisión para este sistema, con el fin de definir que oportunidades de mejora y que cambios deben planearse para la próxima vigencia, partiendo de los resultados de la auditoria interna realizada en el mes de octubre de 2017 al decreto 1072 de 2015. Adicionalmente determinar la necesidad de recurso humano con perfiles, que se requieren para avanzar en la implementación del sistema.
 - 4.3. La Doctora Ángela María Merchán Directora de Autoevaluación y Acreditación, sugiere que se presente el estado de avance en la implementación del sistema de seguridad y salud en el trabajo haciendo énfasis en los veinticuatro puntos del decreto 1072 de 2015, dado que no se mostró en la presentación del informe el estado real de avance del sistema.
 - 4.4. El Doctor Ricardo Acosta Medina, Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud, resalta el trabajo realizado y enfatiza que de acuerdo al decreto 2376 de 2010 el cual regula la relación docencia servicio, si se ha dado cumplimiento a la afiliación de los estudiantes practicantes a la ARL, lo cual se puede evidenciar en el registro calificado obtenido tras las visitas realizadas por pares académicos a los sitios de docencia servicio donde evidenciaron las pólizas por estudiante.
 - 4.5. El Doctor José del Carmen Correa Alfonso, da por terminada las intervenciones de los asistentes y da continuidad al orden del día, con el informe de implementación del Sistema de gestión de seguridad en la información – SGSI.
5. La Ingeniera María del Pilar Delgado, ingeniera de la Dirección de Sistemas y Tecnología presenta el informe de avance del Sistema de Gestión de Seguridad en la Información – SGSI.

El Sistema de Gestión de Seguridad en la Información – SGSI, inicio este año su implementación bajo lo contemplado en la norma ISO 27001:2013, y el decreto 1078 de 2015 del sector de las tecnologías de comunicación e información del Ministerio de Tecnología.

Como primera etapa se realizó el diagnóstico del SGSI, determinando el estado actual y nivel de madurez del modelo de seguridad y privacidad de la información en la institución, a través de encuestas técnicas aplicadas al interior de la Dirección de Sistemas y Tecnología, obteniendo un resultado de 2.4 lo que implica que el SGSI se cumple insatisfactoriamente.

Se Cumple Insatisfactoria			Se Cumple Adecuadamente			Se Cumple Plenamente		
2,0	2,5	2,9	3,0	3,5	3,9	4,0	4,5	5,0

POBLACION OBJETIVO APLICACIÓN ENCUESTA DIAGNOSTICO SGSI	NUMERO	MUESTRA	TOTAL ENCUESTAS DILIGENCIADAS	RESULTADO DE LA ENCUESTA
Proceso Gestión Sistemas y Tecnología	25	24	19	2,4

Febrero 28 de 2017

Se determinó la política, objetivos y alcance del SGSI, a través de la aplicación de una herramienta aplicada en sede, seccionales y extensiones, la cual se adopta mediante la resolución N° 088 de 2017 *"Por el cual se adopta el Sistema de Seguridad de la Información – SGSI y se establece la política, objetivos y alcance del Sistema de Seguridad en la Información de la Universidad de Cundinamarca"*.

Política:

La Universidad de Cundinamarca, comprende la importancia de proteger la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información como activo esencial para la prestación de sus servicios de formación y aprendizaje, Ciencia, Tecnología e Innovación e Interacción Universitaria, por lo tanto es prioritario la implementación de un Sistema de Seguridad de la Información – SGSI, como herramienta que permita identificar, analizar, valorar y tratar los riesgos, manteniendo el mejoramiento continuo acorde a las necesidades de los diferentes grupos de interés identificados.

La Dirección de Sistemas y Tecnología es el área que establece, gestiona y articula las directrices, mecanismos de protección y resguardo de la información que la Universidad de Cundinamarca considere, de acuerdo a la normatividad legal aplicable y en concordancia con la misión y visión de la institución.

Las demás políticas que se generen como producto de la implementación del SGSI, será adoptadas y de obligatorio cumplimiento por todos los grupos de interés.

Objetivos:

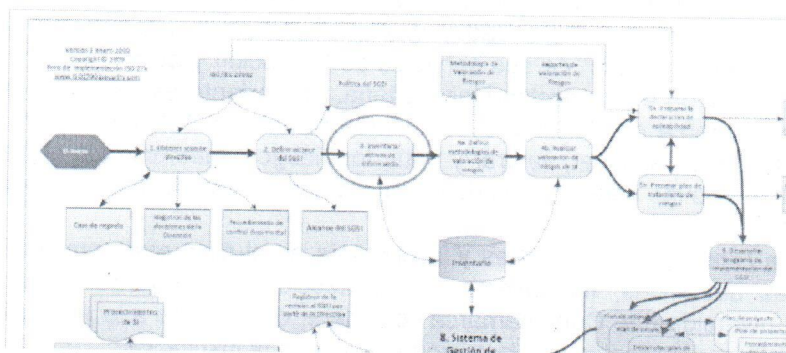
1. Establecer roles, responsabilidades y funciones de los administradores de los sistemas para tener dominio, continuidad y trazabilidad de los activos de la información.
2. Definir los roles y responsabilidades para la asignación y manejo de los bienes informáticos.
3. Identificar quienes autorizan, garantizan, aprueban y permiten el acceso a los bienes informáticos por medio de roles y privilegios establecidos por la institución.
4. Socializar a todos los usuarios de la Universidad de Cundinamarca sus derechos y responsabilidades frente al Sistema de Gestión de Seguridad de la Información.
5. Definir los niveles de acceso y protección la información institucional, clasificada y documentada, brindando confidencialidad, integridad y disponibilidad.
6. Realizar un plan de capacitación del instructivo para el uso correcto de los recursos tecnológicos de la comunidad udecina para llevar a cabo la implementación del SGSI.
7. Establecer y comunicar los derechos y responsabilidades de los administradores del sistema frente a los usuarios.
8. Establecer lineamientos para detectar las amenazas inminentes a la seguridad de la información, con el fin de prevenir y mitigar los incidentes al sistema.
9. Divulgar las estrategias y los protocolos que la Universidad de Cundinamarca ha establecido para salvaguardar la información a la comunidad universitaria y proveedores.

Alcance:

"La Universidad de Cundinamarca mediante el Sistema de Gestión de Seguridad en la Información, busca mejorar la prestación de los servicios de formación y aprendizaje, Ciencia, Tecnología e Innovación e Interacción Universitaria para los programas de pregrado y postgrados, con el fin de asegurar la disponibilidad, integridad y confidencialidad de la información generada por la comunidad académica,

administrativa y proveedores, mediante la gestión de la infraestructura y plataforma tecnológica en la sede, seccionales y extensiones, basado en la normatividad legal vigente”.

Una vez se obtuvo el soporte directivo donde se definió el alcance y se estableció la política del SGSI, se continuo con la actividad de inventariar los activos de la información, según el modelo de implementación ISO 27001.



Implementación ISO 27001

Con aval del comité de aseguramiento a la calidad – SAC, se plantearon talleres con el fin de socializar la Resolución 088 de 2017, el procedimiento ASIP15 – Gestión de activos de la información y la disposición de un aplicativo en la plataforma institucional para el registro de esta información posteriormente.

El 19 de julio de 2017 se realizó la convocatoria a todos los funcionarios emitida por la Dirección de Talento Humano para la asistencia con carácter obligatoria a los talleres de activos de la información. Los cuales se realizaron desde el 18 de julio al 10 de octubre del 2017.

Una vez culminados los talleres se habilitó el aplicativo en la plataforma institucional para que todos los funcionarios ingresaran sus activos de la información, una vez se culmine el ejercicio se emitirá un informe definitivo, con el fin de continuar con las siguientes actividades que son:

- Clasificación de la información registrada según su criticidad – Noviembre 2017.
- Etiquetado de la información registrada según su criticidad – Diciembre 2017.
- Publicación del consolidado de activos de la información en el portal institucional, previa aprobación del comité del SAC – Diciembre 2017.

(Anexo 2. Informe de gestión del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información - SGSI.)

6. El Director de Planeación Institucional José del Carmen Correa Alfonso, interviene dando la palabra a los asistentes con el fin hacer recomendaciones sobre la Sistema de Seguridad en la Información.

6.1. La Doctora Ángela María Merchán, Directora de Autoevaluación y acreditación, recomienda que se debe revisar los indicadores sobre los funcionarios que hicieron el levantamiento de los activos de la información, incorporando aquellas personas

que no lo realizaron y excluyendo a los funcionarios que por su tipo de vinculación no tienen acceso a la plataforma y no poseen activo de información.

6.2. El Doctor Carlos Fernando Gómez Ramírez, Director de la Extensión Facatativá reconoce la labor del equipo de sistemas y tecnología dado que fue un trabajo comprometido y responsable, así mismo destaca el vínculo generado con el Ministerio de las TIC's.

6.3. El Doctor Adriano Muñoz Barrera, Rector reconoce el avance de los dos sistemas nuevos, que ha sido muy importante la interacción y dialogo con agentes externos a la institución, ya que esas miradas externas aportan en la construcción y consolidación de los procesos.

Resalta la importancia y satisfacción de que la gestión del cambio se haya incorporado en las acciones permanentes y constantes de la institución.

6.4. La Doctora Carolina Gómez Fontecha, Coordinadora de la oficina de Calidad presenta la necesidad de que los sistemas están integrados en procedimiento mas no en estructura, es el caso del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo el cual se desarrolla como un procedimiento del proceso de talento humano, lo cual hace necesario que se integren los sistemas de gestión bajo una estructura organizacional.

6.5. El Director de Planeación da por terminada la sesión de recomendaciones sobre el sistema de gestión de seguridad de la información, y da continuidad al informe de los Resultados de la información de entrada para la revisión por la dirección del Sistema de Gestión de la Calidad.

7. El Director de Planeación institucional como gestor responsable del sistema integrado de gestión da inicio a la presentación del informe de entrada del sistema.

Explica que para la recolección de la información se realizó una herramienta, que fue diligenciada por los procesos participes, los cuales fueron: Dirección de control interno, oficina de atención al ciudadano, Dirección de acreditación y autoevaluación, Oficina de compras, Oficina de calidad y Dirección de planeación institucional, los cuales pueden verificar en el CD entregado.

7.1. Estado de las acciones de las revisiones por la dirección previas

El Director de Planeación Institucional presenta el estado de las acciones resultantes de la revisión por la dirección – 2016

ACCIÓN	EVIDENCIA	RESPONSABLE	AVANCE
a) LA MEJORA A LA EFICACIA, EFICIENCIA Y EFECTIVIDAD DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y SUS PROCESOS			
Implementar los requisitos establecidos en la Norma Técnica NTC ISO 9001 versión 2015, NTC ISO 14001 versión 2015 y prepararnos para dar cumplimiento a la nueva versión de OSHAS 18001.	Cronograma y registro documental de transición de la implementación de los requisitos para el cumplimiento de la NTC ISO 9001:2015.	Oficina de calidad	Avance de migración a la Norma ISO 9001:2015 52% en tiempo 74% en requisito

Revisión y ajuste de la política y objetivos de calidad con el propósito de integrar los requisitos establecidos para la implementación y mejoramiento del Sistema Integrado de Gestión.	Resolución 128 de 2017 "Por la cual se adopta la política de calidad de la Universidad de Cundinamarca"	Oficina de calidad	100%
Revisión y ajuste del Mapa de operación por procesos conforme a las necesidades de la implementación y mejoramiento del Sistema Integrado de Gestión.	Manual de calidad actualizado implementación del nuevo mapa de operación digital que apunta a ser más eficiente y eficaz.	Oficina de calidad	100%
Establecer la política de administración del riesgo de la universidad y mejorar el procedimiento para la Administración de los riesgos por procesos y de la entidad.	Se elaboró una propuesta de la política de administración del riesgo, la cual está para ajustes y aprobación.	Oficina de calidad	30%
Actualizar el procedimiento de revisión por la dirección para dar cumplimiento a lo establecido en las Normas Técnicas NTCGP 1000:2009, ISO 9001:2015, ISO 14001:2015, OSHAS 18001:2007.	Se actualizó el procedimiento EPIP15 integrando las normas ISO 9001:2015, OSHAS 18001:2007, ISO 14001:2015, ISO 27000	Dirección de Planeación Institucional	100%
Realizar la revisión y ajuste de los indicadores por proceso de tal manera que como resultado de la medición, análisis y evaluación de los mismos suministre información que permita la toma de decisiones con relación al desempeño y la eficacia del Sistema de Gestión Integrado.	Se articuló los indicadores estratégicos y de calidad según lo consagrado en la Circular 011 de 2017, con el fin de obtener una medición, análisis y evaluación al logro de los objetivos institucionales.	Dirección de Planeación Institucional - Oficina de calidad	100%
Establecer estrategias desde los Gestores Responsables de proceso para realizar seguimiento, análisis y mejora de las fallas reincidentes reportadas a través de las auditorías.	Acompañamiento a los líderes de los procesos auditados, definidos dentro de los procedimientos SCIP04 - AUDITORIA EN SISTEMAS DE GESTIÓN SCIP08 EVALUACIÓN INDEPENDIENTE.	Control Interno	100%
Realizar la revisión y actualización del manual de funciones, para incluir roles y responsabilidades de los funcionarios frente a los Sistemas de Gestión Integrados.	Se realizó la propuesta de actualización del manual de funciones	Talento Humano	40%



Integrar las auditorías en la universidad y programarlas para que estas se lleven a cabo de manera sistemática durante los nueve primeros meses de la vigencia.	Programa de las auditorías durante el I y II semestre 2017	Control Interno	100%
Mejorar la retroalimentación de los resultados de las auditorías internas por proceso para garantizar un adecuado tratamiento de los hallazgos y la mejora continua de los procesos.	Publicación de los resultados de las auditorías en el portal institucional, acompañamiento y asesoría a los diferentes procesos con el fin de mitigar las falencias y tratar los hallazgos encontrados.	Control Interno	100%
Revisar y actualizar el procedimiento de comunicaciones tanto a nivel interno como externo para controlar la pertinencia de la información comunicada.	Se actualizaron los procedimientos de la oficina de comunicaciones, se sistematizaron a través del aplicativo SIS, permitiendo obtener un mayor control de las solicitudes y un mayor nivel de respuesta	Oficina de comunicaciones	100%
b) LA MEJORA DEL PRODUCTO Y/O SERVICIO EN RELACIÓN CON LOS REQUISITOS DEL CLIENTE			
Modificación del procedimiento EPQP03 con el fin de realizar la presentación de la propuesta de acciones correctivas a la alta dirección, para la toma de decisiones.	Se inactiva el procedimiento EPQP03 con el fin de articularlo al proceso de planeación Institucional, el cual está en proceso de creación	Dirección de Planeación Institucional	30%
c) LAS NECESIDADES DE RECURSOS			
TALENTO HUMANO			
Constituir un equipo de trabajo interno, que apoye el fomento y la participación activa dentro del SGC.	Se conformó un equipo interno de seis (6) personas que apoyan a los diferentes procesos de la institución en la apropiación, participación y mejoramiento de los temas referentes al SGC	Vicerrectoría Administrativa y Financiera- Talento Humano- Oficina de calidad	100%
INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA			
Sistematización articulada de los procedimientos que componen Sistema de Gestión de la Calidad.	Articulación de los procedimientos ABSP01 y EPIP05	Sistemas y Tecnología - Planeación Institucional - Oficina de calidad	70%

Mejoramiento de la conectividad en las unidades regionales y el uso de la transmisión vía streaming.	La Dirección de Sistemas y Tecnología ofertó la invitación pública No.043 para contratar "LA PRESTACIÓN DE SERVICIO DE TELECOMUNICACIONES Y VALOR AGREGADO (CANAL DEDICADO A INTERNET Y DATOS), en donde pasando de radio enlaces a tecnología de fibra Óptica, garantizando de esta manera una disponibilidad del 99,98% del tiempo de conexión. Se amplió 50 megas de canal de datos e internet a tener dos canales de Fibra Óptica: uno de 200 megas (canal principal) y otro de internet dedicado (70 megas) para un total de 270 megas de conexión que representan un 540% de crecimiento.	Sistemas y Tecnología	100%
--	---	-----------------------	------

7.2. Cambios en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al sistema de gestión de la calidad

La coordinadora de la oficina de calidad presente los cambios que se han presentado la institución y el análisis del contexto.

Gestión del cambio

La gestión del cambio es un nuevo requisito de la versión 2015 de la ISO 9001, el cual pretende planificar los cambios que presenta la institución.

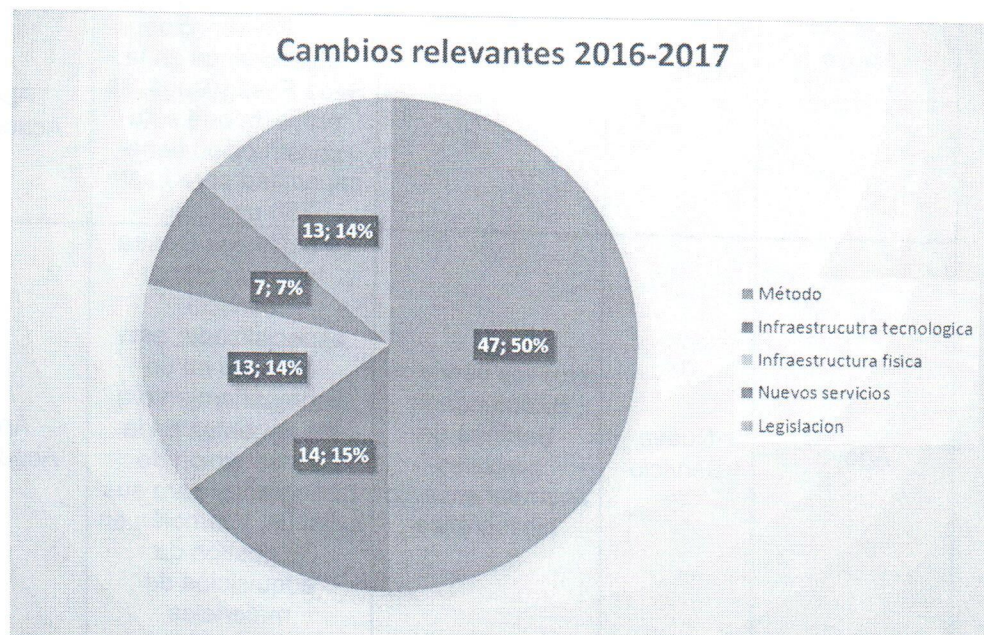
Se creó un procedimiento de gestión de cambio el cual está para aprobación en el comité SAC, pero paralelamente se realizó el levantamiento de información con los cambios más relevantes que hayan surgido durante el año 2016 y 2017, esto bajo recomendación del resultado del análisis GAP realizado por un consultor externo, donde sugirió determinar los cambios de mayor impacto y a partir de estos cambios iniciar la gestión de cambio y darlos a conocer.

Entre los cambios más relevantes se presentan los siguientes:

GESTIÓN DEL CAMBIO					
Macroproceso	Tipo de Cambio	Descripción del Cambio	Impacto del Cambio	Responsable	Periodo
Estratégico	Método	Construcción del Plan Estratégico 2016 - 2026 "Disoñando la Universidad que queremos"	El plan estratégico es un instrumento de direccionamiento a largo plazo el cual tiene el desafío de repensar, resignificar y reinventar el alma mater.	Dirección de Planeación Institucional	2016

Estratégico	Método	Construcción del Plan de desarrollo "2015-2019 "Ucundinamarca generación Siglo XXI"	Para la metodología se utilizaron técnicas de la Planeación Estratégica, destacando que para la recolección de información fueron determinantes los aportes realizados por la comunidad académica compuesta por estudiantes, profesores, administrativos, egresados y/o graduados y el sector productivo, a través de los conversatorios realizados por el rector de la universidad.	Dirección de Planeación Institucional	2016
Estratégico	Método	Actualización políticas, objetivos, procedimientos, normograma y demás documentación del Sistema de Gestión de Calidad	Mejorar el sistema de gestión de la calidad y avanzar en la transición a la norma técnica ISO 9001:2015	Oficina de calidad	2017
Apoyo	Infraestructura Física	Construcción Biblioteca	Inicia la fase de construcción de la nueva biblioteca Central, la cual mejora la cobertura de los servicios bibliotecarios en la Sede Fusagasugá, se proyecta que esta construcción tiene capacidad para hasta 750 usuarios.	Planeación Institucional Bienes y Servicios Apoyo Académico	2017
Apoyo	Nuevo Servicio	Nuevos servicios Bibliotecarios: Semana de parciales, acompañamiento bibliográfico	La biblioteca Central lanza su primer servicio especializado, este consiste en un acompañamiento a los docentes en la construcción de bibliografías para sus syllabus, y también en la gestión de adquisición de materiales bibliográfico.	Apoyo Académico	2017

Apoyo	Nuevo Servicio	Autoscaner, auto impresión.	Servicio disponible en la Biblioteca Central, sede Fusagasugá y en la biblioteca Seccional Girardot, consiste en la ubicación de un escáner autoservicio en las salas de lectura de las bibliotecas para permitir que los usuarios de las bibliotecas puedan digitalizar los contenidos de su interés autónomamente.	Apoyo Académico	2017
Apoyo	Infraestructura Tecnológica	Puesta en funcionamiento del Software "Gestión de Apoyo Académico"	Servicio oportuno, en línea, disminución de formatos y papel	Apoyo Académico	2017
Apoyo	Infraestructura Tecnológica	Chat virtual, aula virtual para supervisores, procesos disciplinarios, SIS de Admisiones	Poner en funcionamiento herramientas tecnológicas para facilitar el acceso a los servicios e información de la Institución, mejorando la satisfacción de los usuarios y el tiempo de respuesta.	Atención al ciudadano Admisiones Control Disciplinario	2016-2017

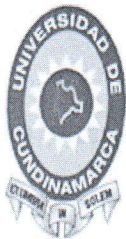


Contexto de la organización

La Universidad de Cundinamarca mediante el procedimiento ACAP05 *Gestión de riesgos y oportunidades*, analiza las cuestiones externas e internas de la institución mediante la aplicación de una matriz DOFA que permite detectar factores negativos y positivos para favorecer el logro de los objetivos de la institución y factores que tienen potencial para ser aprovechados y/o que pueden afectar el logro de los objetivos.

Metodología: Mediante entrevistas realizadas a todos los procesos del sistema durante los meses de mayo, junio y agosto de 2017, se recopiló información consolidándola en la siguiente DOFA Institucional, la cual será insumo para planificar las acciones que permitan abordar los riesgos y oportunidades en el cumplimiento del propósito y direccionamiento estratégico de la institución.

MATRIZ DOFA ANÁLISIS DE CONTEXTO	
Fortalezas (F)	• Método Plan estratégico. Acreditación, certificación. Adherencia a los procedimientos. Portafolio de servicios. • Mano de obra Equipo de trabajo competente. Conocimiento de los procesos. • Maquinaria Aplicativos tecnológicos desarrollados. Espacios académicos suficientes.
Debilidades (D)	• Método Falta de claridad en las actividades. Falta de control en actividades. Falta de oportunidad en los procesos. • Mano de obra Rotación de personal. Modalidad de contratación. Falta inducción y reinducción. • Maquinaria Falta de sistematización en actividades. Falta modernizar espacios académicos.



Amenazas (A)	• Social Distanciamiento con los medios externos nacionales. Asonadas por parte de los estudiantes. Condiciones económicas e intrafamiliares que afectan a los estudiantes. Distanciamiento con los medios externos nacionales. Condiciones económicas e intrafamiliares que afectan a los estudiante. Aumento del consumo de licores y sustancias psicoactivas en los estudiantes. • Político Cambios en normatividad del sector. Influencia política en la Gestión de la Institución. Ley de garantías. Dependencia de la aprobación de planes de desarrollo de otras instituciones. Legislación ambiental. Falta de transparencia de los ciudadanos. • Económico Disminución en los recursos transferidos por el municipio, departamento y la nación. Alta competencia de universidades públicas e Instituciones en el entorno. Desfinanciamiento de las universidades públicas en Colombia. Bajo interés por el nicho de mercado en realizar especializaciones.
Oportunidades (O)	• Social Ser la universidad pública del departamento con presencia en 7 municipios. Reconocimiento a nivel local, departamental y nacional. Políticas y beneficios para el tema de posconflicto establecidas por el gobierno. Problemáticas de las regiones. • Político Exigencias de acreditación. Lineamientos del Ministerio de Educación. Cooperación con gobierno, Ministerios, Función Pública. Articulación con otras entidades de Educación Superior.

7.3. Desempeño y eficacia del sistema de gestión de la calidad

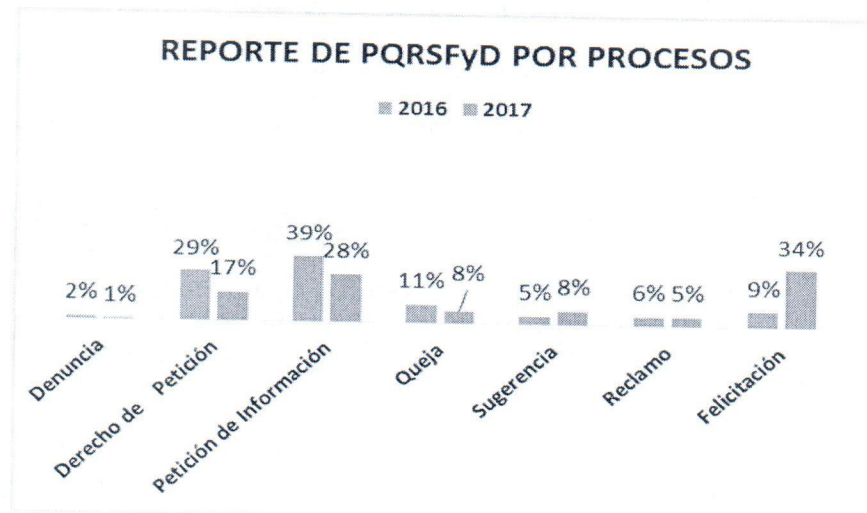
7.3.1. Satisfacción del cliente y retroalimentación de partes interesadas pertinentes.

La coordinadora de la oficina de atención al ciudadano presenta el Informe de Peticiones, Quejas y Reclamos PQR'S.

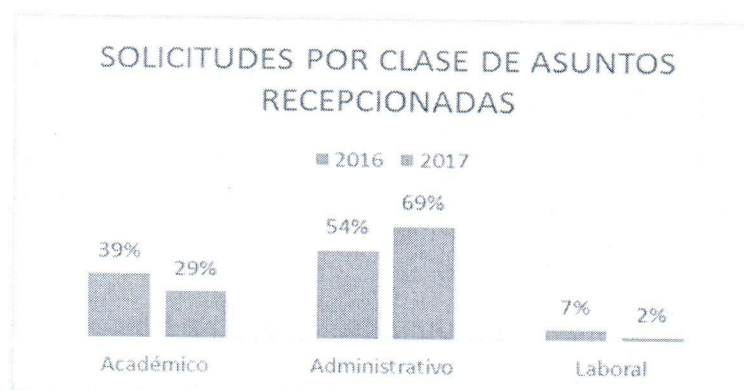
En la siguiente grafica se describe el movimiento de los años 2016 y 2017 de forma específica por tipo de PQRSFyD, donde se evidencia que para el año 2017 en relación al año inmediatamente anterior disminuyeron las peticiones, quejas y reclamos, a pesar que en los procesos Gestión Docencia, admisiones y proyectos especiales y relaciones

interinstitucionales son los tres procesos donde persiste la mayor cantidad de solicitudes.

Esta disminución radica en que la Universidad ha mejorado la disposición de información a la ciudadanía a través de su portal web y medios de atención, lo que ha reducido en un 11% las solicitudes de información referentes a programas académicos, notas y cursos intersemestrales.



Por otro lado de esas solicitudes recepcionadas el 54% y 69% para el 2016 y 2017 respectivamente han sido de asuntos administrativos por temas como información general, recibos de pago, seguido de asuntos académicos por temas de admisión e inscripción de materias y asuntos laborales referente a pagos de contratistas.



Resaltando que el medio por donde los ciudadanos realizan estas solicitudes es por medio online a través de nuestro portal web en el aplicativo SAIC y de manera escrita.

Lo que ha mejorado los tiempos de respuesta logrando recepcionar y direccionar eficazmente el 100% de las PQRSFyD instauradas a la institución en el año 2016, de las cuales obtuvo respuestas a tiempo en un 58,6% teniendo en cuenta los términos internos de los procedimientos de la oficina de peticiones, quejas y reclamos y 100% resueltos dentro de los términos legales externos que así lo exigen, en comparación a los datos en la vigencia del año 2017 donde se ha registrado que el 47% se resolvieron a tiempo de acuerdo a los procedimientos institucionales sin ampliación de términos, y el restante 53% se resolvieron durante la ampliación de términos dispuesta en dicha norma.

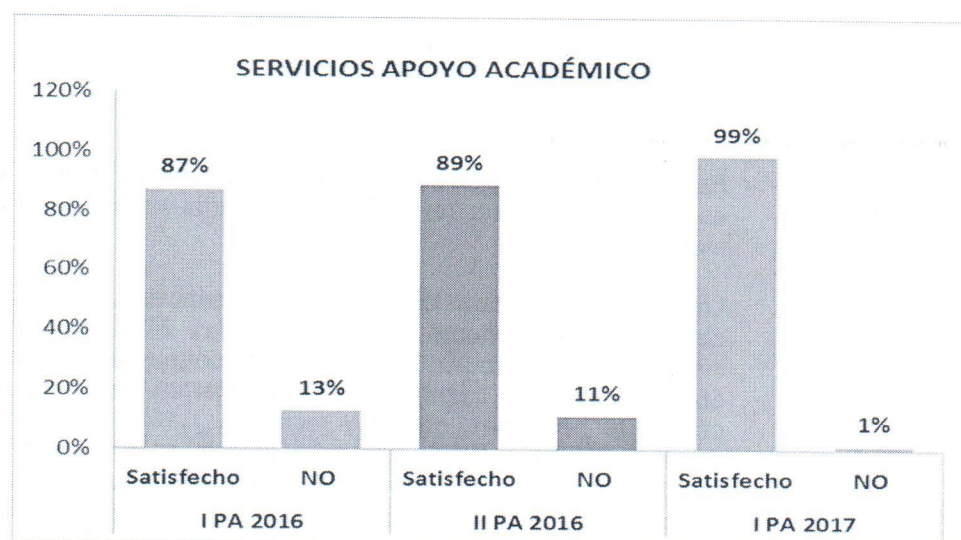
(Anexo 3. Informe de PQR'S)

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

En procura del mejoramiento de los servicios prestados por la institución, la universidad dentro de sus diferentes procesos aplica una serie de evaluaciones que han permitido conocer las percepciones de los estudiantes frente al personal docente, a las salidas académicas y al servicio prestado en los diferentes espacios académicos.

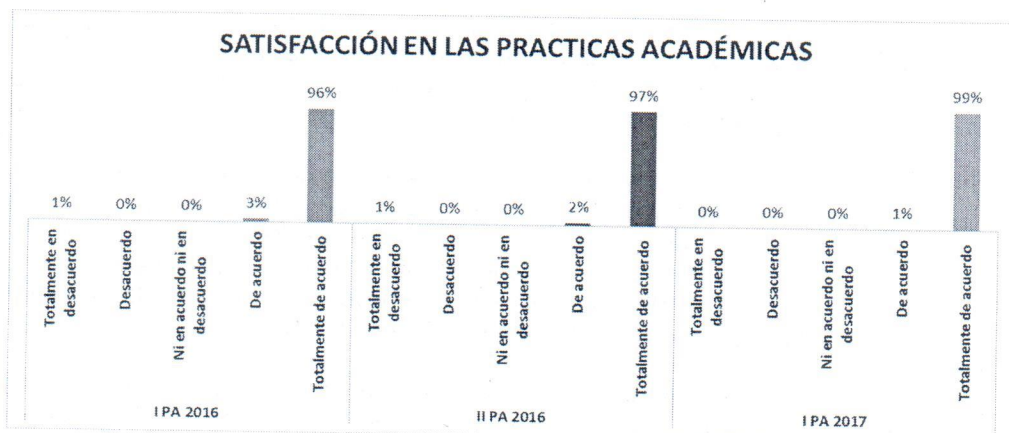
La Dirección de Planeación Institucional compiló esta información con el fin de obtener el grado de satisfacción correspondiente a estos aspectos durante el primer semestre 2017 arrojando los siguientes resultados:

Unidad de Apoyo académico	I PA 2016		II PA 2016		I PA 2017	
	Satisfecho	NO	Satisfecho	NO	Satisfecho	NO
Espacios académicos	87%	13%	89%	11%	100%	0%
¿La atención y cumplimiento del horario laboral del encargado del área en el espacio académico, fue el adecuado?	97%	3%	95%	5%	100%	0%
¿Recibió por parte del encargado de área las recomendaciones de uso adecuadas de los elementos educativos?	94%	6%	93%	7%	96%	4%
¿Se encuentran debidamente señalizados el espacio académico con las normas básicas de seguridad?	87%	13%	87%	13%	99%	1%
¿Los elementos educativos empleados en el espacio académico, se encontraban en un estado de funcionalidad adecuado?	83%	17%	86%	14%	99%	1%
¿Los elementos educativos utilizados en el espacio académico fueron suficientes e idóneos?	75%	25%	83%	17%	99%	1%



Como se puede observar el grado de satisfacción de los usuarios de los espacios académicos es satisfactorio y aumenta durante cada periodo académico, esto producto que se ha mejorado la dotación de los diferentes espacios en materia de equipos, material bibliografico, mantenimiento y calibración.

Frente a las prácticas académicas, en general se evidencian resultados favorables, donde la proporción de estudiantes que manifestaron estar totalmente de acuerdo con las prácticas académicas supera el 96% desde el periodo 2016 - I. En el 2017 - I dicha proporción fue de 99%, para una muestra de 144 estudiantes encuestado en 6 prácticas diferentes.



AÑO	2016-1	2016-2	2017-1
Población (Estudiantes)	115	127	144
N° de Prácticas	5	6	6

En relación a la evaluación docente, es una evaluación 360° ya que integra la evaluación de percepción de los estudiantes, la autoevaluación docente y la evaluación del superior jerarquico. Esta evaluación esta reglamentada mediante el Acuerdo N° 001 "Por el cual se reglamenta el sistema de evaluación de desempeño de los profesores de la Universidad de Cundinamarca" y en el cual en su capitulo III, artículo 19 estipula las categorias de los resultados de calificación de la siguiente manera:

PONDERACIÓN	
EXCELENTE	4,5 - 5,0
SOBRESALIENTE	4,0 - 4,4
SATISFACTORIA	3,0 - 3,9
NO SATISFACTORIA	0,0 - 2,9

FACULTADES	2015	2016	2017
DIRECCIÓN DE POSTGRADOS	0,0	0,0	3,6
FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS ECONÓMICAS Y CONTABLES	4,0	4,2	4,2
FACULTAD DE CIENCIAS AGROPECUARIAS	3,3	3,9	4,1
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD	4,2	3,7	4,2

FACULTAD DE CIENCIAS DEL DEPORTE Y EDUCACIÓN FÍSICA	2,8	3,8	3,7
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES, HUMANIDADES Y CIENCIAS POLÍTICAS	2,2	3,8	4,0
FACULTAD DE EDUCACIÓN	2,8	2,3	4,0
FACULTAD DE INGENIERÍA	4,1	4,2	4,1
PROMEDIO	2.9	3.2	4.0

Es así que podemos observar como ha aumentado anualmente los resultados de la evaluación docente, esto reflejado a la mejora en las condiciones de contratación docente, de vinculación, remuneración y categorización, lo que ha mejorado la percepción de todos los integrantes de la comunidad académica.

Utilizando estos tres indicadores el grado de satisfacción multidimensional de la Universidad de Cundinamarca para el primer periodo 2017 se obtuvo un resultado del **92%**, lo que evidencia que los usuarios de la Universidad de Cundinamarca cuentan con un alto grado de satisfacción. En otras palabras, por cada 100 usuarios 92 se encuentran plenamente satisfechos con los servicios de apoyo académico, docencia y prácticas académicas.

Es de resaltar que actualmente esta en curso el proceso de contratación de una firma quien realizará el estudio de satisfacción la cual incorporará a todas las partes interesadas de la institución, el cual nos brindará el grado anual de satisfacción de nuestros usuarios.

(Anexo 4. Informe de Satisfacción al usuario.)

7.3.2. El grado en que se han logrado los objetivos de calidad.

Los objetivos de calidad cambiaron, la política cambio con la resolución 128 de 2017, y los objetivos de calidad pasaron hacer los mismos frentes estratégicos del plan de acción, de esta manera los objetivos de calidad se alinearon a la estrategia de la institución.

De esta manera se presenta el avance en el cumplimiento de los objetivos para esta vigencia.

Frente Estratégico	Objetivo de Calidad	Avance de Cumplimiento	Análisis del Objetivo
Frente Estratégico III: Educación para la vida, los valores democráticos, la civilidad y la libertad	1. Ofrecer formación educadora para la vida, los valores democráticos, la civilidad y libertad	93%	Se debe fortalecer: Pruebas saber Pro en competencias ciudadanas, inglés y lectura crítica. Generar acciones de mejora en el Plan de mantenimiento automotor Lograr el estándar nacional de 3.8 en adquisición de material bibliográfico

Frente Estratégico II: Cultura Académica, Científica y Formativa	2. Asegurar una cultura académica que privilegie el saber, el conocimiento y la formación para la vida con seres humanos integrales, responsables, solidarios y tolerantes.	80%	Revisar la causa de descenso de convenios legalizados lo cual afecta el cumplimiento de convenios en interacción universitaria.
Frente Estratégico IV: Ciencia, Tecnología, Investigación, Innovación	3. Generar Investigación aplicada, sistemática y de impacto	90%	La Facultad de Ciencias de la Salud no reporta artículos publicados en revistas indexadas y no indexadas, la Facultad hace llamado a través de Plan de acción al desfinanciamiento en investigación por parte de la Universidad.
Frente Estratégico V: Internacionalización: Dialogar con el mundo.	4. Propiciar la gestión de la internacionalización: dialogar con el mundo.	117%	El indicador de cumplimiento de las acciones gestionadas sobre acciones propuestas, se cumplió en un 80%, en 2016 y en un 117% en 2017, considerando que la internacionalización es un proceso de reciente creación y consolidación en la política institucional.
Frente Estratégico VI: Gobierno Universitario Digital	5. Instituir un Gobierno Universitario Digital, Caracterizado por el autocontrol, el control social, las buenas prácticas y el control social universitario	90%	Se debe fortalecer: Digitalización en el archivo Tiempos de contratación Oportunidad en pagos
Frente Estratégico I: Institución Translocal del siglo 21: Desde la acreditación de programas a la acreditación institucional	6. Consolidar y visibilizar a la Universidad de Cundinamarca como Institución consistente logrando la acreditación de programas y la acreditación institucional.	100%	El indicador de cumplimiento de las acciones ponderadas por su carácter de obligatoriedad normativa, se cumplió en un 100%, en 2016 y 2017 con la presentación para renovación de registro calificado, El indicador de cumplimiento de las acciones ponderadas por su carácter de voluntariedad, se cumplió en un 80%, en 2016 y 2017 con la presentación para acreditación de alta calidad de los programas de:
Frente Estratégico VI: Gobierno Universitario Digital	7. Garantizar la mejora continua a través de la gestión de los riesgos y las oportunidades en la Universidad de Cundinamarca.	73%	Se debe fortalecer el nivel de mejoramiento a nivel institucional de acuerdo a los planes asignados para la vigencia 2017, se iniciaron las identificaciones de estrategias en un promedio de 200 días después, generando demoras en el desarrollo e implementación de acciones.

(Anexo 5. Indicadores de desempeño.)

7.3.3. El desempeño de los procesos y conformidad de los productos y servicios

En cuanto al desempeño de los procesos la oficina de calidad, presenta los indicadores redefinidos a partir del direccionamiento estratégico institucional, la política y los objetivos de la calidad, los cuales se encuentran alineados y alimentados a través del seguimiento al plan de acción, así mismo, el seguimiento de los indicadores del 2016.

Para lograr establecer las falencias identificadas en el avance de los indicadores los cuales a la fecha su cumplimiento es bajo, se permite intervenir a los gestores responsables, para lo cual se identifica que las decanaturas no reportan a tiempo a las oficinas los respectivos avances y las bases de datos se encuentran en constante cambio, de igual forma el reporte extra temporal de al seguimiento del plan de acción, el cual es insumo primordial para el avance a los indicadores de gestión de calidad.

Dando lugar al análisis de producto no conforme, el Proceso de Ciencia, Tecnología e Innovación presento 94 casos de producto no conforme por las causas a continuación descritas, los demás procesos misionales no presentan productos no conformes, por lo cual se requiere verificar el reporte de casos y/o la comprensión del procedimiento.



Casus del Producto no conforme

No anexan Acta de Facultad	45
Semilleristas o investigadores no tienen CVLAC	22
Plan de Trabajo Incompleto o anexa	17
Formatos no corresponden al Proceso Gestión Investigación.	15
Solicitudes no firmadas	14
Línea no Avalada institucionalmente	12
Semillero no avalado	12
Recursos legalizado en contabilidad no coincide con el reportado en Investigación	5
No anexa plan de reposición	5
No relaciona Grupo en la Solicitud	4
Tiempo en cronograma no coincide con tiempo en proyección	4
No aporta documentación física	4

Proceso de Ciencia, Tecnología e Innovación

Frente a la transición a la versión 2015 de la ISO, la cual determina que las salidas no conformes deben determinarse en todos los procesos de la organización, se sugiere iniciar el proceso de identificación de las posibles salidas no conformes, con cada proceso que integra el modelo de operación de la Institución en su parte misional.

7.3.4. Las no conformidades y acciones correctivas

Las NO CONFORMIDADES, producto de la auditoria del ICONTEC realizada en la vigencia 2016, evidenció como hallazgo que:

“No se asegura que los docentes realicen la autoevaluación. Evidencia: Se observó que algunos docentes de las sedes de Girardot y Facatativá, no cuentan con resultados de la autoevaluación, en el primer semestre de 2016”.

Cargado bajo el Plan de Mejoramiento No. 312, se realizaron las siguientes actividades para su avance final al 100%:

“Realizar las autoevaluaciones y evaluaciones de los planes de trabajo de los docentes que no las habían realizado, identificados en el desarrollo del

proceso de auditoria externa en la extensión de Facatativá y la Seccional de Girardot, que aún se encuentran vinculados con la Universidad.

Requerir a los coordinadores de programa y docentes que no habían realizado la auto evaluación del segundo semestre del año 2016 identificado en el desarrollo del proceso de auditoria externa en la extensión de Facatativá y seccional de Girardot, para que ingresen a la plataforma y realicen la evaluación del plan de trabajo y la auto evaluación, para los docentes que aún se encuentren vinculados a la Universidad.

Realizar el seguimiento al cumplimiento de la corrección a través de la verificación en la plataforma en el aplicativo de evaluación docente la realización de las autoevaluaciones y evaluaciones de plan de trabajo requeridas. (Registro).

Modificación del procedimiento ATHP07, 1. Incluir los criterios para evaluación de los docentes de postgrado y modalidad virtual. 2. Incluir el seguimiento a través de reportes trimestrales para entregar al Comité del Profesor para que se tomen las medidas correspondientes según sea el caso.

Realizar socializar del procedimiento ATHP07, y con los coordinadores.

Solicitar Registro de divulgación de los docentes a su cargo.

Implementación de inducción mediante aplicativo virtual.

Modificación del procedimiento ATHP03.

Realizar socialización de la NC al Vicerrector Académico por parte de la rectoría para realizar reunión con sus equipos de trabajo de la sede, seccionales y extensiones para generar el compromiso frente al cumplimiento de la evaluación de los docentes.

Informar al comité del profesor el incumplimiento del proceso de evaluación para que dé aplicación al Artículo 8 del Acuerdo 001 de 2009 que indica dar a lugar acciones disciplinarias.

Adaptar los instrumentos incluyendo los criterios de evaluación para docentes de postgrados, programas virtuales y de cargos académico administrativos".

(Anexo 6. Informe de seguimiento planes de mejora.)

7.3.5. Los resultados de seguimiento y medición

La medición de indicadores de gestión de la universidad, a partir de la vigencia 2016, se encuentra totalmente alienada con el direccionamiento estratégico de la institución a través de los planes estratégico y de desarrollo.

Por lo anterior se presenta el avance en metas de la vigencia 2016, el cual estaba orientado a la decanaturas y algunos procesos identificados en el Plan Rectoral, teniendo en cuenta que el señor Rector fue electo en diciembre de 2015 y la formulación del plan de acción se realiza en diciembre, para su publicación el 31 de enero de la siguiente vigencia.

Macroproceso	Proceso	Dependencia	Consolidado 2016
Misional	Formación y Aprendizaje	Fac. Ciencias Agropecuarias	78,00%
		Fac. Ciencias Administrativas, Económicas y Contables	72,00%
		Fac. Ingeniería	82,00%
		Fac. Educación Física	71,00%
		Fac. Educación	78,00%
		Fac. Ciencias de la Salud	68,00%
		Fac. Ciencias Sociales, Humanidades y Ciencias Políticas	74,00%
		Of. de Educación Virtual y a Distancia	84,00%
	Ciencia, Tecnología e Innovación	Dirección de Investigación	70,00%
	Interacción Universitaria	Dirección de Interacción Universitaria	86,00%
	Graduados	Of. de Graduados	34,00%
	Bienestar Universitario	Dirección de Bienestar Universitario	80,00%
	Internacionalización	Coor. de Internacionalización	125,00%
Estratégico	Planeación Institucional	Dirección de Planeación Institucional	100,00%
	Autoevaluación y Acreditación	Dirección de Autoevaluación y Acreditación	71,00%
Apoyo	Talento Humano	Dirección de Talento Humano	94,00%

El anterior seguimiento permitió identificar, dinámicas institucionales que orientadas a la calidad académica poseen gran relevancia de gestión, aunado a la propuesta estratégica de gestión por resultados, es formulado para la vigencia 2017 el Plan de Acción participativamente y compuesto por los procesos en su totalidad, incluidas las decanaturas.

Macroproceso	Proceso	Dependencia	Acumulado
Misional	Formación y Aprendizaje	Desarrollo Académico	76,70%
		Fac. Ciencias Agropecuarias	93,80%
		Fac. Ciencias Administrativas, Económicas y Contables	63,00%
		Fac. Ingeniería	71,80%
		Fac. Educación Física	68,90%
		Fac. Educación	79,00%
		Fac. Ciencias de la Salud	45,30%
		Fac. Ciencias Sociales, Humanidades y Ciencias Políticas	66,00%
		Dirección de Posgrados	95,80%

		Of. de Educación Virtual y a Distancia	59,70%
	Ciencia, Tecnología e Innovación	Dirección de Investigación	28,50%
	Interacción Universitaria	Dirección de Interacción Universitaria	58,70%
	Admisiones y Registro	Of. de Admisiones y Registro	54,60%
	Graduados	Of. de Graduados	19,50%
	Bienestar Universitario	Dirección de Bienestar Universitario	75,70%
	Internacionalización	Coor. de Internacionalización	60,00%
Estratégico	Planeación Institucional	Dirección de Planeación Institucional	61,10%
	Proyectos Especiales y Relaciones Interinstitucionales	Dirección de Proyectos Especiales y Relaciones Interinstitucionales	56,70%
	Autoevaluación y Acreditación	Dirección de Autoevaluación y Acreditación	76,70%
	Sistemas Integrados de Gestión	Calidad	67,10%
		Salud Ocupacional	60,00%
		Dirección de Sistemas y Tecnología	15,00%
	Comunicaciones	Of. Asesora de Comunicaciones	77,80%
Apoyo	Apoyo Académico	Unidad de Apoyo Académico	64,10%
	Financiera	Dirección Financiera	74,90%
	Bienes y Servicios	Dirección de Bienes y Servicios	64,00%
	Jurídica	Dirección Jurídica	--
	Talento Humano	Dirección de Talento Humano	57,60%
	Sistemas y Tecnología	Dirección de Sistemas y Tecnología	47,10%
	Documental	Archivo Documental	63,90%
Seguimiento, Medición, Análisis y evaluación	Control Interno	Dirección de Control Interno	60,90%
	Control Disciplinario	Dirección de Control Disciplinario	33,80%
	Servicio de Atención al Ciudadano	PQRS	67,00%

Por lo tanto, con el fin de alcanzar los objetivos de direccionamiento estratégico, se establecieron una serie de situaciones y controles con el fin de cumplir con las metas establecidas:

Análisis de datos

1. A partir de la elección del Dr. Adriano Muñoz Barrera como Rector de la universidad, se da inicio a la formulación del Plan de Desarrollo, a partir de la propuesta estratégica del Plan Estratégico "Disoñando la Universidad que queremos" y el Plan Rectoral.
2. El Plan de Acción desde la vigencia 2016, de tuvo un cambio significativo, de acuerdo a la propuesta estratégica, las metas más importantes son centralizadas en las facultades, con el fin de dar mayor relevancia a la academia y así lograr el cumplimiento del Plan de Desarrollo.

3. A partir de la vigencia 2017, el Plan de Acción se articula con los indicadores de calidad, convirtiéndose así en una herramienta de seguimiento y medición eficaz, alineada con los frentes estratégicos y los objetivos de la calidad.
4. La medición de los indicadores del Plan de Acción, son insumo para la medición de los indicadores de calidad, con el fin de no tener duplicidad de resultados y así asegurar la calidad de la información.
5. Las metas de Plan de Acción, se encuentran así mismo alineadas con las metas de medición del Ministerio de Educación, de los sistemas de información SNIES, SPADIES, los factores de calidad del CNA, MIDE, Transparencia por Colombia, Gobierno en Línea, entre otros
6. Trimestralmente se realiza en Consejo Académico, la presentación del avance de metas de los decanos de facultad y las oficinas dependientes de la Vicerrectoría Académica, Vicerrectoría Administrativa y Financiera y Secretaría General, en el mes de noviembre se realizó en el Comité SAC, el informe de avance de seguimiento. Mediante esta metodología se asegura la toma de decisiones y compromisos correspondientes en pro del cumplimiento de metas.

7.3.6. Los resultados de las auditorías

Con respecto a las auditorías internas realizadas, se revisaron los hallazgos identificados en las auditorías del 2016 y 2017, para lo cual se presentaron los hallazgos con su respectiva acción correctiva.

En la vigencia 2016, se realizó la auditoría interna del sistema, que arrojó como resultado 10 NO CONFORMIDADES y 2 OBSERVACIONES, de las cuales se establecieron 40 acciones correctivas, que a la fecha 24 se encuentran en el 100%, 2 en el 75%, 1 en el 57%, 9 en el 50% y 4 no han logrado avance.

De la auditoría realizada en la vigencia 2017, se evidenciaron 13 NO CONFORMIDADES, para las cuales se establecieron 38 acciones correctivas, las cuales se han venido adelantando, con un avance a la fecha de 8 NC en el 100%, 2 en el 75% y 24 que no presentan avance.

En conclusión y como observaciones de parte de los directivos asistentes, se identifica que los hallazgos son recurrentes, así mismo las acciones correctivas; para lo cual se solicita realizar acciones concretas y pertinentes que permitan no reincidir en no conformidades u observaciones.

(Anexo 7. Informe de resultados de auditorías.)

7.3.7. El desempeño de los proveedores externos

Criterios de reevaluación:

Para la valoración del contratista por parte del supervisor del contrato tiene en cuenta los siguientes factores:

Factores técnicos:

- **Calidad:** Presta el servicio o entrega el producto de acuerdo a los requisitos establecidos.
- **Cantidad:** Relación cuantitativa entre lo solicitado y lo entregado.
- **Oportunidad:** Entrega el servicio o el producto de acuerdo a los plazos establecidos.
- **Garantía:** Respaldo, seguridad, confianza que ofrecen los productos o servicios entregados / cubrimiento o amparo con respecto al trabajo o producto entregado.
- **Servicio Postventa:** Tener en cuenta aspectos como:

Funcionalidad, operatividad, estética o presentación, vida útil del producto o servicio prestado. El proveedor ofrece el soporte necesario para apoyar el servicio o el producto después de entregado.

Factores comerciales:

- **Descuentos:** ofrece descuentos apropiados al mercado que maneja.
- **Atención y asesoría:** Demuestra efectividad ante las solicitudes e inquietudes presentadas.
- **Documentos comerciales (Cotizaciones y Facturas):** Presenta adecuadamente, de acuerdo a las especificaciones técnicas y estipulaciones legales y comerciales.

Selección de Proveedores:

- Para la selección de los proveedores se cuenta con un banco de proveedores el cual es una base de datos creada, organizada y actualizada por la Oficina de compras que tiene por objeto mantener debidamente clasificada las personas naturales o jurídicas que habiendo cumplido los requisitos mínimos establecidos por la Universidad de Cundinamarca pueden ser tenidos en cuenta para proveer bienes y suministros, servicios, obra civil y consultoría, siendo clasificados de acuerdo a la actividad que presta cada uno de ellos.
- Las personas naturales o jurídicas inscritas en el banco de proveedores, deberán modificar o actualizar su información cada vez que haya lugar a ello.
- Dependiendo de la necesidad que se presente en el momento de selección se envía correo a varios proponentes que cumpla con la actividad comercial requerida.
- Se tiene en cuenta precios, garantías y llegado el caso de ser un proveedor con el que ya se había trabajado también se valida la calificación de la(s) reevaluación(es).

Seguimiento:

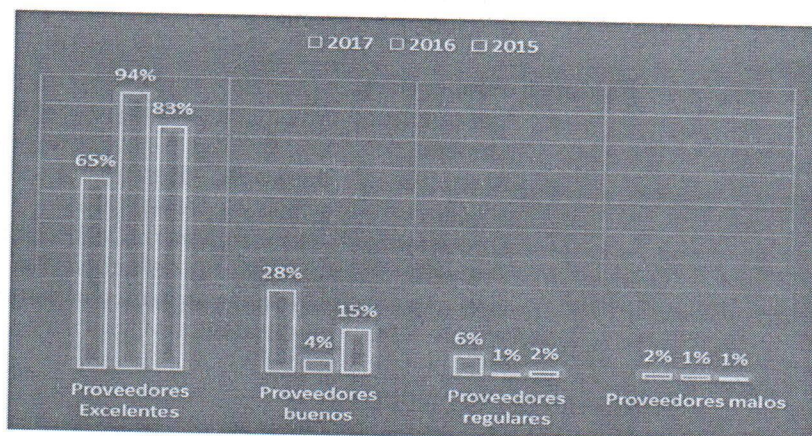
Una vez se termine un contrato se envía un correo al supervisor para que realice la Reevaluación al proveedor mediante formato ABSr049, el cual lo puede hacer llegar en físico o medio digital.

Constantemente se envían correos a los supervisores en el caso de no haber recibido la reevaluación en la Oficina de Compras, en el caso de que el supervisor ya no se encuentre laborando en la Universidad de Cundinamarca la persona que ocupó su puesto está encargada de diligenciar dicha reevaluación.

Acciones:

Una vez radicada la reevaluación del proveedor en la oficina de compras, esta se encarga de archivar para llevar seguimiento y se sube evidencia a la plataforma de la Universidad de Cundinamarca automáticamente el sistema envía un correo al proveedor informando que puede ingresar a la plataforma y observar su reevaluación.

Reevaluación de los Proveedores:



Se puede observar que durante los tres últimos años la reevaluación a nuestros proveedores por parte de sus supervisores nos ha arrojado en su mayoría una calificación de proveedores excelentes, seguido por proveedores calificados como buenos.

En cuanto a los proveedores con calificación regular y mala se tienen en cuenta para no volver a contar con ellos, para lo cual estamos en el proceso de diseño de una política para estos casos, estará anexada en nuestro procedimiento ABSP01 – ADQUISICIÓN DE BIENES, SERVICIOS U OBRAS CONTRATACIÓN DIRECTA.

7.4. La adecuación de Recursos

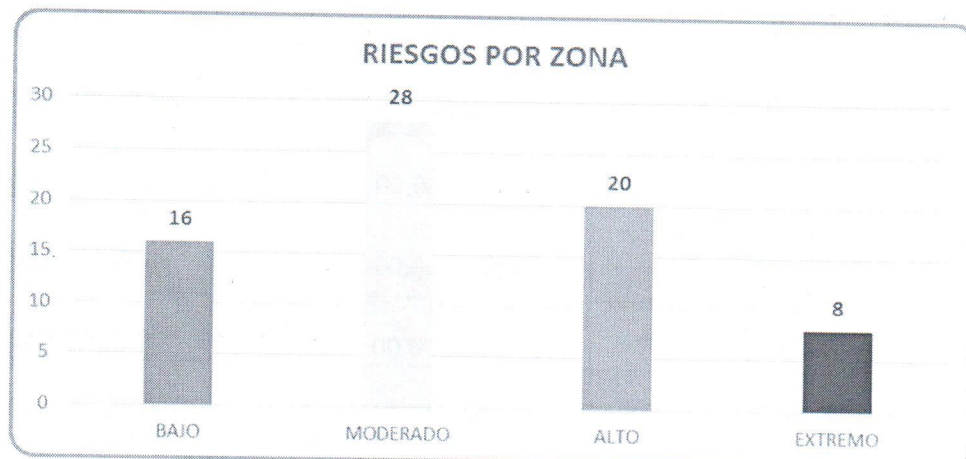
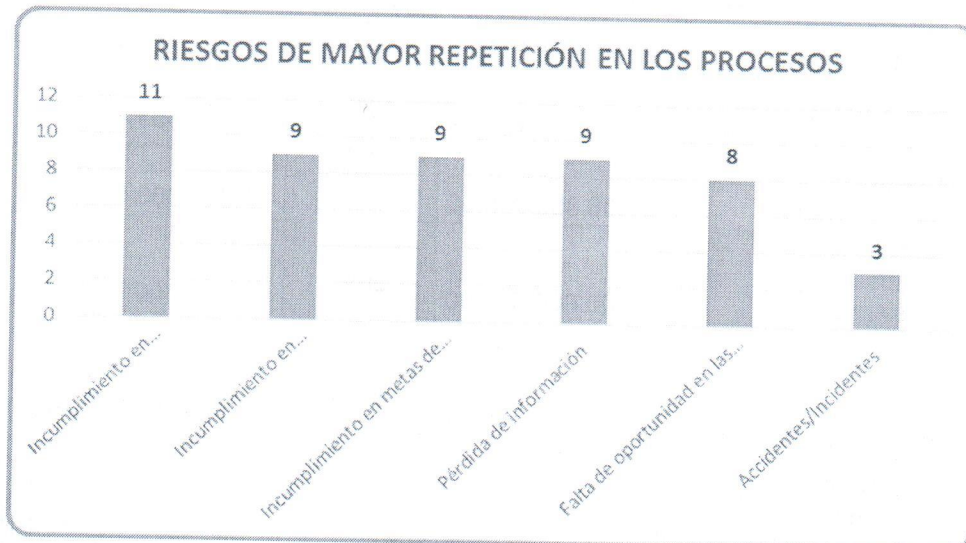
Rubro Presupuestal	2017		2016	
	Apropiación definitiva	% de Avance de Ejecución	Apropiación definitiva	% de Avance de Ejecución
Autoevaluación y Acreditación	400.000.000,00	74%	720.000.000,00	44,8%
Desarrollo Académico	400.000.000,00	45%	800.000.000,00	8,4%
Dotación Laboratorios	2.030.881.258,04	22%	4.903.625.705,48	71,1%
Dotación Laboratorios Girardot	33.910.989,49	0%	58.603.766,99	67,2%
Dotación Bibliotecas	2.268.409.318,04	72%	1.562.659.001,00	83,7%
Dotación Bibliotecas Girardot	45.962.743,49	0%	59.716.242,99	47,6%
Archivo documental	919.427.492,04	4%	864.200.605,48	6,0%
Archivo documental Girardot	44.907.565,49	0%	53.221.142,99	43,2%
Investigación	3.448.449.374,67	44%	3.023.694.529,90	45,9%
Investigación Girardot	261.386.231,96	0%	237.848.463,96	14,8%

Granjas Agropecuarias	100.000.000,00	1%	499.583.679,00	13,9%
Planta física	9.257.180.203,72	13%	10.455.603.082,40	66,3%
Planta física Girardot	177.083.950,93	0%	226.147.169,93	60,7%
Desarrollo Tecnológico	8.501.851.132,17	33%	6.301.672.613,83	92,9%
Desarrollo Tecnológico Girardot	91.078.132,13	0%	297.383.473,93	99,0%
Bienestar Universitario	2.008.850.000,00	95%	2.360.000.000,00	93,0%
Desarrollo y Capacitación Personal Administrativo	300.000.000,00	36%	400.000.000,00	22,0%
Desarrollo y Capacitación Personal Docente	400.000.000,00	42%	490.000.000,00	73,9%
Desarrollo Administrativo	150.000.000,00	46%		
Sistemas Integrados de Gestión de Calidad	350.000.000,00	49%	710.000.000,00	62,0%
Fortalecimiento Institucional	200.000.000,00	34%	1.322.000.000,00	38,9%
Internacionalización	400.000.000,00	55%	432.525.541,00	42,5%
Programa de Seguimiento a Graduados	200.000.000,00	49%	328.800.000,00	89,5%
Proyección Social	350.000.000,00	48%	750.000.000,00	43,3%
Programa de Becas	557.794.796,04	87%	579.706.470,48	87,4%
Programa de Becas Girardot	16.548.901,49	18%	35.174.393,99	94,7%
Educación Virtual a Distancia	400.000.000,00	49%	420.000.000,00	97,1%

7.5. La eficiencia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y oportunidades

COLOR	INTERPRETACIÓN DE LA ZONA	CANTIDAD DE RIESGOS POR ZONA
	Zona de riesgo baja: Asumir el riesgo	2
	Zona de riesgo moderada: Asumir el riesgo, reducir el riesgo	6
	Zona de riesgo alta: reducir el riesgo, evitar, compartir o transferir	8
	Zona de riesgo extrema: Reducir el riesgo, Evitar, Compartir o Transferir	3

PROMEDIO DE RIESGO DEL PROCESO			
PROBABILIDAD	IMPACTO	VALORACIÓN	NIVEL
2	3	6	MODERADO

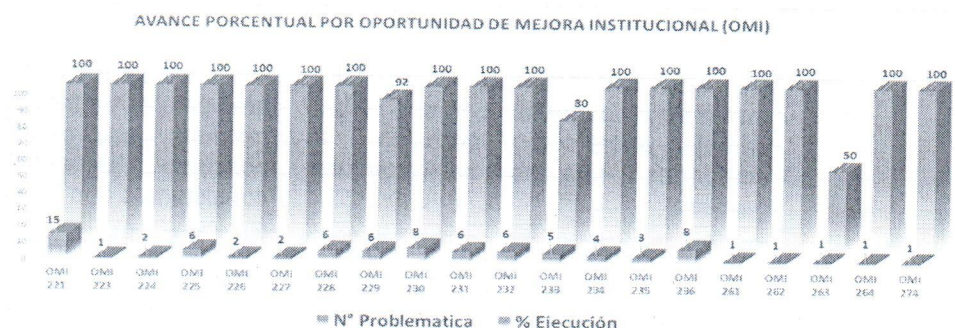


RIESGOS DE MAYOR REPETICIÓN	CONTROLES REPORTADOS
Incumplimiento en lineamientos de origen externo	Actualización de normogramas. Cronogramas de trabajo. Seguimiento a ejecución de actividades. Comunicación y seguimiento a procesos internos.
Incumplimiento en lineamientos de origen interno	Capacitación al personal. Seguimiento a cumplimiento de requerimientos. Actualización documental.
Incumplimiento en metas de plan de acción	Seguimiento a indicadores. Solicitar recursos (personal, infraestructura, económicos).

Perdida de información	Back ups. Asignación de responsabilidades. Inventarios documentales y digitalización documental. Desarrollos de software (Sistematización de procesos). Seguimiento y medición a condiciones de humedad y temperatura.
Falta de oportunidad en las actividades	Cronogramas de trabajo. Seguimiento a ejecución de actividades. Sistematización de actividades.
Accidentes incidentes	Actualización de matriz de peligros y riesgos SST. Implementación de directrices SST. Plan anual de trabajo. Pólizas. Capacitación.

7.6. Las oportunidades de mejora

Dentro de las oportunidades de mejora se presenta el informe de oportunidades de mejora institucional – OMI por parte de control interno, donde se establecieron 20 oportunidades de mejora en diferentes procesos de la sede, seccionales y extensiones las cuales fueron producto de los conversatorios realizados entre la comunidad universitaria y el señor Rector.



De estas 20 oportunidades de mejora institucional, 17 fueron cerradas y 3 se encuentran abiertas con avances de ejecución por encima del 50%.

(Anexo 8. Informe OMIS)

Se presenta informe sobre el grado de cumplimiento de las brechas identificadas con relación a las Normas ISO 9001:2015 e ISO 14001:2015, por parte de la coordinadora de la oficina de calidad.

RESULTADOS DEL ANÁLISIS GAP	
Oportunidades de mejora ISO 9001:2015	Oportunidades de mejora ISO 14001:20015
Articular los sistemas de gestión (Seguridad y salud en el trabajo, seguridad en la información, gestión ambiental), desde la información documentada, revisión por la dirección, auditorías, rendición de cuentas, seguimiento y medición, manejo de acciones correctivas y de mejora.	Es importante involucrar el tema ambiental en la matriz de funciones y responsabilidades y promover un comité ambiental con las estructuras del GIGAS

Fortalecer la socialización y conocimiento de los documentos estratégicos, políticas, objetivos de los sistemas de gestión y la identificación de necesidades y expectativas de las partes interesadas.	Se debe actualizar la política ambiental existente.
Implementar la gestión del conocimiento para fortalecer y consolidar la experiencia histórica de la organización	Se debe establecer la estructura del SGA debido a que por ahora es más el manejo operacional el que se puede evidenciar de la gestión.
Agilizar la implementación de la metodología para documentar y gestionar la identificación de oportunidades y las acciones para abordar las que se identifiquen en cada proceso.	Se tiene definida la Matriz de aspectos ambientales la cual se ha realizado mediante un ejercicio con la metodología de "Leopold" pero no se ha formalizado para el sistema de gestión ambiental
Es importante que se implemente el procedimiento de gestión del cambio desde la etapa de concepción o propuesta del cambio con el fin de permitir realizar el análisis de diferentes aspectos incluido: calidad, ambiental, seguridad y salud en el trabajo para poder tomar medidas tempranas, asumir riesgos, transferirlos o definitivamente abortar proyectos. Y para fortalecer y consolidar la planificación en los procesos de la organización.	Actualizar y complementar la matriz de legislación ambiental aplicable a las actividades de la Universidad
Es importante que se valide la matriz de producto no conforme ya que se define ahora como "salidas no conformes" y que aplica para cualquier proceso.	Se tiene una propuesta de objetivos ambientales en temas de gestión de residuos, gases de efecto invernadero y consumo de agua. Sin embargo deben ser consistentes con la política ambiental.
Es fundamental que se le dé prioridad a demostrar las competencias del personal que afecta el desempeño y la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad.	Se debe generar planes de acción para lograr los objetivos ambientales que se propone manejar como programas de gestión ambiental
Es conveniente que se asegure que el análisis de causas de los planes de acción de mejoramiento si da solución a los hallazgos de no conformidad.	No se han definido los programas de capacitación para el sistema de gestión ambiental.
Se debe realizar la evaluación de la satisfacción del cliente ya que no se ha realizado desde hace un año y es requisito de la norma ISO 9001: 2008 y 2015	Se debe formalizar documentos del sistema de gestión ambiental como las matrices de aspectos, matriz de requisitos legales, programa de gestión, controles operacionales, seguimiento y medición.
	Se debe realizar una vez se implementa el sistema de gestión ambiental una auditoría interna.
	Se debe realizar la revisión por la dirección por parte de la alta dirección y evaluar la eficacia del sistema.

(Anexo 9. Informe Analisis GAP)

(Anexo 10. Herramienta de identificación de mejoras)

(Anexo 11. Presentación final)

8. Culminado la presentación de la información de entrada para la revisión por la Dirección, se procede a presentar las decisiones y acciones resultado de las conclusiones, recomendaciones y aportes generados durante la jornada, en concordancia al numeral 9.3.3 salidas de revisión por la dirección de la norma ISO 9001.2015

8.1. Oportunidades de mejora

- El Plan de acción 2018 debe contener una relación directa con el plan rectoral, el cual debe integrar el responsable con el fin de dar cumplimiento al plan rectoral revisar las metas e implementar un aplicativo que permita realizar el seguimiento de forma eficaz y eficiente.
- Establecer sistemas de retroalimentación entre los decanos y las oficinas.
- Revisar, actualizar, el procedimiento de servicio no conforme e identificar las salidas no conformes en todos los procesos.
- Realizar la revisión y actualización de todos los procedimientos, con el fin de hacerlos más ágiles y fluidos.
- Revisar el procedimiento de contratación con acompañamiento de la Vicerrectoría administrativa y financiera y la Dirección de control interno.
- Integrar la auditoría para el sistema de gestión de seguridad de la información al plan de auditorías de la vigencia 2018.
- Presentar el informe de transparencia en la revisión por la dirección de la vigencia 2018 y de igual manera desarrollar una auditoría para conocer el grado de cumplimiento.
- Institucionalizar la encuesta de satisfacción al usuario.

8.2. Necesidades de cambio en el sistema de gestión de la calidad

- Presentar para el primer comité ordinario del SAC, la propuesta de integración de la estructura para todos los sistemas de gestión de la Universidad de Cundinamarca.
- Realizar la reestructuración organizativa pertinente y que haya lugar con el fin de dar mayor fluidez a la institución.
- Realizar las políticas establecidas para el normal funcionamiento de la seguridad de la información y los cambios que sean necesarios para su implementación.
- Priorizar la digitalización de aquellos procesos que tengan un alto impacto a la comunidad académica, investigación: aprobación de grupos, semilleros y líneas de investigación.

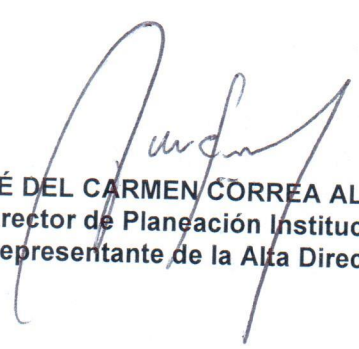
8.3. Necesidades de recurso

- Aumentar el recurso humano para la oficina de calidad y la oficina de seguridad y salud en el trabajo.
- Revisar el procedimiento de auditorías con el fin de establecer un plan de auditorías integral para los sistemas y así mismo planes de mejoramiento integrales.
- Contratar el profesional coordinador para el sistema de gestión ambiental y presentar en la próxima revisión el plan de mejoramiento.
- Las oficinas de salud ocupacional, calidad y sistemas y tecnología, deben presentar plan de trabajo para la vigencia 2018, con avance de cumplimiento a



la fecha y el porcentaje de avance de la meta, así mismo los presupuestos de gastos o inversión a realizar sin importar los rubros que se puedan afectar.

Siendo las 3:00 pm, se da por terminada la Revision por la Direccion del Sistema Integrado de Gestion.


JOSÉ DEL CARMEN CORREA ALFONSO
Director de Planeación Institucional
Representante de la Alta Dirección

Anexos:

1. CD con soportes de presentación de los literales

13.3.39