RESOLUCIÓN RECTORAL No. 100 de 2017
(18 de julio de 2017)

Por medio del cual se reglamenta la metodología para la gestión del Plan de Mejoramiento Institucional.

EL RECTOR DE LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA CLARETIANA- Uniclaretiana, en uso de sus atribuciones legales y estatutarias y,

CONSIDERANDO:

Que la Fundación Universitaria Claretiana-Uniclaretiana mediante Acuerdo Superior N°015 de 2016, adoptó la política de calidad y creó el Sistema de Gestión de Calidad bajo los requisitos de la norma NTC-ISO 9001:2015, en correspondencia con el Plan de Desarrollo 2014-2017, en específico con el proyecto denominado "Todos por la Calidad", que tiene por objetivo: "Facilitar el desarrollo efectivo de la gestión institucional mediante la articulación de la estructura académica y administrativa bajo los altos estándares de planeación estratégica, calidad y aplicación de las tecnologías que permitan aumentar la satisfacción de los grupos de interés, el logro de los objetivos institucionales y el mejoramiento continuo".

Que mediante la expedición del Acuerdo Superior N°001 del 2017, se modificó la política de calidad y la conformación del Sistema de Gestión de Calidad por una Política Integrada de Gestión y un Sistema Integrado de Gestión, bajo los requisitos de la norma NTC-ISO 9001, del capítulo sexto del Decreto 1072 de 2015, y el Modelo de Autoevaluación y Acreditación.

Que la norma NTC-ISO 9001:2015 estipula la mejora como uno de los principios de gestión, por lo tanto, en el requisito 10.1, establece la necesidad de "determinar y seleccionar las oportunidades de mejora e implementar cualquier acción necesaria para cumplir con los requisitos del cliente y aumentar la satisfacción del cliente", así mismo, en el requisito 10.3 establece la necesidad de que la institución "mejore continuamente la conveniencia, adecuación y eficacia del Sistema de Gestión de Calidad".

Que en el artículo 2.2.4.6.34 del capítulo 6 del decreto 1072 de 2015, se establece que: "el empleador debe dar las directrices y otorgar los recursos necesarios para la mejora continua del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), con el objetivo de mejorar la eficacia de todas sus actividades y el cumplimiento de sus propósitos".

Que el Modelo de autoevaluación y acreditación institucional se fundamenta en los requisitos establecidos en los Lineamientos de Acreditación de Programas e Institucional del Consejo Nacional de Acreditación (CNA), los cuales determinan que la acreditación es: "un instrumento para promover y reconocer la dinámica del mejoramiento de la calidad y para precisar las metas de desarrollo institucional, por consiguiente, implica la promoción de la cultura de la calidad en las instituciones y, por ende, la generación de sistemas de evaluación permanente y de mejoramiento continuo",

Que la Política Integrada de Gestión establece como uno de los compromisos de la Institución: "generar la construcción de planes de mejoramiento, derivados de las fortalezas y debilidades como resultados de las evaluaciones realizadas de la gestión".

Que mediante el procedimiento PGM-02 Implementación de acciones correctivas y/u oportunidades de mejora, aprobado en sesión ordinaria número 10 del Comité de Calidad, se documentó la metodología para la formulación, entrega, trámite, monitoreo y expedición de informes relacionados con el Plan de Mejoramiento Institucional,

Que ante las dinámicas institucionales se hace necesario expedir un acto administrativo mediante el cual se adopte para todos los procesos de la institución, el Plan de Mejoramiento Institucional conforme a lo establecido en el PGM-02 Implementación de acciones correctivas y/u oportunidades de mejora, a fin de disponer lo relativo a las actividades, responsables, fechas, resultados y demás aspectos relativos a la formulación, entrega, ejecución, monitoreo y expedición de informes relacionados con el Plan de Mejoramiento Institucional.

En mérito de lo anteriormente expuesto,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO. PLAN MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL. Se entiende el Plan de Mejoramiento Institucional de la Fundación Universitaria Claretiana-Uniclaretiana, como un instrumento de gestión que consolida las acciones correctivas y oportunidades de mejora que se han propuesto respectivamente, para eliminar la causa raíz de una no conformidad o para lograr los beneficios de un aspecto por mejorar para cada uno de los procesos de la Institución, contribuyendo así, a mejorar continuamente la conveniencia, adecuación y eficacia del Sistema Integrado de Gestión.

Parágrafo 1. El Plan de Mejoramiento Institucional deberá ser **coherente**, es decir, que el análisis de causas y beneficios deberá estar consignado en el formato *FGM05 Análisis de causas y beneficios*, al igual que deberá corresponder con las no conformidades o aspectos por mejorar identificados; por otra parte, las acciones y las fechas propuestas para eliminar las no conformidades o lograr los beneficios, deberán ser registradas en el *FGM04 Plan de Mejoramiento Institucional* y corresponder a una fecha posterior a la entrega del plan; e **Íntegro**, pues debe propender por la completitud de los documentos descritos anteriormente, en cumplimiento con lo establecido en el *PGM-02 Implementación de acciones correctivas y/u oportunidades de mejora* y en la *GGM-01 Análisis de no conformidades y/u oportunidades de mejora.*

ARTICULO SEGUNDO. OBLIGATORIEDAD. Todos los procesos de la Institución estarán en el deber de presentar a la Coordinación de Calidad, el Plan de Mejoramiento Institucional correspondiente, para eliminar la causa raíz de una no conformidad o para lograr los beneficios de un aspecto por mejorar, independiente de la fuente por donde se haya originado la situación.

Parágrafo 1. El Plan de Mejoramiento Institucional deberá ser presentado a la Coordinación de Calidad, en un máximo de diez (10) días hábiles luego de haberse detectado la necesidad de implementar una acción correctiva u oportunidad de mejora. El documento deberá ser diligenciado y guardado en la carpeta electrónica del drive que se ha creado para tal fin, la cual ha sido compartida previamente a cada uno de los correos electrónicos de los líderes correspondientes.

Parágrafo 2. El líder del proceso podrá solicitar prórroga por escrito debidamente justificada, por una sola vez, ante el Rector (a), con anterioridad no inferior a cinco (5) días hábiles antes de la fecha de vencimiento de la entrega del Plan de Mejoramiento Institucional. El Rector (a) o quien este delegue, analizará el caso y autorizará o negará la solicitud de la prórroga informando la decisión tomada al Líder del proceso y al Coordinador (a) de Calidad.

Parágrafo 3. El Rector (a) o a quien este delegue, podrá otorgar la prórroga de los plazos establecidos, por un término máximo de ocho (8) días hábiles y tendrá un plazo de cuatro (4) días hábiles, contados a partir de la fecha de recepción de la solicitud para resolverla, fecha después de la cual, si no existe pronunciamiento, se entenderá no otorgada.

Parágrafo 4. El incumplimiento injustificado por parte del líder del proceso dará lugar a adelantar un proceso disciplinario de acuerdo con lo establecido en el capítulo XVI del reglamento interno de trabajo.

ARTICULO TERCERO. RESPONSABILIDAD. El líder del proceso junto con su equipo de trabajo será el responsable de analizar las causas de las no conformidades y los beneficios de los aspectos por mejorar, así como, formular, ejecutar y controlar el Plan de Mejoramiento Institucional correspondiente de acuerdo con lo establecido en el procedimiento *PGM-02 Implementación de acciones correctivas y/u oportunidades de mejora* y en el *GGM-01 Análisis de no conformidades y/u oportunidades de mejora*.

Parágrafo 1. La Coordinación de Calidad podrá brindar asesoría para la formulación, entrega y ejecución del Plan de Mejoramiento Institucional, previa solicitud diligenciada por el líder del proceso de acuerdo con el formulario *FGM07 Solicitud asesoría de calidad*, que se encuentra publicado en la plataforma del Micrositio Web de SINCLA en la sección de formatos del proceso de Gestión del Mejoramiento

ARTICULO CUARTO. MONITOREO. La Coordinación de Calidad será la dependencia responsable de realizar el seguimiento a la formulación, entrega y ejecución del Plan de Mejoramiento Institucional, previa fecha establecida, la cual deberá ser en el intermedio de la fecha determinada para finalizar la ejecución de la acción.

Parágrafo 1. La Coordinación de Calidad tendrá un tiempo máximo de ocho (8) días hábiles para pronunciarse frente a la coherencia e integridad del Plan de Mejoramiento Institucional presentado por el líder del proceso de acuerdo con las fechas establecidas para el cumplimiento de las acciones planteadas y con el parágrafo 1 del artículo segundo de la presente resolución.

Parágrafo 2. El pronunciamiento podrá ser con observaciones o sin observaciones. En caso de contener observaciones, el líder del proceso tendrá cinco (5) días hábiles para dar respuesta a lo solicitado, para lo cual la Coordinación de Calidad, tendrán cinco (5) días hábiles para emitir un nuevo pronunciamiento. El pronunciamiento sin observaciones deberá contener las fechas establecidas para realizar seguimiento, las cuales también deberán quedar consignadas en el Plan de Mejoramiento Institucional, en este caso el líder del proceso tendrá tres (3) días hábiles a partir de la notificación de las fechas de seguimiento para solicitar justificadamente un cambio.

Parágrafo 3. El líder del proceso correspondiente deberá realizar el monitoreo y seguimiento a las acciones que se encuentren contenidas dentro del Plan de Mejoramiento Institucional, que sean responsabilidad de otra dependencia, pues la Coordinación de Calidad no realizará el seguimiento a los responsables de las acciones sino al líder del proceso del Plan de Mejoramiento Institucional.

Parágrafo 4. La Coordinación de Calidad realizará el seguimiento periódico al cumplimiento de la ejecución de las actividades de acuerdo con las fechas establecidas para realizar el seguimiento y para terminar la actividad, las cuales estarán consignadas en el Plan de Mejoramiento Institucional.

ARTÍCULO QUINTO. DEL PRIMER SEGUIMIENTO. En el primer seguimiento, la Coordinación de Calidad, verificará la existencia de evidencias que permitan asegurar que se está trabajando en pro del cumplimiento de la acción, registrando los resultados del mismo en el Plan de Mejoramiento Institucional, haciendo las recomendaciones de forma y metodológicas, así como, identificando las acciones correctivas y/u oportunidades de mejora que se puedan presentar las cuales deberán ser tramitadas de acuerdo con lo descrito en la

presente resolución y en el *PGM-02 Implementación de acciones correctivas y/u oportunidades de mejora*.

Parágrafo 1. La Coordinación de Calidad, recordará al líder del proceso la fecha del seguimiento con una antelación de (5) días hábiles a la fecha programada, por su parte, el líder del proceso podrá solicitar con previa justificación, reprogramar la fecha de seguimiento una sola vez con previa notificación de un (1) día hábil antes de la fecha inicialmente pactada.

ARTÍCULO SEXTO: DEL SEGUNDO SEGUIMIENTO. El segundo seguimiento consistirá en la revisión de la entrega de los productos asociados con las actividades. Los productos deberán ser cargados en la carpeta determinada para tal fin de acuerdo con lo establecido en el procedimiento *PGM-02 Implementación de acciones correctivas y/u oportunidades de mejora*.

La Coordinación de Calidad emitirá un pronunciamiento de la satisfacción de la entrega de los productos en un tiempo máximo de (3) días hábiles a la notificación de la entrega del producto, verificando la completitud y la forma de los productos, más no el fondo del contenido. El pronunciamiento podrá ser con observaciones o sin observaciones, en caso de presentarse observaciones el líder del proceso tendrá tres (3) días hábiles para dar respuesta y la Coordinación de Calidad tendrá otros tres (3) días hábiles para emitir el nuevo pronunciamiento.

Parágrafo 1: La Coordinación de Calidad, recordará al Líder del proceso la entrega de los productos con una antelación de (5) días hábiles a la fecha de entrega establecida, por su parte, el líder del proceso deberá notificar a la Coordinación de Calidad la entrega del producto, un día (1) hábil después de la fecha establecida para tal fin.

ARTICULO SÉPTIMO. EXPEDICIÓN DE INFORMES. La Coordinación de Calidad, consolidará todos los Planes de Mejoramiento de los procesos de la Institución y presentará en cada consejo académico y administrativo el estado de avance en el cumplimiento de las acciones formuladas para la gestión académica y administrativa.

ARTICULO OCTAVO. VIGENCIA Y ÁMBITO DE APLICACIÓN. La presente resolución rige a partir de su firma y publicación y será aplicable para todos los procesos que conformen el

Sistema Integrado de Gestión de la Institución en cada una de las sedes o CAT donde se haga presencia.

¡PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE!

Para Mayor constancia, se firma hoy dieciocho (18) de julio de dos mil diecisiete (2017), en la ciudad de Quibdó.

JOSÉ OSCAR CÓRDOBA LIZCANO
Rector

DANIZA LEONELA HINESTROZA J.
Secretaria General

Elaboró: Coordinador de Calidad
Rector

Revisó: Secretaria General

Aprobó: