

---

# DIAGNÓSTICO ISO 9001 DIRECCIÓN DE GESTIÓN Y ANÁLISIS INSTITUCIONAL CONVENIO MARCO INICIAL

---



Elaborado por:		Revisado por:		Dirigido a:	
<b>Cargo</b>	Equipo DGAI	<b>Cargo</b>	Director DGAI	<b>Cargo</b>	Director DGAI
<b>Nombre</b>	Claudia Pizarro M Oscar Cruzat A	<b>Nombre</b>	Ricardo Guiñez	<b>Nombre</b>	Ricardo Guiñez
<b>Fecha</b>	28.01.16	<b>Fecha</b>	24-05-2016	<b>Fecha</b>	26-05-2016

## INDICE

---

Introducción.....	3
Desarrollo.....	4
Sistema de Gestión de la Calidad.....	4
Responsabilidad de la Dirección.....	5
Gestión de los Recursos.....	8
Realización del Servicio.....	11
Medición, Análisis y Mejoras.....	15
Conclusiones.....	17
Planes de Mejoras.....	19

## I. INTRODUCCIÓN

---

Conforme a lo establecido en el programa de Diagnóstico elaborado por la Dirección de Gestión y Análisis Institucional, los funcionarios de esta dirección realizaron una evaluación en materias de cumplimientos de normas de sistemas de gestión de calidad ISO 9001:2008 en la Dirección de Gestión y Análisis Institucional.

La evaluación está diseñada para uno o más de los siguientes objetivos:

- Determinar la conformidad o no conformidad de los servicios del área con requisitos especificados.
- Para determinar la efectividad de sus sistemas para cumplir objetivos especificados.

La evaluación se realizó los días 11 y 13 de noviembre del año 2015 entre las 15:00 - 17:30 y 10:30 – 12:20 horas respectivamente.

Se consideró los documentos proporcionados por las Unidades de la Dirección de Gestión y Análisis Institucional, del Sistema de Gestión de Calidad, observaciones en terreno y la información obtenida de diagnóstico.

El análisis se realizó siguiendo los lineamientos del documento "DIAGNOSTICO ISO", que incluye revisión de documentos, entrevistas, visitas en terreno y consulta de salidas de sistemas.

Los funcionarios entrevistados de la Dirección de Gestión y Análisis Institucional, la Directora Sara Paredes A., y su Asistente Administrativo Cristina Cortes.

## II. DESARROLLO

---

A continuación, se describe el resultado de la evaluación de los requisitos contemplados en la aplicación del diagnóstico.

### 5.1 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

#### 5.1.1 DOCUMENTACIÓN

**Situación base:** El área posee y mantiene un Manual de Calidad, reglamentación, procedimientos e instructivos que aseguran la uniformidad y evidencia el desempeño de las funciones establecidas.

a) Existe en la Dirección de Gestión y Análisis Institucional (DGAI), un Manual Gestión de Procesos, éste se encuentra en formato digital en el sistema de intranet del SGC institucional.

b) Existe documentación elaborada por el sistema de gestión de la calidad, para procesos estratégicos, misionales y apoyo de la DGAI. En intranet <http://www.intranet.uantof.cl/DOCTODGAI/> se encuentran lista de documentos internos, externos y lista maestra de registros.

#### 5.1.2 REGISTROS

**Situación base:** El área posee los suficientes registros y documentación para poder demostrar la calidad de los procesos, siempre que lo requiera el usuario.

a) La dirección posee los registros de sus distintos procesos, los cuales se encuentran accesibles en la intranet del Sistema de Gestión Interno de la Calidad (SGIC), que además se pueden evidenciar en la lista maestra de registros en la DGAI. Sin embargo, esta lista no se encuentra actualizada, en cuanto a: (i) Los registros N° 28, 30 y 32, según lista, su codificación numérica no corresponde al actual, así mismo, los dos primeros no incluye a intranet Link SGIC en columna Lugar de Archivo. Y (ii) El registro N° 42, no se encuentra disponible en Intranet Link SGIC.

b) La Dirección de Gestión y Análisis Institucional posee un método de registros de información crítica. Además de discriminar la información de conocimiento público y reservado, registra los requerimientos por tiempo y área, así mismo se dispone de la documentación en la nube de respaldo de la DGAI.

## **5.2 RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN**

### **5.2.1 DEFINICIONES ESTRATÉGICAS**

**Situación base:** El área cuenta con lineamientos en el aseguramiento de la calidad de su servicio, que le permitan unificar acciones, generando de este modo, tanto identidad como dirección.

**a)** La Dirección de la DGAI tiene conocimiento de los lineamientos estratégicos que direccionan su quehacer. Para el Plan de Desarrollo Estratégico (PDE) 2015-2020 (en formulación a la fecha del diagnóstico) la Dirección se guía siguiendo los lineamientos del Sistema de Gestión Interna de la Calidad. Ello se evidencia en el informe de cierre del PDE anterior, los documentos anexos y la nueva Web DGAI ([www.dgai.cl](http://www.dgai.cl)).

**b)** La Dirección alinea su misión con la existente en la institución, en cuanto “*al quehacer con calidad*”.

**c)** La Dirección posee una planificación operativa anual que contiene, a su vez, las planificaciones de sus áreas, ésta se puede encontrar en el siguiente Link de web DGAI; <http://www.dgai.cl/index.php/quienes-somos/plan-trabajo-dgai>.

**d)** La Dirección realiza el seguimiento de la planificación anual; sin embargo, al momento de la aplicación del diagnóstico el mecanismo de seguimiento se encontraba en ajuste. Se detecta la necesidad de unificarlo en su forma, de modo que se pueda dar cuenta del porcentaje de avance, toda vez que, por ejemplo, el área de planificación utiliza planilla de registros de actividades terminadas, mientras que el resto de las áreas utiliza la herramienta PHP Collab.

**e)** Con el fin de asegurar el cumplimiento del plan de trabajo la Dirección establece dos avances de cuenta de gestión por área en el año, (las cuales no se logró evidenciar). En cuanto al trabajo realizado bajo los requerimientos, estos se registran en una *planilla de requerimientos por áreas*, mecanismo que se encuentra en etapa de marcha blanca.

### **5.2.2 GESTIÓN PRESUPUESTARIA**

**Situación base:** El área maneja la información presupuestaria sobre la base de documentación y registros de control

**a)** La Dirección cuenta con un presupuesto anual, el cual es gestionado por la Asistente Administrativo, y contiene la evidencia y se reporta sus avances según sistema E-delfos.

**b)** Se evidencia la existencia de una planilla de salidas presupuestarias detalladas presentadas durante el año, en carpeta del PC de la Asistente Administrativa.

c) Al finalizar cada año, y en el mes de enero del año siguiente se realiza un informe de resultados del presupuesto ejecutado, en el cual se establecen las temáticas de recurrencia.

d) Se evalúa los resultados junto a la Asistente Administrativo en reuniones sistemáticas por temática de presupuesto.

e) El presupuesto del que dispone la Dirección es suficiente.

### 5.2.3 GESTIÓN Y ORGANIZACIÓN PARA LA CALIDAD

**Situación base:** La unidad ha proporcionado evidencia de su compromiso con el desarrollo de la gestión de la calidad, así como con la mejora continua de su eficacia.

a) El Director de la DGAI indica que la Política de Calidad Institucional, se encuentra en proceso de revisión y aprobación por la Dirección Superior de la Universidad. Además, cuentan con su política de calidad que se puede encontrar en la página web de la Dirección, sin embargo, no se encuentran objetivos de la calidad. Por otra, parte falta una matriz de objetivos y recursos para la calidad, lo que redundante en que no se puede medir el porcentaje de avances de los objetivos.

b) Parte del presupuesto de la Dirección es utilizado anualmente para la función de calidad. Con respecto a la infraestructura se reestructuró y hermoseó todas las oficinas. Se realizó un viaje a la Universidad de Santiago para conocer su sistema de gestión de la calidad y experiencias con software ISOTools. En conceptos de capacitaciones, se han realizado cursos y diplomado en relación al sistema de gestión de la calidad, para el resto de las unidades se gestionan por medio de Recursos Humanos (RR.HH) de la Institución.

c) La planificación anual del sistema de gestión interno de la calidad de la Dirección, es coordinada por la encargada del área de la calidad, quien, a su vez, planifica las actividades, según la planificación de la calidad institucional; sin embargo, no se encuentra evidencia de la participación de la Dirección en las reuniones del Comité de Calidad.

### 5.2.4 ORGANIZACIÓN

**Situación base:** El área tiene definidas las funciones de organización que afectan, o pueden afectar, a la calidad de los servicios objeto de la supervisión. Dichas funciones están asignadas a grupos adecuados para responsabilizarse de su correcto desempeño en relación con el tamaño y organización del área y la complejidad del servicio.

a) La Dirección organiza su quehacer según un organigrama estructurado por procesos, el que se encuentra disponible en página Web DGAI; en tanto, las responsabilidades y

autoridad del SGIC de la Dirección se encuentran establecidos en el documento *R-DGAI-GDC-18*.

**b)** La Dirección se encuentra normada por el D.U. N°2353, del 10 de septiembre de 2009. Sin embargo, se demuestra la necesidad de actualizar tal decreto, puesto que este incluye áreas que en el presente no componen la DGAI.

**c)** Las funciones de la Dirección se encuentran explicitadas en el decreto D.U. N°2353.

### **5.2.5 SENSIBILIDAD DEL ENTORNO**

**Situación base:** La unidad tiene la capacidad para identificar los factores del entorno que afectan al área, actúa frente a ellos y establece alianzas generadoras de nuevos proyectos.

**a)** La DGAI demuestra evidencia que permite identificar las oportunidades y las amenazas, en forma sistemática; por ejemplo, como es la atención a las actualizaciones de la Comisión Nacional de Acreditación (CNA) para el proceso de acreditación, en cuanto al entorno de políticas públicas de aseguramiento de calidad. La Dirección considera como competencia de cada funcionario el análisis del entorno en que se desarrolla su trabajo.

**b)** La Dirección en su permanente búsqueda de buenas prácticas, establece acciones de “benchmarking”, en cuanto realiza los análisis comparativos de las estructuras de las unidades de desarrollo estratégico en otras universidades. Evidencia de lo antes señalado, en encuentra en la visita de trabajo a la Universidad de Santiago de Chile desarrollada en el año 2015.

**c)** La Dirección reconoce el marco normativo en el que se desarrolla su quehacer, la identificación específica por cada proceso se encuentra en cada funcionario como parte de sus competencias.

**d)** Se expone la existencia de redes interinstitucionales de trabajo colaborativo como la Red Calidad Consejo de Rectores de Universidades de Chile (CRUCH) y la Red de Análisis Institucional Consejo de Universidades del Estado de Chile (CUECH).

### **5.3. GESTION DE LOS RECURSOS**

#### **5.3.1 COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO**

**Situación base:** El área cuenta con personal calificado y entrenado para que ejerza las labores de planificar, dirigir, controlar y ejecutar los trabajos o servicios encomendados.

a) Hasta el mes de enero del 2016 la Dirección contaba con 11 funcionarios, en el mes de marzo ingresaron cuatro profesionales como apoyo por convenio marco, uno por área de trabajo. Además, se retira un profesional del área de Análisis Institucional.

Según la Dirección el personal cuenta con competencias calificadas, compromiso, autorregulación, trabajo en equipo, entre otras.

b) El personal de la Dirección cuenta con la formación para los respectivos cargos y el desarrollo de sus funciones.

Existe una permanente preocupación de parte de la Dirección y de los funcionarios por capacitarse.

#### **5.3.2 SELECCIÓN DE PERSONAL**

**Situación base:** El área selecciona y mantiene motivado al personal adecuado, que le permita mejorar su productividad.

a) La Dirección conoce, describe y participa en el proceso de selección de personal de acuerdo al procedimiento institucional.

b) La DGAI expone que la inducción al personal nuevo se realiza por medio de la encargada de Calidad de la Dirección.

#### **5.3.3 FORMACIÓN**

**Situación base:** El área tiene establecido un sistema de formación del personal.

a) La Dirección demuestra conocimiento y participa del plan institucional de capacitaciones.

La Dirección tiene conocimiento del plan anual de capacitaciones entregado por la unidad de Capacitaciones de Recursos Humanos, de acuerdo a los registros entregados por esta unidad, la DGAI participa en cursos y diplomados dictados. Entre los años 2014 y 2015 los funcionarios de la Dirección participaron en un total de 29 cursos.

**b)** La dirección no realiza seguimiento de las capacitaciones de sus funcionarios (Porcentajes de asistencias, evaluaciones, entre otros).

**c)** Respecto a los certificados, este registro se encuentra disponible en la unidad de Recursos Humanos de la Institución.

**d)** La unidad no cuenta con mecanismos de evaluación de la eficacia de las capacitaciones que realizan sus funcionarios.

**e)** Se destaca la participación de los funcionarios de la unidad en capacitaciones que no se establecen por plan de capacitaciones institucional, ejemplo de ello es el “Diplomado aplicación de sistema de gestión de la calidad”.

#### **5.3.4 MOTIVACIÓN**

**Situación base:** La unidad tiene conciencia de la importancia de la calidad y emprende acciones y campañas para inducir esa importancia al personal.

**a)** La Dirección tiene definida las responsabilidades y autoridades respecto a la Calidad, los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad se encuentran establecidos e implementados. Pero el compromiso con la calidad por parte de los funcionarios de la unidad, se manifiesta a veces, según los registros de la Dirección.

**b)** La Dirección, para incentivar al compromiso con la calidad de los funcionarios, establece actividades extra programáticas, convivencias, flexibilidad horaria, entre otras acciones.

#### **5.3.5 LA PERSONA Y SU INTERACCIÓN**

**Situación base:** El área considera los factores relacionados con las destrezas humanas y la interacción de las personas, tanto al interior de la unidad como con su entorno.

**a)** La Dirección ha implementado innovaciones en su quehacer originadas de iniciativa de sus áreas, entre ellas; Pagina WEB DGAI, planillas de requerimientos, registro de actividades PHP Collab y herramientas de comunicación efectiva con el usuario.

**b)** El personal de la Dirección demuestra una excelente disposición ante los requerimientos, el manejo de conflictos y el desempeño bajo presión. Los requerimientos se formalizan con un registro, en el que existe planificación en equipo, tiempos y responsables.

**c)** Para garantizar el cumplimiento de los requerimientos, se realiza un seguimiento verbal, por vía de las evidencias del estado del requerimiento, se busca que éste no sea invasivo en la gestión de la realización del producto.

d) El trabajo en equipo se evidencia por medio de los resultados de la Dirección, según los requerimientos.

e) La Dirección establece un mecanismo para delegar funciones a sus áreas, una vez que ingresa un requerimiento y se analiza, éste se deriva al área correspondiente, lo que se evidencia por medio de un correo electrónico, por ejemplo: el análisis de ingresos de estudiantes provenientes del colegio Giant School Antofagasta.

### **5.3.6 INFRAESTRUCTURA**

#### **5.3.6.1 CONOCIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA**

**Situación base:** El área determina la necesidad de infraestructura para lograr la conformidad con los requisitos del servicio.

a) La Dirección no cuenta con un registro permanente que evidencie el estado de la infraestructura. Si bien durante el año 2012 se realizó este registro en el marco de una actividad específica; sin embargo, esta acción no se ha seguido realizando sistemáticamente.

b) Así mismo, no se cuenta con un programa de renovación y mantención de la infraestructura de la unidad; sin embargo, cabe destacar la renovación de la infraestructura de la Dirección ocurrida en febrero de 2016, y otra programada para junio de 2016.

#### **5.3.6.2 EQUIPOS**

**Situación base:** Los equipos y su mantenimiento son adecuados para la función especificada en la prestación de los servicios solicitados.

a) La DGAI dispone de un registro con las condiciones de los equipos, el cual es actualizado anualmente por la Asistente Administrativo.

b) No se cuenta con una ficha o plan de mantención de los equipos de la Dirección.

c) No se establece mantenimiento preventivo de los equipos.

### **5.3.7 AMBIENTE DE TRABAJO**

**Situación base:** El área analiza las condiciones ambientales que puedan afectar a la realización del servicio y garantiza que el proceso se desarrolle dentro de parámetros que garanticen la conformidad del mismo.

a) Existe la preocupación por el ambiente de trabajo, evidencia de ello es la renovación de la infraestructura de la Dirección.

b) El ambiente de trabajo en que se desarrolla la Dirección se caracteriza por la independencia y la tranquilidad de su ubicación física. Existe un plan de contingencia en cuanto a orden y aseo, los requerimientos de tales asuntos recaen en la Dirección de Personal y Administración de Campus (DPAC).

## **5.4 REALIZACIÓN DEL SERVICIO**

### **5.4.1 PLANIFICACIÓN DEL SERVICIO**

**Situación base:** La unidad debe planificar y desarrollar los procesos para la realización del producto.

a) La Dirección establece y define los requisitos de sus servicios y productos en los documentos del SGIC institucional.

b) La DGAI determina las necesidades para la realización del producto, en cuanto a registros y normas de gestión de procesos del Sistema de Gestión Interna de la Calidad. Entre estas, sabe mencionar la solicitud de información para el proceso de autoevaluación por medio de guía de formulario C.

c) La Dirección cuenta con dos instancias de validación, una en cada coordinación de área y otra en la dirección. Ello se establece en la documentación del SGIC, como así también, en los criterios de aceptación, algunos de ellos son establecidos por formatos preestablecidos como informes, resúmenes ejecutivos, criterios de acreditación, etc.

d) La DGAI y sus coordinadores evidencian el cumplimiento de la planificación y los requisitos del servicio, mediante el registro de las actividades cumplidas por semana e informes.

### **5.4.2 DETERMINACIÓN Y REVISIÓN DE LOS REQUISITOS RELACIONADOS CON EL SERVICIO**

**Situación base:** Los requisitos específicos manifestados por el usuario interno y/o externo, tanto técnicos y administrativos como de entrega de información, se documentan a través de solicitudes formales; orden de servicio, oficios, para asegurar así el compromiso y conocimiento de la unidad y el usuario.

a) Los usuarios de la DGAI explicitan formalmente sus requisitos relacionados con el producto, para ello se usa oficios, correos, además de los contactos realizados en forma

personal. En este último sentido, se evidencia una oportunidad de mejora, generando un registro escrito de cada requerimiento realizado por vía personal.

**b)** Así mismo, la Dirección identifica los requisitos reglamentarios y legales que inciden en la realización del producto, tales como, los criterios de la Comisión Nacional de Acreditación (CNA), la Ley Sistema Nacional de Aseguramiento de la Calidad (SINAC), la Norma ISO 9001:2008 y otros.

**c)** La Dirección evidencia el acuerdo de establecer los requisitos del producto con el usuario, también mediante correos electrónicos.

### **5.4.3 COMUNICACIÓN CON EL USUARIO**

**Situación Base:** El área define las responsabilidades para con los usuarios en lo que respecta a comunicados de sus servicios, la mejora de estos, mide su satisfacción, gestiona reuniones o encuestas para la detección de necesidades o quejas.

**a)** La Dirección dispone de medios de comunicación para difundir su quehacer a los usuarios y partes interesadas. Se constata a la página web de la DGAI como el principal medio de difusión y comunicación. También, se realiza -a modo introductorio- una exposición del trabajo de la DGAI, en cada reunión de trabajo con los usuarios.

**b)** Además, se ha establecido algunos mecanismos para la recepción de reclamos de los usuarios, tales como: correos electrónicos, teléfono y página web. Se hace necesario promover el uso de la web, para estos propósitos.

**c)** Se ha establecido varios mecanismos de comunicación con el usuario, tales como, correos electrónicos, teléfonos, página web, entrevista presencial, oficios. La Dirección considera que el medio más efectivo es la entrevista personal.

### **5.4.4 COMPRAS**

#### **5.4.4.1 INFORMACIÓN Y VERIFICACIÓN DE LOS INSUMOS DE ENTRADA**

**Situación base:** El proceso de adquisiciones del área tiene bien definidos los insumos /servicios a adquirir y comunica claramente al suministrador afectado y verifica en la recepción/utilización del mismo el cumplimiento de dichos requisitos.

**a)** La unidad identifica los insumos y requisitos necesarios para la realización del servicio, principalmente las tintas y las hojas de papel. La Asistente Administrativa de la Dirección lleva un registro anual de los insumos en planilla Excel.

**b)** Las acciones que establece la dirección, en relación con el incumplimiento de especificaciones en la compra, son en primera instancia, la comunicación directa con el gestor de compra (Abastecimiento), y luego se procede con el proveedor.

**c)** Se evidencia la comunicación de la Asistente Administrativa con el proveedor interno mediante correos; sin embargo, de igual forma la Asistente Administrativa se comunica con el proveedor externo tras incumplimientos en los requisitos de compra. Sin embargo, según los procedimientos establecidos, esto debiese evitarse.

#### **5.4.5 PRESTACIÓN DEL SERVICIO**

**Situación base:** La unidad planifica y lleva a cabo la prestación del servicio bajo condiciones controladas.

**a)** La DGAI realiza la planificación de sus procesos según los requisitos de sus actividades y existe planificación anual. Del mismo modo, las solicitudes de servicio son planificadas en cada coordinación, según acuerdo, en los requisitos del producto.

**b)** La revisión y aprobación de los procesos de producción de las actividades de planificación anual, se realizan a instancias de Director. Sin embargo, para las solicitudes que no están establecidos en el plan anual, la revisión y aprobación de los procesos se deposita en la Coordinación de cada Área.

#### **5.4.6 IDENTIFICACIÓN DEL SERVICIO**

**Situación base:** El área mantiene sistemas y medios adecuados de identificación, a través de toda la realización del servicio.

**a)** La Dirección dispone de oficios o correos electrónicos para identificar el servicio en su entrada, un mecanismo común para estos efectos. A la fecha no se ha sistematizado la entrada del servicio

**b)** En cuanto a la identificación del estado del servicio, en las distintas etapas de la realización del mismo, se establece mecanismos de seguimiento como son, Carta Gantt, planificaciones, número de versiones de informes, minutas, etc.

**c)** La unidad identifica las salidas de procesos mediante formatos predeterminados, entre estos, se tiene los informes aprobados por la Dirección.

#### 5.4.7 BIENES DEL USUARIOS

**Situación base:** El Área cuida los bienes que son propiedad del usuario mientras estén bajo su control.

a) La Dirección solamente tiene identificado como bienes de usuarios a la documentación privada proveniente desde Rectoría.

b) No queda clara la metodología para verificar los bienes del usuario.

c) El resguardo y la preservación de estos bienes, se establecen en carpetas digitales en el computador personal del Director de la DGAI, con el nombre de: “*solicitudes del rector*”. Lo que se respalda en disco externo. Sin embargo, no se han establecido acciones en caso de pérdida.

#### 5.4.8 PRESERVACIÓN DEL PRODUCTO

##### 5.4.8.1 ALMACENES Y MANTENCIÓN

**Situación base:** La unidad dispone de espacios proporcionados para la preservación del producto (información) y evitar su deterioro, durante el proceso interno y la entrega al destino.

a) Actualmente las áreas de la DGAI cuentan con el respaldo de su información digital en Google Drive, pero con el tiempo no será suficiente ya que cada uno cuenta con máximo de 15 GB. Dentro de las mejoras para el año 2016 se pretende disminuir la cantidad de carpetas en físico, con el fin de mantener la información necesaria en papel.

b) Existe una lista maestra de registros por área de la DGAI, pero no se evidencia una metodología de almacenamiento para el respaldo de la información (almacenamiento, manipulación, protección).

## **5.5 MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA**

### **5.5.1 MONITOREO Y MEDICIÓN DE LOS PROCESOS**

**Situación base:** La unidad realiza seguimiento de los servicios que presta con la finalidad de detectar desviaciones respecto de los estándares existentes y corregir sus debilidades

a) La Dirección, como se mencionó arriba, maneja la planificación anual por cada Coordinación, la cual es revisada por el Director cuando lo requiera, además del registro de actividad semanal.

b) Los indicadores de desempeño no están establecidos.

c) La Dirección sí mide sistemáticamente la satisfacción del usuario en relación con el servicio prestado por Área, pero en el año 2015 no se logró obtener resultados, debido a la baja cantidad de respuestas por el usuario.

### **5.5.2 AUDITORIA INTERNA**

**Situación base:** La unidad realiza en forma programada revisiones de sus actividades para comprobar que son acordes con la normativa institucional o ISO 9001.

a) La DGAI cuenta con un mecanismo de autoevaluación de su desempeño, como lo es la auditoria interna 2015. La Dirección es evaluada anualmente por medio de auditorías internas basadas en la Norma ISO 9001:2008, este proceso partió en el año 2012, a la fecha se han realizado 3 auditorías.

b) Los resultados de la auditoria se encuentran redactados en informes 2012, 2014 y 2015 con sus respectivas planillas de acciones correctivas y preventivas.

### **5.5.3 CONTROL DEL SERVICIO NO CONFORME**

**Situación base:** La unidad dispone de procedimientos que incluyan la asignación de responsabilidad y de autoridad para proceder en casos de detección de entrega de servicios fuera de los requerimientos.

a) La Dirección en su conjunto demuestra conocimiento de los procedimientos de servicio no conforme institucional, debido a las capacitaciones realizadas, pero no se ejecutan servicios no conformes desde la DGAI a otros procesos, por ejemplo, el Área de Análisis Institucional ha recepcionado información errónea desde Secretaría General provocando retraso en sus procesos, pero no se ha ejecutado ninguna no conformidad.

b) Existe una metodología para dar respuesta a los servicios no conforme, la cual está indicada en el procedimiento P-DGAI-GDC-04.

c) La Dirección no cuenta con servicios no conformes, por lo que no aplica la identificación de causas.

d) De igual forma la realización de las acciones correctivas al servicio no conforme.

### III. CONCLUSIONES

---

La Dirección de Gestión y Análisis Institucional implementa y mantiene un sistema de gestión de la calidad con documentos y registros que dan uniformidad y evidencian el desempeño de su quehacer. A pesar de la constante actualización que se realiza en los documentos, resulta necesaria la actualización de la Lista Maestra de Registros.

La unidad desarrolla su quehacer bajo lineamientos institucionales, además de alinear su misión declarada con la misión institucional, cuenta con documentación oficial que evidencia su organización. En la DGAI existe evidencia de una planificación anual, su seguimiento se realiza por mecanismos que, al momento de la aplicación de este diagnóstico, no se encontraban unificados. Se detecta la necesidad de unificarlo en su forma, de modo que se pueda dar cuenta del porcentaje de avance de la planificación por cada área suscrita a la unidad.

La DGAI cuenta con evidencia de la gestión de su presupuesto, así mismo, ha proporcionado evidencia de su compromiso con la calidad, en tanto que declara su política y objetivos en documentos del SGC, además utiliza recursos para el mejoramiento continuo de la calidad en la dirección. En la unidad se encuentra definida la organización de la calidad, con responsabilidades y actividades claras, destacando la existencia de una Encargada de Calidad y del Comité de Calidad. Sin embargo, resulta necesaria la participación de la dirección en las reuniones de dicho comité.

La DGAI organiza su quehacer por medio de un organigrama funcional, el que se rige por el decreto 2353 (10 de septiembre de 2009). Se hace necesario actualizar dicho decreto, en cuanto, éste incorpora áreas que en la actualidad no componen la Dirección. La Dirección identifica el marco normativo y los posibles cambios que afectan el desarrollo de sus funciones, es por ello que, en la permanente búsqueda de buenas prácticas, establece acciones como el “benchmarking” y emprende alianzas de redes interinstitucionales de trabajo colaborativo como la Red Calidad de Universidades del CRUCH y la Red de Análisis Institucional de Universidades del CUECH.

La unidad consta con personal que posee competencias, formación y compromisos que favorecen el trabajo en equipo y por orientación de procesos. Se evidencia un mecanismo institucional de selección de personal, y de inducción en sus labores que es realizado la por encargada de calidad de la DGAI. Los funcionarios participan e capacitaciones según la oferta institucional, así mismo, se destaca la realización de capacitaciones fuera de esta

oferta. Sin embargo, resulta necesaria la aplicación de un mecanismo de evaluación de la eficacia de tales capacitaciones.

En la DGAI se evidencia la implementación de innovaciones para maximizar la eficiencia de su gestión, las cuales son compartidas previamente por el personal para su aprobación. Se constata el compromiso del personal con el ejercicio de sus funciones.

El cuanto a la infraestructura y el equipamiento necesario para el quehacer de la unidad, se mantiene un registro de los equipos y su estado. Se destaca la renovación de la infraestructura de la Unidad.

La unidad establece y explicita los requisitos del producto, así mismo las necesidades y criterios de aceptación para la realización del producto, se establecen etapas de validación y aprobación, las que se encuentran documentadas en cada norma de procesos del SGIC. Además, se evidencia que los usuarios de la unidad demuestran sus requerimientos en relación con el producto, por medio de registros escritos, como correos y oficios.

La unidad demuestra su compromiso con la calidad en cuanto establece acuerdos con el usuario con relación a la aceptación de los requisitos relacionados con los productos, estos acuerdos, quedan definidos formalmente vía correo u oficios.

La unidad se preocupa por difundir sus procesos y los resultados de ellos mediante la nueva página web DGAI, implementa canales de comunicación con sus usuarios, con relación a las consultas, sugerencias o reclamos, como lo es la página web, este último medio debe ser objeto de una mayor difusión. Así mismo, el SGIC establece encuestas de satisfacción de los usuarios anualmente, pero últimamente no se han podido obtener resultados por la baja cantidad de respuestas.

En relación con la adquisición de insumos para la realización del producto, la unidad los identifica y registra en planillas Excel. La comunicación con quien provee de estos insumos debiese darse mediante el proveedor interno o encargado de compras institucional; sin embargo, se evidencia que es común, la comunicación directa entre el asistente administrativo de la unidad y el proveedor externo, sin mediación del proveedor interno.

La unidad planifica la operación de la realización de sus productos, esta planificación consta de etapas y definición de responsabilidades controladas, así mismo, identifica el estado del producto desde su entrada hasta su salida. La Dirección establece mecanismos de autoevaluación con fines de mejora continua de sus procesos, como son las auditorías internas, así mismo, utilizan las herramientas del SGIC en el sentido de procesar servicios no conformes, demostrando así el compromiso con una de gestión de calidad.

## IV. PLANES DE MEJORAS

Unidad de Mejora: SGC/Responsabilidad de la Dirección	
<b>Descripción del Problema</b>	<p>La DGAI cuenta con documentos y registros que evidencian el compromiso de la gestión de la calidad, en este sentido, se hace necesario la actualización de tal documentación en cuanto; (1) Los registros N° 28, 30 y 32, según lista maestra de registros, su codificación numérica no corresponde al actual, así mismo, los dos primeros no incluye a intranet Link SGC en columna Lugar de Archivo. (2) El registro N° 42, no se encuentra disponible en Intranet Link SGC.</p> <p>Se detecta la necesidad de unificar el mecanismo por el cual se realiza seguimiento a la planificación anual, el que permita dar cuenta del porcentaje de avance, toda vez que, por ejemplo; el área de planificación utiliza planilla de registros de actividades terminadas, mientras que el resto de las áreas utilizan la herramienta PHP Collab.</p> <p>La unidad demuestra una clara organización del SGC, en la cual destaca la definición de responsabilidades y reuniones sistemáticas, en este sentido se demuestra la necesidad de la participación de la Directora en reuniones del Comité de Calidad.</p> <p>Es necesaria la actualización del decreto que regula a la DGAI, puesto que este incluye áreas que en la práctica actual no componen la Dirección.</p>
<b>Causas que provocan el problema</b>	
<b>Objetivo a conseguir</b>	
<b>Acciones de Mejora</b>	
<b>Beneficios Esperados</b>	

**Unidad de Mejora: Gestión de los recursos**

<b>Descripción del Problema</b>		<p>Los funcionarios de la unidad participan activamente de capacitaciones tanto del institucional como también fuera de esta oferta, sin embargo, resulta necesaria la aplicación de un mecanismo de evaluación de la eficacia de tales capacitaciones.</p> <p>La Unidad desarrolla innovaciones en la gestión de sus procesos, se evidencia la necesidad se realiza evaluación de la aceptación por parte del equipo de tales innovaciones.</p> <p>La Dirección no cuenta con un registro permanente que evidencie el estado de la infraestructura.</p>
<b>Causas que provocan el problema</b>		
<b>Objetivo a conseguir</b>		
<b>Acciones de Mejora</b>		
<b>Beneficios Esperados</b>		

**Unidad de Mejora: Realización del producto**

<b>Descripción del Problema</b>		<p>La dirección establece mecanismo de recepción de los requerimientos de sus usuarios, sin embargo, se evidencia una oportunidad de mejora en el sentido de registrar requerimientos de entrada vía personal por escrito.</p> <p>Según procedimientos de adquisiciones y compras de la institución la asistente administrativa debiese comunicarse exclusivamente con encargado de compra interno, se constata que en repetidas ocasiones la comunicación se realiza directamente con proveedor externo en casos de incumplimiento de requisitos en los insumos.</p>
<b>Causas que provocan el problema</b>		
<b>Objetivo a conseguir</b>		
<b>Acciones de Mejora</b>		
<b>Beneficios Esperados</b>		

**Unidad de Mejora: Medición, Análisis y Mejoras.**

<b>Descripción del Problema</b>		<p>La Dirección a la fecha no ha establecido indicadores que midan el desempeño de los procesos por Áreas.</p> <p>Se debe establecer la forma de hacer efectivas las encuestas de satisfacción al usuario, esto debido a que en el último año se ha recibido pocas respuestas, por ende, no se ha logrado el número mínimo para obtener resultados confiables.</p> <p>Se debe incentivar el uso del Servicio no Conforme.</p>
<b>Causas que provocan el problema</b>		
<b>Objetivo a conseguir</b>		
<b>Acciones de Mejora</b>		
<b>Beneficios Esperados</b>		