



Universidad
del Cauca

GUÍA METODOLÓGICA PARA EL SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE PLANES DE MEJORA

2021

V.1

CENTRO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y ACREDITACIÓN INSTITUCIONAL

MIGUEL HUGO CORCHUELO MORA
Director

CLARA INÉS TOBAR TENJO
Profesional Universitario

PAOLA MARCELA CERTUCHE MUÑOZ
Contratista



Universidad
del Cauca

INDICE

INDICE	3
INTRODUCCIÓN	4
OBJETIVO	¡Error! Marcador no definido.
ALCANCE	¡Error! Marcador no definido.
1. DEFINICIONES Y GENERALIDADES	6
1. 1 GLOSARIO	6
2. METODOLOGÍA PARA EL SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE PLANES DE MEJORAMIENTO	8
2.1 FASE DE PLANEACIÓN	8
2.1.1 Planificación del seguimiento	8
2.1. 2 Organización de instrumentos para el seguimiento	8
2.2 FASE DE HACER	8
2.3 FASE DE VERIFICAR	¡Error! Marcador no definido.
2.3.1 VERIFICACIÓN DE EFICACIA	¡Error! Marcador no definido.
2.3.2 Indicadores	10
A) Indicador de Seguimiento de Planes de Mejoramiento	¡Error! Marcador no definido.
B) Indicador de Cumplimiento del Plan de Mejoramiento	11
C) Indicador de Cierre Eficaz de Acciones de Planes de Mejoramiento	11
2.4 FASE DEL AJUSTAR	11
ANEXO 1 - OFICIO DE CITACIÓN	13
ANEXO 2 - LISTA DE CHEQUEO PLAN DE MEJORAMIENTO	14
ANEXO 3 - OFICIO DE ASESORÍA	15
ANEXO 4 - ACTA DE SEGUIMIENTO	17
ANEXO 5 - FICHA TÉCNICA INDICADOR SEGUIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO	21
ANEXO 6 - FICHA TÉCNICA DE INDICADOR DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO	22
ANEXO 7 - FICHA TÉCNICA DE INDICADOR DE EFICACIA	23
ANEXO 8 - RESOLUCIÓN 290 DE 2019 UNIVERSIDAD DEL CAUCA	24



INTRODUCCIÓN

Para una universidad con Acreditación de Alta Calidad, la cultura de la mejora continua es inherente a su quehacer y se hace evidente en la gestión de los Planes de Mejoramiento viables. Estos planes derivan de los ejercicios periódicos de autoevaluación y autorregulación en el ámbito de la autonomía universitaria; al igual que de las visitas de pares académicos y de auditores externos. Como resultado de este análisis crítico y creativo se determinan las acciones de mejora, junto con las acciones correctivas que se estiman pertinentes tanto para superar dificultades, como para un aprovechamiento de las potencialidades de la comunidad universitaria y su contexto.

Desde esta perspectiva la valoración del Plan de Mejora resulta relevante para la toma oportuna de decisiones. Se convierte en una carta de navegación que contribuye a la escritura de la historia de los procesos y programas, de manera que se aprende y se comparten lecciones aprendidas y se contribuye a la consolidación de comunidades de aprendizaje frente a la planeación, ejecución y valoración de iniciativas para la satisfacción de las expectativas misionales.

La Universidad del Cauca en el año 2019 expidió la Resolución R-290 por la cual se establecen medidas para la gestión de los planes de mejoramiento. En el ARTÍCULO SEGUNDO numeral 5 señala el seguimiento y evaluación a los planes de mejoramiento y se hace necesario disponer de herramientas para este propósito. Es así, como la presente guía constituye un referente de apoyo para valorar la eficacia de las acciones propuestas en los planes de mejoramiento en diferentes las dependencias, programas y procesos de la universidad.

[Volver al índice](#)



OBJETIVO

Aportar lineamientos para el seguimiento y evaluación de la eficacia de los Planes de Mejoramiento producto de ejercicios de autoevaluación, auditorías internas y externas.

ALCANCE

Inicia desde la suscripción del plan de mejora, continua con el seguimiento y la evaluación de eficacia de las acciones desarrolladas para el cierre del mismo.

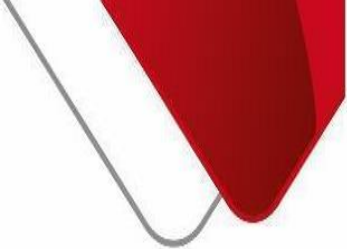
[Volver al índice](#)



1. DEFINICIONES Y GENERALIDADES

1.1 GLOSARIO

- **Acción de Mejora:** Oportunidad para mejorar el desempeño de un proceso, procedimiento o de una actividad.
- **Acción Correctiva:** Conjunto de acciones definidas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad detectada u otra situación no deseable frente a los requisitos o condiciones establecidas.
- **Causa:** Motivo, fundamento u origen de una situación o acción no deseada.
- **Conformidad:** Cumplimiento de un requisito legal, técnico, funcional y de procedimiento.
- **Efectividad:** Medida del impacto de la gestión en el logro a satisfacción de los objetivos o resultados esperados, así como frente a los recursos disponibles.
- **Eficacia:** Grado en el que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados en el tiempo previsto.
- **Eficiencia:** Relación entre el resultado de los beneficios alcanzados frente a los recursos utilizados.
- **Hallazgo:** Situación identificada dentro de un proceso de autoevaluación o auditoría. Puede ser una fortaleza, una oportunidad de mejora o una no conformidad.
- **Indicador:** Corresponde a expresión cuantitativa observable y verificable de las variables o atributos del SERVICIO que presta un programa, dependencia o proceso.
- **Meta:** Logro total de acuerdo a la actividad o acción.
- **Oportunidad de Mejora:** Acción para mejorar el desempeño o el logro de un propósito de un proceso, procedimiento o actividad.

- 
- **Plan de Mejoramiento:** Documento que recopila las acciones de mejoramiento y las acciones correctivas pertinentes con las que se aspira a satisfacer el cumplimiento de la misión, la visión y los objetivos en un determinado periodo de tiempo. Dichas acciones son producto de los procesos de autoevaluación, evaluación y auditoría; y constituyen compromisos frente a la comunidad universitaria y a organismos externos e internos.
 - **Seguimiento a la implementación de las acciones:** Ejercicio de verificación y ajuste de las acciones planificadas frente a los propósitos establecidos.
 - **Suscripción del Plan de Mejora:** Acuerdo de las partes (auditado y auditor) para dejar en firme el plan de mejora a ejecutarse.

[Volver al índice](#)

2. METODOLOGÍA PARA EL SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE PLANES DE MEJORAMIENTO

2.1 FASE DE PLANEACIÓN

2.1.1 Planificación del seguimiento

Una vez suscrito el plan de mejoramiento ante la dependencia que corresponda, se establece de común acuerdo el cronograma de seguimiento al avance y evaluación de las acciones tal como lo describe el procedimiento [PE-GS-2.2.1-PR-5 Procedimiento auditoria Interna V11.pdf](#) (**dos seguimientos por año**). Las personas encargadas del seguimiento proyectan y presentan a los responsables del plan, la citación para el seguimiento (Ver Anexo 1) y acuerdan la modalidad del encuentro, fecha y hora.

2.1.2 Organización de instrumentos para el seguimiento

El Centro de Gestión de la Calidad y Acreditación Institucional pone a disposición:

A) Lista de chequeo: Para la verificación de la formulación, la transcripción de hallazgos, su estado de avance y el cierre de acciones cuando hay lugar. (Ver Anexo 2)

B) Acta de asesoría: Se propone un modelo de acta de asesoría cuando el auditado así lo requiera con la finalidad de fortalecer la formulación del plan de mejora y ejecución del Plan, así como su revisión y compromisos. (ver anexo 3)

C) Acta de seguimiento: Se propone un modelo de acta para determinar el avance en las acciones desarrolladas del plan de mejora, así como la valoración de su eficacia y sus compromisos. (Ver anexo 4)

[Volver al índice](#)

2.2 FASE DE HACER

Una vez acordada la fecha y hora del encuentro para el seguimiento, se toma como primer documento de referencia el plan de mejora formulado en el formato y las correspondientes evidencias.

Se procede al seguimiento de cada acción con referencia en la lista de chequeo por parte del auditor, se comunica al auditado las observaciones, se hacen las recomendaciones

pertinentes y se establecen plazos en el caso de requerir el ajuste de las acciones. Se registra la información del resultado obtenido conforme a las metas establecidas en el plan.

2.3 FASE DE VERIFICAR

2.3.1 Verificación de eficacia y eficiencia

Una vez consolidada la información de avance del plan de mejoramiento se evalúa la eficacia de las acciones con los siguientes criterios:

- A) En el caso de una acción correctiva frente a una No Conformidad.

ALTA	EFICIENCIA	MUY EFICIENTE POCO EFICAZ Administra muy bien los recursos disponibles, pero no elimina la causa raíz por completo 50%	MUY EFICIENTE Y EFICAZ Administra muy bien los recursos disponibles y se mitiga la causa raíz 80%	MUY EFICIENTE MUY EFICAZ Se elimina rápido la causa raíz con un excelente aprovechamiento de los recursos 100%
RECURSOS		EFICIENTE Y POCO EFICAZ Administra bien los recursos pero persiste la causa raíz 40%	EFICIENTE Y EFICAZ Administra bien los recursos y se mitiga la causa raíz 70%	EFICIENTE Y MUY EFICAZ Se elimina rápido la causa raíz con los recursos disponibles 80%
		BAJA	POCO EFICIENTE POCO EFICAZ No elimina la causa raíz y no administra bien los recursos 10%	POCO EFICIENTE Y EFICAZ Se mitiga la Causa raíz pero demanda mucho esfuerzo 40%
		EFICACIA		
		BAJA	ACCIÓN	ALTA

[Volver al índice](#)

B) En el caso de una Oportunidad de Mejora.

ALTA	EFICIENCIA	MUY EFICIENTE POCO EFICAZ Se emplean todos los recursos pero es poco el avance en la meta 50%	MUY EFICIENTE Y EFICAZ Administra muy bien los recursos y se logra la meta 80%	MUY EFICIENTE MUY EFICAZ Se supera la meta con un excelente aprovechamiento de los recursos 100%
RECURSOS		EFICIENTE Y POCO EFICAZ Hace uso de los recursos pero es insuficiente el avance en la meta 40%	EFICIENTE Y EFICAZ Se logra la meta prevista con la administración de los recursos disponibles 70%	EFICIENTE Y MUY EFICAZ Se cumple rápido el propósito de la meta con los recursos disponibles 80%
		BAJA	POCO EFICIENTE POCO EFICAZ No se alcanza la meta y es ineficiente la administración de los recursos 10%	POCO EFICIENTE Y EFICAZ Se alcanza la meta con dificultades en la administración de los recursos 40%
EFICACIA				
		BAJA	ACCIÓN	ALTA

2.3.2 Indicadores

Una vez evaluados los resultados del plan de mejoramiento se documentan los indicadores:

- A) Seguimiento a Planes de Mejoramiento.
- B) Cumplimiento del Plan de Mejoramiento.
- C) Indicador de cierre de acciones de planes de mejoramiento.

[Volver al índice](#)

A) Indicador de Seguimiento al Plan de Mejoramiento:

Es la expresión que determina el porcentaje de los seguimientos ejecutados frente a los proyectados. (Anexo 5)

B) Indicador de Cumplimiento del Plan de Mejoramiento

Es la expresión del porcentaje de metas logradas frente al total de metas proyectadas en el plan para un determinado periodo. (Anexo 6)

C) Indicador de Cierre Eficaz de Acciones de Planes de Mejoramiento

Corresponde al porcentaje de valoración de la satisfacción frente a los hallazgos de auditoría interna (metas de oportunidades y el control de causas raíz de las no conformidades) en el plan de mejoramiento. (Anexo 7)

2.4 FASE DEL AJUSTAR

Obtenido el análisis de resultados del indicador y al evidenciar la eficacia de las acciones con sus respectivos soportes se realiza la retroalimentación con los auditados y se determina la necesidad o no de realizar ajustes de la formulación de acciones o en su defecto del plan de mejora completo teniendo las justificaciones establecidas en la resolución R- 290 del año 2019 (Ver anexo 8), y aquí se levanta acta donde se formaliza el compromiso por parte del auditado y se pacta nueva fecha de encuentro para presentar los ajustes.

Es importante tener presente que el cierre de los planes de mejoramiento procederá cuando se haya cumplido un **mínimo del 90%** de su ejecución y se formalizará a través de un registro y como lo señala la resolución R-290 en su Artículo 10: La Oficina de Control Interno continuará con el seguimiento a las acciones o actividades ejecutadas parcialmente o sin avance, para verificar su efectividad.

[Volver al índice](#)



REFERENCIAS

- Arrizabalaga Consulting (2021) Eficacia versus Eficiencia, se trata de lograr, no de hacer. www.arrizabalagauriarte.com
- ICONTEC (2015). Norma 9001:2015. Requisitos de Sistemas de Gestión de Calidad.
- Resolución Rectoral 290 de 2019. Por la cual se ordenan medidas de impulso al Plan de mejoramiento institucional.

[Volver al índice](#)

ANEXO 1 - OFICIO DE CITACIÓN

Centro de Gestión de la Calidad y la Acreditación Institucional



2.2-92.8/?
Popayán, fecha

NOMBRE AUDITADO

Cargo

Dependencia

Universidad del Cauca

Asunto: Citación seguimiento de avance Plan de Mejora Auditoría Interna años

Cordial Saludo:

Dentro de las dinámicas del Centro de Gestión de la Calidad y atendiendo la Resolución Rectoral 290 de 2019 y el procedimiento PE-GS-2.2.1-PR-5 Auditorías Internas de Calidad; le corresponde realizar el seguimiento al avance de ejecución de las acciones correctivas formuladas en los Planes de Mejora producto de los hallazgos evidenciados durante dicho proceso, es por ello que me permito indicar que el ejercicio se realizará virtualmente sobre los soportes digitales que tiene a su disposición

Día: dd/mm/aa

Hora: hh:mm

Auditor(es):

Comedidamente se solicita tener disponible el Informe de Auditoría Interna, el plan de mejora asociado a la auditoría interna y las evidencias que soportan el avance.

Treinta minutos antes se enviará el enlace de acceso a través de la plataforma ~~meet~~.

En caso de no poder participar en la fecha programada, por favor notificar una nueva fecha y hora en respuesta al oficio.

Universitariamente,

ORIGINAL FIRMADO

Director

Centro de Gestión de la Calidad y Acreditación Institucional

Universidad del Cauca



08 de 08 (08/08/2020) 08 de 08 (08/08/2020)

Hacia una Universidad comprometida con la paz territorial

Calle 5 No. 4-70 Popayán – Cauca – Colombia
8209900 1145 – 1313 ipcalidad@unicauca.edu.co
www.unicauca.edu.co

[Volver al índice](#)


ANEXO 2 - LISTA DE CHEQUEO PLAN DE MEJORAMIENTO

LISTA DE CHEQUEO CALIDAD DE INFORMACIÓN PLAN DE MEJORA Y SEGUIMIENTO

Fecha de seguimiento:		
Proceso/Dependencia		
Requisito	Estado	Observación
Formato vigente FOR-26 vigente		
Dependencia/programa		
Fuente		
Factor		
Descripción/hallazgo		
Análisis de causas		
Proyecto o actividad		
Descripción de actividad		
Responsable		
Indicador/Den und medida		
Cantidad medida activid		
Periodicidad -Frecuencia		
% nivel avance cumplido		
Meta		
Recursos		
Evidencia de cumplimiento		
Fecha inicio		
Fecha fin		
Peso proyecto		
Descripción de riesgos		
Valoración		
Acción		
Firma coordinador		
VoBo líder del proceso		
Total OM		
Total NC		
Total hallazgos		
Suficiencia de Evidencias		
Número de NC Cerradas		
Cierre NC con eficacia		
Total Hallazgos Cerrados		
Cierre de PDM		
% Avance Ejecución		# DIV/0!
Calidad de registro	0	# DIV/0!
No Cumple	0	# DIV/0!
Total	0	# DIV/0!
Realizado por:		

[Volver al índice](#)

ANEXO 3 - ACTA DE ASESORÍA

 Universidad del Cauca	Gestión Estratégica Centro de Gestión de la Calidad y Acreditación Institucional Acta General para Actividades Universitarias	
Código: PE-GS-2.2.1-FOR-22	Versión: 1	Fecha de Actualización: 11-03-2019

Ciudad	Popayán		Dependencia(s) responsable (s) de la actividad			Centro de Gestión de Calidad y Acreditación Institucional	
Fecha	DD	MM	2021	Hora Inicio	Hora Finalización	Lugar de desarrollo	ACTA No
	Día	Mes	Año	HH:MM	HH:MM	Plataforma Google Meet	2.2-1.56 XXX

ORDEN DEL DIA

1. Verificación de Asistencia
2. Leitura de acts anterior **NO**
3. Temas a tratar

No	TEMA S A TRATAR
1.	Sensibilización en la formulación y ejecución de Planes de Mejoramiento
2.	Revisión de calidad de información de PDM mediante lista de chequeo
3.	Revisión de Avances del Plan de Mejoramiento
4.	Compromisos

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

Se lleva a cabo una reunión entre **AUDITADOS** de la Facultad o Dependencia **AUDITADA** con el equipo **auditor** del Centro de Gestión de la Calidad y Acreditación Institucional: **NOMBRE AUDITORES** con el objetivo de sensibilizar y realizar monitoreo al Plan de Mejoramiento derivado de Auditoría Interna:

1. Sensibilización y formulación del Plan de Mejoramiento

Resolución 290 de 2019: Clara Tobar expone la Resolución 290 de 2019 "Impulso a Planes de Mejoramiento" y los compromisos y responsabilidades derivados.

Auditoría Interna y Plan de Mejoramiento: se explica la importancia y beneficios de contar con la certificación ISO 9001:2015, así como la necesidad de realizar auditorías internas para verificar los requisitos normativos, legales y de grupos de interés, para la satisfacción de necesidades y expectativas de la comunidad universitaria.

No Conformidad: se explica el significado de No Conformidad (incumplimiento de un requisito) y su tratamiento, mediante corrección y análisis de causa, para la última, se expone la técnica de ¿Por qué? Para identificar la causa raíz.

2. Revisión de calidad de Información de PDM mediante lista de chequeo:

Se presenta la lista de chequeo de calidad de registro de plan de mejora y su interpretación:

PONER IMAGEN DE LISTA DE CHEQUEO



[Volver al índice](#)



Gestión Estratégica
Centro de Gestión de la Calidad y Acreditación Institucional
Acta General para Actividades Universitarias

Código: PE-GS-2.2.1-FOR-22

Versión: 1

Fecha de Actualización: 11-03-2019

3. Revisión de Avances del Plan de Mejoramiento:

Se revisa la matriz Excel que contiene el plan de mejoramiento del año **XXX** y evidencias respectivas.

Se revisan los avances en los proyectos del plan de mejoramiento y se obtiene:

Hallazgo	Proyecto	Actividad	Fecha fin	Evidencia	Meta	Porcentaje Avance	Cierre eficaz

4. Compromisos:

Se acuerda:

- a) Reformular plan de mejoramiento de acuerdo con las recomendaciones dadas por el CGCvAI: Si ___ No ___
- b) Reunión de seguimiento para el avance y/o cierre del plan de mejoramiento Si ___ No ___
- c) Subir evidencias al Drive del proceso Si ___ No ___
- d) Enviar acta de cierre del plan de mejoramiento (CGCvAI): Si ___ No ___

RELACION PERSONAS ASISTENTES

No	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	DEPENDENCIA / ENTIDAD	FIRMA
1.			CGCvAI	
2.			CGCvAI	
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				

COMPROMISOS

No	COMPROMISO	RESPONSABLE	FECHA COMPROMISO	FECHA DE REALIZACIÓN
1				

OBSERVACIONES

Evidencia: "pantallazo" de sesión virtual:

Foto 1 foto 2


Foto 3

Foto 4



[Volver al índice](#)

ANEXO 4 - ACTA DE SEGUIMIENTO

 Universidad del Cauca	Gestión Estratégica Centro de Gestión de la Calidad y Acreditación Institucional Acta General para Actividades Universitarias
Código: PE-GS-2.2.1-FOR-22	Versión: 1
Fecha de Actualización: 11-03-2019	

Ciudad	Popayán			Dependencia(s) responsable (s) de la actividad		Centro de Gestión de Calidad y Acreditación Institucional	
Fecha	DD	MM	2021	Hora Inicio	Hora Finalización	Lugar de desarrollo	ACTA No
	Dia	Mes	Año	HH:MM	HH:MM	Plataforma Google Meet	2.2-1.56/XXX

ORDEN DEL DIA

1. Verificación de Asistencia
2. Lectura de acta anterior SI NO
3. **Temas a tratar**

No	TEMAS A TRATAR
1.	Contextualización en Planes de Mejoramiento derivados de Auditoría Interna
2.	Revisión del tratamiento de no conformidad
3.	Revisión de Avances del Plan de Mejoramiento
4.	Compromisos

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

Se lleva a cabo una reunión entre **AUDITADOS** de la Facultad o Dependencia **AUDITADA** con el equipo del Centro de Gestión de la Calidad y Acreditación Institucional: **NOMBRE AUDITORES** con el objetivo de sensibilizar y realizar monitoreo al Plan de Mejoramiento derivado de Auditoría Interna:

1. Contextualización en Planes de Mejoramiento derivados de Auditoría Interna

Clara Tobar explica la importancia y beneficios de contar con la certificación ISO 9001:2015, así como la necesidad de realizar auditorías internas para verificar los requisitos normativos, legales y de grupos de interés, para la satisfacción de necesidades y expectativas de la comunidad universitaria, también expone la Resolución 290 de 2019 "Impulso a Planes de Mejoramiento" y los compromisos y responsabilidades derivados.

Auditoría Interna y Plan de Mejoramiento: se explica el significado de No Conformidad (incumplimiento de un requisito) y su tratamiento (corrección y acción correctiva).

2. Revisión del Tratamiento de No Conformidad:

Si el plan de mejoramiento presenta No Conformidad, se revisa su formulación y se evalúa efectividad, así:

Numeral	Descripción de No Conformidad:

[Volver al índice](#)



Gestión Estratégica
Centro de Gestión de la Calidad y Acreditación Institucional
Acta General para Actividades Universitarias

Código: PE-GS-2.2.1-FOR-22

Versión: 1

Fecha de Actualización: 11-03-2019

Indicar SI o NO en los ítems del cuadro:

ITEM	¿Está formulada en el PDM?	Presenta acciones que atiendan lo requerido	El tiempo estipulado para el tratamiento es adecuado	Se cuenta con recursos para su ejecución	¿Lo planteado es efectivo para tratar la No Conformidad?
Causa Raiz					
Acción Correctiva					
Corrección					

Para No Conformidad

RECURSOS	ALTA	MUY EFICIENTE POCO EFICAZ Administra muy bien los recursos disponibles, pero no elimina la causa raíz por completo 50%	MUY EFICIENTE Y EFICAZ Administra muy bien los recursos disponibles y se mitiga la causa raíz 80%	MUY EFICIENTE MUY EFICAZ Se elimina rápido la causa raíz con un excelente aprovechamiento de los recursos 100%
	EFICIENCIA	EFICIENTE Y POCO EFICAZ Administra bien los recursos pero persiste la causa raíz 40%	EFICIENTE Y EFICAZ Administra bien los recursos y se mitiga la causa raíz 70%	EFICIENTE Y MUY EFICAZ Se elimina rápido la causa raíz con los recursos disponibles 80%
	BAJA	POCO EFICIENTE POCO EFICAZ No elimina la causa raíz y no administra bien los recursos 10%	POCO EFICIENTE Y EFICAZ Se mitiga la Causa raíz pero demandada mucho esfuerzo 40%	POCO EFICIENTE MUY EFICAZ Se eliminó rápido la causa raíz pero demanda gran esfuerzo e inversión 50%
		EFICACIA		
		BAJA	ACCIÓN	ALTA

Para Oportunidades de mejora

[Volver al índice](#)



Gestión Estratégica
Centro de Gestión de la Calidad y Acreditación Institucional
Acta General para Actividades Universitarias

Código: PE-GS-2.2.1-FOR-22

Versión: 1

Fecha de Actualización: 11-03-2019

RECURSOS	EFICIENCIA	MUY EFICIENTE POCO EFICAZ Se emplean todos los recursos pero es poco el avance en la meta 50%	MUY EFICIENTE Y EFICAZ Administra muy bien los recursos y se logra la meta 80%	MUY EFICIENTE MUY EFICAZ Se supera la meta con un excelente aprovechamiento de los recursos 100%
		EFICIENTE Y POCO EFICAZ Hace uso de los recursos pero es insuficiente el avance en la meta 40%	EFICIENTE Y EFICAZ Se logra la meta prevista con la administración de los recursos disponibles 70%	EFICIENTE Y MUY EFICAZ Se cumple rápido el propósito de la meta con los recursos disponibles 80%
		POCO EFICIENTE POCO EFICAZ No se alcanza la meta y es ineficiente la administración de los recursos 10%	POCO EFICIENTE Y EFICAZ Se alcanza la meta con dificultades en la administración de los recursos 40%	POCO EFICIENTE MUY EFICAZ Se alcanza pronto la meta con una gran inversión de recursos 50%
BAJA	EFICACIA			
	BAJA	ACCIÓN	ALTA	

3. Revisión de Avances del Plan de Mejoramiento:

Se revisa la matriz Excel que contiene el plan de mejoramiento del año **XXX** y evidencias respectivas.

Se revisan los avances en los proyectos del plan de mejoramiento y se obtiene:

Hallazgo	Proyecto	Actividad	Fecha fin	Evidencia	Meta	Porcentaje Avance	Cierre eficaz
							Resultado del cuadro Verificación de Eficacia: poner una de las opciones: Muy eficiente, muy eficaz: cumple con 100% de eficacia Muy eficiente, poco eficaz: ajustar actividades Poco Eficiente y Muy eficaz: ajustar actividades Poco eficiente, poco eficaz: reformular plan de mejoramiento

Nota: la valoración se realiza conforme a la eficacia

[Volver al índice](#)



Gestión Estratégica
 Centro de Gestión de la Calidad y Acreditación Institucional
 Acta General para Actividades Universitarias

Código: PE-GS-2.2.1-FOR-22

Versión: 1

Fecha de Actualización: 11-03-2019

4. Compromisos:

Se acuerda:

- a) Reformular plan de mejoramiento de acuerdo con las recomendaciones dadas por el CGCvAI: Si__ No__
- b) Reunión de seguimiento para el avance y/o cierre del plan de mejoramiento Si__ No__
- c) Subir evidencias al Drive del proceso Si__ No__
- d) Enviar acta de cierre del plan de mejoramiento (CGCvAI): Si__ No__

RELACION PERSONAS ASISTENTES

No	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	DEPENDENCIA / ENTIDAD	FIRMA
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				



Gestión Estratégica
 Centro de Gestión de la Calidad y Acreditación Institucional
 Acta General para Actividades Universitarias

Código: PE-GS-2.2.1-FOR-22

Versión: 1

Fecha de Actualización: 11-03-2019

COMPROMISOS

No	COMPROMISO	RESPONSABLE	FECHA COMPROMISO	FECHA DE REALIZACIÓN
1				

OBSERVACIONES

Evidencia: "pantallazo" de sesión virtual:
 Foto 1 foto 2
 Foto 3 Foto 4

XXXX
 NOMBRE QUIEN PRESIDE:

XXXXXX
 NOMBRE SECRETARIO:

 FIRMA DE QUIEN PRESIDE

 FIRMA SECRETARIO

[Volver al índice](#)

ANEXO 5 - FICHA TÉCNICA INDICADOR SEGUIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO

Nombre del indicador	Seguimiento de Planes de Mejoramiento
Objetivo del indicador	Determinar la proporción de planes de mejoramiento con seguimiento en el periodo
Descripción del indicador	Informa sobre el porcentaje de planes de mejoramiento que han tenido seguimiento en el periodo inspeccionado
Fórmula de medición	Numerador: total de planes de mejoramiento con seguimiento en el periodo Denominador: total de planes de mejoramiento producto de auditoría interna
Unidad de medición	Porcentaje
Frecuencia de medición	Semestral
Meta	>90%
Fuente	Planes de Mejoramiento y evidencia de acciones implementadas por auditados
Rangos	-Excelente: 90-100%: cumplimiento de meta -Bueno: 60-89%: ajustar cronograma de seguimiento para cumplir la meta -Regular: 30-59%: debe tomar acción correctiva y re programar el cronograma de seguimiento. -Deficiente: 0-29%: si sólo se alcanza este rango o si presenta comportamiento de regular en dos periodos consecutivos, debe hacer análisis de causa y formular plan de mejora
Responsable de alimentar el indicador	Institucional: profesional universitaria del Centro de Gestión de la Calidad y Acreditación Institucional de acuerdo a información dada por auditores internos en el periodo de inspección
Revisión y aprobación del indicador	El director del CGCyAI debe revisar y aprobar el seguimiento al indicador y conservar el registro respectivo.

[Volver al índice](#)

ANEXO 6. FICHA TÉCNICA DE INDICADOR DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO

Nombre del indicador	Cumplimiento de Plan de Mejoramiento
Objetivo del indicador	Medir el nivel de cumplimiento de la ejecución de planes de mejoramiento
Descripción del indicador	Nivel de avance de las acciones ejecutadas en planes de mejoramiento en el periodo de inspección
Fórmula de medición	Numerador: porcentaje de avance de las acciones ejecutadas Denominador: porcentaje esperado de las acciones en el periodo
Unidad de medición	Porcentaje
Frecuencia de medición	Semestral
Meta	50%
Fuente	Planes de Mejoramiento y evidencia de acciones implementadas por auditados
Rangos	-Bueno: 80-100%: cumplimiento de meta y puede implementar oportunidades de mejora. -Regular: 79-60%: debe formular corrección. -Deficiente: 59-0%: o si presenta comportamiento de regular en dos periodos consecutivos, debe hacer análisis de causa y formular plan de mejora
Responsable de alimentar el indicador	Por procesos: el colaborador delegado por el líder de proceso. Institucional: El Centro de Gestión de la Calidad y Acreditación Institucional
Revisión y aprobación del indicador	El líder de cada proceso debe revisar y aprobar el o los indicadores determinados dejando evidencia de la realización de dicha actividad (acta, comunicado, oficio, etc.) y divulgación de los indicadores establecidos.

[Volver al índice](#)

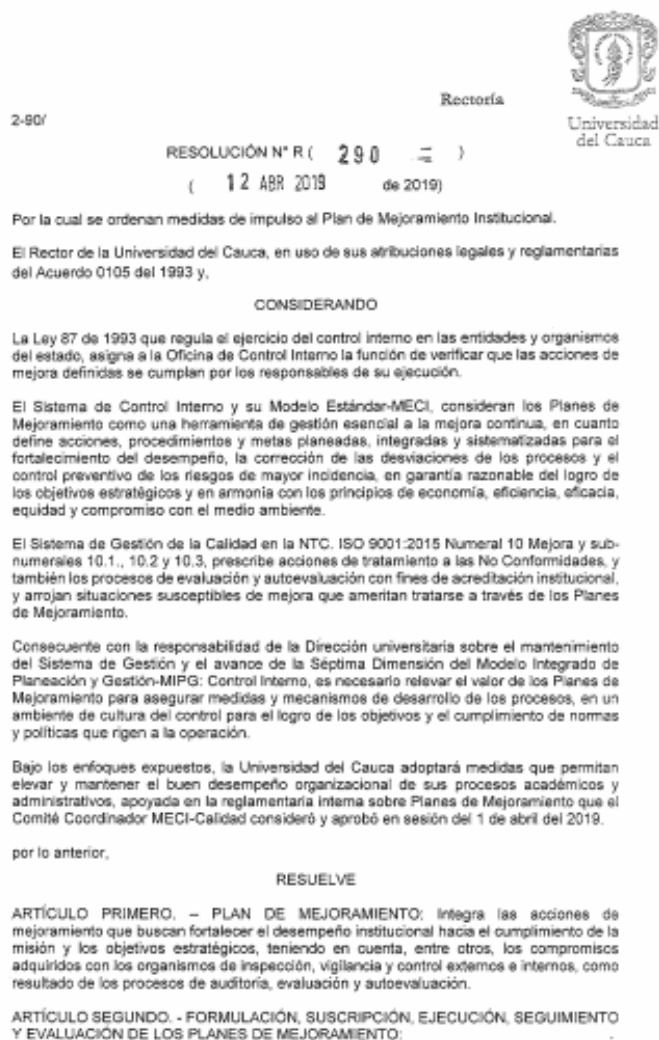
ANEXO 7. FICHA TÉCNICA DE INDICADOR DE EFICACIA Y EFICIENCIA DE LOS PLANES DE MEJORA

Nombre del indicador	Indicador de Cierre Eficaz de Acciones de Planes de Mejoramiento
Objetivo del indicador	Medir el nivel de eficacia de las acciones para eliminar la causa raíz que origina el hallazgo
Descripción del indicador	Es la expresión matemática que relaciona el número de acciones cerradas con eficacia frente al total de acciones formuladas en el plan de mejoramiento, asociados a los hallazgos de auditoría interna
Fórmula de medición	Numerador: número de acciones cerradas con eficacia Denominador: Número total de acciones formuladas
Unidad de medición	número
Frecuencia de medición	Semestral
Meta	50%
Fuente	Planes de Mejoramiento y evidencia de avance de las acciones implementadas por auditados
Rangos	<ul style="list-style-type: none"> - Muy eficiente, muy eficaz (100%) - Eficiente y Muy Eficaz: Revisar la acción y ajustar - Muy eficiente, poco eficaz: Revisar la acción y ajustar - Poco eficiente, poco eficaz: Reformular la acción - Poco eficiente y eficaz: Revisar la acción y ajustar - Poco Eficiente y Muy eficaz: Revisar la acción y ajustar
Responsable de alimentar el indicador	Por procesos: el auditor del proceso
Revisión y aprobación del indicador	El Centro de Gestión de Calidad y Acreditación Institucional.

[Volver al índice](#)

ANEXO 8 - RESOLUCIÓN 290 DE 2019 UNIVERSIDAD DEL CAUCA

Por el cual se ordenan medidas de impulso al Plan de Mejoramiento Institucional, disponible en: https://www.unicauca.edu.co/versionP/sites/default/files/files/Resolucion_290_2019_Planes_Mejoramiento.pdf



[Volver al índice](#)