



INSTITUCIÓN EDUCATIVA
DIEGO ECHAVARRÍA MISAS

CARACTERIZACIÓN GESTIÓN DIRECTIVA

Versión 1 - Fecha 20/08/2021 Código: C GE 01



MI DIEGO
Humana, cálida y ecodigital

IDENTIFICACIÓN DEL PROCESO	GESTIÓN DIRECTIVA C GD 01 <ul style="list-style-type: none"> • Caracterización • Procedimientos • Control de la información documentada • Definiciones 	RESPONSABLES	<ul style="list-style-type: none"> • Líder de gestión • Líderes de procedimientos
-----------------------------------	---	---------------------	---

OBJETIVO:

Direccionar la institución educativa por medio del proyecto educativo Institucional y el aseguramiento de la mejora continua de la Calidad de sus procesos en la prestación del servicio

ALCANCE:

Aplica desde la elaboración del PEI hasta la evaluación y mejora del sistema de gestión de la calidad; incluyendo el desarrollo eficaz de cada uno de los procesos, en pro de la cultura de calidad, abordando los riesgos y oportunidades del SGC

FUENTES DE ENTRADA	ENTRADAS	SALIDAS	RECEPTORES
Todos los procesos del SGC	Resultados de la Gestión los procesos	Directrices del SGC Plan de Mejoramiento Decisiones de la evaluación de la gestión	Todos los procesos del SGC Comunidad Educativa
Ministerio de educación Nacional MEN Secretaría de educación Municipal SEMI Municipio de Itagüí	Políticas y lineamientos	Proyecto Educativo Institucional Plan de Mejoramiento	Comunidad Educativa
Ministerio de educación Nacional MEN Secretaría de educación Municipal SEMI Comunidad Educativa	Contexto de la organización	Proyecto Educativo Institucional Plan de Mejoramiento	Comunidad Educativa
Partes Interesadas	Necesidades y expectativas de las partes Interesadas	Cumplimiento de los requisitos de la partes interesadas	Comunidad Educativa



INSTITUCIÓN EDUCATIVA
DIEGO ECHAVARRÍA MISAS

CARACTERIZACIÓN GESTIÓN DIRECTIVA

Versión 1 - Fecha 20/08/2021 Código: C GE 01



MI DIEGO
Humana, cálida y ecodigital

CICLO PHVA

PLANEAR	HACER	VERIFICAR	ACTUAR
Ajustar el proyecto educativo institucional	Implementar el proyecto educativo institucional	Resultados de la Auto evaluación institucional	Implementar Plan de mejoramiento Institucional
Definir y ajustar las directrices del SGC	Divulgar las directrices del SGC	Establecer la eficacia del SGC	Generar mejoramiento del proceso.
Determinar las acciones para abordar riesgos y oportunidades institucionales	Implementar las acciones para abordar riesgos y oportunidades	Evaluar la eficacia de los riesgos y oportunidades abordados	Generar mejoramiento del proceso.
Identificar fuentes de mejora Establecer la necesidad de mejoramiento	Levantar y registrar las acciones de mejora Realizar seguimiento a las acciones de mejora Intervenir QSF	Verificar la eficacia de las acciones de mejora Medir y analizar indicadores de proceso	Generar mejoramiento del proceso.
Planificar la evaluación del sistema de gestión de la calidad SGC	Realizar auditorías internas Intervenir las salidas no conformes Realizar Revisión por la Dirección Realizar encuesta de satisfacción	Medir y analizar indicadores de proceso Evaluar la eficacia del SGC desde las mejoras y la revisión por la dirección Analizar la satisfacción de las partes interesadas	Generar mejoramiento del proceso.
Planificar los cambios de los procesos del SGC.	Gestionar los cambios	Seguimiento y evaluación de los cambios	Generar mejoramiento del proceso.

PERSONAL QUE PARTICIPA:

- Consejo Directivo
- Rector,
- Equipo Directivo,
- Equipo de Docentes
- Partes interesadas

RECURSOS

FÍSICOS

- Planta física

HUMANOS

- Directivos Docentes,
- Docentes
- Personal Administrativo,
- Sector Productivo

TECNOLÓGICOS

- Equipos de Cómputo,
- Conectividad

ADMINISTRATIVOS

- Proceso Administrativo
- Ciclo de la mejora



INSTITUCIÓN EDUCATIVA
DIEGO ECHAVARRÍA MISAS

CARACTERIZACIÓN GESTIÓN DIRECTIVA

Versión 1 - Fecha 20/08/2021 Código: C GE 01



INFORMACIÓN DOCUMENTADA

CARACTERIZACIÓN	DOCUMENTOS	FORMATOS
C GD 01 Caracterización Gestión Directiva.	D DG 01: Análisis de contexto. D DG 02: Cuadro de mando de objetivos de calidad. D DG 03: Instructivo de gestión del riesgo. D DG 04: Instructivo de planificación de cambios. D DG 05: Mapa de Riesgos y oportunidades D DG 06: Matriz de Necesidades y Expectativas. D DG 07: Matriz de comunicaciones. D DG 08 Autoevaluación institucional D DG 09 Revisión por la Dirección D DG 10 Encuesta análisis de resultados (Excel) D DG 11 Listado maestro de documentos D DG 12 Quejas Sugerencias y felicitaciones (Excel) D DG 13 Base de datos de la mejora D GD 14 Consolidado Salidas no conforme D GD 15 Matriz de salidas no conformes	F GD 01 Resolución Rectoral F GD 02 Acuerdo de Consejo Directivo F GD 03 Acta de reunión F GD 04 Circular F GD 05 Programa de auditoria F GD 06 Plan de auditoria F GD 07 Lista de verificación F GD 08 Informe de auditoría interna F GD 09 Quejas, Sugerencias y Felicitaciones F GD 10 Encuesta de satisfacción F GD 11 Acción de Mejora F GD 12 Gestión del cambio
FORMULARIOS GOOGLE DRIVE	LINKS	SIN CODIGO
FGD F1 ENCUESTA DE SATISFACCIÓN	https://forms.gle/eeZrTXedCZb4UqEn8	
FGD F2 PUBLICACIONES	https://forms.gle/iiKt2JEmWyah6Vo29	
FGD F3 ACCION DE MEJORA	https://forms.gle/7tnv9zgY2pnYfHaX9	
FGD F4 EFICACIA DE LAS ACCIONES	https://forms.gle/NHsfKdty9okkbV5k9	
FGD F5 ASISTENCIA A REUNIONES VIRTUALES	https://forms.gle/oWim3GyBUKoeh2tn6	
FGD F6 ACTA DE REUNIÓN VIRTUAL COMITÉ DE CALIDAD	https://forms.gle/dkttxbJNpepnjohJ9	
FGD F7 REPORTE DE LAS SALIDAS NO CONFORMES	https://forms.gle/Y9Q84DbM1gwFiD1K9	



INSTITUCIÓN EDUCATIVA
DIEGO ECHAVARRÍA MISAS

CARACTERIZACIÓN GESTIÓN DIRECTIVA

Versión 1 - Fecha 20/08/2021 Código: C GE 01



FGD F8 TRATAMIENTO A SALIDA NO CONFORMES	https://forms.gle/gNXaSQVqWq5agCsQ7	
FGD F9 EVALUACIÓN AUDITORES INTERNOS	https://forms.gle/bWHGnwGSVYBs2n5dA	
FDG F10 ATENCIÓN DE QUEJAS ENCUESTA DE SATISFACCIÓN	https://forms.gle/2Ez8yKwD6h6eFXuq7	

REQUISITOS POR CUMPLIR:

LEY

- Constitución política de Colombia
- Ley General de Educación 115 de 1994
- Decreto 1075/2015 26 de mayo

NORMA

- ISO 9001:2015
- ISO 9000:2015
- ISO 19011:2012

INSTITUCIONALES

- PEI
- Guía 34 del MEN

SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN

CONTROL DEL PROCESO

1. Al cumplimiento del plan de mejoramiento estratégico
2. A la ejecución del Plan Operativo Institucional - POA
3. A las decisiones de la evaluación de la gestión.
4. A la eficacia de los riesgos y oportunidades

INDICADORES

Nombre del Indicador	Formula
SATISFACCIÓN DE PARTES INTERESADAS:	Sumatoria de los Promedios
	/ 3 (Estudiantes, Padres, Docentes)

Nombre del Indicador	Formula
NIVEL DE EFICACIA DE LAS MEJORAS	Acciones cerradas eficazmente
	/ Total acciones generadas

CONDICIONES GENERALES GESTIÓN DIRECTIVA:

La alta dirección debe proporcionar evidencia de su compromiso con el sistema de gestión de la calidad; así como con la mejora continua. Por tal razón; debe comunicar la importancia de satisfacer a la organización desde los requisitos del cliente, legales y reglamentarios estableciendo la política de calidad; asegurando que se establecen los objetivos de la calidad, llevando a cabo la revisión por la dirección y asegurando la disponibilidad de recursos.

Para ello la **alta dirección** define los siguientes parámetros teleológicos:



INSTITUCIÓN EDUCATIVA
DIEGO ECHAVARRÍA MISAS

CARACTERIZACIÓN GESTIÓN DIRECTIVA

Versión 1 - Fecha 20/08/2021 Código: C GE 01



MI DIEGO
Humana, cálida y ecodigital

- Horizonte institucional.
- Indicadores y Metas.
- Diagnóstico Estratégico: **DOFA**.

PROCEDIMIENTO GESTIÓN DIRECTIVA

CICLO P H V A	ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	INFORMACIÓN DOCUMENTADA
1P	Analizar el contexto institucional	Iniciando el año lectivo el Comité de Calidad debe determinar las cuestiones internas o externas que son pertinentes para su propósito, teniendo en cuenta su capacidad para lograr los resultados previstos en el SGC, así mismo debe hacer su seguimiento y revisión conforme a las necesidades institucionales.	Comité de Calidad	Matriz DOFA
2P	Determinar las necesidades y expectativas de las partes interesadas	El Comité de Calidad debe determinar las necesidades y expectativas de las partes interesadas conforme a los requerimientos de cada proceso y ajustar la matriz cada año lectivo conforme a las necesidades de la institución educativa. Estas necesidades se levantan a través de encuesta a las partes interesadas-	Comité de Calidad	Matriz de Necesidades y Expectativas de las Necesidades Interesadas
3P	Definir o ajustar el horizonte institucional y las directrices del SGC	La institución definirá la misión, visión, valores, política de calidad, mapa de procesos y los procesos. La Alta dirección establecerá una estructura organizacional. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Horizonte institucional ✓ DOFA. ✓ Mapa de procesos y los procesos. 	Rector. Consejo Directivo Equipo Directivo	Marco Teleológico de la institución. DG E 19 Horizonte institucional. F GE 06 Acta de reunión.
4P	Establecer las metas institucionales.	En la realización del plan estratégico se en cuenta como diagnóstico para identificar: la evaluación institucional, a la encuesta de satisfacción incluyendo otras herramientas de recolección de información se identifican unos puntos comunes que requieren más atención y se establecen como metas que se estarán desarrollando en un tiempo determinado como anual o trienal	Rector. Consejo Directivo. Equipo Directivo	Plan estratégico Plan operativo Gestiones de los procesos
5P	Definir el plan operativo institucional	Se realiza la planeación de las actividades que se ejecutaran el año electivo Relación de las actividades planeadas al mes Relación de actividades planeadas semanal Esta planeación se realiza con el comité operativo a la luz de la dinámica institucional	Rector. Consejo Directivo. Equipo Directivo	Plan operativo Agenda semanal
6P	Determinar las acciones para abordar los riesgos y	El comité de calidad identifica los riesgos y oportunidades del SGC y determina las acciones para abordar		Mapa de Riesgos y Oportunidades



INSTITUCIÓN EDUCATIVA
DIEGO ECHAVARRIA MISAS

CARACTERIZACIÓN GESTIÓN DIRECTIVA

Versión 1 - Fecha 20/08/2021 Código: C GE 01



MI DIEGO
Humana, cálida y ecodigital

CICLO P H V A	ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	INFORMACIÓN DOCUMENTADA
	oportunidades institucionales	los riesgos y oportunidades institucionales teniendo en cuenta el contexto organizacional y las necesidades y expectativas de las partes interesadas.		
7P	Definir la autoevaluación institucional	Teniendo en cuenta el contexto organizacional y las necesidades y expectativas de las partes interesadas se planea el diagnóstico institucional a través del formato "Autoevaluación Institucional".		Autoevaluación Institucional
8P	Definir Plan de Mejoramiento Institucional	Al iniciar el año lectivo y con base en la autoevaluación institucional, los informes de gestión de los procesos y la revisión por la dirección, se define el plan de mejoramiento institucional a través del formato PMI.		Plan de Mejoramiento Institucional
9P	Planificar los cambios de los procesos del SGC	Cuando la IE requiera implementar cambios en el SGC; estos cambios deben realizarse de manera planificada.		Instructivo Planificación de Cambios
10H	Divulgar el horizonte institucional y las directrices del SGC	Anualmente desde el comité operativo planifica la socialización de horizonte institucional con toda la comunidad educativa y se recoge el soporte de las actividades de socialización con la comunidad educativa Se programa la estrategia para ser llevada a todas las aulas de clases y de todas las jornadas, para involucrar a todos los integrantes de la comunidad.		Fotografías Plegables y Página web institucional Cuadros en las aulas y en todos los espacios
11H	Implementar las acciones para abordar los riesgos y oportunidades institucionales	El comité de calidad implementa las acciones para abordar los riesgos y oportunidades institucionales teniendo en cuenta el contexto organizacional y las necesidades y expectativas de las partes interesadas.		Mapa de Riesgos y Oportunidades
12H	Ejecutar el plan operativo anual y del cual se desglosa la agenda semanal para publicación de la actividades internas y externas a desarrollar.	Se envía correo a cada uno de los docentes donde se especifica el plan operativo mensual; la agenda semanal. Para la comunidad en general se sube en la página web la agenda semanal y las respectivas notificaciones de novedades. También de manera escrita, en cartelera se pega en sitios visibles para información de estudiantes y visitantes		Correo electrónico Página web Tríptico institucional Sonido interno Facebook



INSTITUCIÓN EDUCATIVA
DIEGO ECHAVARRÍA MISAS

CARACTERIZACIÓN GESTIÓN DIRECTIVA

Versión 1 - Fecha 20/08/2021 Código: C GE 01



MI DIEGO
Humana, cálida y ecodigital

CICLO P H V A	ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	INFORMACIÓN DOCUMENTADA
13H	Establecer alianzas estratégica	La Alianza Estratégica es un entendimiento que se produce entre dos o más actores sociales diferentes, quienes gracias al diálogo y a la detección de objetivos de consenso, pueden definir un plan de acción conjunto para lograr beneficios de mutua conveniencia; como los Convenios Firmados y avalados por el Consejo Directivo y la Secretaría de Educación. El acompañamiento al proceso se realiza según lo estipulado en el convenio por cada entidad con la que se firma.	Rector (a)	Convenios firmados
14V	Evaluar la eficacia de las acciones ejecutadas en el plan operativo	En reunión semanal del equipo directivo, se verifica el cumplimiento y se reprograma lo pendiente	Rector (a) Consejo Directivo. Equipo Directivo	Acta de Reunión
15V	Evaluar la eficacia de los riesgos y oportunidades abordados	El comité de calidad evalúa la eficacia de las acciones implementadas para abordar los riesgos y oportunidades institucionales teniendo el tratamiento y el plan de acción de las mismas	Rector (a) Comité de Calidad	Mapa de Riesgos y Oportunidades
16V	Controlar PMI	Para asegurar el cumplimiento del PMI y la obtención de los resultados planificados, en reunión de Comité de Calidad al final de cada semestre, se hace seguimiento al PMI.	Comité de Calidad	
17V	Establecer la Eficacia del SGC	La eficacia del SGC está dada a partir de los resultados alcanzados en cada una de las gestiones y los objetivos de calidad. Se realiza la medición de los indicadores establecidos para determinar la eficacia de la gestión del SGC, reportándose en el momento que se requiera. Los líderes de procesos se reúnen con el equipo de gestión estratégica para alimentar los indicadores de gestión, dónde se analiza el desempeño de los mismos.	Líder del Proceso	Indicadores de Gestión
18A	Establecer acciones de mejoramiento del proceso	La IE genera las oportunidades de mejora a implementar, teniendo en cuenta los requisitos para satisfacer las necesidades y expectativas de las partes interesadas; corrigiendo, previniendo o reduciendo los efectos no deseados y mejorando el desempeño y la eficacia del SGC a través de acciones de mejora, acciones correctivas y correctivos.	Rector. Consejo Directivo. Equipo Directivo	Acciones de Mejora



PROCEDIMIENTO DE MEJORA

PHVA	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES	INFORMACIÓN DOCUMENTADA	RESPONSABLE
1P	Identificar fuentes de mejoramiento	<p>El Comité de Calidad identifica las fuentes a través de las cuales se podrán generar las necesidades de mejoramiento desde cada uno de los procesos.</p> <p>Dichas fuentes se deben actualizar permanentemente, según las necesidades de los procesos y el SGC.</p> <p>Se deben dar a conocer las fuentes definidas a la comunidad educativa, de tal forma que se reconozcan como tal durante la gestión de los procesos.</p>	Fuentes de mejora	Comité de Calidad
2P	Establecer la necesidad de mejoramiento	<p>Durante la ejecución, seguimiento, medición y evaluación de los procesos, se identifican las necesidades de mejoramiento, a partir de las fuentes definidas.</p> <p>Dichas fuentes permiten establecer las acciones requeridas para el fortalecimiento en la gestión de los procesos y la prestación del servicio.</p>	Fuentes de mejora	Comité de Calidad
3H	Intervenir QSF	Ver procedimiento QSF	Base de Datos	Líderes de procesos
4H	Realizar encuesta de satisfacción de las partes interesadas	Ver procedimiento Encuesta de satisfacción de las partes interesadas	Encuesta de Satisfacción	Líder del proceso
5H	Realizar auditorías internas	Ver procedimiento auditorías internas	Listas de verificación Informe de auditorías	Comité de Calidad
6H	Intervenir las salidas no conformes	Ver procedimiento salidas no conformes	Acciones de mejora	Líder del proceso
7H	Levantar y registrar las acciones de mejora	Posterior a su establecimiento, se levantan y registran las acciones de mejora. Cada líder debe levantar las acciones de mejora en el formato definido y debe enviárselas al líder del proceso de gestión de calidad para su registro en la base de datos.	Acciones de mejora	Líder del proceso de gestión de calidad Líderes de los procesos
8H	Implementar las acciones de mejora	Conforme a lo definido en el plan de acción del formato de acciones de mejora , cada líder las lleva a cabo conforme a las fechas establecidas.	Acciones de mejora	Líderes de procesos
9H	Realizar el seguimiento a las acciones de mejora	El líder del proceso de gestión de calidad debe realizar el seguimiento a las acciones propuestas en el formato de acciones de mejora de acuerdo a las fechas definidas con el líder del proceso responsable. Este seguimiento debe	Base de Datos	Líder del proceso



INSTITUCIÓN EDUCATIVA
DIEGO ECHAVARRÍA MISAS

CARACTERIZACIÓN GESTIÓN DIRECTIVA

Versión 1 - Fecha 20/08/2021 Código: C GE 01



MI DIEGO
Humana, cálida y ecodigital

PHVA	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES	INFORMACIÓN DOCUMENTADA	RESPONSABLE
		realizarse tanto en la misma acción como en la base de datos de mejora.		
10V	Verificar la eficacia de las acciones de mejora	<p>El líder del proceso verifica el cierre de las acciones, en conjunto con el líder responsable de la acción.</p> <p>En caso de evidenciar ineficacia, se debe generar un correctivo o acción correctiva, según sea el caso.</p>	Base de Datos Acciones de Mejora	Líderes de procesos
11V	Evaluar la eficacia del SGC	<p>En los periodos establecidos en el Plan Operativo, se hace la evaluación de la gestión institucional, a través de las entradas definidas en el numeral 9.3.2 de la norma ISO 9001 y aquellas definidas por la institución, para determinar la conveniencia, adecuación y eficacia del SGC y establecer las decisiones que mejoren el SGC y la prestación del servicio.</p> <p>a) Las no conformidades y acciones correctivas;</p> <p>b) Los resultados de seguimiento y revisión;</p> <p>c) Los resultados de las auditorías; el desempeño de los proveedores externos.</p> <p>d) la adecuación de los recursos;</p> <p>e) la eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y las oportunidades;</p> <p>f) las oportunidades de mejora.</p> <p>Las salidas de la revisión por la dirección son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Conveniencia, 2. Adecuación, 3. Eficacia y 4. Alineación continua. 5. Mejora, 6. cambios y 7. recursos. 	Revisión por la Dirección	Director (a) SGC Líderes de Procesos
12A	Generar mejoramiento del proceso	<p>De acuerdo a los resultados obtenidos del proceso, se generan las acciones de mejora pertinentes para el mejoramiento continuo del mismo, y</p>	Acciones de mejora	Líder del proceso



INSTITUCIÓN EDUCATIVA
DIEGO ECHAVARRÍA MISAS

CARACTERIZACIÓN GESTIÓN DIRECTIVA

Versión 1 - Fecha 20/08/2021 Código: C GE 01



MI DIEGO
Humana, cálida y ecodigital

PHVA	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES	INFORMACIÓN DOCUMENTADA	RESPONSABLE
		colaborar así con la eficacia general del SGC.		



PROCEDIMIENTO QSF

PHVA	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES	INFORMACIÓN DOCUMENTADA	RESPONSABLE
0	Criterios de quejas y usuarios	ENTRADAS DE QUEJAS	USUARIOS	Líder del proceso Docente de apoyo
		<ul style="list-style-type: none"> ✉ Correo Electrónico: <ul style="list-style-type: none"> • comitecalidad@iediegoemisas.edu.co 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Por correo electrónico Identificado con datos para seguimiento y respuesta. ○ Por correo electrónico sin identificarse ANONIMO 	
		<p>www.iediegoemisas.edu.co</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Por correo electrónico Identificado con datos para seguimiento y respuesta. ○ Por correo electrónico sin identificarse ANONIMO 	
		<p>Personalmente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Carrera 48 # 48 - 48 Barrio Las Asturias Itagüí - Antioquia 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Identificado con datos para seguimiento y respuesta. ○ Solicita conservar sus datos sin identificarse y figurar como ANONIMO 	
		<p>Vía telefónica</p> <p>teléfono 371-04-33 ext. 101-103-106</p> <p>Lunes a viernes de 7 a 1 pm</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Identificado con datos para seguimiento y respuesta. ○ Solicita conservar sus datos sin identificarse y figurar como ANONIMO 	
		Si es la entrada vía WhatsApp de directivos o docentes este se comparte por correo electrónico comitecalidad@iediegoemisas.edu.co	<ul style="list-style-type: none"> ○ Identificado con datos para seguimiento y respuesta. ○ Solicita conservar sus datos sin identificarse y figurar como ANONIMO 	
1P	Recibir, queja, sugerencia felicitación	Si la queja, sugerencia o felicitación, se recibe en forma verbal , se invita al reclamante a diligenciar el formato. De lo contrario, lo diligencia quien	Quejas, Sugerencias y Felicidades Consolidado de Quejas, Sugerencias y Felicidades	Líder del proceso Docente de apoyo



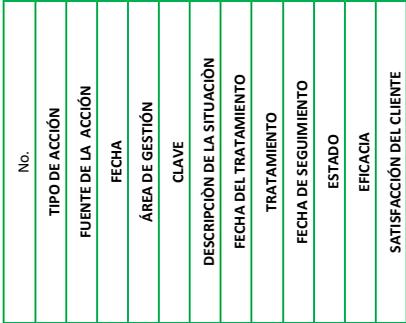
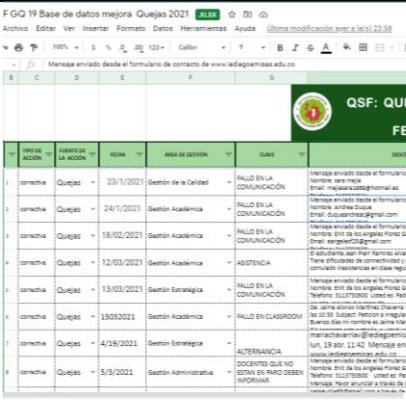
INSTITUCIÓN EDUCATIVA
DIEGO ECHAVARRÍA MISAS

CARACTERIZACIÓN GESTIÓN DIRECTIVA

Versión 1 - Fecha 20/08/2021 Código: C GE 01



MI DIEGO
Humana, cálida y ecodigital

PHVA	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES	INFORMACIÓN DOCUMENTADA	RESPONSABLE
		<p>recibe la queja, sugerencia y reconocimiento y se solicita la firma del reclamante.</p> <p>Así mismo se recepciona por página institucional.</p> <p>www.iediegoemisas.edu.co</p> 		
2H	Dar consecutivo y radicación	<p>Se consulta el Consolidado de Quejas, Sugerencias y Felicitaciones se mira el consecutivo actual y se da el consecutivo siguiente y se radica la información.</p> <p>FGQ 19 Base de datos de la mejora</p> 	<p>Quejas, Sugerencias y Felicitaciones</p> <p>Consolidado de Quejas, Sugerencias y Felicitaciones</p>	Líder del proceso
			Consolidado de Quejas, Sugerencias y Felicitaciones	
3H	Atender el tipo de comunicación	<p>Para felicitaciones se le comunica directamente al interesado.</p> <p>En caso de sugerencia, el líder debe responderla en un plazo de 5 días hábiles por escrito y levantar acción de mejora, en caso que se requiera</p>	<p>Quejas, Sugerencias y Felicitaciones</p> <p>Consolidado de Quejas, Sugerencias y Felicitaciones</p>	Líder del proceso



INSTITUCIÓN EDUCATIVA
DIEGO ECHAVARRÍA MISAS

CARACTERIZACIÓN GESTIÓN DIRECTIVA

Versión 1 - Fecha 20/08/2021 Código: C GE 01



MI DIEGO
Humana, cálida y ecodigital

PHVA	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES	INFORMACIÓN DOCUMENTADA	RESPONSABLE
		<i>En caso de presentarse una queja</i> , ésta tiene carácter de no conformidad y a la cual debe levantarse un correctivo o acción correctiva, en todo caso e independiente de las acciones que se tomen, el interesado debe recibir una respuesta de parte de la IE en un plazo de 2 días hábiles.		
4H	Implementar las acciones	Corresponde <i>llevar a cabo, las acciones levantadas</i> a partir de las sugerencias y las quejas conforme a los tiempos establecidos.	Acciones de Mejora	Líderes de procesos
5V	Verificar la eficacia de las acciones	El líder del proceso verifica la eficacia de las acciones, mediante el debido seguimiento en el formato de acciones de mejora y realiza el respectivo cierre.	Acciones de Mejora	Líder del proceso
6A	Generar mejoramiento del proceso	<i>De acuerdo a los resultados obtenidos</i> , se generan las acciones de mejora pertinentes para el mejoramiento continuo del mismo, y colaborar así con la eficacia general del SGC.	Acciones de Mejora	Líder del proceso

PROCEDIMIENTO SATISFACCIÓN DE LAS PARTES INTERESADAS

PHVA	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES	INFORMACIÓN DOCUMENTADA	RESPONSABLE
1P	Establecer cronograma de aplicación de la encuesta de la satisfacción	<i>Se determina, al inicio del año lectivo</i> , las fechas en que se realizará la Evaluación de Satisfacción a las partes interesadas (padres de familia, estudiantes) y docentes, personal administrativo.	Plan Operativo	Líder del Proceso Comité de Calidad



2H	Aplicar la Encuesta de Satisfacción	<p>La encuesta de satisfacción se aplica una sola vez al año conforme al muestreo derivado del software respectivo para escoger la muestra, durante el transcurso del cuarto periodo académico, así:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ La evaluación (encuesta de satisfacción) se aplica a los estudiantes aleatoriamente, de acuerdo con la muestra determinada ✓ A los padres de familia se les aplica la evaluación, de manera aleatoria de acuerdo a lo determinado en la muestra estableciendo fecha de devolución o en la entrega de informes de calificaciones. ✓ A los docentes se les aplica la encuesta a través de formulario Google drive. 	Encuesta de Satisfacción	Líder del Proceso								
3H	Tabular la encuesta de satisfacción	<p>Luego de recolectadas las evaluaciones de padres de familia y estudiantes, se entregan al equipo encargado de la encuesta para iniciar su tabulación.</p> <p>La tabulación consiste en la identificación de las diferentes valoraciones asignadas a un ítem evaluado, para realizar su análisis e intervención.</p> <p>La tabulación de la encuesta a docentes se realiza de manera automática a través de Google drive.</p> <p>Los resultados de la evaluación de satisfacción son una entrada para llevar a cabo la revisión por la dirección.</p>		Rector Delegado de Rectoría								
4V	Analizar resultados de la encuesta de satisfacción	<p><i>El análisis de los resultados de la evaluación se realiza en dos líneas, descritas a continuación:</i></p> <p>Análisis vertical: Permite conocer el nivel de satisfacción general de padres de familia, estudiantes y docentes (se aplica a cada evaluación)</p> <p>Análisis horizontal: Permite conocer el nivel de satisfacción por cada ítem evaluado (se aplica al consolidado).</p> <p>El resultado de la medición, sea vertical u horizontal, da a conocer los niveles de satisfacción, a partir de su ubicación en los rangos establecidos.</p> <p>Niveles de satisfacción:</p> <table border="1" data-bbox="402 2171 1019 2333"> <tr> <td>Excelente</td> <td>91 – 100 (%)</td> </tr> <tr> <td>Sobresaliente</td> <td>80 - 90 (%)</td> </tr> <tr> <td>Aceptable</td> <td>60 – 79 (%)</td> </tr> <tr> <td>Insuficiente</td> <td>0 - 59 (%)</td> </tr> </table>	Excelente	91 – 100 (%)	Sobresaliente	80 - 90 (%)	Aceptable	60 – 79 (%)	Insuficiente	0 - 59 (%)	Ficha Técnica de Encuesta de Satisfacción	Comité de Calidad
Excelente	91 – 100 (%)											
Sobresaliente	80 - 90 (%)											
Aceptable	60 – 79 (%)											
Insuficiente	0 - 59 (%)											
5A	Levantar acciones de mejora	De acuerdo a los resultados obtenidos, se generan las acciones de mejora pertinentes para el mejoramiento continuo del mismo, y colaborar así con la eficacia general del SGC.	Acciones de mejora	Comité de Calidad								



PROCEDIMIENTO AUDITORIAS INTERNAS

PHVA	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES	INFORMACIÓN DOCUMENTADA	RESPONSABLE
1P	Definir la autoridad para el programa de Auditoria	La autoridad para gestionar el programa de auditorías debe: a) Establecer, implementar, realizar el seguimiento, revisar y mejorar el programa de auditoría b) Identificar los recursos necesarios y asegurarse de que se proporcionan.	Programa de auditoria	Comité de Calidad
2P	Definir el objetivo(s) del programa de auditoria	El cliente de la auditoría establece el objetivo propósito o el para qué hacer auditorías. Si el rector es el cliente de la auditoría, puede considerar como objetivos de auditoría. Prioridades de la dirección. Requisitos del sistema de gestión Requisitos legales, reglamentarios y contractuales Requisitos del cliente Necesidades de otras partes interesadas y Riesgos para la organización	Programa de auditoria	Comité de Calidad
3P	Definir alcance y criterios de la auditoría	Para alcanzar el objetivo de la auditoría se define límites y extensión (alcance) de la auditoría y criterios o requisitos a verificar su cumplimiento.	Programa de auditoria	Comité de Calidad
4P	Definir recursos para llevar a cabo el programa de auditorías	Con base en el alcance se definen la cantidad de auditores, el tiempo requerido para preparar la auditoría, el tiempo requerido para desarrollar la auditoría y el tiempo para elaborar informes de auditoría. Con base en los criterios de auditoría o los requisitos que se van a verificar, se establece la competencia o perfil de los auditores.	Programa de auditoria	Líder de Calidad
5P	Elaborar y establecer programa de auditoría	El Líder Auditor elabora el programa(s) de auditoría en formato de programa de auditorias	Programa de auditoria	Líder del proceso
6P	Designar el líder del equipo auditor	Se designa un líder o cabeza de equipo para cada llevar a cabo las auditorías internas.	Programa de auditoria	Comité de Calidad
7P	Determinar la viabilidad de la auditoría	El auditor líder determina la viabilidad de la auditoría considerando: La información suficiente y apropiada para planificar la auditoría. La cooperación adecuada del auditado y El tiempo y los recursos adecuados Cuando la auditoría no es viable, debería proponerse al cliente de la auditoría una alternativa tras consultar con el auditado.	Programa de auditoria	Auditor Líder
8P	Establecer el contacto inicial con el auditado	El contacto inicial con el auditado puede ser formal o informal para: Establecer los canales de comunicación con el representante del auditado.	Programa de auditoria	Auditor Líder



INSTITUCIÓN EDUCATIVA
DIEGO ECHAVARRÍA MISAS

CARACTERIZACIÓN GESTIÓN DIRECTIVA

Versión 1 - Fecha 20/08/2021 Código: C GE 01



MI DIEGO
Humana, cálida y ecodigital

PHVA	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES	INFORMACIÓN DOCUMENTADA	RESPONSABLE
		<p>Confirmar la autoridad para llevar a cabo la auditoría</p> <p>Proporcionar la información sobre las fechas y la duración propuestas y la composición del equipo auditor.</p> <p>Solicitar acceso a los documentos pertinentes, incluyendo registros.</p> <p>Determinar las reglas de seguridad aplicables al lugar.</p> <p>Hacer los preparativos para la auditoría y Acordar la asistencia de observadores y la necesidad de guías para el equipo auditor.</p>		
9P	Revisar la documentación pertinente a la auditoría	<p>Se revisa la documentación del proceso(s) auditar para determinar su conformidad frente a los criterios de auditoría.</p> <p>Antes de las actividades de auditoría in situ, la documentación del auditado debería ser revisada para determinar la conformidad del sistema, según la documentación, con los criterios de auditoría. La documentación puede incluir documentos y registros pertinentes del sistema de gestión e informes de auditorías previas. La revisión debería tener en cuenta el tamaño, la naturaleza y la complejidad de la organización, así como los objetivos y el alcance de la auditoría. En algunas situaciones, esta revisión puede posponerse hasta el inicio de las actividades in situ, si esto no perjudica la eficacia de la realización de la auditoría. En otras situaciones puede realizarse una visita preliminar al lugar para obtener una visión general apropiada de la información disponible.</p> <p>Si se encuentra que la documentación es inadecuada, el líder del equipo auditor debería informar al cliente de la auditoría, a aquellos a los que se ha asignado la responsabilidad de gestionar el programa de auditoría y al auditado. Debería decidirse si se continúa o suspende la auditoría hasta que los problemas de documentación se resuelvan.</p>	Información documentada requerida	Equipo Auditor
10P	Preparar el plan de auditoría	<p>El plan de auditoría debería incluir lo siguiente:</p> <p>Los objetivos de la auditoría</p> <p>Los criterios de auditoría y los documentos de referencia.</p> <p>El alcance de la auditoría, incluyendo la identificación de las unidades de la organización y unidades funcionales y los procesos que van a auditarse.</p> <p>Las fechas y lugares donde se van a realizar las actividades de la auditoría in situ</p> <p>La asignación de los recursos necesarios en las áreas críticas de la auditoría.</p>	Plan de auditoría	Equipo Auditor



INSTITUCIÓN EDUCATIVA
DIEGO ECHAVARRÍA MISAS

CARACTERIZACIÓN GESTIÓN DIRECTIVA

Versión 1 - Fecha 20/08/2021 Código: C GE 01



MI DIEGO
Humana, cálida y ecodigital

PHVA	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES	INFORMACIÓN DOCUMENTADA	RESPONSABLE
		Además, el plan de auditoría debería incluir lo siguiente, cuando sea apropiado. La identificación del representante del auditado en la auditoría. Los temas del informe de la auditoría Asuntos relacionados con la confidencialidad Cualquier acción de seguimiento de la auditoría.		
11P	Elaborar las listas de verificación	Los miembros del equipo auditor deberían revisar la información pertinente a las tareas asignadas y preparar los documentos de trabajo que sean necesarios como referencia y registro del desarrollo de la auditoría. Tales documentos de trabajo pueden incluir: Lista de verificación y planes de muestreo de auditoría y formularios para registrar información, tal como evidencias de apoyo, hallazgos de auditoría y registros de las reuniones. El uso de las listas de verificación y formularios no debería restringir la extensión de las actividades de auditoría, que pueden cambiarse como resultado de la información recopilada durante la auditoría. Los documentos de trabajo, incluyendo los registros que resultan de su uso, debería retenerse al menos hasta que finalice la auditoría. Aquellos documentos que contengan información confidencial o de propiedad privada deberían ser guardados con la seguridad apropiada en todo momento por los miembros del equipo auditor.	Listas de verificación	Equipo Auditor
12H	Realizar reunión de apertura	El propósito de la reunión de apertura es: Confirmar el plan de auditoría Proporcionar un breve resumen de cómo se llevarán a cabo las actividades de auditoría. Confirmar los canales de comunicación y Proporcionar al auditado la oportunidad de realizar preguntas.	Acta de Reunión	Comité de Calidad Equipo Auditor
13H	Establecer la comunicación durante la auditoría	Los miembros del equipo auditor deberían consultarse periódicamente para intercambiar información, evaluar el progreso de la auditoría y reasignar las tareas entre los miembros del equipo auditor según sea necesario. Durante la auditoría el líder del equipo auditor debería comunicar periódicamente los progresos de la auditoría y cualquier inquietud al auditado y, cuando sea apropiado, al cliente de la auditoría. Las evidencias recopiladas durante la auditoría que sugieren un riesgo	Comunicación entre auditores	Líder o cualquier miembro del equipo auditor



INSTITUCIÓN EDUCATIVA
DIEGO ECHAVARRÍA MISAS

CARACTERIZACIÓN GESTIÓN DIRECTIVA

Versión 1 - Fecha 20/08/2021 Código: C GE 01



MI DIEGO
Humana, cálida y ecodigital

PHVA	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES	INFORMACIÓN DOCUMENTADA	RESPONSABLE
		<p>inmediato y significativo (por ejemplo: para la seguridad, el medio ambiente o la calidad) deberían comunicarse sin demora al auditado y, si es apropiado, al cliente de la auditoría. Cualquier inquietud relacionada con un aspecto externo al alcance de la auditoría debería registrarse y notificarse al líder del equipo auditor, para su posible comunicación al cliente de la auditoría y al auditado.</p> <p>Cuando las evidencias disponibles de la auditoría indican que los objetivos de la misma no son alcanzables, el líder del equipo auditor debería informar de las razones al cliente de la auditoría y al auditado para determinar las acciones apropiadas. Estas acciones pueden incluir la reconfirmación o la modificación del plan de auditoría, cambios en los objetivos de la auditoría o en su alcance, o la terminación de la auditoría.</p> <p>Cualquier necesidad de cambios en el alcance de la auditoría que pueda evidenciarse a medida que las actividades de auditoría in situ progresan, debería revisarse con el cliente de la auditoría y aprobarse por él y, cuando sea apropiado, por el auditado.</p>		
14H	Recopilar y verificar la información	<p>Durante la auditoría, debería recopilarse mediante un muestreo apropiado y verificarse, la información pertinente para los objetivos, el alcance y los criterios de la misma, incluyendo la información relacionada con las interrelaciones entre funciones, actividades y procesos. Solo la información que es verificable puede constituir evidencia de la auditoría. La evidencia de la auditoría debería ser registrada.</p> <p>La evidencia de la auditoría se basa en muestras de la información disponible. Por tanto, hay un cierto grado de incertidumbre en la auditoría, y aquellos que actúan sobre las conclusiones de la auditoría deberían ser conscientes de esta incertidumbre.</p> <p>Los métodos para recopilar información incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Entrevistas Observación de actividades y Revisión de documentos 	Listas de verificación	Líder y Equipo Auditor
15H	Generar hallazgos	<p>Generación de hallazgos de la auditoría: La evidencia de la auditoría debería ser evaluada frente a los criterios de auditoría para generar los hallazgos de la auditoría. Los hallazgos de la auditoría pueden indicar tanto conformidad como no conformidad con los criterios de auditoría. Cuando los objetivos de la auditoría así lo especifiquen, los hallazgos de la auditoría</p>	Listas de verificación	Líder y Equipo Auditor



INSTITUCIÓN EDUCATIVA
DIEGO ECHAVARRÍA MISAS

CARACTERIZACIÓN GESTIÓN DIRECTIVA

Versión 1 - Fecha 20/08/2021 Código: C GE 01



MI DIEGO
Humana, cálida y ecodigital

PHVA	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES	INFORMACIÓN DOCUMENTADA	RESPONSABLE
		<p>pueden identificar una oportunidad para la mejora.</p> <p>El equipo auditor debería reunirse cuando sea necesario para revisar los hallazgos de la auditoría en etapas adecuadas durante la misma.</p> <p>La conformidad con el criterio de auditoría debería resumirse para indicar las ubicaciones, las funciones o los procesos que fueron auditados. Si estuviera incluido en el plan de auditoría, se deberían registrar los hallazgos de la auditoría individuales de conformidad y sus evidencias de apoyo.</p> <p>Las no conformidades y evidencias de la auditoría que las apoyan deberían registrarse. Las no conformidades pueden clasificarse. Estas deberían revisarse con el auditado, para obtener el reconocimiento de que la evidencia de la auditoría es exacta y que las no conformidades se han comprendido. Se debería realizar todo el esfuerzo posible para resolver cualquier opinión divergente relativa a las evidencias y/o los hallazgos de la auditoría, y debería registrarse los puntos en los que no haya acuerdo.</p>		
16H	Preparar las conclusiones de la auditoría	<p>El equipo auditor debería reunirse antes de la reunión de cierre para:</p> <p>Revisar los hallazgos de la auditoría y cualquier otra información apropiada recopilada durante la auditoría frente a los objetivos de la misma.</p> <p>Acordar las conclusiones de la auditoría, teniendo en cuenta la incertidumbre inherente al proceso de auditoría.</p> <p>Preparar recomendaciones, si estuviera especificado en los objetivos de la auditoría y</p> <p>Complementar el seguimiento de la auditoría, si estuviera incluido en el plan de la misma.</p>	Informe de Auditorías	Líder y Equipo Auditor
17H	Realizar la reunión del cierre	<p>La reunión de cierre, presidida por el líder del equipo auditor debería realizarse para presentar los hallazgos y conclusiones de la auditoría de tal manera que sean comprendidos y reconocidos por el auditado.</p> <p>Cualquier opinión divergente relativa a los hallazgos de la auditoría y/o a las conclusiones entre el equipo auditor y el auditado deberían discutirse y, si es posible, resolverse. Si no se resolvieran, las dos opiniones deberían registrarse.</p> <p>Si está especificado en los objetivos de la auditoría, se debería presentar recomendaciones para la mejora. Se</p>	Acta de Reunión	Líder y Equipo Auditor



INSTITUCIÓN EDUCATIVA
DIEGO ECHAVARRÍA MISAS

CARACTERIZACIÓN GESTIÓN DIRECTIVA

Versión 1 - Fecha 20/08/2021 Código: C GE 01



MI DIEGO
Humana, cálida y ecodigital

PHVA	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES	INFORMACIÓN DOCUMENTADA	RESPONSABLE
		debería enfatiza que las recomendaciones no son obligatorias.		
18V	Preparar el informe de auditoria	El líder del equipo auditor debería ser responsable de la preparación y del contenido del informe de la auditoria. El informe de la auditoria debería proporcionar un registro completo de la auditoria, preciso, conciso y claro en relación con los hallazgos y los aspectos por resaltar.	Informe de Auditorías	Equipo auditor
19V	Aprobar el informe de auditoría	El informe de la auditoria debería emitirse en el periodo de tiempo acordado. Si esto no es posible se debería comunicar al cliente de la auditoria las razones del retraso y acordar una nueva fecha de emisión. El informe de la auditoria debería estar fechado, revisado y aprobado de acuerdo con los procedimientos del programa de auditoria. El informe de la auditoría aprobado debería distribuirse entonces a los receptores designados por el cliente de la auditoria. El informe de la auditoria es propiedad del cliente de la auditoria. Los miembros del equipo auditor y todos los receptores del informe deberían respetar y mantener la debida confidencialidad sobre el informe.	Informe de Auditorías Acta de Reunión	Comité de Calidad
20V	Distribuir el informe de auditoría	El informe de la auditoria debería emitirse en el periodo de tiempo acordado. Si esto es posible se debería comunicar al cliente de la auditoria las razones del retraso y acordar una nueva fecha de emisión. El informe de la auditoria debería estar fechado, revisado y aprobado de acuerdo con los procedimientos del programa de auditoria. El informe de la auditoria aprobado debería distribuirse entonces a los receptores designados por el cliente de la auditoria. El informe de la auditoria es propiedad del cliente de la auditoria. Los miembros del equipo auditor y todos los receptores del informe deberían respetar y mantener la debida confidencialidad sobre el informe.	Informe de Auditorías	Rector (a)
21V	Controlar las acciones levantadas del informe	Los líderes de procesos levantan las acciones pertinentes desde el informe de auditorías y se realiza el seguimiento pertinente.	Acciones de mejora	Líderes del Proceso
22V	Evaluar el desempeño de los auditores	El líder del proceso evalúa el desempeño de los auditores conforme a los criterios establecidos	Evaluación de los auditores	Líder del Proceso



PROCEDIMIENTO SALIDAS NO CONFORMES

PHVA	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES	INFORMACIÓN DOCUMENTADA	RESPONSABLE
1P	Identificar fuentes de las salidas no conformes	Para garantizar una adecuada y oportuna intervención de las salidas no conformes , es necesario identificar: la naturaleza de las SNC, 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 puede presentarse. Las salidas no conformes se registran en la Matriz de Salidas No Conformes , la cual se actualiza permanentemente	Matriz Salidas No Conformes	Líderes de Procesos
2H	Socializar SNC con usuarios de procesos	Se socializa ante los usuarios del SGC, que intervienen en los procesos donde pueden presentarse SNC las fuentes y los criterios, para identificarlos al momento que se presenten.	Matriz Salidas No Conformes	Líder del Proceso
3H	Registrar e intervenir las salidas no conformes	Cuando se identifica una SNC, esta se registra en el formato pertinente. Se hace una descripción de la SNC presentada y el tratamiento o correctivo para eliminarla.	Salidas No Conformes	Líderes de Procesos
4V	Efectuar seguimiento a la eficacia de los tratamientos y liberar las SNC	Cuando el tratamiento es eficaz, se da la liberación del servicio por la instancia correspondiente (ver Matriz de Salida No Conforme)	Acciones de Mejora	Líder del Proceso
5V	Generar acciones de mejora	Finalizado cada período académico, se analizan las salidas no conformes para determinar tendencias, frecuencia, impacto , entre otras y establecer acciones correctivas, correctivos u oportunidades de mejora, según sea pertinente.	Acciones de Mejora	Líderes de Procesos



INSTITUCIÓN EDUCATIVA
DIEGO ECHAVARRÍA MISAS

CARACTERIZACIÓN GESTIÓN DIRECTIVA

Versión 1 - Fecha 20/08/2021 Código: C GE 01



DEFINICIONES

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

AGENDA SEMANAL: es la programación que hace la institución de las actividades semanales; por medio de ella puede controlar, revisar, y realizar las acciones correctivas necesarias al plan operativo.

ALCANCE DE LA AUDITORIA: Extensión y límites de una auditoría

ALIANZAS ESTRATÉGICAS: la asociación por medio de convenios permite crear cadenas de valor combinando recursos con otras instituciones educativas.

ALTA DIRECCIÓN: persona o grupo de personas que dirige y controla una organización al más alto nivel.

AUDITADO: Organización que es auditada.

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.

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.

COMPETENCIA: atributos personales y aptitud demostrados para aplicar conocimientos y habilidades.

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.

CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN: combinación de cuestiones internas o externas que pueden tener un efecto en el enfoque de la organización para el desarrollo y logro de sus objetivos.

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.

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.

ESTRATEGIA: plan para lograr un objetivo a largo plazo o global.

EVALUACIÓN: Es el proceso de verificación de la satisfacción del usuario.

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.



INSTITUCIÓN EDUCATIVA
DIEGO ECHAVARRÍA MISAS

CARACTERIZACIÓN GESTIÓN DIRECTIVA

Versión 1 - Fecha 20/08/2021 Código: C GE 01



FELICITACIONES: Estímulo al buen desarrollo de los procesos institucionales.

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, Observación, Aspecto u oportunidad de mejora.

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

MISIÓN: expresa la razón de ser de la institución educativa y especifica el rol funcional que desempeña en su entorno.

NO CONFORMIDAD POTENCIAL U OBSERVACIÓN DE AUDITORIA: Incumplimiento de un posible requisito.

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

OBJETIVO: resultado a lograr.

OPORTUNIDAD: conveniencia para cumplir un objetivo.

OPORTUNIDADES: Ventaja sobre algo.

ORGANIZACIÓN: persona o grupo de persona que tiene sus propias funciones con responsabilidades, autoridades y relaciones para lograr sus objetivos.

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

PLAN DE AUDITORÍA. Descripción de las actividades y de los detalles acordados de una auditoría.

PLAN DE MEJORAMIENTO: conjunto de elementos que consolidan las acciones de mejoramiento requeridas para corregir las desviaciones encontradas en auditorías internas y externas, en los procesos de auto evaluación y las observaciones efectuadas por los órganos de control, como base para la definición de un plan de mejoramiento de la función administrativa.

PLAN OPERATIVO: el plan operativo es un documento oficial en el que la *alta dirección*, enumera los objetivos y las directrices que deben marcar el corto plazo. Por ello, un plan operativo se establece generalmente con una duración efectiva de un año, haciendo que también sea conocido como plan operativo anual o POA.

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.

POLÍTICA DE CALIDAD: intenciones y dirección de una organización como las expresa formalmente su alta dirección.

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 de Calidad que incumplió el requisito.

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

PROCESO: Conjunto de actividades mutuamente relacionados o que interactúan las cuales transforman elementos de entrada en resultados.

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



INSTITUCIÓN EDUCATIVA
DIEGO ECHAVARRÍA MISAS

CARACTERIZACIÓN GESTIÓN DIRECTIVA

Versión 1 - Fecha 20/08/2021 Código: C GE 01



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.

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 usuario y las quejas y reclamos generada por los usuarios.

REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN: Actividad emprendida para asegurar la conveniencia, la adecuación y eficacia del desempeño del Sistema de Gestión de la Calidad para alcanzar los objetivos establecidos.

RIESGO: incertidumbre en el cumplimiento de un objetivo.

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.

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

SEGUIMIENTO: Es el acompañamiento que se le hace a una sugerencia, mejora o felicitación realizada por un usuario en la institución

SERVICIO AL CLIENTE: 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.

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

SUGERENCIA: Oportunidad para que la institución pueda satisfacer las necesidades del usuario.

VISIÓN: es el sueño alcanzable a largo plazo, el futuro aspirado; se incorpora tanto al usuario externo como al interno. Debe ser alcanzable y real.



INSTITUCIÓN EDUCATIVA
DIEGO ECHAVARRIA MISAS

CARACTERIZACIÓN GESTIÓN DIRECTIVA

Versión 1 - Fecha 20/08/2021 Código: C GE 01



MI DIEGO
Humana, cálida y ecodigital

CONTROL DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA

CODIGO	NOMBRE	RESPONSABLE	FORMA DE ALMACENAMIENTO	TIEMPO DE RETENCION DEL REGISTRO	FORMA DE RECUPERACION RUTA DE CONSULTA	DISPOSICION FINAL
G GD 01	Gestión Directiva	Líder de proceso	Digital / Google Drive	2 años	Google Drive	Obsoletos
F GD 01	Resolución Rectoral	LP	D/G	2 años	Google Drive	Obsoletos
F GD 02	Acuerdo de Consejo Directivo	LP	D/G	2 años	Google Drive	Obsoletos
F GD 03	Acta de reunión	LP	D/G	2 años	Google Drive	Obsoletos
F GD 04	Circular	LP	D/G	2 años	Google Drive	Obsoletos
F GD 05	Programa de auditoria	LP	D/G	2 años	Google Drive	Obsoletos
F GD 06	Plan de auditoria	LP	D/G	2 años	Google Drive	Obsoletos
F GD 07	Lista de verificación	LP	D/G	2 años	Google Drive	Obsoletos
F GD 08	Informe de auditoría interna	LP	D/G	2 años	Google Drive	Obsoletos
F GD 09	Quejas, Sugerencias y Felicitaciones	LP	D/G	2 años	Google Drive	Obsoletos
F GD 10	Encuesta de satisfacción	LP	D/G	2 años	Google Drive	Obsoletos
F GD 11	Acción de Mejora	LP	D/G	2 años	Google Drive	Obsoletos
F GD 12	Gestión del cambio	LP	D/G	2 años	Google Drive	Obsoletos
D DG 01	Análisis de contexto	LP	D/G	2 años	Google Drive	Obsoletos
D DG 02	Cuadro de mando de objetivos e indicadores	LP	D/G	2 años	Google Drive	Obsoletos
D DG 03	Instructivo de gestión del riesgo	LP	D/G	2 años	Google Drive	Obsoletos
D DG 04	Instructivo de planificación de cambios	LP	D/G	2 años	Google Drive	Obsoletos
D DG 05	Mapa de Riesgos y oportunidades	LP	D/G	2 años	Google Drive	Obsoletos
D DG 06	Matriz de Necesidades y Expectativas	LP	D/G	2 años	Google Drive	Obsoletos
D DG 07	Matriz de comunicaciones	LP	D/G	2 años	Google Drive	Obsoletos
D DG 08	Autoevaluación institucional	LP	D/G	2 años	Google Drive	Obsoletos
D DG 09	Revisión por la Dirección	LP	D/G	2 años	Google Drive	Obsoletos
FGD F1	ENCUESTA DE SATISFACCIÓN	LP	D/G	2 años	Google Drive	Obsoletos
FGD F2	PUBLICACIONES	LP	D/G	2 años	Google Drive	Obsoletos
FGD F3	ACCION DE MEJORA	LP	D/G	2 años	Google Drive	Obsoletos
FGD F4	EFICACIA DE LAS ACCIONES	LP	D/G	2 años	Google Drive	Obsoletos



INSTITUCIÓN EDUCATIVA
DIEGO ECHAVARRÍA MISAS

CARACTERIZACIÓN GESTIÓN DIRECTIVA

Versión 1 - Fecha 20/08/2021 Código: C GE 01



MI DIEGO
Humana, cálida y ecodigital

CODIGO	NOMBRE	RESPONSABLE	FORMA DE ALMACENAMIENTO	TIEMPO DE RETENCION DEL REGISTRO	FORMA DE RECUPERACION RUTA DE CONSULTA	DISPOSICION FINAL
FGD F5	ASISTENCIA A REUNIONES VIRTUALES	LP	D/G	2 años	Google Drive	Obsoletos
FGD F6	ACTA DE REUNIÓN VIRTUAL COMITÉ DE CALIDAD	LP	D/G	2 años	Google Drive	Obsoletos
FGD F7	REPORTE DE LAS SALIDAS NO CONFORMES	LP	D/G	2 años	Google Drive	Obsoletos
FGD F8	TRATAMIENTO A SALIDA NO CONFORMES	LP	D/G	2 años	Google Drive	Obsoletos



INSTITUCIÓN EDUCATIVA
DIEGO ECHAVARRÍA MISAS

CARACTERIZACIÓN GESTIÓN DIRECTIVA

Versión 1 - Fecha 20/08/2021 Código: C GE 01



MI DIEGO
Humana, cálida y ecodigital

HISTORIAL DE CONTROL DE CAMBIOS

HISTORIAL DE CAMBIOS GESTIÓN DIRECTIVA		
VERSIÓN	DESCRIPCIÓN	FECHA
1	Creación de la caracterización	08/20/2021
CONTROL DE CAMBIOS		
Elaborado	Gestión de la calidad	
Revisado	Coordinación de la Calidad	
Aprobado	Rectoría	