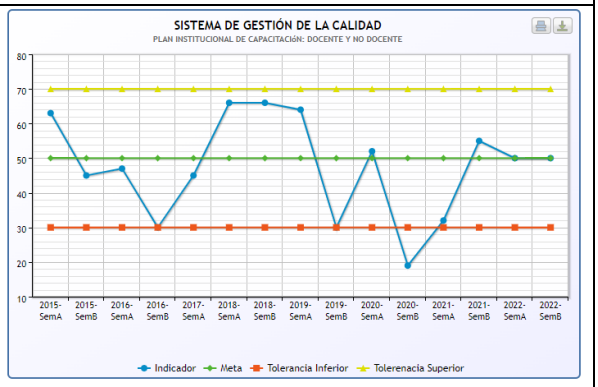
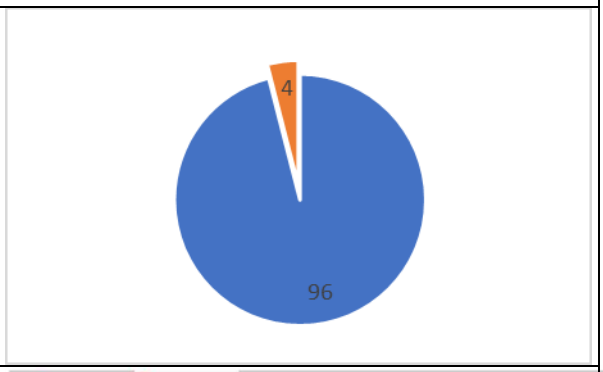
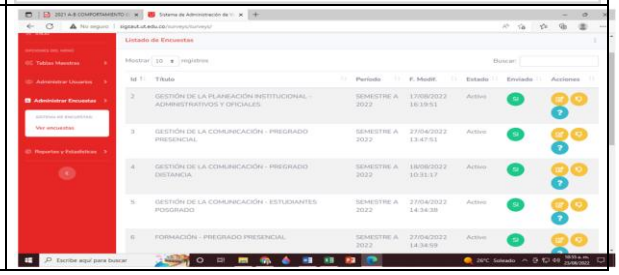
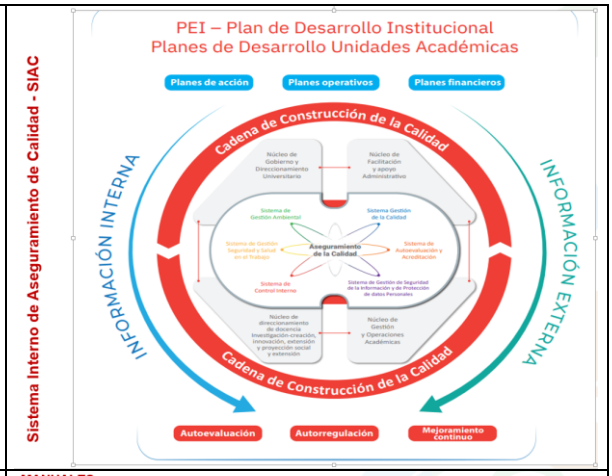
Periodo de Revisión: Del: 13/09/ 2022 Al: 03/ 08 / 2023 Fecha de elaboración del informe: 31/ 07 / 2023

I. INFORMACIÓN DE ENTRADA PARA LA REVISIÓN

1. Acciones previas de la revisión por la dirección

Acción	Responsable	Estado de Avance %	Observación (evidencia)
1.1 PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN: DOCENTE Y NO DOCENTE. Se cumplió con la meta establecida del 50%.	Dirección Gestión de Talento Humano	51.15%	
1.2 Implementación del Desarrollo Tecnológico en la Universidad, lleva un avance del 96%	Jefe Oficina Tecnologías de la Información y las Comunicaciones	96%	
1.3 Implementación del Desarrollo Tecnológico del Sistema de Información para la Gestión de la Satisfacción del Usuario de la Universidad del Tolima-SIGSAUT	Jefe Oficina de Planeación y Desarrollo Institucional	100%	

1.4 Estructura de Alto Nivel, que facilita la integración de los sistemas que conforman el Sistema Integrado de Gestión	Jefe Oficina de Planeación y Desarrollo Institucional	100%	
1.5 Documentos comunes del SIAC (SGC)	Jefe Oficina de Planeación y Desarrollo Institucional	100%	**MANUALES:** 1. SIAC - GC-MO1 2. IDENTIFICACIÓN Y PRIORIZACION DEL CONTEXTO Y PARTES INTERESADAS - GC-MO2 3. CONSTRUCCIÓN DE POLITICAS Y OBJETIVOS - GC-MO3 4. ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS DEL SIAC - GC-MO4 5. ACCIONES PREVENTIVAS, CORRECTIVAS Y DE MEJORA - GC-MO5 6. INDICADORES - GC-MO6 7. ROLES Y RESPONSABILIDADES, GC-MO7 **PROCEDIMIENTOS:** 1. GESTIÓN DE LOS CAMBIOS - GC-P01 2. REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN - GC-P02 3. AUDITORÍAS INTERNAS DEL SIAC - GC-P03 4. CONTROL DE SALIDAS NO CONFORMES - GC-P04 5. SATISFACCIÓN DEL USUARIO - GC-P05 6. ESTADÍSTICAS - GC-P06 7. ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO Y OPORTUNIDADES - GC-P07 Fuente: http://administrativos.ut.edu.co/sistemas-gestion-de-la-calidad/sistema-de-gestion-de-calidad.html
1.6 Políticas aprobadas e implementadas.	Líderes de proceso (Vicerrectores)	Se han aprobado 8 políticas por parte de Consejo Superior Universitario y cada una de ellas presenta un porcentaje de avance en su implementación.	**POLITICAS APROBADAS** 1. Política de Inclusión y diversidad, Acuerdo CSU 023_31_05_2021 2. Política de Investigación, Acuerdo CSU 051_29_10_2021 3. Política Abordaje de los Consumos Adictivos, Acuerdo CSU 052_29_10_2021 4. Política Integral de Bienestar, Acuerdo CSU 064_30_11_2021 5. Política Asuntos de Género, Acuerdo CSU 065_30_11_2021 6. Política de Internacionalización, Acuerdo CSU 071_29_12_2021 7. Política Ambiental, Acuerdo CSU 046_17_12_2022 8. Política Extensión y Proyección Social, Acuerdo CSU 049_28_12_2022
1.7 Política de Calidad, numeral 9.3.2, enciso de la NTC ISO 9001:2015	Líderes de proceso	100%	"La Universidad del Tolima declara la calidad como un compromiso con el propósito de **mejorar sus procesos**, para **cumplir con las necesidades y expectativas de sus usuarios** a fin de mantener un alto posicionamiento institucional, resultado de la **competencia de su talento humano**, la **optimización en el manejo de sus recursos** y la **administración de sus riesgos**". http://www.ut.edu.co/sistema-de-gestion-de-calidad

2. Los cambios en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al Sistema de Gestión de la Calidad

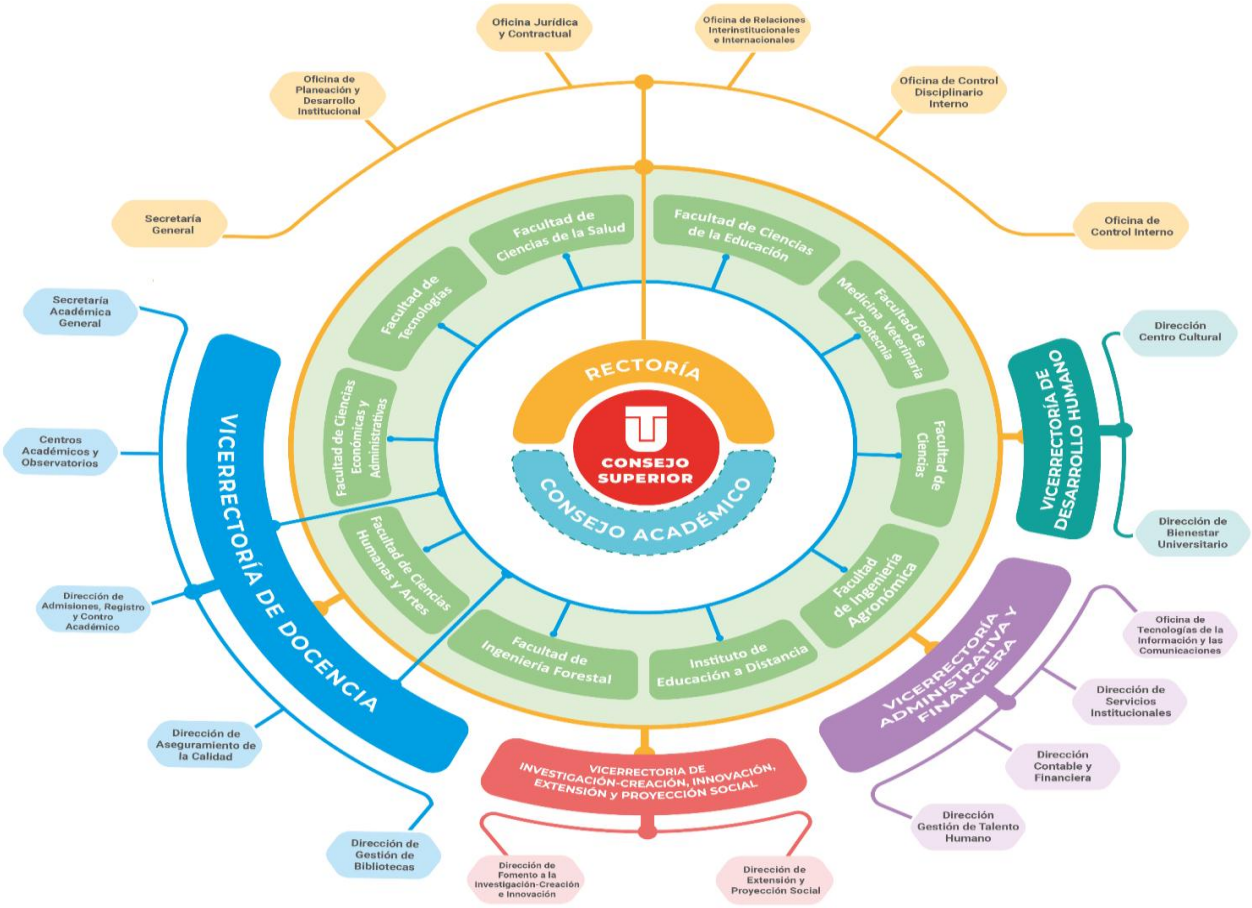
2.1 Aspectos Externos: (Oportunidades y amenazas) identificados con los líderes de proceso y comités operativos que se adelantaron para la actualización del Mapa de Riesgos y publicado en "Contexto estratégico institucional, código GC-P07-F01" del SGC, link: http://administrativos.ut.edu.co/sistemas-gestion-de-la-calidad/sistema-de-gestion-de-calidad.html.

- ✓ **Identificación de factores:** Políticos, Económicos, Sociales, Tecnológicos, Ambientales y Legales

2.2 Aspectos Internos: (Fortalezas y debilidades) identificados con los líderes de proceso y comités operativos en la actualización del Mapa de Riesgos y publicado en "Contexto estratégico institucional, código GC-P07-F01" del SGC, link: http://administrativos.ut.edu.co/sistemas-gestion-de-la-calidad/sistema-de-gestion-de-calidad.html.

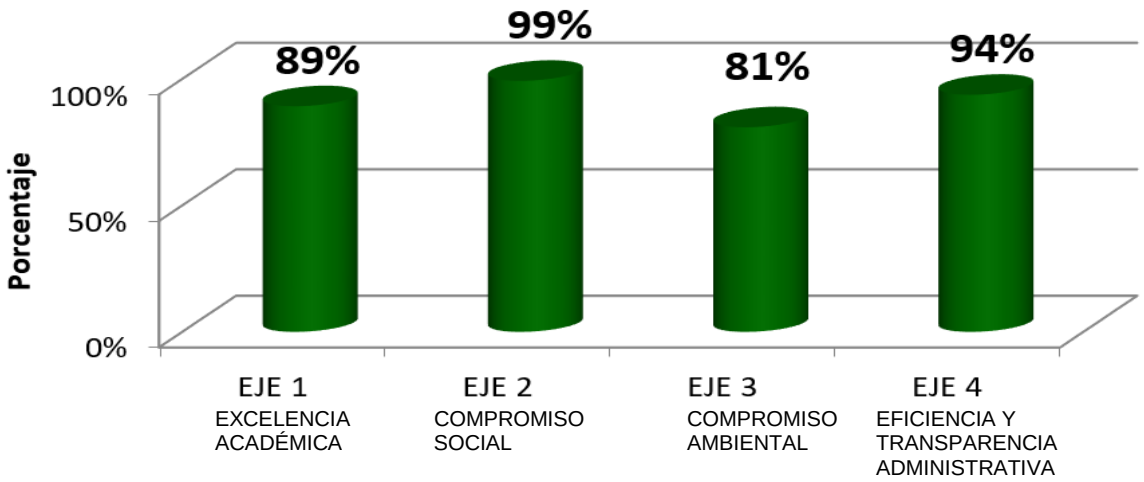
- ✓ **Identificación de factores:** Estratégicos. Financieros, Talento Humano, Procesos, Seguridad Digital, Comunicación Interna, Ambientales, Seguridad y Salud en el Trabajo.

2.3 **Adopción estructura organizacional general,** que debe adoptarse en cada uno de los documentos del Mapa de Procesos Institucional



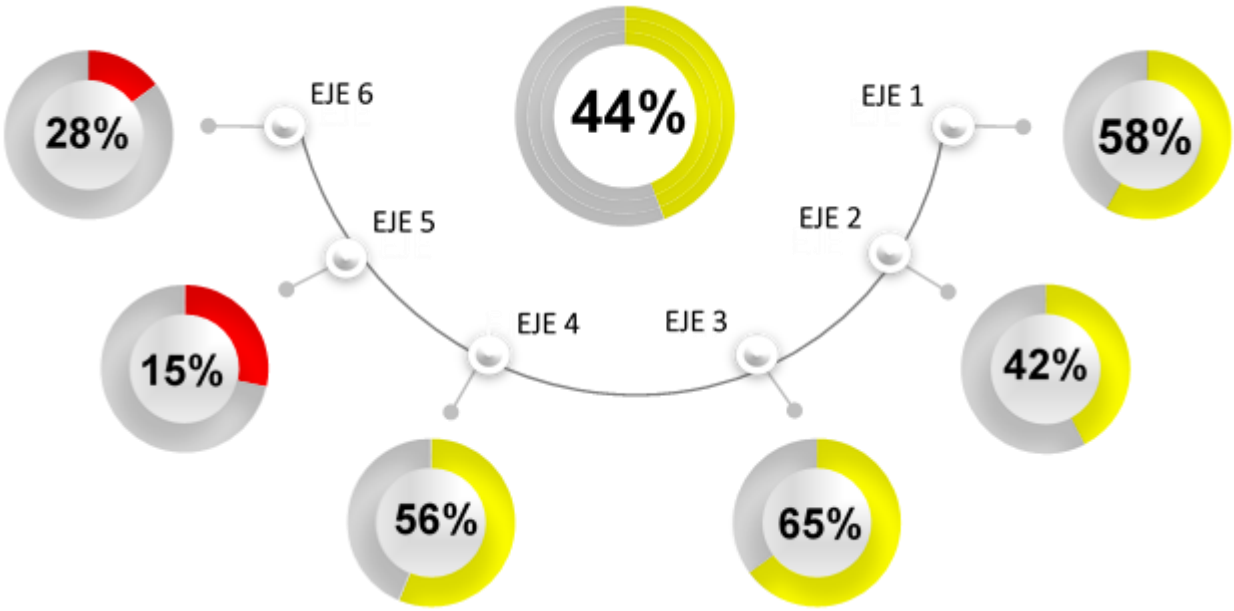
Fuente: Fuente: Acuerdo CSU N° 010 del 24 marzo de 2022. y 029 del 29 de septiembre de 2022, publicada página web Universidad del Tolima.

2.4 Cierre Plan de Desarrollo 2013 - 2022: denominado *"Por la consolidación de una Universidad eminentemente académica, social y ambientalmente comprometida",* presenta al cierre el 31 de diciembre de 2022, una ejecución del 91% en sus cuatro (4) ejes, así:



Fuente: Oficina de Planeación y Desarrollo Institucional, Fecha de corte: 31 de diciembre 2022.
link: http://administrativos.ut.edu.co/la-universidad-ut/planes-institucionales-ut/plan-desarrollo-ut.html

2.5 Plan de Acción 2023: ***"Educación para la Transformación Social y la Paz", seguimiento con un corte de 30 junio*** un avance del 44%



Fuente: Oficina de Planeación y Desarrollo Institucional, Fecha de corte: 30 de junio de 2023.
link: http://administrativos.ut.edu.co/la-universidad-ut/planes-institucionales-ut/plan-de-accion.html

2.6 Informe de Gestión 2022: Conforme al Sistema de Planificación Institucional, este informe contiene el balance de la gestión de la vigencia 2022, como también el cierre de planes institucionales de gran importancia que concluyeron en el año 2022: Plan de Desarrollo Institucional 2013-2022 (10 años) y el Plan de Gobierno Rectoral 2018-2022 (4 años)

Fuente: http://administrativos.ut.edu.co/images/Rectoria/ODI/rendicion_cuentas/2023/IG22_RV220623.pdf

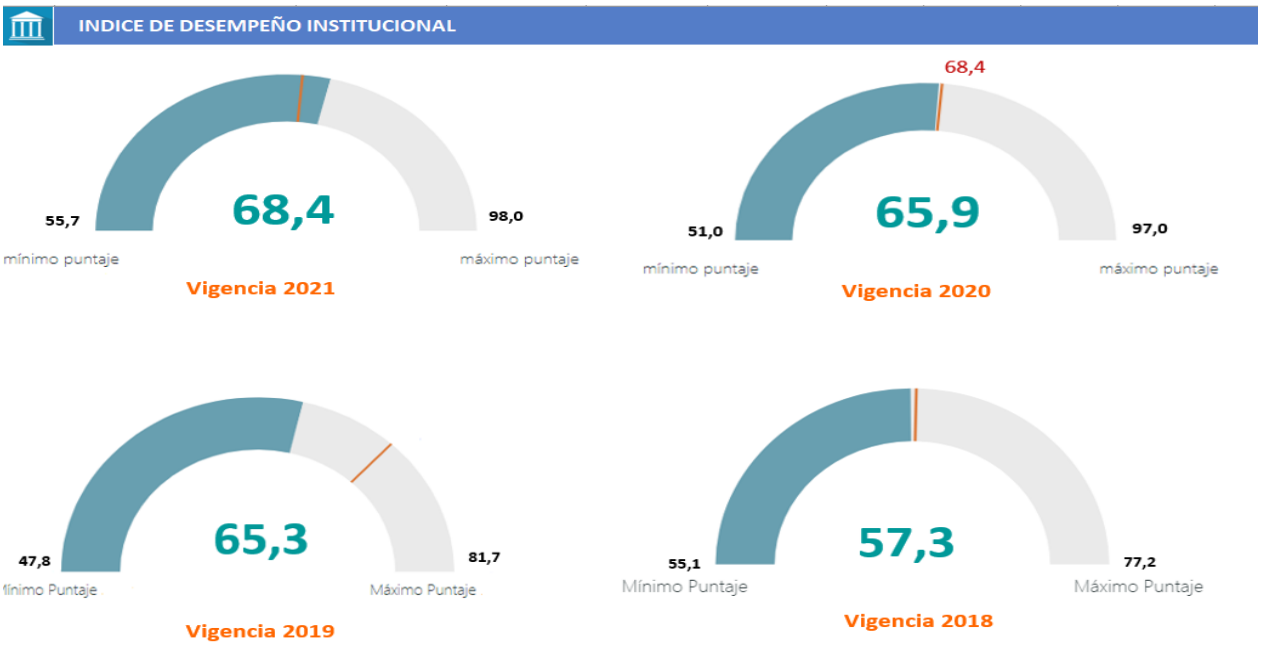
2.7 Índice de desempeño de la Universidad del Tolima: De conformidad con la evaluación aplicada por el Departamento Administrativo de la Función Pública-DAF, el Índice de Desempeño Institucional (IDI), para la vigencia 2021 el resultado fue de **68.4,** que permitió ocupar el puesto número 15 dentro de las 32 universidades que se presentaron a la evaluación con el Formulario Único de Reporte y Avance de la Gestión – FURAG.

Relación de puntajes obtenidos en el IDI durante los años 2019 – 2021

AÑO	Resultado	AÑO	Resultado	Diferencia
2018	57,30%	2019	65,30%	8%
2019	65,3%	2020	65,90%	-0,6%
2020	65,90%	2021	68,40%	2,50%

Fuente: Elaboración propia OPDI

La anterior tabla refleja la diferencia entre el año 2021 con relación al 2018 ha sido del 11.1%, del IDI confirmando el compromiso permanente del mejoramiento continuo en el marco del Sistema de Aseguramiento de la Calidad. A continuación se presenta el reporte enviado por el DAF

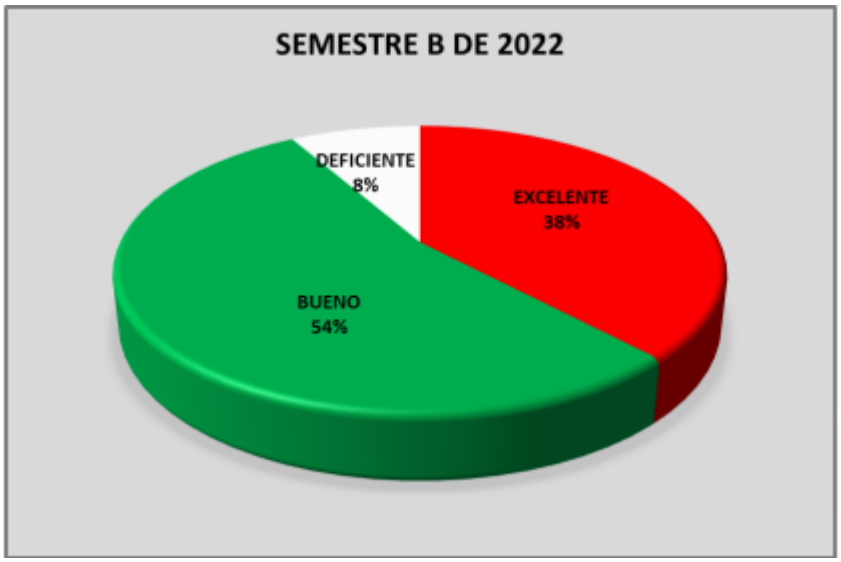


Fuente: Función Pública - FURAG-Departamento Administrativo de la, 2021

3 La información sobre el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad, incluidas las tendencias relativas corresponden a:

3.1 La satisfacción del cliente y la retroalimentación de las partes interesadas pertinentes.

En el periodo B de 2022 presentó un resultado del 92% de los usuarios que califican los servicios prestados desde cada uno de los procesos, con un grado de satisfacción entre excelente y bueno, con el uso de la herramienta digital del "Sistema de Información para la Gestión de la satisfacción de usuario de la Universidad del Tolima – SIGSAUT",



Fuente: SIGSAUT -OPDI

Se informa que los líderes de los procesos, luego de recibir el informe de la evaluación de satisfacción del usuario, les correspondió socializarlo con sus equipos de trabajo, evaluando los resultados de la calificación de los servicios y determinando la necesidad de tomar acciones correctivas y de mejora, las cuales deben quedar documentadas en el formato de Plan de Mejoramiento GC-P03-F07, compartido a través de la herramienta Google Drive. La OPDI presenta seguimiento a la presente acción en el proceso de auditoría interna del 2023.

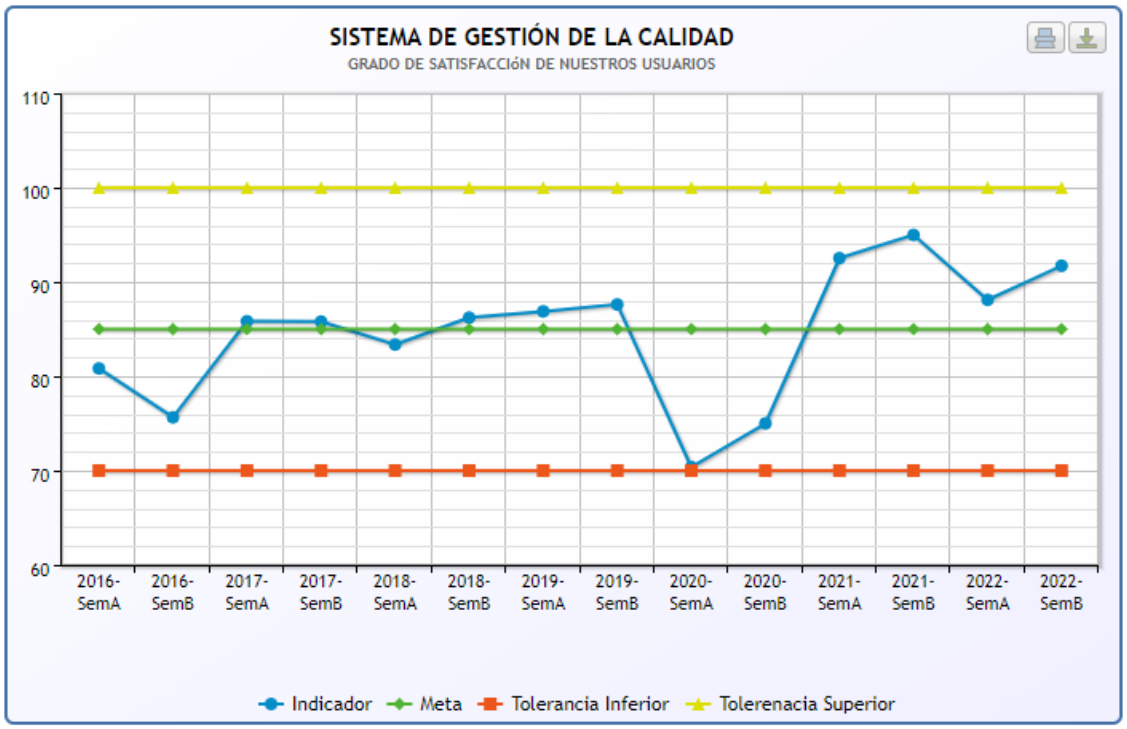
3.2 El grado de logro de los objetivos de la calidad

3.2.1 Grado de Satisfacción de Nuestros Usuarios: El sistema de Gestión de Calidad establece una meta del 85 % entre Excelente y Bueno

Periodo	Meta	Resultado
Semestre A 2022	85 %	88 %
Semestre B 2022	85 %	92 %

Fuente: SIGSAUT –OPDI

Figura Comportamiento del Grado de Satisfacción de nuestros usuarios años 2016-2022.



Fuente: http://sgpe.ut.edu.co/indicadores/informe_comportamiento.php?id=%20124
Nota: Semestres A y B 2020 - COVID -19

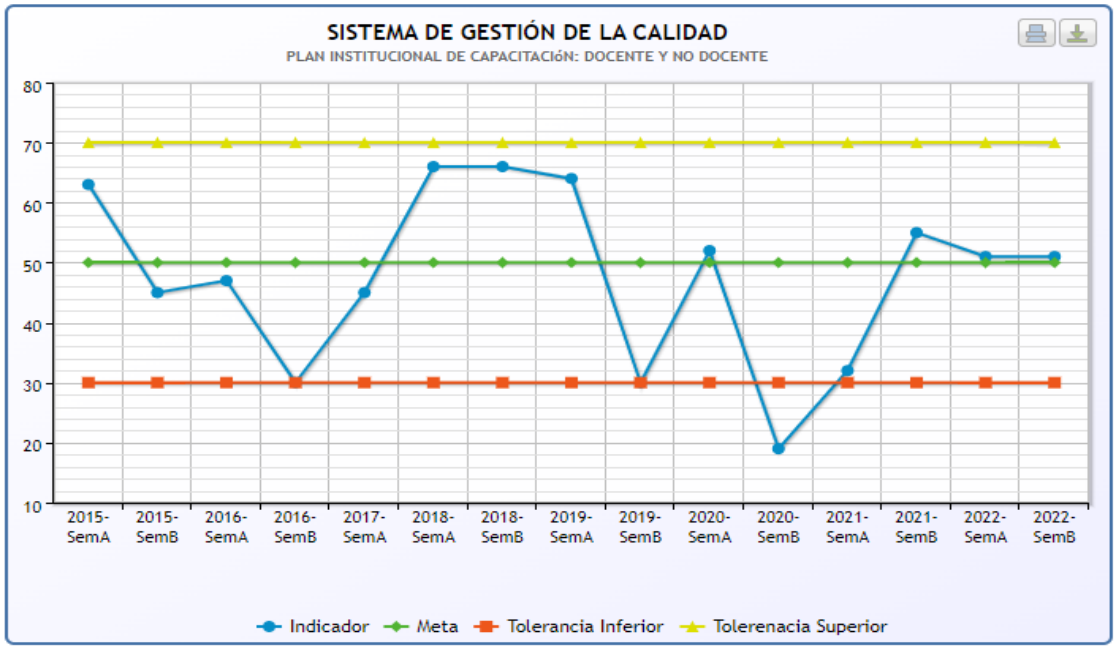
3.2.2 Plan Institucional de Capacitación: Docente y No Docente

El análisis de este indicador corresponde al promedio de ejecución de los planes de capacitación de la institución dirigidos tanto al personal administrativo como al personal docente, con un cumplimiento del 51,15%.

Periodo	Meta	Resultado
2022 A	50%	51.15%
2022 B	50%	51,15%

Fuente: http://sgpe.ut.edu.co/indicadores/informe_comportamiento.php?id=%20126

Figura Comportamiento del plan de capacitación del personal docente y no docente. Años 2015-2022.



Fuente: http://sgpe.ut.edu.co/indicadores/informe_comportamiento.php?id=%20126
Nota: Semestres A y B 2020 - COVID -19

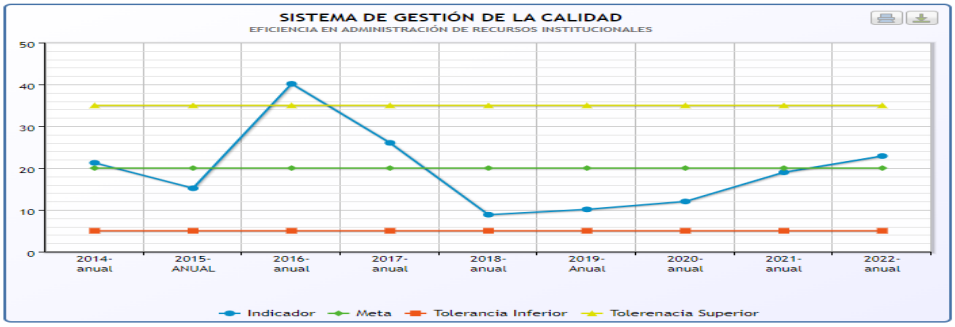
3.2.3 Eficiencia en Administración de Recursos Institucionales

Los recursos institucionales que se miden en el presente indicador, corresponden a la sumatoria de las inversiones ejecutadas sobre la sumatoria de gastos ejecutados en el presupuesto vigencia 2022, con un resultado del 22.87% por encima de la meta fijada del 20%.

Periodo	Meta	Resultado
2022	20%	22.87%

Fuente: http://sgpe.ut.edu.co/indicadores/informe_comportamiento.php?id=%20127

Figura Comportamiento de la eficiencia en administración de recursos institucionales. Años 2014-2022.



Fuente: http://sgpe.ut.edu.co/indicadores/informe_comportamiento.php?id=%20127

Nota: Año 2015 crisis financiera UT, y vigencias 2018 - 2020 – se ralentizó la inversión por causa del COVID -19

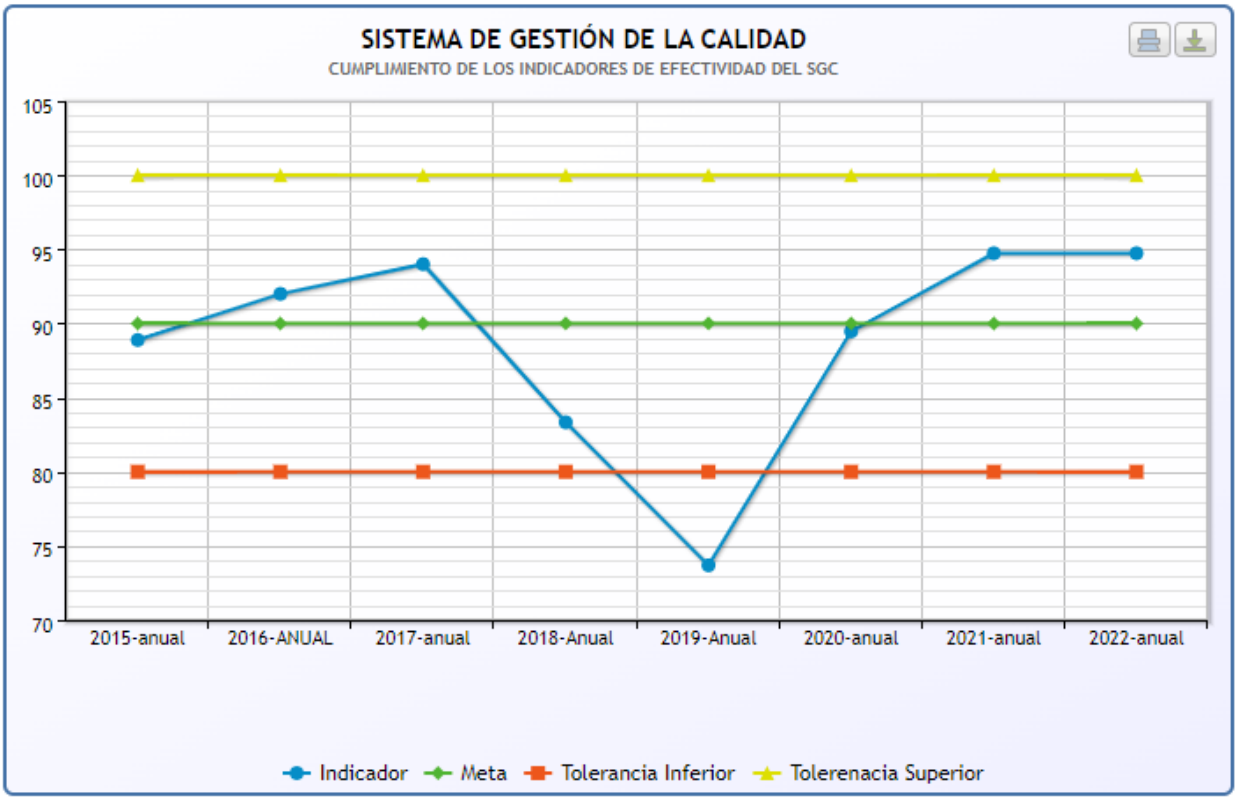
3.2.4 Cumplimiento de los Indicadores de Efectividad del SGC

La efectividad del SGC se mide a través del listado maestro de indicadores del grado de cumplimiento en un rango superior o igual al 90%, el resultado de la vigencia 2022 fue del 95%.

Periodo	Meta	Resultado
2022	90%	95 %

Fuente: http://sgpe.ut.edu.co/indicadores/informe_comportamiento_public.php?id=%20128

Figura Comportamiento del cumplimiento de los indicadores de efectividad del SGC. Años 2015-2022.



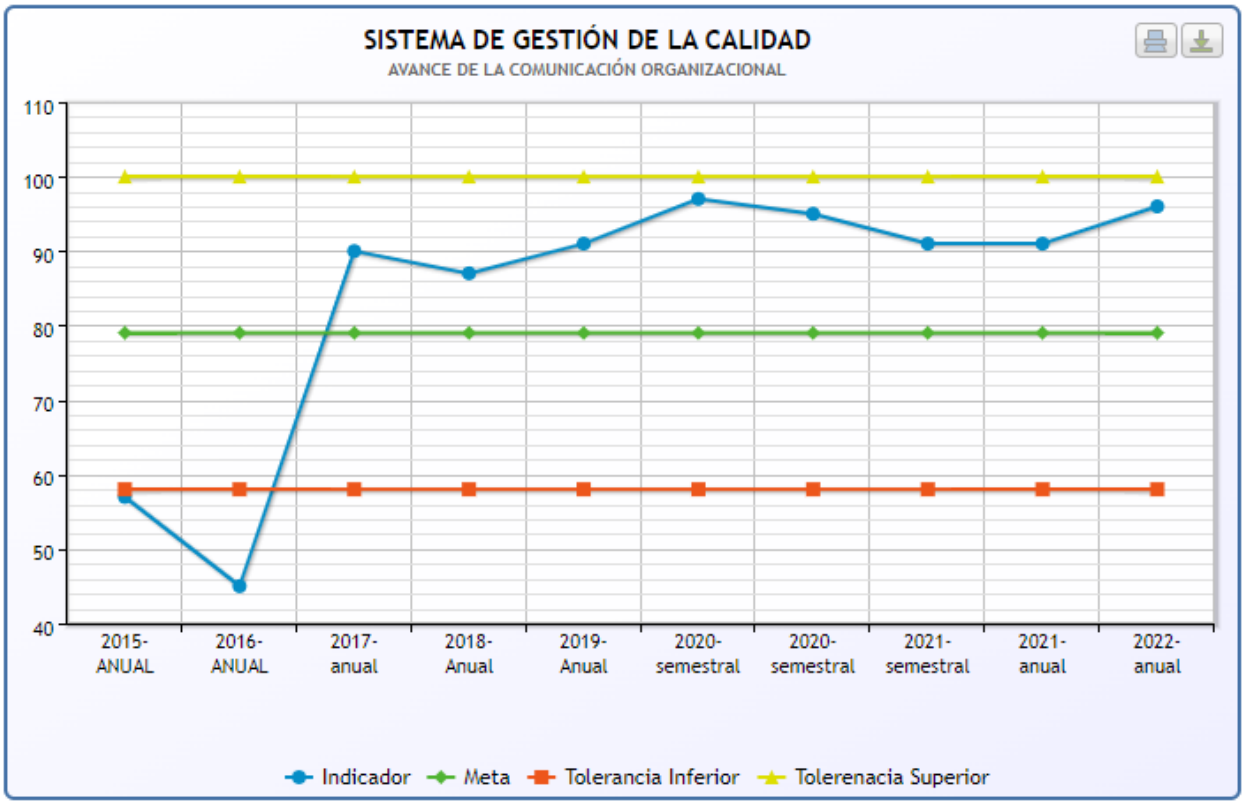
Fuente: http://sgpe.ut.edu.co/indicadores/informe_comportamiento_public.php?id=%20128
Nota: Años 2019 - COVID -19

3.2.4 Avance de la Comunicación Organizacional

Los usuarios del proceso de gestión de la comunicación organizacional, califican el grado de satisfacción frente a los servicios prestados entre bueno y excelente con un resultado del 96% en el año 2022.

Periodo	Meta	Resultado
2022	79%	96%

Figura Comportamiento del avance de la comunicación organizacional. Años 2015-2022.

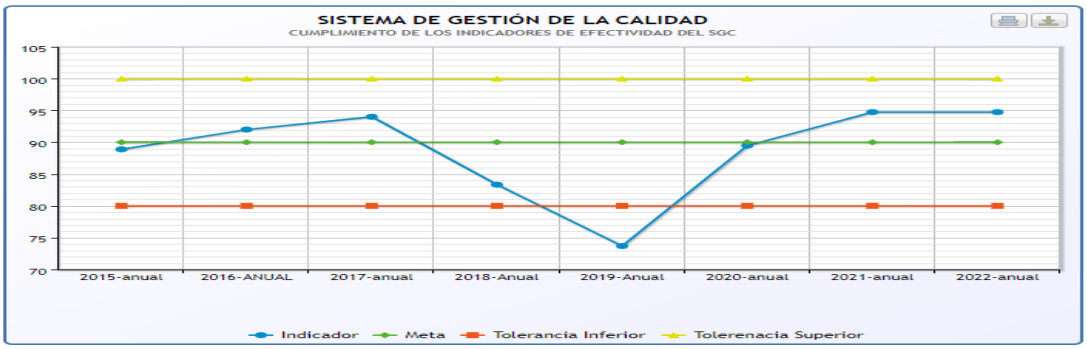


Fuente: http://sgpe.ut.edu.co/indicadores/informe_comportamiento.php?id=129
Nota: Años 2015 y 2016 crisis institucional

3.3 El Desempeño de los Procesos y Conformidad de los Servicios

3.3.1 El desempeño de los procesos

Figura Comportamiento del cumplimiento de los indicadores de efectividad del SGC. Años 2015-2022.



Fuente: http://sgpe.ut.edu.co/indicadores/informe_comportamiento.php?id=%20128
Nota: Años 2019 - COVID -19

3.3.2 Conformidad de los Servicios

El resultado consolidado de los 18 procesos que conforman el Mapa de Procesos de la satisfacción de los usuarios, establece un rango entre excelente y bueno del 85%.

GRADO DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS			
Todos los Usuarios de la Universidad del Tolima			
PROCESOS		%	
		2022 A	2022 B
ESTRATÉGICOS	GESTIÓN DE LA PLANEACIÓN INSTITUCIONAL	82	94
	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN	97	96
DE SOPORTE	GESTIÓN JURÍDICA Y CONTRACTUAL	89	88
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	93	93
	GESTIÓN FINANCIERA	92	97
	GESTIÓN LOGÍSTICA	81	90
	GESTIÓN BIBLIOTECARIA	95	92
	GESTIÓN DE ADMISIONES REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO	78	86
	GESTIÓN DEL DESARROLLO HUMANO	90	91
	GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN	84	93
MISIONALES	FORMACIÓN	88	95
	EXTENSIÓN Y PROYECCIÓN SOCIAL	100	98
	INVESTIGACIÓN	87	89
DE EVALUACIÓN	SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	82	90
	SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL	92	98
	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	83	85
	SISTEMA DE GESTIÓN DE AUTOEVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN		85
	SISTEMA DE CONTROL INTERNO		0
TOTALES		88	92

Fuente:http://administrativos.ut.edu.co/rectoria/dependencias/oficina-de-planeacion-y-desarrollo-institucional/satisfaccion-de-usuarios.html#grado-de-satisfaccion-de-usuarios-por-semestre-2

Nota: Los procesos de Sistema de Gestión de Autoevaluación y Acreditación y Sistema de Control Interno, no registran resultados porque se aprobaron en la última Revisión por la Dirección del mes de septiembre de 2022.

3.4 Las no conformidades y acciones correctivas

De la auditoría Interna de calidad, realizada durante los días 10 al 19 de julio de 2022, aplicada a los 18 procesos documentados en el SGC, los siguientes resultados corresponden a las No conformidades identificadas y publicadas en el informe de la

auditoría interna de calidad link: http://administrativos.ut.edu.co/images/Rectoria/ODI/informe_auditoria/1._GC-P03-F04_INFORME_AUDITORIA_INTERNA_21_07_2023_revisado.pdf.

Las dos (2) No Coformidades deben ser incluidas en el Plan de Mejoramiento correspondiente.

NO CONFORMIDADES	
No.	**DESCRIPCIÓN**
01	Incumplimiento del requisito 7.5.3.2, literal c de la NTC ISO 9001:2015, que establece el control de cambios articulada con el **debe** de la norma: "la información documentada conservada como evidencia de la conformidad **debe** protegerse contra modificaciones no intencionadas". **Evidencias** **Formación - Facultad de Ciencias de la Educación** ✓ Revisado el registro de asistencia de estudiantes, anexo al acuerdo pedagógico de uno de los docentes de planta, se evidenció que no corresponde al formato FO-P06-F08 Versión 05, con fecha de aprobación 27 de enero de 2017 y, la Jornada laboral, formato FO-P06-F01 versión 9, de un profesor de planta, se evidencia que no está con fecha de aprobación del 4 de abril del 2022. **Sistema de Gestión Ambiental** ✓ El procedimiento para manejo de residuo de riesgo biológico, código GA-P07, establece el manejo de residuo de riesgo biológico para **todas las unidades académicas, investigativas, el Hospital Veterinario y la prestadora de servicios de salud de la Universidad**, no se evidenció la existencia de este registro, que debe contener la información de la generación y manejo de residuos peligrosos y no peligrosos generados – RH1. **Sistema de Gestión de Control Interno** ✓ El formato utilizado para el arqueo de caja menor no corresponde al Código: **MC-I03,** versión 04 de fecha de aprobación del 17-05-2017, de igual forma debe actualizarse el código de identificación con la abreviatura que corresponde al proceso del Sistema de Control Interno - **CI** **Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo** ✓ Revisado el procedimiento reporte de investigación de accidentes de trabajo, se encuentra el diligenciamiento de la bitácora ST-P04-F05, donde se evidenció su desactualización, desde el 21 de junio 2022.

02	Incumplimiento al numeral 9.1.3 de la norma ISO 9001:2015. La organización debe realizar el seguimiento *a la Planificación, Desarrollo y Verificación de la Labor Académica*. **Facultad de Ciencias del Hábitat, Diseño e Infraestructura** **Evidencias** El Consejo de la Facultad de Ciencias del Hábitat, Diseño e Infraestructura, no analiza el resultado de indicadores del proceso misional de formación, elaborado por la Vicerrectoría de Docencia, para la formulación de acciones de mejora.
Reporte de No conformidades: No. DOS (2) NO CONFORMIDADES **Nota:** Estos registros de reporte de No Conformidades, se encuentran en el drive de cada proceso.	

3.5 Los resultados de seguimiento y medición

Ver numeral 3 y siguientes de este informe, consignado en las páginas de la 8 a la 16.

3.6 **Los resultados de las auditorías:** Con la aplicación de la fórmula de la variación porcentual se presenta decrecimiento del 71 % en el número de No Conformidades con respecto al año anterior, permitiendo inferir en la mejora continua del SGC.

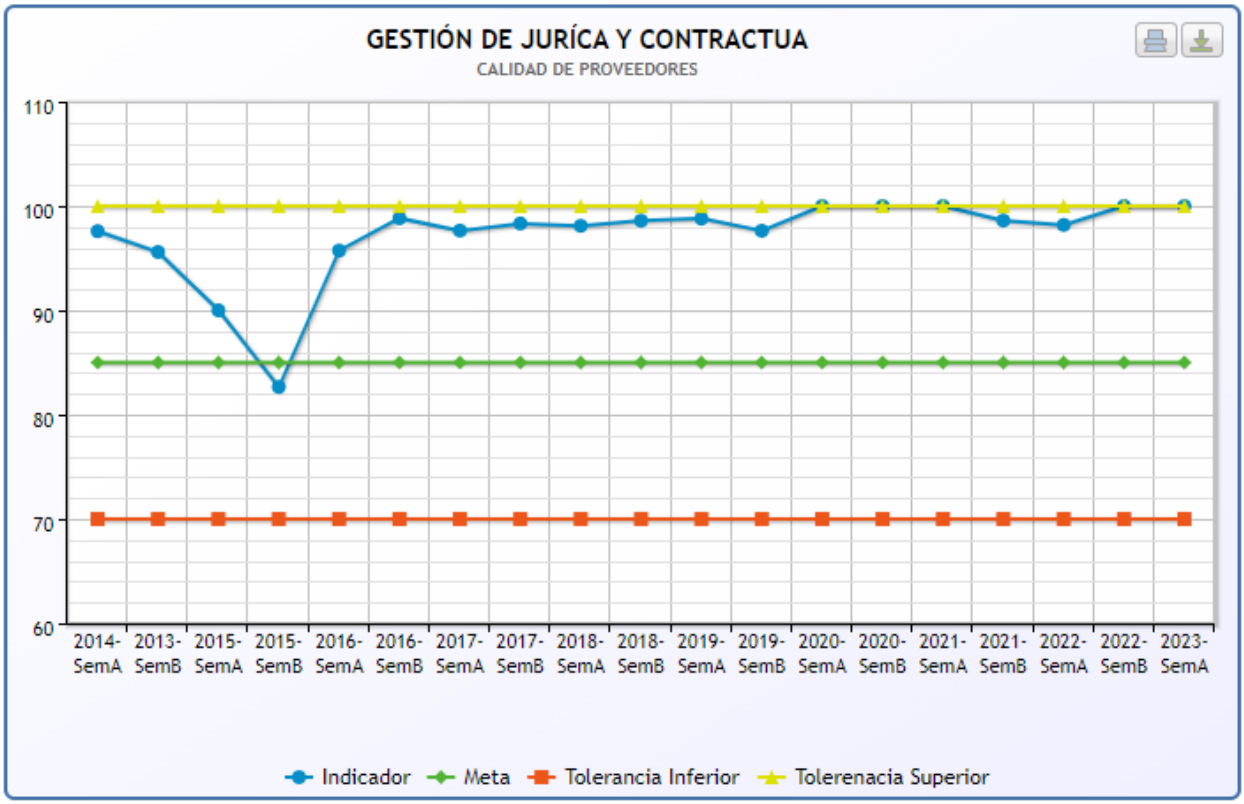
Auditoria / Año	Nº de No conformidades	Variación porcentual
Auditoria Interna 2023	2	Menos 71%
Auditoria Interna 2022	7	-

Formula	Resultado
Variación porcentual: (Auditoría Actual – Auditoria anterior) * 100 ——————————— Auditoria anterior	((2-7)/7)*100% - 71 %

3.7 El desempeño de los proveedores externos

Para el semestre B del año 2022 y A del 2023, el desempeño de los proveedores externos cumplió con sus compromisos, evidenciado en la evaluación satisfactoria de las aceptaciones de oferta con meta del indicador del 100%, medido a través de herramientas como calendario google drive, diligenciadas por los funcionarios de la unidad de compras.

Figura Comportamiento de la calidad de los proveedores externos. Años 2014-A2023.



Fuente: http://sgpe.ut.edu.co/indicadores/informe_comportamiento_public.php?id=%20102
Nota: Año 2015 crisis institucional

4 La adecuación de los recursos

Para el año 2022, se presupuestaron 50 millones de pesos para el proceso de formación del SGC, de los cuales se ejecutaron veintitrés millones setecientos diez mil setecientos cuatro pesos, ($ 23.710.704), en la cancelación a ICONTEC de:

- Formación de 30 Auditores Internos con una intensidad de 64 horas, en las normas: HSEQ, NTC ISO 14001:2015 y NTC ISO 45001:2018.
- Visita del ente certificador ICONTEC con una duración de cuatro días en el mes de septiembre del 2022, para la evaluación del SGC en el marco de la renovación de la certificación del SGC de la UT para un periodo de tres (3) años (2022-2025).

Para el año 2023 se asignó una partida de 30 millones del presupuesto institucional, para el mantenimiento del Sistema de Gestión de la Calidad.

5 La eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y las oportunidades.

La Oficina de Control Interno realizó el seguimiento en el mes de marzo del año 2023, a los mapas de riesgo de los 18 procesos, entregando a los líderes de proceso recomendaciones al respecto para su revisión y ajuste.

Se actualizaron los 18 Mapas de riesgos por proceso y se consolido el Institucional.

6 **Las oportunidades de mejora.** Resultado de la auditoria interna realizada desde el 10 hasta el 19 de julio de 2023, fueron emitidas por los auditores internos en los 18 procesos (incluidas las 10 unidades académicas) 59 oportunidades de mejora, que a continuación se registran:

Acción	Proceso al que está dirigida	Responsable de Implementación	Fecha de Implementación	Recursos Necesarios
1. Se recomienda continuar con el proceso de actualización de sus procedimientos y con la búsqueda del engranaje con las dependencias aliadas a este proceso. 2. Por temas relacionados con la adopción de la estructura organizacional general de la Institución, esta dependencia pasó a ser una dirección y por ende sus indicadores deben evidenciar el trabajo actual que desde allí se lidera y tener en cuenta la información que se relaciona desliga de las dependencias aliadas. 3. Se recomienda sensibilizar y capacitar al personal de las dependencias vinculadas a este proceso, sobre la importancia y compromiso de su participación activa en las auditorías internas.	**Extensión y Proyección Social**	Líder de proceso	Semestre B 2023 y A2024	Humanos
4. No recibió la visita la líder del proceso, sin embargo, se evidencia que se delegó a una funcionaria responsable para la misma. Por otro lado, se requiere fortalecer la comunicación y el papel de liderazgo con la	**Gestión Bibliotecaria**	Líder de proceso	Semestre B 2023 y A2024	Humanos

Acción	Proceso al que está dirigida	Responsable de Implementación	Fecha de Implementación	Recursos Necesarios
Vicerrectoría de Docencia a la cual se encuentra adscrita la dependencia.				
5. Incluir en el mapa de riesgos controles ítem 5 y 6 de las fortalezas en el riesgo cibernético, por acceso ilegal o robo masivo de datos personales. 6. Establecer un plan de trabajo y ejecución del mismo para documentar el proceso de caracterización de usuarios. 7. Documentar las acciones de mejora en el Plan de Mejoramiento Formato: GC-P03-F07 8. Implementar el Plan Operativo para la planificación de los procesos administrativos y académicos. 9. Actualizar el indicador del Sistema de Gestión de Calidad del trimestre 3 y 4 del año 2022 y el 1 y 2 del año 2023. 10. Solicitar a la Sección de Correspondencia la clasificación de los PQRS e identificar qué tipo de solicitud están haciendo con el objetivo de conocer claramente las necesidades de las partes interesadas y disminuir el porcentaje de las mismas. 11. Capacitación a la Oficina de Atención al Ciudadano esto para estar en sinergia con la información a aspirantes y comunidad.	**Gestión de Admisiones Registro y Control Académico**	Líder de proceso	Semestre B 2023 y A2024	Humanos
12. Se sugiere la actualización de la normatividad relacionada en el formato de caracterización del proceso. 13.Teniendo en cuenta la importancia del análisis de los resultados de satisfacción de usuarios del proceso por parte	**Gestión Financiera**	Líder de proceso	Semestre B 2023 y A2024	Humanos

Acción	Proceso al que está dirigida	Responsable de Implementación	Fecha de Implementación	Recursos Necesarios
de todos los funcionarios de la Dirección Contable y Financiera, se recomienda que estos sean socializados con el equipo de trabajo, dejando registro a través de acta de los posteriores compromisos				
14. Para mejorar la determinación del contexto particular de cada una de las dependencias en concordancia con el requisito 4.1 y del requisito 4.2 respecto a la identificación particular de las partes interesadas y sus expectativas, por cuanto la determinación del contexto particular y sus partes interesadas cambia en cada subproceso respecto al contexto general de la universidad. 15. Para que se realice los oficios de exposición de problemas y posibles soluciones a los inconvenientes relacionados con otras dependencias cuyas acciones u omisiones perjudican el eficaz desempeño del proceso, tales como gestión tecnológica (problemas con la capacidad de la plataforma, drive hipercolmatado, retrasos en las respuestas y soluciones técnicas y operativas, entre otros), en algunas dependencias a las cuales se les remiten los PQRS, no dan respuesta oportuna y/o no reportan debidamente si respondieron o no.	**Gestión de la Información y la Comunicación**	Líder de proceso	Semestre B 2023 y A2024	Humanos
16. Ajustar formatos según indicaciones de la auditora: JC-P02-F03 y JC-P02-F05.	**Gestión Jurídica y Contractual**	Líder de proceso	Semestre B 2023 y A2024	Humanos
17. Revisar la fecha de actualización de los formatos establecidos por el Proceso de Gestión Logística y	**Gestión Logística**	Líder de proceso	Semestre B 2023 y A2024	Humanos

Acción	Proceso al que está dirigida	Responsable de Implementación	Fecha de Implementación	Recursos Necesarios
documentados en el Sistema de Gestión de Calidad.				
18. Debido a los cambios en la estructura orgánica registrada en el año 2022, es necesario ajustar la nomenclatura en la caracterización, procedimientos del proceso y pagina web del sistema. A su vez definir los numerales de la Norma ISO 9001:2015 que le aplican al proceso. 19. Por encontrarse en revisión y ajuste para mejoramiento, el procedimiento de bancos de proyectos de la Universidad, es necesario que se defina si debe o no estar publicado, esto con el fin de evitar el uso no adecuado. 20. Si bien es cierto, el proceso de Gestión de Planeación Institucional hizo la revisión y el análisis de los riesgos, es necesario tener en cuenta la evaluación realizada por la oficina de Control Interno a este proceso de riesgos, con el fin de garantizar la efectividad de estos. 21. La evaluación de los indicadores se realiza conforme a la frecuencia y se gestiona su análisis, sin embargo, es necesario realizar una revisión a lo publicado en la pág. Web del sistema, para que exista concordancia entre los datos y se brinde oportunidades de mejora. 22. Se aprecia que el proceso ha gestionado mejoras para la institución y hoy se puede contar con una Universidad de impacto regional, es necesario dejar documentadas todas estas acciones dentro del SGC.	**Gestión de la Planeación Institucional**	Líder de proceso	Semestre B 2023 y A2024	Humanos
23. Unificar las capacitaciones que tengan que ver con las	**Gestión del Talento**	Líder de proceso	Semestre B 2023 y A2024	Humanos

Acción	Proceso al que está dirigida	Responsable de Implementación	Fecha de Implementación	Recursos Necesarios
diferentes áreas para que no se conviertan en repetitivas.	**Humano**			
24.Se recomienda adelantar una mesa de trabajo del comité de calidad, la posibilidad de un instrumento que determine la satisfacción de usuarios externos para fortalecer el SGC	**Investigación**	Líder de proceso	Semestre B 2023 y A2024	Humanos
25. Revisión de la información documentada (caracterización) en relación con los documentos Asociados, los requisitos aplicables e indicadores. 26. Revisión del indicador Cumplimiento a los Entes de Control, ya que estos requerimientos son de obligatorio cumplimiento. 27. Documentar las acciones correctivas y de mejora implementadas en el proceso, utilizando la herramienta diseñada por la institución para tal fin (plan de mejoramiento). 28. Revisar y ajustar la evaluación de la percepción de los usuarios en conjunto con la Administración del sistema de Gestión de la calidad de la Universidad. 29. Comunicar y Socializar el Boletín Ambiental a las partes interesadas. 30. Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión, trabajando en la implementación del Sistema de Gestión Ambiental bajo la Norma ISO 14001:2015.	**Sistema de Gestión Ambiental**	Líder de proceso	Semestre B 2023 y A2024	Humanos
31. Si bien, existen resultados positivos del grado de satisfacción y percepción de los usuarios, para con el proceso del Sistema de Gestión de Autoevaluación y Acreditación, se	**Sistema de Gestión de Autoevaluación y Acreditación**	Líder de proceso	Semestre B 2023 y A2024	Humanos

Acción	Proceso al que está dirigida	Responsable de Implementación	Fecha de Implementación	Recursos Necesarios
sugiere fortalecer el equipo de la Dirección de Aseguramiento de la Calidad con mayor personal, debido a la cantidad de programas y procesos simultáneos que se llevan a cabo. 32. Se requiere por parte de la Oficina de Tecnología, Información y la Comunicación, se cree un sistema de información estadística, con el fin de que las unidades académicas, tengan recopilado toda la información y sea más ágil el proceso de recolección de la información.				
33. La documentación del proceso no ha sido actualizada desde 2017 y no todos los procedimientos que actualmente realiza la Oficina están documentados. 34. Si bien la Oficina de Control Interno argumenta porque para este año no se van a realizar auditorías y el enfoque será el acompañamiento a los otros procesos para la mejora continua, es necesario evidenciar estas acciones que está realizado la Oficina. 35. Es necesario actualizar los indicadores del proceso y evidenciar seguimiento a los mismos para la mejora continua.	**Sistema de Gestión de Control Interno**	Líder de proceso	Semestre B 2023 y A2024	Humanos
36. Establecer mecanismos para fortalecer la gestión de riesgos en todas sus formas, en especial los que comprometen la ejecución de los recursos públicos. 37. Determinar un cronograma que permita establecer y delimitar las fechas para las actualizaciones del SGC y su plena implementación en los	**Sistema de Gestión de la Calidad**	Líder de proceso	Semestre B 2023 y A2024	Humanos

Acción	Proceso al que está dirigida	Responsable de Implementación	Fecha de Implementación	Recursos Necesarios
procesos, teniendo en cuenta que la actualización de los procesos, políticas, planes de la Universidad durante la presente vigencia avanza y se requiere fortalecer el equipo de Talento Humano para el aseguramiento del Sistema de Gestión de la Calidad para que la implementación en los procesos continue ajustada al tiempo de los cambios y actualizaciones organizacionales.				
38. Dentro del Plan anual se evidencia que no está reflejado la programación la fecha o el mes de actualización la matriz de EPI. 39. Dentro del procedimiento EPI, visitas de inspección de áreas no se encuentra estipulado cada cuanto va hacer la frecuencia si son periódicas, intermitentes, continuas, esporádicas. 40. Calcular los indicadores frente al plan anual para saber en qué porcentaje se lleva los avances de cumplimiento. 41. Dentro de las capacitaciones el Riesgo Biológico son articuladas con la oficina Coordinación de Gestión y Educación Ambiental, tener los soportes de evidencias ya sean registros fotográficos o en medio físicos, para visibilizar el acompañamiento que realiza la sección SST a esas actividades de articulación.	**Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo**	Líder de proceso	Semestre B 2023 y A2024	Humanos
42. Continuar con la actualización periódica la página de contenido de la Facultad. 43. Documentar de manera gradual, los dos laboratorios y salas especiales de docencia en el SGC que están a cargo de la Facultad con los servicios que	**Formación-Facultad de Ciencias de la Educación**	Líder de proceso	Semestre B 2023 y A2024	Humanos

Acción	Proceso al que está dirigida	Responsable de Implementación	Fecha de Implementación	Recursos Necesarios
prestan, protocolos o guías, según corresponda. 44. Ajustar y realizar seguimiento a los planes de Mejoramiento con base en las Resoluciones de Registro Calificado y Acreditación de los programas académicos de pregrado y postgrado, utilizando las herramientas y orientación que la Universidad ofrece para su ejecución en el SGC. 45. Ajustar la planeación estratégica de la Facultad a la metodología que utilice la UT, para el seguimiento y evaluación. 46. Consolidar de manera digital la evolución normativa de cada programa académico de pregrado y postgrado. 47. Realizar análisis de evaluación docente con una periodicidad semestral y socializar en los Comités Curriculares y Consejo de Facultad. 48. Continuar con la organización de la planeación estratégica que evidencia el trabajo articulado de la Facultad. 49. Establecer en la Facultad los jueves de calidad con actividades que fortalezcan el SGC, teniendo en cuenta lo establecido en la Resolución 1158 de octubre de 2006, Artículo 8°. 50. Realizar la revisión de los formatos establecidos del SGC para el cumplimiento de la planeación, desarrollo y verificación de la labor académica.				
51. La actividad 1 del procedimiento *Planificación, Desarrollo y Verificación de la Labor Académica* debe tener un registro documentado con el fin	**Formación-Facultad de Ciencias del Hábitat, Diseño e Infraestructura**	Líder de proceso	Semestre B 2023 y A2024	Humanos

Acción	Proceso al que está dirigida	Responsable de Implementación	Fecha de Implementación	Recursos Necesarios
de mejorar el control al procedimiento. 52. Se debe considerar establecer el cargue de las notas parciales en el sistema académico, para el control de lo establecido en el Acuerdo pedagógico y una mayor transparencia con los estudiantes. 53. La labor académica asignada a los catedráticos debería ser notificada previo al inicio de esta, con el fin de que conozcan el número de horas por la cual han sido vinculados. 54. Es necesario avanzar en la integración de los sistemas de información académico y de nomina de los profesores para prevenir inconsistencias en los datos. 55. Se requiere avanzar en mejorar los criterios para el diligenciamiento de los formatos asociados al procedimiento, para evitar reprocesos.				
56. Elaborar actas de cada reunión que lleven a cabo. (informativas, con profesores, estudiantes, etc.). (Nota: ellos elaboran las Actas del Consejo de Facultad, de reuniones de Departamentos y de Comité Curricular)	**Formación-Facultad de Ingeniería Forestal**	Líder de proceso	Semestre B 2023 y A2024	Humanos
57. Se recomienda como oportunidad de mejora articulación con el líder del proceso de formación para Actualizar los indicadores de cumplimiento al semestre B/2022 dado que las fichas técnicas del indicador no están alimentadas, por cuanto están con la información del semestre del	**Formación-Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia**	Líder de proceso	Semestre B 2023 y A2024	Humanos

Acción	Proceso al que está dirigida	Responsable de Implementación	Fecha de Implementación	Recursos Necesarios
2021.				
58. Utilizar la versión actualizada del formato IN-P01-F01 para Presentación de Proyectos de Investigación o crear el formato que se adapte a las necesidades del instituto e incorporarlo a Sistema de Gestión de la Calidad. 59. Utilizar los formatos actualizados de acta de reunión (En la especialización no la tienen actualizada).	**Formación-Instituto de Educación a Distancia – IDEAD**	Líder de proceso	Semestre B 2023 y A2024	Humanos

II. SALIDAS REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

1. Oportunidades de mejora

A partir de los resultados de la auditoria interna, de los resultados IDI emitido por el DAF, entre otros, se determina la urgente necesidad de la implementación de una herramienta tecnológica para la administración del Sistema de Gestión de la Calidad de la Universidad.

2. Cualquier necesidad de cambio en el sistema de gestión de calidad

Considerar el cambio del alcance de Sistema de Gestión de la Calidad, así:

Alcance Actual:

Diseño, desarrollo y oferta de servicios de educación superior en los niveles de pregrado, posgrado y educación continuada, en la modalidad presencial y en la modalidad a distancia, en áreas de ciencias básicas, ciencias humanas, ciencias de la educación, ciencias económicas y administrativas, ciencias agropecuarias, ciencias de la salud, ingenierías y arquitectura. Prestación de servicios en el Laboratorio de Servicios de Extensión (LASEREX) de análisis químico de suelos y físicos (textura y densidad) aguas, fertilizantes y material vegetal

Propuesta:
"Diseño, desarrollo y oferta de servicios de educación superior en los niveles de pregrado, posgrado y educación continuada, en las modalidades presencial y a distancia"

3. Necesidades de recursos

Los recursos necesarios para:

- Formación en Fundamentos de la Norma NTC ISO 9001:2015, Mejoramiento Continuo, Formación de Auditores y Administración de Riesgos, Foro Internacional de la Calidad.
- Adquisición herramienta tecnológica para la administración del Sistema de Gestión de la Calidad de la Universidad.
- Auditoria de seguimiento por parte del ICONTEC.