
	INSTITUCIÓN EDUCATIVA LOS GÓMEZ <i>“Pensando en las futuras generaciones, construimos hoy; conocimiento, respeto y democracia”</i>	 CO-SC-CER352434
CÓDIGO:MI-CP-01	CARACTERIZACIÓN Y PROCEDIMIENTO GESTIÓN DE EVALUACION Y MEJORAS	VERSIÓN: 2

1. CARATERIZACIÓN

OBJETIVO: Favorecer el mejoramiento institucional y la prestación del servicio, a través del desarrollo de acciones de mejoramiento y el control a documentos y registros.	RESPONSABLE: Líder del proceso (docente delegado)				
INDICADORES - <u>Eficacia en la gestión de mejoras</u> - <u>Nivel de Satisfacción de Beneficiarios</u>	ALCANCE: Aplica para la evaluación de satisfacción, la atención de SQF, la intervención de servicios no conformes, auditorías internas y generación de acciones de mejora (correctivas, preventivas y de mejora). Abarca desde la identificación de fuentes de mejoramiento, hasta la verificación de eficacia de las acciones. Incluye el mejoramiento del proceso. Aplica para el control de documentos y registros del sistema de gestión de calidad.				
PARTICIPANTES: Líderes de Procesos, Usuarios del SGC (docentes, padres de familia, estudiantes, partes interesadas, auditores).	FACTORES CLAVES DE ÉXITO: - Competencia de los auditores - Instrumentos de evaluación claros y comprensibles - Comunicación ágil y oportuna. - Atención oportuna a necesidades de mejoramiento - Confidencialidad en la información - Convencimiento y compromiso con la mejora continua. - Claridad en la interpretación del servicio no conforme - Análisis de resultados para la toma de decisiones - Conectividad para el acceso a documentos.				
PROVEEDORES	ENTRADAS	ACTIVIDADES	SALIDAS	CLIENTES	
Todos los procesos de SGC Comunidad Educativa	Necesidades de mejora identificadas Sugerencias, quejas y felicitaciones Percepción del servicio.	- Identificar fuentes de mejoramiento institucional - Realizar evaluación de satisfacción - Intervenir S, Q y F - Realizar auditorías internas del SGC - Identificar y controlar los Servicio No Conforme - Establecer necesidad de mejoramiento. - Generar acciones de mejora - Reportar acciones de mejora para su	Nivel de Satisfacción Sugerencias y quejas atendidas oportunamente Acciones de mejora intervenidas. Informe de Auditorias Informe de gestión de mejoras	Comunidad educativa Todos los procesos del SGC	



CARACTERIZACIÓN GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO INTITUCIONAL

		registro y seguimiento. - Implementar acciones de mejora - Verificar estado y eficacia de las acciones generadas - Verificar eficacia del proceso - Generar mejoramiento del proceso		
Todos los procesos del SGC Entidades externas	Necesidades de documentos y requisitos	Controlar documentos del SGC Controlar registros del SGC	Documentos y registros controlados	

RECURSOS	REQUISITOS	CONTROLES	DOCUMENTOS	REGISTROS
<p>-Talento Humano: Participantes del proceso.</p> <p>-Tecnológicos: Equipo de cómputo, Equipos audiovisuales, servicio de internet, pagina web</p> <p>-Físico: Archivadores, papelería, muebles y enseres, oficina.</p>	<p>Norma ISO 9001: 4.2.3, 4.2.4, 7.2.3, 8.2, 8.2.1, 8.2.2, 8.2.3, 8.3, 8.4, 8.5.</p> <p>Norma ISO 19011/2012</p> <p>Ley: Ley 115 del 94 Art. 14, 141</p> <p>Decreto 1075 de 2015</p>	<p>- Al cumplimiento de cronograma de actividades de mejoras.</p> <p>- A la intervención de las acciones de mejora.</p> <p>- Adecuado análisis de causas y plan de acciones correctivas, preventivas y de mejora.</p> <p>- Cierre oportuno de los hallazgos de las auditorias internas.</p> <p>- Cierre oportuno de NC u OM.</p> <p>- Quejas y reclamos atendidos oportunamente y satisfactorios.</p> <p>- Uso de documentos vigentes</p> <p>- Cumplimiento de condiciones de almacenamiento de registros</p>	<p>-Caracterización Evaluación y Mejora de la Gestión</p> <p>- Matriz de Servicio No Conforme</p> <p>- Listado Maestro de Documentos.</p> <p>- Base de datos de mejoras</p>	<p>- Acciones de mejoramiento</p> <p>- Base de Datos de mejoras</p> <p>- Evaluación de Satisfacción</p> <p>- Consolidado Evaluación de Satisfacción</p> <p>- Atención de SQF</p> <p>- Programa de Auditorias</p> <p>- Plan de Auditorias</p> <p>- Listados de Verificación</p> <p>- Informe de Auditorias</p> <p>- Evaluación de Auditores</p>



2 DEFINICIONES

AUDITORÍAS

- **Alcance de la auditoría:** Extensión y límites de una auditoría.
- **Auditado:** Organización que es auditada.
- **Auditor:** Persona con la competencia para llevar a cabo una auditoría.
- **Auditoría:** Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de auditoría.
- **Cliente de auditoría:** Organización o persona que solicita una auditoría.
- **Competencia:** atributos personales y aptitud demostrada para aplicar conocimientos y habilidades.
- **Conclusiones de una auditoría:** Resultado de una auditoría que proporciona el equipo auditor tras considerar los objetivos de la auditoría y todos los hallazgos de la auditoría.
- **Conformidad:** Cumplimiento de un requisito.
- **Criterios de auditoría:** Conjunto de políticas, procedimientos o requisitos utilizados como referencia.
- **Diagnóstico Institucional:** Mecanismo de recolección y análisis de la información sobre el medio que rodea a la institución, las necesidades y expectativas de la comunidad educativa, el concepto interno y externo de sus clientes, a fin de identificar las debilidades, fortalezas, amenazas y oportunidades existentes para iniciar el proceso de mejoramiento.
- **Equipo auditor:** Uno o más auditores que llevan a cabo una auditoría, con el apoyo, si es necesario, de expertos técnicos.
- **Evidencia de la auditoría:** Registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que son pertinentes para los criterios de auditoría y que son verificables.
- **Experto técnico:** Persona que aporta conocimientos o experiencia específicos al equipo auditor.
- **Hallazgos de la auditoría:** Resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría recopilada frente a los criterios de auditoría.
- **No conformidad:** Incumplimiento de un requisito.
- **Plan de auditoría:** Descripción de las actividades y de los detalles acordados de una auditoría.
- **Programa de la auditoría:** Conjunto de una o más auditorías planificadas para un periodo de tiempo determinado y dirigidas hacia un propósito específico.
- **Registro:** Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.
- **Requisito:** Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.
- **Revisión:** Actividad emprendida para asegurar la conveniencia, la adecuación y eficacia del tema objeto de la revisión, para alcanzar unos objetivos establecidos.



SUGERENCIA, QUEJA Y FELICITACION

- **Queja:** Insatisfacción respecto a la calidad en la atención.
- **Satisfacción (del cliente):** Percepción del cliente sobre el grado en se han cumplido sus requisitos
- **Sugerencia:** Idea que se sugiere, proposición, hacer entrar en el ánimo de uno una idea o especie.
- **Felicitación:** Reconocimiento positivo frente al servicio educativo.

ACCION CORRECTIVA, PREVENTIVA, CORRECTIVO Y DE MEJORA

- **Acción correctiva:** Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación.
- **Acción preventiva:** Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra potencialmente indeseable.
- **Correctivo:** Acción tomada de inmediato para eliminar una queja, sugerencia o servicio no conforme
- **Plan de acción:** Tareas o acciones operativas que debe realizar cada departamento, área o persona para concretar estrategias clave en un plan operativo que permita su monitoreo, seguimiento y evaluación.
- **Seguimiento al proceso:** Descripción no detallada de las actividades que se realizan en un procedimiento.
- **Calidad:** Grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos.
- **Mejora continua:** Actividad recurrente para aumentar la capacidad para cumplir los requisitos.
- **Mejora de la calidad:** Parte de la gestión de la calidad orientada a aumentar la capacidad de cumplir con los requisitos de la calidad.
- **Objetivo de la calidad:** Algo ambicionado o pretendido, relacionado con la calidad.
- **Eficacia:** Extensión en la que se realiza las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados.
- **Eficiencia:** Relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados.



3. CONDICIONES GENERALES

- La mejora continua es una gestión transversal, que implica a todos los procesos; Por tanto, los Líderes de proceso deben conocer este documento, referente para la intervención de no conformidades, acciones correctivas, preventivas y de mejora.
- Fuentes de detección de No conformidades (NC) y Acciones correctivas, correctivos, Preventivas y Oportunidades de Mejora (ACCPM).

C	AC	AP	AM	FUENTES
	X	X	X	Seguimiento a la política y objetivos de calidad
X	X	X	X	Prestación del servicio educativo
	X	X		Seguimiento a no conformidades
	X	X	X	Seguimiento al desempeño de procesos
X	X	X	X	Seguimiento o necesidades de recursos (equipos, ambiente de trabajo y mantenimiento)
		X	X	Cambios que podrían afectar el SGC
	X	X	X	Resultados de indicadores
	X	X	X	Análisis de datos
	X	X	X	Auditorías internas
		X	X	Revisión por la dirección
X	X	X	X	Competencia y desempeño del personal
X	X	X	X	Satisfacción del cliente
X	X	X	X	Sugerencias y quejas SQF
X	X	X	X	Desempeño de proveedores

- En caso de requerirse subcontratar el servicio de auditoría interna, esta debe acogerse al procedimiento institucional, para la realización de los ciclos de auditorías internas.
- Todo proceso es responsable de su propio mejoramiento, gestionado en cabeza del Líder del Proceso correspondiente.
- Las mejoras dadas en los procesos, deben estar orientadas más hacia el desarrollo de acciones preventivas y oportunidades de mejora, que hacia acciones correctivas.
- El Procedimiento Gestión de Mejoras, define el método para la intervención de No Conformidades Reales o Potenciales y Oportunidades de Mejora, a partir de la definición de acciones correctivas, correctivos, preventivas y de mejora respectivamente. Como se define en el siguiente diagrama:

**4. PROCEDIMIENTO ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA**

Nº	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN	DOCUMENTOS. Y/O REGISTRO
1P	IDENTIFICAR FUENTES DE MEJORAMIENTO	Líder del proceso	<p>Se definen las fuentes a través de las cuales se podrán identificar necesidades de mejoramiento (acciones correctivas, correctivos, preventivas y de mejora) desde cada uno de los procesos.</p> <p>Dichas fuentes se deben actualizar permanentemente, según las necesidades de los procesos y el SGC y se relacionan en la condición general 2.</p> <p>Se deben dar a conocer las fuentes definidas a todos los líderes de procesos, de tal forma que se reconozcan como tal durante la gestión de los procesos.</p>	Formato acciones de mejora de procesos
2H	REALIZAR EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN	Líder del proceso	Ver numeral 4.1	
3H	INTERVENIR SQF	Líder del proceso	Ver numeral 4.2	
4V	IDENTIFICAR Y CONTROLAR LOS SERVICIO NO CONFORME	Líder del proceso	Ver numeral 4.3	
5H	REALIZAR AUDITORÍAS INTERNAS DEL SGC	Líder del proceso y líder de auditorias	Ver numeral 4.4	
6H	ESTABLECER NECESIDAD DE MEJORAMIENTO.	Líderes de procesos	<p>Durante la ejecución, seguimiento y evaluación del proceso, se identifican las necesidades de mejoramiento, a partir de las fuentes definidas (ver condiciones generales).</p> <p>Dichas fuentes permiten establecer las acciones correctivas, correctivos, preventivas y de mejora, requeridas para el fortalecimiento en la gestión de los procesos y la prestación del servicio.</p>	Acciones de Mejoramiento

**CARACTERIZACIÓN GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO INTITUCIONAL**

Nº	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN	DOCUMENTOS. Y/O REGISTRO
7H	GENERAR ACCIONES DE MEJORA	Líderes de procesos	<p>En compañía del equipo del proceso, se generan las acciones de mejora (correctivas, correctivos preventivas y de mejoramiento), para la intervención de las necesidades de mejoramiento (no conformidades reales, potenciales y oportunidades de mejora).</p> <p>Dichas acciones deben permitir la intervención eficaz de la necesidad. Bien sea la eliminación de la no conformidad o la obtención del beneficio esperado por la oportunidad.</p> <p>Para la generación de las acciones de mejora, se debe tener en cuenta si esta es correctiva, preventiva o de mejora (ver condición general 3) e intervenirla según el tipo de necesidad.</p> <p>Aquellas acciones de mejora que se generen durante el año lectivo, deberán ejecutarse y cerrarse previo a la finalización del mismo.</p>	Acciones de Mejoramiento
8H	REPORTAR ACCIONES DE MEJORA PARA SU REGISTRO Y SEGUIMIENTO.	Líder del proceso	Finalizando cada periodo académico, en reunión de Comité de Calidad o a nivel individual con cada líder de proceso, se identifican las acciones generadas durante el periodo y se relacionan en la base de datos de Mejoras.	Base de Datos de Mejoras
9H	IMPLEMENTAR ACCIONES DE MEJORA	Líderes de procesos	Se socializa el plan acción ante las instancias que participarán en la intervención de la necesidad de mejoramiento y se ejecuta según lo establecido en éste.	Evidencias de intervención
10V	VERIFICAR ESTADO Y EFICACIA DE LAS ACCIONES GENERADAS	Líderes de procesos Líder de Mejoras	<p>Finalizando cada periodo académico, en comité de calidad o reunión individual con cada líder de proceso, se revisa el estado de las acciones de mejoramiento abiertas en cada proceso, para establecer cómo se han intervenido. Se relaciona su estado en la base de datos de mejoras.</p> <p>Una vez se termine de ejecutar el plan de acción definido, el líder del proceso hace el seguimiento a la intervención de las acciones, relacionando su cumplimiento y resultados alcanzados en el registro</p>	Acciones de Mejoramiento Base de datos de mejoras

**CARACTERIZACIÓN GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO INTITUCIONAL**

Nº	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN	DOCUMENTOS. Y/O REGISTRO
			de Acciones de Mejoramiento, numeral #7 Una vez se haya culminado la ejecución de la acción de mejora, el líder de mejora determina, en compañía del líder de proceso respectivo, la eficacia de las acciones tomadas, relacionándolo en el seguimiento a las acciones y estableciendo las evidencias de la eficacia.	
11V	VERIFICAR EFICACIA DEL PROCESO	Líder del proceso	Para asegurar la eficacia del proceso, es necesario efectuar los controles establecidos, descritos a continuación: <ul style="list-style-type: none">- Al cumplimiento de cronograma de actividades de mejoras.- A la intervención de las acciones de mejora identificadas para cada proceso.- Al adecuado análisis de causas y plan de acciones correctivas, preventivas y de mejora.- Cierre oportuno de los hallazgos auditorías internas.- Cierre oportuno de NC y AM.- Atención oportuna y satisfactoria de quejas y sugerencias- Al desempeño de los auditores internos. En los periodos establecidos, se realiza la medición de los indicadores del proceso y se reportan, a través del Informe de Gestión del Proceso, al momento que se requiera.	Informe de gestión del proceso
12V	GENERAR MEJORAMIENTO DEL PROCESO	Líder del proceso	Cuando se identifique ineficacia del proceso y/o necesidades de mejoramiento en el mismo, se generan acciones de mejora pertinentes en el formato Acciones de Mejoramiento.	Acciones de Mejoramiento

**4. 1 Evaluación de Satisfacción**

Nº	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN	DOCUMENTOS. Y/O REGISTRO
1P	DEFINIR CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN.	Comité de Calidad	<p>1. Se establecen los criterios para la evaluación de satisfacción institucional, como son:</p> <ul style="list-style-type: none">- La encuesta será diseñada/ajustada por el comité de calidad; según las necesidades que se presenten, de acuerdo a lineamientos institucionales y aspectos del servicio que requieran ser evaluados.- Los ítems del instrumento de evaluación deben describir las características sobre las cuales se da la prestación del servicio, para cada uno de los usuarios (padres de familia/acudiente y estudiantes).- El lenguaje del instrumento será contextualizado de acuerdo a las características de la población encuestada. <p>2. Tamaño de la muestra:</p> <ul style="list-style-type: none">- Se hará con base en la población real, correspondiente al total de familias vinculadas con la institución. La determinación de la muestra se hará con base en la herramienta de muestreo establecida. <p>3. Frecuencia de aplicación de la encuesta. Se efectuará una vez al año, en el último periodo del año lectivo.</p> <p>4. La evaluación a estudiantes se aplicará a partir del grado 4° de la básica primaria y a padres de familia/acudientes de todos los niveles educativos que ofrece la institución. La evaluación a padres de familia se aplicará a la muestra establecida en todos los niveles.</p>	Acta de Comité de Calidad Evaluación de Satisfacción Herramienta de Muestreo
2H	APLICAR ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL PERSONAL SELECCIONADO.	Líder del proceso docentes de apoyo	<p>Para Padres de Familia: La evaluación se aplica previo a la finalización del tercer periodo. Los Padres de Familia seleccionados son convocados para que realicen la evaluación, en la entrega de notas del tercer periodo se les notifica a través de comunicación institucional, indicando la hora y lugar de la actividad.</p>	Evaluación de Satisfacción

**CARACTERIZACIÓN GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO INTITUCIONAL**

Nº	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN	DOCUMENTOS. Y/O REGISTRO
			<p>La evaluación a padres de familia se hará a través de encuesta física y una vez aplicada, la persona encargada recoge las evaluaciones y las entrega al Líder de Mejoras para su tabulación.</p> <p><u>Para Estudiantes:</u> La evaluación se aplica según las fechas definidas previamente y se convoca a aquellos estudiantes que fueron seleccionados por la <i>Herramienta de Muestreo y Selección Aleatoria</i>. La evaluación a estudiantes se hará a través de encuesta virtual y una vez finalizada su aplicación, se solicita al personal encargado las evidencias de la evaluación y el cuadro con la tabulación.</p>	
3H	TABULAR RESULTADOS DE LA ENCUESTA	Líder del proceso	<p>Luego de recolectadas las evaluaciones de Padres de Familia, se entregan al Comité de Mejoras para iniciar su tabulación.</p> <p>La tabulación consiste en la identificación de las diferentes valoraciones asignadas a un ítem evaluado, desde la consolidación de todas las encuestas aplicadas. Para la tabulación se hará uso del instrumento de Tabulación y consolidado de Satisfacción</p> <p>El consolidado de la Evaluación de Satisfacción es un instrumento requerido para el diagnóstico estratégico.</p>	Tabulación y Consolidado de Satisfacción
4V	ANALIZAR RESULTADOS OBTENIDOS DE LA EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN	Comité de calidad.	<p>A partir de los resultados consolidados de la evaluación de satisfacción, se analiza la información para determinar si los aspectos evaluados representan una fortaleza o debilidad en la prestación del servicio y priorizar su intervención.</p> <p>Un ítem representa una fortaleza cuando el resultado consolidado es mayor o igual a 80%. En caso contrario, representa una debilidad y por tanto debe intervenir desde la generación de una acción correctiva, por el proceso correspondiente.</p> <p>Los criterios para realizar el análisis de los resultados son:</p>	Consolidado Evaluación de Satisfacción

**CARACTERIZACIÓN GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL**

Nº	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN	DOCUMENTOS. Y/O REGISTRO
			<ul style="list-style-type: none">-Comparación de resultados con la meta.-Comparación del resultado con el periodo anterior.-Identificación de ítems relevantes (positivo y negativo).-Situaciones que generaron los resultados presentados.-Estrategias que se proponen para fortalecer los resultados.-Comparativo de resultados de ítems débiles con el año anterior.-Comparativo de ítems débiles del año anterior con el actual.	
5H	NOTIFICAR ASPECTOS POR MEJORAR.	Líder de Mejoras	Se presentan los resultados consolidados ante el Comité de Calidad, para la determinación de estrategias que requieran ser implementadas en todo el marco del SGC. Así mismo, se notifica a cada líder los resultados de la evaluación correspondientes a su proceso y se establece la fecha que se hará seguimiento a la intervención de los ítems débiles.	Acta de Comité de Calidad
6H	INTERVENIR RESULTADOS QUE AFECTAN O PUEDAN AFECTAR LA SATISFACCIÓN.	Líderes de Procesos	Efectuar las acciones correctivas, preventivas y de mejora que sean necesarias para el fortalecimiento de la prestación del servicio y una mayor satisfacción con el mismo. Las acciones de mejora elaboradas se entregan al Líder de Mejoras para su relación y seguimiento posterior.	Acciones de Mejora
7V	EFECTUAR SEGUIMIENTO A RESULTADOS DE SATISFACCIÓN	Líder del proceso	En Comité de Calidad o reuniones individuales por proceso, se hace seguimiento a las acciones de mejora que se generen para atender los ítems débiles y se relaciona el seguimiento a las acciones en la Base de Datos de Mejoras. Cuando se requiera efectuar seguimientos personalizados a los procesos, estos se programan con los líderes correspondientes.	Base Datos Mejoras
8V	PRESENTAR INFORME DE SATISFACCIÓN	Líder de Mejoras	En los periodos establecidos, se presenta el informe de satisfacción como fuente para la evaluación de la gestión escolar y el diagnóstico institucional. A inicios del año lectivo o cuando se requiera, se socializa con la	Informe de Gestión



CARACTERIZACIÓN GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO INTITUCIONAL

Nº	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN	DOCUMENTOS. Y/O REGISTRO
			Comunidad Educativa los resultados de la evaluación de satisfacción, dando a conocer las acciones de mejora que permitieron intervenir las debilidades del servicio. La información se entrega en las condiciones requeridas desde proceso Direccional/ Estratégico.	



4.2 Atención de Sugerencias, Quejas y Felicitaciones

Nº	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN	DOCUMENTOS. Y/O REGISTRO
1P	DEFINIR CANALES PARA LA RECOLECCIÓN DE SQF	Comité de Calidad	<p>Al inicio del año se establecen los canales a través de los cuales la Comunidad Educativa podrá manifestar sus sugerencias, quejas y/o felicitaciones.</p> <p>Para la definición de los canales, se tendrá en cuenta la aceptación y condiciones de acceso de la comunidad educativa a los mismos.</p> <p>Entre los canales que pueden ser utilizados están: buzón de sugerencias, correo electrónico, página web, verbalmente, orientaciones de grupo, consejo de padres, entre otros.</p>	Acta de Comité de Calidad
2H	DIFUNDIR CANALES PARA LA RECEPCIÓN DE SQF	Líder del Proceso Delegado	<p>Informar y sensibilizar a la Comunidad sobre el uso de los canales definidos para la recepción de SQF, con el fin de motivar, concientizar y generar confianza y credibilidad frente al uso cotidiano de los canales definidos. Así mismo, se debe dar a conocer el adecuado diligenciamiento del formato dispuesto para tal fin.</p> <p>La difusión se hace mediante reuniones, circulares, carteleras y en inducción con el personal, padres de familia y estudiantes, teniendo en cuenta que se haga en ambas sedes.</p> <p>Puede hacerse uso de estrategias que generen expectativas y motiven el adecuado uso de los canales establecidos</p>	Evidencias de Difusión
3H	RECIBIR Y CLASIFICAR LAS SQF	Líder de Proceso / Delegado	<p>Se consultan los canales definidos para la recolección de SQF, mínimo una vez por semana.</p> <p>Cuando la SQF llega en forma personal, carta o por otros medios diferentes a los establecidos, quien la reciba debe persuadir a la persona para que la deje por escrito o él mismo la documente en el formato Exprésate y la entregue posteriormente al Líder de Evaluación y Mejoras o la deposité en el buzón.</p> <p>Solamente se atenderán aquellas SQF que tengan la respectiva identificación de la persona que la manifiesta.</p>	Exprésate Relación Acciones de Mejoras

**CARACTERIZACIÓN GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO INTITUCIONAL**

Nº	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN	DOCUMENTOS. Y/O REGISTRO
4H	REMITIR LAS SQF AL PROCESO CORRESPONDIENTE.	Delegado de cada sede	<p>Previo a la remisión, el responsable de la recolección de SQF en cada sede debe presentarlas al Líder de Mejoras para relacionarlas en la Base de Datos de Mejoras e identificar el consecutivo.</p> <p>Se remite al proceso correspondiente las SQF, para su intervención y se establece la fecha límite para dar respuesta al usuario.</p>	Exprésate
5H	DAR TRATAMIENTO A LAS SQF.	Líderes de Procesos	<p>Se debe dar respuesta, máximo 5 días hábiles después de recibida la SQF se registra en el formato Atención de SQF los datos de la notificación.</p> <p>Todas las sugerencias y quejas deben ser intervenidas desde un tratamiento o correctivo (acción inmediata) y, en caso que la SQF se presente de manera reiterativa o genere un alto impacto, se genera una acción de mejora, según lo establecido en el Procedimiento Mejora Continua.</p> <p>Cuando se manifiestan felicitaciones, se informa al personal que lo haya generado, como estímulo.</p>	Exprésate
6V	VERIFICAR OPORTUNIDAD Y EFICACIA DEL TRATAMIENTO	Líder de Mejoras/ Delegado Líderes de procesos	<p>Finalizando cada periodo, en Comité de Calidad o en reunión individual con cada proceso, se hace seguimiento a las sugerencias y quejas manifestadas y se solicita informe del estado de la intervención al Líder del Proceso correspondiente.</p> <p>En caso que ya se hayan cerrado, el Líder del Proceso que realizó la intervención, establece la eficacia en el tratamiento, a partir de la satisfacción del usuario frente a la misma y la relaciona en el formato Exprésate y la entrega al Líder de Mejoras.</p> <p>El seguimiento se realiza a las sugerencias y quejas relacionadas en la Base de Datos de Mejoras y se establece el estado de las mismas, bien sea: "Abierta" o "Cerradas".</p>	Exprésate Base de Datos de Mejoras
7V	SOCIALIZAR CON C.E ANTENCIONES DE SQF	Líder del Proceso /Delegado	<p>Previo a la entrega del informe de desempeño de estudiantes, se elabora una cartelera en cada sede, donde se publican las SQF más significativas para dar a conocer la intervención dada a cada una de</p>	Cartelera Institucional Informe de Gestión



CARACTERIZACIÓN GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO INTITUCIONAL

Nº	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN	DOCUMENTOS. Y/O REGISTRO
			ellas. En los periodos establecidos, se presenta el informe de SQF, como fuente para la evaluación de la gestión escolar.	

**4.3 Control del Servicio No Conforme**

Nº	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN	DOCUMENTOS. Y/O REGISTRO
1P	IDENTIFICAR LOS SNC QUE SE PRESENTAN	Usuarios del SGC	Para garantizar una adecuada intervención de los Servicios No Conformes, es necesario identificarlos oportunamente y para ello, cuando se identifica un SNC, éste se registra en el Formato Exprésate o a través del correo electrónico establecido. Los servicios no conformes pueden ser reportados por docentes, directivos, administrativos y personal de apoyo	Exprésate Correo Electrónico
2H	DAR TRATAMIENTO A LOS SNC	Líder de Mejoras Líderes de procesos	El líder de mejoras clasifica los SNC, registrándolos en la base de datos y después los envía a los líderes de los procesos correspondientes, quienes establecen los correctivos requeridos para su intervención y cierre. El tratamiento definido y el cierre del SNC son registrados en el formato Exprésate	Exprésate
3V	EFECTUAR SEGUIMIENTO A LA EFICACIA DEL SNC	Líder de Mejoras	Efectuar el seguimiento a la eficacia del tratamiento definido para intervenir el SNC. Cuando el tratamiento es eficaz, se da el cierre del SNC por la instancia correspondiente. Así mismo, los SNC son analizados, para determinar tendencia, frecuencia, impacto, entre otras y establecer acciones correctivas, preventivas y/o de mejora, cuando se requiera (según lo establecido en el procedimiento Evaluación y Mejoras). Posteriormente la líder de mejoras realiza verificación.	Exprésate Base Datos Mejoras
4A	SOCIALIZAR SNC CON USUARIOS DEL SGC	Líderes de Procesos	Presentar ante los usuarios del SGC, que intervienen en los procesos donde pueden presentarse SNC aquellos que han sido más reiterativos para evitar su ocurrencia e identificarlos al momento que se presenten.	



4.4 Auditorías Internas de Calidad

Nº	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN	DOCUMENTOS. Y/O REGISTRO
1P	PROGRAMAR AUDITORIAS	Líder de Auditorías	<p>Se establece el programa de auditorías, definiendo los ciclos internos y externos de auditorías a realizarse. Dicha programación se registra en el Plan de Procesos de Evaluación y Mejoras</p> <p>En el programa de auditorías se especifican los procesos que serán auditados en los intervalos establecidos por la Institución, las fechas de realización de las auditorías y el estado de las mismas.</p> <p>Para elaborar el programa de auditoria tener en cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none">- Requerimientos del Sistema de Gestión de Calidad- Resultados de auditorías previas- Solicitudes particulares, entre otros	Plan de Procesos
2P	DEFINIR PLAN DE AUDITORIAS	Líder de Auditorías	<p>Se definen las condiciones bajo las cuales se va a desarrollar cada ciclo de auditorías internas de calidad, como son:</p> <ul style="list-style-type: none">- Objetivo y alcance de la auditoría- Procesos a auditar- Auditados por proceso- Documentos relacionados- Criterios de la auditoría <p>Dichas condiciones se definen en el Plan de Auditoría</p> <p>Para la conformación del equipo auditor se tiene en cuenta: número de procesos a auditar (alcance de la auditoría), grupo de auditores disponibles; garantizando su independencia y el cumplimiento del perfil establecido en el proceso de Gestión Humana.</p> <p>Cuando la institución lo considere necesario, dispondrá de auditores externos que apoyen el equipo de auditores internos. Teniendo en cuenta que tengan la competencia requerida <i>Ver Perfiles de Cargo</i></p>	Plan de Auditorías
3P	NOTIFICAR AUDITORIAS	Líder de Auditorías	<p>La notificación de las auditorías, tanto para auditores como para auditados, se efectúa con la publicación del Plan de Auditorías en un lugar visible, cartelera interna o a través de reunión general, con al menos 8 días de anticipación al inicio de las mismas, en la que se dará a</p>	

**CARACTERIZACIÓN GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO INTITUCIONAL**

Nº	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN	DOCUMENTOS. Y/O REGISTRO
			<p>conocer los procesos que auditarán y los requerimientos para el desarrollo de las auditorías.</p> <p>El Líder del Proceso y/o Responsable del Subproceso a auditar puede convocar a otras personas que considere, deban participar de la auditoría, teniendo en cuenta su incidencia en el alcance de la misma.</p>	
4P	PREPARAR AUDITORIAS	Líder de auditorías y Auditores	<p>Los auditores deben documentarse previamente sobre el proceso a auditar y estudiar la información necesaria para la realización de la auditoría, como son:</p> <p>Requisitos y documentos asociados, resultados de auditorías anteriores, criterios de auditoría definidos.</p> <p>La preparación de la auditoría puede realizarse de manera conjunta entre el grupo de auditores asignados o por procesos, estableciendo los mismos lineamientos para el desarrollo de la auditoría y seguimiento a los proceso.</p> <p>Los lineamientos definidos para el desarrollo de la auditoría deben permitir al auditor indagar sobre la apropiación del SGC por los auditados, las condiciones de implementación y eficacia del proceso e identificar la conformidad con requisitos establecidos.</p> <p>La definición de preguntas se hace teniendo en cuenta el ciclo PHVA del proceso, identificando aquellas actividades críticas para lograr el objetivo y tener mayor énfasis en el cumplimiento de dichas disposiciones.</p> <p>Se emplea el formato <i>Listado de Verificación</i></p>	Listado de verificación de auditoría.
5H	REALIZAR AUDITORIAS	Líder de auditorías y Auditores Asignados	<p>La auditoría se realiza en tres etapas:</p> <p>1)-<u>Reunión de apertura</u>: Se hace la presentación de los auditores y auditados, se revisa el programa definido (agenda) y se presentan las condiciones bajo las cuales se darán las auditorías. Es un espacio propicio para bajar la tensión y ansiedad de las personas. Puede realizarse conjuntamente con el grupo de auditores y auditados o desde cada auditoría programada</p>	Listado de verificación de auditorías

**CARACTERIZACIÓN GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO INTITUCIONAL**

Nº	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN	DOCUMENTOS. Y/O REGISTRO
			<p>2)-<u>Entrevista</u>: Utilizando como referencia el Listado de Verificación elaborado, se indaga acerca de la conformidad (cumplimiento) del proceso con los requisitos definidos para el mismo. Para ello, se solicitan las evidencias suficientes y se toma nota de aquellos aspectos que permitan identificar los diferentes hallazgos. Aquellos casos en los cuales no se dé cumplimiento, se levanta la no conformidad y se describe el motivo de la misma, así como la referencia normativa o de proceso que se está incumpliendo.</p> <p>3)-<u>Reunión de Cierre</u>: El auditor líder informa a los auditados acerca de los hallazgos, conformados por aspectos por resaltar, por mejorar y no conformidades. En caso de requerirse, se concilian los hallazgos con los auditados</p>	
6H	CONSOLIDAR HALLAZGOS DE LA AUDITORIA	Auditores Asignados Líder de Auditorías	<p>Luego de la auditoría, los auditores se reúnen para unificar criterios respecto a los hallazgos encontrados y organizar el Listado de Verificación definitivo por proceso auditado. Esta reunión debe darse en la mayor brevedad posible para evitar confusiones u olvidos al momento de analizar los hallazgos</p> <p>El grupo de auditores presentan al líder de auditorías los diferentes Listados de Verificación, con los cuales, el Líder de Auditorías elabora el Informe de Auditorías, consolidando los resultados (no conformidades, aspectos por resaltar y aspectos por mejorar) y determinando el nivel de implementación y de eficacia del S.G.C.</p>	Informe de auditoría
7H	PRESENTAR INFORME DE LA AUDITORIA	Líder de Auditorías	<p>Dar a conocer los resultados generales de la auditoría a los auditados y se entrega el Informe de Auditorías, con los resultados de cada proceso. El auditor solicita la determinación y entrega de Acciones de Mejora, requeridas para la intervención de los hallazgos, principalmente las No Conformidades y define la fecha de</p>	Informe de auditoría

**CARACTERIZACIÓN GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL**

Nº	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN	DOCUMENTOS. Y/O REGISTRO
			seguimiento a dichas acciones.	
8V	INTERVENIR HALLAZGOS GENERADOS	Líderes de Proceso	Los Líderes de los procesos, donde se presentaron hallazgos, deben abrir las acciones de mejora requeridas, según lo establecido en el proceso Gestión de Mejora Continua e intervenirlas de acuerdo con el plan de acción definido. Las Acciones de Mejora definidas deben ser entregadas al Líder de Auditorías en la fecha establecida.	Acciones de Mejora
9V	EFFECTUAR SEGUIMIENTO A LA INTERVENCIÓN DE HALLAZGOS	Auditores Asignados	En la base de datos, se establece la fecha de seguimiento a las correcciones y acciones correctivas, de las no conformidades identificadas. Los auditores delegados, deben verificar la intervención de las No Conformidades detectadas, a través de las Acciones de Mejora definidas e informar los resultados de la verificación al Líder de Auditorías.	Acciones de Mejora
10V	EVALUAR COMPETENCIA DE LOS AUDITORES	Líder de Auditorías	Como resultado de la auditoría, el Líder de Auditorías y/o Líder de Mejoras evalúa las competencias del auditor y presenta los resultados al líder de Gestión Humana con las conclusiones y necesidades del equipo auditor, según lo establecido en el Proceso Gestión del Talento Humano NOTA: Cuando la auditoría interna es realizada con el acompañamiento de auditores externos o pares, se solicita el certificado de competencia.	Evaluación de Auditores
11V	PRESENTAR INFORME DE AUDITORIAS	Líder de Auditorías	Presentar un informe consolidado de las auditorías, para ser llevado a la Revisión por la Dirección, en el cual se concluya la conformidad del sistema con las disposiciones planificadas, con los requisitos de la norma, los clientes y la Institución.	Consolidado Revisión por Dirección

**4.5 CONTROL DE DOCUMENTOS**

Nº	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN	DOCUMENTOS. Y/O REGISTRO
1P	Determinar los documentos requeridos por el S.G.C	Líderes de proceso	<p>Teniendo en cuenta el mapa de proceso, se planifica la documentación del SGC, definiendo los documentos requeridos para la prestación del servicio y/o gestión de los procesos, que propicien el cumplimiento de los requisitos de ley, de norma ISO 9001, institucionales y de estudiantes o padres de familia quienes son beneficiarios del SGC.</p> <p>Los documentos requeridos por los proceso son: Caracterización, procedimiento, instructivo, guía, matriz, formatos, entre otros.</p>	Documentación del SGC
2P	Identificar la necesidad de documentación	Usuarios del SGC Líderes de proceso	<p>Cualquier usuario del sistema podrá detectar la necesidad de crear modificar o anular un documento y lo notifica al líder del proceso correspondiente para que éste estudie la pertinencia y viabilidad del documento, tanto para el proceso como para la prestación del servicio.</p> <p>De ser aceptada, se solicita al Líder del Proceso de Mejoras, a través del correo electrónico definido.</p>	Solicitud vía correo electrónico
3H	Procesar la solicitud de documentos	Líder de Mejoras	<p>Se envía el documento al solicitante por correo electrónico, sin la restricción de solo lectura, pasando el documento a un formato que permita ser modificado y se notifica al líder del proceso que hizo la solicitud, para que inicie las modificaciones correspondientes.</p>	Correo Electrónico
4H	Elaborar, modificar y/o anular los documentos existentes	Líderes de proceso	<p>Se elabora o se efectúan los cambios al documento, por parte del líder del proceso solicitante, en compañía de los usuarios del mismo. Con el fin de lograr que dicho documento cumpla con los requerimientos del proceso y de los usuarios.</p> <p>Finalizada la elaboración o modificación, se notifica al Líder de Mejoras para su aprobación, enviando el documento a través del correo electrónico definido.</p> <p>Cuando se trata de una modificación, se informa al líder de mejoras los</p>	Correo Electrónico enviado

**CARACTERIZACIÓN GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO INTITUCIONAL**

Nº	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN	DOCUMENTOS. Y/O REGISTRO
			cambios realizados al documento, para que éste los relacione en el listado maestro de documentos.	
	Aprobar documentos del SGC	Responsable de aprobación	<p>En caso que el documento creado o modificado establezca lineamientos de tipo metodológico o procedimental, como: procedimientos, instructivos, guías, matrices; este debe ser aprobada por el Líder del Proceso. Así mismo, en caso de la creación o modificación de un formato o anulación de un documento.</p> <p>El responsable de la aprobación del documento debe:</p> <ul style="list-style-type: none">- comprobar que el contenido del documento esté acorde con su objetivo y campo de aplicación- Verificar que el documento sea aplicable, coherente, legible e identificable <p>Una vez se haya finalizado la intervención del documento, se envía al líder de mejoras para su control de vigencia, versión y distribución.</p>	Correo Electrónico
	Actualizar el Listado Maestro de Documentos.	Líder proceso de Mejoras	<p>El líder del proceso de Mejoras, actualiza el listado maestro de documentos con base en los documentos generado, modificado o anulado en cada uno de los procesos. Cuando es un documento nuevo, se incluye en el proceso correspondiente y se le asigna el código según el tipo de documento, la versión inicial y fecha de aprobación.</p> <p>Cuando es un documento de origen externo, se incluye en el listado maestro de documentos "Externos", relacionando la fecha de vigencia y procesos que impacta.</p> <p>Cuando un documento es anulado, se relaciona el estado respectivo.</p> <p>Cuando es una modificación, en el Listado Maestro se cambia la versión y la fecha de aprobación.</p>	Listado Maestro de Documentos.

**CARACTERIZACIÓN GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO INTITUCIONAL**

Nº	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN	DOCUMENTOS. Y/O REGISTRO
	Distribuir y difundir documentos	Líder de Mejoras	<p>Los documentos aprobados, bien sea por creación o modificación, son enviados a la carpeta <i>Sistema de gestión de Calidad, ubicado en el Drive de la IE LOS GOMEZ</i>. Se notifica a los líderes de proceso, para que conozcan de la disponibilidad del documento.</p> <p>Solo en caso que no se tenga acceso a los documentos de manera virtual, estos serán entregados en medio impreso.</p> <p>Los documentos que pierden vigencia son enviados a la carpeta de "Documentos Obsoletos", en el sistema.</p> <p>Las copias físicas que se hayan distribuido, son recogidas y destruidas.</p>	
	Controlar documentos de origen externo	Líderes de procesos Líder de Mejoras	<p>Cuando el documento es de origen externo (legislación, normatividad, guías y demás documentos de referencia), el líder responsable de su aplicación y/o el líder de Mejoras, revisan periódicamente que el documento se encuentre vigente, con el fin de que sean utilizados como referentes durante la operación de los procesos o prestación del servicio.</p> <p>Aquellos documentos que hayan cambiado de vigencia, se adquieren o se descargan de internet, actualizando el Listado Maestro de Documentos.</p> <p>Cuando el documento es recibido en forma física, debe notificarse al Líder de Mejoras para su inclusión o actualización en el Listado de Documentos.</p> <p>Si el documento es electrónico, se almacena en el Drive, en la carpeta de <i>Documentos Externos</i>. Si es físico, se almacena en la oficina del Líder del Proceso correspondiente.</p>	Listado Maestro de Documentos.
	Efectuar seguimiento a los documentos de origen interno y externo.	Líder proceso de Mejoras	Verificar que los usuarios de los procesos estén haciendo uso de los documentos vigentes. Para ello, al finalizar cada periodo se constata el uso de documentos, según la vigencia establecida en el Listado Maestro de Documentos. Dicho seguimiento se hace de manera aleatoria.	

**4.6 CONTROL DE REGISTROS**

Nº	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN	DOCUMENTOS. Y/O REGISTRO
1P	IDENTIFICAR REGISTROS	Líderes de Proceso	Las características de cada proceso definen los registros requeridos para dar evidencia de la conformidad con los requisitos y la operación eficaz del SGC. Todo registro definido para dar evidencia del proceso, debe ser identificado en el #5 de c/ procedimiento (Archivo).	Archivo (#5 c/ procedimiento)
2P	DEFINIR RESPONSABLES DE RECOLECCION Y ALMACENAMIENTO	Líderes de Proceso	Se determinan los responsables de recolectar y almacenar los registros generados en cada proceso y se identifican en # 5 cada Procedimiento	Archivo (#5 c/ procedimiento)
3P	DEFINIR CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO	Líderes de Proceso	Se define el lugar de almacenamiento del registro generado, teniendo en cuenta la forma de presentación del mismo, bien sea físico o electrónico y se establece la ruta de acceso. <u>Archivo Físico:</u> Lugar, archivo #, nombre de carpeta. <u>Archivo Electrónico:</u> Lugar PC/ Escritorio/ Carpeta Nombre del Proceso/ ... También se define el tiempo de almacenamiento de los registros y la disposición final de los mismos (se destruye o archiva en otro lugar), luego de cumplirse dicho plazo. Las condiciones de almacenamiento se establecen en el #5 de c/ procedimiento	Archivo de Registros (#5 c/ procedimiento)
	PROTEGER REGISTROS	Líderes de Proceso	Se determinan las condiciones físicas para preservar los registros, garantizando el lugar de archivo, para que se evite pérdida o deterioro de la información. (Ver #5 de C/Procedimiento) Se realizan copias de seguridad, tanto de documentos como de registros del SGC. Los back-up a documentos y registros se realizan finalizando cada periodo académico.	Back-up



CARACTERIZACIÓN GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO INTITUCIONAL

Nº	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN	DOCUMENTOS. Y/O REGISTRO
	VERIFICAR CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO	Líder de Mejoras	Verificar el cumplimiento de las condiciones de almacenamiento de los registros de calidad, finalizado cada periodo y establecer los correctivos o acciones correctivas requeridas. Dicho seguimiento se hace de manera aleatoria y se apoya de las condiciones definidas en el numeral 5 de cada procedimiento "Archivo".	



CARACTERIZACIÓN GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO INTITUCIONAL

5. ARCHIVO

IDENTIFICACION		Responsable de Almacenamiento	ALMACENAMIENTO		Tiempo de Retención	Disposición Final
Nombre			Lugar	Forma		
Acciones de mejora de procesos		Líder de ;Mejoras	Cuenta I.E Los Gómez calidad, calidadlosgomez@gmail.com , drive, carpeta sistema de gestión de la calidad, carpeta acciones por procesos.	digital	Un año	Se elimina
Exprésate		Líder de ;Mejoras	Sala profesores, escritorio líder de mejoras / Carpeta Seguimiento Atención de Quejas	Físico	Un año	Se destruye
Evaluación de satisfacción estudiantes		Líder de ;Mejoras	Rectoría, Archivador Principal / Sobres almacenado por Sede	Físico	Un año	Se destruye
Evaluación de satisfacción a padres de familia		Líder de ;Mejoras	Rectoría, Archivador Principal / Sobres almacenado por Sede	Físico	Un año	Se destruye
Relación Acciones de Mejoras		Líder de ;Mejoras	Equipo de cómputo Líder de Mejoras / Escritorio /Carpeta Proceso de Mejoras /Carpeta relación de acciones de mejoras/relación acciones de mejoras por procesos	digital	Un año	Se elimina
Consolidado Evaluación Satisfacción		Líder de Mejoras	Equipo de cómputo Líder de Mejoras / Escritorio /Carpeta Proceso de Mejoras /Carpeta con solidado encuesta de satisfacción.	Digital	Dos años	Se elimina
Herramienta de Muestreo		Líder de Mejoras	Equipo de cómputo Líder de Mejoras / Escritorio /Carpeta Proceso de Mejoras /Carpeta Encuesta Satisfacción	digital	Dos años	Se elimina
Actas		Líder de Mejoras	Sala profesores, escritorio líder de mejoras / Carpeta de proceso de mejoras Seguimiento de Atención de Quejas, sugerencias y felicitaciones	físico	Un año	Se destruye
Base de Datos Mejoras		Líder de Mejoras	Equipo de cómputo Líder de Mejoras / Escritorio /Carpeta Proceso de Mejoras	Digital	Dos años	Se elimina
Plan de Auditoría		Líder de Mejoras	Equipo de cómputo Líder de Mejoras / Escritorio /Carpeta Proceso de Mejoras /Carpeta Auditorías	Digital	Dos años	Se elimina
Listados de Verificación		Líder de Mejoras	Equipo de cómputo Líder de Mejoras / Escritorio /Carpeta Proceso de Mejoras /Carpeta Auditorías	Digital	Dos años	Se elimina
Informe de Auditoría		Líder de Mejoras	Equipo de cómputo Líder de Mejoras / Escritorio /Carpeta Proceso de Mejoras /Carpeta Auditorías	Digital	Dos años	Se elimina



CARACTERIZACIÓN GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO INTITUCIONAL



CARACTERIZACIÓN GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO INTITUCIONAL