

 ISER	ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	F- AC-06 Código
		00 Versión
	INFORME ESTADO SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	19/12/2016 Fecha
		1 de 10 Página

Fecha de corte de la información: 20 de diciembre de 2016

Fecha de elaboración del informe: 25 de enero de 2017

INFORMACIÓN A REVISAR	RESULTADOS DE LA REVISIÓN	ACCION A SEGUIR
1. Estado de las acciones de la revisiones por la dirección previas	Se proyectó e implementó el plan de mejoramiento producto del informe de revisión por la dirección de la vigencia 2015, el cual comprende 8 hallazgos o falencias en la entidad; realizándose por parte de la oficina de control interno tres seguimientos de los cuales se puede deducir que el referido plan se ejecutó en un porcentaje del 98.75%, 7 hallazgos en un 100% y un hallazgo en un 90%. Es de aclarar que la debilidad encontrada "<i>Cumplir con las actividades que quedaron pendientes en la actualización del MECI2014</i>" equivalente al 90% de ejecución no podrá tener nunca una calificación del 100% ya que el Modelo Estándar de Control Interno MECI 2014 es un sistema que se debe sostenerse durante el tiempo y que la entidad según sus necesidades y características va trabajando e implementando cada uno de sus elementos y componentes que integran el Modelo MECI2014 con el fin de que la entidad pueda así dar sostenimiento al modelo en el tiempo	Diseñar un plan de trabajo anual para el cumplimiento del Modelo Estándar de Control Interno y revisar las actualizaciones que se deban aplicar al mismo. Ejecutar las acciones pendientes en el plan de mejoramiento.
2. Cambios en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al SIG	La norma ISO 9001:2008 fue actualizada el 23 de septiembre de 2015 por la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015 En consecuencia se diseñó e implementó el Plan de Transición a la nueva norma En atención al Decreto 1443 del 31 de julio de 2014, <i>Por el cual se dictan disposiciones para la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST)</i>, el Instituto actualizó el procedimiento denominado Salud Ocupacional modificándolo por Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	Implementar y ejecutar las actividades documentadas pendientes del plan de transición Continuar con la implementación del SGSST conforme al plan de trabajo diseñado

 ISER	ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	F- AC-06 Código
		00 Versión
	INFORME ESTADO SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	19/12/2016 Fecha
		2 de 10 Página

	Una vez revisado el Plan de transición de la norma ISO9001 se obtuvo como resultado la ejecución en un 100% en cada uno de sus puntos, quedando las siguientes actividades: Socialización Código Buen Gobierno Elaboración de informe de ejecución Plan Anual de adquisiciones vigencia 2016 Elaboración Plan de capacitación para vigencia 2017 a partir de un diagnostico Ejecutar el programa de Inducción y reintucción Socializar la matriz de comunicaciones Generar la política de protección de datos personales	
3. Desempeño y eficacia del Sistema Integrado de Gestión:		
3.1 Satisfacción del cliente y las retroalimentación de las partes interesadas pertinentes	Una vez aplicada la encuesta de Satisfacción de cliente se obtuvo como resultado: Los aspectos evaluados por dependencia fueron considerados como excelentes o buenos por la gran mayoría de los estudiantes encuestados (en todas las preguntas por encima del 80%). Del Informe se concluye: • DOCENCIA: La Evaluación docente debe constituirse como insumo para la toma de decisiones (relaciones interpersonales) • MEDIOS EDUCATIVOS: Debe mejorarse la Interconectividad y capacidad de navegación. * OFERTA ACADÉMICA La oferta de ampliación a programas a distancia como garantía a los grupos poblacionales vulnerables que están adscritos o aspirantes Como mejora al procedimiento debe aplicarse por cada proceso para evaluar el servicio y los productos específicos de acuerdo con sus procedimientos.	Aplicar la encuesta de Satisfacción del cliente para todos los procesos conforme al procedimiento ajustado
3.2 Grado en que han logrado Los	Los objetivos de Calidad fueron revisados junto con la Política de calidad alineados con el Plan de Desarrollo,	Generar los indicadores para

 ISER	ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	F- AC-06 Código
		00 Versión
	INFORME ESTADO SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	19/12/2016 Fecha
		3 de 10 Página

objetivos de calidad	normatividad interna vigente (PEI, Estatuto General) Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, al Modelo Estándar de Control Interno MEC	los nuevos objetivos de calidad y hacer la medición
3.3 Desempeño de los procesos y conformidad de los productos y servicios	Reclamos y denuncia de estudiantes del Programa Técnica en seguridad y salud en el trabajo mediante instrumento PQRS (0032,0033,0035 004)	Hacer seguimiento periódico a través de la lista de asistencia y calificaciones
	El estudiante está inconforme con los cambios en el horario del curso por parte del docente Guillermo Acevedo Instrumento PQRS (0031)	Realizar el registro en el aplicativo alertas tempranas
	Se presentó un servicio no conforme en el cual estudiantes remitieron al Consejo Académico inconformidad referente al proceso financiero para llevar a cabo diplomado de la segunda cohorte Estudiado al interior de la Consejo Académico se recomendó que para mitigar estas situaciones de hagan las prescripciones en el quinto semestre de las modalidad de trabajo de grado	Hacer Preinscripción de las modalidades de trabajo de grado en el quinto semestre
3.4 Las no conformidades y Acciones Correctivas	La institución generó cuatro Planes de mejoramiento: 1. Suscritos con Entes de Control 2. Producto revisión por la dirección del SIG vigencia 2015 3. Auditoria Externa ICONTEC 4. Auditorías Internas SIG vigencia 2015 En los cuales se generaron: No conformidades:24 Observaciones: 26 Hallazgos: (Entes de Control) de los 12 hallazgos la entidad ha subsanado 9 al 100% quedando pendientes por subsanar 3 hallazgos, de los cuales se encuentran en un porcentaje de ejecución del 93%, 50% y 60% respectivamente El Plan de mejoramiento con ente de control vigencia 2015 ejecutado en un 100% El plan de mejoramiento producto de la revisión por la dirección vigencia 2015 ejecutado en un porcentaje del 98.75%, 7 hallazgos en un 100% y un hallazgo con un avance del 90%. El plan de mejoramiento producto de la auditoria externa fue ejecutado en un 96.66%	Ejecutar las acciones correctivas establecidas en los planes de mejoramiento con el fin de hacer el cierre de las mismas de manera oportuna Verificar que las acciones correctivas que se establezcan sean viables y efectivas que permitan demostrar la mejora en el proceso

 ISER	ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	F- AC-06 Código
		00 Versión
	INFORME ESTADO SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	19/12/2016 Fecha
		4 de 10 Página

3.5 Resultados de Seguimiento y medición	Se realiza la revisión una a una de las hojas de vida de indicadores procediendo a informar o sugerir al Interesado sobre posibles ajustes en la producción del Indicador, el objetivo se enfocó en obtener indicadores reales y actualizados para cada uno de los procesos. Se implementaron los siguientes indicadores por Procesos: Aseguramiento de la calidad: 3 Bienestar Institucional: 4 Contratación: 3 Jurídica: 2 Investigación: 3 Direccionamiento Estratégico: 3 Control Interno de Gestión: 3 Extensión y Proyección social: 5 Gestión Documental: 3 Recursos financieros: 3 MTIC: 3 Recursos Educativos: 3 Infraestructura y Recursos Físicos: 3 Admisiones, Registro y Control Académico: 4 Comunicación pública: 3 Formación: 5 Talento Humano: 3 El rango establecido para la medición de los indicadores <table border="1"> <thead> <tr> <th>EXCELENTE</th><th>REGULAR</th><th>DEFICIENTE</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>$\geq 80 \leq 100$</td><td>$\geq 60 \leq 80$</td><td>< 60</td></tr> </tbody> </table> La medición de los indicadores de los procesos arrojó como resultado rangos de cumplimiento en su gran mayoría en excelencia, los cuales se encuentran indicados en las hojas de vida por proceso o en el control de indicadores general. Hubo mediciones que sobrepasaron el rango de la meta establecida por tanto se deben replantear	EXCELENTE	REGULAR	DEFICIENTE	$\geq 80 \leq 100$	$\geq 60 \leq 80$	< 60	Ajustar y actualizar los indicadores para la vigencia 2017 de acuerdo a las actividades que se establezcan en los procesos que sugieren cambios
EXCELENTE	REGULAR	DEFICIENTE						
$\geq 80 \leq 100$	$\geq 60 \leq 80$	< 60						
3.6 Resultado de las Auditorías	Fueron auditados 8 procesos Los tres procesos misionales: Formación, Investigación y Extensión y Proyección Social De apoyo: Talento Humano, Admisiones, Registro y Control Académico, Recursos Educativos, Bienestar	Elaborar los planes de mejoramiento de los procesos auditados y hacer el seguimiento a						

 ISER	ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	F- AC-06 Código
		00 Versión
	INFORME ESTADO SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	19/12/2016 Fecha
		5 de 10 Página

	Institucional, Estratégicos: Direccionamiento Estratégico. Una vez auditados se obtuvieron los siguiente resultados: Observaciones: 35 No Conformidades: 9 En comparación con la Auditoria Interna del SIG de la vigencia 2015 se obtuvo como resultados: Observaciones: 24 No conformidades: 26 Por tanto se concluye que se aumentaron las No Conformidades y disminuyeron las observaciones Por lo anterior se puede evidenciar que hay debilidades en el autocontrol que debe realizar el líder del proceso y su equipo de trabajo para generar automáticamente las acciones de mejora, en razón a que se espera que haya la Auditoria Interna del Proceso para verificar las falencias o fallas del mismo	los mismos de manera oportuna y establecer las recomendaciones del caso por parte de la oficina de control interno Realizar una capacitación por parte de Control Interno sobre Autocontrol con el fin de buscar la sensibilización frente al tema.
3.7 Desempeño de los proveedores externos	De los contratistas vinculados en la vigencia 2016, se pudo evidenciar que una vez evaluados la gran mayoría están ubicados en el rango de bueno y excelente, lo que permite concluir que se contrataron personas idóneas y capacitadas para el desarrollo de las actividades apoyo y fortalecimiento de la institución. Respecto de los proveedores evaluados se observa que son personas naturales o jurídicas con un alto grado de confiabilidad y cumplimiento, para ser valoradas para la contratación de un nuevo servicio	Continuar la evaluación de los proveedores externos Controlar el servicio que presta el proveedor externo, a través de los supervisores de los contratos
4 Adecuación de los recursos	Se capacitaron a los Auditores Internos del SIG en la actualización de la Norma Técnica colombiana NTC ISO9001:2015 Capacitación sobre Auditoria de Gestión al profesional especializado en Control Interno Capacitación en el modelo Estándar de Control Interno MECI:2014 a los líderes de los procesos Se contrató profesional para apoyo del SIG	Capacitar más auditores en la Norma Técnica colombiana NTC ISO9001:2015

 ISER	ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	F- AC-06 Código
		00 Versión
	INFORME ESTADO SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	19/12/2016 Fecha
		6 de 10 Página

	Se contrató profesional para el diseño del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo	Designar profesional para continuar con la implementación del SGSST
5 Eficacia de las acciones tomadas para abordar riesgos y oportunidades (Seguimiento de Mapas de riesgos y Oportunidades)	La oficina de control interno de gestión en cumplimiento de su Rol con la administración de riesgos de la entidad, realiza seguimiento a los mapas de riesgos de gestión de los siguientes procesos: ✓ Admisión, Registro y Control Académico ✓ Aseguramiento de la calidad ✓ Biblioteca ✓ Bienestar ✓ Comunicación y prensa ✓ Evaluación Independiente ✓ Egresados ✓ Extensión y proyección social ✓ Gestión Financiera ✓ Gestión Académica ✓ Gestión Documental ✓ Gestión TICS ✓ Granjas ✓ Infraestructura y recursos físicos ✓ Investigación ✓ Jurídica ✓ Medición, Análisis y Mejora ✓ Direccionamiento estratégico ✓ Talento Humano ✓ Recursos educativos Producto del seguimiento se realizaron observaciones y/o sugerencias a los líderes de proceso con el fin de que estos optimizaran los mapas de riesgos y los ajustaran a la realidad de la entidad, identificando para cada uno de sus procesos los riesgos de gestión y su adecuado tratamiento, garantizando el cumplimiento de la misión y objetivos institucionales. Para ello se integran cinco Elementos de Control: el Contexto Estratégico que permite establecer los factores internos y externos que generan posibles situaciones de riesgo; la Identificación de Riesgos que define las causas (factores internos o externos) y efectos de las situaciones de riesgo; el Análisis de Riesgos que aporta probabilidad de ocurrencia; la Valoración de Riesgos para medir la exposición de la entidad a los impactos del riesgo. En atención a que la institución actualizó el mapa de	Hacer seguimiento al Mapa de Oportunidades y Mapa de Riesgos de manera oportuna y establecer las recomendaciones del caso por parte de la oficina de control interno El líder del proceso y su equipo de trabajo deben ejercer autocontrol y ejecutar las acciones establecidas en los mapas de riesgos, con el fin de evitar que éstos se materialicen; asimismo deben aplicar las acciones establecidas para aprovechar las oportunidades del proceso en el mapa de oportunidades establecido

 ISER	ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	F- AC-06 Código
		00 Versión
	INFORME ESTADO SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	19/12/2016 Fecha
		7 de 10 Página

	procesos del Sistema Integrado de Gestión adoptado mediante la resolución número 308 del 2 de agosto de 2016, los líderes de los procesos ajustaron sus mapas de riesgo de gestión a los nuevos procesos Cada uno de los líderes de los procesos según las observaciones y sugerencias realizadas en el seguimiento ajustaron los respectivos mapas de riesgos por proceso, posteriormente se consolidaron a nivel institucional, el cual se presentó al grupo operativo y Directivo del SIG en sesión del 19 de diciembre de 2016 para su aprobación. Igualmente se realizó el proceso para la creación, adopción y socialización del mapa de oportunidades para cada uno de los procesos de la entidad donde se trabajó con cada uno de los líderes en generación de los riesgos positivos u oportunidades; consolidándose a nivel institucional, siendo aprobado por el grupo operativo y Directivo del SIG en sesión del 19 de diciembre de 2016.	
6 Oportunidades de mejora	Las oportunidades de mejora están determinadas en el Mapa de Riesgos, Mapa de Oportunidades y en el análisis y seguimiento del desempeño de los procesos	Realizar autocontrol a cada proceso por parte del líder y su equipo de trabajo con el fin de establecer de manera oportuna las falencias para buscar los puntos de control que permitan la mejora continua
7 Informe Peticiones, Quejas reclamos sugerencias y	La institución adquirió el módulo PQRS el cual se establecieron las etapas de: Parametrización para la puesta en marcha del mismo; se asignó el superadministrador y el administrador; se asignaron los diferentes usuarios; se hicieron las capacitaciones pertinentes y finalmente se implementó dicho módulo el cual está ubicado en la página institucional en el link: http://www.iser.edu.co/iser/qrsIG/index.jsp Durante la vigencia 2016; se recibieron: 86 peticiones que corresponden al 85%, 3 quejas equivalente al 3%, 11 reclamos, ninguna sugerencia y una denuncia al 12% que hace parte de los reclamos recibidos. En el mes de noviembre de 2016 se presentaron cuatro	Realizar nuevamente una charla sobre el manejo del módulo PQRS y la importancia de dar las respuesta y trámites dentro de los términos establecidos Hacer la inducción a los funcionarios nuevos sobre el

 ISER	ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	F- AC-06 Código
		00 Versión
	INFORME ESTADO SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	19/12/2016 Fecha
		8 de 10 Página

	reclamos y una denuncia los cuales afectaron los procesos misionales, referentes a la inconformidad manifestada por estudiantes en el incumplimiento por parte de dos docentes en el proceso de formación. Se aplicó el procedimiento del Control del Servicio no conforme en el cual se registró la situación, se hizo la trazabilidad y se realizaron las correcciones y acciones de mejora. Se realizó seguimiento a través del módulo por intermedio del Administrador del mismo, con el fin de que se diera el trámite y respuesta de fondo a las PQRS dentro de los términos establecidos, reflejándose en algunos de los funcionarios asignados para el módulo la demora en el cambio de estado de las PQRS y en la respuesta a las mismas.	manejo del módulo PQRS Identificar las acciones de mejora por el servicio no conforme determinado por PQRS
8 Resultado seguimiento al plan de mejoramiento del Sistema Integrado de Gestión anterior.	Producto de las diferentes auditorías realizadas a los procesos de la entidad se suscribieron los diferentes planes de mejoramiento a los cuales la oficina de control interno de gestión realizó tres seguimientos encontrando lo siguiente para cada uno de ellos: ✓ El proceso de investigación: Las acciones correctivas fueron ejecutadas al 100% por parte del líder del proceso. ✓ El proceso de gestión académica: Las acciones correctivas fueron ejecutadas al 10%, 10%, 40%, 0% y 30% respectivamente por parte del líder del proceso. ✓ El proceso de adquisición, bienes y servicios: las acciones correctivas fueron ejecutadas al 100% por parte del líder del proceso. ✓ El proceso de gestión Bienestar: Las acciones correctivas fueron ejecutadas al 100% por parte del líder del proceso. ✓ El proceso de gestión del talento humano: Las acciones correctivas fueron ejecutadas al 0%, 50%, 100% y 0% respectivamente por parte del líder del proceso. ✓ El proceso de recursos educativos: Las acciones correctivas fueron ejecutadas al 5%, 0%, 0%, 0%, 0% y 0% respectivamente por parte del líder del proceso. ✓ El proceso de Direccionamiento estratégico: Las	Verificar que las acciones correctivas que se establezcan sean viables y eficaces que permitan demostrar la mejora en el proceso Capacitar a los líderes de los procesos en la formulación de planes de mejoramiento

 ISER	ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	F- AC-06 Código
		00 Versión
	INFORME ESTADO SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	19/12/2016 Fecha
		9 de 10 Página

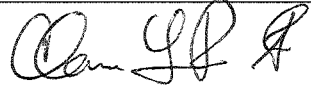
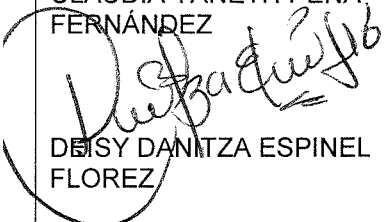
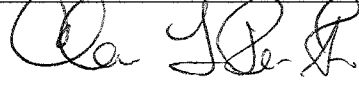
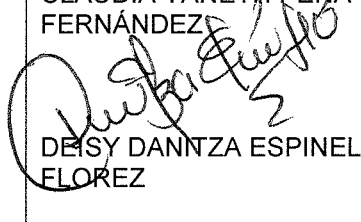
	acciones correctivas fueron ejecutadas al 100% por parte del líder del proceso. ✓ El proceso de Comunicación pública: Las acciones correctivas fueron ejecutadas al 20% y 0% por parte del líder del proceso. ✓ El proceso de admisión, registro y control académico: Las acciones correctivas fueron ejecutadas al 100%, 75%, y 100% respectivamente por parte del líder del proceso. ✓ El proceso de gestión financiera no cuenta con no conformidades y observaciones en el informe de auditoría interna del SIG, para lo tanto el líder de proceso no suscribió con la oficina de control interno de gestión plan de mejoramiento. ✓ El proceso de gestión TICS no cuenta con no conformidades y observaciones en el informe de auditoría interna del SIG, para lo tanto el líder de proceso no suscribió con la oficina de control interno de gestión plan de mejoramiento. ✓ El proceso de gestión documental: Las acciones correctivas fueron ejecutadas al 30% y 30% respectivamente por parte del líder del proceso. ✓ El proceso de gestión granjas no cuenta con no conformidades y observaciones en el informe de auditoría interna del SIG, para lo tanto el líder de proceso no suscribió con la oficina de control interno de gestión plan de mejoramiento. ✓ El proceso de extensión y proyección social: Las acciones correctivas fueron ejecutadas al 0%, 100%, 100%, 50%, y 100% respectivamente por parte del líder del proceso. ✓ El proceso de infraestructura y recursos físicos: las acciones correctivas fueron ejecutadas al 0%, 0%, 80%, 100%, y 20% respectivamente por parte del líder del proceso. ✓ El proceso de medición, análisis y mejora: Las acciones correctivas fueron ejecutadas al 50%, 100% y 100% respectivamente por parte del líder del proceso.	
--	--	--

 ISER	ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	F- AC-06 Código
		00 Versión
	INFORME ESTADO SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	19/12/2016 Fecha
		10 de 10 Página

--	--	--

Anexos:

No.	Descripción
01	Informe ejecutivo planes de mejoramiento
02	Plan de Transición nueva norma ISO9001:2015
03	Informe evaluación Satisfacción del cliente
04	Política de calidad y objetivos de calidad (Manual de Calidad)
05	Registro Servicios No conforme
06	Informe indicadores de gestión
07	Informe consolidado auditoria interna SIG
08	Informe evaluación contratistas y proveedores
09	Informe ejecutivo seguimiento riesgo de gestión
10	Informe consolidados PQRS vigencia 2016

FIRMAS		
Elaborado	Revisado	Aprobado
 CLAUDIA YANETH PEÑA FERNÁNDEZ  DEISY DANITZA ESPINEL FLOREZ Cargo: Representantes de la Alta Dirección	 CLAUDIA YANETH PEÑA FERNÁNDEZ  DEISY DANITZA ESPINEL FLOREZ Cargo: Representantes de la Alta Dirección	 LUDY ESPERANZA CARRILLO CANDELO Cargo: Rectora