

	<b>INSTITUCIÓN EDUCATIVA EL SALVADOR</b>		Código: V2-PR01
	<b>INFORMACIÓN Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b>		Página 1 de 14
	Revisó: Líder del proceso	Aprobó: Rector	Versión: 01

1. CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO	NOMBRE: INFORMACIÓN Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD
<p><b>OBJETIVO:</b> Verificar la eficacia de la información y la mejora continua de la institución, a través del seguimiento, control y medición de las No conformidades. NC, las acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento, las auditorías internas y sugerencias, quejas, reclamos y reconocimientos.</p>	<p><b>ALCANCE:</b> Aplica para la planeación del control eficaz frente a NC, ACPM, auditorías internas y sugerencias, quejas, reclamos y reconocimientos (SQR) de los padres de familia, acudientes y estudiantes <b>de la institución educativa el salvador en la sede “Escuela Municipal” y sección Escuela “José de San Martín”</b></p> <p>Incluye la gestión de los documentos en cuanto a su distribución, actualización e identificación de obsoletos, el control del almacenamiento y disposición final de los registros, la determinación de los medios de comunicación, el control frente al manejo de las NC, la eficacia en el análisis de causas y cierre de las ACPM (acciones correctivas, preventivas y de mejora), Incluye la ejecución de las auditorías internas.</p>
<p><b>RESPONSABLE:</b> Líder del proceso de información y mejoramiento de la calidad.</p>	<p><b>PARTICIPANTES:</b> Líderes de procesos, coordinador de Calidad, Rector, Coordinadores, coordinadores de proyectos de área y de proyectos pedagógicos y personal en general.</p>
<p><b>FACTORES CLAVES DE ÉXITO:</b> Dominio conceptual de los elementos del proceso y técnicas estadísticas. Análisis continuo de la información, Tratamientos oportunos a sugerencias, quejas, reclamos y reconocimientos de padres de familia, acudientes y estudiantes. Aprovechamiento adecuado de las fuentes de información. Auditores internos competentes. Seguimiento, medición y análisis de los resultados del proceso</p>	
<p><b>ACTIVIDADES PRINCIPALES:</b> <b>P:</b> Determinar necesidades de información (Documentos y registros, leyes, decretos, resoluciones, etc.) Determinar fuentes para identificar NC y ACPM. Planificar auditorías internas. Definir canales de comunicación interna y externa</p> <p><b>H:</b> <b>Elaborar y distribuir documentos</b> Identificar, describir y tratar <b>NC</b>. Identificar, describir, analizar causas y establecer planes de acción de <b>AC y AP</b>. Identificar, justificar y establecer planes de acción de <b>AM</b> Realizar auditorías internas Atender sugerencias, quejas, reclamos y reconocimientos de los padres de familia, acudientes y estudiantes. Implementar canales de comunicación internos y externos</p> <p><b>V:</b> Controlar documentos y registros Hacer seguimiento a la gestión y mejora del proceso Hacer seguimiento al cumplimiento de las disposiciones (requisitos) para el control de documentos y registros Revisar eficacia de los canales de comunicación interna y externa</p> <p><b>A:</b> Ajustar las acciones de mejora al proceso y a la documentación.</p>	<p><b>SEGUIMIENTO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adecuada planificación desde la fuente de las NC, ACPM, (procesos, producto y a la satisfacción de padres de familia, acudientes y estudiantes y en general al SGC.)</li> <li>• A la eficacia de las ACPM</li> <li>• Al plan de auditorías y al cierre oportuno de hallazgos detectados en éstas.</li> <li>• Al desempeño de auditores.</li> <li>• Al resultado de indicadores</li> <li>• A la participación de los procesos en las ACPM</li> <li>• Al cumplimiento de lineamientos del Plan Operativo</li> <li>• A la eficacia de los canales de comunicación</li> </ul>
<p><b>REQUISITOS:</b> (Norma, Ley, Organización)</p> <p><b>Norma ISO:</b> 4.2.1/ 4.2.2./ 4.2.3/ 4.2.4/ 5.5.3/ 7.2.3/ 8.2.2/ 8.2.3/ 8.3/ 8.4/ 8.5 <b>Institución:</b> Procedimientos del SGC de la Institución <b>Legales:</b> Ley 115 de 1994: Artículos: 80 / 83 / 84 Guía básica de Libros y registros reglamentarios en las instituciones y centros educativos en Medellín. LEY 594 DE 2000 “Ley General de Archivos” RESOLUCIÓN 4434 “... Condiciones y Mecanismos para la</p>	<p><b>RECURSOS:</b> (Humano e Infraestructura)</p> <p><b>Humano:</b> persona idónea responsable del archivo, auditores competentes. <b>Infraestructura:</b> computadores, impresora, office, teléfono, archivadores, carpetas, memorias USB, CD, muebles, enseres y carteleras informativas.</p>

	<b>INSTITUCIÓN EDUCATIVA EL SALVADOR</b>		Código: V2-PR01
	<b>INFORMACIÓN Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b>		Página 2 de 14
	Revisó: Líder del proceso	Aprobó: Rector	Versión: 01

Validación de los Modelos de Gestión de Calidad de los Establecimientos de Educación Preescolar, Básica y Media". DECRETO 1860 DE 1994 en el Artículo 62		
<b>DOCUMENTOS:</b> V2-PR01 Información y mejoramiento de la calidad. Anexo 1 Cuadro comparativo para el control de NC, AC, AP Y AM V2- IN01 Auditorías Internas <b>V2- GU01 Norma para la elaboración de documentos.</b> V2- GU02 Comunicación interna y externa. <b>V2- GU03 Técnicas estadísticas y de análisis de datos.</b> V2-GU04 Servicio Educativo no conforme		<b>REGISTROS:</b> V2-FR01 Control de revisión y aprobación de documentos. V2-FR02 Listado maestro de documentos V2-FR03 Reporte y Seguimiento de NC, ACP y SQR V2-FR04 Plan, Listado e informe de auditoría V2-FR05 Comunicado General V2-FR06 Sugerencias, Quejas y reconocimientos  V1-FR01 Cronograma institucional V1-FR02 Plan Operativo <b>A1-FR02 Asistencia a formación u otras acciones.</b>
<b>PROVEEDOR</b>		<b>ENTRADAS</b>
1. Todos los procesos del S.G.C.		1 - Datos e información - No Conformidades - Oportunidades de mejora. - Criterios de auditoría - SQR - Documentos legales - Documentos de origen interno y externo.
2. Ley		2. Lineamientos de ley, guías
3. Padres de familia, acudientes y estudiantes		3. Necesidades y Expectativas SQR
4. MEN y SEM		4. Asesoría, normatividad
<b>SALIDAS</b>		<b>CLIENTE</b>
1. Tratamientos eficaces a No Conformidades. Acciones correctivas. Acciones preventivas. Acciones de mejora. Planes de mejoramiento.		1. Todos los procesos del SGC
2. Informes de resultados de las auditorías		2. Líderes de proceso y direccionamiento estratégico
3. Informe de evaluación de auditores		3. Equipo de auditores
4. Respuesta a SQR		4. Usuarios
5. Documentos revisados y aprobados		5. Todos los procesos del SGC
6. Lineamientos para la comunicación interna y externa		6. Todos los procesos del SGC

V	M	P	O	NOMBRE DEL INDICADOR	INDICE	FRECUENCIA	META	PERIODO	REGISTRO TOMA DE DATOS
-	-			ACPM eficaces	Total de ACPM eficaces/ total de acciones documentadas e implementadas	Cada periodo escolar	75%	Anual	V2-FR01 Reporte y Seguimiento de NC, ACPM y SQR
				Eficacia, desarrollo y mejoramiento del SGC	No de ítems que logran un nivel satisfactorio en el sistema de gestión de calidad / Total de ítems evaluados	Semestral	70%	Anual	Resultados de la evaluación del Sistema de Gestión de Calidad

## 2. CONDICIONES GENERALES

### 2.1 Relativas a las auditorías internas.

	<b>INSTITUCIÓN EDUCATIVA EL SALVADOR</b>		Código: V2-PR01
	<b>INFORMACIÓN Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b>		Página 3 de 14
	Revisó: Líder del proceso	Aprobó: Rector	Versión: 01

- Las auditorías internas pueden ser realizadas por personal interno o subcontratado, siempre y cuando cumplan con el perfil definido por la Institución.

## 2.2 Relativas a las ACPM.

- En el servicio puede haber más de una causa para una no conformidad.
- Cualquier estamento de la comunidad educativa tiene el derecho de identificar una ACPM y su deber, una vez identificada, es informar al respectivo líder de proceso para ser registrado en el formato de reporte de acciones destinado para ello con fines de mejoramiento de la Institución.

## 2.3 Relativas a la documentación.

- En el diligenciamiento de los registros no deben de aparecer tachones, borrones ni enmendaduras.
- En cuanto a los formatos y estructura de los documentos debe seguirse lo indicado en la guía para elaboración de documentos V2-GU01.

## 2.4 Relativas a la satisfacción del cliente.

- Es conveniente que la información acerca de cómo y dónde reclamar sea conocida por los clientes, el personal y las partes interesadas.
- El proceso de tratamiento de las quejas debe ser fácilmente accesible para todos los reclamantes. Debe estar disponible la información sobre los detalles de realización y resolución de quejas.
- Todos los involucrados deben poner a disposición la información de carácter personal del reclamante cuando esta sea necesaria para el tratamiento de la queja dentro de la organización, y no divulgarla sin el consentimiento expreso del cliente o reclamante.
- Todos los líderes de proceso son corresponsables con el líder de información y mejoramiento de la calidad en promover la toma de conciencia sobre el proceso de tratamiento de las quejas y reclamos y la importancia del enfoque al cliente a través de la institución.

Todos los líderes de proceso son responsables de:

- Informar al líder de mejoras sobre acciones y decisiones con respecto al tratamiento de las quejas.
- Asegurarse de que se tiene en cuenta y se registra el seguimiento al tratamiento de quejas.
- Asegurarse de que se toman en cuenta acciones para corregir un problema y prevenir su ocurrencia en el futuro y asegurarse de que el suceso se registra.
- Investigar las circunstancias e información pertinente acerca de una queja

Todo el personal de la Institución debe:

- Cumplir con cualquier requisito para la comunicación del tratamiento de las quejas que determine la organización
- Tratar cortésmente a los clientes y responder rápidamente a sus quejas o remitirlos a los procesos adecuados.
- Demostrar buenas habilidades interpersonales y de comunicación.
- Ser consciente de la información que le da a los clientes.

## 2.5 Relativas al análisis de datos

- Cada líder de proceso es responsable de hacer análisis de los datos que genere el proceso por el cual es responsable.
  - Cada líder de proceso decide que técnica o modelo estadístico utilizará (ver V2-GU03) para analizar los datos de su proceso.
  - Cada líder de proceso determina los datos apropiados para demostrar la idoneidad y eficacia de su proceso
- 2.6 En el anexo 1 se encuentra la gráfica comparativa de los diferentes diagramas de flujo para el control de las NC, AC, AP y AM.
- 2.7 Las fuentes por las cuales se pueden tomar acciones correctivas, preventivas y de mejora son:

NC	AC	AP	AM	FUENTES PARA LA IDENTIFICACION DE NC Y ACPM
				<b>EVALUACIÓN A LA SATISFACCIÓN DEL PADRES DE FAMILIA, ACUDIENTES Y ESTUDIANTES</b>
X	X	X	X	Encuestas de satisfacción
				<b>ATENCIÓN A SUGERENCIAS QUEJAS Y RECONOCIMIENTOS</b>
		X	X	Sugerencias de padres de familia, acudientes y estudiantes
X	X	x	X	Quejas del padres de familia, acudientes y estudiantes
			X	Reconocimientos del padres de familia, acudientes y estudiantes
X	X	X	X	<b>REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN</b>
X	X	X	X	<b>PLANEACIÓN ESTRATÉGICA</b>

	<b>INSTITUCIÓN EDUCATIVA EL SALVADOR</b>		Código: V2-PR01
	<b>INFORMACIÓN Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b>		Página 4 de 14
	Revisó: Líder del proceso	Aprobó: Rector	Versión: 01

				INDICADORES
	X		x	Incumplimiento al indicador
		X		Tendencia al incumplimiento futuro del indicador
			X	Aumento en la meta del indicador
				AUDITORIAS INTERNAS
		X	X	Aspectos por mejorar
			X	Aspectos por resaltar
	X			No conformidades
X	X	X	X	<b>SEGUIMIENTO AL DESEMPEÑO DE PROCESOS</b>
X	X	X	X	<b>COMPETENCIA Y DESEMPEÑO DEL PERSONAL</b>
X	X	X	X	<b>DESEMPEÑO DE PROVEEDORES</b>
X	X	X	X	<b>SEGUIMIENTO O NECESIDADES DE RECURSOS (EQUIPOS, AMBIENTE DE TRABAJO Y MANTENIMIENTO)</b>
X	X	X	X	<b>EFICACIA EN EL CIERRE DE AM / AC/AP</b>

### 3. DEFINICIONES

**SGC:** Sistema de Gestión de Calidad

#### 3.1 Relativas a las auditorías internas

**Auditoría:** Proceso sistemático y documentado para obtener evidencias de la auditoría y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de auditoría. Se dividen estas en:

- **Auditorías Internas:** Denominadas como auditorías de primera parte, se realizan por o en nombre de, la organización, para la revisión por la organización y con otros fines internos.
- **Auditorías externas:** Se denominan auditorías de segunda y tercera parte. Las auditorías de segunda parte se llevan a cabo por partes que tienen un interés en la organización, tal como los clientes, o por otras personas en su nombre.

**Evidencia:** Prueba que determina el no cumplimiento de un requisito.

**Hecho:** Situación presentada, que da lugar a una NC.

**Verificación:** Confirmación y aporte de evidencias objetivas que se han cumplido los requisitos especificados.

**Alcance de la Auditoría:** Extensión y límites de una auditoría .Nota: El alcance de la auditoría incluye generalmente una descripción de las ubicaciones, las unidades de la organización, las actividades y los procesos, así como el periodo de tiempo cubierto.

**Auditado:** Organización que es auditada.

**Auditor:** Persona con la competencia para lleva a cabo una auditoría-

**Criterios de Auditoría:** Conjunto de políticas, procedimientos o requisitos.

**Nota:** los criterios de la auditoría se utilizan como referencia frente a la cual se compara la evidencia de la auditoría.

**Equipo Auditor:** uno o más auditores que llevan a cabo una auditoría, con el apoyo, si es necesario, de expertos técnico.

**Nota 1:** A un auditor del equipo se le designa como líder del mismo.

**Nota 2:** El equipo auditor puede incluir auditores de formación.

**Hallazgos de la Auditoría:** resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría.

**Nota:** Los hallazgos de la auditoría pueden indicar tanto conformidad o no conformidad con los criterios de auditoría como oportunidades de mejora.

**Plan de Auditoría:** Descripción de las actividades y de los detalles acordados de una auditoría.

**Programa de Auditoría:** Conjunto de una o mas auditorías planificadas para un periodo de tiempo determinado y dirigidas hacia un propósito específico.

**Nota:** Un programa de auditoría incluye todas las actividades necesarias para planificar, organizar y llevar a cabo las auditorías.

#### 3.2 Relativas a las acciones correctivas, preventivas y de mejora.

**ACPM:** Acciones correctivas, preventivas y de mejora

**No conformidad (NC):** Incumplimiento de un requisito.

**Corrección:** Acción tomada para eliminar una no conformidad detectada.

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

**Acción preventiva (AP):** Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable.

**Acción de mejora (AM):** Acción que se lleva a cabo para el mejoramiento continuo de la organización.

**Mejora continua:** Actividad recurrente para aumentar la capacidad de cumplir con los requisitos.

	<b>INSTITUCIÓN EDUCATIVA EL SALVADOR</b>		Código: V2-PR01
	<b>INFORMACIÓN Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b>		Página 5 de 14
	Revisó: Líder del proceso	Aprobó: Rector	Versión: 01

**Reinspección:** Verificación de que se hayan realizado las acciones establecidas.

**Requisito:** Necesidad o expectativa establecidas, generalmente implícita u obligatoria.

### 3.3 Relativas al Servicio educativo no conforme:

**No conformidad:** No cumplimiento de un requisito especificado, detectado durante la revisión o verificación de los procesos o de sus servicios.

**Servicio no conforme:** Es una no conformidad real antes, durante o después de la prestación del servicio educativo

### 3.4 Relativas a la documentación.

**Documento:** Información y su medio de soporte

**Formatos:** Documento sin diligenciar que sirve como guía y proporciona evidencia, convirtiéndose en un registro.

**Información:** Dato que posee significado.

**Registro:** Documento no modificable que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.

**SGC:** Sistema de Gestión de la Calidad: sistema para conducir y operar una organización en forma exitosa.

### 3.5 Relativas a la retroalimentación del cliente.

**Sugerencia:** Recomendación realizada por la comunidad educativa que puede ser vista como una acción preventiva o una mejora.

**Queja:** Incumplimiento a un requisito presentada por la comunidad educativa.

**Reconocimiento:** Felicitación presentada por la comunidad educativa sobre un aspecto positivo logrado por la institución.


**Reclamante:** Persona, organización o su representante, que expresa una queja.

**SQR:** Sugerencias, quejas y reconocimientos

### 3.6 Relativas al Análisis de datos.

**Datos:** Valores cualitativos y cuantitativos que registran las no conformidades, las oportunidades de mejora, las quejas, los reclamos y las sugerencias que se presentan en el SGC y para lo cual es necesario analizar, clasificar, establecer planes de acción y verificar su eficacia.


**Análisis:** Estudio, de los límites, características y posibles soluciones de un problema.

	<b>INSTITUCIÓN EDUCATIVA EL SALVADOR</b>		Código: V2-PR01
	<b>INFORMACIÓN Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b>		Página 6 de 14
	Revisó: Líder del proceso	Aprobó: Rector	Versión: 01

#### 4. CONTENIDO

##### 4.1 CONTROL DE DOCUMENTOS, REGISTROS Y COMUNICACIONES

P-H-V-A	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
1P	<p>INICIO</p> <p>Determinar las necesidades de crear ó modificar un documento</p>	Líder de cada procesos	<p>Cada líder de proceso es responsable de evaluar con su equipo de trabajo las necesidades de elaboración, actualización ó eliminación de los documentos de su proceso con base en los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aporte del documento a la mejora de la eficacia y eficiencia del proceso.</li> <li>• Requisitos de Norma ISO 9001</li> <li>• Requisitos legales</li> <li>• Requisitos de la Institución</li> </ul>
2P	<p>Elaborar ó modificar documentos del SGC y determinar condiciones para el control de registros</p>	Líder de cada proceso	<p>Se elaboran con base en la guía <b>V2- GU01 Norma para la elaboración de documentos</b> En cada procedimiento e instructivo en el capítulo de control de registros el líder de proceso establece para cada registro, el código, nombre, responsable de archivo.</p>
3H	<p>Revisar documentos elaborados</p>	Líder de cada proceso	<p>El líder de proceso revisa el documento de acuerdo con los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aporte del documento a la mejora de la eficacia y eficiencia del proceso.</li> <li>• Cumple requisitos de Norma ISO 9001</li> <li>• Cumple requisitos legales.</li> <li>• Cumple requisitos de la Institución</li> <li>• Está diseñado para los que lo van a utilizar.</li> </ul> <p>La información se coloca en la carpeta en línea y se informa vía correo electrónico al líder del proceso de información y mejora para su revisión.</p>
4V	<p>Aprobar los documentos</p>	Rector	<p>Se aprueba con base en los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cumple requisitos de Norma ISO 9001</li> <li>• Cumple requisitos legales.</li> <li>• Cumple requisitos de la Institución.</li> </ul> <p>En el formato <b>V2-FR01 Control de revisión y aprobación de documentos</b> se llevara el control de los documentos aprobados con firma del líder de cada proceso y del rector. Se lleva una hoja diferente para cada proceso.</p> <p>Este registro se maneja de forma física y debe reposar en rectoría con las firmas correspondientes.</p>
5H	<p>Difundir documentos</p>	Líder de cada procesos	<p>Se difunde en reunión con las personas que participan del proceso buscando garantizar su entendimiento y aplicación.</p> <p>Se actualiza el <b>V2-FR02 Listado maestro de documentos</b></p>
6H	<p>Distribuir los documentos</p>	Administrador Documental	<p>Se distribuye así:</p> <p>Se ubican los documentos electrónicos vigentes en la carpeta en línea/ carpeta SGC/Documentos aprobados PDF/ nombre del proceso</p>
7H	<p>Revisar pertinencia de los documentos</p>	Líder de cada procesos	<p>Frecuentemente el líder de proceso hace revisión de la pertinencia de los documentos de acuerdo con cambios detectados en la normatividad, en las leyes, nuevos decretos, nuevas guías ó resoluciones, cambios en los procesos, etc.</p> <p>En caso de ser requerido por el líder de proceso el documento se puede eliminar o modificar, para lo cual se deja constancia de las razones en el capítulo de control de modificaciones ubicado al final de cada documento, se retira del listado maestro, de la carpeta de aprobados y se guarda una copia en documentos obsoletos en el Sistema en la carpeta del proceso en documentos obsoletos.</p>
8H	<p>Entrenar y comunicar el uso de los documentos del S.G.C</p>	Líder de cada proceso	<p>Teniendo en cuenta el <b>V2- GU02 Comunicación interna y externa</b> se establece los medios de comunicación para dicha actividad.</p> <p>Entrenar a todos los participantes del documento en su correcto uso. Se deja registro de asistencia en el formato <b>A1-FR02 Asistencia a formación u otras acciones.</b></p>


	<b>INSTITUCIÓN EDUCATIVA EL SALVADOR</b>		Código: V2-PR01
	<b>INFORMACIÓN Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b>		Página 7 de 14
	Revisó: Líder del proceso	Aprobó: Rector	Versión: 01

P-H-V-A	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
9H	Facilitar la interacción entre los procesos y los clientes (comunicación interna y externa)	Líder de cada proceso	<p>Como medios para facilitar la comunicación interna y externa se cuenta con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actas</li> <li>• Correo electrónico</li> <li>• Carpeta en línea</li> <li>• Medios de Comunicación impresos</li> <li>• Carteleras de Calidad</li> <li>• Reuniones</li> <li>• Buzón de sugerencias.</li> <li>• Entrevistas</li> <li>• Circulares</li> </ul> <p>Ver V2- GU02 Comunicación interna y externa.</p>
10PH	Dejar evidencia de las actividades y controles en los registros planificados para ello	Cualquier Usuario	<p>Teniendo en cuenta los registros para los procesos se establece la identificación de dichos registros ya sea con el código y nombre de los formatos o en la identificación específica que se dé de ellos en el capítulo de Control de Registros de cada procedimiento en el ítem de Identificación.</p> <p>Aplica para registros de origen interno y externo.</p>
11H	Recolectar, almacenar y proteger los registros	Personal asignado	<p>De igual forma se establece en el <b>capítulo 5 de Control de Registros de cada procedimiento: en la parte de responsable del archivo</b> el cargo que debe guardar los registros y en el ítem de <b>Lugar y forma de archivo</b>, la ruta física y/o electrónica donde se archivan estos.</p> <p>Como forma de preservar las evidencias en los registros, los lugares físicos y electrónicos donde se almacenen deben asegurar su protección frente a la alteración, pérdida o deterioro. A los registros electrónicos se les hace back up cada 8 días en una memoria USB que reposa en rectoría.</p>
12H	Establecer tiempo de conservación y disposición final.	Líder de Gestión de información	<p>Se establece en el mismo lugar, el tiempo de conservación, dependiendo de los requisitos de ley o del tiempo que la información se requiera como evidencia, pasado este tiempo los registros se destruyen o pasan a archivo pasivo. Ver capítulo control de registros de cada procedimiento en el ítem de tiempo de conservación y disposición final.</p>
13VA	Hacer seguimiento a la gestión y tomar acciones  FIN	Líder de Gestión de información y Rector	<p>Se establecen tres herramientas para hacer seguimiento a las comunicaciones internas y externas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. En <b>V1-FR08 satisfacción del cliente</b> se establece el nivel de cumplimiento frente al nivel de adecuación, conveniencia y eficacia de las comunicaciones con padres de familia y estudiantes.</li> <li>2. En la <b>A1-FR03 Encuesta de clima institucional</b> se establece la adecuación, conveniencia y eficacia de las comunicaciones con el personal de la institución.</li> <li>3. La retroalimentación a partir de <b>V2-FR06 Sugerencias, Quejas y reconocimientos</b></li> </ol>

#### 4.2 CONTROL DE NO CONFORMIDADES Y SERVICIO EDUCATIVO NO CONFORME

P-H-V-A	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
1P	<b>INICIO</b> Recolectar y analizar datos	Todos los procesos clientes internos y externos	Por medio de los registros del SGC se obtienen los datos que sirven de soporte para la toma de decisiones.




	<b>INSTITUCIÓN EDUCATIVA EL SALVADOR</b>		Código: V2-PR01
	<b>INFORMACIÓN Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b>		Página 8 de 14
	Revisó: Líder del proceso	Aprobó: Rector	Versión: 01

P-H-V-A	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
2V	Identificar la NC	Líder de cada proceso	<p>Se realiza seguimiento a las fuentes que pueden identifica la NC. Ver Numeral 2.7 <b>Condiciones generales.</b></p> <p>Para llevar control de la identificación y respuesta a las <b>QUEJAS</b> Se cuenta con los formatos <b>V2-FR03 Reporte y Seguimiento de NC, ACP y SQR</b> y el reporte directo que hacen los padres y estudiantes en el formato <b>V2-FR06 Sugerencias, Quejas y reconocimientos</b></p> <p><b>Para el producto NC ver M2-GU02 Plan de control del servicio educativo no conforme</b></p>
3H	Registrar la NC	Líder de cada proceso	<p>Los líderes de cada proceso abren el formato <b>V2-FR03 Reporte y Seguimiento de NC, ACP y SQR</b> y enumeran la no conformidad y establecen en el <b>numeral 1</b> el “<b>Tipo de acción</b>” que se va abrir y en <b>numeral 2</b>” Identificación establecer la fecha el proceso y el cargo que lo detecto.</p>
4H	Describir la NC	Líder de cada proceso	<p>La persona responsable deberá diligenciar correctamente en el formato <b>V2-FR03 Reporte y Seguimiento de NC, ACP y SQR</b> en el <b>numera 3 “ Descripción”</b></p> <p>La descripción debe realizarse en <b>verbos en pasado</b> demostrando que la situación ya pasó. Debe contener hecho, evidencia y requisito de la NC:</p> <p><b>Hecho:</b> Situación detectada</p> <p><b>Evidencia:</b> Datos que respalda la existencia o veracidad de algo.</p> <p><b>Requisitos:</b> Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.</p> <p>Adicionalmente se establece en el numeral 4 las fuentes de donde se detecto el hallazgo.</p>
5H	Establecer tratamiento	Líder de cada proceso	<p>En el formato <b>V2-FR03 Reporte y Seguimiento de NC, ACP y SQR en el numeral 5 “Tratamiento”</b> se define el tratamiento inmediato acción a tomar, responsable y fecha para cada acción de modo que se pueda solucionar la NC.</p>
6H	Ejecutar tratamiento	Líder de cada proceso	<p>Se realizan las acciones pertinentes para eliminar la NC.</p>
7H	Realizar seguimiento al tratamiento dado a la NC	Líder de cada proceso	<p>El líder del proceso verifica que cada acción del tratamiento se haya ejecutado por el responsable asignado. <b>V2-FR03 Reporte y Seguimiento de NC, ACP y SQR en el numeral 8 y 9.</b></p>
8VA	<p>Verificar si cumple con lo establecido</p> <p style="text-align: center;"><b>FIN</b></p>	Líder de cada proceso	<p>Si cumple lo establecido se cierra la NC, en el caso contrario se relaciona el número de la NC y se establece un nuevo tratamiento. En el formato <b>V2-FR03 Reporte y Seguimiento de NC, ACP y SQR</b> numeral 1.</p>

#### 4.3 ACCIÓN DE MEJORA

P-H-V-A	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
	<b>INICIO</b>		



	<b>INSTITUCIÓN EDUCATIVA EL SALVADOR</b>		Código: V2-PR01
	<b>INFORMACIÓN Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b>		Página 9 de 14
	Revisó: Líder del proceso	Aprobó: Rector	Versión: 01

P-H-V-A	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
1P	Recolectar y analizar datos	Todos los procesos clientes internos y externos	Por medio de los registros del SGC se obtienen los datos que sirven de soporte para la toma de decisiones.
2V	Identificar la mejora	Líder de cada proceso	Se realiza seguimiento a las fuentes que pueden identificar las mejoras. <b>Ver Numeral 2.7 Condiciones generales.</b>
3H	Registrar la mejora	Líder de cada proceso	Los líderes de cada proceso abren el formato <b>V2-FR03 Reporte y Seguimiento de NC, ACP y SQR</b> Dando un consecutivo e identificando el proceso. Se establece la calificación del impacto según su relación con la prestación del servicio.
4H	Describir la mejora	Líder de cada proceso	La persona responsable deberá diligenciar correctamente en el formato <b>V2-FR03 Reporte y Seguimiento de NC, ACP y SQR</b> La descripción debe realizarse en <b>verbos en futuro</b> demostrando cual es la <b>situación o requisito</b> que se espera mejorar.
5H	Establecer Justificación	Líder de cada proceso	Se establece en el formato <b>V2-FR03 Reporte y Seguimiento de NC, ACP y SQR</b> Se define la <b>justificación</b> de la mejora para evaluar la pertinencia de esta frente al costo & beneficio que se espera alcanzar.
6H	Definir las acciones	Líder de cada proceso	Se establece en el formato <b>V2-FR03 Reporte y Seguimiento de NC, ACP y SQR</b> Se definen las acciones a tomar, responsable y fecha para cada acción.
7H	Ejecutar acciones	Líder de cada proceso	Se realizan las acciones pertinentes para mejorar el requisito.
8VA	Realizar seguimiento a las acciones de mejora generada	Líder de cada proceso	Se verifica que cada acción del proceso se haya ejecutado por el responsable asignado en las fechas establecidas.
9VA	Verificar la eficacia  <b>FIN</b>	Líder de cada proceso	Se establece en el formato <b>V2-FR03 Reporte y Seguimiento de NC, ACP y SQR</b> Si cumple lo establecido para la mejora se cierra, en el caso contrario se relaciona el número de la acción de mejora y se establece una nueva acción.

#### 4.4 ACCIÓN CORRECTIVA o PREVENTIVA

P-H-V-A	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
1P	<b>INICIO</b> Recolectar y analizar datos	Todos los procesos clientes internos y externos	Por medio de los registros del SGC se obtienen los datos que sirven de soporte para la toma de decisiones.
2V	Observar si se obtuvieron AC/AP	Líder de cada proceso	Se realiza seguimiento a las fuentes que pueden originar cualquier tipo de acción. (Ver Numeral 2.7 Condiciones generales) Toda no conformidad de auditoría interna requiere una <b>AC</b> , Para la

	<b>INSTITUCIÓN EDUCATIVA EL SALVADOR</b>		Código: V2-PR01
	<b>INFORMACIÓN Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b>		Página 10 de 14
	Revisó: Líder del proceso	Aprobó: Rector	Versión: 01


P-H-V-A	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
			implementación de Auditorías internas ver: <b>V2- IN01 Auditorías Internas</b> Para Sugerencias, quejas y reconocimientos ver Anexo 2 Pasos para la Atención a Sugerencias, Quejas y Reconocimientos.
3H	Identificar AC/AP	Líder de cada proceso	Se identifica la NC encontrada real (AC) o potencial (AP) Los criterios para establecer cuando se requiere una AC o AP son: <b>Se genere una falta Grave según el Manual de convivencia, repetitiva, impacto, incumplimiento a los requisitos de ley, alto costo, grado en que afecte la imagen de la institución o atente contra la seguridad del personal, entre otras.</b>
4H	Registrar la AC/AP	Líder de cada proceso	Los líderes de cada proceso abren el formato <b>V2-FR03 Reporte y Seguimiento de NC, ACP y SQR</b> y enumeran la no conformidad y establecen en el numeral 1 el “ <b>Tipo de acción</b> ” que se va abrir También se establece en el numeral 2 “ <b>Identificación</b> ” la fecha de detección, el proceso y el responsable de detección, donde se indica el proceso que reporta e incluyendo la acción en el mismo formato
5H	Describir la AC/AP	Líder de cada proceso	La persona responsable deberá diligenciar correctamente en el formato <b>V2-FR03 Reporte y Seguimiento de NC, ACP y SQR</b> en el numera 3 “ Descripción” La descripción debe realizarse en <b>verbos en pasado</b> para la <b>AC</b> , demostrando que la situación ya pasó. Debe contener hecho, evidencia y requisito de la NC: La descripción debe realizarse en <b>verbos en futuro</b> para la <b>AP</b> , demostrando que la situación puede suceder. Debe contener hecho, evidencia y requisito de la NC: <b>Hecho:</b> Situación detectada <b>Evidencia:</b> Datos que respalda la existencia o veracidad de algo. <b>Requisitos:</b> Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria. Adicionalmente se establece en el numeral 4 las fuentes de donde se detecto el hallazgo. Esto se registra en el formato <b>V2-FR03 Reporte y Seguimiento de NC, ACP y SQR, . numeral 3 el “Descripción”</b> También se establece la fuente que ayudo a identificar la NC en el numeral 4.
6H	Establecer tratamiento Cuando lo requiere para la AC	Líder de cada proceso	<b>Nota: las actividades 6H, 7H, 8V, 9V solo aplica para AC Acción correctiva.</b> En el formato <b>V2-FR03 Reporte y Seguimiento de NC, ACP y SQR</b> en el numeral 5 “ Tratamiento” se define el tratamiento inmediato acción a tomar, responsable y fecha para cada acción de modo que se pueda solucionar la NC.
7H	Ejecutar tratamiento	Líder de cada proceso	Se realizan las acciones pertinentes para eliminar la NC
8V	Realizar seguimiento al tratamiento dado a la NC	Líder de cada proceso	De acuerdo al tratamiento definido para eliminar la NC se establece el responsable para hacer la verificación.
9V	Verificar si cumple con lo establecido	Líder de cada proceso	Si cumple lo establecido se cierra la NC, o se establece la implementación de nuevas acciones. Se deja registro en el formato <b>V2-FR03 Reporte y Seguimiento de NC, ACP y SQR</b>
10V	Buscar las causas	Líder de cada proceso	Se determinan las causas, de acuerdo con <b>V2- GU03 Técnicas estadísticas y de análisis de datos.</b> <b>AC – Causas reales</b> <b>AP- Causas potenciales</b> Se establece en el numeral 6 “Causas justificación”

	<b>INSTITUCIÓN EDUCATIVA EL SALVADOR</b>		Código: V2-PR01
	<b>INFORMACIÓN Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b>		Página 11 de 14
	Revisó: Líder del proceso	Aprobó: Rector	Versión: 01

P-H-V-A	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
11A	Establecer el plan de acción	Líder de cada proceso	Se establecen las Acciones, indicando el responsable que llevará a cabo la acción. Ver el <b>V2- GU03 Técnicas estadísticas y de análisis de datos</b> . Se establece en el numeral 7 "Plan de acción"
12P	Implementar el plan de acción	Líder de cada proceso	Se indica la fecha de implementación del plan de acción, fijando una fecha de cierre. Cuando se cierra la acción se debe indicar la fecha real de cierre.
13H	Realizar seguimiento a la implementación de las acciones planteadas	Líder de cada proceso	Se verifica la ejecución de la acción.
14V	Determinar si se eliminó la causa y fue eficaz	Líder de cada proceso	Se determina si la acción fue eficaz. Si no se elimina la causa, debe tomarse una nueva Acción AC / AP y establecer su número para mantener trazabilidad.  El líder de gestión de la información y de la mejora hace un seguimiento a las fechas propuestas de cierre con el líder de cada proceso para asegurar su implementación en general se deja registro en el <b>V2- GU03 Técnicas estadísticas y de análisis de datos</b> . Se establece en el numeral 8 y 9 "Verificación y eficacia"
15V	Retroalimentar	Líder de gestión de mejoras	La retroalimentación se hará de dos maneras: La primera en el <b>V1-FR03 Informe de gestión y reporte de indicadores</b> que presenta cada líder a la Alta Dirección y en el segundo unas <b>Notas de calidad</b> , denominadas "avances en procesos" que hace el Coordinador de Calidad y que se publican en la Cartelera de calidad.
17A	Hacer seguimiento a la Gestión del proceso  <b>FIN</b>	Líder de gestión de mejoras	A partir de los seguimientos del proceso se reportan los indicadores de Gestión. Se hace seguimiento en comité de calidad a partir de los resultados de los Informes de Gestión Se presenta trimestralmente informe de gestión del proceso y anualmente para la revisión por la dirección.

## 5 CONTROL DE REGISTROS:

IDENTIFICACIÓN		RESPONSABLE ARCHIVO	ACCESO		LUGAR Y FORMA DE ARCHIVO	TIEMPO DE CONSERVACIÓN Y DISPOSICIÓN FINAL
CÓDIGO	NOMBRE		R	G		
V2-FR01	Control de revisión y aprobación de documentos	Líder de cada proceso/Administrador Documental		X	Físico: carpeta en rectoría	Permanente
V2-FR02	Listado maestro de documentos	Líder de Información y mejoramiento		X	<b>Electrónico:</b> menú inicio/ todos los programas/carpeta en línea/Docs aprobados PDF	Permanente
V2-FR03	Reporte y Seguimiento de NC, ACP y SQR	Líder de cada Proceso		X	<b>Electrónico:</b> menú inicio/ todos los programas/carpeta en línea/Docs aprobados PDF registros/V2 información y mejoramiento	Permanente
V2-FR04	Plan, Listado e informe de auditoría	Líder de Información y mejoramiento	X		<b>Electrónico:</b> menú inicio/ todos los programas/carpeta en línea/Docs aprobados PDF registros/V2 información y mejoramiento	Permanente
V2-FR05	Comunicado General	Líder de Información y mejoramiento/Administrador Documental		X	<b>Electrónico:</b> menú inicio/ todos los programas/carpeta en línea/Docs aprobados PDF registros/V2 información y mejoramiento	2 años y luego se destruye

	<b>INSTITUCIÓN EDUCATIVA EL SALVADOR</b>		Código: V2-PR01
	<b>INFORMACIÓN Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b>		Página 12 de 14
	Revisó: Líder del proceso	Aprobó: Rector	Versión: 01

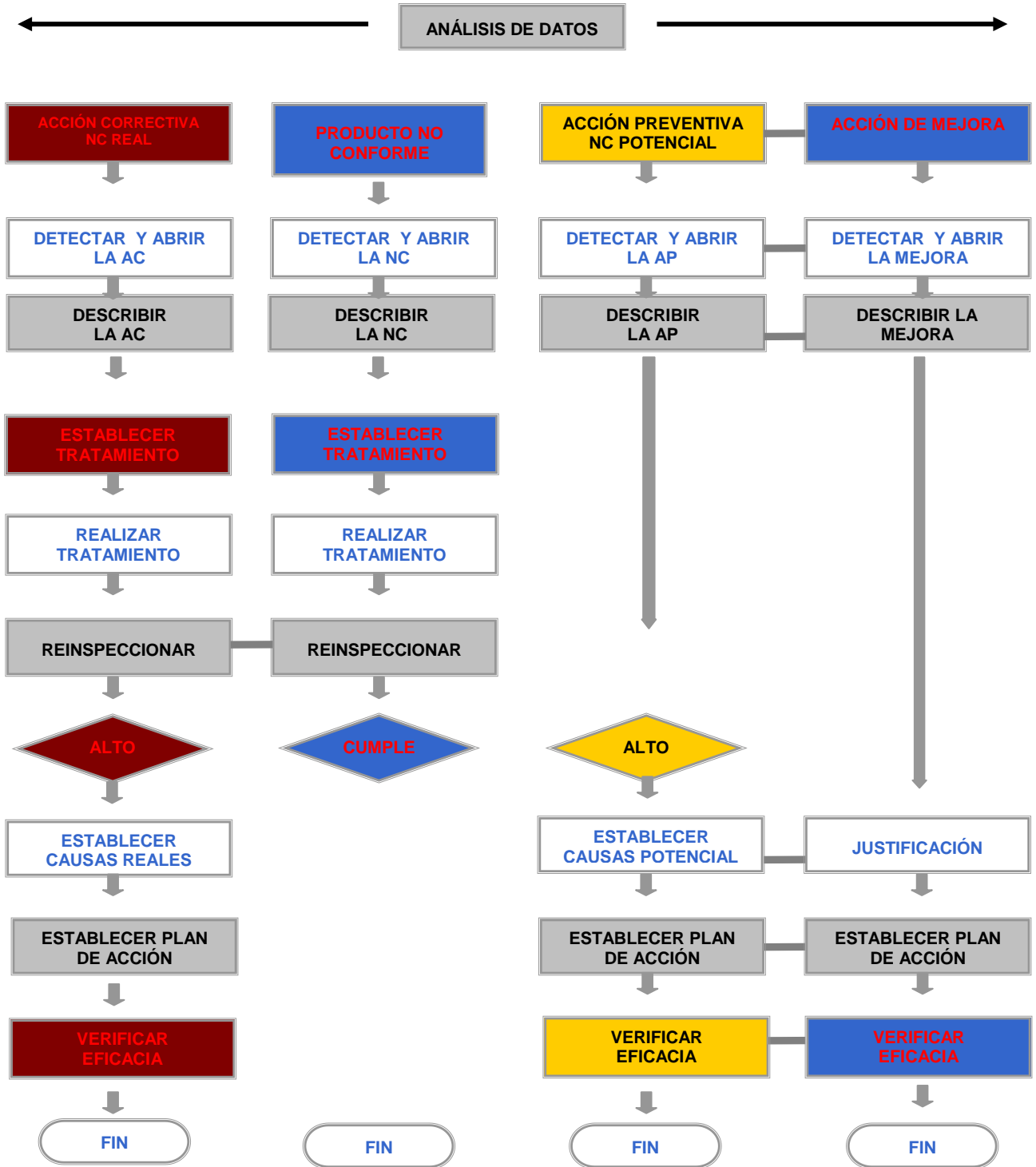
IDENTIFICACIÓN		RESPONSABLE ARCHIVO	ACCESO		LUGAR Y FORMA DE ARCHIVO	TIEMPO DE CONSERVACIÓN Y DISPOSICIÓN FINAL
CÓDIGO	NOMBRE		R	G		
V2-FR06	Sugerencias, Quejas y reconocimientos	Líder de Información y mejoramiento		X		2 años y luego se destruye


R: Restringido G: General

	<b>INSTITUCIÓN EDUCATIVA EL SALVADOR</b>		Código: V2-PR01
	<b>INFORMACIÓN Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b>		Página 13 de 14
	Revisó: Líder del proceso	Aprobó: Rector	Versión: 01

## 6. ANEXOS

**Anexo 1** Cuadro comparativo para el control del producto no conforme NC, AC, AP Y AM



	<b>INSTITUCIÓN EDUCATIVA EL SALVADOR</b>		Código: V2-PR01
	<b>INFORMACIÓN Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b>		Página 14 de 14
	Revisó: Líder del proceso	Aprobó: Rector	Versión: 01

## ANEXO 2. PASOS PARA LA ATENCIÓN DE SUGERENCIAS, QUEJAS Y RECONOCIMIENTOS

<p><b>1. Definir los medios por los cuales se reciben sugerencias, quejas y reconocimientos</b> La recepción de sugerencias, reconocimientos, quejas y reclamos se hacen a través del buzón de sugerencias diligenciando el formato <b>V2-FR06 Sugerecias, Quejas y reconocimientos</b></p>
<p><b>2. Dar a conocer a la comunidad el manejo de sugerencias, quejas y reconocimientos:</b> Informar y capacitar al personal en el uso del servicio del buzón y otros medios para la comunicación de sugerencias y el diligenciamiento correcto del formato <b>V2-FR06 Sugerecias, Quejas y reconocimientos</b>. Esto se hace mediante charlas, circulares y en el momento de inducción.</p>
<p><b>3. Recibir sugerencias, quejas y reconocimientos</b> El líder del proceso de gestión de mejoras abre los buzón de sugerencias cada 5 días hábiles, lee las sugerencias, quejas y reconocimientos presentados. Cuando la SQR no se encuentra diligenciada en el formato respectivo, debe entregarse al líder de gestión de mejoras quien diligencia <b>V2-FR06 Sugerecias, Quejas y reconocimientos</b>, adjuntándole el original de la SQR</p>
<p><b>4. Entregar sugerencias, quejas y reconocimientos al proceso responsable de dar solución</b> El líder determina el responsable y remite el formato <b>V2-FR06 Sugerecias, Quejas y reconocimientos</b>, al proceso responsable que debe dar solución a la situación expresada.</p>
<p><b>5. Analizar y dar solución a la situación expresada.</b> El líder del proceso responsable debe analizar y dar respuesta a las quejas expresadas en un tiempo de 5 días hábiles. Para ello debe diligenciar la parte posterior del formato <b>V2-FR06 Sugerecias, Quejas y reconocimientos</b>, que es de uso exclusivo de la institución. Cuando se trata de una sugerencia se debe analizar su viabilidad y confirmar a quien la solicitó que se está estudiando.</p>
<p><b>6. Dar respuesta al usuario</b> Registrar en el formato <b>V2-FR06 Sugerecias, Quejas y reconocimientos</b> la solución dada.  Comunicar al interesado el análisis de la situación y solución dada. Registrar el medio a través del cual se dio respuesta (escrito, personal, telefónico, publicación general). Parte posterior del formato <b>V2-FR06 Sugerecias, Quejas y reconocimientos</b> Cuando es un reconocimiento publicarlo en cartelera</p>
<p><b>7. Hacer seguimiento a atención a sugerencias, quejas y reconocimientos</b> Acompañar a los líderes de procesos en la atención de sugerencias, quejas y reconocimientos y velar por una respuesta oportuna y solución eficaz. Se deja registro de ejecución, eficacia y satisfacción del demandante en <b>V2-FR03 Reporte y Seguimiento de NC, ACP y SQR</b></p>
<p><b>8. Presentar consolidado</b> El líder del proceso de Mejoras analiza con las herramientas de análisis de datos, los resultados generales de sugerencias y quejas y presenta a la gerencia el resultado de dicho análisis.</p>
<p><b>9. Definir acciones correctivas, preventivas y de mejora</b> Determinar acciones eficaces para elevar la satisfacción del cliente. cuando una queja de bajo impacto se abre una NC, si es de alto impacto se debe abrir una acción correctiva AC cuando se recibe una sugerencia se abre una AP, Cuando se recibe una Reconocimiento se evalúa la necesidad de abrir una AM.</p>
<p><b>10. Informar a la Empresa</b> Comunicar a la institución la gestión del servicio de recepción de sugerencias, quejas y reclamos a través de diversos medios: en la cartelera de calidad, reuniones, entre otras.</p>

### CONTROL DE MODIFICACIONES DE DOCUMENTOS:

VERSION:	DESCRIPCION DE LA MODIFICACIÓN