



1. CARACTERIZACIÓN-PROCEDIMIENTO EVALUACIÓN Y MEJORA

Objetivo:

Propiciar el mejoramiento de la institución a partir del seguimiento de las áreas de gestión y/o procesos tanto en su medición, como análisis para formular planes de mejoramiento integrados a la Autoevaluación Institucional y elementos propios de norma ISO 9001. Versión 2015

Alcance:

Aplica a todos los procesos definidos en la institución y abarca desde la identificación de una no conformidad, un riesgo u oportunidad de mejora, su intervención y verificación de la eficacia en las acciones implementadas.

Responsable:

Líder de Calidad y equipo de evaluación y mejoras

Participantes:

Rectoría
Coordinador
Docentes
Personal administrativo

Factores claves del éxito:

- Personal competente en Sistema de Gestión de Calidad
- Documentación clara, comprensible y que facilite la recopilación de datos.
- Clima de confianza, participación y proactividad
- Confidencialidad en la información
- Trabajo en equipo

¿Qué necesito?	¿Quién lo entrega?	Actividades		¿Qué se obtiene?	¿Quién se beneficia?
		MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL			
Informe consolidado de Autoevaluación Institucional Informe de Revisión por la dirección Informe de Gestión por Procesos.	Todos los procesos y/o gestiones institucionales	P	Determinar la autoevaluación Institucional.	Comunicación de los resultados del plan de mejoramiento	Comunidad Educativa
		H	Consolidar y analizar el desempeño de las áreas de gestión y/o procesos.		
		H	Establecer fortalezas y debilidades institucionales por gestiones y/o procesos.		
		H	Documentar plan de mejoramiento		
		H	Divulgar plan de mejoramiento		
		V	Hacer seguimiento y evaluación de los resultados del plan de Mejoramiento.		
		A	Retroalimentar resultados del mejoramiento en la institución educativa		

ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA

Informe de Gestión por Procesos.	Todos los procesos	P	Determinar fuentes de No conformidades, riesgos y oportunidades de mejora	ACPM Implementadas	Mejoramiento Institucional
		H	Intervenir no conformidades y/o riesgos y acoger oportunidades de mejora detectadas		
		V	Sistematizar las no conformidades, riesgos y oportunidades de mejora.		

CONTROL DE SALIDA EDUCATIVA NO CONFORME -SENC

Fallas en el servicio o en un producto que tenga incidencia en la prestación del servicio	Personal vinculado al SGC.	P	Determinar posibles salidas educativas no conformes.	Servicio educativo conforme. Informe de Gestión por Procesos.	Comunidad educativa Todos los procesos
		H	Detectar y reportar salidas educativas no conformes.		
		H	Hacer tratamiento a las salidas educativas no conformes.		
		V	Sistematizar salidas educativas no conformes detectados.		
		V	Analizar reincidencia y causas de salidas educativas no conformes.		

AUDITORIAS INTERNAS

Necesidad de verificar conveniencia, eficacia y adecuación del	Proceso de Planeación Estratégica	P	Establecer criterios de ciclo de auditorias	Informe de Gestión por procesos	Todos los procesos
		P	Realizar y difundir programación de auditorias		
		P	Elaborar y difundir plan de auditorias		
		H	Preparar listado de verificación		
		H	Realizar reunión de apertura		



SGC Norma ISO 19011: 2002	H	Ejecutar la auditoría		
	H	Realizar reunión de cierre		
	H	Elaborar informe de auditoría		
	H	Intervenir hallazgos		
	V	Hacer seguimiento a intervención de hallazgos		
	V	Evaluar auditores		
	V	Realizar informe consolidado de auditorías		

SATISFACCIÓN EN EL SERVICIO

Inquietudes documentadas de la comunidad educativa.	Actores de la comunidad educativa.	P	Definir criterios e instrumentos para la evaluación de satisfacción	Inquietud resuelta satisfactoriamente	Informe de Gestión por procesos	Externo: Comunidad educativa Todos los procesos.
		H	Aplicar instrumentos de medición de la satisfacción en el servicio			
		V	Sistematizar resultados del instrumento aplicado			
		P	Definir canales de SQR			
		H	Socializar canales definidos			
		H	Recibir e intervenir DQR			
		V	Efectuar seguimiento a las SQR manifestadas			
		V	Sistematizar las SQR recibidas			

CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS

Necesidad de creación, modificación, ajuste o anulación de documento. Registro físico o electrónico	Personal vinculado al SGC.	P	Recibir documento externo o solicitar creación, ajuste o anulación de documentos interno CAA	Documentos y Registros Controlados	Todos los procesos.
		H	Articular documento recibido o analizar pertinencia de solicitud de CAA de documento		
		H	Responder solicitud de CAA		
		H	Revisar, ajustar y aprobar documento		
		H	Difundir documento aprobado		
		P	Determinar condiciones de almacenamiento		
		H	Generar registro		
		H	Archivar registros		

Recursos:

Información Documentada

Humano	Infraestructura	Código	Nombre
Rector Coordinador Docentes Personal administrativo	Muebles e insumos de oficina Recursos tecnológicos: Equipo de cómputo, Office, Servicio de Internet, Sistemas de información SIMAT- Software administrativo y/o académico	EM-F-01	INFORME DE AUDITORÍA VERSION 2
		EM-F-03	PLAN DE AUDITORÍA VERSION 2
		EM-F-04	PROGRAMA DE AUDITORÍAS V 2
		EM-F-05	FQRS VERSION 2 (En pandemia es formulario de Google Drive)
		EM-F-08	MATRIZ DE SENC VERSION 2
		EM-F-09	CONSOLIDADO DE FQRS VERSION 2
		EM-F-11	CONSOLIDADO ACPM VERSION 2
		EM-F-13	EV DE AUDITORES VERSIÓN 2
		EM-F-15	INDICADORES DE PROCESO V 2
		EM-F-17	LISTADO MAESTRO DE DOC V 2
		EM-F-18	HOJA CONTROL DE CAMBIOS V 2
		EM-F-19	LISTADO MAESTRO REGISTOS V 2
		EM-F-20	CONTROL SENC VERSIÓN 2
		EM-I-01	ELABORACIÓN Y CONTROL DOC V 2
		EM-I-02	FQRS VERSIÓN 2
		EM-I-03	INSTRUCTIVO SENC VERSIÓN 2
		EM-I-04	EVALUACION DEL SERVICIO V 2
EM-I-05	AUDITORÍA INTERNA DE CALIDAD V 2		

**INSTITUCIÓN EDUCATIVA CARLOS ENRIQUE CORTÉS HERRERA****CARACTERIZACIÓN Y PROCEDIMIENTO**

Código: EM-PR-01

Versión: 02

Página 3 de 22

Requisitos de Ley:			Requisitos de la Norma:			
<ul style="list-style-type: none"> Ley General de Educación 115 de 1994, Art 18 y 95. Guía N° 34 para el Mejoramiento Institucional: 			7.5 información documentada 8.7 Servicios no conformes 9 Evaluación del desempeño 9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación 9.1.2 satisfacción del cliente 9.1.3 Análisis y evaluación 9.2 Auditoría 9.3 Revisión por la dirección 10 Mejoramiento continuo			
INDICADORES			CONTROL			
Nombre del indicador	Fórmula	Frecuencia de medición	QUÉ	CÚANDO	QUIÉN	EVIDENCIA
Eficacia de ACPM	(No de ACPM cerradas eficazmente/No. total de ACPM cerradas)*100	Permanentemente	Control de documentos internos y externo (vigencia, disponibilidad, accesibilidad, protección).	Reunión con los líderes de cada proceso.	Líder del proceso de Evaluación y mejoras	Consolidado de los ACPM
Oportunidad en la atención Quejas y reclamos	No de Quejas y reclamos atendidas oportunamente/No. total de Quejas y reclamos presentadas*100	Anual	Control de apertura y registro del buzón de FQRS.	Se abre cada quince días	El líder de evaluación y mejora con un representante estudiantil que sea testigo el personero o el representante de los estudiantes.	Control de FQRS
			Cumplimiento de las Acciones de Mejora.	Reunión periódica con los líderes de cada uno de los procesos	Líder de evaluación y mejora y cada uno de los líderes de los procesos.	Reporte de las ACPM
			Aplicación de las encuestas de satisfacción y adecuada tabulación.	Una encuesta de satisfacción que se hace al finalizar el año	Líder de evaluación y mejoras y líder de direccionamiento estratégico.	Tabulación de la encuesta de satisfacción.
			Control al servicio no conforme.	Reunión con los líderes de cada uno de los procesos	Líder de evaluación y mejora y líderes de los demás procesos	Consolidado de SNC
			Seguimiento y	Reunión con	Todos los	Plan de

**INSTITUCIÓN EDUCATIVA CARLOS ENRIQUE CORTÉS HERRERA****CARACTERIZACIÓN Y PROCEDIMIENTO****Código:** EM-PR-01**Versión:** 02**Página** 4 de 22

Nivel de Satisfacción de beneficiarios:	(No. beneficiarios padres y estudiantes que califican totalmente satisfechos y satisfecho/No. total de muestra)*100	Anual	control al Plan de Mejoramiento Institucional. Control a la actualización del SIGCE.	los docentes, las asesoras del municipio y el comité de calidad para la revisión de la autoevaluación y establecer la corrección del plan de mejoramiento	maestros y directivos docentes además los asesores de la secretaría de educación.	mejoramiento institucional y documentación del SIGCE
---	---	-------	--	---	---	--



2. DEFINICIONES O ESPECIFICACIONES

MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL

Alta Dirección: Integrada por el Rector y el representante de la dirección.

Análisis de datos: Estudio de los datos recopilados para demostrar la idoneidad y la eficacia del Sistema de Gestión de Calidad y para evaluar donde puede realizarse la mejora continua.

Aseguramiento de la calidad: es el conjunto de acciones orientadas a promover, gestionar y mejorar permanentemente la calidad de instituciones y programas, así como su impacto en la formación de los estudiantes.

Autoevaluación institucional: Es un proceso de valoración crítica del quehacer de la institución, a su vez es un mecanismo para hacer seguimiento a todos los procesos diseñados; de cuyos resultados se implementarán planes de mejoramiento o acciones de mejora que conduzcan a cualificar el servicio educativo. Dentro de la normatividad vigente se encuentra establecida en el Artículo 84 de la Ley 115 de 1994 y sus criterios para el desarrollo se encuentran establecidos por el Ministerio de Educación Nacional en la Guía para el Mejoramiento Institucional (Guía N° 34).

Comité de Calidad: Integrado por el Rector, Coordinador, y líderes de procesos

Factores críticos: son aquellos elementos que impiden que el establecimiento educativo tenga actualmente un mejor desempeño en cada una de sus gestiones y/o procesos

Mejora Continua: acciones permanentes orientadas a mejorar los resultados de un proceso. Su punto de partida es la situación actual del proceso que se considera aceptable.

Niveles de desarrollo: es una escala que sirve para valorar el estado de áreas de gestión y/o procesos, que cuenta con cada uno con un valor numérico:

Existencia (1): hay un desarrollo incipiente, parcial o desordenado, y las acciones se llevan a cabo de manera desarticulada.

Pertinencia (2): hay algunos principios de planeación y articulación de los esfuerzos y acciones para dar cumplimiento a los objetivos y metas.

Apropiación (3): las acciones institucionales tienen un mayor grado de articulación y, en general, son conocidas por la comunidad educativa

Mejoramiento continuo (4): los procesos están consolidados y son evaluados periódicamente para fortalecerlos.

Plan de mejoramiento: es un instrumento dinámico que, a partir del seguimiento permanente y análisis de los resultados de una institución, formula objetivos, metas y estrategias a corto y mediano plazo.

Proceso: conjunto de actividades mutuamente relacionada o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados.

Revisión: Actividad planificada para verificar la conveniencia, la adecuación y eficacia de los procesos y/o gestiones con respecto a objetivos establecidos.

Requisito: Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.



Seguimiento: Son las actividades y el control necesario que se hace a los procesos del Sistema de Gestión de Calidad para verificar que se cumplan los requisitos. Este debe hacerse en etapas apropiadas del proceso de realización del servicio.

Verificación: Confirmación mediante la aportación de evidencia objetiva de que se han cumplido los requisitos.

SALIDA EDUCATIVA NO CONFORME Y ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA

Acción Correctiva: Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseable.

Acciones de Mejora: Acciones que se toman para mejorar el servicio en términos de sus resultados, los recursos o métodos utilizados.

Acciones Preventivas: Acciones que se toman para eliminar las causas de no conformidades o situaciones indeseables potenciales.

Conformidad: Cumplimiento de un requisito.

Correctivo/Tratamiento: Acción inmediata que se genera para intervenir una situación que está afectando la gestión de los procesos y la prestación del servicio.

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

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

Servicio No Conforme: Un servicio no conforme es todo aquel que no cumple con algún requisito determinado por el sistema de gestión de Calidad.

AUDITORIAS INTERNAS

Alcance de Auditoría: Magnitud y límites de una auditoría

Auditado: Persona o proceso del Sistema de Gestión de Calidad al que se le realiza una auditoría interna o externa.

Auditado: Proceso/servicio que recibe la auditoría, total o parcialmente



Auditor: Persona que realiza la auditoría de un Sistema de Calidad, con las competencias necesarias para llevarla a cabo.

Auditoría: Revisión sistemática del Sistema de Gestión de Calidad (SGC) de la Institución, para verificar su eficacia y conformidad con los requisitos establecidos.

Auditorías internas: son las realizadas por la institución o en nombre de ella para la revisión por la dirección y otros fines internos, constituyen elementos fundamentales para la Autoevaluación institucional y la mejora de procesos.

Criterios de Auditoría: Conjunto de políticas, procedimientos o requisitos a tener en cuenta y utilizados como referencia de la auditoría.

Competencia del Auditor: Habilidad para auditar Sistemas de Gestión, desarrollando habilidades del auditor y aplicando técnicas de auditoría.

Conclusiones de la auditoría: Resultado de una auditoría que proporciona el equipo auditor tras considerar los objetivos y hallazgo de la misma.

Criterios de auditoría: Conjunto de políticas, procedimientos o requisitos utilizados como referencia.

Evidencias de la Auditoría: Registros, declaraciones de hecho u otra información que sea relevante para los criterios de auditoría y sean verificables.

Hallazgo de auditoría: Resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría recopilada frente a los criterios de auditoría. Existen los siguientes tipos de hallazgos: Conformidad, No conformidad, Observación, Aspecto u oportunidad de mejora.

Jefe de auditorías: es el coordinador del proceso de auditorías internas y quien tiene bajo su responsabilidad, la programación y coordinación de las mismas.

Listado de verificación: Plan detallado de las preguntas que el auditor utilizará en la auditoría de campo.

No Conformidad: Incumplimiento de un requisito.

Observación: Situación que no implica el incumplimiento de un requisito, pero debe intervenir para disminuir el riesgo de ocurrencia de una no conformidad.

Plan de auditoría: Documento de trabajo en el cual el auditor relaciona las actividades, procedimientos y prácticas a evaluar, así como las entrevistas necesarias, para recolectar la evidencia que lleve al logro del propósito de la auditoría, dentro del alcance definido.

Programa de auditoría: Conjunto de una o más auditorías planificadas para un periodo de tiempo determinado y dirigidas hacia un propósito específico.

SATISFACCIÓN EN EL SERVICIO

Muestra representativa: Es aquella que por su tamaño y características similares a las del conjunto, permiten hacer inferencias o generalizar los resultados al resto de la población con un margen de error conocido.

Queja: insatisfacción respecto a la calidad en la atención.



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

Reclamo: Protesta contra algo. Pedir o exigir algo por derecho.

Satisfacción del beneficiario: percepción del beneficiario sobre el grado en se han cumplido sus requisitos

Sugerencia: Propuesta de una idea para que se tenga consideración a la hora de tomar una decisión.

CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS

Control de documentos y registros: son las acciones mediante las cuales se verifica que los documentos y/o registros son manejados de acuerdo a los requisitos de documentación.

Documento: es una información y su medio de soporte. Ej. Registro, norma, procedimiento.

Documento interno (DI): Documento creado como el producto de los procesos internos de la Institución: manual de calidad, procedimiento, instructivos, formatos, guías. Para su elaboración se debe tener en cuenta la elaboración de documentos.

Documento modificado: Documento interno que ha sido cambiado en su contenido, generando un alto impacto y por ende el cambio de versión del documento.

Documento anulado: Documento interno que ha sido eliminado del SGC

Documento aprobado: Documento interno que después de crearse y/o modificarse entra en vigencia al SGC

Documento creado: Documento que ha sido elaborado en su primera versión para su aprobación.

Documento obsoleto: documento interno y/o externo que esta fuera de vigencia.

Documento externo (DE): Documento de Ley que da directrices a la Institución para la prestación del servicio y/o procesos del SGC.

Documento recibido: documento externo que puede generar impacto en el SGC.

Documento acogido: Documento externo que luego de recibido y analizado entra a ser parte del SGC

Registro: documento generado en SGC, no modificable que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencias de actividades desempeñadas.

Condiciones de almacenamiento: medidas que protegen los registros generados tales como: forma de archivo (lugar y medio), permiso de acceso, tiempo de conservación, disposición final.

Copia controlada: documento no original que es distribuido bajo condiciones de uso restringidas. El sello será original de color negro

Listado maestro de documentos y registros: formato electrónico que relaciona todos los documentos pertenecientes al SGC y las condiciones de almacenamiento de los registros.



3. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL

No	ACTIVIDAD	PHVA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN	REGISTROS
1	Determinar la autoevaluación Institucional.	P	Rector y líderes de proceso	<p>En el último trimestre del año, se debe realizar el proceso de Autoevaluación Institucional teniendo en cuenta las orientaciones dadas por MEN.</p> <p>De acuerdo a los niveles de desarrollo en cada una de las gestiones y/o procesos se definen las líneas de intervención para la mejora o formulación de objetivos.</p>	Informe de Autoevaluación Institucional
2	Consolidar y analizar el desempeño de las áreas de gestión y/o procesos.	H	Representante de la Dirección	<p>Durante el año lectivo, se deben realizar las siguientes actividades:</p> <ol style="list-style-type: none">Hacer seguimiento a puntos de control de los procesos por semestre. Esta actividad la realiza cada proceso y el líder genera un registro con la siguiente información:<ul style="list-style-type: none">Seguimiento a compromisos pendiente del informe anterior.Cambios que podrían afectar el proceso.Resultados de satisfacción en el servicio (resultados de encuestas, análisis de SQR)Seguimiento a indicadoresSeguimiento a control de SENCSeguimiento a acciones de auditoríaSeguimiento a PMI o ACPMPropuestas de mejorarRealizar revisión por la dirección mínimo una vez al año. En el segundo semestre del año, se consolida la información de los procesos y se determina factores críticos de intervención en cada uno de los procesos en reunión de Comité de Calidad. Para esta actividad el Representante de la dirección debe socializar: EM-F-11 Consolidado de ACPMRealizar ciclo de auditorías internas mínimo una vez al año. Ver actividades de Auditorías Internas. <p>Las actividades anteriores y respectivos registros son insumos importantes que favorecen la</p>	<p>Informe de Gestión por procesos.</p> <p>Acta Institucional de Comité de Calidad</p> <p>Informe consolidado de Revisión por la Dirección</p> <p>Consolidado de Auditorías internas</p>



No	ACTIVIDAD	PHVA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN	REGISTROS
				argumentación sobre el estado del establecimiento educativo en cada área de gestión a la hora de diligenciar el instrumento de la Autoevaluación institucional	
3	Establecer fortalezas y debilidades institucionales por gestiones y/o procesos.	H	Comité de Calidad	<p>Se analiza el estado de los procesos, teniendo en cuenta las evidencias de las actividades 1 y 2 del componente de Mejoramiento Institucional y se define una matriz con fortalezas y debilidades de cada uno de los procesos y/o gestiones, luego se determinan los factores críticos de intervención. El acta debe dar cuenta de fortalezas, debilidades y factores críticos de orden de intervención. Se debe tener en cuenta que para el análisis y definición de factores críticos de cada uno de los procesos o gestiones es útil emplear los siguientes criterios</p> <ul style="list-style-type: none">• Urgencia: qué tan apremiante es la necesidad de que el establecimiento educativo supere un determinado factor crítico.• Tendencia: qué tanto se agravaría la situación institucional si no se elimina un determinado factor crítico.• Impacto: cuál es la incidencia de un determinado factor crítico en el logro de unos resultados concretos.	Acta Institucional de Comité de Calidad
4	Documentar plan de mejoramiento	H	Comité de Calidad	<p>Teniendo en cuenta la herramienta de priorización de factores críticos se plantean los objetivos, metas, indicadores y presupuesto del plan de mejoramiento, a la vez que definen las actividades necesarias, responsables, y cronograma de cumplimiento. Se registra en el formato establecido y se aprueba. El plan de Mejoramiento da cuenta de las acciones preventivas y de mejora, no incluye acciones correctivas.</p>	Plan de Mejoramiento Institucional
5	Divulgar plan de mejoramiento	H	Equipo de Gestión de la Calidad	<p>La socialización puede hacerse tanto en una reunión a la que se convoquen todos los integrantes de la comunidad educativa, como en varias sesiones dirigidas a cada uno de sus estamentos (docentes, padres de familia, estudiantes, personal administrativo, entre otros). La socialización del plan de mejoramiento puede apoyarse en diferentes materiales, tales como: copias del plan para entregar a cada asistente a la reunión, presentación del plan con la ayuda de audiovisuales, carteleras con la síntesis del plan de mejoramiento, publicación en la página de Internet.</p>	Listado de Asistencia.



No	ACTIVIDAD	PHVA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN	REGISTROS
6	Hacer seguimiento y evaluación de los resultados del plan de Mejoramiento.	V	Líderes de Proceso	<p>El seguimiento a los PMI se hace desde el Informe de Gestión por procesos EM-F14, en términos del estado de cada actividad en categorías como: “no iniciada”, “en ejecución”, “en espera”, “finalizada” o “cancelada”.</p> <p>Se debe estimar un porcentaje de ejecución para las actividades que se encuentran “en ejecución”, “en espera”, o a fin de contar con un parámetro adicional para identificar su estado de avance.</p> <p>A su vez, se deberán registrar las causas por las que algunas acciones se encuentran clasificadas en las categorías “no iniciada”, “en espera” y “cancelada”.</p>	Informe de Gestión por procesos.
7	Retroalimentar resultados del mejoramiento en la institución educativa	A	Rector y líderes de proceso	Dentro de las reuniones de las principales instancias de gobierno escolar y participación institucional se debe dar a conocer los avances y/o resultados del PMI y su retroalimentación debe hacerse en el proceso de Autoevaluación Institucional.	Listado de Asistencia Registros generados en proceso de Autoevaluación Institucional

SALIDA EDUCATIVA NO CONFORME Y ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA

No	ACTIVIDAD	PHVA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN	REGISTROS
1	Determinar fuentes de No conformidades, riesgos y oportunidades de mejora	P	Líderes de proceso	Se determinan las situaciones de No Conformidades y Oportunidades de Mejora y se comunican a los líderes de los procesos y a aquellos que pueden verse afectados con su ocurrencia, con el fin de que las identifiquen al momento que se presenten	
2	Identificar las necesidades de mejora	P	Líderes de proceso	Periódicamente se revisa la información resultante de la gestión de los instructivos mencionados en la actividad anterior y demás información proveniente de las situaciones establecidas en las definiciones “situación durante la cual se detecta una no conformidad” se analiza si de dicha información se pueden tomar acciones, de ser así se comunica al líder del proceso responsable de la acción para que inicie la intervención.	
2	Intervenir no	H	Líderes de	Todos los líderes y participantes de los procesos	Acciones



No	ACTIVIDAD	PHVA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN	REGISTROS
	conformidades y/o riesgos y acoger oportunidades de mejora detectadas		proceso	<p>pueden detectar riesgos y oportunidades de mejora. Inicialmente las no conformidades reales del proceso o servicio se registran en el formato EM-F-06 Registro de Salida educativa Educativo No Conforme, para realizar tratamientos respectivos.</p> <p>Cuando una no conformidad real o potencial amerite tomar Acciones Correctivas y Preventivas se debe registrar en el formato EM-F-07 Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora, en la parte donde se describe la no conformidad se debe enunciar el hecho, evidencia y requisito que se incumple o se corre el riesgo de incumplir, y se señala la situación en la que se identificó. Posteriormente, se entrega al líder de Evaluación y mejora. Lo anterior para identificarlas, realizar el seguimiento al cierre y la eficacia.</p> <p>Si es una oportunidad de mejora se debe registrar en el mismo formato EM-F-07 describiendo el estado actual de la situación que se desea mejorar con las acciones, los responsables y el plazo de implementación. Igualmente se debe identificar para asegurar el seguimiento al cierre y a su eficacia.</p>	Correctiva Preventivas y de Mejora
3	Radicar la no conformidad real o potencial u oportunidad de mejora	H	Líder del proceso de Evaluación y Mejora	El líder del proceso Evaluación y Mejora consulta la base de datos de las No conformidades, para asignar el consecutivo correspondiente y se registra la fecha de radicación de la misma.	
4	Aprobar e implementar acciones	H	Líderes de procesos	Luego de ser radicada se procede a iniciar la intervención en el formato EM-F-07 Registro de Acciones Correctivas y Preventivas, identificando sobre qué actividad se va ejecutar las acciones (servicio, proceso, procedimiento), posteriormente se analizan las causas y se toman acciones. Nota: El tratamiento o correcciones a no conformidades reales presentadas en el proceso o servicio se controlan en el formato EM-F-06 Registro de Salida Educativa No Conforme	
5	Implementar las acciones correctivas, acciones preventivas y oportunidades de mejora	H	Líder de proceso responsable de la NC	Se implementan las acciones de acuerdo con lo planificado, dejando evidencia en la parte de acciones en el formato EM-F-07 Acciones Correctivas y preventivas y Oportunidades de mejora.	
6	Hacer seguimiento a las acciones tomadas	H	Líder del proceso responsable de la NC	Se hace seguimiento al resultado o eficacia de las acciones implementadas con relación al problema o no conformidad que le dio origen. Se deja evidencia del seguimiento en el formato EM-F-07 (Acciones	



No	ACTIVIDAD	PHVA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN	REGISTROS
				Correctivas y preventivas) en la parte de verificación inicial y EM-F-06. Y se actualiza EM-F-11 Base de datos de las no conformidades reales, potenciales u oportunidades de mejora.	
7	Verificación de la eficacia de las acciones preventivas, correctivas y oportunidades de mejora	V	Líder de proceso, auditor interno o auditor externo	El responsable verifica que la no conformidad Real haya sido mitigada o eliminada según necesidades de la institución. Y si es el caso de la no conformidad potencial que esta no ocurra, ver EM-F-11 Base de datos de las no conformidades reales, potenciales u oportunidades de mejora. De no ser eficaces las acciones se realiza una nueva verificación de la cual queda evidencia en el formato EM-F-07 Acciones Correctivas y preventivas	
8	Cerrar la No conformidad	V	Líder de proceso, auditor interno o auditor externo	Se cierra la no conformidad. Se deja evidencia en el formato EM-F-07 Acciones Correctivas y preventivas se le entrega al líder de mejoras.	
9	Hacer seguimiento al indicador del proceso	V	Líder de mejora	Se hace seguimiento a los indicadores para alcanzar las metas establecidas y se realiza análisis de datos	
10	Aplicar AC/AP/OM según sea el caso	A	Líder de mejora	Con base en el análisis se aplican las acciones pertinentes que permiten la mejora continua del proceso	
11	Elaborar informe para la revisión por la dirección	A	Líder del proceso Evaluación y Mejora	Se elabora el informe de la revisión por la dirección de acuerdo EM-F-11 Base de Datos las no conformidades reales y potenciales	

AUDITORIAS INTERNAS

No	ACTIVIDAD	PHVA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN	REGISTROS
1	Establecer criterios de ciclo de auditorias	P	Alta Dirección Coordinador de Calidad	Los criterios de las auditorias están dados en términos de objetivo, alcance y equipo auditor. Como objetivos se pueden considerar uno o varios de los siguientes enunciados: <ul style="list-style-type: none">• Contribuir a la mejora del SGC y su desempeño.• Cumplir requisitos externos y/o de ley• Verificar la conformidad con los requisitos	Acta Institucional de Comité de Calidad



No	ACTIVIDAD	PHVA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN	REGISTROS
				<p>contractuales.</p> <ul style="list-style-type: none">Determinar la eficacia del SGC <p>La alta dirección puede determinar otros objetivos fuera de los explicitados.</p> <p>El alcance debe dar cuenta de la totalidad o parcialidad de procesos a auditar, su complejidad en términos de niveles de madurez del sistema auditado.</p> <p>El equipo auditor, debe determinarse en términos de jefe de auditorías y auditores, además deberá establecerse la selección, disponibilidad y necesidades de formación de los auditores para que tengan la competencia apropiada según los objetivos del ciclo de auditorías. Los auditores deben cumplir con el perfil establecido en Perfil y Evaluación de auditores y se debe llenar el formato EM-F-13.</p>	
2	Realizar y difundir programación de auditorías	P	Coordinador de Calidad	Se debe elaborar el programa de auditorías EM-F-04, especificando los procesos a auditar, el grupo de auditores asignado, las fechas de realización de las auditorías. Se conforman los equipos de trabajo para el programa de auditoría y se comunica a cada auditor designado.	Programa de Auditoría
4	Elaborar y difundir plan de auditorías	P	Coordinador de Calidad	Se debe notificar por escrito, al líder del proceso a auditar, los aspectos a tener en cuenta para el desarrollo de la auditoría, como son: equipo auditor, objetivo y alcance de la auditoría, además de los documentos requeridos al momento de la auditoría, así como la fecha, hora y lugar. Dicha notificación debe ser entregada mínimo 8 días antes a la fecha de realización de la auditoría, para ser preparada adecuadamente por los auditados.	Plan de Auditoría
6	Preparar listado de verificación	H	Auditores Internos	<p>La planeación de la auditoría debe realizarse de manera conjunta entre el grupo de auditores asignados, estableciendo los mismos lineamientos para el desarrollo de la auditoría, así como los parámetros de seguimiento a los procesos EM-F-03.</p> <p>Los lineamientos definidos para el desarrollo de la auditoría deben permitir al auditor indagar sobre la apropiación del SGC por los auditados, las condiciones de implementación y eficacia del proceso o subproceso e identificar No Conformidades u observaciones reales o potenciales en los mismos.</p> <p>Los auditores deben documentarse previamente</p>	Listado de Verificación



No	ACTIVIDAD	PHVA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN	REGISTROS
				sobre el proceso a auditar y estudiar la información necesaria para la realización de la auditoría tales como requisitos normativos, caracterizaciones, procedimientos, formatos asociados al proceso o área de gestión a auditar y documentos generales del SGC.	
7	Realizar reunión de apertura	H	Audidores Internos	Realizar una reunión con los auditados, para presentar el objetivo de la auditoría, el alcance y la forma como se llevará a cabo. La reunión de apertura puede hacerse conjuntamente con todos auditores y auditados o realizarla de manera individual por cada auditoría programada.	Acta
8	Ejecutar auditoría	H	Audidores internos	Teniendo en cuenta los lineamientos definidos para la auditoría, establecidos en el Listado de Verificación, debe indagarse sobre el cumplimiento de requisitos, para cada uno de los procesos auditados. Solicitar los registros que dan evidencia del cumplimiento con los lineamientos del proceso y analizarlos para identificar las No Conformidades u observaciones. Durante la auditoría, los auditores toman nota de aquellos aspectos que les permita determinar el cumplimiento o no de requisitos, a partir de los lineamientos definidos. Para aquellos casos en los cuales no se dé cumplimiento, se debe determinar si es una No Conformidad o una Observación y describir el motivo de la misma, así como la referencia normativa o de proceso que se está incumpliendo.	Listado de Verificación
9	Realizar reunión cierre	H	Audidores Internos	Luego de la auditoría, los auditores se reúnen para analizar los hallazgos encontrados, ya sean no conformidades generadas por el incumplimiento de un requisito o de observaciones. Para aquellos aspectos en los cuales no se dé cumplimiento, se debe determinar si es una no conformidad o una observación y describir el motivo de la misma, así como la referencia normativa o procedimental que se está incumpliendo. Esta reunión debe darse en la mayor brevedad posible para evitar confusiones u olvidos al momento de analizar los hallazgos.	Acta
10	Elaborar informe auditoría	H	Audidores Internos	Elaborar el Informe de Hallazgos de Auditoría de una manera objetiva, clara y precisa, incluyendo los requisitos que no se están cumpliendo, las no conformidades y los posibles riesgos que afecten	Informe de Auditoría



No	ACTIVIDAD	PHVA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN	REGISTROS
				la eficacia del S.G.C. Así mismo se identifican los aspectos positivos encontrados en la auditoría. Este informe de hallazgos se elabora por cada proceso/subproceso auditado y se entrega tanto al líder del proceso como al responsable del subproceso, en reunión concertada el día de la auditoría, con el fin que conozcan los hallazgos encontrados y se acuerde entre las partes aquellos que se deberán intervenir para corregir la no conformidad u observación. La reunión de concertación se dará máximo 5 días después de celebrada la reunión de auditoría. El informe de hallazgos se entrega a los auditados en esta reunión y, en caso de presentarse objeciones por parte de los auditados, se modifica y se entrega al día siguiente.	
11	Intervenir hallazgos	H	Líderes de proceso	Concertado el Informe de Hallazgos, se entrega a los auditados para que comiencen la intervención de las No Conformidades u Oportunidades de Mejora identificadas. La intervención de todas las NC y su respectivo análisis, debe hacerse según lo establecido en el Subproceso Mejoramiento de los Procesos y relacionarse en el formato Plan de Mejoramiento.	Acciones correctivas, preventivas y de Mejora.
12	Hacer seguimiento a intervención de hallazgos	V	Audidores Internos	Verificar que las no conformidades u oportunidades de mejora (opcional) identificadas estén siendo intervenidas y hacer seguimiento a dicha intervención, desde la ejecución de las acciones propuestas en cada proceso (Planes de Mejoramiento). El cierre de una auditoría se da cuando las no conformidades u oportunidades de mejora se han intervenido eficazmente. Una vez terminada la etapa de seguimiento al cumplimiento de acciones correctivas y se hayan intervenido las no conformidades u oportunidades de mejora, se da por finalizada la auditoría.	Acciones correctivas, preventivas y de Mejora.
13	Evaluar auditores	V	Líderes de proceso Coordinadora de Calidad	Los líderes de proceso auditados diligencian el formato Evaluación de Auditores internos, teniendo como base el perfil del auditor interno.	Evaluación de Auditores internos
14	Realizar informe consolidado de auditorías	V	Coordinador de Calidad	Presentar un informe resumido de las auditorías para ser llevado a la Revisión por la Dirección, en el cual se concluya si el sistema es conforme con las disposiciones planificadas, con los requisitos de la norma, los clientes y a la Institución sistema de gestión de calidad.	Consolidado del resultado de las Auditorías



SATISFACCIÓN EN EL SERVICIO

No	ACTIVIDAD	PHVA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN	REGISTROS
1	Establecer cronograma de aplicación de la encuesta de satisfacción	P	Comité de calidad	Se determina al inicio de año, las fechas en las que se aplicará las encuestas de satisfacción a padres de familia y estudiantes, incluyendo en el calendario anual,	
2	Definir criterios e instrumentos para la evaluación de satisfacción		Rector Coordinadora de Calidad	El líder de Evaluación y Mejora envía a los líderes de los procesos la encuesta de satisfacción para que sea revisada y recomienden los criterios que necesitan para medir la satisfacción de su proceso. Los líderes de los procesos envían las solicitudes al líder de Evaluación y mejora. El Comité de Calidad se reúne y define los criterios para la estructuración de la encuesta de satisfacción para estudiantes y padres de familia. La encuesta se estructura teniendo como base los siguientes criterios: Fecha de realización. Metodología (física o electrónica) Periodicidad. Número total de familias. Número total de estudiantes. Porcentaje de la muestra de la población. Número de estudiantes encuestados. Número de estudiantes. Escala o nivel de satisfacción.	Formato de encuesta de satisfacción
2	Aplicar instrumentos de medición de la satisfacción en el servicio	H	Líder de Calidad	La encuesta se realizará de acuerdo a los criterios anteriormente definidos por el Comité de Calidad.	Encuestas de satisfacción
3	Sistematizar resultados del instrumento aplicado	V	Líder de Calidad	Los resultados de la encuesta de satisfacción se recolectan y se tabulan, dependiendo del instrumento o medio utilizado en su aplicación. La tabulación consiste en identificar de las diferentes valoraciones asignadas a un ítem evaluado, para realizar su análisis e intervención. Los resultados de la encuesta de satisfacción son una entrada para llevar a cabo la revisión por la dirección.	Consolidado de Tabulación de encuesta de satisfacción
4	Analizar de		Líder de Calidad	Los resultados de las encuestas da a conocer los	



No	ACTIVIDAD	PHVA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN	REGISTROS
	resultados de la encuesta	H		niveles de satisfacción. Nota: Se considera un ítem de padres de familia o estudiante satisfecho cuando el resultado sea “muy satisfecho” o “satisfecho”, por tanto no es necesaria la intervención.	Herramientas de análisis de datos
5	Notificar aspectos por mejorar	H	Rector	El líder de calidad entrega el consolidado de evaluación a rectoría para su análisis. Conociendo el estado de satisfacción general y por ítems, el Rector define los aspectos que serán intervenidos directamente por él y cuáles se remitirán a los líderes de procesos correspondientes para su intervención.	
6	Tomar acciones a partir del análisis de resultados	A	Líderes de procesos	Cada líder de proceso implementa las ACPM respectivas con base en el análisis de los resultados de la encuesta de satisfacción y las directrices del rector.	ACPM
7	Presentar informe de satisfacción	A	Líder de calidad	Los resultados de satisfacción de padres de familia y de estudiantes se presenten ante la comunidad. Informe de revisión por la dirección.	

SUGERENCIAS, QUEJAS, RECONOCIMIENTOS

1P	Definir canales para la recolección de SQR	P	Comité de Calidad	Al inicio del año se establecen los canales a través de los cuales la Comunidad Educativa podrá manifestar sus Felicitaciones, Quejas, Reclamos y sugerencias. Dichos canales deben facilitar el acceso de la Comunidad Educativa a los mismos. Entre los canales que pueden ser utilizados están: buzón de sugerencias, correo electrónico, página web.	Acta
2H	Difundir canales para la recepción de FQRS	H	Coordinadora de Calidad	Informar y sensibilizar a la Comunidad sobre el uso de los canales definidos para la recepción de FQRS, con el fin de motivar, concientizar y generar confianza y credibilidad frente al uso cotidiano de los canales definidos. Así mismo, se debe dar a conocer el adecuado diligenciamiento del formato dispuesto para tal fin. La difusión se hace mediante reuniones, circulares, carteleras y en inducción con el personal, padres de familia y estudiantes. Para el tiempo de la pandemia se empieza a utilizar un esquema de google Drive para atender las solicitudes de los padres de familia y estudiantes de forma virtual.	Acta, Fotos
3H	Recibir y clasificar las		Coordinación de Calidad	La persona que desee aplicar una felicitación, queja, reclamo o sugerencia debe diligenciar de	Felicitaciones, Quejas, reclamos y



No	ACTIVIDAD	PHVA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN	REGISTROS
	FQRS			<p>manera confidencial el formato EM-F-05, espacio para el beneficiario y lo deposita en el buzón de sugerencias.</p> <p>Cuando la FQRS llega en forma personal, carta o por otros medios diferentes a los establecidos, quien la reciba debe persuadir a la persona para que la deje por escrito o él mismo la documente en el formato Felicitación, quejas, reclamos y sugerencias EM-F-05 y la entregue posteriormente al Líder de Evaluación y Mejoras.</p> <p>Todas las FQRS recibidas se relacionan en el Consolidado de Felicitaciones, Quejas, Reclamos y Sugerencias, EM-F-09. Y se identifica el consecutivo correspondiente.</p> <p>Solamente se atenderán aquellas FQRS que tengan la respectiva identificación de la persona que la manifiesta para que se pueda dar la respectiva respuesta. De lo contrario se analizará la Queja, reclamo o sugerencia para determinar si se procesará.</p> <p>En el tiempo de la pandemia se empieza a utilizar el esquema de FQRS por medio de la Google Drive</p>	sugerencias
4H				<p>El buzón permanecerá cerrado con candado y las llaves reposarán en la rectoría.</p> <p>Para la apertura del buzón se pedirán las llaves a rectoría, y se realizará los miércoles y los viernes, con la presencia del líder de Evaluación y Mejora o suplente y el contralor o suplente.</p>	
5H	Remitir las FQRS al proceso correspondiente.		Líder de Proceso Evaluación y Mejora/ Delegado	<p>El líder de Evaluación y Mejora remite al proceso correspondiente la FQRS, para su intervención y se establece la fecha límite para dar respuesta al usuario registrándolo en el formato EM-F-09.</p> <p>Cuando se remitan FQRS a los procesos, se registra en el formato de asignación de FQRS EM-F-15 dejando evidencia firmando el recibido por el líder del proceso responsable.</p>	Felicitaciones, Quejas, reclamos y sugerencias
6H	Dar tratamiento a las SQR.		Líderes Responsable de atender la SQR	<p>Se debe dar respuesta, máximo 10 días hábiles después de recibida la FQRS y se registra en el mismo formato EM-F-05 en la espacio para manejo interno.</p> <p>Todas las quejas deben ser intervenidas desde un tratamiento o correctivo (acción inmediata) y, en caso que dicho tratamiento no sea suficiente para el cierre de dicha queja, se genera una acción de mejora, según lo establecido en el Procedimiento Mejora Continua.</p>	Consolidado Felicitaciones, Quejas, reclamos y sugerencias



No	ACTIVIDAD	PHVA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN	REGISTROS
				Quando se manifiestan reconocimientos, se informa al personal que lo haya generado, como estímulo. En el caso de las sugerencias la institución analiza la posibilidad de implementarla, según sea su conveniencia. Los registros de FQRS deberán ser devueltos al líder de Evaluación y Mejora para que sea complementado el formato EM-F-09.	
7V	Verificar oportunidad y eficacia del tratamiento		Líder de Proceso Evaluación y Mejora	Finalizando cada periodo, en Comité de Calidad o reunión individual con cada proceso, se hace seguimiento a las sugerencias y quejas manifestadas y se solicita informe del estado de la intervención al Líder del Proceso correspondiente. En caso que ya se hayan cerrado, el Líder del Proceso que realizó la intervención, establece la eficacia en el tratamiento, a partir de la satisfacción del usuario frente al misma y la relaciona en el Consolidado de Felicitaciones, Quejas, Reclamos y sugerencias, y la entrega al Líder de Evaluación y Mejora. El seguimiento se realiza a las Felicitaciones, Quejas, Reclamos y sugerencias, relacionados en el consolidado y se establece el estado de las mismas, bien sea: "Abierta" o "Cerradas".	Consolidado Felicitaciones, Quejas, Reclamos y sugerencias
8V	Presentar informe de FQRS		Líder de Proceso Evaluación y Mejora	En los periodos establecidos por el líder de Calidad, se presenta el Informe de FQRS, como fuente para la evaluación de la gestión escolar.	Consolidado Felicitaciones, Quejas, Reclamos y sugerencias

CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS

No	ACTIVIDAD	PHVA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN	REGISTROS
1	Identificar necesidad documental	P	Todos	Cualquier trabajador de la Institución en pro del mejoramiento identifica la necesidad de elaboración, modificación o eliminación de un documento que se utilice dentro de un proceso.	NA
2	Solicitar creación, ajuste o anulación de un documento	P	Líder de Proceso	El líder del proceso es el responsable de todos los documentos que se manejen en su proceso, no puede cambiar sin la debida ruta. El líder del proceso puede recibir sugerencias de creación, ajuste o anulación de un documento, con las debidas justificaciones de cualquier trabajador de la institución.	NA



No	ACTIVIDAD	PHVA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN	REGISTROS
3	Revisión de la pertinencia de solicitud	H	Líder del Proceso	El líder de proceso hace la revisión de la pertinencia de solicitud. Si es necesario crea el documento, si es ajuste hace las modificaciones, y si es anulación se verifica su desuso.	NA
4	Revisar, ajustar y aprobar documento	H	Líder de Calidad	El líder del proceso informa al líder de calidad sobre la solicitud. El líder de Calidad convoca reunión para tal fin. Se hace la revisión y la pertinencia de la solicitud. Comité de calidad analiza la razón de la solicitud y los motivos presentado para la adecuación del documento y emite un aval al líder del proceso.	Acta
5	Elaboración o modificación del documento	H	Líder del proceso	El líder del proceso competente elabora o modifica el documento teniendo en cuenta el instructivo de documentación.	
6	Articular documento recibido	V	Líder de Calidad	Si el documento es aprobado de modificación o creación, el líder de Evaluación y Mejora revisa la codificación, actualiza el listado maestro de documentación y se imprime nuevamente para ser firmado así: - Evaluación y Mejora: Elabora líder de Proceso, revisa líder de Administración de Recursos, Aprueba líder de direccionamiento estratégico. - Administración de Recursos: Elabora líder de proceso, revisa líder de Evaluación de mejora, Aprueba el líder de direccionamiento estratégico. - Direccionamiento Estratégico: Elabora líder del proceso, revisa líder de evaluación y mejora y aprueba líder de evaluación y mejora. - Diseño y Ejecución Curricular: Elabora líder de proceso, revisa líder de evaluación y mejora y aprueba líder de direccionamiento estratégico. - Gestión comunidad: elabora líder del proceso, revisa líder de Evaluación y Mejora y aprueba el líder de direccionamiento estratégico. En caso de aprobar la eliminación, el líder de calidad dispone el documento en obsoleto en el SGC y el líder del proceso saca el documento de su proceso. Cuando un documento es de origen externo este es controlado desde el listado maestro de documentos. Donde se relaciona el nombre y año de vigencia.	Listado Maestro de documentación Formato modificado
7	Difundir documento aprobado	H	Líder del proceso	El líder de proceso se asegura que el documento cumpla con los requerimientos necesarios y saca de circulación el documento obsoleto. El líder de Calidad ajusta la documentación desde el SGC.	Circular



No	ACTIVIDAD	PHVA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN	REGISTROS
				Los documentos de origen externo son difundidos en el drive en carpetas de documentos externos.	
8	Controlar registros	V	Líder de calidad	El líder de calidad debe garantizar que se controlen los registros resultantes de la implementación del SGC, por medio del listado Maestro de documentación.	Listado Maestro de documentación

APROBACIÓN

	ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
CARGO	Líder de Evaluación y Mejora	Líder de Administración de recursos	Líder de direccionamiento estratégico
NOMBRE	Mario Javier Tobón Román	Mario Javier Tobón Román	Gregorio Antonio Mena
FIRMA			
VERSIÓN	03	FECHA ELABORACION ACTUALIZACIÓN	Febrero 6 de 2017 Marzo 25 de 2020