



|   |  |             |                |
|---|--|-------------|----------------|
|  | <b>INSTITUCIÓN EDUCATIVA CARLOS ENRIQUE CORTÉS HERRERA</b> |             |                |
|   | <b>CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE EVALUACIÓN Y MEJORA</b>  |             |                |
|   | Código: EM-PR-01   | Versión: 04 | Página 1 de 21 |

## 1. CARACTERIZACIÓN

|  |   |
|--|---|
| <b>Objetivo:</b>   |   |
| Contribuir al mejoramiento de los procesos institucionales y la prestación del servicio educativo, a través de la implementación de mecanismos de seguimiento, medición, análisis, evaluación y auditorías internas para que se logre la satisfacción de las partes interesadas y la eficacia de las acciones tomadas.   |   |
| <b>Alcance:</b>  |   |
| Inicia con las acciones detectadas en el seguimiento, medición y análisis de datos, incluyendo las diferentes fuentes, para intervenir las salidas no conformes, no conformidades, las SQRA y / o situaciones de mejora que sean identificadas. Incluye la programación, planificación, ejecución y evaluación de las auditorías internas. Concluye con la evaluación de la eficacia del SGOE.   |   |
| <b>Responsable:</b>  | <b>Participantes:</b>                             |
| Docente líder de gestión   | Líderes de procesos, partes interesadas del SGOE. |
| <b>Factores claves del éxito:</b>  |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instrumentos de evaluación pertinentes, claros y comprensibles.</li> <li>• Comunicación ágil y oportuna.</li> <li>• Atención oportuna a necesidades de mejoramiento.</li> <li>• Confidencialidad en la información.</li> <li>• Convencimiento y compromiso con la mejora continua.</li> <li>• Claridad en la interpretación de salida no conforme.</li> <li>• Identificación, registro y tratamiento a las salidas no conformes de manera oportuna.</li> <li>• Análisis de resultados para la toma de decisiones.</li> <li>• Seguimiento oportuno al estado de acciones correctivas y de mejora, cierre y eficacia.</li> <li>• Difusión, registro y solución oportuna a las SQRA.</li> <li>• Seguimiento a la satisfacción de SQRA y la eficacia de los tratamientos tomados.</li> <li>• Adecuada planificación de la fuente de NC (No conformidad), AC (Acción correctiva), AM (Acción de mejora), a los procesos, servicio educativo, satisfacción del cliente y SGOE.</li> <li>• Seguimiento al programa y plan de auditorías y al cierre oportuno de hallazgos detectados.</li> <li>• Adecuado desempeño de los auditores.</li> <li>• Resultados de indicadores.</li> </ul> |   |

| <b>Fuentes de entrada<br/>¿Quién lo entrega?</b>  | <b>Entradas<br/>¿Qué necesito?</b>  | <b>Actividades</b>                   | <b>Salidas<br/>¿Qué se obtiene?</b>   | <b>Receptores de salida<br/>¿Quién se beneficia?</b>  |
|---|---|--------------------------------------|---|---|
| Todos los procesos del sistema<br>Partes interesadas pertinentes<br>Contexto organizacional | Acciones de mejora<br>Datos estadísticos de seguimiento, medición, análisis y evaluación de los procesos<br>Decisiones directivas | Ver ciclo PHVA de los procedimientos | Necesidades y expectativas de las partes interesadas satisfechas<br>Desempeño del sistema satisfactorio | Todos los procesos del sistema de gestión<br>Estudiantes<br>Personal<br>Padres<br>Otros beneficiarios |

|   |  |             |                |
|---|--|-------------|----------------|
|  | <b>INSTITUCIÓN EDUCATIVA CARLOS ENRIQUE CORTÉS HERRERA</b> |             |                |
|   | <b>CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE EVALUACIÓN Y MEJORA</b>  |             |                |
|   | Código: EM-PR-01   | Versión: 04 | Página 2 de 21 |


|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  | Necesidades y expectativas de las partes interesadas |  | Toma de decisiones acertadas para el mejoramiento organizacional |
|  | Necesidades del contexto                             |  | Programa de auditoría eficaz                                     |

| <b>RECURSOS</b>              |  |   |   |
|------------------------------|--|---|---|
| <b>HUMANOS</b>               | <b>FÍSICOS</b>                                 | <b>TECNOLÓGICOS</b>                             | <b>ADMINISTRATIVOS</b>  |
| Personal idóneo y competente | Infraestructura física educativa<br>Mobiliario | Equipos de cómputo<br>Herramientas tecnológicas | Gestión del tiempo<br>Adecuado proceso de planeación, organización, dirección y control |

| <b>REQUISITOS</b>                    |   |  |
|--------------------------------------|---|--|
| <b>LEY</b>                           | <b>NORMA</b>                              | <b>INSTITUCIONAL</b>                     |
| Ley 115/1994<br>Decreto 1075 de 2015 | <u>Norma ISO 21001:2018</u><br>8.7, 9, 10 | Proyecto Educativo Institucional<br>SGOE |

| <b>INDICADORES</b>                                 |   |                               |
|--|---|-------------------------------|
| <b>Nombre del indicador</b>                        | <b>Fórmula</b>  | <b>Frecuencia de medición</b> |
| Eficacia ACM                                       | N° ACM cerradas eficazmente / No ACM cerradas   | Anual                         |
| Satisfacción de apelaciones, quejas y reclamos     | N° Beneficiarios satisfechos ante la respuesta de AQR / N° Beneficiarios que presenta AQR | Semestral                     |
| Satisfacción partes interesadas                    | N° Beneficiarios que califican TS-S / N° Beneficiarios encuestados                        | Anual                         |
| Atención oportuna a apelaciones, quejas y reclamos | N° AQR intervenidas oportunamente / N° AQR intervenidas                                   | Semestral                     |

| <b>CONTROL</b>   |                                     |                               |   |
|--|-------------------------------------|-------------------------------|---|
| <b>Qué</b>   | <b>Cuándo</b>                       | <b>Quién</b>                  | <b>Dónde</b>                                |
| Seguimiento al desarrollo del plan de auditorías           | Anual o cuando se requiera          | Líder de la Gestión Directiva | Programa de auditoría                       |
| Seguimiento a las ACM                                      | Al finalizar cada período académico | Comité de Gestión             | Base de datos de mejora                     |
| Seguimiento a la medición de indicadores                   | Al finalizar cada período académico | Comité de Gestión             | Acta de reunión<br>Ficha de indicadores     |
| Seguimiento al tratamiento y respuesta de las PQRASF       | Al finalizar cada período académico | Comité de Gestión             | Acta de reunión<br>Base de datos de mejoras |
| Seguimiento a la aplicación de la encuesta de satisfacción | Anual o cuando se requiera          | Comité de Gestión             | Acta de reunión                             |

|   |  |                    |                       |
|---|--|--------------------|-----------------------|
|  | <b>INSTITUCIÓN EDUCATIVA CARLOS ENRIQUE CORTÉS HERRERA</b> |                    |                       |
|   | <b>CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE EVALUACIÓN Y MEJORA</b>  |                    |                       |
|   | <b>Código:</b> EM-PR-01                                    | <b>Versión:</b> 04 | <b>Página</b> 3 de 21 |

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  |  |  | Informe consolidado<br>encuesta de satisfacción |
|--|--|--|---|

## 2. DEFINICIONES

**ACCIÓN CORRECTIVA (AC):** Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseable.

**ACCIÓN DE MEJORA (AM):** acción recurrente para aumentar la capacidad para cumplir los requisitos.

**ACM:** Siglas que indican acción correctiva y de mejora.

**ALCANCE DE LA AUDITORIA:** extensión y límites de una auditoría

**APELACIÓN:** recurso que puede utilizar el beneficiario si presenta insatisfacción frente al tratamiento de una queja o reclamo, presentándolo a un superior jerárquico quien a su vez puede modificar o ratificar el tratamiento dado.

**AUDITADO:** organización que es auditada.

**PQRASF:** Siglas que indican: petición (P), queja (Q), reclamo (R), apelación (A), sugerencia (S), felicitación (F).

**AUDITOR:** persona con atributos personales demostrados y competencias para llevar a cabo una auditoría.

**AUDITORÍA:** proceso sistemático independiente y documentado para obtener evidencias de la auditoría y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar el grado en que se cumplen los criterios de la auditoría.

**BENEFICIARIO:** persona o grupo de personas que se benefician de los productos y servicios de una organización educativa y a quien la organización educativa está obligada a servir en virtud de su misión.

**BUZÓN:** herramienta para la recolección de la información.

**CLIENTE DE LA AUDITORIA:** organización o persona que solicita una auditoria.

**CLIENTE EXTERNO:** persona que recibe el servicio educativo: Padres de familia y estudiantes.

**CLIENTE INTERNO:** persona(s) o proceso(s) interno que recibe los resultados de otro proceso.

**COMITÉ DE GESTIÓN:** grupo de personas conformado por la alta dirección y los líderes de proceso para desarrollar un SGOE


**COMUNIDAD EDUCATIVA:** Está conformada por los estudiantes, los educadores, padres de familia o acudientes de los y las estudiantes, egresados, directivos docentes, quienes, según su competencia, participaran en el diseño, ejecución y evaluación del PEI y en la buena marcha de la Institución. (Art.6 Ley 115/1994, Art.18 Decreto1860/1994).

**CONCLUSIONES DE LA AUDITORÍA:** resultado de una auditoría que proporciona el equipo auditor tras considerar los objetivos de la auditoría y todos los hallazgos de la auditoría.

**CORRECCIÓN:** es la acción tomada para eliminar una NO CONFORMIDAD en forma inmediata y puntual. Puede entenderse también como un correctivo provisional que se aplica frente a situaciones coyunturales. Puede realizarse antes de una ACCIÓN CORRECTIVA que se aplica a situaciones estructurales o repetitivas.

**CRITERIOS DE LA AUDITORÍA:** conjunto de políticas, procedimientos y/o requisitos.

**DESEMPEÑO:** resultado medible.

|   |  |                    |                       |
|---|--|--------------------|-----------------------|
|  | <b>INSTITUCIÓN EDUCATIVA CARLOS ENRIQUE CORTÉS HERRERA</b> |                    |                       |
|   | <b>CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE EVALUACIÓN Y MEJORA</b>  |                    |                       |
|   | <b>Código:</b> EM-PR-01                                    | <b>Versión:</b> 04 | <b>Página</b> 4 de 21 |

**EFICACIA DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS:** grado en el que las acciones correctivas lograron eliminar la no conformidad.

**EFICACIA:** extensión en la que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados.

**ENCUESTA:** instrumento que permite medir la calidad del servicio y satisfacción del cliente.

**EQUIPO AUDITOR:** uno o más auditores que llevan a cabo una auditoría, con el apoyo, si es necesario, de expertos técnicos.

**ESTUDIANTE:** beneficiario que adquiere y desarrolla competencia utilizando un servicio educativo.

**EVALUACIÓN:** es el proceso de verificación de la satisfacción del beneficiario.

**EVIDENCIA DE LA AUDITORÍA:** registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que son pertinentes para los criterios de auditoría y que son verificables.

**EXCELENCIA:** calidad en la prestación del servicio.

**FELICITACIONES:** estímulo al buen desarrollo de los procesos institucionales.

**FRECUENCIA:** número de veces que se presentan reportes de un indicador.

**GESTIÓN:** actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización.

**HALLAZGO DE AUDITORIA:** resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoria recopilada frente a los criterios de auditoria. Existen los siguientes tipos de hallazgos: Conformidad, No conformidad u Oportunidad de Mejora.

**INDICADORES:** expresiones numéricas que permiten medir, evaluar y comparar en el tiempo, el desempeño de los procesos, productos y/o servicios.

**MEJORA DE LA CALIDAD:** parte de la gestión de la calidad orientada a aumentar la capacidad de cumplir con los requisitos de la calidad.

**MEJORA CONTINUA:** proceso recurrente de optimización del SGOE, para lograr mejoras en la satisfacción del beneficiario, el desempeño de todos los procesos.

**META:** resultado que se espera alcanzar en el objetivo por medio de indicadores. Se expresa de manera cuantitativa.

**NO CONFORMIDAD:** incumplimiento de un requisito, implícito u obligatorio.

**OBJETIVO:** resultado a lograr.

**OPORTUNIDAD:** conveniencia para cumplir un objetivo.


**OPORTUNIDADES:** ventaja sobre algo.

**PARTE INTERESADA:** persona u organización que puede afectar, verse afectada o percibirse como afectada por una decisión o actividad.

**PERÍODO:** lapso de tiempo determinado en el que se comparan los resultados obtenidos frente a los resultados esperados.

**PLAN DE AUDITORÍA:** descripción de las actividades y de los detalles acordados de una auditoría.

**PLANIFICACIÓN DE LA CALIDAD:** parte de la gestión de la calidad orientada a establecer los objetivos de calidad y a la especificación de los procesos operativos necesarios y de los recursos relacionados para lograr los objetivos de la calidad.

|   |  |                    |                       |
|---|--|--------------------|-----------------------|
|  | <b>INSTITUCIÓN EDUCATIVA CARLOS ENRIQUE CORTÉS HERRERA</b> |                    |                       |
|   | <b>CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE EVALUACIÓN Y MEJORA</b>  |                    |                       |
|   | <b>Código:</b> EM-PR-01                                    | <b>Versión:</b> 04 | <b>Página</b> 5 de 21 |

**PROCEDIMIENTO DOCUMENTADO:** procedimiento que se establece formalmente en un medio reproducible físico (papel) o magnético (CD).

**PROCESO RESPONSABLE DE LA NO CONFORMIDAD:** proceso del Sistema de Gestión que incumplió el requisito.

**PROCESO:** conjunto de actividades mutuamente relacionadas que utilizan las entradas para proporcionar un resultado previsto.

**PROGRAMA DE LA AUDITORIA:** conjunto de una o más auditorías planificadas para un período de tiempo determinado y dirigidas hacia un propósito específico.

**PROTECCIÓN:** condiciones que permiten asegurar el buen estado de los registros y cualquier elemento de propiedad del estudiante.

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

**REQUISITO:** necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria. Los requisitos de los estudiantes y las partes interesadas, se determinan de acuerdo con las exigencias de ley y el análisis que se realiza del entorno. Así mismo, están los resultados de la encuesta de autoevaluación, los resultados de la encuesta de satisfacción al beneficiario y las quejas y reclamos generada por los beneficiarios.

**SALIDA NO CONFORME:** aquel al que se le detecta el incumplimiento de un requisito (previamente definido por cada proceso) antes, durante o después de la prestación del servicio.

**SATISFACCIÓN DEL BENEFICIARIO:** grado de conformidad de padres de familia y estudiantes con el servicio de educación ofrecido por la Institución y el cumplimiento de los requisitos.

**SEGUIMIENTO AL PROCESO:** control o verificación que hace cada líder a su respectivo proceso, con el fin de asegurar los resultados planificados en el tiempo establecido.

**SEGUIMIENTO A PQRSF:** es el acompañamiento que se le hace a una apelación, queja, reclamo, sugerencia o felicitación realizada por un beneficiario en la institución


**SERVICIO A LA PARTE INTERESADA:** se refiere a las habilidades técnicas necesarias para brindar un excelente servicio y están relacionadas con conocimiento del entorno del trabajo, (ambiente y clima organizacional); de los procesos y procedimientos; el uso y manejo de los equipos, herramientas y materiales de trabajo que se utilizan.

**SERVICIO EDUCATIVO:** proceso que apoya la adquisición y el desarrollo de la competencia de los estudiantes a través de la enseñanza, aprendizaje o investigación.

**SGOE:** sigla que indica Sistema de Gestión en las Organizaciones Educativas.

**SISTEMA DE GESTIÓN:** conjunto de elementos de una organización interrelacionados o que interactúan para establecer políticas, objetivos y procesos para lograr estos objetivos relacionados con la calidad en organizaciones educativa.

**SUGERENCIA:** oportunidad para que la institución pueda satisfacer las necesidades del beneficiario.

|   |  |                    |                       |
|---|--|--------------------|-----------------------|
|  | <b>INSTITUCIÓN EDUCATIVA CARLOS ENRIQUE CORTÉS HERRERA</b> |                    |                       |
|   | <b>CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE EVALUACIÓN Y MEJORA</b>  |                    |                       |
|   | <b>Código:</b> EM-PR-01                                    | <b>Versión:</b> 04 | <b>Página</b> 6 de 21 |

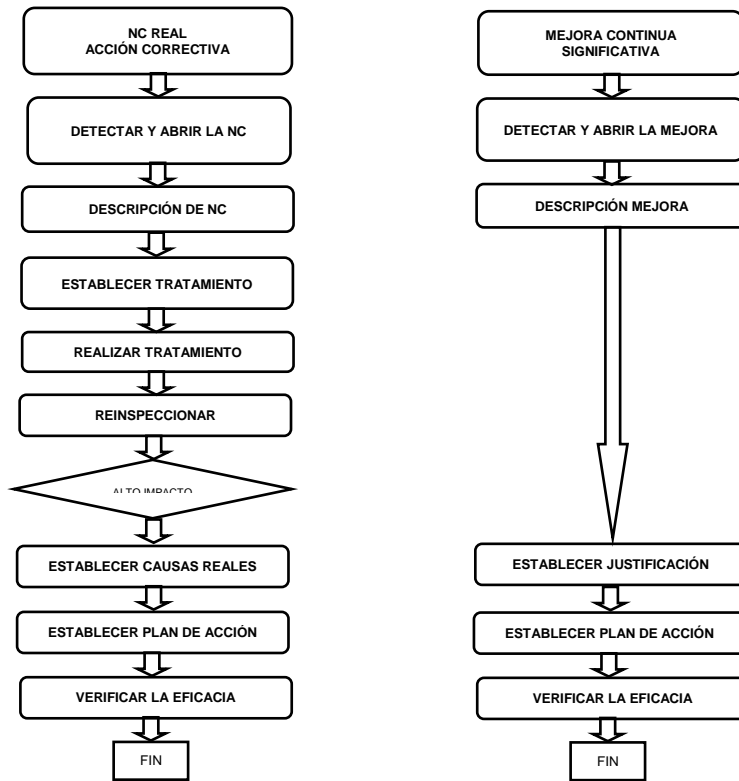
### 3. CONDICIONES ESPECIALES

- Todos los integrantes de la institución deben conocer e interiorizar las directrices institucionales y del SGOE.
- Todas las directrices institucionales y resultados de la gestión deben ser difundidos a la Comunidad Educativa, por los medios de comunicación institucionales establecidos en el Plan de Comunicaciones.
- La apropiación del ciclo PHVA en el SGOE, es fundamental para la obtención de resultados eficaces.
- Cualquier miembro de la comunidad educativa podrá elevar una petición, queja, reclamo, apelación, sugerencia o manifestar alguna felicitación a través de los diferentes mecanismos establecidos y difundidos por la Institución.
- El mejoramiento institucional es una gestión transversal, que implica a todos los procesos. Por tanto, los líderes de proceso deben conocer este documento, referente para la intervención de las no conformidades, acciones correctivas y acciones de mejora.
- Fuentes de detección de No Conformidades (NC) y Acciones Correctivas y Oportunidades de Mejora (ACM).

| NC | AC | OM | FUENTES   |
|----|----|----|---|
| X  | X  | X  | Seguimiento a la política y objetivos de calidad  |
|    | X  | X  | Prestación del servicio educativo   |
|    | X  |    | Seguimiento a no conformidades  |
| X  | X  | X  | Seguimiento al desempeño de procesos  |
| X  | X  | X  | Seguimiento o necesidades de recursos (equipos, ambiente de trabajo y mantenimiento)      |
|    |    | X  | Cambios que podrían afectar el SGOE   |
|    | X  | X  | Resultados de indicadores   |
|    | X  | X  | Análisis de datos   |
| X  | X  | X  | Auditorías internas   |
| X  | X  | X  | Revisión por la dirección   |
| X  | X  | X  | Competencia y desempeño del personal  |
| X  | X  | X  | Satisfacción de los estudiantes, otros beneficiarios, personal y otras partes interesadas |
| X  | X  | X  | Sugerencias e inconformidades del cliente PQRAS   |
| X  | X  | X  | Desempeño de proveedores y operadores externos.   |
|    |    | X  | Investigaciones relevantes  |

| NC | AC | OM | FUENTES           |
|----|----|----|-------------------|
|    |    | X  | Mejores prácticas |


• **DIAGRAMA DE MEJORA CONTINUA**



**4. PROCEDIMIENTOS:**


**4.1 MEJORAMIENTO CONTINUO**

| No | ACTIVIDAD                           | PHVA | RESPONSABLE      | DESCRIPCIÓN   | INFORMACIÓN DOCUMENTADA |
|----|-------------------------------------|------|------------------|---|-------------------------|
| 1  | Identificar fuentes de mejoramiento | P    | Líder de Gestión | Se definen las fuentes a través de las cuales se podrán identificar necesidades de mejoramiento (acciones correctivas y de mejora) desde cada uno de los procesos. Dichas fuentes se deben actualizar permanentemente, según las necesidades de | Fuentes de mejoramiento |


|   |  |             |                |
|---|--|-------------|----------------|
|  | <b>INSTITUCIÓN EDUCATIVA CARLOS ENRIQUE CORTÉS HERRERA</b> |             |                |
|   | <b>CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE EVALUACIÓN Y MEJORA</b>  |             |                |
|   | Código: EM-PR-01   | Versión: 04 | Página 8 de 21 |

| No | ACTIVIDAD  | PHVA | RESPONSABLE         | DESCRIPCIÓN   | INFORMACIÓN DOCUMENTADA  |
|----|--|------|---------------------|---|--------------------------|
|    |  |      |                     | los procesos y el SGOE y se relacionan en la condición general del numeral 10<br>Se deben dar a conocer las fuentes definidas a todos los líderes de procesos, de tal forma que se reconozcan como tal durante la gestión de los procesos.  |                          |
| 2  | Intervenir peticiones, quejas, reclamos, apelaciones, sugerencias y felicitaciones | H    | Líder de Gestión    | Ver procedimiento peticiones, quejas, reclamos, apelaciones, sugerencias y felicitaciones.  |                          |
| 3  | Realizar evaluación de la satisfacción   | H    | Líder de Gestión    | Ver procedimiento de satisfacción en el servicio.   |                          |
| 4  | Identificar y controlar las salidas educativas no conformes                        | H    | Líder de Gestión    | Ver procedimiento de salidas educativas no conformes.   |                          |
| 5  | Realizar auditorías internas del SGOE  | H    | Líder de Gestión    | Ver procedimiento de auditorías internas al SGOE.   |                          |
| 6  | Establecer necesidades de mejoramiento   | H    | Líderes de procesos | Durante la ejecución, seguimiento y evaluación del proceso, se identifican las necesidades de mejoramiento, a partir de las fuentes definidas (ver condiciones generales numeral 10). Dichas fuentes permiten establecer las acciones correctivas y de mejora, requeridas para el fortalecimiento en la gestión de los procesos y la prestación del servicio.   | Base de datos de mejoras |
| 7  | Generar acciones de mejora   | H    | Líderes de procesos | En compañía del equipo del proceso, se generan las acciones de mejora (correctivas y de mejoramiento), para la intervención de las necesidades de mejoramiento (no conformidades reales y oportunidades de mejora). Dichas acciones deben permitir la intervención eficaz de la necesidad; puede ser para la eliminación de la no conformidad o la obtención del beneficio esperado por la oportunidad. Para la generación de las acciones de mejora, se debe tener en cuenta si esta es correctiva o de mejora (ver condición general 10) e intervenirla según el tipo de necesidad. | Base de datos de mejoras |




|   |  |             |                |
|---|--|-------------|----------------|
|  | <b>INSTITUCIÓN EDUCATIVA CARLOS ENRIQUE CORTÉS HERRERA</b> |             |                |
|   | <b>CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE EVALUACIÓN Y MEJORA</b>  |             |                |
|   | Código: EM-PR-01   | Versión: 04 | Página 9 de 21 |

| No | ACTIVIDAD  | PHVA | RESPONSABLE                             | DESCRIPCIÓN   | INFORMACIÓN DOCUMENTADA      |
|----|--|------|---|---|------------------------------|
| 8  | Reportar acciones de mejora para su registro y seguimiento | H    | Líder de Gestión                        | Finalizando cada periodo académico, en reunión del Comité de Gestión o a nivel individual con cada líder de proceso, se identifican las acciones generadas durante el periodo y se relacionan en la base de datos de mejoras.   | Base de datos de mejoras     |
| 9  | Implementar acciones de mejora                             | H    | Líderes de procesos                     | Se socializa el plan acción ante las instancias que participarán en la intervención de la necesidad de mejoramiento y se ejecuta según lo establecido en éste.  | Evidencias de intervención   |
| 10 | Verificar estado y eficacia de las acciones generadas      | V    | Líderes de procesos<br>Líder de Gestión | Cada líder de proceso hace seguimiento a la intervención de las acciones de mejoramiento vigentes, y para aquellas que se han cerrado, se establece su nivel de eficacia, relacionando su estado en el registro de acciones de mejoramiento.<br>Finalizando cada periodo académico, en Comité de Gestión o reunión individual con cada líder de proceso, se revisa aquellas que se encuentran abiertas y se hace su respectivo seguimiento para analizar cómo se han intervenido, de igual manera se relaciona su estado en la base de datos de mejoras.  | Base de datos de mejoras     |
| 11 | Verificar eficacia del proceso                             | V    | Líder de Gestión                        | Para asegurar la eficacia del proceso, es necesario efectuar los controles establecidos, descritos a continuación:<br><br><ul style="list-style-type: none"> <li>- Cumplimiento del cronograma de actividades de mejoras.</li> <li>- Intervención de las acciones de mejora identificadas para cada proceso.</li> <li>- Adecuado análisis de causas y plan de acciones correctivas y de mejora.</li> <li>- Cierre oportuno de los hallazgos de auditorías internas.</li> <li>- Cierre oportuno de no conformidades y oportunidades de mejora.</li> <li>- Eliminación de causa raíz para las no conformidades.</li> <li>- Atención oportuna y satisfactoria de quejas, reclamos y sugerencias.</li> <li>- Desempeño de los auditores internos.</li> </ul> En los periodos establecidos, se realiza la medición de los indicadores del proceso y se reportan. | Ficha técnica de indicadores |
| 12 | Generar mejoramiento del proceso                           | A    | Líder de Gestión                        | Cuando se identifique ineficacia del proceso y/o necesidades de mejoramiento en el mismo, se generan acciones de mejora pertinentes en el formato dispuesto para ello.  | Base de datos de mejoras     |


|   |  |             |                 |
|---|--|-------------|-----------------|
|  | <b>INSTITUCIÓN EDUCATIVA CARLOS ENRIQUE CORTÉS HERRERA</b> |             |                 |
|   | <b>CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE EVALUACIÓN Y MEJORA</b>  |             |                 |
|   | Código: EM-PR-01   | Versión: 04 | Página 10 de 21 |

#### 4.2 PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, APELACIONES, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES


| No | ACTIVIDAD                                    | PHVA | RESPONSABLE       | DESCRIPCIÓN   | INFORMACIÓN DOCUMENTADA                                    |
|----|--|------|-------------------|---|--|
| 1  | Definir canales para la recolección de PQRSF | P    | Comité de Gestión | <p>Al inicio del año lectivo, el Comité de Gestión, determina los canales a través de los cuales la comunidad educativa podrá manifestar sus peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones.</p> <p>Para la definición se tiene en cuenta el resultado de la utilización de los canales establecidos previamente.</p> <p>Los canales institucionales que pueden ser utilizados son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Buzón de sugerencias.</li> <li>- Página web institucional.</li> <li>- Correos institucionales.</li> <li>- Orientaciones de grupo.</li> <li>- Reuniones de padres de familia.</li> </ul>  | Acta de reunión  |
| 2  | Comunicar canales para la recepción de PQRSF | H    | Líder de Gestión  | <p>Se presenta ante la comunidad educativa, los canales definidos para manifestar PQRSF; a través de reuniones, carteleras, orientaciones de grupo, página web, circulares, entre otros.</p> <p>Es importante sensibilizar e informar a la comunidad educativa sobre el adecuado uso de los canales definidos y el manejo que se dará por parte de la Institución Educativa, con el fin de asegurar el mejoramiento institucional.</p>  | Actas<br>Listados de asistencia<br>Registros fotográficos  |
| 3  | Recibir PQRSF                                | H    | Líder de Gestión  | <p>Las PQRSF pueden ser manifestadas por la comunidad educativa a través de los diferentes canales definidos.</p> <p>Para la recepción de PQRSF se tendrá en cuenta los siguiente:</p> <p><u>Correos electrónicos:</u> las PQRSF que se manifiesten a través de este medio en correos diferentes al destinado para este proceso, se deben direccionar al correo institucional destinado para la PQRSF.</p> <p><u>Buzón de PQRSF:</u> cuando se haga uso de este medio, se debe solicitar el formato atención a PQRSF a los auxiliares administrativos.</p> <p>El correo electrónico y el buzón de PQRSF asignados para este fin se revisan por lo menos dos veces a la semana por el líder de gestión.</p> <p><u>Orientaciones de grupo y reuniones de padres de familia:</u> en las orientaciones de grupo y reuniones de padres de familia, los directores de grupo solicitarán a los estudiantes y padres de familia que manifiesten aquellas situaciones que generan inconformidad.</p> | Peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones |

|   |  |                    |                 |
|---|--|--------------------|-----------------|
|  | <b>INSTITUCIÓN EDUCATIVA CARLOS ENRIQUE CORTÉS HERRERA</b> |                    |                 |
|   | <b>CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE EVALUACIÓN Y MEJORA</b>  |                    |                 |
|   | <b>Código:</b> EM-PR-01                                    | <b>Versión:</b> 04 | Página 11 de 21 |

|          |  |   |   |  |  |
|----------|--|---|---|--|--|
|          |  |   |   | <p>Para la reunión con padres de familia, se deben recoger los datos de quienes manifiesten PQRSF para notificar el tratamiento dado a los mismos.</p> <p>Es importante que al recibir la PQRSF esta esté clara en su descripción con todos los datos pertinentes, se acuse de recibo y se dé la fecha límite para dar respuesta y su acción inmediata tomada (si hay alguna).</p>   |  |
| <b>4</b> | Dar seguimiento a las PQRSF                              | H | Líder de Gestión  | <p>La líder de gestión debe hacer seguimiento a las PQRSF a lo largo de todo el proceso, desde la recepción inicial hasta que el beneficiario quede satisfecho o la decisión final que haya sido tomada.</p> <p>El beneficiario puede hacer seguimiento al estado de la queja cuando lo requiera.</p>  | Base de datos de PQRSF                                     |
| <b>5</b> | Reconocer y remitir las PQRSF al proceso correspondiente | H | Líder de Gestión  | <p>La líder de gestión reconoce y clasifica de acuerdo a la descripción si esta es una Petición, Queja, Reclamo, Sugerencia o Felicitación y lo remite al proceso correspondiente (previo conocimiento del Rector), para su evaluación inicial.</p>  | Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones |
| <b>6</b> | Realizar evaluación inicial de las PQRSF                 | H | Líder de Gestión<br>Responsables de atender y responder las PQR | <p>La líder de gestión y el responsable de responder la PQRSF deben hacer una evaluación inicial para determinar: severidad, implicaciones de seguridad, complejidad, frecuencia de ocurrencia, impacto y la necesidad y posibilidad de una acción inmediata.</p> <p>Para el caso de peticiones, sugerencias y felicitaciones basta con una respuesta inmediata.</p>   | Base de datos de PQRSF                                     |
| <b>7</b> | Investigar las QR  | H | Responsables de atender y responder las QR                      | <p>De acuerdo a los resultados obtenidos en la evaluación inicial con respecto a los criterios de: severidad, implicaciones de seguridad, complejidad, frecuencia de ocurrencia e impacto, se debe investigar todas las circunstancias e información pertinente acerca de la queja o reclamo, definiendo la fecha límite para dicha investigación.</p> <p>Se debe conservar la información documentada como evidencia de la investigación.</p> | Base de datos PQRSF<br>Evidencias investigación            |
| <b>8</b> | Responder las PQRSF                                      | H | Responsables de responder las PQRSF                             | <p>De acuerdo a la respuesta inmediata o a los resultados de la investigación, la Institución Educativa ofrece la respuesta para corregir el problema y prevenir que ocurra en un futuro.</p> <p>Si una Queja o Reclamo no puede resolverse inmediatamente, debería tratarse de manera que se alcance una solución eficaz tan pronto como sea posible.</p>   | Base de datos PQRSF<br>Evidencias investigación            |
| <b>9</b> | Comunicar la decisión tomada sobre la PQRSF              | H | Responsables de responder las PQRSF                             | <p>El responsable de responder la PQRSF informa al beneficiario la decisión o acción tomada frente a la retroalimentación que presentó, teniendo en</p>  | Base de datos PQRSF  |


|   |  |                    |                 |
|---|--|--------------------|-----------------|
|  | <b>INSTITUCIÓN EDUCATIVA CARLOS ENRIQUE CORTÉS HERRERA</b> |                    |                 |
|   | <b>CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE EVALUACIÓN Y MEJORA</b>  |                    |                 |
|   | <b>Código:</b> EM-PR-01                                    | <b>Versión:</b> 04 | Página 12 de 21 |

|    |  |   |  |   |  |
|----|--|---|--|---|--|
|    |  |   |  | cuenta no sobrepasar la fecha límite establecida para dar respuesta tanto de la acción inmediata como de la investigación.  | Evidencias investigación   |
| 10 | Cerrar las PQRSF   | H | Responsables de responder las PQRSF<br>Otros responsables internos y externos de acuerdo al recurso de apelación | Si el beneficiario acepta la decisión o la acción propuesta se registra en la base de datos de PQRSF. Si el beneficiario rechaza la decisión o acción propuesta entonces la retroalimentación debe permanecer abierta y ofrecer otras alternativas disponibles para recurrir, internas y externas desde el recurso de APELACIÓN. El responsable de atender la Apelación debe manifestar si el tratamiento es modificado o ratificado y se debe registrar la información en la base de datos de PQRSF. La institución Educativa debe realizar el seguimiento del progreso de la Queja o Reclamo hasta que se hayan agotado todas las alternativas razonables y genere satisfacción en el beneficiario. | Base de datos PQRSF  |
| 11 | Evaluar la satisfacción de los beneficiarios con relación a los tratamientos de Quejas, Reclamos y Apelaciones | V | Líder de Gestión   | La líder de gestión hace seguimiento a la satisfacción de los beneficiarios con relación a los tratamientos brindados con respecto a quejas, reclamos y apelaciones y lo registra en la base de datos de PQRSF. El seguimiento a la satisfacción puede realizarse a través de aplicación de encuestas, correos electrónicos y llamadas telefónicas, si es el caso de la última debe quedar soportado a través de un correo electrónico posterior a la llamada.  | Base de datos de PQRSF   |
| 12 | Presentar informe de PQRSF   | V | Líder de Gestión   | En los períodos establecidos por el Comité de Gestión, el líder de gestión presenta el informe consolidado de FQRASF como fuente para la evaluación de la gestión escolar.  | Consolidado de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicidades |


|   |  |             |                 |
|---|--|-------------|-----------------|
|  | <b>INSTITUCIÓN EDUCATIVA CARLOS ENRIQUE CORTÉS HERRERA</b> |             |                 |
|   | <b>CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE EVALUACIÓN Y MEJORA</b>  |             |                 |
|   | Código: EM-PR-01   | Versión: 04 | Página 13 de 21 |

### 4.3 SATISFACCIÓN DEL PERSONAL, ESTUDIANTES Y OTROS BENEFICIARIOS


| No | ACTIVIDAD  | PHVA | RESPONSABLE                | DESCRIPCIÓN  | INFORMACIÓN DOCUMENTADA  |
|----|--|------|----------------------------|--|--|
| 1  | Establecer cronograma de aplicación de la encuesta identificación de necesidades y expectativas de partes interesadas y encuesta de satisfacción | P    | Comité de Gestión          | <p>Al inicio del año, se define en el POA las fechas en las que se identificarán las necesidades y expectativas de partes interesadas y el seguimiento a la satisfacción.</p> <p>Para ello, es importante tener como base la matriz de necesidades y expectativas de partes interesadas y su nivel de interés vs su nivel de participación con respecto a las categorías de involucrado, consultado o representando.</p> <p>En el primer semestre se aplica encuesta para identificar las necesidades y expectativas de partes interesadas y en el segundo semestre se aplica encuesta de satisfacción con respecto al cumplimiento de dichas necesidades y expectativas.</p>  | Plan Operativo Institucional   |
| 2  | Definir criterios e instrumentos para la identificación de necesidades y expectativas de partes interesadas y encuesta de satisfacción           | P    | Rector<br>Líder de Gestión | <p>La líder de gestión envía a los líderes de los procesos las encuestas de identificación de necesidades y expectativas de partes interesadas y la de satisfacción para que sean revisadas y recomienden los criterios que necesitan para identificar necesidades y expectativas de partes interesadas y medir la satisfacción de su proceso. Los líderes de los procesos envían las solicitudes a la líder de gestión.</p> <p>Posteriormente, el Comité de Gestión se reúne y aprueba los criterios y encuestas definitivas.</p> <p>La encuesta se estructura teniendo como base los siguientes criterios:<br/> Fecha de realización.<br/> Metodología (física o electrónica)<br/> Periodicidad.<br/> Número total de cada grupo de interés.<br/> Porcentaje de la muestra de la población.<br/> Escala o nivel de satisfacción.</p> | Formato de encuesta identificación de necesidades y expectativas partes interesadas<br>Formato de encuesta de satisfacción de partes interesadas |
| 3  | Aplicar instrumentos para la identificación de necesidades y   | H    | Líder de Gestión           | Las encuestas se realizarán de acuerdo a los criterios anteriormente definidos por el Comité de Gestión.   | Encuesta identificación de necesidades y   |

|   |  |             |                 |
|---|--|-------------|-----------------|
|  | <b>INSTITUCIÓN EDUCATIVA CARLOS ENRIQUE CORTÉS HERRERA</b> |             |                 |
|   | <b>CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE EVALUACIÓN Y MEJORA</b>  |             |                 |
|   | Código: EM-PR-01   | Versión: 04 | Página 14 de 21 |

| No | ACTIVIDAD  | PHVA | RESPONSABLE                | DESCRIPCIÓN  | INFORMACIÓN DOCUMENTADA  |
|----|--|------|----------------------------|--|--|
|    | expectativas de partes interesadas y de satisfacción   |      |                            |  | expectativas partes interesadas<br>Encuesta de satisfacción de partes interesadas  |
| 4  | Sistematizar resultados de los instrumentos aplicados  | H    | Líder de Gestión           | Los resultados de la identificación de necesidades y expectativas de partes interesadas y de satisfacción, se recolectan y se tabulan, dependiendo del instrumento o medio utilizado en su aplicación.<br>La tabulación consiste en identificar de las diferentes valoraciones asignadas a un ítem evaluado, para realizar su análisis e intervención.   | Consolidado de tabulación de encuestas de identificación de necesidades y expectativas de partes interesadas y de satisfacción |
| 5  | Analizar los resultados de las encuestas de identificación de necesidades y expectativas de partes interesadas y de satisfacción | V    | Líder de Gestión           | De acuerdo a los resultados obtenidos en la tabulación de las encuestas, se tiene en cuenta:<br>*Aspectos significativos y repetitivos en la encuesta de identificación de necesidades y expectativas se lleva a la matriz de partes interesadas.<br>*En la encuesta de satisfacción se analiza los niveles de satisfacción tanto a nivel horizontal como vertical, para definir e implementar acciones correctivas y de mejora según el cumplimiento o no de la meta establecida. | Herramientas de análisis de datos  |
| 6  | Notificar aspectos por mejorar   | V    | Rector<br>Líder de Gestión | El Líder de Gestión entrega los análisis de las encuestas al Rector y 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.  | Base de datos de ACM   |
| 7  | Tomar acciones a partir del análisis de resultados   | A    | Líderes de procesos        | Cada líder de proceso define e implementa las ACM respectivas con base en el análisis de los resultados de la encuesta de satisfacción y las directrices del rector.   | Base de datos de ACM   |
| 8  | Presentar informe de satisfacción  | A    | Líder de Gestión           | Los resultados de satisfacción de partes interesadas se presentan ante la comunidad.   | Informe de resultados de satisfacción  |
| 9  | Generar mejoramiento del proceso   | A    | Líder de Gestión           | Cuando se identifique ineficacia del proceso y/o necesidades de mejoramiento en el mismo, se generan   | Base de datos de mejoras   |

|   |  |                    |                 |
|---|--|--------------------|-----------------|
|  | <b>INSTITUCIÓN EDUCATIVA CARLOS ENRIQUE CORTÉS HERRERA</b> |                    |                 |
|   | <b>CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE EVALUACIÓN Y MEJORA</b>  |                    |                 |
|   | <b>Código:</b> EM-PR-01                                    | <b>Versión:</b> 04 | Página 15 de 21 |


| No | ACTIVIDAD | PHVA | RESPONSABLE | DESCRIPCIÓN   | INFORMACIÓN DOCUMENTADA |
|----|-----------|------|-------------|---|-------------------------|
|    |           |      |             | acciones de mejora pertinentes en el formato dispuesto para ello. |                         |

|   |  |             |                 |
|---|--|-------------|-----------------|
|  | <b>INSTITUCIÓN EDUCATIVA CARLOS ENRIQUE CORTÉS HERRERA</b> |             |                 |
|   | <b>CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE EVALUACIÓN Y MEJORA</b>  |             |                 |
|   | Código: EM-PR-01   | Versión: 04 | Página 16 de 21 |

#### 4.4 CONTROL DE LAS SALIDAS EDUCATIVAS NO CONFORMES


| No | ACTIVIDAD   | PHVA | RESPONSABLE               | DESCRIPCIÓN   | REGISTROS   |
|----|---|------|---------------------------|---|---|
| 1  | Identificar fuentes de salidas educativas no conformes  | P    | Líderes de Procesos       | Para garantizar una adecuada y oportuna intervención de las salidas educativas no conformes, es necesario identificar: la naturaleza de las SENC, el criterio para determinar la no conformidad en el servicio, los registros; así como los tratamientos, responsables de su intervención y posterior liberación y procesos en que pueden presentarse. Las salidas no conformes se registran en la matriz de servicio educativo no conformes, la cual se actualiza permanentemente. | Matriz de salida educativa no conforme  |
| 2  | Socializar las posibles salidas educativas no conformes | H    | Líderes de Procesos       | Presenta ante las partes interesadas del SGOE que intervienen en los procesos, donde pueden presentarse SENC, las fuentes y los criterios para identificarlos al momento que se presenten. La socialización se realiza según lo establecido en la matriz de salida educativa no conforme.   | Evidencias de socialización   |
| 3  | Registrar e intervenir salidas educativas no conformes  | H    | Líderes de Procesos       | Cuando se identifica una SENC, esta se registra en el formato control de salida educativa no conforme o se identifica según se establece la matriz. Se hace una descripción de la SENC presentada y el tratamiento o correctivo para eliminarla.  | Control de salida educativa no conforme   |
| 4  | Efectuar seguimiento a la eficacia de las SENC          | V    | Responsable de liberación | Efectúa el seguimiento a la eficacia del tratamiento definido para intervenir la SENC. Cuando el tratamiento es eficaz, se libera el servicio por la instancia correspondiente, según las responsabilidades definidas en la matriz de salida educativa no conforme.   | Matriz de salida educativa no conforme<br>Control de salida educativa no conforme |
| 5  | Analizar resultados de los SENC                         | V    | Líderes de Procesos       | Finalizado cada periodo académico, los líderes de procesos en que se han presentado SENC las analizan para determinar tendencias, frecuencia, impacto, entre otras y establecer acciones correctivas cuando se requiera, según lo establecido en el procedimiento de mejoras.   | Informe estadístico de SENC   |
| 6  | Generar mejoramiento del proceso                        | A    | Líder de Gestión          | Cuando se identifique ineficacia del proceso y/o necesidades de mejoramiento en el mismo, se generan acciones de mejora pertinentes en el formato dispuesto para ello.  | Base de datos de mejoras  |




|   |  |             |                 |
|---|--|-------------|-----------------|
|  | <b>INSTITUCIÓN EDUCATIVA CARLOS ENRIQUE CORTÉS HERRERA</b> |             |                 |
|   | <b>CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE EVALUACIÓN Y MEJORA</b>  |             |                 |
|   | Código: EM-PR-01   | Versión: 04 | Página 17 de 21 |

#### 4.5 AUDITORÍAS INTERNAS


| No | ACTIVIDAD                      | PHVA | RESPONSABLE       | DESCRIPCIÓN   | REGISTROS                       |
|----|--------------------------------|------|-------------------|---|---------------------------------|
| 1  | Programar auditorías           | P    | Comité de Gestión | <p>Teniendo en cuenta el programa de auditorías, se planifican las auditorías que se realizarán en el transcurso del año, incluyendo:</p> <p>Objetivos para el programa de auditoría.</p> <p>Riesgos y oportunidades asociados con el programa de auditorías para direccionarlos.</p> <p>Alcance (Extensión, limitaciones, ubicaciones) de cada una de las auditorías dentro del programa de auditoría.</p> <p>Cronograma (Número / Duración / Frecuencia) de las auditorías.</p> <p>Determinación de recursos (Incluyendo el equipo auditor)</p> <p>Tipos de auditoría, como internas o externas</p> <p>Criterios de auditoría.</p> <p>Métodos de auditoría a ser empleados.</p> <p>Criterios para la selección de miembros del equipo auditor</p> <p>Información documentada relevantes.</p> <p>La implementación del programa de auditoría debe ser monitoreado durante la marcha para asegurar que los objetivos han sido logrados.</p> | Programa de auditorías internas |
| 2  | Planear auditorías             | P    | Auditores         | <p>Al planificar las auditorías, el equipo auditor debe tener en cuenta en el plan:</p> <p>Los objetivos de la auditoría.</p> <p>El alcance de la auditoría.</p> <p>Los criterios de auditoría y cualquier información documentada de referencia.</p> <p>Las ubicaciones, fechas, tiempos y duraciones de las actividades de auditoría a realizar</p> <p>Los métodos de auditoría a ser utilizados.</p> <p>Los roles y responsabilidades de los miembros del equipo auditor.</p> <p>La asignación de recursos apropiados con base en a consideración de riesgos y oportunidades relacionadas con las actividades a ser auditadas.</p> <p>Este plan de auditoría debe ser socializado a los auditados con mínimo 15 días hábiles previos a auditoría en sitio.</p>   | Plan de auditoría               |
| 3  | Definir listas de verificación | P    | Auditores         | <p>El equipo auditor elabora con anterioridad la lista de verificación, teniendo en cuenta el ciclo PHVA. Esta es una herramienta que permite tener preguntas, criterios de auditoría y los requisitos que cubren en cada proceso.</p>  | Listas de verificación          |

|   |  |             |                 |
|---|--|-------------|-----------------|
|  | <b>INSTITUCIÓN EDUCATIVA CARLOS ENRIQUE CORTÉS HERRERA</b> |             |                 |
|   | <b>CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE EVALUACIÓN Y MEJORA</b>  |             |                 |
|   | Código: EM-PR-01   | Versión: 04 | Página 18 de 21 |

| No | ACTIVIDAD                          | PHVA | RESPONSABLE                | DESCRIPCIÓN  | REGISTROS              |
|----|------------------------------------|------|----------------------------|--|------------------------|
| 4  | Realizar actividades de auditoría  | H    | Auditores                  | <p>La auditoría se desarrolla teniendo en cuenta las siguientes etapas:</p> <p>Reunión de apertura: El propósito de esta es: Confirmar el acuerdo de todos los participantes con el plan de auditoría.</p> <p>Introducción del equipo auditor y sus roles. Asegurarse de que todas las actividades de auditoría planificadas puedan realizarse.</p> <p>Entrevista: una vez aclarados los conceptos en la reunión de apertura, comienza la entrevista de auditoría en la cual el auditor busca verificar la coherencia entre el SGOE y el hacer, confrontando las evidencias presentadas con los documentos de referencia para luego definir los hallazgos de la auditoría.</p> <p>Reunión de cierre: al finalizar la entrevista el auditor debe socializar los hallazgos y conclusiones de auditoría.</p>  | Listas de verificación |
| 5  | Elaborar informe de auditoría      | H    | Auditores                  | <p>De acuerdo a los hallazgos generados en la auditoría, se elabora el informe de auditoría. Los hallazgos de auditoría pueden indicar la conformidad o no conformidad de los criterios de auditoría.</p> <p>Es importante tener en cuenta en el informe de auditoría: aspectos relevantes, oportunidades de mejora y no conformidades si se presentan indicando el requisito que incumple.</p> <p>Al finalizar se debe generar las conclusiones direccionadas desde la extensión de la conformidad con los criterios de auditoría y la robustez del SGOE, incluyendo la eficacia para lograr las salidas esperadas, la identificación de riesgos y la eficacia de las acciones tomadas por el auditado para direccionar los riesgos; la efectiva implementación, mantenimiento y mejora el SGOE; el logro de objetivos e auditoría, posibles tendencias.</p> <p>El informe se realiza previa reunión de auditores internos, éste se debe entregar máximo 8 días hábiles después de finalizada la auditoría.</p> | Informe de auditoría   |
| 6  | Socializar informe de auditoría    | H    | Auditores                  | Se presenta a los auditados el informe de auditoría interna, donde se socializan hallazgos y conclusiones, además se distribuye el mismo a las partes interesadas pertinentes.   | Informe de auditorías  |
| 7  | Verificar y evaluar la competencia | V    | Líder de gestión Auditados | El líder de mejoras, verifica previamente al inicio de auditorías que el equipo auditor cumpla con las competencias descritas en el perfil de cargo y al finalizar las auditorías una muestra de auditados   | Evaluación auditores   |


|   |  |             |                 |
|---|--|-------------|-----------------|
|  | <b>INSTITUCIÓN EDUCATIVA CARLOS ENRIQUE CORTÉS HERRERA</b> |             |                 |
|   | <b>CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE EVALUACIÓN Y MEJORA</b>  |             |                 |
|   | Código: EM-PR-01   | Versión: 04 | Página 19 de 21 |

| No | ACTIVIDAD   | PHVA | RESPONSABLE                | DESCRIPCIÓN  | REGISTROS                |
|----|---|------|----------------------------|--|--------------------------|
|    | de los auditores  |      |                            | evalúan según los criterios de evaluación y en el formato establecido para tal fin, consolidando las evaluaciones por cada auditor.  |                          |
| 8  | Realizar seguimiento y verificar eficacia de acciones de mejora | V    | Líder de gestión Auditores | Se hace seguimiento a la eficaz implementación de las acciones correctivas y/o oportunidades de mejora de acuerdo al plazo establecido para ello. El resultado del seguimiento y su eficacia se registra en la base de datos acciones de mejora. | Base de datos de mejoras |
| 9  | Mejorar la gestión del proceso                                  | A    | Líder de gestión           | Una vez se verifica el proceso se realizan las acciones correctivas y de mejora y los ajustes necesarios en beneficio del mejoramiento continuo y la eficacia del SGOE.  | Base de datos de mejoras |

|   |  |             |                 |
|---|--|-------------|-----------------|
|  | <b>INSTITUCIÓN EDUCATIVA CARLOS ENRIQUE CORTÉS HERRERA</b> |             |                 |
|   | <b>CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE EVALUACIÓN Y MEJORA</b>  |             |                 |
|   | Código: EM-PR-01   | Versión: 04 | Página 20 de 21 |

#### 4.6 CONTROL DE LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA

| No | ACTIVIDAD  | PHVA | RESPONSABLE                       | DESCRIPCIÓN   | REGISTROS  |
|----|--|------|-----------------------------------|---|--|
| 1  | Identificar necesidad documental                       | P    | Líderes e integrantes de procesos | Cualquier colaborador 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; por lo tanto, no puede hacerse cambios sin el debido cumplimiento de este procedimiento.<br>El líder del proceso puede recibir sugerencias de creación, ajuste o anulación de un documento, con las debidas justificaciones de cualquier colaborador de la institución.  | NA   |
| 3  | Revisar 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    | Comité de Gestión                 | El líder del proceso informa a la líder de gestión sobre la solicitud.<br>La líder de gestión convoca a reunión de Comité de Gestión para hacer la revisión y verificación de la pertinencia de la solicitud.<br>Dicho Comité 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  | Elaborar o modificar del documento                     | H    | Líder del proceso                 | El líder del proceso competente elabora o modifica el documento teniendo en cuenta el instructivo de documentación.   | Documento  |
| 6  | Articular documento recibido                           | V    | Líder de Gestión                  | Si el documento es aprobado de modificación o creación, la líder de gestión revisa la codificación y actualiza el listado maestro de documentación.<br>Al final de dicho documento en el control de cambios se diligencia:<br>Elaborado por: Cargo de quien lo elabora.<br>Revisado por: Líder de Gestión<br>Aprobado por: Comité de Gestión<br>En caso de aprobar la eliminación, el Líder de Gestión dispone el documento en obsoleto en el SGOE y el líder del proceso saca el documento de su proceso.<br>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<br>Formato modificado |

|   |  |             |                 |
|---|--|-------------|-----------------|
|  | <b>INSTITUCIÓN EDUCATIVA CARLOS ENRIQUE CORTÉS HERRERA</b> |             |                 |
|   | <b>CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE EVALUACIÓN Y MEJORA</b>  |             |                 |
|   | Código: EM-PR-01   | Versión: 04 | Página 21 de 21 |

| No | ACTIVIDAD                            | PHVA | RESPONSABLE       | DESCRIPCIÓN  | REGISTROS                        |
|----|--------------------------------------|------|-------------------|--|----------------------------------|
| 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.<br>La líder de gestión ajusta la documentación desde el SGOE.<br>Los documentos de origen externo son difundidos en el drive en carpetas de documentos externos. | Circular                         |
| 8  | Controlar la información documentada | V    | Líder de Gestión  | La líder de gestión debe garantizar que se controlan los registros resultantes de la implementación del SGOE, por medio del listado maestro de documentación.  | Listado maestro de documentación |
| 9  | Generar mejoramiento del proceso     | A    | Líder de Gestión  | Cuando se identifique ineficacia del proceso y/o necesidades de mejoramiento en el mismo, se generan acciones de mejora pertinentes en el formato dispuesto para ello.   | Base de datos de mejoras         |

#### CONTROL DE CAMBIOS

| Parte o Numeral -<br>Modificado-<br>Ajustado | Modificación-Ajuste Efectuado   |
|--|---|
| 04/05/2022                                   | Se actualiza la caracterización y los procedimientos con base en la norma ISO 21001:2018.<br>Se ajusta el procedimiento de auditorías internas con base a la norma ISO 19011:2018 |

|                   |                  |                   |
|-------------------|------------------|-------------------|
| Elaborado por:    | Revisado por:    | Aprobado por:     |
| Líder del Proceso | Líder de Gestión | Comité de Gestión |